

System

KWARTALNIK DLA ŚWIADCZENIODAWCÓW



ROZMOWA

**Szkolić
czy nie szkolić?
Oto jest pytanie**

ARTYKUŁ PROBLEMOWY

**W którą stronę
pójdzie
system?**

PRAWO W MEDYCYNIE

**Zmiany w ustawie
o prawach pacjenta
i rzeczniku praw pacjenta**

Zauważone Odnotowane



Magdalena Moczulska

Nauka na kadawerach

W Przeźmierowie (woj. wielkopolskie) powstał nowoczesny ośrodek w którym **lekarze operują na kadawerach (częściach ludzkiego ciała, które pochodzą ze zwłok)**. Specjaliści będą uczyć się w ośrodku nowych technik zabiegowych, takich jak np. wszczepiania endoprotezy czy przeprowadzania symulacji artroskopii kolana.

Narodowy Instytut Geriatrii

W Warszawie powstanie Narodowy Instytut Geriatrii. Rada Ministrów wydała rozporządzenie o reorganizacji Instytutu Reumatologii im. prof. dr hab. Eleonory Reicher, gdzie ma się mieścić nowa placówka.

Kolejne leki przeciw HCV objęte refundacją

Pacjenci z wirusowym zapaleniem wątroby typu C będą mieć szansę na skuteczne leczenie.

Ministerstwo Zdrowia objęło refundacją nowe leki, tj.: Sovaldi (sofosbuvir) i Harvoni (ledipasvir + sofosbuvir) oraz Pegasys (Peginterferon alfa 2a). Decyzja Ministra Zdrowia jest szczególnie istotna dla chorych z WZW C ze zdekompensowaną marskością wątroby, oczekujących na przeszczep narządu, po przeszczepie oraz tych, u których zastosowana uprzednio terapia trójkowa okazała się nieskuteczna.

W Klinice Urologii Świętokrzyskiego Centrum Onkologii wprowadzono zabiegi leczenia pęcherza nadaktywnego toksyną botulinową.

Toksyna botulinowa produkowana przez bakterie *Clostridium botulinum* (jadu kiełbasianego) jest toksyną neurogenną,

zaburza przewodnictwo nerwowe, powodując zmniejszenie czucia w pęcherzu moczowym i rozkurczenie wypieracza.

W Krakowskim Instytucie Fizyki Jądrowej Polskiej Akademii Nauk powstaje laboratorium badawcze na skalę międzynarodową.

Będzie to Laboratorium Obrazowania Spektroskopowego na potrzeby radiobiologii, terapii i badania układów złożonych. Nowoczesna aparatura pozwoli na prowadzenie pogłębionych badań nad wykorzystywaniem promieniowania jonizującego w leczeniu nowotworów oraz innych zmian patologicznych. Będzie można badać, jak pod wpływem promieniowania zmienia się struktura komórek, ich cytoskielet oraz właściwości mechaniczne i biochemiczne. Rozpoczęto już pierwsze badania nad uszkodzeniami nici DNA, powstającymi na skutek promieniowania jonizującego. Możliwe będzie badanie wpływu innych czynników, np. leków czy środowiska na komórki i tkanki.

Szpital Uniwersytecki w Krakowie przeprowadził zabieg implantacji stentu uwalniającego lek DES (*Drug Eluting Stent*) używanego do leczenia dużych naczyń wieńcowych.

Nowe rozmiary stentu DES: 4,5 oraz 5,0 mm są szansą na skuteczniejsze leczenie pacjentów ze zwężeniami w tętnicach wieńcowych oraz w żylnych pomostach aortalno-wieńcowych o średnicy 4,5 mm.



Drodzy czytelnicy

Końcówka roku owocuje wieloma zmianami w przepisach regulujących realizację świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Obok nowelizacji pakietu onkologicznego istotne zmiany wprowadzono w zakresie zasad prowadzenia i udostępniania dokumentacji medycznej. Temu tematowi poświęcamy dużo uwagi w naszych opracowaniach oraz podczas organizowanych szkoleń.

Zmiany mają głównie na celu zwiększenie bezpieczeństwa udzielania świadczeń, ale również doprecyzowują zasady udostępniania dokumentacji medycznej. Powyborcza zmiana władzy w Polsce wiąże się z szeregiem pytań dotyczących kształtu systemu w najbliższym czasie. Czy będzie zmiana i odejście od ubezpieczenia zdrowotnego

a tym samym budżetowy sposób finansowania? Jak będzie wyglądał koszyk świadczeń gwarantowanych i jak ta zmiana wpłynie na sytuację świadczeniodawców? Ja również poczyniłem takie rozważania, poszukując rozwiązania pozwalającego na spełnienie zapowiedzi nowej władzy. Trzeba mieć na względzie, że z jednej strony system finansowania powinien zaspokajać potrzeby i oczekiwania pacjentów, a z drugiej powinien mieścić się w możliwościach finansowych płatnika. Jeśli do tego dodamy kwestię odpowiedzialności Państwa za zapewnienie dostępu do leczenia, to rozwiązaniem może być swoisty budżetowy charakter systemu. Rodzi się jednak pytanie: a co z podmiotami prowadzącymi działalność leczniczą? Postępującą komercjalizacją w sektorze ochrony zdrowia? Czy swoboda takiej działalności powinna być ograniczona z uwagi na publiczny charakter? Z pewnością niebawem się przekonamy. Daleki jestem jednak od stwierdzenia, że będzie gorzej. Nie będzie. Mamy jednak doskonałych specjalistów, dobrze wyposażone ośrodki, coraz lepiej wyedukowanych pacjentów... zatem może być tylko lepiej, albo inaczej.

W TYM NUMERZE

- 4| Szkolić czy nie szkolić?
Oto jest pytanie
- 6| W którą stronę
pójdzie system?
- 8| Zmiany w ustawie
o prawach pacjenta
i rzeczniku praw
pacjenta
- 11| Ograniczenie
umów czasowych
- Nowelizacja Kodeksu
pracy
- 13| JGP w pytaniach
i odpowiedziach
- 16| Kalendarium,
czyli najważniejsze wyda-
rzenia
- 18| Projekt ustawy
o prawach pacjenta
i Rzeczniku Praw Pa-
cjenta: rozstrzyganie nie-
pożądanych zdarzeń
medycznych
- 21| Zakres danych,
jakie muszą być odnoto-
wane na skierowaniu

**Z „SYSTEMEM”
trudne staje się łatwe.
Pomagamy rozliczać świadczenia!**

Szkolić czy nie szkolić ?...

Oto jest pytanie

Z Łukaszem Puchalskim rozmawia Katarzyna Moczulska

Katarzyna Moczulska: *Jak długo jest Pan szkoleniowcem w Kancelarii Doradczej Rafał Piotr Janiszewski?*

Łukasz Puchalski: Jestem związany z Kancelarią od 2007 r.

– Dla kogo Kancelaria organizuje szkolenia?

– Szkolenia są przeznaczone dla różnych grup zawodowych, oczywiście w obszarze działalności Kancelarii, w zakresie ochrony zdrowia. Są to szkolenia dla zarządu, lekarzy, pielęgniarek, sekretarek medycznych, pracowników działów rozliczeń, ale również dla informatyków szpitalnych czy nawet przedstawicieli firm farmaceutycznych.

– W jaki sposób można przeprowadzić szkolenie? Jak wygląda organizacja?

– Najczęściej szkolenia są organizowane z inicjatywy samych szpitali i przeprowadzane bezpośrednio w placówce. Generalną zasadą takiego szkolenia jest zorganizowanie go w taki sposób, aby wszystkie oddziały szpitalne były zabezpieczone przez kompletny personel medyczny. Szkolenie odbywa się etapami, słuchacze często uczestniczą na zasadzie rotacji.

Sposobów organizacji takiego szkolenia może być kilka. Wszystko uzależnione jest od tego, jaki temat będzie omawiany podczas szkolenia, bądź też kto będzie uczestniczył w wykładzie. Na przykład część szkolenia może być skierowana do lekarzy, następnie dotyczyć może świadczeń udzielanych przez personel pielęgniarski, a na końcu - wykład prowadzony jest specjalnie dla działu administracji (sekretarki medyczne, pracownicy działu statystyki i rozliczeń).

Poza tym szkolenie często składa się

z więcej niż jednego tematu. W związku z czym można zorganizować je biorąc pod uwagę tematykę. Omawiamy w pierwszej części np. dokumentację medyczną w lecznictwie szpitalnym, w drugiej części możemy prezentować zagadnienia dotyczące świadczeń Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej (AOS).

Ponadto organizacja szkolenia jest również uwarunkowana tym, czy jest to szkolenie jednorazowe czy też cały cykl szkoleniowy. Jeśli zakres tematyczny jest obszerny lub jeśli uzupełnienie wiedzy jest wymagane w kilku różnych obszarach, rekomendujemy cykl szkoleń. Taki cykl szkoleń można również zorganizować w ramach stałej współpracy z Kancelarią.

Organizujemy duże konferencje dla kadry zarządzającej, małe szkolenia jednodniowe o różnorodnej tematyce, prowadzimy wykłady na zjazdach lekarzy specjalistów, naprawdę jesteśmy bardzo elastyczni.

Bardzo często organizujemy zajęcia w formie warsztatowej.

– A na czym polega forma zajęć warsztatowych?

– Uczestnicy zajęć warsztatowych przychodzą z konkretnymi przykładami dokumentacji medycznej. Pokazując, w jaki sposób ją prowadzą i jak rozliczają świadczenia. Podczas tych zajęć opracowujemy sposób optymalnego zakodowania i rozliczenia konkretnego świadczenia. Wskazujemy również błędy i uchybienia mogące spowodować negatywne skutki podczas kontroli płatnika.

– Z jakiego zakresu tematycz-



nego można przeprowadzić szkolenie? Czy Kancelaria dysponuje ścisłym zakresem zagadnień edukacyjnych?

Zakres szkolenia jest uwarunkowany potrzebami słuchaczy. Jak już wspominałem, jesteśmy elastyczni, jeśli chodzi o tematykę. Zawsze musimy dostosować się do aktualnie obowiązujących przepisów, które jak wiadomo – ciągle się zmieniają, są nowelizowane, etc.

Bardzo dużą wagę przywiązujemy do poznania bieżących potrzeb uczestników i zawsze uwzględniamy je w programie szkolenia. Zdarza się, że pracownicy szpitala, w którym będziemy prowadzić szkolenie, sami przesyłają listę pytań, aby uzyskać na nie odpowiedzi podczas wykładu. Zawsze opracowujemy program szkolenia „skrojony do potrzeb” uczestników.

Najczęściej zakres ukierunkowany jest na zasady prowadzenia dokumen-

tacji medycznej, ale również rozliczanie świadczeń w lecznictwie zamkniętym, ambulatorium oraz w innych zakresach – np. w rehabilitacji, programach lekowych, chemioterapii, podstawowej opiece zdrowotnej, praktycznie z każdego zakresu świadczeń, które są przedmiotem umowy z NFZ. Dużą popularnością cieszą się wykłady z zasad prowadzenia list oczekujących i – tak jak już wspominałem – wprowadzanych w systemie zmian. Prowadzimy również Szkołę Koderów, gdzie uczestnik może otrzymać certyfikat kodera.

– Z jakimi zagadnieniami Świadczeniodawcy wyraźnie sobie nie radzą? Jaka dziedzina wymaga doszkalania personelu?

Duży problem praktycznie każdej placówki stanowi dokumentacja medyczna. Jest ona prowadzona w sposób niedbały, nie odzwierciedla stanu faktycznego i bardzo często nie jest spójna z rozliczeniem. Duże problemy lekarzom stwarza również prowadzenie list oczekujących, tak aby prowadzona kolejka była zgodna z przepisami prawa.

– Jakie są wymierne korzyści ze szkolenia?

– Szkolenia dają wiedzę podstawową i rozszerzoną na temat udzielania świadczeń, systematyzują posiadaną wiedzę i pokazują, jak w praktyce ją wykorzystać.

Bardzo często, dopiero w czasie szkolenia, personel medyczny zdaje sobie sprawę z tego, jak wiele nieprawidłowości występuje u nich w placówce, w porównaniu do obowiązujących przepisów i jak dużo trzeba zmienić w obiegu i prowadzeniu dokumentacji oraz w standardach rozliczeń. Okazuje się, że popełniane są proste błędy jak np. brak wymaganych podpisów i druków, zła numeracja stron i prowadzenie dokumentacji w niechronologiczny sposób, poprzez bardziej skomplikowane, jak: nieprawidłowo wypełnianie protokoły operacyjne, brak raportów lekarskich, czy też kompletnych wpisów w historii choroby. To wszystko przecież jest potwierdzeniem wykonania procedury, za którą płaci NFZ, a są to przecież spore kwoty.

Podsumowując, szkolenia to unormowanie wiedzy, pokazanie odpowiedniej działalności za pracę personelu medycznego i administracyjnego. Szkolenie to również możliwość zadawania pytań, dzięki czemu każdy z uczestników może otrzymać odpowiedź od razu, w trakcie wykładu. Jeśli zagadnienie jest dalej niejasne, zawsze jest możliwość uzyskania dodatkowych wyjaśnień.

– Co sprawia największą trudność uczestnikom?

– Bardzo często największą trudność sprawia samo przyjsię na szkolenie. Lekarze mówią, że brak im czasu. Zadaniem prelegenta jest zainteresowanie uczestników tematem w taki sposób, aby nie tylko zachęcić ich do słuchania, ale uświadomić bezpośrednie konsekwencje prawne i finansowe, wynikające z zajmowanego stanowiska, nie wspominając już o bezpieczeństwie przychodu placówki.

Jeśli personel już przyjdzie na wykład, to mówi że było warto, że to nie były stracone godziny, nie było nudno, że zajęcia prowadzone z humorem, ciekawie...

– Czy według Pana stopień niewiedzy się zmniejsza czy jednak luki są cały czas?

– Niestety cały czas są luki i zawsze będą ze względu na to, że system cały czas się zmienia i ciężko Świadczeniodawcom utrzymać poziom wiedzy nadążający za tymi zmianami. To tutaj jest problem. W tych szpitalach, z którymi pracuje Kancelaria, ta wiedza bez wątpienia się pogłębia, tworzy się standardy i wewnętrzne procedury i stopniowo szpital zaczyna bardzo dobrze – pod względem wymogów formalnych oczywiście – funkcjonować. Natomiast jest grupa placówek, w których popełniane są tak podstawowe błędy, że wszystkim doradcom Kancelarii włos się na głowie jeży.

– A dlaczego jest tak źle w tych placówkach? Czy to wynika z utartych schematów działania, które istnieją od lat, bo zawsze się tak robiło i nikt nie zwraca uwagi czy to jest zgodne z zasadami?

– Przyzwyczajenia to jedna rzecz.

Drugą jest to, że brakuje szkoleń, zarówno ze strony pracodawcy, ale również i płatnika. Wprowadza się duże zmiany dotyczące organizacji i rozliczania świadczeń i lekarz, pielęgniarka, położna czy pracownicy administracyjni nie mogą liczyć na żadną pomoc. Pozostaje więc zmierzyć się z problemem samemu lub jeżeli dyrekcja wykazuje chęć wprowadzenia zmian i doszkalania swojego personelu – przeprowadzenia szkoleń we własnym zakresie, za własne fundusze.

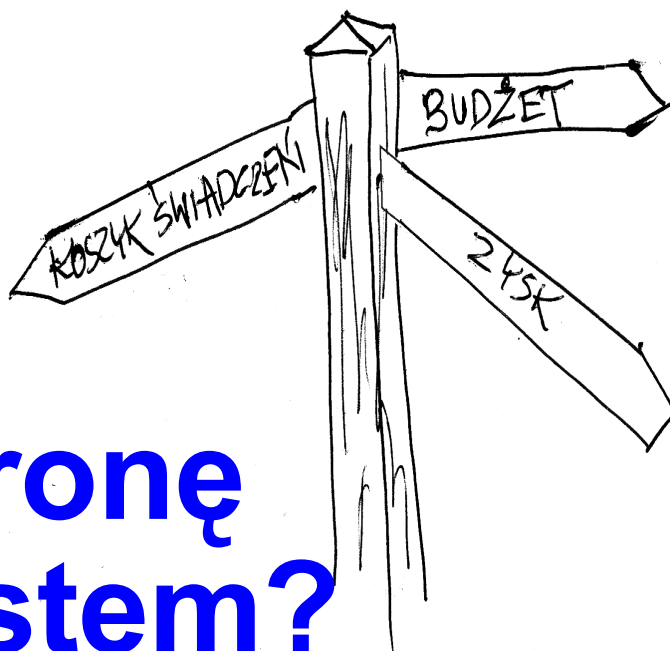
– Czy można powiedzieć, że szkolenie to nie jest tylko kwestia lekarzy, pielęgniarek i położnych, ale również zarządu i personelu administracyjnego

– Oczywiście. Każdy, kto pracuje w szpitalu, uczestniczy w systemie, zgodnie ze swym zakresem obowiązków, każdy dokłada swoją „cegielkę”. Lekarz, pielęgniarka czy położna, oprócz zadań bezpośrednio związanych z leczeniem i pielęgnacją, mają również obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej, co wynika z Ustawy o zawodzie lekarza czy Ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej. Sekretarka medyczna ma zaś pełnić zadania administracyjne w zakresie dokumentowania tychże świadczeń, tak aby dział rozliczeń mógł rozliczyć świadczenia z NFZ.

Jeżeli jednak w tym procesie, gdzieś popełniany jest błąd, to rozliczenie może nie być optymalne, lub może przyczynić się do straty – może okazać się np., że zamiast 100 możliwych do rozliczenia punktów, dział rozliczeń rozliczy jedynie 50.

Tutaj właśnie pojawia się zadanie zarządu, który nad tym wszystkim powinien panować, wydając odpowiednie zarządzenia i regulaminy, ustanawiające standardy postępowania. To przecież dyrekcja planuje kontraktowanie świadczeń zdrowotnych realizowanych w placówce. I tu istotna rola działu technicznego szpitala w zakresie utrzymania i kontrolowania zasobów – w tym obszarze zdarzają się również nieprawidłowości, to też Fundusz kontroluje.

– Dziękuję za rozmowę



W którą stronę pójdzie system?

Zapowiedzi zmian w systemie ochrony zdrowia wskazują, że czeka nas istotna zmiana. Bynajmniej nie jest kluczową sprawą zlikwidowanie NFZ, bowiem w każdym z możliwych rozwiązań niezbędna jest instytucja zajmująca się rozdzielaniem pieniędzy i weryfikacją prawidłowości ich wydatkowania.

Rafał Janiszewski

Rozważając koncepcję zbliżającą się do budżetowego finansowania, warto zastanowić się nad podstawowymi cechami systemu w aspekcie oczekiwań społecznych i możliwości finansowo-organizacyjnych oraz konieczności zabezpieczenia podstawowych potrzeb zdrowotnych.

Nie bez powodu używam tu określenia „podstawowych”, bowiem przy tym poziomie budżetu należy uczciwie sobie powiedzieć: stać nas na zabezpieczenie podstawowego poziomu.

Gdzie leży granica? Wydaje się, że zakreślać ją powinno zabezpieczenie podstawowych czynności diagnostyczno-terapeutycznych w przypadkach zagrożenia życia, oraz konieczności ratowania zdrowia. Wiele lat próbowano skonstruować szczelny koszyk świadczeń gwarantowanych, a później okazy-

wało się, że nie tylko nie jest on szczelny, ale pojawia się potrzeba (społeczna lub zdrowotna) jego rozszczelniania.

Podejście budżetowe może opierać się o ustalenie współczynnika określającego koszty funkcjonowania świadczeniodawcy. Jeśli podzielono by zasoby na zakresy odpowiadające specjalnościom medycznym, wówczas można pokusić się o wypracowanie współczynnika określającego wielkość zasobów w stosunku do ich stopnia zaangażowania w udzielanie świadczeń. Swoisty algorytm może dać podstawę do przydzielania budżetu na realizację zadania, jakim jest udzielanie świadczeń. **Jakich świadczeń?** Takich, jakich wymaga pacjent zgodnie z najlepszą wiedzą terapeutyczną. Określony współczynnik wykonalności można będzie korygować poprzez zmianę budżetu w kolejnym roku budżetowym w oparciu o wykonanie oraz ewentualną zmianę (zwiększenie lub zmniejszenie) zasobów w powiązaniu z ich wykorzystaniem. Oczywiście wszystko będzie zale-

żało od operatywności i gospodarności świadczeniodawcy, który wypracowując „zysk” będzie mógł zainwestować go w powiększenie zasobów i jednocześnie wykorzystanie dodatkowych mocy na leczenie chorych. Spełnienie tych warunków w danym roku spowoduje zwiększenie współczynnika wykonalności, a tym samym będzie podstawą do wzrostu budżetu w roku kolejnym.

Taki system spowoduje odejście od tzw. „nadwykonań”, płacenia za wymyślone świadczenia, wydawanie pieniędzy na wycenę świadczeń i ich klasyfikację. Nadrzędną normą określającą kształt świadczenia powinny być standardy postępowania diagnostyczno-terapeutycznego.

Oczywiście w tym miejscu nasuwa się pytanie o owe standardy. Jeśli bowiem chcemy nałożyć na terapeutę obowiązki postępowania zgodnie z nimi i stosować regres w przypadku ich naruszenia, to powinny one być opracowane. To kolejny obszar, którego nie udało się

dotychczas stworzyć. Przyczyna leży w sposobie działania i umocowania konsultantów krajowych i wojewódzkich w Polsce. W mojej ocenie ich rola ekspercka powinna być nie tylko większa, ale również silniej umocowana w systemie.

Jestem za funkcją wyznaczającą kierunki, uwzględniającą istotną rolę edukacyjno-propagatorską oraz rozstrzygającą w przypadku wątpliwości.

Polegam jednak na wiedzy terapeuty i jego odpowiedzialności zawodowej, więc daleki jestem od stawiania tezy, że przy budżetowym sposobie finansowania ochrony zdrowia świadczeniodawca zaoszczędzi na pacjencie, aby wypracować maksymalny zysk. Przy tej okazji trzeba pamiętać, że właściwe określenie współczynnika wykonalności będzie również swoistym narzędziem do weryfikacji rodzaju czynności, procedur, jakie wykona lecznica. Tu właśnie pojawia się rola instytucji w rodzaju NFZ. Nie powinno się odchodzić od statystyki medycznej, sprawozdawania kodów rozpoznań i procedur, bowiem jest to dobry słownik do zastosowania przy ocenie aktywności świadczeniodawcy. Taka instytucja odpowiedzialna może być za zbieranie, przetwarzanie danych i określanie współczynnika wykonalności na kolejny rok budżetowy.

Finansowanie budżetowe niesie ze sobą jeszcze jedną możliwość. Gdyby

dotychczasowa składka zdrowotna była odprowadzana do budżetu Państwa i traktowana jako składowa jego struktury, wówczas można pokusić się o dodatkowe zasilanie systemu na finansowanie zadań z zakresu ochrony zdrowia wynikających np. z działań profilaktycznych, finansowania procedur innowacyjnych, wyspospecjalistycznych etc.

Jednocześnie placówka realizująca zadanie publiczne (finansowane z budżetu Państwa) podlegać powinna regulacjom i reżimowi adekwatnemu do tego rodzaju zadań. Istotnie może to zmieniać rynek lecznic publicznych, ale również ograniczyć swobodę lecznic niepublicznych.

Rodzi się tylko pytanie, czy realizujące takie zadanie lecznice nie powinny być wyłączone z owej swobody?

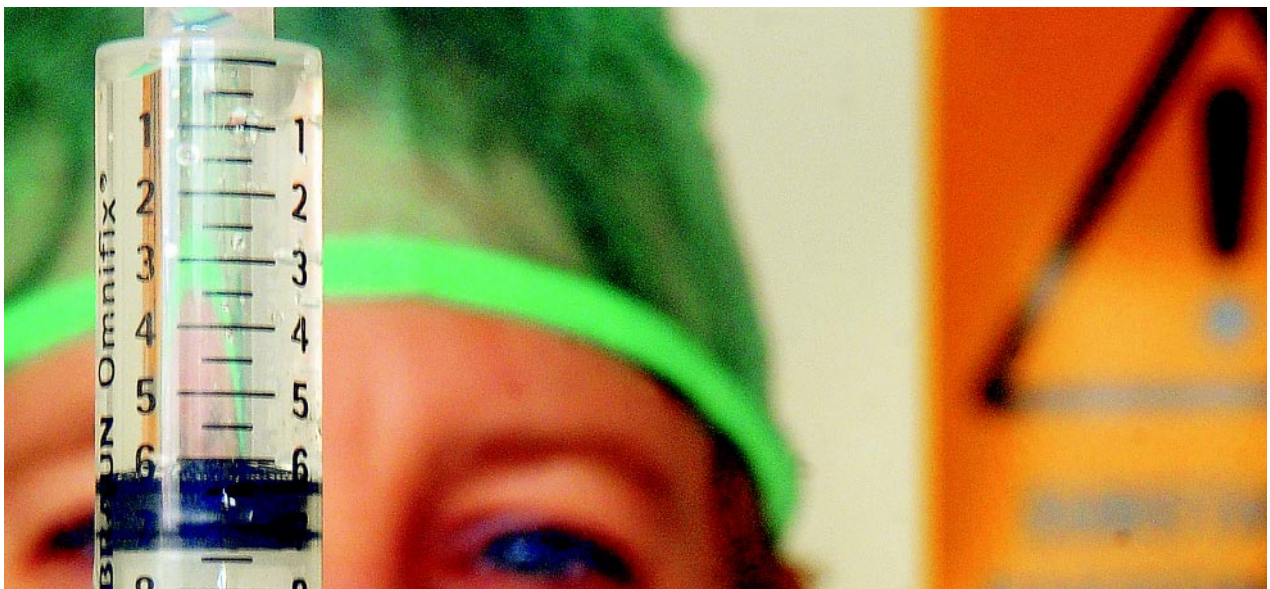
Jeśli ktoś chce prowadzić działalność leczniczą w szerszym zakresie swobody działalności gospodarczej, powinien zawierać umowy bezpośrednio z pacjentem. Wówczas możemy mówić o możliwości ubezpieczeń indywidualnych na finansowanie leczenia w placówkach prywatnych nierealizujących zadania publicznego. Jednak zagadnienie dodatkowych ubezpieczeń jest odrębnym, szerszym tematem.

Społeczeństwo w Polsce oczekuje równego dostępu do świadczeń, które w jego odczuciu finansowane są przez Państwo. Nie do końca polscy pacjenci



przyjęli fakt, iż tak naprawdę to oni są finansującymi świadczenia. Przyczynił się do tego również sam system, który mimo zapewnień nie reagował na ich zachowania i oczekiwania. Pieniądze nie poszły za pacjentem, a decyzję o tym, jak są wydawane, podejmowano często bez uwzględnienia jego zachowań i potrzeb. Nie ma akceptacji społecznej dla podwyższenia składki zdrowotnej, natomiast jest oczekiwanie likwidacji barier dostępu.

Mimo iż na rynku pojawiło się szereg niepublicznych placówek medycznych, to największe poczucie bezpieczeństwa identyfikowane jest z lecznicami „państwowymi”. Może właśnie to jest kierunek zmian, jaki zaproponuje nowy Minister Zdrowia przyznając, że obowiązkiem Państwa jest organizacja właściwego dostępu do zasobów świadczeniodawców zapewniających podstawowe, niezbędne działania dla ratowania życia i zdrowia.



Zmiany w ustawie o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta

- nowe zasady prowadzenia dokumentacji medycznej



Łukasz Puchalski

W połowie lipca bieżącego roku do konsultacji społecznych skierowano nowy projekt zmiany ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Proponowana nowelizacja ma za zadanie uregulowanie kwestii związanej z funkcjonowaniem komisji wojewódzkich do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, uprawnieniami rzecznika praw pacjenta, sposobami wnoszenia sprzeciwu wobec orzeczeń lekarskich, oraz praw pacjenta w zakresie dostępu do dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych i informacji o stanie zdrowia w niej zawartych.

W związku z wieloma pytaniami, w artykule tym przedstawimy zakres zmian dotyczących ostatniej kwestii, czyli dokumentacji medycznej. Założeniem ustawodawcy było stworzenie takich regulacji prawnych, które w sposób kompleksowy będą zapewniać ochronę danych osobowych oraz dostępu do informacji o stanie zdrowia pacjenta. Projekt reguluje bezpieczeństwo zarówno w całym okresie funkcjonowania podmiotu, jak również po zaprzestaniu działalności placówki. Ponadto projekt zakłada ujednolicenie opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej pacjentom oraz organom władzy publicznej. Szczegółowo określono zasady kopiowania dokumentacji medycznej.

Na podstawie artykułu 30 omawianej ustawy Minister Zdrowia przedstawił do zaopiniowania projekt z 15 września 2015 roku nowego Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

Zmiany w fazie projektu Kopia, odpis, wyciąg z dokumentacji medycznej

Dotychczas zapisy ustawy nie regulowały kwestii kopiowania, tworzenia odpisów czy wyciągów dokumentacji medycznej. Brak takich regulacji wprowadzał zamęt w przypadku, gdy pacjent zgłaszał się do archiwum placówki medycznej z prośbą o udostępnienie kwitów medycznych. Zamiennie traktowano kopię i odpis, co powodowało znaczne zwiększenie kosztów, jakie musiał ponieść pacjent w momencie, gdy potrzebował swojej dokumentacji medycznej. Wprowadzenie trzech definicji w znacznym stopniu zabezpieczy prawo dostępu do dokumentacji medycznej. Artykuł 1 Ustawy wprowadza następujące definicje:

Wyciąg – skróty dokument zawierający wybrane informacje lub dane z całości dokumentacji medycznej.

Odpis – dokument wytworzony przez

przepisanie tekstu z oryginału dokumentacji medycznej z wiernym zachowaniem zgodności co do treści z oryginałem.

Kopia – dokument wytworzony przez dokładne odwzorowanie treści i formy oryginału dokumentacji medycznej.

Wprowadzenie powyższych definicji stworzyło potrzebę usankcjonowania kwot pobieranych od osób chcących posiadać wyciąg, odpis lub kopie dokumentacji medycznej. Dotychczas kwoty naliczane były na podstawie 0,002 przeciętnego wynagrodzenia w Polsce. Podstawą wyliczenia było przeciętne wynagrodzenie za poprzedni okres. W I kwartale 2015 roku wynosiło ono 4054,89 zł.

Tak więc wartość 1 strony wyciągu lub odpisu równa była 7,71 zł, natomiast kopii 0,77 zł. Proponowane zmiany ustanawiają jednolitą kwotę, która nie może przekraczać:

- 7,5 zł - za jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej;

- 0,5 zł - za jedną stronę kopii dokumentacji medycznej;
- 0,5 zł - za jedną stronę papierowego wydruku z dokumentacji medycznej prowadzonej w postaci elektronicznej;
- 0,5 zł - za jedną stronę odwzorowania cyfrowego dokumentacji medycznej prowadzonej w postaci papierowej;
- 1,5 zł - za udostępnienie dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych.

Ustawa wskazuje również na to, że wysokość pobieranej opłaty uwzględnia w swoim składzie podatek od towarów i usług.

Archiwizacja dokumentacji medycznej – zakończenie działalności podmiotu wykonującego działalność leczniczą

Zgodnie z zapisami projektu zawartymi w art. 27 ustawy dokumentacja medyczna może być udostępniana:

1. w przypadku gdy jest prowadzona w postaci papierowej;
 - do wglądu w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych;
 - przez sporządzenie jej wyciągu, odpisu lub kopii;
2. W przypadku gdy jest prowadzona w postaci elektronicznej;
 - do wglądu, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych;
 - za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej;
 - na elektronicznym nośniku danych;
 - przez sporządzenie papierowych wydruków na żądanie pacjenta lub innych uprawnionych organów lub podmiotów.

Projekt ustawy zakłada również, że oryginał dokumentacji medycznej prowadzonej w postaci papierowej może być udostępniany jako oryginał za pokwitowaniem odbioru z zastrzeżeniem zwrotu tylko na żądanie organów władzy publicznej, w tym Rzecznika Praw Pacjenta, sądów powszechnych oraz gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji medycznej mo-

głaby spowodować zagrożenia zdrowia lub życia danego pacjenta. Z zapisu tego wynika, że pacjent nie może wypożyczyć samodzielnie oryginału swojej dokumentacji medycznej. Ma jedynie prawo do wyżej wspomnianej kopii, odpisu lub wyciągu dokumentacji medycznej. Ustawodawca wprowadza również prawo pacjenta lub organów władzy publicznej do udostępnienia dokumentacji medycznej papierowej odwzorowanej na nośniku elektronicznym. Należy jednak pamiętać, że można tego żądać jedynie w przypadku, gdy świadczeniodawca ma taką procedurę opisaną w regulaminie organizacyjnym.

Ustawa wskazuje procedurę przejścia dokumentacji medycznej w przypadku zaprzestania działalności danej placówki medycznej. W takim przypadku standardowo dokumentację medyczną przejmuje ta placówka, która przejęła również zadania likwidowanego świadczeniodawcy. Jeżeli natomiast nie wyznacza się podmiotu zastępczego, za przechowywanie oraz udostępnienia dokumentacji medycznej odpowiada:

Podmiot tworzący albo sprawujący nadzór – w przypadku likwidacji podmiotu niebędącego przedsiębiorcą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej albo instytutu badawczego;

Podmiot leczniczy, który zawarł umowę na przechowywanie dokumentacji medycznej z podmiotem zaprzestającym udzielania świadczeń;

Właściwa dla miejsca udzielania świadczeń okręgowa izba lekarska albo pielęgniarek i położnych – w sytuacji śmierci lekarza, pielęgniarki lub położnej wykonujących prywatną praktykę lekarską.

Ustawa przewiduje również sytuację przechowywania dokumentacji medycznej prowadzonej elektronicznie. Wskazuje się na jednostkę podległą ministrowi zdrowia właściwą w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia w systemie informacji medycznej. Oczywiście wszystkie podmioty przechowujące dokumentację medyczną pacjentów zobowiązane są ustawą do zachowania tajemnicy informacji związanej z pacjentem.

W przypadku niedopełnienia obowiązku przekazania dokumentacji medycznej na ostatniego kierownika placówki może być nałożona kara w wysokości do trzykrotnego miesięcznego wynagrodzenia tej osoby.

Przetwarzanie dokumentacji medycznej przez osoby bez wykształcenia medycznego

Nieustanne wprowadzanie usprawnień w systemach opieki zdrowotnej spowodowało rozbudowanie w placówkach medycznych zasobów ludzkich w postaci personelu administracyjnego. Jako że dokumentacja medyczna, z punktu widzenia działu statystyki i rozliczeń, traktowana jest jako główny nośnik informacji dotyczącej rozliczenia, poniesionych kosztów, zaczęto zastanawiać się nad wprowadzeniem prawa dostępu dla tych osób. Cały personel pomocniczy (w tym np. sekretarki medyczne, rejestratorki, koordynator pakiety onkologicznego) to osoby wykonujące czynności pomocnicze w stosunku do procesu udzielania świadczeń zdrowotnych. Z tego względu oni również muszą mieć możliwość dostępu do dokumentacji medycznej. Zapisy projektu ustawy dają taką możliwość. Ustawa wskazuje, iż **art. 24 ust. 2 Osoby wykonujące zawód medyczny oraz inne osoby wykonujące czynności pomocnicze w stosunku do procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, a także czynności związane z utrzymaniem systemu teleinformatycznego, w którym jest przetwarzana dokumentacja medyczna, i zapewnieniem bezpieczeństwa tego systemu, upoważnione przez administratora danych, są uprawnione do przetwarzania danych zawartych w dokumentacji medycznej, w celu ochrony zdrowia, udzielania oraz zarządzania udzielaniem świadczeń zdrowotnych, utrzymania systemu teleinformatycznego, w którym przetwarzana jest dokumentacja medyczna, i zapewnieniem bezpieczeństwa tego systemu.**

Praktycznie rzecz ujmując, zapis ten daje prawo pomocy sekretarskiej w uzupełnianiu dokumentacji medycznej pod kierunkiem i nadzorem lekarza prowa-

ciąg dalszy na str. 10

dzącego, który na końcu uzupełnionego wpisu wskaże swoje dane osobowe i podpis (zgodnie z §10 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania).

Pozostałe zmiany wynikające z projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania

Oprócz wskazanych powyżej zmian bezpośrednio wynikających z ustawy, rozporządzenie Ministra Zdrowia dokonuje również innych szczegółowych zmian w zapisach. W §7 dokonano uzupełnienia wskazując punkt, który dopuszcza odstępnie od wskazywania numerów statystycznych rozpoznania choroby (ICD-10) w przypadku prowadzenia dokumentacji medycznej przy wystawianiu recept dla siebie albo dla małżonka, wstępnych lub zstępnych w linii prostej oraz rodzeństwa. W §8 dodano punkt 2, w którym wskazuje się, że oświadczenia do upoważnienia do dostępu do dokumentacji medycznej oraz informacji o stanie zdrowia złożone w postaci elektronicznej należy przechowywać w Systemie Informacji Medycznej (SIM).

W §9 dotyczącym dołączania do skierowania na badania diagnostyczne lub konsultacje informacji z indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta niezbędnych do przeprowadzenia tego badania lub konsultacji dodano również słowo leczenia.

W związku z tym należy spodziewać się przy każdym skierowaniu dodatkowej informacji medycznej potwierdzającej aktualny stan zdrowia pacjenta potwierdzający potrzebę skierowania.

W §17 dotyczącym składu historii choroby w części przebiegu dodano punkt 3. *Opisy badań diagnostycznych.* W związku z czym, po wejściu w życie rozporządzenia nie wystarczy dodać jedynie wyniku badania. Trzeba będzie uzupełnić go o szczegółowy opis.

W przypadku dokumentacji zbiorczej należy pamiętać, że księgę główną przyjęć i wypisów oraz księgę chorych oddziału należy również uzupełniać o rozpoznanie histopatologiczne na podstawie dołączonego do historii po zakończonej hospitalizacji, wyniku badania hist.-pat.

Nowe zasady prowadzenia dokumentacji medycznej – obowiązujące od 1 września 2015 roku

Ministerstwo Zdrowia opublikowało 31 sierpnia 2015 roku Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 sierpnia 2015 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

Omawiając Zmiany projektowe Ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta, warto wspomnieć o najnowszych, już wprowadzonych, zmianach w zasadach prowadzenia dokumentacji medycznej. Jest to istotne, po pierwsze dlatego, że zmiany te również swoje źródło mają w ww. ustawie, a po drugie są niezmiennie istotne dla systemu.

Jednym z najważniejszych punktów jest uregulowanie kwestii związanej z wynikami badań histopatologicznych. Dotychczas ogromnym problemem dla świadczeniodawców była kwestia, gdzie należy dołączyć wynik badania histopatologicznego materiału pobranego podczas hospitalizacji, która zakończyła się

przed dostarczeniem wyniku badania. Otóż zmiana rozporządzenia wskazuje, że wynik powinien uzupełnić wcześniej zakończoną historię choroby, a następnie ponownie dokumentacja powinna być przedstawiona do podpisu ordynatorowi oddziału. Przyjmuje się, że karta informacyjna z leczenia szpitalnego nie podlega zmianie danych o nowym rozpoznaniu.

Kolejną krótką lecz istotną zmianą jest możliwość upoważnienia innego lekarza przez ordynatora w celu zatwierdzania zakończonych historii chorób. Ma to swoje uzasadnienie w sytuacji, kiedy kierownika oddziału nie ma w miejscu pracy.

Na zakończenie rozporządzenie zmieniające wprowadza obowiązek dołączania do dokumentacji medycznej karty okołoperacyjnej. Chodzi oczywiście o hospitalizację zabiegową. Karta ta podzielona jest na trzy części:

- przed znieczuleniem pacjenta;
- przed wykonaniem nacięcia;
- przed opuszczeniem przez pacjenta bloku operacyjnego.

Karta prowadzona musi być przez koordynatora określonego w regulaminie placówki. Dokonuje on wpisów na karcie na podstawie informacji udzielonych mu przez członków zespołu operacyjnego. Każdy z nich przekazuje informacje tylko dotyczące ich działki na bloku operacyjnym. W ogólnym brzmieniu karta przedstawia istotne informacje dotyczące wykonywania czynności okołoperacyjnych w taki sposób, aby zminimalizować ryzyko popełnienia zaniedbania.



Ograniczenie umów czasowych - Nowelizacja Kodeksu pracy



Emilia Sujkowska

e-mail: Emilia.Sujkowska@iuz.org.pl

Nowe przepisy Kodeksu pracy wejdą w życie 22 lutego 2016 roku.

Umowa o pracę na czas określony będzie podlegała nowym zasadom zawierania i rozwiązywania, co może mieć istotne znaczenie dla wielu polskich pracodawców i pracowników. Głównym celem zmian w ustawie Kodeksu pracy jest ograniczenie nieuzasadnionego wykorzystywania umów o pracę na czas określony.

Termin do 33 miesięcy

Nowelizacja Kodeksu pracy zakłada wprowadzenie ograniczenia czasu trwania i liczby umów na czas określony. Zgodnie z nowymi postanowieniami od przyszłego roku pracodawca będzie mógł zawrzeć tylko trzy takie umowy z pracownikiem maksymalnie na 33 miesiące. Przekroczenie ww. terminu spowoduje, iż od dnia następującego po jego upływie pracownik będzie uważany za zatrudnionego na podstawie umowy o pracę na czas nieokreślony. Długość przerwy między kolejnymi umowami nie będzie już znaczenia.

Pracodawca z powodu poważnych przyczyn, które jego dotyczą, będzie mógł nie stosować się do zasady trzech umów i 33 miesięcy, lecz w tym przypadku będzie musiał to wyjaśnić i uzasadnić przed Okręgowym Inspektorem Pracy. Naruszenie obowiązku powiadomienia PIP o przekroczeniu limitów będzie wykroczeniem zagrożonym karą grzywny od 1000 zł do 30 000 zł.

Reguła trzech umów i 33 miesięcy nie będzie obowiązywać w przypadku zastępstwa innego pracownika, prac se-

zonowych i dorywczych, pracy w placówkach zagranicznych oraz pracy na czas kadencji.

Ponowne zawarcie umowy na okres próbny

Umowa próbna zawierana na okres trzech miesięcy jest i w dalszym ciągu będzie stosowanym przez pracodawcę sposobem na sprawdzenie kompetencji pracownika.

W odniesieniu zaś do tej umowy wprowadza się regulację, zgodnie z którą ponowne zawarcie umowy o pracę na okres próbny z tym samym pracownikiem jest możliwe, jeżeli pracownik ma być zatrudniony w celu wykonywania innego rodzaju pracy bądź po upływie 3 lat od dnia wygaśnięcia lub rozwiązania poprzedniej umowy o pracę w przypadku wykonywania tego samego rodzaju pracy.

Zmiana czasu wypowiedzenia

Kolejną niezwykle istotną zmianą jest wprowadzenie jednolitych okresów wy-

powiedzenia dla umów na czas określony oraz dla umów na czas nieokreślony. Wypowiedzenie umowy na czas określony będzie zależne od określonej w niej długości, a nie rodzaju. A zatem będzie zależne od stażu pracy pracownika i wyniesie dwa tygodnie, jeżeli zatrudniony będzie u danego pracodawcy krócej niż pół roku, miesiąc, gdy osoba przepracuje przynajmniej 6 miesięcy, a także trzy miesiące, jeżeli jego staż pracy przekroczy trzy lata.

Za wypowiedzeniem więc będzie można rozwiązać każdą umowę o pracę na czas określony, bez względu na czas, na jaki została zawarta i czy przewidują to jej postanowienia.

Nowelizacja przewiduje, że w dalszym ciągu nie trzeba będzie podawać przyczyny wypowiedzenia tych umów.

Pracodawca będzie mógł też jednostronnie zwolnić pracownika z obowiązku świadczenia pracy w okresie wypowiedzenia z zachowaniem prawa do wynagrodzenia. Do tej pory nie było to ure-

ciąg dalszy na str. 12

gulowane w przepisach Kodeksu pracy.

Ograniczenie rodzajów umów o pracę

Obowiązywać będzie ograniczenie rodzajów umów o pracę. Znikną umowy o pracę na czas wykonywania określonej pracy. W ich miejsce zawierane będą umowy na czas określony.

Nie będzie także osobnej regulacji umowy na czas zastępstwa nieobecnego pracownika. Do umów zawieranych na czas określony w celu zastępstwa pracownika będzie można stosować wyłączenia od wyżej opisanych limitów czasowych i liczbowych.

W ten sposób na rynku pracy zostaną trzy rodzaje umów o pracę: na czas nieokreślony, na czas określony i na okres próbny.

Przepisy przejściowe

Ustawa zawiera szczegółowe przepisy przejściowe regulujące sytuację umów o pracę na czas określony i na czas wykonywania określonej pracy, które będą obowiązywać w dniu jej wejścia w życie.

Okres zatrudnienia determinujący okres wypowiedzenia i maksymalny okres zatrudnienia na podstawie umowy o pracę na czas określony będzie liczony od dnia wejścia w życie zmian.

Umowa o pracę na czas określony trwająca w chwili wejścia w życie zmian będzie uważana za pierwszą z limitu trzech bądź drugą, jeżeli została podpisana jako druga z rzędu na czas określony w maksymalnie miesięcznym odstępstwie czasowym od zakończenia zatrudnienia.

W stosunku do umów na czas określony zawartych na okres maksymalnie

6 miesięcy, albo też takich umów zawartych na dłuższy czas, w których jednak nie przewidziano możliwości ich rozwiązania za dwutygodniowym okresem wypowiedzenia, nie będzie można zastosować nowych przepisów o dopuszczalności wypowiedzenia i tym samym nie będzie możliwości ich wypowiedzenia.

Przy wypowiedzaniu umów o pracę na czas określony zawartych na okres dłuższy niż 6 miesięcy, w których przewidziano możliwość ich rozwiązania z zachowaniem dwutygodniowego okresu wypowiedzenia, trwających w dniu wejścia w życie niniejszej ustawy, stosuje się okresy wypowiedzenia, które będą identyczne jak przy umowach na czas nieokreślony. Staż pracy, od którego zależy długość wypowiedzenia będzie liczony od dnia wejścia w życie nowelizacji.

Do umów na czas wykonywania określonej pracy będą stosowane przepisy dotychczasowe.

Na medycznej niwie

Oftalmoskop laserowy

Klinika Okulistyki w Szpitalu Kolejowym w Katowicach wyposażyla placówkę w szerokokątny oftalmoskop laserowy. Aparat umożliwiający obserwację nie tylko zmiany na powierzchni siatkówki, ale także w poszczególnych jej warstwach. Zwykły wziernik pozwala obserwować zmiany na siatkówce, a jego kąt widzenia sięga 45 stopni. W przypadku oftalmoskopu laserowego to 200 stopni.

Innowacyjny zabieg operacji przełyku metodą endoskopową

Szpital Specjalistyczny w Brzezinach przeprowadził pierwszą operację przełyku, w której zamiast skalpela zastosowano gastroskop pacjentowi choremu na achalazję (upośledzony rozkurcz dolnego zwieracza przełyku oraz

brak perystaltyki pozostałych odcinków przełyku).

W walce z padaczką

Według najnowszych badań szwedzkich naukowców, niektóre kwasy żywicne mogą znaleźć zastosowanie jako lek na epilepsję. Badacze wyizolowali z żywicy 71 związków, z których 12 uznali za potencjalne nowe leki dla pacjentów cierpiących na padaczkę.



Park

Technologii Medycznych

W Zabrze otwarto Park Technologii Medycznych Kardio-Med Silesia. W placówce będą prowadzone innowacyjne badania w dziedzinie kardiologii, onkologii, geriatрії, a także chorób środowiskowych i cywilizacyjnych. Jest to pierwsza taka placówka w regionie. Jej zadaniem jest wdrażanie nowych rozwiązań związanych z nauką, medycyną i bioinżynierią.

JGP

w pytaniach

i

odpowiedziach

**Anna Janiszewska**

Ekspert ds. rozliczania świadczeń

E-mail: anna.janiszevska@iuz.org.pl

Do autorki są kierowane liczne pytania naszych Czytelników, na które udzielamy indywidualnie odpowiedzi. Najciekawsze publikujemy w tej rubryce. Dziękujemy za zainteresowanie i za wszystkie pytania, które dotychczas otrzymaliśmy. Zachęcamy do zadawania kolejnych, związanych z systemem jednolitych grup pacjentów.

Czy można podzlecać wykonanie świadczenia zakontraktowanego z NFZ innemu podmiotowi leczniczemu i rozliczać je samemu z NFZ?

Zgodnie z art. 133 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, możliwe jest zlecanie podwykonawcom udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia, warunkiem jest zawarcie takiej możliwości w postanowieniach umownych.

Z kolei za podwykonawcę uważa się taki podmiot, który wykonuje część umowy samodzielnie, organizując powierzony zakres czynności, co wynika bezpośrednio z § 1 pkt 18 OWU (ogólne warunki umów) stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Analizując treść ww. definicji podwykonawcy, należy stwierdzić, że nie jest możliwe przekazanie całości świadczenia objętego umową do realizacji osobie trzeciej. Na taką interpretację wskazuje użyte w ustawie sformułowanie „udzielanie świadczeń (...) w ramach umowy (...)”. Oznacza to, że nie ma możliwości całościowego przeniesienia praw i obowiązków

wynikających z umowy ze świadczeniodawcy na podwykonawcę, realizacja może dotyczyć jednego ze świadczeń lub wyodrębnionej jego części. Wykonywanie całości kontraktu przez świadczeniodawcę, który „wchodzi” w miejsce strony kontraktu z NFZ, mogłoby być uznane za działanie zmierzające do obejścia prawa – przepisów o wyłanianiu świadczeniobiorców.

Przy tak ujętych ramach powierzenia realizacji świadczeń podmiotom trzecim należy uwzględnić przepisy przewidziane w art. 26 i nast. ustawy o działalności leczniczej dotyczące tzw. subkontraktowania (podzlecania świadczeń), które odnoszą się do trybu wyłaniania podmiotów udzielających świadczeń.

Podmioty świadczące działalność medyczną zdecydowanie różnią się od lekarzy prowadzących indywidualne praktyki lekarskie, mimo iż mogą udzielać świadczeń na podstawie takich samych umów cywilnoprawnych. Odwołując się po raz kolejny do definicji podwykonawcy wskazanej w OWU, podwykonawca to podmiot, który wykonuje część umowy, samodzielnie organizując powierzony zakres czynności. Taka konstrukcja tego pojęcia pozwala na uznanie za podwykonawcę tylko podmiotu, który samodzielnie organizuje powierzony zakres czynności. Tym samym przepisy rozróżniają podwykonawców świadczeniodawcy od podmiotów, które świadczeniodawca zatrudnił do wykonania usług medycznych. Wskazać w tym miejscu należy, iż powszechne jest aktualnie „zatrudnianie” lekarzy w różnych formach, ale to nie oznacza, iż lekarz ten jest

ciąg dalszy na str. 14

podwykonawcą kontraktu z NFZ w rozumieniu art. 133 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a jedynie uznawany jest za „pracownika” świadczeniodawcy.

Utożsamianie przez świadczeniodawcę podwykonawcy z lekarzem pełniącym dyżur jest więc błędne, chociażby przez przyjęcie kryterium, czy taki lekarz samodzielnie organizuje powierzony zakres czynności.

Rozróżnienie potwierdza teza z wyroku Sądu Najwyższego – Izby Pracy, Ubezpieczeń Społecznych i Spraw Publicznych z dnia 13 lutego 2014 r., I UK 323/13, który stwierdza, że umowa, na podstawie której lekarz wykonuje swój zawód polegający na udzielaniu świadczeń zdrowotnych (art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty, t.j. Dz.U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634 ze zm.) nie może być utożsamiana z umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (art. 132 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, t.j. Dz.U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.) ani z zawieraną w jej ramach umową o zamówienie na świadczenia zdrowotne (art. 133 tej ustawy w związku z art. 35 ust. 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, t.j. Dz.U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm.). Sąd Najwyższy, rozstrzygając sprawę z zakresu ubezpieczeń społecznych (obowiązków płatnika składek w sytuacji zatrudnienia pracownika na podstawie umowy cywilnoprawnej przez osobą trzecią i kwalifikacji umowy zlecenia w sprawie udzielania przez lekarza świadczeń zdrowotnych na tle wcześniej obowiązującej ustawy o zakładach opieki zdrowotnej), wskazuje na różnice pomiędzy tymi umowami, co dowodzi powszechnego różnicowania tych pojęć niezależnie od typu spraw, w których orzekają sądy powszechne.

Rozważyć należy następnie kwestię odpowiedzialności za wykonane świadczenie. Odpowiedzialność świadczeniodawcy wobec NFZ wynika z § 3 OWU, zgodnie z którym świadczeniodawca ponosi odpowiedzialność za udzielanie lub za zaniechanie udzielania świadczeń przez osoby przez siebie zatrudnione lub udzielające świadczeń w jego imieniu na innej podstawie niż umowa o pracę, a także osoby, którym udzielanie świadczeń powierzył, oraz odpowiada za szkody powstałe, także u osób trzecich, w związku z udzielaniem lub zaniechaniem udzielania świadczeń. Zasada odpowiedzialności świadczeniodawcy wobec pacjenta jest uregulowana w przepisie art. 33 ustawy o działalności leczniczej – w przypadku wykonywania działalności leczniczej przez lekarza jako indywidualnej praktyki lekarskiej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem albo indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem albo wykonywania działalności leczniczej przez pielęgniarkę jako indywidualnej praktyki pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem albo indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie

podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem, odpowiedzialność za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych, ponoszą solidarnie odpowiednio lekarz i podmiot leczniczy albo pielęgniarka i podmiot leczniczy.

Podsumowując, możliwość powierzenia realizacji części danej umowy podwykonawcy musi wynikać z umowy i nie jest dopuszczalne zlecenie podwykonawcy całości wykonywanych świadczeń objętych umową.

Mam pytanie dotyczące odpowiedzialności pracownika za szkody na rzecz pracodawcy. Wiem, że kara może dotyczyć 3 miesięcznych pensji oraz że pracodawca może zastosować regres. Podobno od marca 2015 r. przepisy się zmieniły i obowiązuje to nie tylko umowę o pracę, ale również kontrakty (np. lekarskie na dyżury).

Na mocy jakich przepisów to się zmieniło?

Zgodnie z nowelizacją przepisów zawartych w Ustawie o działalności leczniczej, za wszystkie zdarzenia niepożądane oraz szkody wyrządzone pacjentom odpowiada podmiot prowadzący działalność leczniczą.

Zgodnie z tą ustawą podmiot leczniczy odpowiada nie tylko za szkody wyrządzone przez osoby zatrudnione w podmiocie, ale również za szkody wyrządzone przez „osoby, którym podmiot powierzył udzielanie świadczeń”.

W przypadku osób zatrudnionych na podstawie umowy o pracę podmiot może zastosować regres ukierunkowany na odzyskanie starty poniesionej z tytułu rekompensaty szkody pacjenta. Chodzi o sytuację, w której podmiot zapłaci np. karę do NFZ lub odszkodowanie pacjentowi, a zapłata ta wynikała z błędu lub wadliwej czynności osoby zatrudnionej na podstawie umowy o pracę.

Wówczas pracodawca, stosując regres, musi odpowiedzieć sobie na pytania:

- a) czy szkoda wyrządzona mu przez pracownika była niezamierzona, nieumyślna, nie wynikała z zaniedbania lub złej woli, ale jednocześnie jest w stanie wykazać jakieś niedopatrzenie pracownika
- b) czy szkoda powstała w wyniku zaniechania lub złej woli lub umyślnego wyrządzenia szkody pracodawcy.

W przypadku a)

Kodeks Pracy dopuszcza obciążenie pracownika częścią szkody poniesionej przez pracodawcę w wysokości nie wyższej niż 3-krotne wynagrodzenie tego pracownika.

W przypadku b)

Reguluje to art. 114 i 115 Kodeksu Pracy – pracodawca ma

prawo obciążyć pracownika całością poniesionej szkody.

Często jako przykład wskazujemy sytuację, w której lekarz został zaznajomiony przez pracodawcę lub zobowiązany do zaznajomienia z zasadami udzielania świadczeń i prowadzenia dokumentacji medycznej, zatem w przypadku, kiedy zasady te naruszył – a to skutkowało np. karą z NFZ – pracodawca może dowieść, iż pracownik wyrządził mu szkodę przez zaniechanie.

Inaczej ma się rzecz w przypadku osób którym podmiot prowadzący działalność leczniczą powierzył wykonywanie świadczeń (tzw. kontrakty). Mamy tu do czynienia z bezwzględną, pełną odpowiedzialnością „lekarza kontraktowego” za całość udzielania świadczeń, a co za tym idzie udokumentowania udzielenia świadczenia zgodnie z obowiązującym prawem.

Cywilno-prawna umowa zawarta pomiędzy stronami dotyczy powierzenia zadania, którego sposób realizacji, warunki realizacji są określone przepisami odrębnymi (Ustawa o świadczeniach finansowanych ze środków publicznych, Ustawa o zawodzie lekarza, akty wykonawcze – a w tym Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz Zarządzenia Prezesa NFZ w przypadku gdy przedmiotem umowy jest realizacja świadczeń finansowanych przez NFZ).

Czy pacjent posiadający szczególne uprawnienia, np. zasłużony honorowy dawca krwi ma uprawnienie do pierwszeństwa w kolejce na protezy zębowe?

Jeżeli świadczenie opieki zdrowotnej nie może zostać zrealizowane w dniu zgłoszenia, świadczeniodawca ma obowiązek wpisać pacjenta na listę oczekujących.

W kolejce nie są umieszczane osoby, którym przysługuje prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością. Takie uprawnienia mają:

- Osoby posiadające tytuł Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi lub Honorowego Dawcy Przeszczepu,
- inwalidzi wojenni i wojskowi,
- kombataneci,
- uprawnieni żołnierze i pracownicy, w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa, weterani poszkodowani w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa.

Takich pacjentów zatem nie umieszczamy na liście oczekujących.

Czy można zapisać pacjenta na listę oczekujących na świadczenie protetyczne, jeśli od odbioru ostatniej protezy nie minęło 5 lat?

Pacjent miał zrealizowaną protezę 3 lata temu, okres oczekiwania wynosi 2 lata, łącznie zatem jest 5 lat. Czy raczej na listę oczekujących zapisujemy pacjenta po 5 latach od odbioru ostatniej protezy?

Nie można zapisać pacjenta na listę oczekujących, jeśli od odbioru ostatniej protezy nie upłynęło 5 lat. Czas ten liczy się od zakończenia udzielenia świadczenia (uzyskania świadczenia), co oznacza, że liczy się data odbioru ostatniej protezy.

Czy w ośrodku dziennym rehabilitacji pacjent ma prawo decydowania o terminie rozpoczęcia rehabilitacji po konsultacji lekarskiej czy musi rozpocząć w tym samym dniu bądź na drugi dzień? Zdarza się, że pacjent chce rozpocząć leczenie za miesiąc z różnych powodów, ale często i ten termin ponownie kilkakrotnie przekłada (realizacja rehabilitacji następuje po pół roku po konsultacji a nawet po roku). Pacjent twierdzi, że ma to tego prawo...

Regulacje dotyczące wyznaczania terminów udzielania świadczeń określone są w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie list oczekujących. Na wstępie trzeba przypomnieć, że termin udzielenia świadczenia wyznacza świadczeniodawca. Pacjentowi przysługuje możliwość zmiany tego terminu z ważnych przyczyn życiowych.

Tak więc, w pierwszej kolejności – wyznaczamy termin. Dalej, (nawet w tym samym dniu) – na wniosek chorego – można ten termin zmienić, wyznaczając inną dogodną dla pacjenta datę. W przypadku, gdy chory nie stawia się na świadczenie – rozporządzenie nakazuje usunąć chorego z listy oczekujących.

W przypadku, gdy po czasie zgłosi się – uzasadniając niemożność stawienia się z przyczyn wyższych – możemy przywrócić go na listę w pierwszym wolnym terminie.

Jeśli mówimy o sytuacji, w której chory w zasadzie rozpoczął korzystanie ze świadczenia (początek wyznacza porada kwalifikacyjna), to rozpoczęcie leczenia (np. zabiegów) ustalamy z chorym.

Kalendarium

czyli najważniejsze wydarzenia

Zarówno Resort Zdrowia, jak i Narodowy Fundusz Zdrowia publikują kolejne propozycje istotne dla funkcjonowania świadczeniodawców.

Na etapie konsultacji istnieje możliwość zgłaszania uwag do przepisów prawnych, do czego serdecznie zachęcamy.

Przygotowała Jolanta Kowalczyk

30.09.2015 r. NFZ opublikował Zarządzenie 63/2015/DSZO Prezesa NFZ z 30.09.2015 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie.

Zarządzenie wprowadza zmiany w załączniku 2d – wzór umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie – telekonsylium kardiologiczne / telekonsylium geriatryczne.

- 1) Telekonsylium kardiologiczne sprawozdawane i rozliczane są przez świadczeniodawcę zatrudniającego lekarza specjalistę w dziedzinie kardiologii, biorącego udział w konsylium lekarskim odbywającym się z zastosowaniem sprzętu telemedycznego;
- 2) Telekonsylium geriatryczne sprawozdawane i rozliczane są przez świadczeniodawcę zatrudniającego lekarza specjalistę w dziedzinie geriatryki, biorącego udział w konsy-

lium lekarskim odbywającym się z zastosowaniem sprzętu telemedycznego. Telekonsylium, wycenionym na 6 punktów rozliczeniowych, sprawozdawać można u 1 pacjenta nie częściej niż raz na 30 dni i nie więcej niż 4 razy w roku.

W Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 6 października 2015 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego opracowano propozycje zmian.

Zmiany wprowadzone zostaną aktami prawnymi:

- Rozporządzenie Ministra zdrowia z dnia 6 października 2015 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2015 r. Zmieniające rozporządzenie w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego.

W rozporządzeniu zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych dodano przepis § 4a ust. 1 dotyczący warunków, jakie musi spełnić świadczeniodawca udzielający świadczeń gwarantowanych pełniący rolę ośrodka wiodącego.

Zmiany odnoszą się do procedury postępowania i organizacji udzielania świadczeń, w szczególności zmiana dotyczy wyodrębnienia wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego, który planuje i koordynuje proces leczenia, zmiany również dotyczą możliwości realizacji świadczeń zabiegowych.

Świadczeniodawca udzielający świadczeń gwarantowanych, w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej, realizujący leczenie onkologiczne, o którym mowa w art. 32a ustawy, oraz na warunkach określonych w załączniku nr 3 do rozporządzenia, pełniący rolę ośrodka wiodącego, powinien spełnić opisane warunki, m.in:

– Posiadać procedurę postępowania i organizacji udzielania świadczeń zapewniającą wyodrębnienie wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego.

W przypadku leczenia dzieci wprowadzono alternatywę dla lekarzy specjalistów w dziedzinie chirurgii dziecięcej uwzględniając specjalistów w dziedzinie chirurgii szczękowo-twarzowej lub chi-

urgii stomatologicznej (w przypadku chirurgii szczękowo-twarzowej) oraz otorynolaryngologii dziecięcej lub otorynolaryngologii (w przypadku otorynolaryngologii).

– Zrezygnowano z obligatoryjnego udziału lekarza specjalisty w dziedzinie radioterapii lub radioterapii onkologicznej albo medycyny nuklearnej (w przypadku nowotworów leczonych z wykorzystaniem medycyny nuklearnej oraz rentgenodiagnostyki lub radiologii, lub radiodiagnostyki, lub radiologii i diagnostyki obrazowej).

W przypadku leczenia pacjentów z nowotworami układu krwiotwórczego lub układu chłonnego u dzieci. Zobowiązano świadczeniodawców do zapewnienia co najmniej 2 lekarzy specjalistów: leczenia nowotworów układu krwiotwórczego lub chłonnego, składającego się co najmniej z 2 lekarzy specjalistów w dziedzinie:

- onkologii i hematologii dziecięcej – w przypadku leczenia dzieci,
- hematologii lub onkologii klinicznej, lub 1 specjalisty hematologii i 1 specjalisty onkologii klinicznej – w przypadku leczenia dorosłych.

Wprowadzono zapis dotyczący organizacji udzielania świadczeń w przypadkach klinicznych, w których postawienie rozpoznania onkologicznego jest możliwe wyłącznie w wyniku zabiegu diagnostyczno-leczniczego, określono maksymalny 28-dniowy termin, liczony od dnia umieszczenia świadczeniobiorcy na liście oczekujących na udzielenie świadczenia, na przeprowadzenie zabiegu diagnostyczno-leczniczego oraz określenie sposobu postępowania terapeutycznego przez zespół.

W projekcie wskazano konieczność, aby świadczeniodawca udzielający świadczeń gwarantowanych, który pełni rolę ośrodka wiodącego zapewnił udokumentowany udział w zespole prowadzącym leczenie pacjentów: osoby prowadzącej fizjoterapię oraz psychologa lub psychoonkologa.

Określono warunki dotyczące lokalizacji: Leczenie dzieci będzie się mogło odbywać również na oddziale chirurgii onkologicznej lub onkologii i hematologii dziecięcej oraz chirurgii dziecięcej, lub chirurgii szczękowo-twarzowej dla dzieci, lub otolaryngologii dla dzieci.

- a) w przypadku leczenia dzieci – oddział o profilu:
 - onkologia i hematologia dziecięca lub
 - chirurgia onkologiczna dziecięca,

lub

- chirurgia onkologiczna, lub
- onkologia i hematologia dziecięca oraz chirurgia dziecięca, lub
- onkologia kliniczna oraz chirurgia dziecięca, lub
- otorynolaryngologia dla dzieci,
- b) w przypadku nowotworów układu krwiotwórczego lub układu chłonnego – oddział o profilu hematologia lub onkologia kliniczna oraz oddział o profilu zabiegowym,
- c) w pozostałych przypadkach – oddział o profilu zabiegowym.

Wprowadzono zapis, zgodnie z którym świadczeniodawca zobowiązany jest do zapewnienia udokumentowania koordynacji, w tym dostępu do świadczeń:

- a) chemioterapii oraz
- b) radioterapii onkologicznej i medycyny nuklearnej – w przypadku nowotworów leczonych z wykorzystaniem medycyny nuklearnej

– odpowiednio w trybie hospitalizacji, leczenia jednego dnia i ambulatoryjnym

Zgodnie z pkt świadczeniodawca zobowiązany jest do stosowania się do standardów, wytycznych, lub zaleceń postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych rekomendowanych przez polskie towarzystwa naukowe w odpowiednich dziedzinach medycyny.

Rozporządzenie wejdzie w życie 1 listopada 2015 r.

Ponadto, odnośnie karty DiLO, lekarz nie będzie musiał wystawiać karty diagnostyki i leczenia onkologicznego w czasie rzeczywistym. Będzie miał 3 dni na wystawienie karty.

Rozszerzono listę nowotworów układu chłonnego i krwiotwórczego leczonych w ramach szybkiej terapii onkologicznej. Pakiet obejmuje również pacjentów z nowotworami łagodnymi centralnego układu nerwowego.

Dodano możliwość realizacji diagnostyki wstępnej przez lekarza prowadzącego profilaktyczny program zdrowotny.

20.10.2015 r. Narodowy Fundusz Zdrowia opublikował Zarządzenie nr 71/2015/DGL Prezesa NFZ zmieniają-

ce zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programu zdrowotne (lekowe).

Zarządzenie wprowadza zmiany:

- 1) dotyczące treści zarządzenia, zmiany wynikają z dodania nowego świadczenia *Kwalifikacja do leczenia aktywnej postaci ziarniniakowości z zapaleniem naczyń (GPA) lub mikroskopowego zapalenia naczyń (MPA).*
- 2) w Katalogu świadczeń i zakresów dodano produkty:
 - 03.0000.373.02 Leczenie neurogennej nadreaktywności wypięracza (ICD-10 N31);
 - 03.0000.374.02 Leczenie przewlekłego zakrzepowo-zatorowego nadciśnienia płucnego (CTEPH) (ICD-10 I27, I27.0 i/lub I26);
 - 03.0000.375.02 Leczenie aktywnej postaci ziarniniakowości z zapaleniem naczyń (GPA) lub mikroskopowego zapalenia naczyń (MPA) (ICD-10 M31.3, M31.8);
 - 03.0000.210.02 Kwalifikacja do leczenia aktywnej ziarniniakowości z zapaleniem naczyń (GPA) lub mikroskopowego zapalenia
 - 5.08.07.0000015 Kwalifikacja do leczenia aktywnej ziarniniakowości z zapaleniem naczyń (GPA) lub mikroskopowego zapalenia (MPA);

Ponadto, w realizacji *Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD)* możliwość hospitalizacji związana z wykonaniem programu. Kod produktu to 5.08.07.0000001.

Wykreślono: 03.0000.313.02 Leczenie szpiczaka plazmocytozy, oraz 03.0000.345.02 Leczenie reumatoidalnego zapalenia stawów o przebiegu agresywnym.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania, z mocą obowiązującą od dnia 1 września 2015 r.

Projekt ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta: rozstrzyganie niepożądanych zdarzeń medycznych



Jolanta Kowalczyk

1.06.2015 r. Opublikowany został projekt ustawy zmieniający ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw. W niniejszym artykule opisane zostaną planowane zmiany sposobu postępowania w zakresie zdarzeń niepożądanych.

Termin wydania orzeczenia

Komisje do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych wprowadzono jako alternatywę dla sądowego trybu dochodzenia przez pacjenta roszczeń wobec podmiotu leczniczego. Dlatego też w ustawie znalazł się zapis o terminie wydania orzeczenia, zgodnie z którym komisja ma przeprowadzić postępowanie i wydać orzeczenie o zdarzeniu medycznym albo jego braku, nie później niż 4 miesiące od dnia złożenia wniosku. W przedstawionej nowelizacji zmianą objęty został termin na wydanie orzeczenia w przypadku spraw szczególnie skomplikowanych, a mianowicie ich rozpatrywanie przez komisje możliwe będzie w przedłużonym terminie. Możliwość przedłużenia terminu orzeczenia w sprawie odnosiłaby się również do spraw rozpatrywanych w wyniku złożenia wniosku o ponowne rozpatrzenie. Podkreślić należy, że w przypadku krótszego czasu trwania postępowania – 4 miesiące – komisja nie zostaje zwolniona z rzetelnego zbadania każdej sprawy. Ponadto, w projekcie znalazł się zapis, dotyczący

skrócenia terminu z 30 dni do 21 dni, w którym kierownik podmiotu leczniczego przedstawia swoją opinię wobec wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego. W przypadku nieprzedstawienia opinii w tym terminie, uznaje się, że kierownik podmiotu leczniczego akceptuje okoliczności wskazane we wniosku oraz proponowaną wysokość odszkodowania i zadośćuczynienia. Nadmienić należy, że nieprzedstawienie stanowiska przez podmiot leczniczy nie jest równoznaczne z ustaleniem zdarzenia medycznego, a zatem komisja ma obowiązek przeprowadzenia postępowania i ustalenia, czy zdarzenie będące przedmiotem wniosku spełnia przesłanki zdarzenia medycznego określone w ustawie.

W projekcie nowelizacji przewidziano również odstępianie od przedstawienia postępowania pisemnego stanowiska przez ubezpieczyciela. W opinii ustawodawcy stanowisko przedstawione przez przedstawicieli ubezpieczyciela nie wnosi nowych okoliczności poza tymi, które są przedstawione w opinii podmiotu leczniczego.

Zmianą objęta została sytuacja, gdy osoba wezwana z nieusprawiedliwionego powodu nie zjawi się na posiedzenie, wojewódzka komisja w takim przypadku może pominąć dowód z tych wy-

jaśnień albo zeznań, jeżeli okoliczności ustalone na podstawie innych dowodów nie budzą wątpliwości.

Ponadto, dodano zapis umożliwiający komisji zasięganie opinii specjalistów z innych województw, a w przypadku gdy na liście brakuje specjalisty właściwego do wydania opinii, komisja mogłaby powołać lekarza spoza listy.

Ocena formalna wniosku

Projekt nowelizacji wprowadzałby możliwość rozpatrzenia kwestii formalnych wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego przez przewodniczącego komisji lub jego zastępcę, tym samym odstąpi się od konieczności zwoływania posiedzenia składu orzekającego w tym celu. Zgodnie z założeniem, przewodniczący komisji decydowałby w ramach wstępnej weryfikacji wniosku o jego przekazaniu podmiotowi leczniczemu w celu przedstawienia stanowiska albo o zwrocie ze wskazaniem braków formalnych i wezwaniem do ich uzupełnienia w terminie 7 dni. Jeżeli w tym terminie nie wpłynie uzupełniony wniosek, pozostanie on bez rozpoznania.

ciąg dalszy na str. 19

Zakres odwołania do przepisów kodeksu postępowania cywilnego

Zmieniony został zakres możliwości odwołania się do przepisów kodeksu postępowania cywilnego nieuregulowanego w ustawie. Do postępowania przed komisją miałyby zastosowanie dodatkowe przepisy kodeksu cywilnego: art. 64-71, 86-97, 149-150, 155-162, 164-175, 178, 179, 299-302, 424(8)-424(12).

Przekazanie sprawy do innej komisji

Ustawa przewiduje okoliczności wyłączenia członka komisji ze składu orzekającego z powodu konfliktu interesów, wskutek czego mogą wynikać trudności z powołaniem składu orzekającego w konkretnej sprawie, zwłaszcza w przypadku wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy bądź skargi o stwierdzenie niezgodności z prawem orzeczenia komisji, gdyż w tych przypadkach w rozpatrywaniu wniosku nie może uczestniczyć członek składu orzekającego, który brał udział w wydaniu zaskarżonego orzeczenia. W projekcie zaproponowane zostało, aby w sytuacji gdy z powodu wyłączenia członków komisji nie jest możliwe wyznaczenie składu orzekającego do rozpatrzenia danego wniosku, przewodniczący wojewódzkiej komisji poinformował o tym Rzecznika Praw Pacjenta w terminie do 3 dni od dnia wpływu wniosku. Rzecznika Praw Pacjenta, w terminie do 7 dni wskazywałby komisję właściwą do rozpatrzenia wniosku. Podejmując decyzję o wskazaniu właściwej komisji Rzecznika Praw Pacjenta, kierowałby się potrzebą zapewnienia możliwie dogodnych warunków dla uczestników postępowania. Jednocześnie proponuje się wprowadzenie zapisu, zgodnie z którym w przypadku gdy wyznaczenie składu orzekającego nie jest możliwe z innych przyczyn (niż ww.) uzasadniających przekazanie spraw do innej komisji, przewodniczący komisji może poinformować o tym Rzecznika Praw Pacjenta, który wskazuje komisję właściwą.

Proponuje się również uregulowanie sposobu postępowania w przypadku, gdy wniosek zostałby skierowany do nie-

właściwej komisji. W takim przypadku przewodniczący komisji, do której wpłynął wniosek, miałby obowiązek przekazać go do odpowiedniej komisji, a także poinformować o tym wnioskodawcę. W takim przypadku wniosek byłby bezpośrednio przekazany do właściwej komisji, pomijając Rzecznika Praw Pacjenta. Nadmienić należy, że przekazanie sprawy wiązałoby się z obowiązkiem przekazania przez wojewodę kwoty, którą wniósł wnioskodawca za złożenie wniosku. Pozostałe koszty postępowania przed komisją oraz koszty wynagrodzeń członków komisji ponosiłaby komisja właściwa, której przekazano sprawę.

Skarga o stwierdzenie niezgodności z prawem orzeczenia komisji

W odniesieniu do postępowań w sprawie skargi o stwierdzenie niezgodności z prawem orzeczenia komisji, proponuje się zmniejszenie liczby członków składu orzekającego w tych postępowaniach z 6 do 4 osób, przy czym 3 członków składu orzekającego miałoby posiadać wykształcenie prawnicze, a 1 członek składu orzekającego wykształcenie medyczne. Ponadto, w projekcie ustawy dodano zapis, który stanowi, że w przypadku, gdy zostaną stwierdzone niezgodności z prawem, wojewódzka komisja uchyla orzeczenie i przekazuje sprawę do ponownego rozpatrzenia.

Głosowanie nad orzeczeniem komisji

W projekcie doprecyzowany został przepis dotyczący podejmowania decyzji w sprawie ustalenia zdarzenia medycznego. Obecnie przepisy stanowią, że orzeczenie komisji zapada większością 3/4 głosów przy 100% frekwencji członków składu orzekającego, zatem w przypadku równego rozłożenia się głosów nie możliwe jest rozstrzygnięcie w sprawie. A zatem zaproponowano, iż w sytuacji nieuzyskania takiej większości głosów komisja stwierdzałaby brak zdarzenia medycznego.

Termin sporządzenia uzasadnienia do orzeczenia komisji

Zmianą objęty został również termin sporządzenia uzasadnienia orzeczenia. Obecnie obowiązuje 7-dniowy termin, proponowana zmiana wydłuża termin do 14 dni. W opinii ustawodawcy dotrzymanie krótkiego terminu jest niemożliwe. Zwrócona uwaga została na sporządzenie uzasadnienia przez jednego z członków składu orzekającego, które musi być uzgodnione z pozostałymi członkami składu, w związku z czym powstają problemy, np. w przypadku wystąpienia zdarzeń losowych.

Zwrot kosztów postępowania

Doprecyzowuje się przepisy w zakresie zwrotu kosztów postępowania. Jak stanowią obowiązujące przepisy, kwotę za złożenie wniosku w wysokości 200 zł. wnioskodawca musi wpłacić na rachunek właściwego urzędu wojewódzkiego, nadmienić należy, że jest ona zaliczana na poczet kosztów postępowania. W sytuacji, gdy orzeczenie będzie stanowiło o braku zdarzenia medycznego, wnioskodawca zobowiązany jest do opłacenia kosztów postępowania pomniejszonych o wpłacone przy składaniu wniosku 200 zł. Natomiast, gdy komisja orzeka o zdarzeniu medycznym, do opłacenia kosztów pociągnięty jest podmiot leczniczy. W nowelizacji zaproponowano, aby w sytuacji gdy zostanie orzeczone wystąpienie zdarzenia medycznego, podmiot leczniczy został zobowiązany do zwrotu poniesionych kosztów wnioskodawcy za złożenie wniosku w wysokości 200 zł., a pozostałe koszty poniesione w związku z postępowaniem podmiot leczniczy zobowiązany jest do wpłacenia na rachunek właściwego urzędu wojewódzkiego.

Dodatkowo, w projekcie proponuje się odstępianie od przepisu stanowiącego o obciążeniu kosztami postępowania ubezpieczyciela w sytuacji, gdy nie zostanie przez niego przedstawiona propozycja odszkodowania i zadośćuczynienia w wyznaczonym terminie.

Rodzaje rozstrzygnięć komisji

W ustawie opisane są dwa rodzaje rozstrzygnięć, a mianowicie: orzeczenie o zdarzeniu medycznym lub orzeczenie o jego braku, w projekcie rozszerzono zapis o rodzaje rozstrzygnięć w przypadku „innym”, niż orzeczenie o ustaleniu zdarzenia medycznego bądź o jego braku, rozstrzygnięcia komisji wydawane są w formie postanowienia, od którego nie można się odwołać.

Wycofanie wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy

Dodaje się zapis, który umożliwia pacjentowi składającemu wniosek lub spadkobiercom, kierownikowi podmiotu leczniczego prowadzącego szpital oraz ubezpieczycielowi wycofanie wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy. Ponadto dodano zapis w zakresie umarzania postępowania w sprawie wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego przez wojewódzką komisję w przypadku śmierci osoby składającej wniosek, jeżeli w terminie 3 lat od dnia zawieszenia nie zgłoszą się spadkobiercy osoby składającej wniosek, wniosek zostanie umorzony.

Tytuł wykonawczy w postępowaniu przed komisją

W projekcie ustawy proponuje się przyznanie mocy tytułu wykonawczego również orzeczeniu komisji w zakresie kosztów postępowania, dodając zapis: orzeczenie stanowi tytuł wykonawczy.

Określenie ramowego regulaminu pracy komisji

W projekcie nowelizacji proponuje się, aby Minister Zdrowia określił w rozporządzeniu ramowy regulamin pracy wojewódzkiej komisji, mając na uwadze zapewnienie sprawnego jej działania.

Wynagrodzenie członków komisji wojewódzkiej oraz zwrot kosztów związanych z uczestnictwem w jej pracach

Wprowadza się nowe zasady wy-

gradzania członków komisji. Proponuje się określenie stałej kwoty wynagrodzenia w wysokości 395 zł – dla przewodniczącego składu orzekającego oraz 375 zł. Dla pozostałych członków składu zespołu, za udział w każdym posiedzeniu w danej sprawie i podlegałoby waloryzacji. Ponadto, niezależnie od wynagrodzenia przewidziane zostało dodatkowe miesięczne wynagrodzenie dla przewodniczącego wojewódzkiej komisji oraz jego zastępcy w wysokości odpowiednio 150 zł oraz 75 zł.

Dodatkowo proponuje się przyznanie członkom komisji możliwości uzyskania, w uzasadnionych przypadkach, zwrotu kosztów noclegu w wysokości potwierdzonej rachunkiem, jednak z zastrzeżeniem, że kwota nie może przekroczyć 200 zł za dobę hotelową. Zapis uwzględnia również termin wypłacania wynagrodzenia - do 10 dnia każdego miesiąca za odbyte w poprzednim miesiącu posiedzenia.

Postępowanie przed komisją po śmierci pacjenta

Obowiązujące przepisy umożliwiają dochodzenie roszczeń w razie śmierci, która ma związek przyczynowy z błędnie postawioną diagnozą, leczeniem czy podaniem produktu leczniczego. W związku z powyższym, w nowelizacji zaproponowane zostało, aby w sytuacji śmierci osoby składającej wniosek komisja zawieszała postępowanie do czasu ustalenia spadkobierców uprawnionych do kontynuowania postępowania.

Poświadczenie prawa do złożenia wniosku przez spadkobierców pacjenta

W projekcie nowelizacji znalazły się również zmiany z zakresu poświadczenia prawa do złożenia wniosku przez spadkobierców pacjenta. Zmiana, o której mowa, umożliwia spadkobiercom dołączenie do wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego aktu poświadczenia dziedziczenia, który może stanowić alternatywę do podjęcia decyzji o stwierdzeniu nabycia spadku sposobem ustalenia kręgu spadkobierców, określonych w przepisach kodeksu cywilnego i ko-

deksu postępowania cywilnego.

Przetwarzanie danych osobowych i przechowywanie dokumentacji postępowania

Zaproponowano również, aby komisja pełniła funkcję administratora danych zawartych w dokumentacji, która jest przez nią prowadzona. Zakłada się również, że wojewoda ma prawo do przetwarzania danych, które zostały zawarte w dokumentacji prowadzonych postępowań, a także oświadczeń o braku konfliktu interesów.

Obecnie jest nałożony obowiązek przechowywania przez wojewodę zamkniętego katalogu dokumentów związanych z działalnością komisji, należy tutaj wymienić, m.in.: oświadczenia o braku konfliktów interesów, protokoły oraz orzeczenia wraz z uzasadnieniem. Zmiana ma polegać na objęciu tym obowiązkiem dokumentacji zgromadzonej przez komisję w trakcie prowadzonych postępowań, z pominięciem dokumentacji medycznej. Dokumentacje medyczną natomiast należy zwrócić wnioskodawcy.

Przekazywanie informacji o pracach komisji

Proponuje się, aby wojewoda przekazywał informacje o pracach komisji Ministrowi Zdrowia oraz Rzecznikowi Praw Pacjenta. Informacje mają dotyczyć:

- liczby wniosków, które wpłynęły do komisji
- liczby wniosków, które nie spełniały wymogów formalnych i zostały zwrócone wnioskodawcy wraz ze wskazaniem powodu odrzucenia,
- liczby wniosków o powołanie biegłego wraz z podaniem jego specjalizacji,
- liczby posiedzeń komisji ze wskazaniem liczby tych, które miały charakter organizacyjny.

Powyższe informacje miałyby być przekazywane, zgodnie z zapisami w projekcie, raz na kwartał, a także na każde żądanie tych organów.

Zakres danych, jakie muszą być odnotowane na skierowaniu

Jolanta Kowalczyk

Prawo do uzyskania bezpłatnego świadczenia, przysługuje każdemu uprawnionemu zgodnie z określonymi w ustawie warunkami, m.in. na podstawie skierowania.

Skierowanie jest wymagany dokumentem przy dostępie do badań diagnostycznych oraz świadczeń realizowanych w zakresie: ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, leczenia szpitalnego, leczenia uzdrowiskowego, rehabilitacji leczniczej, opieki nad przewlekle chorymi.

Natomiast nie jest potrzebne do następujących lekarzy specjalistów: ginekologa i położnika, onkologa, psychiatry, wenerologa, dentysty. Skierowania nie muszą także przedstawiać następujące osoby korzystające z ambulatoryjnej opieki specjalistycznej: inwalidzi wojenni i wojskowi, osoby represjonowane, kombataneci, niewidome cywilne ofiary działań wojennych, chorzy na gruźlicę, zakażeni wirusem HIV, w zakresie badań dawców narządów, uzależnieni od alkoholu, środków odurzających i substancji psychotropowych – w zakresie leczenia odwykowego, uprawnieni (żołnierze lub pracownicy) oraz weterani – w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa.

Wymóg posiadania skierowania nie dotyczy również osób będących już w planie leczenia i oczekujących na kolejną

wyznaczoną wizytę. Będą leczeni zatem na podstawie skierowania przedstawionego przy pierwszej wizycie.

Zgodnie z przepisami § 9 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2010 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, świadczeniodawca kierujący na badanie lub konsultację zobowiązany jest do przekazania podmiotowi, do którego kieruje pacjenta, wraz ze skierowaniem informacji z dokumentacji indywidualnej wewnętrznej pacjenta, istotnych do przeprowadzenia badania lub konsultacji.

Zakres danych, jakie muszą znaleźć się na skierowaniu, określa ust. 2 powyższego przepisu:

- 1) oznaczenie podmiotu wystawiającego takie skierowanie, w którego skład wchodzi:
 - a) nazwa podmiotu, w którym wystawiono skierowanie,
 - b) kod identyfikacyjny, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2015.618 j.t. z późn. zm.), zwany dalej „kodem resortowym”, stanowiący część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych,
 - c) nazwę i adres przedsiębiorstwa podmiotu – w przypadku podmiotu leczniczego,
 - d) nazwę jednostki organizacyjnej oraz jej kod resortowy stanowiący część V systemu resortowych kodów identyfikacyjnych – w przypadku podmiotu leczniczego, w którego strukturze organizacyjnej wyodrębniono jednostki organizacyjne,

e) nazwę komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych, oraz jej kod resortowy stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych – w przypadku podmiotu leczniczego, w którego strukturze organizacyjnej wyodrębniono komórki organizacyjne.

- 2) oznaczenie pacjenta, zgodnie z art. 25 pkt 1 ustawy: nazwisko i imię (imiiona), datę urodzenia, oznaczenie płci, adres miejsca zamieszkania, numer PESEL, jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość,
- 3) oznaczenie rodzaju podmiotu, do którego kieruje się pacjenta;
- 4) rozpoznanie ustalone przez osobę kierującą. Zaznaczyć należy, że rozpoznanie odnotowane musi zostać według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta. Obowiązek ten zawarty został w przepisie § 7 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie dokumentacji medycznej, który stanowi: Nazwa i numer statystyczny rozpoznania choroby, problemu zdrowotnego lub urazu są wpisywane w dokumentacji według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta. Numer statystyczny, o którym mowa, składa się z pięciu znaków, przy czym

ciąg dalszy na str. 21

po trzech pierwszych znakach czwarty znak stanowi znak kropki. W przypadku gdy rozpoznanie posiada trzyznakowe rozwinięcie, należy podać trzy znaki.

- 5) inne informacje lub dane, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia badania, konsultacji lub leczenia;
- 6) datę wystawienia skierowania;
- 7) oznaczenie osoby kierującej, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3. Przez co rozumieć należy: nazwisko i imię, tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu – w przypadku lekarza, pielęgniarki i położnej, podpis.

Nadmienić należy, że w projekcie rozporządzenia Ministra Zdrowia z 17 września 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, doprecyzowany został zakres danych, jakie powinno zawierać skierowanie. W przypadku skierowania na badanie diagnostyczne, konsultację lub leczenie, finansowane ze środków publicznych, wystawionego w postaci papierowej, oznaczenie podmiotu wystawiającego skierowanie zawiera dodatkowo VIII część „kodu resortowego”, jeżeli został nadany. Należy wskazać, że konieczność przekazania do NFZ VIII części kodu resortowego przez podmiot udzielający świadczeń na podstawie skierowania wynika z przepisów załącznika nr 8 do rozporządzenie Ministra Zdrowia z 20 czerwca 2008 roku w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych oraz zarządzenia Nr 103/2012/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 24 grudnia 2012 r. w sprawie określenia szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML dotyczących świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych zmienionego zarządzeniem Nr 16/2015/DI Prezesa NFZ z dnia 31 marca 2015 roku.

Zgodnie z wytycznymi NFZ, niedopełnienie przez lekarza kierującego obowiązku umieszczenia na skierowaniu

wszystkich wymaganych przepisami informacji, nie może stanowić podstawy do odmówienia pacjentowi udzielenia świadczenia. Istnieje możliwość przekazania brakujących informacji przez świadczeniodawców przed przekazaniem do Oddziału NFZ raportu statystycznego.

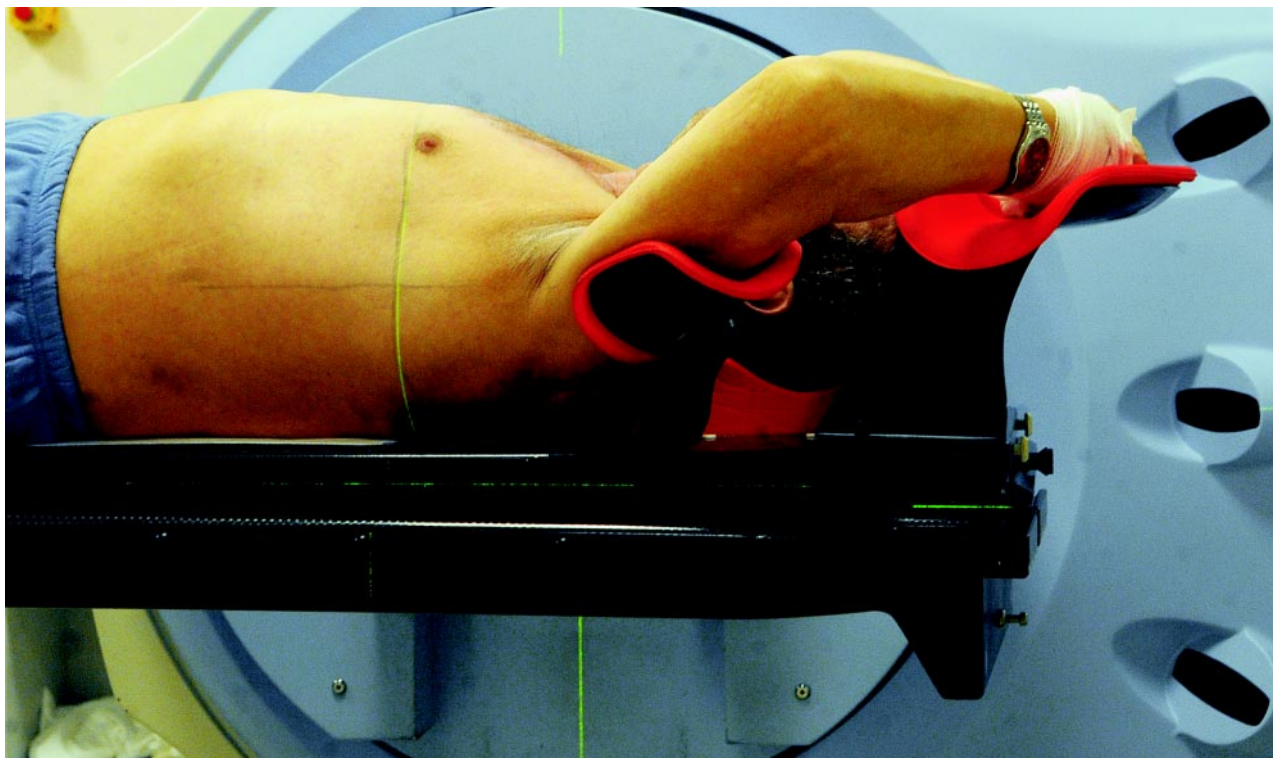
Identyfikacja danych, o których mowa powyżej, powinna wynikać z właściwej organizacji udzielania świadczeń w podmiocie leczniczym (za co odpowiada osoba kierująca podmiotem zgodnie z art. 23 i 24 ust. 1 pkt 6 - 8 ustawy z 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej) i przebiegać bez ograniczania dostępności do świadczeń oraz utrudnień powodujących niedogodności dla pacjentów.

Jednocześnie informujemy, że kontrola zgodności dokumentacji medycznej (w tym skierowań) z uregulowaniami prawnymi jest zawsze częścią postępowania kontrolnego i stwierdzone w tym zakresie rażące nieprawidłowości mogą stanowić podstawę do nałożenia na świadczenio-

dawcę kary umownej – zgodnie z treścią ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Aby zagwarantować sobie, że kompletne skierowanie zostanie dostarczone, warto napisać oficjalne pismo do lekarza kierującego z informacją, że zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania skierowanie musi zawierać wszystkie elementy (wymienione powyżej). W przypadku, gdy nie zostanie dostarczone prawidłowo uzupełnione skierowanie w wyznaczonym terminie (np. do 7 dni od otrzymania listu), zostanie wysłane powiadomienie do Narodowego Funduszu Zdrowia. Kopię korespondencji należy przechowywać, będzie ona potwierdzeniem dla świadczeniodawcy w przypadku ewentualnej kontroli, że dołożył wszelkich starań, aby skierowanie było kompletne.





W następnym numerze:

- Zmiany w zasadach prowadzenia dokumentacji medycznej
- Odpowiedzialność świadczeniodawcy za realizację praw pacjenta
- Karta praw dziecka – pacjenta
- Najczęściej występujące problemy w rozliczaniu świadczeń związanych z leczeniem nowotworów
- Podpis elektroniczny – dlaczego warto wprowadzić w szpitalu

Ponadto:

- Felieton
- Kalejdoskop
- Wywiad w „Systemie”
- JGP w pytaniach i odpowiedziach
- Kalendarium i kolejne zmiany w rozliczaniu świadczeń

REDAKCJA:

Zespół redakcyjny:

Rafał Janiszewski, Emilia Sujkowska,
Anna Janiszewska,
Katarzyna Moczulska,
Jolanta Kowalczyk,
Łukasz Puchalski,
Magdalena Moczulska.

Zdjęcia - zespół

Adres redakcji:

Kancelaria Doradcza
Rafał Piotr Janiszewski,
Warszawa, ul. Wiejska 12/IV p.

ISSN 1898-3987

UWAGA:

Redakcja nie zwraca materiałów niezamówionych. Zastrzega sobie jednocześnie prawo do ich redagowania i ewentualnie skracania.

Redakcja

nie przyjmuje zleceń reklamowych

tel. (22) 745 53 60, fax (22) 625 73 99
e-mail: system@iuz.org.pl
www.kancelariajaniszewski.pl