



Warszawa, 18.06.2012

Szanowny Pan
Bartosz Arłukowicz
Minister Zdrowia
ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa

Szanowny Panie Ministrze,

W imieniu Polskiej Federacji Szpitali przekazuję nasze stanowisko dotyczące projektu Ustawy o zmianie Ustawy o Działalności Leczniczej. Stanowisko zostało przygotowane we współpracy z kancelarią adwokatów i radców prawnych Miller, Canfield, Babicki, Chelchowski i wsp. Sp.K z Warszawy. Stanowisko przesyłamy w załączeniu.

Jednocześnie uprzejmie prosimy o spotkanie z przedstawicielami naszej Federacji, która jest najbardziej reprezentatywną organizacją pracodawców sektora szpitalnego „ponad podziałami” w Polsce. Jesteśmy członkiem Europejskiej Federacji Szpitali HOPE, która obejmuje około 80% łóżek szpitalnych w UE.

Z wyrazami uszanowania,

Jarosław J. Fedorowski
Prezes Polskiej Federacji Szpitali
Gubernator (PL) Europejskiej Federacji Szpitali HOPE
Członek Prezydium Europejskiej Federacji Szpitali HOPE

STANOWISKO W SPRAWIE PROJEKTU USTAWY O ZMIANIE USTAWY O DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ

Komentowany projekt ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej, zwany dalej „**Projektem**”, w założeniu projektodawców służyć ma przede wszystkim usunięciu nieścisłości i wątpliwości interpretacyjnych, które ujawniły się w okresie obowiązywania ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej, zwanej dalej „**Ustawą**”. Od dnia wejścia w życie przedmiotowej Ustawy, tj. od dnia 1 lipca 2011 roku, pojawiały się liczne postulaty w zakresie zmiany bądź uzupełnienia przepisów Ustawy, które częściowo zostały uwzględnione w Projekcie. Na wstępie należy zaznaczyć, iż niniejszy komentarz oscyluje nie tylko wokół propozycji projektowych, ale sygnalizuje także postulaty dotychczas pomijane. Ocenia się, iż Projekt Ustawy jest zwiastunem pozytywnych zmian. Pozytywnie ocenia się sam fakt dostrzeżenia przez Ministerstwo Zdrowia potrzeby wyeliminowania bądź modyfikacji zapisów Ustawy, które zamiast „uzdrowić” polską ochronę zdrowia, przysporzyły wiele problemów praktycznych i interpretacyjnych i w efekcie odbiły się na pacjentach. Jednakże, aby po raz drugi nie wprowadzać w życie zapisów niezajdujących pokrycia w rzeczywistości, prace nad Projektem powinny być poprzedzone debatą ze wszystkimi zainteresowanymi środowiskami – a w szczególności ze środowiskiem menadżerów szpitali oraz prawniczym. Próba oceny projektowanej nowelizacji ma na celu zachęcić środowiska rządowe do otwartego dialogu i współpracy w stworzeniu przemyślanego remedium na bolączki polskiej ochrony zdrowia.

1. Ubezpieczenia od zdarzeń medycznych

Wbrew postulatom środowiska menadżerów szpitali, a także wbrew dotychczasowym zapowiedziom, projekt Ustawy nie zmienia obligatoryjnego ubezpieczenia od zdarzeń medycznych w ubezpieczenie fakultatywne, a jedynie zakłada przesunięcie terminu na jego uzyskanie przez szpitale do dnia 1 stycznia 2014 roku.. Dążenie do nieprzemyślanego nałożenia na szpitale nowych obciążeń bez wskazania źródeł ich finansowania, brak symulacji skutków ekonomicznych Ustawy oraz analizy ofert ze strony firm ubezpieczeniowych jest błędem. Ministerstwo Zdrowia liczy jednak na to, że w miarę upływu czasu, gdy będzie znana liczba wniosków kierowanych do komisji do spraw zdarzeń medycznych, a także gdy wykształci się już ich linia orzecznicza, pojawi się też więcej produktów ubezpieczeniowych dla szpitali oferowanych przez różnych ubezpieczycieli. Rozwiązaniem alternatywnym umożliwiającym

uniknięcie wysokich kosztów utrzymania komercyjnego ubezpieczenia od zdarzeń medycznych mogłoby być utworzenie wzorem szwedzkiej ochrony zdrowia taniego publicznego funduszu odszkodowań dla szpitali, z którego finansowane byłyby ewentualne roszczenia pacjentów, bądź też powołanie przez szpitale towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych.

Resort zdrowia przychylił się natomiast do głosów wielu dyrektorów szpitali, którzy krytykowali jednakową dla wszystkich placówek sumę gwarancyjną ubezpieczenia. Zgodnie z obecnym stanem prawnym – bez względu na wielkość i profil placówki – wynosi ona 1,2 mln zł. Po zmianie Ustawy suma ubezpieczenia wynosiłaby nie mniej niż 300.000 zł (z uwagi na to, że jest to maksymalna wysokość świadczenia w przypadku śmierci pacjenta) i byłaby uzależniona od liczby łóżek w szpitalu i sumy ubezpieczenia w odniesieniu do jednego łóżka szpitalnego, która wynosi nie mniej niż 1000 zł. Rozwiązanie to z jednej strony ma być zabezpieczeniem dla towarzystw ubezpieczeniowych, a z drugiej strony sprawi, że obciążenie finansowe dla małych szpitali nie będzie nadmierne. Niestety, nie zmieni to faktu, że nadal finansowe skutki wprowadzenia dodatkowego ubezpieczenia poniosą szpitale.

Jednocześnie posiadanie przez podmiot leczniczy certyfikatu akredytacyjnego, w rozumieniu ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o akredytacji w ochronie zdrowia, powodowałoby zmniejszenie sumy ubezpieczenia w odniesieniu do jednego łóżka szpitalnego o 10%. Zakłada się bowiem, że w przypadku szpitala spełniającego standardy akredytacyjne w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych, częstotliwość występowania zdarzeń medycznych będzie istotnie mniejsza. Proponuje się także przepis umożliwiający zawieranie umów ubezpieczenia z udziałem własnym podmiotu leczniczego, nie wyższym niż 50% sumy ubezpieczenia.

Z uwagi na odroczenie w czasie obowiązków zawarcia umowy ubezpieczenia szpitali z tytułu zdarzeń medycznych, w okresie przejściowym do dnia 31 grudnia 2013 roku, podmioty lecznicze prowadzące szpitale będą mogły zawrzeć umowę ubezpieczenia od zdarzeń medycznych, ale nie będą musiały tego robić, przy czym w przypadku braku polisy pełną odpowiedzialność z tytułu zdarzeń medycznych ponosić będzie podmiot leczniczy w granicach określonych przez znowelizowany projektem ustawy art. 67k ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Z uwagi na powyższe, projekt zakłada także, że toczące się postępowania o wykreślenie podmiotu leczniczego z rejestru z powodu braku ubezpieczenia od zdarzeń medycznych zostaną umorzone z mocy prawa. Brak umowy ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych nie stanowiłby również podstawy do odrzucenia przez Narodowy Fundusz Zdrowia oferty w postępowaniu o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Ocena proponowanych założeń nie może być jednoznacznie pozytywna. Zmiana sumy ubezpieczenia dla szpitali i uzależnienie jej wysokości od liczby łóżek jedynie doraźnie poprawią

sytuację lecznic. Przede wszystkim, postuluje się, aby podmioty prowadzące szpitale miały swobodę w podejmowaniu decyzji, czy odpowiedzialność wobec pacjentów będzie ponosiła lecznica, czy ubezpieczyciel. Takie rozwiązanie pozwoliłoby na uniknięcie wysokich kosztów utrzymania obowiązkowego ubezpieczenia od zdarzeń medycznych, oferowanego jak dotąd wyłącznie przez jednego ubezpieczyciela, przez szpitale o niskiej szkodowości. Ponadto, gdyby ubezpieczenia były dobrowolne, albo nie było ich w ogóle, możnaby zwiększyć sumy gwarancyjne ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.

Postuluje się także zmianę w art. 17 ust. 1 pkt. 4 Ustawy o działalności leczniczej, polegającą na zastąpieniu zapisu „zawrzeć w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 umowę ubezpieczenia” zapisem „zapewnić ochronę ubezpieczeniową w zakresie określonym w art. 25 ust. 1”. Taka zmiana dałaby możliwość ubezpieczenia szpitala w ramach polisy obejmującej kilka podmiotów. Miałoby to olbrzymie znaczenie zwłaszcza dla małych podmiotów - posiadających poniżej 300 łóżek, ale przyniosłoby również spore oszczędności finansowe dla większych podmiotów, które dbają o standardy świadczeń w celu zapobieżenia występowania zdarzeń medycznych. Oszczędności na składce ubezpieczeniowej możnaby przeznaczyć na działania prewencyjne i eliminację zdarzeń niepożądanych.

Biorąc pod uwagę, że ubezpieczenie od zdarzeń medycznych będzie obowiązkowe od 1 stycznia 2014 roku (art. 10 ust. 1 Projektu), a w okresie do dnia 31 grudnia 2013 roku ubezpieczenie to jest dobrowolne, co wynika z ust. 2 art. 10 Projektu, konieczna wydaje się również zmiana zapisów pozwalających na aneksowanie lub rozwiązanie umów ubezpieczenia od zdarzeń medycznych zawartych przez szpitale przed dniem 30 czerwca 2012 roku. Jedyne na rynku ubezpieczyciel zastosował bowiem do zawartych umów ubezpieczenia bardzo wysokie stawki (niejednokrotnie nieadekwatne do zagrożeń) naliczane od sumy ubezpieczenia wskazanej w przepisach jako 1.200.000 zł, a aneksowanie umów ubezpieczenia pozwoliłoby na zmniejszenie składki z tytułu zmniejszenia sumy ubezpieczenia przewidzianej w Projekcie.

Środowisko menadżerów szpitali proponuje także wykreślenie z art. 25 Projektu zaproponowanego ustępu 1c dotyczącego pomniejszenia sumy ubezpieczenia z tytułu posiadania akredytacji w ochronie zdrowia. W ocenie szpitali posiadanie certyfikatu nie powinno mieć wpływu na wysokość sumy ubezpieczenia, lecz na ocenę ubezpieczyciela i wysokość składki ubezpieczeniowej. Przesłaniem posiadania wysokich standardów jakości jest przecież bezpieczeństwo pacjenta, co ubezpieczyciel może ocenić na podstawie przedkładanych ankiet/danych do umowy ubezpieczenia lub na podstawie przeprowadzonych audytów. Posiadanie certyfikatu akredytacyjnego powinno mieć zatem wpływ na kształtowanie składki za ubezpieczenie, a nie na wysokość sumy ubezpieczenia. Ponadto, regulacje ustawowe nie powinny

ograniczać akredytacji do wyłącznie jednej krajowej instytucji, jaką jest Ośrodek Akredytacji Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Istnieją bowiem renomowane narodowe i międzynarodowe instytucje akredytacyjne, które akredytują szpitale na obszarze Unii Europejskiej. Szczególnie w obliczu dyrektywy transgranicznej, niezbędne i zgodne ze standardami jest uznawanie certyfikatów akredytacyjnych przyznawanych przez takie właśnie instytucje. Część polskich szpitali z pewnością będzie zainteresowanych uzyskaniem akredytacji międzynarodowej. Trudno sobie wyobrazić, by Polska, jako członek Unii Europejskiej, ograniczała możliwość akredytacji do wyłącznie jednej krajowej instytucji. Także Europejska Federacja Szpitali, obejmująca około 80% łóżek szpitalnych w całej Unii Europejskiej postuluje wzajemne uznawanie europejskich akredytacji szpitali. Zatem konieczna wydaje się modyfikacja zapisów ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o akredytacji w ochronie zdrowia, tak aby certyfikat akredytacyjny, o którym mowa w przedmiotowej ustawie, został zrównany z certyfikatem akredytacyjnym uznawanym przez Komisję Europejską albo inne państwo członkowskie Unii Europejskiej.

Postuluje się także wyeliminowanie niekonsekwencji w używaniu przez ustawodawcę terminologii ubezpieczeniowej i doprecyzowanie, kiedy mamy do czynienia z pojęciem „sumy gwarancyjnej”. Pojęcie to przynależy do terminologii ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej. Minimalne sumy gwarancyjne ubezpieczeń OC dla szpitali określone zostały przez Ministra Finansów w porozumieniu z Ministrem Zdrowia w drodze rozporządzenia wydanego na mocy delegacji ustawowej z art. 25 ust. 5 Ustawy o działalności leczniczej. Ustawodawca, wprowadzając drugi typ obowiązkowego ubezpieczenia – ubezpieczenie od zdarzeń medycznych, powinien doprecyzować, czy wskazana obecnie w Ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta kwota 1.200.000 zł jest sumą gwarancyjną, gdyż obecne brzmienie pozwala jedynie na stwierdzenie, iż jest to maksymalna wysokość świadczenia w dwunastomiesięcznym okresie ubezpieczenia w odniesieniu do wszystkich zdarzeń medycznych. Projekt ustawy zmieniającej ustawę o działalności leczniczej poniekąd kładzie kres niejednolitej terminologii, wprowadzając do ubezpieczeń od zdarzeń medycznych pojęcie „sumy ubezpieczenia”, nie mniejszej niż 300.000 zł, uzależnionej od liczny łóżek w szpitalu i od sumy ubezpieczenia w odniesieniu do jednego łóżka, które jest pojęciem semantycznie poprawnym.

Pozostając przy tematyce ubezpieczeniowej, nie sposób odnieść się do luki w Załączniku do Ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej, który wprowadza podział ryzyka ubezpieczeniowego według działów, grup i rodzajów ubezpieczeń. Przywołując niedawną debatę na temat charakteru ubezpieczeń od zdarzeń medycznych oraz wątpliwości co do ich klasyfikacji (OC czy NNW), proponuje się uzupełnienie Załącznika do wyżej wymienionej ustawy zgodnie z

Komunikatem Ministerstwa Zdrowia z dnia 29 lutego 2012 r. przez dodanie ubezpieczeń od zdarzeń medycznych do Działu II Grupy I pt. „Pozostałe ubezpieczenia osobowe oraz ubezpieczenia majątkowe”.

Postuluje się również wprowadzenie zmian proceduralnych w zakresie dochodzenia przez pacjentów roszczeń w trybie postępowania przed komisjami wojewódzkimi do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, które jak pokazuje dotychczasowa praktyka, nie przyspieszą ani nie odciążą, a jedynie zdublują pracę sądów. Z informacji prasowych wynika, iż w chwili obecnej wśród wszystkich 16 komisji wojewódzkich rozpatrywanych jest niewiele wniosków, gdyż większość ze względów formalnych, została odrzucona. Przyjęcie orzeczenia komisji nie musi oznaczać, że pacjent przyjmie także kwotę zaproponowaną przez ubezpieczyciela lub szpital i zrzeknie się dalszych roszczeń. W związku z tym, że orzeczenie komisji nie ma mocy wiążącej, istnieje duże prawdopodobieństwo, że pacjent po uzyskaniu stwierdzenia „zdarzenia medycznego” uzna, że przed sądem jest w stanie uzyskać więcej. W konsekwencji nie tylko nie odciążą to sądu, lecz zaangażuje w pracę dodatkowy organ. Oceniając tryb prac komisji, założenie terminu 4 miesięcy do wydania orzeczenia wydaje się dość abstrakcyjne i wynika najprawdopodobniej z braku analizy postępowań sądowych w sprawach błędów medycznych. Na czas rozpatrywania wniosków niewątpliwie wpływa formalizm przeniesiony z postępowania cywilnego (np. obowiązek pisemnego zawiadomienia świadków; konieczność powoływania biegłych), co skłania do wyciągnięcia wniosków, aby czas prac komisji został wydłużony przynajmniej do 6 miesięcy. Skoro system komisji wojewódzkich w obecnym kształcie nie sprawdza się, należałoby doprecyzować, iż pacjent wybierając uproszczoną drogę dochodzenia odszkodowania za zdarzenia medyczne, rezygnuje już na wstępie z możliwości wchodzenia na drogę sądową. Jeszcze lepszym wyjściem wydaje się po prostu usprawnienie sądowej drogi dochodzenia roszczeń, a nie tworzenie specjalnych komisji i wprowadzanie nieostrego pojęcia „zdarzenia medycznego”, które wywołuje wiele wątpliwości interpretacyjnych.

2. Organizacje pożytku publicznego

Zgodnie z postulatami organizacji pożytku publicznego, Projekt zakłada, że organizacje pożytku publicznego, prowadzące np. hospicja, będą podlegały w pełnym zakresie przepisom ustawy o działalności leczniczej, nie posiadając jednocześnie statusu przedsiębiorcy. Instytucje prowadzące hospicja zgłaszały bowiem obawy, że w związku z obecnymi przepisami Ustawy nie będą mogły legalnie korzystać z pracy wolontariuszy, pieniędzy pochodzących z darowizn oraz z odpisu 1 proc. podatku. Przepisy Ustawy stanowią, że podmioty lecznicze działają jak

przedsiębiorstwa, tymczasem ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 roku o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie nie pozwala wolontariuszom na działalność w instytucjach o takim charakterze. Wychodząc zatem naprzeciw oczekiwaniom, projekt ustawy zakłada wyłączenie stosowania art. 16 ust. 1 Ustawy, stanowiącego, że działalność lecznicza jest działalnością regulowaną w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004 roku o swobodzie działalności gospodarczej, do działalności leczniczej wykonywanej jako działalność pożytku publicznego. Wyłączenie to odnosiłoby się również do działalności leczniczej wykonywanej jako działalność charytatywno-opiekuńcza.

Projektowane zmiany wydają się bardzo pozytywne, gdyby nie fakt, że Rząd opublikował zbyt wcześnie projekt zmian w Ustawie o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, który choć nie jest przedmiotem niniejszego komentarza, należy w tym miejscu omówić. Rząd zaproponował uchylenie zapisu dopuszczającego działalność wolontariuszy w „podmiotach leczniczych w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej w zakresie wykonywanej przez nie działalności leczniczej” (art. 1 ust. 13 projektu Ustawy o zmianie ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie). Oznacza to tyle, że jeśli przepis ust. 13 wejdzie w życie w obecnym kształcie, żadna placówka medyczna, w tym hospicjum czy inna organizacja pozarządowa nie będą mogły korzystać z nieodpłatnej pracy lekarzy, pielęgniarek, rehabilitantów czy innych wolontariuszy zatrudnionych bezpośrednio w związku z działalnością leczniczą, a dodatkowo, zapis ten stanie w sprzeczności z art. 21 Ustawy o działalności leczniczej. Co do zasady usunięcie zapisu o korzystaniu ze świadczeń wolontariuszy przez podmioty lecznicze nie jest niedopatrzaniem, gdyż zostało to uargumentowane w ocenie skutków regulacji względami konkurencji. W świetle jednak projektowanych zmian w ustawie o działalności leczniczej, tj. wyłączenia m.in. hospicjów z obowiązku rejestracji jako przedsiębiorców, projektowane zapisy ustawy o działalności pożytku publicznego też będą musiały zostać zmienione. Postuluje się, celem zachowania stabilizacji legislacyjnej, aby przepisy ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej wprowadzające wyłączenie działalności pożytku publicznego spod reżimu działalności gospodarczej regulowanej oraz przepisy ustawy o zmianie ustawy o organizacjach pożytku publicznego i wolontariacie wprowadzone bez zmian eliminujących pracę wolontariuszy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, weszły w życie w jednym czasie, tj. 1 lipca 2012 r., o ile nie zostaną przedłużone terminy na dostosowanie placówek zdrowia do przepisów ustawy o działalności leczniczej.

3. Zamówienia na udzielanie świadczeń zdrowotnych

Zgodnie z obecnym brzmieniem art. 26 Ustawy, podmiot leczniczy („udzielający zamówienia”) może udzielić zamówienia na udzielanie w określonym zakresie świadczeń zdrowotnych podmiotowi wykonującemu działalność leczniczą („przyjmujący zamówienie”), przy czym przedmiot zamówienia nie może wykraczać poza rodzaj działalności leczniczej oraz zakres świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez udzielającego zamówienia i przyjmującego zamówienie. Oznacza to, iż możliwe jest tylko udzielanie zamówienia na takie świadczenia, które podmiot leczniczy sam wykonuje. Tymczasem zasadne jest by możliwe było udzielanie zamówienia na świadczenia, których podmiot udzielający zamówienia sam nie wykonuje, a które mieszczą się w zakresie działalności podmiotu przyjmującego zamówienie. W takim też zakresie projekt ustawy zakłada zmiany w art. 26 Ustawy. Projekt przewiduje również dodanie przepisu, który wyłącza stosowanie procedury konkursowej do zamówień, których wartość nie przekracza kwoty 14.000 euro. Taka regulacja umożliwi większą elastyczność w zakresie zarządzania podmiotami leczniczymi.

4. Znaki identyfikacyjne pacjentów

Projekt zakłada zmiany w zakresie przepisów dotyczących zaopatrywania pacjentów szpitali w znaki identyfikacyjne (art. 36 Ustawy). Znaki identyfikacyjne mają przyczynić się do ograniczenia ryzyka pomyłek przy wykonywaniu zabiegów lub podawaniu leków (bezpieczeństwo pacjenta); ułatwią pracę lekarzom i pielęgniarce; pacjentom oszczędzą konieczności podawania każdorazowo ich danych. Zgodnie z aktualnymi przepisami Ustawy, znak identyfikacyjny zawiera informacje pozwalające na ustalenie imienia i nazwiska oraz daty urodzenia pacjenta, zapisane w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta przez osoby nieuprawnione. Projekt zakłada uzupełnienie znaku identyfikacyjnego dla noworodka urodzonego w szpitalu o dane matki, płeć, godzinę i minutę urodzenia dziecka. Ma to pozwolić na uniknięcie pomyłek i zapewnić prawidłowe ustalenie tożsamości noworodka. Projekt wyłącza również obowiązek posiadania znaków identyfikacyjnych przez pacjentów szpitala lub oddziału psychiatrycznego, z uwagi na to, że opatrywanie znakami identyfikacyjnymi tej grupy pacjentów może mieć negatywny wpływ na ich stan zdrowia.

Znaki identyfikacyjne są niezbędnym elementem wprowadzenia systemu cyfrowej dokumentacji medycznej, którą placówki zobowiązane są wdrożyć do 2014 r. Wiąże się to jednak z dużymi nakładami finansowymi ze strony szpitali, natomiast nie ma propozycji co do tego, skąd szpitale mają pozyskać fundusze na organizację systemu identyfikacji (szpitale nie mogą przecież liczyć na nagły wzrost przychodów). Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w

sprawie systemu identyfikacyjnego pacjentów wymaga od szpitala wyposażenia w przynajmniej jedną drukarkę oraz czytniki elektroniczne do skanowania kodów – 1 czytnik na 50 pacjentów; koszt oprogramowania to 6 tys. zł, koszt drukarki – 3 tys. zł, koszt 1 czytnika – do 1,5 tys. zł, opaski do 75 gr (plus koszty aktualizacji oprogramowania i opasek). Na pierwszy rzut oka, koszty wydają się niewielkie, ale dla niektórych szpitali, szczególnie tych małych jest to bardzo duży wydatek. Poza tym koszty wdrożenia systemu identyfikacji mogą przynieść trudność także dużym lecznicom, bowiem w przypadku podmiotów prowadzących działalność leczniczą w więcej niż jednej lokalizacji zakup wyposażenia w sprzęt będzie konieczny dla każdej lokalizacji osobno. W związku z powyższym postuluje się uzyskanie przez szpitale możliwości pozyskania środków na wprowadzenie systemu identyfikacji z tytułu wzrostu wartości kontraktu z NFZ lub z tytułu zapłaty za określoną część świadczeń ponadlimitowych, ewentualnie poprzez dostęp do specjalnej puli środków finansowych, np. z funduszy europejskich lub innych.

Postuluje się także o wyznaczenie dłuższego czasu na przystosowanie się podmiotów leczniczych do wymogów stawianych w Projekcie oraz wyżej wymienionym projekcie rozporządzenia Ministra Zdrowia. Uzasadnione jest, aby prace nad projektowanym rozporządzeniem zostały zawieszona do czasu rozstrzygnięć ustawowych. Określony termin wejścia w życie rozporządzenia to 14 dni od jego opublikowania. Jest to termin zbyt krótki biorąc pod uwagę, że zakup sprzętu i oprogramowania będzie wiązał się w wielu wypadkach z obowiązkiem zastosowania przed podmioty lecznicze zapisów ustawy Prawo Zamówień Publicznych. Innymi słowy zakup pełnego wyposażenia do działania nowego systemu wydaje się niemożliwy do zrealizowania w ciągu 14 dni od daty opublikowania rozporządzenia

Ponadto proponuje się otwartą debatę nad sensem wdrażania, przynajmniej tymczasowo, systemu identyfikacji do małych szpitali (do 150 łóżek), gdzie pacjenci nie są anonimowi. Zdaniem środowisk szpitalnych opaski najlepiej sprawdzą się w dużych szpitalach (obejmujących np. 700 łóżek), gdzie pacjent przemieszcza się między budynkami.

5. Doprecyzowanie definicji ustawowych

Pomimo sugestii ze strony środowisk menadżerów szpitali, postulaty dotyczące uproszczenia i ujednoczenia skomplikowanej, wielowyrzowej nomenklatury stosowanej w Ustawie nie zostały uwzględnione przez projektodawców. Postuluje się doprecyzowanie funkcjonujących w Ustawie takich nieostrych pojęć jak zdarzenie medyczne, zakażenie, podmiot leczniczy, podmiot leczniczy niebędący przedsiębiorcą, podmiot wykonujący działalność leczniczą, przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego i praktyka zawodowa. Szczególnie dwa ostatnie pojęcia utrudniają

odróżnienie poszczególnych podmiotów i sprawne stosowanie Ustawy w praktyce. Doprecyzowanie definicji przedsiębiorstwa poprzez wskazanie, że w jednym przedsiębiorstwie wykonywany jest tylko jeden rodzaj działalności leczniczej jest słuszne, ale należy zauważyć, że taka regulacja powoduje perturbacje w podmiotach leczniczych, które mają komórki organizacyjne funkcjonujące samodzielnie pod adresem innym niż przedsiębiorstwo tego podmiotu. Perturbacje wystąpią z pewnością przy definiowaniu aparatury i sprzętu dla danego przedsiębiorstwa szczególnie przy kontraktowaniu świadczeń.

6. Koszty pobytu pacjentów w szpitalu

W związku ze zgłaszanymi przez szpitale wątpliwościami co do okoliczności ponoszenia kosztów pobytu w szpitalu przez pacjenta w sytuacji, gdy nie zostanie on z niego odebrany, mimo iż stan zdrowia na to pozwala, Projekt zakłada nadanie nowego brzmienia w art. 30 ust. 4 Ustawy. Z proponowanych zapisów wynika jednoznacznie, że pacjent musi ponosić koszty pobytu w szpitalu zarówno, gdy nie wymaga leczenia szpitalnego, jak i gdy nie wymaga leczenia innego niż szpitalne. Koszty takie miałyby ewentualnie ponosić za pacjenta osoba, na której w stosunku do pacjenta ciąży ustawowy obowiązek alimentacyjny. Postuluje się wyjście naprzeciw potrzebom pacjentów, którzy nie wymagają już hospitalizacji poprzez budowę np. hoteli przyszpitalnych. Koszty pobytu w takim hotelu są niższe niż w szpitalu, a komfort pobytu nieporównywalnie większy, a co najważniejsze powstawanie hoteli przyszpitalnych ułatwi szpitalom sprawne zwalnianie łóżek na rzecz pacjentów wymagających rzeczywistej hospitalizacji.

7. Podsumowanie

Komentowany Projekt zmiany Ustawy zawiera szereg postulowanych od dłuższego czasu zmian i uzupełnień Ustawy. Nadal jednak wiele rozwiązań proponowanych w szczególności przez środowisko menadżerów szpitali nie zostało w Projekcie uwzględnionych.

Ze względu na fakt, że nadal brakuje części aktów wykonawczych lub nie ukazały się one jeszcze w Dzienniku Ustaw, a które są niezbędne do dokonania w terminie 12 miesięcy zmian wpisów w rejestrze (art. 217 ust. 3 Ustawy), postuluje się wydłużenie terminu dostosowania wpisów w rejestrze do końca 2012 r.

Poza tym Projekt nie rozwiewa wątpliwości dotyczących sposobu rejestracji przedsiębiorstw podmiotów leczniczych. Obecnie przedsiębiorstwo rozumiane jest jako wydzielony dział typu ambulatorium, leczenie szpitalne, leczenie całodobowe inne niż szpitalne oraz diagnostyka.

Podział taki powoduje sztuczne mnożenie bytów i nie jest zasadny; obecnie podział taki jest wymagany przy rejestracji u wojewody, ze względu na zapisy regulujące działalność biegłych rewidentów czy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, która rozpatruje programy dostosowania nie całego podmiotu leczniczego, ale poszczególnych przedsiębiorstw podmiotu leczniczego. Można przypuszczać, że podział działalności medycznej (art. 8 Ustawy) wynikał z wprowadzenia dodatkowych ubezpieczeń od zdarzeń medycznych, którymi objęta jest jedynie część szpitalna. Gdyby został zrealizowany postulat dobrowolności ubezpieczeń medycznych, nie byłoby sensu utrzymywać już tego sztucznego podziału działalności leczniczej. Konieczność wydzielenia przedsiębiorstw stałaby się mało racjonalna.

Ponadto, w dalszym ciągu nie doprecyzowano bytu prawnego SPZOZ. Niespójne zapisy rodzą wiele pytań, jak chociażby to, czy niebędące przedsiębiorcami SPZOZ-y wyodrębniają w swej strukturze przedsiębiorstwa? W świetle powyższego, ciężko nie zgodzić się z tym, że wszelkie wymienione w niniejszym komentarzu postulaty i zastrzeżenia należałoby jeszcze raz przedyskutować. Pominięcie przez projektodawców konsultacji społecznych i międzyresortowych dotyczących Projektu zmiany Ustawy wydaje się zatem wysoce nieracjonalne.