

Projekt ustawy o zmianie niektórych ustaw w związku z e-skierowaniem oraz listami oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (UD 420)

I. Opis sytuacji problemowej

W związku z rozpoczęciem w 2018 r. pilotażu e-skierowania w ramach realizowanej przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Platformy P1, Projektodawca uznał, że konieczne jest dokonanie modyfikacji części przepisów dotyczących zasad udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w obszarze skierowań.

Celem projektu ustawy o zmianie niektórych ustaw w związku z e-skierowaniem oraz listami oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, jest zmiana czterech ustaw, w tym przede wszystkim ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia w odniesieniu do problematyki skierowań w postaci elektronicznej, tzw. e-skierowań oraz problematyki modyfikacji rozwiązań dotyczących list oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej.

W chwili obecnej ustawa o świadczeniach zawiera definicję skierowania, która zakłada, że skierowanie jest co do zasady dokumentem w postaci elektronicznej, natomiast we wskazanych przypadkach ma ono postać papierową. Zastosowana typologia nie jest jednak właściwa i budzi liczne wątpliwości interpretacyjne, bowiem katalog skierowań w postaci papierowej ma niejednolity charakter (obejmując skierowania odpowiadające poszczególnym zakresom świadczeń, jak i wszelkie skierowania np. dla osób o nieustalonej tożsamości) do tego stopnia, że mieszczą się w nim również skierowania nie objęte ustawą o świadczeniach (skierowania z zakresu prawa pracy). Z powyższych względów, jest konieczne wprowadzenie nowej regulacji dotyczącej skierowań w postaci elektronicznej definiowanej od strony pozytywnej, tj. gdzie wprost wynikać będzie, jakie skierowania będą miały postać elektroniczną. Będą to skierowania na:

- świadczenia z zakresu badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej;
- skierowania na ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne;
- skierowania na leczenie szpitalne.

Podkreślić przy tym należy, że docelowo katalog skierowań w postaci elektronicznej wraz z rozwojem Platformy P1 może być stopniowo poszerzany na inne rodzaje skierowań.

Jednocześnie doprecyzowano w jakich sytuacjach skierowania będą miały postać elektroniczną. Będzie to miało miejsce w przypadku gdy skierowanie:

- 1) uprawnia świadczeniobiorcę do wpisu na listę oczekujących na udzielenie świadczenia oraz otrzymania tego świadczenia od świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielanie tych świadczeń opieki zdrowotnej, których dotyczy skierowanie;
- 2) otrzymania świadczenia opieki zdrowotnej realizowanego wyłącznie na podstawie skierowania, jeżeli świadczenie to będzie finansowane ze środków innych niż środki publiczne.

Skierowania w postaci elektronicznej, tzw. e-skierowania, nie będą obejmować zatem dokumentów, które potocznie często są nazywane również skierowaniami albo zleceniami, a dotyczą one kierowania pacjentów na różnego rodzaju badania czy konsultacje w ramach już udzielanych tym pacjentom świadczeń opieki zdrowotnej. Dotyczy to takich sytuacji, jak kierowanie pacjenta w ramach planowego leczenia operacyjnego w szpitalu na badania diagnostyczne i konsultacje, czy też kierowanie przez podmiot udzielający świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej na dodatkowe badania diagnostyczne w związku z prowadzonym leczeniem (wówczas to świadczeniodawca pokrywa koszty tych badań).

Wszystkie pozostałe skierowania umożliwiające pacjentom uzyskanie świadczeń opieki zdrowotnej w określonym zakresie będą miały postać papierową.

Proponuje się również w art. 20 ustawy o świadczeniach dodać zapisy, w których określa się zasady postępowania ze skierowaniami wystawionymi w postaci elektronicznej w przypadku braku dostępu do systemu teleinformatycznego Platformy P1. Wówczas świadczeniodawca powinien wpisać świadczeniobiorcę w kolejnej pozycji prowadzonej przez siebie listy oczekujących na udzielenie świadczenia, na podstawie informacji o wystawionym skierowaniu, a niezwłocznie po uzyskaniu dostępu do systemu, powinien on dokonać wpisu na listę oczekujących na udzielenie świadczenia przez określenie odpowiedniego statusu skierowania.

Ponadto, doprecyzowaniu podlegają przepisy dotyczące uprawnień pielęgniarek i położnych w zakresie uprawnień do wystawiania recept i zleceń na wyroby medyczne, niezbędnych do kontynuacji leczenia, w przypadku pielęgniarek i położnych posiadających dyplom ukończenia studiów co najmniej pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo oraz pielęgniarek i położnych posiadających tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa.

Wprowadzenie e-skierowania będzie miało ogromny wpływ na kwestię prowadzenia przez świadczeniodawców list oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej. Art. 20 ust. 10 ustawy o świadczeniach stanowi, że pacjent w celu otrzymania danego świadczenia opieki zdrowotnej może wpisać się tylko na jedną listę oczekujących u jednego świadczeniodawcy. Możliwość posłużenia się przez pacjenta e-skierowaniem (zamiast dostarczania w terminie 14 dni roboczych od dnia dokonania wpisu na listę oczekujących oryginału skierowania w postaci papierowej) otwiera zatem zarówno przed pacjentami, jak i prowadzącymi listy oczekujących nowe możliwości.

Dla tych pierwszych będą to znaczne udogodnienia w umówieniu się na konkretne świadczenie opieki zdrowotnej (bez konieczności dostarczania oryginału skierowania), a dla drugich możliwość racjonalizowania zapisów na listach oczekujących. Pacjent nie będzie bowiem mógł już (nawet przez dopuszczalny w chwili obecnej okres 14 dni roboczych od

momentu zapisu) zapisać się na więcej niż jedną listę oczekujących na podstawie tego samego skierowania. Po dokonaniu bowiem pierwszego zapisu, skierowanie zostanie automatycznie przez system oznaczone jako „w realizacji” i jego ponowne użycie do zapisania się na listę oczekujących u innego świadczeniodawcy nie będzie możliwe.

Dodatkowo, w ustawie o świadczeniach proponuje się, aby możliwość zapisania się tylko na jedną listę oczekujących obejmowała również sytuacje, gdy pacjent otrzyma więcej niż jedno skierowanie od więcej niż jednego lekarza, na to samo świadczenie opieki zdrowotnej. Intencją tego przepisu jest uniemożliwienie zapisania się na listę oczekujących na udzielenie więcej niż jednego (takiego samego) świadczenia finansowanego ze środków publicznych. W sytuacji, w której świadczeniobiorca otrzyma więcej niż jedno skierowanie na to samo świadczenie opieki zdrowotnej, do czasu jego zrealizowania (co będzie oznaczało zmianę statusu tego skierowania w systemie teleinformatycznym Platformy P1 z „w realizacji” na „zrealizowane”), świadczeniobiorca nie będzie miał możliwości zapisania się na listę oczekujących na udzielenie tożsamego świadczenia.

W przypadku pacjentów korzystających ze świadczeń na zasadzie odpłatności będzie istniała możliwość wykorzystania dowolnej liczby skierowań, ponieważ świadczenia udzielane odpłatnie nie są objęte listą oczekujących na udzielenie świadczenia.

II. Opis zastosowanych metod zbierania danych i informacji

Główne metody zbierania danych i informacji opierały się na:

1. Analizie desk research: artykułów w prasie specjalistycznej, Ocen Skutków Regulacji, stron www: administracji publicznej i samorządowej, portali tematycznych, wypowiedziach oraz treści materiałów eksperckich z obszaru ochrony zdrowia.
2. Ankietyzacji organizacji pacjenckich, m.in. poprzez Platformę Konsultacji stworzoną w ramach projektu „Wspólnie decydujemy - wsparcie konsultacji społecznych w ochronie zdrowia” (wyniki przedstawiono poniżej),

3. Wywiadów bezpośrednich i telefonicznych z ekspertami, przedstawicielami administracji publicznej z obszaru ochrony zdrowia oraz reprezentantami organizacji pacjenckich.

III. Zestawienie opinii organizacji pacjenckich

Konsultacje/ankietowanie na Platformie Konsultacji prowadzone były w postaci zestawu pytań (otwartych i zamkniętych). Poniżej zaprezentowano wyniki procesu konsultacji jakie zostały przeprowadzone:

1. Czy Pani/Pana zdaniem praca pracowników niemedycznych zatrudnionych w placówkach ochrony zdrowia wpływa na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	4	
Nie	3	
Nie mam zdania	3	

2. Czy Pani/Pana zdaniem wprowadzenie progu najniższej płacy zasadniczej dla pracowników innych niż zawody medyczne będzie przeciwdziałać wzrostowi dysproporcji pomiędzy wynagrodzeniami obu grup?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	2	
Nie	7	

Nie mam zdania 1

3. Czy Pani/Pana zdaniem współczynnik pracy 1,05, który będzie obowiązywać przy ustalaniu wynagrodzenia zasadniczego pielęgniarek i położnych zatrudnionych na stanowiskach wymagających tytułu magistra jest uzasadniony na tle innych wynagrodzeń?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	2	
Nie	3	
Nie mam zdania	5	

4. Czy Pani/Pana zdaniem pracownicy placówek medycznych powinni zawierać ponadzakładowe układy zbiorowe pracy?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	4	
Nie	2	
Nie mam zdania	4	

Pytania otwarte:

1. Jakim grupom zawodowym zatrudnionym w placówkach medycznych należałoby w pierwszej kolejności podwyższyć wynagrodzenie aby zapewnić właściwy poziom oraz jakość zatrudnienia?

2. Jaki powinien być system oraz wysokość wynagrodzeń w publicznych placówkach ochrony zdrowia aby stały się one konkurencyjne w porównaniu z placówkami niepublicznymi?

Odpowiedzi uzyskane podczas konsultacji stanowią elementy opinii wyrażonej w stanowisku Ars Vivendi.

Opinia Ars Vivendi

Projektowana ustawa wywołuje we wszystkich grupach pracowniczych związanych z wykonywaniem świadczeń w szeroko zdefiniowanym obszarze ochrony zdrowia intensywną dyskusję, w której poszczególne grupy starają się „zostać zauważone” przez Projektodawcę. Wynika to w szczególności z niskiego i niedostatecznego poziomu wynagrodzeń, co w ostatnim okresie prowadziło do wielu protestów pracowniczych.

Działania zaproponowane w przedmiotowym projekcie ustawy mają podnieść poziom wynagrodzenia osób objętych projektowanymi zmianami, osiągających najniższe dochody, co w efekcie przyczynić się ma do wzrostu zadowolenia pracowników oraz zatrzymania migracji poza granice kraju. Jednocześnie poprawa warunków wynagradzania w sektorze ochrony zdrowia ma zachęcić do podejmowania kształcenia w zawodach pielęgniarstwa i położnej, a nowo wykształconą kadrę do zatrudniania się w podmiotach leczniczych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. W efekcie zjawisko powyższe wpłynąć ma na wzrost liczebności profesjonalnej kadry medycznej zatrudnionej w podmiotach leczniczych. Ponadto wzrost wynagrodzeń profesjonalnej kadry medycznej ma pozwolić na zapobieganie zjawisku dumpingu cenowego, wynikającego z zaniżonych kosztów pracy pracowników sektora ochrony zdrowia w stosunku do analogicznych kosztów za granicą.

Wprowadzane ustawą zmiany mają również spowodować poprawę warunków płacowych pracowników objętych projektowanymi zmianami, zwiększenie ilości zatrudnionych osób w podmiotach leczniczych oraz konkurencyjności zatrudnienia pracowniczego w stosunku do zatrudnienia na podstawie umów cywilnoprawnych, zmniejszenie dysproporcji między

poziomami wynagrodzeń poszczególnych grup zawodowych, a w efekcie długofalowym także poprawę jakości i dostępności udzielanych świadczeń oraz wzrost bezpieczeństwa zdrowotnego w podmiotach leczniczych.

Pozytywną zmianą jest rozszerzenie zakresu podmiotowego o pracowników działalności podstawowej innych niż wykonujących zawody medyczne. Jednak niektórzy świadczeniodawcy podnoszą problem nieuwzględnienia wszystkich pracowników ochrony zdrowia. W tej pominiętej grupie są m.in. pracownicy, bez których prawidłowe funkcjonowanie placówek ochrony zdrowia nie jest możliwe - informatycy, wysokospecjalistyczne służby techniczne itp.

W odniesieniu do poszczególnych grup zawodowych, projektowane zmiany mają spowodować poprawę warunków płacowych pielęgniarek i położnych, zwiększenie ilości zatrudnionych w podmiotach leczniczych pielęgniarek i położnych posiadających wykształcenie wyższe magisterskie na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo oraz konkurencyjności zatrudnienia pracowniczego w stosunku do zatrudnienia na podstawie umów cywilnoprawnych, promowanie podnoszenia kwalifikacji i kształcenia na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo, zachęcenie do podejmowania zatrudnienia w kraju przez wykwalifikowane pielęgniarki i położne, a w efekcie długofalowym także poprawę jakości i dostępności udzielanych świadczeń oraz wzrost bezpieczeństwa zdrowotnego w podmiotach leczniczych.

Tak sformułowane cele projektu popierane są przez środowiska i organizacje pacjenckie. Nie ma jednak pewności czy szczegółowe rozwiązania zaproponowane przez Projektodawcę rzeczywiście na tyle zmienią oraz poprawią strukturę wynagrodzeń w jednostkach leczniczych, że spowoduje to wzmocnienie systemu motywacyjnego wszystkich zatrudnionych tam grup zawodowych, co powinno skutkować znacząco poprawą jakości świadczeń skierowanych do pacjentów.

Polska powinna w krótkim czasie zdecydować się jednak na przyjęcie określonego modelu wynagradzania osób zatrudnionych u świadczeniodawców. W krajach Unii Europejskiej

można zaobserwować trzy modele regulowania kwestii wynagradzania w sektorze ochrony zdrowia:

- 1) ogólnokrajowy branżowy akt prawny, w którym ustawodawca ustala miesięczne minimalne stawki wynagrodzenia pracowników ochrony zdrowia;
- 2) ponadzakładowe układy zbiorowe pracy;
- 3) modele mieszane łączące w sobie cechy rozwiązań opartych na powszechnie obowiązującym przepisie szczególnym z układami zbiorowymi pracy.

Jeżeli chodzi o pierwszy z modeli, oparty o ogólnokrajową regulację ustanawiającą płacę minimalną jako modelowe rozwiązanie, można wskazać rozwiązanie zastosowane w Wielkiej Brytanii. W tym przypadku zasady wynagradzania pracowników publicznej służby zdrowia reguluje akt prawny, który określa wysokość rocznej płacy podstawowej dla pracowników służby zdrowia. Przegląd wysokości określonych w ten sposób płac dokonywany jest co do zasady każdego roku. Uregulowanie to stosowane jest również poza publiczną służbą zdrowia - w zdecydowanej większości przypadków jest podstawą polityki płacowej stosowanej przez podmioty prywatne (choć nie jest to obligatoryjne). Pula środków na wynagrodzenia osób zatrudnionych w sektorze publicznej służby zdrowia wydzielana jest z budżetu państwa (finansowana z przychodów podatkowych i składek na powszechne ubezpieczenie zdrowotne). System płac dla pracowników publicznej służby zdrowia obejmuje dziewięć różnych przedziałów wynagrodzeń rocznych, co zezwala na ustandaryzowanie wysokości płac dla pracowników sektora medycznego. Posiadane umiejętności, staż pracy i uprawnienia zawodowe decydują o zakwalifikowaniu do jednego z przedziałów płacowych.

Przykładem kraju, w którym kwestie wynagrodzeń w sektorze zdrowia regulowane są w drodze układów zbiorowych, jest Holandia. Wynagrodzenia w sektorze ochrony zdrowia negocjowane są tam przez stronę pracodawców i pracowników. Zawarte w ten sposób układy zbiorowe mają zasięg ogólnokrajowy i obejmują wszystkie grupy zawodowe.

We Francji z kolei funkcjonuje model mieszany, w ramach którego wynagrodzenia personelu medycznego oraz personelu pomocniczego są regulowane na szczeblu krajowym. Jednocześnie poziom wynagrodzeń personelu medycznego (oprócz lekarzy) oraz pomocniczego zatrudnionego w klinikach oraz przychodniach prywatnych określony jest w układzie zbiorowym.

Oczywiste jest, że wdrożenie projektowanych zmian w systemie i wysokości wynagradzania spowoduje zwiększenie wydatków ponoszonych przez podmioty lecznicze, które zatrudniają pracowników wykonujących zawody medyczne za wynagrodzeniem niższym niż określone w ustawie z dnia 8 czerwca 2017 r. Może to znacznie utrudnić ich sytuację finansową – a więc i efektywność opieki nad pacjentami szczególnie, że proponowana nowelizacja ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. nie będzie skutkowała przekazaniem podmiotom leczniczym w 2018 r. dodatkowych, ponad obecnie planowane, środków finansowych z budżetu państwa, jak również z Narodowego Funduszu Zdrowia. Jedynie w przypadku pracowników objętych projektowaną zmianą ustawy, których pracodawcy (podmioty lecznicze) otrzymują środki finansowe z Narodowego Funduszu Zdrowia, koszty podwyżek powinny zostać sfinansowane przez pracodawców ze środków uzyskanych w ramach wzrastających przychodów i odpowiednio kosztów Narodowego Funduszu Zdrowia.

Dopływ dodatkowych rosnących corocznie kwot środków z podwyżek wynikających z ogólnych warunków umów o ubezpieczenie świadczeń opieki zdrowotnej zakończy się w 2019 r. Od 2020 r. płatnik przekazywał będzie jedynie kwoty pozwalające na podtrzymanie skutków podwyżek, co spowoduje, że od pewnego momentu pracodawcy będą musieli przeznaczać na podwyższenie wynagrodzeń pielęgniarek/położnych do poziomu najniższych określonych ustawą dodatkowe środki - inne niż wynikające z ogólnych warunków umów o ubezpieczenie świadczeń opieki zdrowotnej.

Należy zauważyć, że wprowadzenie projektowanych zmian może przełożyć się na zwiększenie konkurencyjności publicznych podmiotów leczniczych w stosunku do podmiotów leczniczych

sektora prywatnego, co w konsekwencji może spowodować przepływ części osób zatrudnionych w sektorze prywatnym do placówek publicznych ochrony zdrowia. Jeśliby wiązało się to z jednoczesną poprawą jakości świadczeń zdrowotnych podmiotów publicznych – środowiska pacjenckie będą wspierać taki kierunek zmian struktury zatrudnienia. Jednak bez wieloetapowej konsultacji oraz wynikającego z tego wnikliwego przeglądu wniesionych uwagi i propozycji rozwiązań wnoszonych przez przedstawicieli poszczególnych grup zawodowych sektora ochrony zdrowia (których jest wiele i są bardzo zróżnicowane), nie wydaje się, że w krótkim okresie nastąpi znacząca poprawa jakości świadczeń opieki zdrowotnej, a w konsekwencji – poprawa dobrostanu pacjentów.

Opinię przygotował:

Witold Michałek

Ekspert Projekt