Zmiany w ochronie zdrowia od 2013 roku

Agata Apanel, Miller Canfield

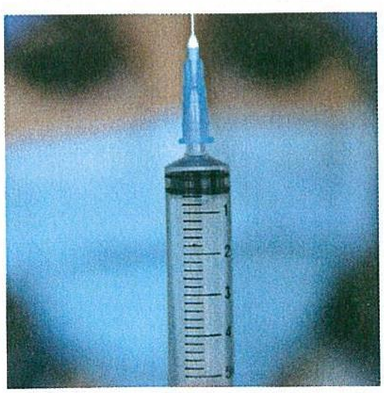
Nowy Rok rozpoczyna się szeregiem zmian w regulacjach prawnych. Część z nich jest na poziomie ustawowym, większość na poziomie rozporządzeń. Część dotyczy pacjenta, część środowiska medycznego.

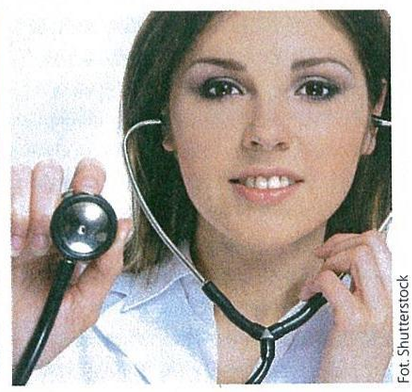
Wraz z 1 stycznia 2013 roku weszło w życie kilka ciekawych regulacji mających ułatwić życie zarówno pacjentom, jak i świadczeniodawcom, między innymi rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu, trybu i terminów występowania do Narodowego Funduszu Zdrowia oraz udostępniania przez Narodowy Fundusz Zdrowia świadczeniobiorcy informacji o prawie do świadczeń opieki zdrowotnej oraz o udzielonych mu świadczeniach. Zgodnie z nowymi przepisami świadczeniobiorca uzyska dostęp do takich informacji na podstawie pisemnego wniosku świadczeniobiorcy składanego do oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Pacjent będzie mógł zwrócić się z wnioskiem o udostępnienie informacji, między innymi o posiadanym w danym dniu prawie do świadczeń opieki zdrowotnej oraz podstawie do tego prawa, a w przypadku gdy prawo to wynika z objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, także o dacie zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego oraz numerach NIP i REGON płatnika ubezpieczenia zdrowotnego, a także o udzielonych mu świadczeniach opieki zdrowotnej oraz, co ciekawe, o kwocie środków publicznych wydatkowanych na sfinansowanie tych świadczeń. Wniosek będzie można także przesłać drogą elektroniczną z ograniczeniem tej możliwości do wniosków opatrzonych bezpiecznym podpisem lub podpisem potwierdzonym profilem zaufanym w e-PUAP. Przepisy przewidują, iż udostępnienie informacji wskazanych we wniosku ma nastąpić bez zbędnej zwłoki, nie później niż w ciągu 14 dni od dnia otrzymania wniosku (w przypadku wniosku w sprawie informacji o prawie do świadczeń przekazywana jest ona niezwłocznie w dniu złożenia wniosku, jeśli był on składany osobiście). Jednocześnie Fundusz zastrzega, że może udostępnić powyższe dane świadczeniobiorcom poprzez tzw. system informatyczny (z tym, że NFZ może, ale nie musi tworzyć takiego systemu). Na chwilę obecną system taki działa na terenie oddziału wielkopolskiego NFZ. Prowadzone są prace nad systemem o zasięgu ogólnokrajowym.

Wraz z nowym rokiem weszło w życie także inne rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie warunków występowania o sporządzenie dokumentu elektronicznego potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej. Reguluje ono warunki, jakie musi spełnić m.in. świadczeniodawca, by mógł potwierdzać prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Świadczeniodawca występujący do NFZ o sporządzenie takiego dokumentu musi spełniać szereg warunków, między innymi: posiadać umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz upoważnienie do korzystania z usługi świadczonej przez system teleinformatyczny Funduszu w rozumieniu ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. Nr 64, poz. 565 z późn. zm.).

Ponadto, w dniu 29 grudnia 2012 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowych zasad i trybu wystawiania zaświadczeń lekarskich, wzoru zaświadczenia lekarskiego i zaświadczenia lekarskiego wydanego w wyniku kontroli lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, dalej „**Zaświadczenia**". Zgodnie z rozporządzeniem, Zaświadczenia będą mogły być wystawiane na dotychczasowych formularzach do czasu wyczerpania zapasów, nie dłużej jednak niż do dnia 31 grudnia 2013 r. Dla przypomnienia, zgodnie z dotychczasowym brzmieniem § 2 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 13 stycznia 2012 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie szczegółowych zasad i trybu wystawiania zaświadczeń lekarskich, wzoru zaświadczenia lekarskiego i zaświadczenia lekarskiego wydanego w wyniku kontroli lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, zaświadczenia te mogły być wystawiane na formularzach według wzorów określonych w przepisach obowiązujących do dnia 20 kwietnia 2012 r. do czasu wyczerpania się zapasów, nie dłużej jednak niż do dnia 31 grudnia 2012 r. Z uwagi na ilość formularzy zaświadczeń, które znajdowały się nadal w posiadaniu lekarzy i krótki termin na ich wystawienia – wykorzystanie tych zaświadczeń nie było możliwe, stąd przesunięcie terminu do końca 2013 r. Data ta zbiegłaby się z projektowanym wejściem w życie zaświadczeń lekarskich w formie dokumentu elektronicznego (1 stycznia 2014 r.).

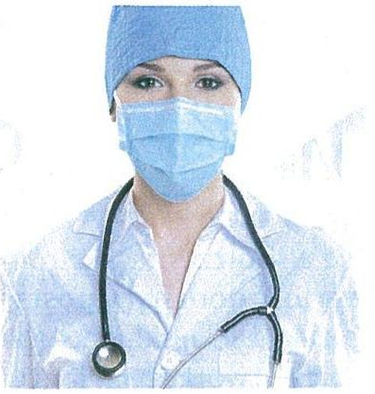
Omawiając ostatnie zmiany nie sposób pominąć wejścia w życie z dniem 1 stycznia 2013 r. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. Nowe przepisy dostosowują nomenklaturę rozporządzenia (np. zakłady opieki zdrowotnej, podmioty lecznicze, praktyki zawodowe) do przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654 z późn. zm.). Ponadto m.in. z rozporządzenia wykreślono przepisy dotyczące dokumentowania porad ambulatoryjnych udzielanych w poradni szpitala, a także przepisy dotyczące prowadzenia dokumentacji medycznej w żłobku oraz nałożono na podmioty lecznicze udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach ambulatoryjnych obowiązek prowadzenia listy oczekujących na świadczenia finansowane ze środków publicznych. Do rozporządzenia dodano nowe przepisy dotyczące dokonywania wpisów w dokumentacji medycznej przez lekarzy, pielęgniarki i położne wykonujące praktykę zawodową w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego. Ponadto, poszerzono wymogi systemu teleinformatycznego, w którym ma być prowadzona elektroniczna dokumentacja me-





Fot. Shutterstock

Fot. Shutterstock



dyczna, o zapewnienie identyfikacji osoby dokonującej wpisu do dokumentacji medycznej (obok osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego). Zmieniono również regulacje w zakresie wskazywania miejsca przechowywania dokumentacji medycznej w przypadku wykreślenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą z rejestru tych podmiotów.

1 stycznia 2013 r. weszło także w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami. Zastąpiło ono poprzednio obowiązujące rozporządzenie z dnia 21 grudnia 1999 r. Nowe przepisy porządkują czynniki decydujące przy ustalaniu minimalnym norm zatrudnienia. W rozporządzeniu zastosowano metodę kategoryzacji opieki i przyporządkowanie pacjenta do danej kategorii. Średnią liczbę pacjentów oraz średni dobowy czas świadczeń pielęgniarskich bezpośrednich dla danej kategorii opieki, kierownik podmiotu ustala, uwzględniając kategorię opieki, do której pacjent został zakwalifikowany zgodnie z kryteriami określonymi w załączniku (uwzględniono tam specyfikę oddziałów zachowawczych i zabiegowych, psychiatrycznych, pediatrycznych, dializoterapii, zespołów porodowych, opieki nad położnicą i noworodkiem). W rozporządzeniu określono także zasady ustalania minimalnych norm zatrudnienia dla oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii, neonatologii, leczenia uzależnień, oddziału ratunkowego, izby przyjęć, bloku operacyjnego, ambulatoryjnych świadczeń a także przy w przypadku utworzenia nowego podmiotu, zmiany rodzaju działalności leczniczej lub zmiany zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych skutkujących utworzeniem nowego oddziału lub innej jednostki lub komórki organizacyjnej albo zmianą profilu tego oddziału, jednostki lub komórki. Minimalne normy ustala się co najmniej raz na trzy lata, zaś te ustalone przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia mogą być stosowane nie dłużej niż do dnia 31 marca 2014 r. Oznacza to, że na podmioty lecznicze niebędące przedsiębiorcami nałożono obowiązek zatrudnienia pielęgniarek i położnych w sytuacji, kiedy nie zostaną spełnione minimalne normy zatrudnienia, zaś w przypadku zatrudniania większej niż wymagana przepisami liczby personelu może dochodzić do redukcji zatrudnienia. Według nowych przepisów, do ustalania minimalnej normy nie wlicza się zatrudnionej w podmiocie kadry kierowniczej pielęgniarskiej lub położniczej, z wyłączeniem pielęgniarek lub położnych oddziałowych i ich zastępców oraz pielęgniarek lub położnych koordynujących pracę innych pielęgniarek i położnych i ich zastępców.

Omawiając nowości legislacyjne, należy wspomnieć o nowych przepisach wykonawczych w zakresie kształcenia specjalizacyjnego lekarzy. Z dniem 9 stycznia 2013 roku weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów. Wśród zmian, które rozporządzenie wprowadza w stosunku do swojego poprzednika – rozporządzenia z dnia 20 października 2005 r., znajdują się m.in.: nowy wykaz specjalizacji lekarskich i lekarsko-dentystycznych oraz modułów podstawowych właściwych dla danego szkolenia specjalizacyjnego i wykaz specjalizacji posiadających wspólny moduł podstawowy. Lista specjalności lekarskich obejmuje 77 pozycji, zaś lekarsko-dentystycznych – 9. Wśród nowych specjalizacji pojawiły się choroby płuc dzieci, endokrynologia ginekologiczna i rozrodczość, endokrynologia i diabetologia dziecięca, gastroenterologia dziecięca, intensywna terapia, medycyna lotnicza, medycyna morska i tropikalna, nefrologia dziecięca oraz perinatologia. Do postępowań oraz szkoleń specjalizacyjnych wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia stosuje się jednak przepisy dotychczasowe. W rozporządzeniu znalazły się także m.in: nowe wzory wniosków o rozpoczęcie szkolenia specjalizacyjnego dla obywateli polskich i cudzoziemców, a także przepisy określające tryb i sposób przeprowadzania postępowania kwalifikacyjnego oraz punktowe kryteria kwalifikacji lekarzy do odbywania szkolenia specjalizacyjnego oraz szczegółowy sposób odbywania szkolenia specjalizacyjnego, w tym przez lekarzy posiadających specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty. Ponadto, w rozporządzeniu, zniesiono dotychczasowy podział na specjalizacje w podstawowych i szczegółowych dziedzinach medycyny na rzecz modułowego modelu szkolenia specjalizacyjnego lekarzy i lekarzy dentystów (moduł podstawowy, specjalistyczny i jednolity).

Ważne zmiany zakłada także rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 stycznia 2013 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie wykazu zakładów ambulatoryjnych przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających orzeczonych wobec skazanych za przestępstwa skierowane przeciwko wolności seksualnej, które weszło w życie 29 stycznia 2013 r. Do zakładów ambulatoryjnych przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających orzeczonych wobec skazanych za przestępstwa skierowane przeciwko wolności seksualnej dołączyły 2 nowe ośrodki: Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Kłodzku (ul. Szpitalna 1a, 57-300 Kłodzko) oraz Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej, Zachodniopomorski Szpital Specjalistyczny w Gryficach (ul. Niechorska 27, 72-300 Gryfice). Podmioty te zostały wyłonione w konkursie ofert na realizatorów programu zdrowotnego pt.: „ Psychiatryczna Opieka Zdrowotna 2009-2013 ", aczkolwiek zakłada się powstanie podobnych ośrodków docelowo w każdym województwie.

Jedną z ważniejszych zmian ostatniego czasu jest wejście w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2012 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie recept lekarskich, które obowiązuje od 30 grudnia 2012 r. Rozporządzenie zmienia druki recept oraz zasady ich wypełniania. Dopuszczono zastosowanie druków recept z 20-cyfrowym numerem (wzór sprzed 1 stycznia 2012 r.) nie dłużej jednak niż do 31 grudnia 2012 r. oraz określono termin, w których wystawione do ww. daty recepty mogą być realizowane. Od dnia 30 grudnia 2012 r., obowiązuje nowy wzór recepty „Rpw", dla której numeracja będzie pobierana tak jak dla druków recept „białych" przy użyciu Systemu Numerowanych Recept Lekarskich. Co więcej, w odpowiedzi na postulaty środowisk lekarzy doprecyzowano zapisy dotyczące wystawiania recept z adnotacją „pro auctore" albo „pro familiae". Możliwość prowadzenia uproszczonej dokumentacji medycznej dotyczy sytuacji przepisania tych recept dla siebie i rodziny bez zarejestrowanej praktyki lekarskiej lub w sytuacji leczenia rodziny przez lekarza w ramach prowadzonej praktyki lekarskiej. Natomiast gdy lekarz wystawia receptę w ramach świadczenia zdrowotnego udzielanego przez podmiot wykonujący działalność leczniczą, udzielającym świadczenia jest podmiot. Ponadto w rozporządzeniu doprecyzowano, iż na receptach należy wpisywać adres miejsca przyjmowania wezwań oraz miejsca prowadzenia dokumentacji medycznej (wskazany przez lekarza w rejestrze praktyk lekarskich adres przechowywania dokumentacji medycznej). Wśród ważnych zapisów jest także możliwość wpisania na recepcie międzynarodowej nazwy leku, a w przypadku leków recepturowych – wskazanie nazwy własnej składu lub mieszaniny składników zgodnych z Farmakopeą.