



Zielona Góra, dn. 13.11.2024 r.

BFPZ/701/11/2024

*Sz. P.*

*Izabela Leszczyna*

*Minister Zdrowia*

W związku z przekazaniem do konsultacji społecznych **projektu ustawy o Krajowej Sieci Kardiologicznej** Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie” zgłasza uwagi.

Budowanie alternatywnej dla systemu ochrony zdrowia sieci kardiologicznej może być niebezpieczne dla pacjentów.

Przedstawione rozwiązania są sprzeczne z ideą odwracania piramidy świadczeń, ponieważ koncentrują opiekę kardiologiczną wokół szpitali, podczas gdy opieka powinna być coraz bliżej pacjenta i jego miejsca zamieszkania. zaproponowane kryteria włączenia do OK I zdyskwalifikują wiele ośrodków poza dużymi miastami i będą zmuszać pacjentów do wędrowania do większych szpitali.

Budowanie alternatywnego systemu gromadzenia danych o zdarzeniach medycznych wykonywanych w ramach KSK będzie powodowało albo dublowanie informacji albo wymuszało zapisywanie i poszukiwanie w różnych zakamarkach SIM danych i będzie przyczyną przeoczenia danych o pacjentach, a także w związku z powyższym będzie stanowiło zagrożenie dla życia i zdrowia pacjentów oraz będzie zabierało czas personelu medycznego na analizy danych w różnych miejscach.

Uwagi szczegółowe:

W art. 24 do składu Rady należy dodać przedstawiciela organizacji reprezentatywnej dla świadczeniodawców POZ - jeżeli podstawą systemu ochrony zdrowia ma być POZ to winien być na bieżąco poinformowany i powinien móc wpływać na efekty działania Rady.

Ustawa (art. 35) ogranicza prawo pacjenta do dostępu do diagnostyki i leczenia kardiologicznego poprzez ograniczenie tylko do wybranych lekarzy udzielających świadczeń w POZ możliwość wystawiania karty e-KOK. Brak jednoznacznego określenia czy karta e-



KOK będzie jedynym dokumentem upoważniającym do diagnostyki i leczenia kardiologicznego. Brak zapisów co do postępowania w przypadku awarii systemów informatycznych.

Projekt ustawy buduje rozwiązania (art. 36) papierowe do rozwiązań cyfrowych. Udostępnianie pacjentowi wydruku danych zamiast zapewnienia dostępu do nich w IKP jest błędnym podejściem. Papier nie powinien być standardem, tylko uzupełnieniem dla wybranych awaryjnych sytuacji.

Art. 36 dodatkowo wymusza dublowanie informacji o wynikach badań oraz "doklejanie" do e-KOK dokumentacji medycznej. Dużo prostszym rozwiązaniem byłoby włączenie tej dokumentacji do EDM i zamieszczanie w IKP.

Art. 36 ust. 2 mówi o pozostawieniu karty e-KOK w określonym miejscu - czy to oznacza, że inni nie będą mieli dostępu? Czy to pomyłka i autor myślał o papierowym druku, mimo że karta jest elektroniczna?

Art. 36 ust. 3 nie przewiduje, że lekarz POZ pacjenta może nie być wybrany - zgodnie z prawem pacjent nie musi mieć wybranego lekarza POZ, pacjent może wybrać świadczeniobiorcę, albo też jego lekarz może już nie pracować, być niedostępny itp. Dlatego karta e-KOK, jeśli już musi istnieć, to powinna być elektroniczna i dostępna elektronicznie dla personelu POZ jak każda inna dana medyczna i każdy dokument w IKP pacjenta.

Art. 36 ust. 6 - czy ten artykuł ma wpływ na podmioty inne niż poradnie kardiologiczne? Brak jest doprecyzowania w jakim zakresie ta diagnostyka i leczenie kardiologiczne mają być prowadzone, aby władztwo ustawy miało na nie wpływ. Czy wpływa na prywatne gabinety albo prywatnie wykonywane w laboratorium badanie np. NT-proBNP?

Jeżeli karta e-KOK ma zastąpić skierowanie do poradni/oddziału kardiologicznego to należałoby zapisać, że e-skierowania nie wystawia się do tych poradni i oddziałów. Jeśli karta e-KOK ma być równoległa do e-skierowania to nadmiernie rozbudowujemy biurokrację. Jeśli karta e-KOK ma być skierowaniem do OK I i OK II a do poradni kardiologicznych i oddziałów kardiologicznych pozostałych poza systemem KSK potrzebne jest e-skierowanie to wprowadzamy zamieszanie systemowe, kiedy kierując lekarz nie będzie wiedział, gdzie ostatecznie pacjent trafi. To wygeneruje masę niepotrzebnych wizyt w poradniach POZ oraz zbędnie obciążą pacjentów z chorobami kardiologicznymi.

Projekt ustawy nie zawiera projektów aktów wykonawczych co uniemożliwia właściwą ocenę całości nowoprojektowanego systemu.

Tak duża zmiana w zakresie schorzeń, które występują u olbrzymiej liczby pacjentów jakimi



## **POROZUMIENIE ZIELONOGÓRSKIE**

Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia  
65-048 Zielona Góra al. Niepodległości 16 p.10 tel./fax 0/68 325 72 97; 609 726 946; biuro.pz@op.pl

zajmuje się podstawowa opieka zdrowotna winna powstawać w porozumieniu z organizacją reprezentującą świadczeniodawców POZ i być konsultowana na wielu etapach. Ten sposób procedowania, że najpierw tworzy się rozwiązania bez konsultacji a potem wymagać się będzie realizacji jest z góry skazany na porażkę, gdyż bez wykorzystania doświadczenia praktyków nie da się stworzyć rozwiązań działających później dobrze w praktyce.

Projekt pokazuje, że twórcy nie czują tego jak wygląda realna praca z pacjentem z chorobami kardiologicznymi. Samo skupianie się na opiece szpitalnej i specjalistycznej nie rozwiąże realnych problemów pacjentów. Gdyby po stronie MZ pojawiła się chęć tworzenia rozwiązań w dialogu zamiast narzucania rozwiązań to Porozumienie Zielonogórskie Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia pozostaje do dyspozycji.

Z poważaniem

Tomasz Zieliński

Wiceprezes Federacji PZ

/dokument podpisany elektronicznie/