

Posiedzenie Zespołu ds. ochrony zdrowia i polityki społecznej WRDS WD,

7 czerwca 2016 r.

Sala nr 1221

Dolnośląski Urząd Wojewódzki we Wrocławiu

I. Porządek obrad:

1. Powitanie – **Paweł Hreniak**, Wojewoda Dolnośląski, Przewodniczący Zespołu.
2. Zatwierdzenie protokołu z poprzedniego posiedzenia z dnia 10 marca 2016 r.- **Paweł Hreniak**, członkowie Zespołu.
3. Zmiana wiceprzewodniczącego Zespołu ze strony pracodawców: **Małgorzata Nakraszewicz** za Marka Dymkowskiego (Konfederacja Lewiatan).
4. Dane statystyki medycznej będące w posiadaniu Dolnośląskiego Oddziału NFZ i Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego we Wrocławiu – **Genowefa Ulman**, z-ca Dyrektora DOW NFZ ds. Medycznych, **Agnieszka Błażejewicz**, Kierownik Oddziału Zdrowia Publicznego i Statystyki Medycznej Wydziału Polityki Społecznej DUW.
5. Bieżąca informacja na temat ratownictwa medycznego – **Anna Szulc**, z-ca Kierownika Oddziału Powiadamiania Ratunkowego i Ratownictwa Medycznego Wydziału Zarządzania Kryzysowego DUW.
6. Bezpieczeństwo Pacjentów w Zakładach Opieki Zdrowotnej widziane przez pryzmat jakości usługi - w tym zdarzenia niepożądane – **Ryszard Jadach**, Konfederacja Lewiatan.
7. Wolnie wnioski.
8. Zakończenie posiedzenia.

II. Lista obecności:

1. Paweł Hreniak, Wojewoda Dolnośląski, Przewodniczący Zespołu
2. Małgorzata Nakraszewicz, Konfederacja Lewiatan
3. Jarosław Maroszek, UMWD
4. Zuzanna Jakimowicz, NSZZ Solidarność
5. Stanisław Woźniak, NSZZ Solidarność
6. Piotr Kasprów OPZZ
7. Barbara Popielarz, OPZZ
8. Grażyna Musiałkiewicz, FZZ
9. Lilianna Pietrowska, FZZ
10. Bogusław Wytrykus, FZZ
11. Jan Ogiński, Pracodawcy RP
12. Krystyna Barcik, Pracodawcy RP
13. Elżbieta Olbrycht, BCC
14. Maciej Mazur, Konfederacja Lewiatan
15. Leszek Grodziński, Konfederacja Lewiatan
16. Ryszard Jadach, ekspert, Konfederacja Lewiatan

17. Elżbieta Pater, Przedstawicielka Wojewody
18. Marek Moszczyński, BCC
19. Marcin Krzyżanowski, Doradca Wojewody, gość
20. Jolanta Snopko, Dyrektor Wydziału Polityki Społecznej DUW, gość
21. Genowefa Uhlman, z-ca Dyrektora ds. Medycznych DOW NFZ, gość
22. Jerzy Uraz, Dyrektor ds. Lecznictwa SPSK nr 1 we Wrocławiu, gość
23. Piotr Pobrotyn, Dyrektor USK we Wrocławiu
24. Anna Szulc, DUW, gość
25. Dariusz Kłos, Dyrektor Pogotowia Ratunkowego w Jeleniej Górze, gość
26. Marcin Spurtak, DUW.

III. Treść wystąpień:

1. Posiedzenie rozpoczął **Paweł Hreniak**, Wojewoda Dolnośląski, Przewodniczący Zespołu. Zebrani zaakceptowali porządek obrad spotkania. Zatwierdzono protokół z poprzedniego posiedzenia z dnia 10 marca 2016 r.
2. Przewodniczący powiedział, że wpłynęła prośba z Konfederacji Lewiatan o zmianę członka Zespołu ze strony pracodawców. Za Marka Dymkowskiego – Małgorzata Nakraszewicz, którą jednocześnie przewodniczący zaproponował na wiceprzewodniczącą Zespołu. Małgorzata Nakraszewicz jest wiceprzewodniczącą organizacji pracodawców Pracodawcy Zdrowia, wiceprezes Dolnośląskiej Izby Lekarskiej, z zawodu - lekarz stomatolog, członek Wojewódzkiej Komisji Orzekania o Wypadkach Medycznych, w zawodzie – 30 lat. Członkowie Zespołu zaakceptowali kandydaturę Małgorzaty Nakraszewicz na wiceprzewodniczącą. Przewodniczący uprzedził także, że musi wcześniej wyjść i prowadzenia spotkania podczas Jego nieobecności powierzył wiceprzewodniczącą.
3. **Genowefa Uhlman** przedstawiła punkt 4. Powiedziała, że NFZ od początku istnienia zbiera, gromadzi wiele danych dotyczących pacjentów i udzielonych im świadczeń medycznych. Dane te są sprawozdawane sukcesywnie co miesiąc we wszystkich rodzajach umów ze szczególną atencją w lecznictwie szpitalnych i ambulatoryjnej opiece zdrowotnej. Sprawozdawczość ta jest ściśle określona i obejmuje co do przedmiotu sprawozdawanych, gromadzonych o świadczeniach udzielonych pacjentom, szczegółowo określone są rozporządzeniem Ministra Zdrowia i zarządzeniem Prezesa NFZ. Te dane są i w każdej chwili mogą być udostępnione w formie prostej lub przetworzonej. **Jolanta Snopko** powiedziała, że te dane, którymi obecnie dysponuje Wydział Polityki Społecznej DUW (od 1 lipca br. będzie się nazywał Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej), dotyczą rejestru podmiotów leczniczych i statystyki publicznej. Główne akty prawne, które to regulują to ustawa o statystyce publicznej z 29 czerwca 1995 roku, ustawa o informatyzacji działalności podmiotów leczniczych realizujących zadania publiczne, ustawa o systemie informacji w ochronie zdrowia i Rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2015. Co roku jest nowe rozporządzenie w tej sprawie. Do tego jest załącznik określający podmioty, formę przekazywania tych danych, częstotliwość, a także terminy i miejsce oraz do jakich instytucji te dane mają być przekazane. Większość z osób zainteresowanych ma na co dzień ma do czynienia z tzw. drukami MZ, czyli sprawozdania roczne z realizacji zadań profilaktycznych. Zadania Wojewody dotyczą głównie opieki nad matką dzieckiem (dzieci i młodzież w wieku szkolnym). Druki główne MZ 06 to jest sprawozdanie z realizacji profilaktycznej opieki

zdrowotnej nad uczniami w szkołach – one zawierają dane ogólne: rodzaj szkoły, miejsce realizacji świadczeń, sposób zapewnienia opieki, jej zakres. Druk MZ 11, czyli sprawozdanie z działalności i pracujących w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej, głównie chodzi o opiekę profilaktyczną nad matką dzieckiem, o badania cytodiagnostyczne. Jeśli chodzi o opiekę nad dziećmi i młodzieżą, to sprawozdanie to zawiera takie dane jak porady patronażowe i badania bilansowe, w tym badania przesiewowe niemowląt, wizyty profilaktyczne położnych i pielęgniarek u niemowląt do 6 miesiąca życia oraz porady patronażowe i badania bilansowe wykonane przez pielęgniarki do 1 roku życia. Poza tym porady profilaktyczne w szkołach. Ten druk zawiera też sprawozdawczość POZ – przyporządkowana do lekarza POZ liczbę dzieci i młodzieży w wieku od 0 do 18 lat, liczbę schorzeń rozpoznanych u dzieci i młodzieży objętych czynną opieką, liczbę osób w wieku od 19 lat objętych opieką czynną i liczba schorzeń rozpoznanych u osób w wieku pow. 19 lat objętych opieką czynną. Ten druk zawiera też informacje dotyczące stacji dializ działających w ramach poradni specjalistycznej, działalności różnych form opieki pozaszpitalnej, sprzętu medycznego wykorzystywanego w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej. Druk MZ14 to roczne sprawozdanie o leczonych w poradni skórno-wenerologicznej, czyli leczeni po raz pierwszy i pozostający pod obserwacją z powodu chorób przenoszonych drogą płciową, badania serologiczne i mikrobiologiczne. Druk MZ11-sprawozdanie z działalności jednostki leczenia ambulatoryjnego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, osób uzależnionych od alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych z podziałem na poszczególne grupy chorych. Druk MZ19 – sprawozdanie z działalności zespołu leczenia środowiskowego, domowego. Druk MZ24 – roczne sprawozdanie o przerwaniach ciąży wykonanych w placówkach ambulatoryjnych opieki zdrowotnej – zawierają tylko liczbę przerwania. Druk MZ29 – sprawozdanie z działalności szpitala ogólnego. Tu są dane: personel pracujący łącznie z rezydentami bez stażystów, łóżka specjalistyczne, sale operacyjne, stanowiska dializacyjne, liczba wykonanych dializ, działalność oddziału, ruch chorych, leczeni bez ruchu międzyoddziałowego, zmarli, ale bez noworodków. W tym druku jest sprawozdawana zakłady i pracownie diagnostyczne, czyli pracownie badań czynnościowych, zakłady radiologii, diagnostyki izotopowej, zakłady patomorfologii i sprzęt medyczny szpitala, są tam też dodatkowe informacje o dział. oddziału ginekologiczno-położniczego. Drukiem dodatkowym jest druk MZ29A, który dotyczy sprawozdania dział. podmiotu wykonującego dział. leczniczą w zakresie długoterminowej op. zdrow. Druk MZ30 – długoterminowa opieka stacjonarna psychiatryczna z podziałem na poszczególne zakresy i pracownie. Druk MZ88-sprawozdanie o podmiotach wykonujących dział. leczniczą – personel medyczny z wyższym wykształceniem, średnim z podziałem na pielęgniarki, położne i inne zawody medyczne. Specjaliści pracujący w podmiotach leczniczych z podziałem na poszczególne grupy zawodowe – lekarze, lekarze dentyści i pielęgniarki z wyższym wykształceniem med., położne z wyższym, farmaceuci, diagnosty laboratoryjni i inni specjaliści med. To są sprawozdania roczne. Niezależnie od tego są sprawozdania kwartalne – informacje o sytuacji finansowej zakładów POZ, gdzie są dane jednostki, przychody, koszty, wyniki, aktywa i pasywa, a także formularz – sprawozdanie na koniec kwartału. Dodatkowo są sprawozdania miesięczne, czyli karty statystyki szpitalnej ogólnej MZSZP 11. Niezależnie od tego są duże zmiany w tym zakresie – w oddziale zdrowia i statystyki medycznej jest prowadzony rejestr podmiotów prowadzących działalność leczniczą. Podstawę prawną określa ustawa o działalności leczniczej, natomiast uszczegółowienie tych danych, które tam są gromadzone, jest w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących dział. leczniczą oraz szczegółowego tryby

postępowania w sprawach dokonywania wpisu zmian w rejestrze oraz wykreśleń z tego rejestru. Jak dodała dyr. **Snopko**, prowadzący dział. leczniczą są szczególnie zobligowani przepisami do przekazywania wszelkich informacji o zmianach. I być może pojawiają się zmiany, o czym pracodawcy będą informowani, o karach za zaniebdywanie podstawowych obowiązków, jakie ciążyą na pracodawcach w obszarze ochrony zdrowia. Dzieje się tak, dlatego że Wojewoda jako organ prowadzący rejestr, jest zobowiązany do podjęcia - zgodnie z terminami ustawowymi – działań dotyczących wykreślenia z rejestru podmiotów, które zaniebdują obowiązek zgłoszenia zmian w tym rejestrze. Od początku roku podmioty leczn. są ubezpieczone, a zmiany nie zostały wprowadzone do rejestru. Należy też zgłaszać zaprzestanie dział. nawet na parę dni, jak i wykreślać z rejestru te jednostki czy komórki, które już nie działają. W takiej sytuacji Wojewoda może nałożyć karę do 10-krotności minimalnego wynagrodzenia za pracę. (18500 PLN – maks. kara). Aktualizacja tych danych jest ważna w związku z mapami potrzeb zdrowotnych. Na podst. tych danych są opracowywane priorytety polityki zdrowotnej. Od 30 czerwca br. wejdą przepisy, które upoważniają wojew. Do wydawania tzw. decyzji celowościowych. Na wniosek podmiotu leczniczego wojewoda będzie wydawał w formie decyzji administracyjnej – opinię o celowości tworzenia na obszarze województwa nowego podmiotu wykonującego dział. leczniczą bądź też nowych komórek lub jednostek organizacyjnych, przy pomocy których ma być wykonywana dział. lecznicza w zakresie ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych lub o celowości realizacji przez ten podmiot inwestycji o wartości przekraczającej 2 mln PLN w okresie 2 lat. Jeśli chodzi o lecnicstwo szpitalne, to celowość realizacji inwestycji będzie o wartości 3 mln PLN w okresie 2 lat. Inne podmioty, które nie będą spełniały wymogów, nie będą mogły na rynku zaistnieć (komórki czy też jednostki organizacyjne). Ten wniosek jest bardzo obszerny i będzie rozpatrywany bardzo szczegółowo.

4. Wojewoda **Paweł Hreniak** otworzył dyskusję na powyższy temat. **Ryszard Jadach** spytał, jak obecnie wygląda wymiana dotycząca danych między trzema instytucjami: DUW, NFZ i UMWD, jeśli chodzi o dane statystyczne dot. wykonania usług, aby powstał jednolity materiał na temat całego województwa. Czy jest to tylko biuletyn wydawany przez DUW na podstawie danych dostarczanych przez pracodawców, czy jest on uzupełniany przez dane z NFZ lub inne. **Genowefa Uhlman** powiedziała, że NFZ nie przekazuje dalej danych, tylko każdorazowo na prośbę zainteresowanych. **Jolanta Snopko** powiedziała, że DUW działa na podstawie ustaw o statystyce medycznej, które nakładają obowiązki na administrację rządową, dane są udostępniane każdorazowo na wniosek. Obecnie każdy może te dane opracowywać na miejscu. Jeśli chodzi o koordynację, to następuje częściowo przy opracowywaniu MPZ (mapa potrzeb zdrowotnych) i priorytetów polityki zdrowotnej. Jak dodała, jest od lutego br. na tym stanowisku i stanęła przed koniecznością opracowania danych na potrzeby MPZ kardiologii. Z przykrością stwierdziła, że jeśli chodzi o UMWD i NFZ żadne priorytety polityki zdrowotnej nie były opracowane. Natomiast Wojewoda opracował te priorytety, jeśli chodzi o kardiologię i onkologię, a także psychiatrię – tu otrzymali dane z UMWD, który wprowadza program opieki psychiatrycznej. Obecnie powstały wytyczne dotyczące opracowywania polityki zdrowotnej z MZ i odnośnie tych map, które już istnieją na stronie MZ i priorytety polityki zdrowotnej będą powstawać na podstawie tych danych statystycznych dostarczanych przez różne instytucje. Do 30 czerwca br. te priorytety powinny być opracowane i przekazane do MZ. **Jarosław Maroszek** uzupełnił, że urząd marszałkowski nie zbiera danych statystycznych, zbiera jedynie dane dla potrzeb własnych i monitorowania sytuacji finansowej, czasami też dane o wykorzystaniu łóżek. To nie są dane w rozumieniu statystycznym. **Lilianna Pietrowska** odniosła się do MPZ,

chciała dodać w nawiązaniu do ostatniego spotkania i omawianej sprawy szpitala powiatowego w Złotoryi, że spełniły się przewidywania organizacji związkowych i pod znakiem zapytania jest istnienie oddziału laryngologii, może połowa szpitala zniknie. **Paweł Hreniak** powiedział, że co do tej sprawy było sporo wątpliwości, ale była to decyzja suwerenna Starostwa Powiatowego i była to dziwna, jego zdaniem decyzja. **Jolanta Snopko** dodała, że taką sytuację mieszkańcom zgotował powiat. Umowa jest podpisana na wiele lat z zastrzeżeniem, że przez 3 lata działalność będzie prowadzona na tym samym poziomie.

5. **Anna Szulc** przedstawiła sytuację na temat bieżącej sytuacji ratownictwa medycznego. Powiedziała, że w województwie dolnośląskim istnieje plan działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne. Na podst. tego planu zostały zawarte umowy z dysponentami na świadczenie usług ratownictwa medycznego. W tym planie jest wskazane, ile obecnie na terenie województwa jest rejonów działania. Jest ich 12. Zabezpieczone są one przez zespoły ratownictwa medycznego. Obecnie jest 109 dobokaretek, 38 zespołów to są zespoły specjalistyczne, czyli te, które mają w składzie lekarza. Natomiast 61 dobokaretek to są zespoły podstawowe, w których składzie są ratownicy medyczni. Obecnie trwają prace nad zmianami do planu. Etap uzgodnień aktualizacji do planu, które mają zmniejszyć liczbę zespołów specjalistycznych, a zwiększyć podstawowych. Ich liczba zostanie zwiększona o 6 zespołów. Uzgodnienia – zgodnie z ustawą o państwowym ratownictwie medycznym – nastąpiły z komendantami powiatowymi SP, zostały wysłane do samorządów. Jeśli te opinie spłyną do DUW, wysłane zostaną do MZ i jeśli zostaną zaakceptowane, to będą wprowadzane. Zmiany te pozwolą na zapewnienie łatwiejszego dostępu mieszkańcom Dolnego Śląska do usługi ratownictwa medycznego, zwiększenie ich liczby skróci czas dojazdu. Jeśli chodzi o umowy, to SA one podpisane do końca czerwca 2016 r. i zostaną przedłużone do końca czerwca 2017 r. W następnym etapie zostanie ogłoszony konkurs na świadczenie usług w rodzaju ratownictwo medyczne, gdyż zmienią się rejony operacyjne i NFZ będzie musiał ogłosić konkurs. **Paweł Hreniak** poprosił o informację o liczbie zespołów obecnie funkcjonujących. **Anna Szulca** wyjaśniła, że obecnie na Dolnym Śląsku jest 12 rejonów, które są obsługiwane przez 12 dyspozytorni medycznych. We Wrocławiu znajduje się Centrum Powiadomienia Ratunkowego przy ul. Borowskiej, czyli nr 112. Planuje się, by były dwa rejony operacyjne i dwie dyspozytornie. Umowy z większością dysponentów będą zawarte do czerwca 2017 roku. Z początkiem roku 2017 NFZ dostanie z DUW nowy plan, jeśli zaakceptuje go MZ. Na podstawie tego planu zostanie ogłoszony konkurs na świadczenie usług w rodzaju ratownictwo medyczne na 2 rejony operacyjne. Od lipca 2017 r. będzie nowa sytuacja w woj. doln. **Paweł Hreniak** otwierając dyskusję powiedział, że pojawiły się informacje o zmianie rejonów z 2 na 4. Tego jednak nie będzie. Plan jest tożsamy ze stanowiskiem wszystkich pracujących w pogotowiach ratunkowych. **Anna Szulc** uzupełniła, że powstaną dwie dyspozytornie na terenie województwa, natomiast wygaszanie dyspozytorni istniejących będzie następowało stopniowo ze względu na bezpieczeństwo mieszkańców. Np. w Jeleniej Górze będzie zapasowa dyspozytornia dla Legnicy. **Dariusz Kłos** spytał, co z systemem wspomagania dowodzenia zespołem ratownictwa medycznego, ponieważ 2 dyspozytornie skoncentrowane – zakładano, że systemem SWDZPM. Bez tego systemu ciężko będzie tym 2 dyspozytorniom dysponować zespołami z połowy województwa. **Anna Szulc** wyjaśniła, że obecnie zakończono prace nad projektem SWDZPM. DUW zakłada, że od lipca br. DUW wdroży zmiany w SWDZPM. **Bogusław Wytrykus** zasygnalizował problem dot. karetek. Przedstawił dane dotyczące oczekiwań karetek w SOR-ach. Jak zaznaczył, dane są ze stycznia, ale do dziś niewiele się zmieniło w tej sprawie. Karetki czekają na SOR-ach czasami ponad dwie

godziny. **Jolanta Snopko** powiedziała, że DUW ma te dane. Z DUW wyszły pisma do dyrektorów szpitali, żeby ruch międzyszpitalny (nieustalone przekazywania pacjentów nie następowały). Ten pacjent jest często w tak ciężkim stanie jak pacjent systemowy. Podejmowane były różne działania w tym zakresie. DUW może dyrygować ruchem karetek systemowych, ale nie jest w stanie przewidzieć, ile karetek będzie przewozić nieustalonych wcześniej do przyjęcia pacjentów. Pacjenci mogą zatem czekać na przyjęcie. Bałaganu w szpitalach nie robią karetki systemowe. Do dyrektorów poszło pismo z sugestią, by wcześniej ustalali przyjęcie pacjentów ze szpitalem docelowym, by pacjenci – szczególnie w stanie ciężkim – nie czekali w karetkach. Są ustalone osoby w każdym szpitalu, które zawiadują tym przyjmowanie. Dopiero po ustaleniu tego kierować pacjenta poza ruchem systemowym. Szpitale na bieżące zgłaszają braki miejsc w poszczególnych szpitalach. Dyspozytorzy wiedzą, gdzie ich nie ma i tam nie kierują pacjentów. **Anna Szulc** uzupełniła, że dane ze stycznia, którymi dysponuje p. Wytrykus pokazują, że wtedy rzeczywiście przetrzymywanie karetek było problemem, natomiast po spotkaniach z p. Wojewodą czasy oczekiwania się skróciły, na pewno jest dużo lepsza współpraca ze szpitalami. Pogotowie Ratunkowe we Wrocławiu codziennie raportuje ruch karetek i czasy oczekiwania. Podziękowała pracy pogotowia. **Paweł Hreniak** dodał, że dyrektor pogotowia Mazurec rzeczywiście ostatnio był bardzo obciążony pracą w związku z atakiem terrorystycznym. **Bogusław Wytrykus** dodał, że jest pewna poprawa, a to, co mówił dotyczy tylko karetek systemowych. **Paweł Hreniak** wyjaśnił, że po wprowadzeniu systemu, będzie można realnie kontrolować to, co się dzieje. To będzie narzędzie, które będzie pomocne. **Jolanta Snopko** powiedziała, że zatory powodują karetki transportowe, które blokują ruch karetek systemowych. **Paweł Hreniak** powiedział, że zmiany odczujemy pewnie dopiero na jesieni po modyfikacji systemu. **Grażyna Musiałkiewicz** powiedziała, że przekazała Annie Szulc postulaty ratowników medycznych dotyczących zawodu. Część z tych problemów dot. Dolnego Śląska, apelowała, żeby o tych sprawach rozmawiać. **Paweł Hreniak** powiedział, że w tej kwestii ma duże zaufanie do wiceministra, który jest ratownikiem medycznym, lekarz pogotowia (p. Tombarkiewicz) i wyraził nadzieję, że te rozwiązania systemowe, które MZ zaproponuje, będą dobre, bo on ma ogromną wiedzę praktyczną w tej dziedzinie.

6. **Ryszard Jadach** przedstawił kwestię bezpieczeństwa pacjentów w ZOZ-ach. Powiedział, że problem ten w ciągu ostatnich kilku lat nabrał znaczenia, jeśli chodzi o zdarzenia niepożądane. Bardzo często patrzy się na szpitale przez pryzmat finansów, infrastruktury, a zapomina się o tym, że najistotniejszy jest pacjent, który chce wiedzieć i swój proces diagnostyczny, jakość usługi, bezpieczeństwo. Ten problem istnieje na świecie od wielu lat, od kiedy rozpoczęto badać jakość usług medycznych, co jest związane też ze zdarzeniami niepożądanymi. **(Prezentacja – zdarzenia medyczne)**. W trakcie dyskusji **Leszek Grodziński** zauważył, żeby zwrócić uwagę, że to bezpieczeństwo pacjentów to jest też pomoc Zintegrowane Systemu Zarządzania Jakością w placówkach, tzw. ISO. Pracodawcy postulowali o to, by jednym głosem starali się upomnieć o to, by w kryterium ocen to ISO było zawarte i żeby tego nie kwestionować. Po tym wykładzie chyba to jest oczywiste. Nie można zapominać też o jakości w przypadku leczenia otwartego. Apelowal, aby to kryterium pozostawić przy ocenie. **Malgorzata Nakraszewicz** powiedziała, że obecnie w projekcie ustawy ISO jako ważne kryterium wróciło, ale nadal jest to tylko projekt. Komentując prezentację, dodała, że jest tu wspólny worek dotyczący wszystkich zdarzeń niepożądanych, natomiast jeśli chodzi o stricte błąd medyczny – to musi być wykazany ciąg przyczynowo-skutkowy, pomiędzy czynnościami medycznymi a skutkiem zdrowotnym i wbrew ogólnemu pojęciu i straszeniu, że występuje tyle błędów w leczeniu szpitalnym, z punktu widzenia Komisji Orzekania o Wypadkach Medycznych

tych zdarzeń jest bardzo mało, tj. 15 procent wszystkich wniosków, które wpływają. W większości na wstępie widać, że te wnioski nie mają uzasadnienia, bardzo często są to żale na system i w trakcie posiedzenia Komisji wychodzi, że to pacjent się nie dostosowuje do zaleceń zabiegowych. Inna sprawa, że często ten pacjent nie dostaje jasnych zaleceń, jak ma się zachowywać, ale w języku przystępnym. Wszystkim powinno zależeć, żeby po niepożądanym zdarzeniu medycznym szpital wdrożył program naprawczy. Sensem analizy jest to, żeby szpitale poinformowały nawet, że zdają sobie sprawę z zagrożeń. **Ryszard Jadach** odniósł się do kryterium oceny, przekazując bieżące informacje w tej sprawie, jeśli chodzi o warunki kontraktowania – za ISO – 5 pkt. To zostało oprotestowane w skali kraju. Efektem tego jest, że do końca lipca będą opracowane te kryteria bardziej precyzyjnie. **Jolanta Snopko** wyjaśniła, że operujemy pojęciem - zdarzenie medyczne, które można – zgodnie z ustawą o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta – zdefiniować jako wywołanie zakażenia, spowodowanie uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia albo śmierci pacjenta w następstwie udzielenia świadczenia zdrowotnego w szpitalu przez niezgodne z aktualną wiedzą medyczną diagnozą, leczenie albo zastosowanie produktu leczniczego lub wyrobu medycznego. To postępowanie Komisji jest dwuetapowe. Najpierw Komisja musi ustalić, czy rzeczywiście doszło do zdarzenia medycznego, a następnie przejść do postępowania w przedmiocie zadośćuczynienia za wyrządzone szkody. Jak dodała z analiz za okres od początku 2016 roku do końca maja wpłynęło 331 wniosków o ustalenie zdarzenia medycznego i odszkodowanie, 70 wniosków zwrócono wnioskodawcy z różnych względów. Obecnie toczy się 31 postępowań, w tym dodatkowo 14 jest zawieszonych z powodu czekania na opinię biegłych. Ogółem zakończonych postępowań jest 216, z czego tylko w 35 doszło do ustalenia zdarzenia medycznego, czyli jest to ok. 15 proc. W 162 przypadkach orzeczono o braku zdarzenia medycznego i 19 postępowań umorzono. Nie jest to oczywiście obraz jakości świadczeń udzielanych w szpitalach, natomiast jest obrazem rzeczywistości. Najwięcej wniosków dotyczyło ortopedii i ginekologii. Potem SOR-y, medycyna ratunkowa. Jak dodała, jeśli chodzi o ISO, w sytuacji, kiedy dochodzi do kontroli podmiotów medycznych, to uważa, że zostawienie ISO jako kryterium – jak najbardziej tak, tylko potem jest problem z jego wdrażaniem. Jej zdaniem, w około 80 proc. te zasady określone w ISO nie są wdrażane, począwszy od dokumentacji medycznej poprzez świadczenia udzielane pacjentowi, czasu etc. Te zasady jakości nie są wprowadzane w życie. Ponadto po kontroli procedury naprawcze nie są realizowane. To, czy ten certyfikat jest to jest jedno, a czy on jest wdrażany to osobna sprawa, bo na papierze wszystko ładnie wygląda. **Małgorzata Nakraszewicz** komentując wypowiedź dyr. Snopko, powiedziała, żeby nie generalizować, bo całą tę wypowiedź można podsumować: zależy, po co ten ktoś starał się o ISO, bo tak to jest, że kryteria oceny ofert kierują rynkiem różnych certyfikatów, jakie niektóre podmioty kupują. Natomiast jeśli jest to placówka, które rzeczywiście zależy na jakości i sama widzi, jak ISO reguluje pewne obszary, to jest zupełnie inaczej. **Leszek Grodziński** powiedział, że życie weryfikuje to zarządzanie jakością. ISO nie jest po to, by mieć dokument, tylko żeby realnie zabezpieczyć pracodawcy przed konsekwencjami finansowymi. Pacjenci zwracają na to uwagę. **Dariusz Kłos** powiedział, że system zarządzania jakością ma ułatwić zarządzanie jednostką, to nie jest element, który może zabezpieczyć przed błędami. Jeśli są niezgodności, to NFZ powinien powiadomić jednostkę akredytującą. ISO ma poprawić zarządzanie i spowodować, aby w takich samych sytuacjach postępować tak samo. Dodał, że nie wyobraża sobie jak można kupić ISDO, bo u niego w jednostce (pogotowie Ratunkowe Jelenia Góra) pracownicy przez pół roku przygotowywali system we współpracy z jednostką wdrażającą.

7. **Małgorzata Nakraszewicz** spytała, czy są wolne wnioski. **Leszek Grodziński** złożył formalny wniosek – temat: *rola przedsiębiorstw i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej w przyszłym systemie ochrony zdrowia*. **Małgorzata Nakraszewicz** powiedziała, że wszystko zależy od tego, jakie plany przedstawi MZ. Dodała, że jeśli następne spotkanie odbędzie się najwcześniej we wrześniu, to taki punkt może się pojawić.
8. **Małgorzata Nakraszewicz** zakończyła posiedzenie.

Protokół sporządziła:
Aldona Andrulewicz
sekretarz WRDS WD

.....
data i podpis

Zatwierdził:
Paweł Hreniak
Przewodniczący Zespołu

.....
data i podpis