

## Bilans ostatnich czterech lat w ochronie zdrowia

# Nerwowa stagnacja



Fot. Sławomir Kaminski / Agencja Gazeta

Koniec kadencji parlamentu skłania do podsumowań. Mimo że nie zdecydowano się na radykalne reformy, wiele nowych rozwiązań prawnych wywoływało kontrowersje. Jak zmieniała się rzeczywistość prawna przez minione cztery lata? I czy na lepsze?

W roku wyborczym, tuż przed objęciem funkcji przez nowych posłów i ministra, przyjęto wiele ustaw, które zaczęły obowiązywać już w trakcie kolejnej kadencji. Rolą ustawodawcy było w tej sytuacji przede wszystkim obserwowanie skutków wejścia w życie nowych przepisów i ewentualnie przygotowanie odpowiednich nowelizacji.

## Ustawa refundacyjna

Już pierwsze miesiące przyniosły poważny kryzys. Wielu świadczeniodawców kojarzy początek 2012 r. przede wszystkim z zamieszaniem wokół ustawy refundacyjnej. Protest pieczętowany jasno pokazał, że zapisy nowo wprowadzonej ustawy refundacyjnej nie są akceptowane przez lekarzy i są oni zdeterminowani, by doprowadzić do zmian w prawie. Zapisy ustawy refundacyjnej powodowały problemy interpretacyjne i trudności ze zrealizowaniem recept. Pojawiły się tłumy pacjentów obawiających się braku możliwości uzyskania recept na leki stosowane w chorobach przewlekłych.

Ostatecznie kryzys został zażegnany, jednak straty wizerunkowe i brak zaufania lekarzy do ministra zdrowia okazały się trudne do odrobienia.

Wprowadzone równocześnie z ustawą refundacyjną nowe wzory recept musiały na skutek protestu zostać zmienione. Rozporządzenie w sprawie recept lekarskich wydane 8 marca 2012 r. uwzględniło postulaty, ale również doprowadziło do rezygnacji z wydawania recept w kolorze różowym na środki narkotyczne.

## Noworoczne zmiany

1 stycznia 2012 r. zaczęła obowiązywać nowelizacja ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, na mocy której powołano wojewódzkie komisje ds. orzekania o zdarzeniach medycznych. Komisje miały zaspokoić potrzeby pacjentów, którzy w wieloletnich procesach muszą udowodniać, że oni lub ich bliscy stali się ofiarami błędu medycznego. Postępowania przed komisjami nie cieszą się jednak dużą popularnością, mimo niższych kosztów i krótszego przebiegu

postępowania oraz ograniczenia wymogów formalnych. Z pewnością przyczyn należy upatrywać w ograniczeniach kwotowych roszczeń oraz możliwości orzekania przez komisje tylko w sprawie zdarzeń będących następstwem świadczeń udzielonych w szpitalu po 1 stycznia 2012 r.

Z początkiem 2012 r. weszły w życie także nowe ustawy o samorządzie oraz o zawodach pielęgniarki i położnej. Od tego czasu były one kilkanaście razy nowelizowane, co świadczy o potrzebie debaty nad rolą pielęgniarek i położnych w systemie ochrony zdrowia. Duże zróżnicowanie kwalifikacji, niezadowolenie z warunków płacowych i organizacji pracy, wprowadzenie nowych programów kształcenia podyplomowego oraz poszerzenie kompetencji o możliwość wypisywania recept i zleceń to tylko niektóre z bieżących problemów.

### Elektroniczne rozczarowania

Rok 2012 był również początkiem obowiązywania ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia. Wprowadzenie ustawy miało doprowadzić do lepszego wykorzystania zasobów dzięki podejmowaniu decyzji na podstawie kompleksowych, usystematyzowanych i łatwo dostępnych danych. Informatyzacja miała wpłynąć na standaryzację działań podejmowanych w systemie ochrony zdrowia i uwzględniać potrzeby obywateli w zakresie uzyskiwania informacji. Jednym z aspektów informatyzacji miała być całkowita rezygnacja z prowadzenia dokumentacji medycznej w formie papierowej. Stosowny zapis w ustawie o systemie informacji w ochronie zdrowia wprowadził odpowiednie zmiany w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Przepis zobowiązujący świadczeniodawców do prowadzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej miał zacząć obowiązywać od 1 sierpnia 2014 r. Nie udało się jednak wprowadzić tych zamierzeń. Nie sprawdziły się aplikacje umożliwiające wymianę danych na różnych szczeblach, na zmiany nie byli przygotowani także świadczeniodawcy. Pomimo fiaska kompleksowej informatyzacji udało się wdrożyć fragmentaryczne rozwiązania usprawniające przepływ informacji, a kolejny termin wprowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej wyznaczono na 1 sierpnia 2017 r.

### Informatyczne nowości

W 2013 r. zaczął działać system Elektronicznej Weryfikacji Upnień Świadczeniobiorców (eWUŚ) umożliwiający natychmiastowe potwierdzenie prawa pacjenta do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych z funduszy publicznych. Możliwość sprawdzenia statusu w systemie jest znacznym ułatwieniem dla pacjentów, którzy dotychczas musieli mieć przy sobie aktualny dokument potwierdzający objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym. Rozwiązanie to było niezwykle problematyczne, ponieważ pacjenci często nie posiadali stosownego dokumentu i musieli go uzyskiwać, gdy

„Zapisy ustawy refundacyjnej spowodowały problemy interpretacyjne, trudności ze zrealizowaniem recept i obawy pacjentów dotyczące uzyskania recept na leki stosowane w chorobach przewlekłych”

zachodziła konieczność skorzystania ze świadczeń. Wymóg aktualności, brak zdjęcia oraz informacje o wysokości dochodu na formularzach stanowiących dowód ubezpieczenia przesądzały o wadliwości przepisów.

Sposób wprowadzania systemu eWUŚ i liczne błędy w jego funkcjonowaniu budziły uzasadnione obawy. Odstąpienie od konieczności przedstawiania przez pacjenta dowodu ubezpieczenia na rzecz ustalania uprawnień na podstawie numeru PESEL to ważna zmiana organizacyjna. Po zaprzestaniu wydawania legitymacji ubezpieczeniowych pojawiały się liczne utrudnienia przy rejestracji pacjentów i konieczne stało się wprowadzenie jednolitych zasad dokumentowania prawa do świadczeń przez grupy objęte ubezpieczeniem z różnych tytułów. System eWUŚ rozwiązał istotną część problemów, jednak do docelowego rozwiązania, jakim jest wprowadzenie kart ubezpieczenia zdrowotnego, nadal daleka droga.

### Prawie jak EDM

Kolejnym etapem informatyzacji służby zdrowia było wprowadzenie w 2013 r. Zintegrowanego Informatora Pacjenta. Serwis ten udostępnia zarejestrowanym użytkownikom historyczne dane o ich leczeniu i finansowaniu leczenia, gromadzone od 2008 r. przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Jako cel uruchomienia serwisu wskazywano ułatwienie pacjentowi poruszania się po skomplikowanym systemie ochrony zdrowia i przyzwyczajanie świadczeniobiorców do nowoczesnych technologii w opiece zdrowotnej. W celu uzyskania dostępu do informacji o prawie do świadczeń, leczeniu i kwotach przekazanych na leczenie danego pacjenta niezbędne jest aktywowanie dostępu podczas osobistej wizyty w oddziale Narodowego Funduszu Zdrowia.

Zakres danych z ZIP opiera się na informacjach sprawozdawanych przez świadczeniodawców. Dane te nie są zatem zamieszczane w czasie rzeczywistym, w trakcie realizacji świadczeń. Jak podaje NFZ, dostęp do ZIP uzyskało już milion użytkowników. Biorąc pod uwagę liczbę uprawnionych do świadczeń, wyniku nie można uznać za spektakularny, ale utrudniona

„ Na początku 2012 r. weszły w życie nowe ustawy o samorządzie oraz o zawodach pielęgniarki i położnej. Od tego czasu były one kilkanaście razy nowelizowane „

dostępność danych aktywacyjnych oraz brak informacji o świadczeniach udzielanych na bieżąco zmniejsza atrakcyjność tej aplikacji. Jest to jednak pewna alternatywa wobec braku powszechnego dostępu do dokumentacji medycznej, która byłaby prowadzona przez świadczeniodawców w wersji elektronicznej.

#### Pakiet kolejkowy i onkologiczny

Niezakończona informatyzacja nie jest jedynym problemem, z jakim zmagają się świadczeniobiorcy. Szczególnie dotkliwie dla pacjentów, zwłaszcza tych, którzy rzadko korzystają z opieki zdrowotnej, jest oczekiwanie w wielomiesięcznych kolejkach. Wprowadzone od 1 stycznia 2015 r. zmiany, określane jako pakiet onkologiczny oraz pakiet kolejkowy, miały usprawnić

„ Problem organizacji kolejek oczekujących wymaga skuteczniejszych rozwiązań i zmian nie tylko na poziomie sposobu rejestracji pacjenta „

udzielanie świadczeń. Konieczność posiadania skierowań do okulisty i dermatologa oraz obowiązek załączenia oryginału skierowania do listy oczekujących miały poprawić efektywność wykorzystania zasobów. W wypadku podejrzenia nowotworu pacjentowi przyznano szczególne preferencje w korzystaniu ze świadczeń.

Biorąc pod uwagę intencje ustawodawcy, nie sposób polemizować z celowością nowelizacji. Problem organizacji kolejek oczekujących wymaga jednak skuteczniejszych rozwiązań i zmian nie tylko na poziomie sposobu rejestracji pacjenta.

#### Kwalifikacje lekarzy

Coraz częściej wskazuje się na zagrożenie dla bezpieczeństwa zdrowotnego w Polsce wynikające z niedoborów kadrowych w ochronie zdrowia. Analiza

alarmujących danych skłoniła rządzących do wprowadzenia w ostatnich latach wielu nowych rozwiązań dotyczących kształcenia lekarzy, które mają odwrócić niekorzystne tendencje. W trakcie minionych czterech lat znacznie poszerzono ofertę edukacyjną. Dla osób chcących podjąć naukę na kierunku lekarskim w języku polskim w roku akademickim 2015/2016 przygotowano przeszło 4600 miejsc na 15 uczelniach. Po raz pierwszy przeprowadzono rekrutację na Uniwersytecie Rzeszowskim, Uniwersytecie Jana Kochanowskiego w Kielcach oraz Uniwersytecie Zielonogórskim. Aktualnie jedynie w województwie opolskim nie jest prowadzone kształcenie na kierunku lekarskim.

Ciągle dużą trudność stanowi nierównomierne rozmieszczenie kadr. Młodzi lekarze osiedlają się bowiem bliżej większych ośrodków miejskich, najczęściej tych, w których ukończyli studia. Dzięki rozpoczęciu kształcenia w nowych lokalizacjach pojawiła się szansa na poprawę dostępu do świadczeń w całym kraju.

Wprowadzone zostały również zmiany w kształceniu lekarzy w zakresie realizacji stażu podyplomowego, a Lekarski Egzamin Praktyczny zastąpiono Lekarskim Egzaminem Końcowym. Usprawnieniu przebiegu kształcenia specjalizacyjnego ma natomiast służyć wprowadzenie specjalizacji modułowych. Nadal jednak wiele problemów ze specjalizacjami pozostało nierozwiązanych, zwłaszcza w zakresie priorytetowych dziedzin medycyny. Jako przykład należy wskazać przede wszystkim brak determinacji ustawodawcy do rozwiązania kwestii kwalifikacji lekarzy pracujących w zespołach ratownictwa medycznego. Niedobory kadrowe sprawiają, że tylko w tej kadencji dwukrotnie zmieniano wymagania dotyczące kwalifikacji lekarzy. Obniżanie wymagań jednoznacznie wskazuje nie tylko na trudności, jakie ciągle napotyka organizacja nowoczesnego ratownictwa medycznego w Polsce, lecz także na brak odpowiednich rozwiązań prawnych, które zachęcałyby do podjęcia szkolenia specjalizacyjnego w zakresie medycyny ratunkowej.

#### Wskazania terapeutyczne

W jakiej kondycji jest opieka zdrowotna po zabiegach przeprowadzanych w minionych czterech latach? Wszystkie grupy personelu medycznego mają powody do niezadowolenia: rozrost biurokracji, niesatysfakcjonujące wynagrodzenia i warunki pracy czy brak odpowiednich ram prawnych do wykonywania zawodu. Najwyraźniej słyszany jest jednak głos pacjentów, którzy uważają system za zupełnie niewydolny. Koncepcja poprawy sytuacji w ochronie zdrowia jest istotnym elementem programu każdej partii. Pytanie tylko, czy ostatecznie wybrani rządzący rzeczywiście zastosują innowacyjną i radykalną, ale opartą na wiedzy terapię, czy też ograniczą się do niewielkich eksperymentów i doraźnych rozwiązań.

*Iwona Magdalena Aleksandrowicz*