|  |  |
| --- | --- |
|  | **Propozycje przepisów wymagających zmian** |
| L.p. | Osoba zgłaszająca | Wskazanie aktu prawnego oraz jednostki redakcyjnej | Opis problemu | Propozycje zmian | Uwagi pozostałych członków zespołu wraz ze wskazaniem osoby zgłaszającej  |
| 1. |  | Zarządzenie Nr 93/2015/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 grudnia 2015 r. Zarządzenie nr 89/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 grudnia 2013 r. | Nadmiernie rozbudowana sprawozdawczość świadczeń realizowanych w ramach rehabilitacji stacjonarnej, wymagająca sprawozdania codziennie każdego wykonanego zabiegu.W chwili obecnej istnieje obowiązek wykonania zdjęcia RTG w celu zobrazowania dostępu naczyniowego wykonanego w oddziale intensywnej terapii. Bez zdjęcia świadczenie nie zostanie rozliczone przez NFZ. Oznacza to, że pacjent często/czasami jest „naświetlany” wyłącznie dla celów sprawozdawczych, a nie diagnostycznych.Zgodnie z pkt 2.2. załącznika nr 10 do Zarządzenia nr 89/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 grudnia 2013 r., w przypadku świadczenia: kompleksowe leczenie udarów mózgu > 7 dni w oddziale udarowym, RTG klatki piersiowej i in. wykonywane jest w razie potrzeby.We wzorcowych procedurach radiologicznych zawartych w obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dnia 10 lutego 2015 r. w sprawie ogłoszenia wykazu wzorcowych procedur radiologicznych z zakresu radiologii – diagnostyki obrazowej i radiologii zabiegowej (Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 78), występuje sformułowanie „dostęp naczyniowy”, jednak używane jest ono ściśle diagnostycznie, nie jako obowiązek wykonywania pewnego rodzaju czynności, a jako zalecana metoda diagnostyczno-medyczna. W tym kontekście warto również zwrócić uwagę na fakt, iż przedmiotowe obwieszczenie wydane zostało na podstawie art.33g ust. 7 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. – Prawo atomowe (Dz. U. z 2014 r. poz. 1512 i z 2015 r. poz. 1505 i 1893) i ma na celu wzmocnienie ochrony radiologicznej pacjenta poprzez opracowanie standardów postępowania dla uzasadnionych ekspozycji medycznych, nie ma natomiast wpływu na kontraktowanie świadczeń przez NFZ.  | Postuluje się wprowadzenie jednolitej zasady o sprawozdawaniu i płatności zrealizowanych świadczeń po ich zakończeniu lub 1 raz w miesiącu.Jednym z efektów prac zespołu do spraw architektury informacyjnej działającego w MZ jest zobowiązanie Narodowego Funduszu Zdrowia do przeglądu wszystkich danych przekazywanych do Funduszu i weryfikacji zasadności ich gromadzenia. WYniki w/w przeglądu mają być dostępne w listopadzie 2019 r.Postuluje się zmianę ww. zarządzenia poprzez wprowadzenie wymogu istnienia wyłącznie dostępu naczyniowego - wystarczający jest dostęp naczyniowy i stosowny zapis w dokumentacji bez konieczności potwierdzanie tego dokumentacją radiologiczną. |  |
| 2. |  | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 lipca 2011 r. w sprawie kierowania na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową. | W przypadku dostarczenia skierowania z pełnym kompletem badań na leczenie sanatoryjne do płatnika - po upływie 18 miesięcy, jeśli pacjent nie zostanie wysłany na to leczenie, to powtarzanie badań, których domaga się płatnik winno się odbyć na koszt płatnika, a nie lekarza, który wcześniej żądane badania wykonał (za opieszałość płatnika nie może płacić lekarz!). | Postuluje się:1) Likwidację obowiązku powtarzania badań przez lekarza lub2) finansowanie dodatkowych (powtarzanych) badań przez płatnika. |  |  |
| 3. |  | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz. U. 2016 r. poz. 192) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 kwietnia 2011 r. w sprawie trybu orzekania o zdolności do uprawiania danego sportu przez dzieci i młodzież do ukończenia 21. roku życia oraz przez zawodników pomiędzy 21. a 23. rokiem życia (Dz. U. 2011 r. Nr 88 poz. 500) | Zakres wymaganych danych, w tym system stosowanych kodów jest zbyt szeroki, niejednoznaczny i powoduje dublowanie części danych.Ponadto zakres danych jest niedostosowany do zakresu świadczeń, których dotyczy przekazywana sprawozdawczość.Unifikacja zakresu sprawozdawanych danych i ich funkcjonalności nie może prowadzić do sytuacji, w której w sposób wymuszony są gromadzone dane nieprzydatne w tym danym zakresie świadczeń lub zbędne w toku leczenia, a ich przetwarzanie związane jest wyłącznie z koniecznością dopełnienia obowiązków sprawozdawczych. Skierowania od lekarza POZ do poradni medycyny sportowej są wyrazem jedynie pewnej fikcji. Lekarz POZ jest w tym wypadku jedynie zbędny pośrednikiem między klubem sportowym a poradnią medycyny sportowej.  | Postuluje się dokonanie gruntowej rewizji zakresu danych, gromadzonych i sprawozdawanych na podstawie tego rozporządzenia.Konieczne jest uproszczenie tej sprawozdawczości, uproszczenie stosowanych w sprawozdawczości kodów, likwidacja danych powielanych w różnych sprawozdaniach.Ponadto konieczne jest zróżnicowanie zakresu i jakości sprawozdawanych danych do rodzaju świadczeń, których te sprawozdania dotyczą. W szczególności dotyczyć to powinno świadczeń z zakresu POZ, gdzie część danych z natury rzeczy nie jest możliwa do zgromadzenia lub dane te nie są przydatne w tym zakresie świadczeń.Jednym z efektów prac zespołu do spraw architektury informacyjnej działającego w MZ jest zobowiązanie Narodowego Funduszu Zdrowia do przeglądu wszystkich danych przekazywanych do Funduszu i weryfikacji zasadności ich gromadzenia. Wyniki w/w przeglądu mają być dostępne w listopadzie 2019 r.Zmiana ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz. U. z 2019 r. poz. 1373, z późn. zm.) poprzez: 1) Likwidację obowiązku skierowań (w tym od lekarza POZ) do poradni medycyny sportowej,2) Wprowadzenie zasady, że świadczenie i zaświadczenie poradni medycyny sportowej realizowane są na podstawie wniosku klubu sportowego.  |  |  |
| 4. |  | 43 str. 79Skierowania do okulisty Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.)  | Skierowanie do okulisty zostało wprowadzone bez jakiegokolwiek merytorycznego uzasadnienia. Nie przynosi żadnych korzyści pacjentom, lekarzom rodzinnym, ani okulistom. Lekarz POZ w Polsce nie zajmuje się diagnozowaniem i leczeniem chorób oczu, dlatego zapis ten sprowadza się do wypisania skierowania u każdego zgłaszającego się pacjenta i w istocie wydłuża dostępność do opieki okulistycznej dla pacjenta w wielu przypadkach. Ponadto przysparza dodatkowej i niepotrzebnej pracy lekarzom rodzinnym | Postuluje się zmianę ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.) poprzez usunięcie wymogu skierowania do lekarza okulisty. |  |  |
| 5. |  | 53 str. 89Dokumentacja SORRozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2015 r. poz. 2069)  | Problemem jest prowadzenie dokumentacji w SOR zgodnie z wymaganiami rozporządzenia Ministra Zdrowia. W rozporządzeniu tym SOR jest traktowany na równi z innymi oddziałami szpitalnymi bez uwzględnienia specyfiki tego oddziału. Przekłada się to na wymogi dotyczące dokumentacji medycznej. Tymczasem większość pacjentów jest zaopatrywana na poziomie zwykłego ambulatorium chirurgicznego lub zachowawczego. Skutkuje to nieadekwatnym rozrostem dokumentacji. Sytuacja ta przekłada się na zbędne obciążenie pracą biurową, której sens ogranicza się jedynie do spełnienia wymogów formalnych.Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2015 r. poz. 2069) zostało uchylone przez ustawę o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2018 r. poz. 2219), jednak zachowuje moc do dnia wejścia w życie nowych przepisów wykonawczych, które dotychczas nie zostały wydane. | Postulowane zmiany:1) Ograniczenie wymogów co do dokumentacji medycznej w SOR tak, aby była ona adekwatna do zaopatrywanego przypadku. Właściwe wydaje się tu sformułowanie użyte w ww. ustawie w stosunku do przypadków zaopatrywanych ambulatoryjnie, a zawarte w § 27 ust.1 pkt 7 (Dokumentacja medyczna gromadzona w SOR powinna spełniać wymogi ratownictwa medycznego).2) Wykreślenie obowiązku sygnowania każdej karty informacyjnej pieczątką i podpisem lekarza kierującego SOR. W systemie pracy ciągłej jest to wymóg fikcyjny.3) Rezygnacja z obowiązku wydawania dwóch egzemplarzy karty informacyjnej. W dobie powszechnie dostępnego ksero (skanowania) oraz możliwości wygenerowania dowolnej ilości kart informacyjnych z systemu elektronicznego jest to anachronizm. |  |  |
| 6. |  | s. 38 profilaktyka zakażeńArt. 11 Ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t.j. Dz.U. z 2019 r. poz. 1239)Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie zakresu, sposobu i częstotliwości prowadzenia kontroli wewnętrznej w obszarze realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych (Dz.U. 2010 Nr 100, poz. 646) | Art. 11 Ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t.j. Dz.U. z 2019 r. poz. 1239) 1. Kierownicy podmiotów leczniczych oraz inne osoby udzielające świadczeń zdrowotnych są obowiązani do podejmowania działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych.2. Działania, o których mowa w ust. 1, obejmują w szczególności:1) ocenę ryzyka wystąpienia zakażenia związanego z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych;2) monitorowanie czynników alarmowych i zakażeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywanych świadczeń;3) opracowanie, wdrożenie i nadzór nad procedurami zapobiegającymi zakażeniom i chorobom zakaźnym związanym z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, w tym dekontaminacji:a) skóry i błon śluzowych lub innych tkanek,b) wyrobów medycznych, wyrobów medycznych do diagnostyki in vitro, wyposażenia wyrobów medycznych, wyposażenia wyrobów medycznych do diagnostyki in vitro i aktywnych wyrobów medycznych do implantacji, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz.U. z 2019 r. poz. 175, 447 i 534), oraz powierzchni pomieszczeń i urządzeń;4) stosowanie środków ochrony indywidualnej i zbiorowej w celu zapobieżenia przeniesieniu na inne osoby biologicznych czynników chorobotwórczych;5) wykonywanie badań laboratoryjnych oraz analizę lokalnej sytuacji epidemiologicznej w celu optymalizacji profilaktyki i terapii antybiotykowej;6) prowadzenie kontroli wewnętrznej w zakresie realizacji działań, o których mowa w ust. 1. |  |  |  |