



Minister Zdrowia

DLU.704.78.2023.EK
Warszawa, 02 czerwca 2023

Pan
Bartłomiej Chmielowiec
Rzecznik Praw Pacjenta

Szanowny Panie Ministrze

W nawiązaniu do wystąpienia znak: RzPP-DWS-WPS.420.16.2022 w sprawie trudności w uzyskiwaniu przez pacjentów wyników badań zleconych w ramach leczenia w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, z uwagi na częstą praktykę podmiotów leczniczych polegającą na uzależnianiu wydania ww. dokumentacji medycznej od odbycia wizyty kontrolnej, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych wyjaśnień.

W pierwszej kolejności należy wskazać, że korespondencja w powyższej sprawie była prowadzona pomiędzy Rzecznikiem Praw Pacjenta (dalej: RPP), a Narodowym Funduszem Zdrowia (dalej: NFZ) i Ministerstwem Zdrowia (dalej: MZ) w latach 2018 - 2019.

Rzecznik Praw Pacjenta w korespondencji z dnia 26 listopada 2018 r. znak: RzPP-DSD.420.33.2018.AGL oraz z dnia 21 listopada 2019 r., znak: RzPP-DPR-WPZ.420.111.2019.MA RPP poinformował NFZ o zgłoszeniach pacjentów w zakresie trudności w dostępie do wyników badań diagnostycznych, przed terminem porady u lekarza specjalisty. W tym samym piśmie RPP powołał się również na pismo od świadczeniodawcy, który zgłosił problem niezgłaszania się pacjentów na poradę specjalistyczną w celu omówienia wyników zleconych badań.

Podkreślić należy, że Ministerstwo Zdrowia oraz Centrala NFZ podtrzymuje stanowisko wyrażone w odpowiedziach na ww. korespondencję, tj. że obecne przepisy zarządzenia AOS nie ograniczają dostępu pacjentów do wyników badań, a świadczeniodawca ma możliwość udostępnienia tych wyników pacjentowi przed terminem porady kontrolnej oraz że przytoczona wyżej praktyka podmiotów leczniczych jest niezgodna z obowiązującymi przepisami prawa.

Realizacja świadczenia gwarantowanego „porada specjalistyczna”, obejmuje badanie lekarskie, zlecenie badań diagnostycznych oraz poradę z oceną ich wyników w celu ustalenia rozpoznania i postępowania leczniczego. W sytuacji kiedy pacjent nie zgłasza się na poradę, w ramach której przeanalizowane zostaną wyniki badań i ustalone rozpoznanie lub stopień zaawansowania choroby, nie osiągnięto celu diagnostycznego/leczniczego, a zatem nie zostało w pełni zrealizowane świadczenie gwarantowane - porada specjalistyczna.

Akceptowanie takiej sytuacji może doprowadzić do pogłębienia zjawiska niestawiania się pacjentów na kolejne wizyty, co w efekcie nie leży w interesie świadczeniobiorców (pacjent nie otrzymuje żadnej decyzji co do stanu zdrowia i zaleceń dotyczących dalszego postępowania), a jego problem zdrowotny (pomimo poniesionych kosztów badań) pozostaje nierozwiązany. Skutkować to może także tym, że część chorych zgłosi się z wynikami do lekarzy spoza systemu ubezpieczeniowego, gdzie nie jest konieczne skierowanie, natomiast lekarzy realizujących kontrakty z NFZ sprowadzić może do roli osób kierujących na badania zalecane przez lekarzy prywatnych.

Opisywana w piśmie sytuacja długiego oczekiwania na kolejną poradę gdzie zostaną wydane wyniki oraz omówiona terapia, uzależniona jest od organizacji pracy świadczeniodawcy.

NFZ, w celu zmotywowania świadczeniodawców do szybkiego postawienia diagnozy i ustalenia postępowania terapeutycznego, wprowadził współczynnik w wysokości 1,1, który premiuje wykonanie porady pierwszorazowej, przeprowadzenie diagnostyki wraz z postawieniem diagnozy i ustaleniem leczenia w ciągu czasu nie przekraczającego 6 tygodni.

Dodatkowo informuję, że 3 stycznia 2020 r., na polecenie Ministerstwa Zdrowia, do dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ zostało wystosowane pismo z prośbą o zamieszczenie w SZOI/Portalu Świadczeniodawcy komunikatu przypominającego świadczeniodawcom o zasadach realizacji świadczeń oraz nieuzależnianiu wydania wyników badań pacjentowi od odbycia porady kontrolnej w poradni specjalistycznej.

Niezależnie od powyższego, należy zauważyć, że wyniki badań laboratoryjnych oraz innych badań diagnostycznych [Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej z dnia 8 maja 2018 r. (Dz.U. z 2018 r. poz. 941, ze zm.)] stanowią elektroniczną dokumentację medyczną (dalej: EDM) w rozumieniu ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. Nr 113, poz. 657, ze zm.), zwanej dalej „SIOZ”. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2020 r. w sprawie szczegółowego zakresu danych zdarzenia medycznego przetwarzanego w systemie informacji oraz sposobu i terminów przekazywania tych danych do systemu informacji medycznej (Dz. U. z 2020 r. poz. 1253) usługodawca ma obowiązek przekazania zdarzenia medycznego do Systemu Informacji Medycznej (dalej: System e-Zdrowia P1, P1), a co za tym idzie informacji o EDM, w ciągu 2 dni od dnia zakończenia zdarzenia medycznego, a w przypadku gdy rozpoczęcie i zakończenie udzielania świadczenia zdrowotnego nie następuje w tym samym dniu, usługodawca przekazuje do P1 nie później niż w terminie 2 dni od dnia rozpoczęcia zdarzenia medycznego dane otwierające zdarzenie medyczne, a w trakcie jego trwania dane uzupełniające. Komplet danych, w tym zamknięcie zdarzenia medycznego powinno nastąpić w terminie nie dłuższym niż 2 dni od zakończenia zdarzenia medycznego. Powyższe oznacza, że EDM powinien być przekazywany do P1 w czasie nie dłuższym niż 2 dni od zakończenia zdarzenia medycznego a jeżeli powstał później powinien być przekazywany niezwłocznie. W terminach tych pacjent powinien mieć możliwość uzyskania dostępu do wyników badań. Podejście to w prawie niezmienionej postaci było opisane w ustawie SIOZ od początku jej istnienia.

Odnosząc się do postulatów dotyczących wsparcia technicznego dla podmiotów leczniczych w ramach opracowywanych rozwiązań z zakresu e-zdrowia:

1. Obecne założenie przyjęte przy wdrażaniu centralnej e-rejestracji na świadczenia (dalej: CER) jest nastawione na optymalizację kolejek oczekujących na świadczenia w ramach AOS. Pacjent będzie mógł uzyskać termin świadczenia pierwszorazowego zgodnie z zdefiniowanymi przez siebie kryteriami. Jednocześnie kontynuując leczenie to usługodawca będzie zobowiązany do ustalania pacjentowi

terminów kolejnych wizyt. Po zrealizowaniu celu jakim jest obsługa świadczeń pierwszorazowych Ministerstwo Zdrowia dokona analizy zasadności obsługi w CER także świadczeń w ramach konturowania leczenia pacjenta, zachowując jednocześnie zasadę, że to usługodawca znając stan zdrowia pacjenta ustala z nim właściwy czas po którym powinno odbyć się kolejne świadczenia.

2. Ministerstwo Zdrowia wdraża rozwiązania motywujące usługodawców do zamieszczania w P1 zdarzeń medycznych i EDM. Są to zarówno działania informacyjne jak i uzależniające pozyskanie przez usługodawców finansowania od umieszczenia danych w P1, tak aby były dostępne dla pacjentów i pracowników medycznych.
3. Należy wskazać, że ustawa z dnia 15 września 2022 r. o medycynie laboratoryjnej (Dz. U. poz. 2280) już teraz nakłada obowiązek uwzględnienia w wyniku badania zakresu biologicznych wartości referencyjnych i laboratoryjną interpretację wyniku badania laboratoryjnego, która to wskazuje na wartości odbiegające od normy. Ponieważ wyniki te stanowią EDM z zasady są informacją elektroniczną, łatwą do przetworzenia przez systemy teleinformatyczne usługodawców i wygenerowanie alertu dla pracowników medycznych. Ze względu na architekturę systemu informacji medycznej, w której to EDM jest udostępniany przez P1 na żądanie użytkownika, ale fizycznie jest przechowywany jedynie u usługodawcy, centralne przetwarzanie tych informacji jest obecnie niemożliwe. Jednak Ministerstwo Zdrowia wraz z Centrum e-Zdrowia planuje realizację projektów implementujących modele sztucznej inteligencji do predykcji zdrowia pacjenta. Jeżeli podczas budowy modeli okaże się, że dane z wyników badań diagnostycznych są istotne dla skuteczności ich działania będą podejmowane dalsze decyzje co do ewentualnej zmiany architektury systemu informacji medycznej.

Z wyrazami szacunku
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Waldemar Kraska
Sekretarz Stanu
/dokument podpisany elektronicznie/