Image not found or type unknown

Apel i stanowiska podjęte przez NRL w dniu 12 marca 2021 r.

Naczelna Rada Lekarska na posiedzeniu 12 marca 2021 r. przyjęła:

- APEL do Ministra Zdrowia o zorganizowanie debaty poświęconej problemom środowiska lekarzy dentystów
- STANOWISKO w sprawie bezwartościowych lub szkodliwych metod leczenia w chorobach onkologicznych
- STANOWISKO w sprawie zapowiedzianej w Strategii na rzecz Osób z Niepełnosprawnościami 2021–2030 reformy systemu orzekania o niepełnosprawności
- STANOWISKO w sprawie regulacji wynagrodzeń w ochronie zdrowia

APEL Nr 1/21/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 12 marca 2021 r.
do Ministra Zdrowia
o zorganizowanie debaty poświęconej problemom środowiska lekarzy dentystów

Naczelna Rada Lekarska apeluje o pilne zorganizowanie pod auspicjami Ministra Zdrowia debaty, która w sposób kompleksowy omawiałaby najistotniejsze problemy związane z wykonywaniem lekarza dentysty w Polsce, a dotyczące dostępu lekarzy dentystów do kształcenia podyplomowego oraz zdrowia ogólnegospołeczeństwa w zakresie, w jakim wpływa na nie stan zdrowia jamy ustnej (z wnioskiem o zorganizowanie debaty poświęconej problemom środowiska lekarzy dentystów samorząd lekarski zwracał się już dwa lata temu do Ministra Zdrowia pismem z 15 lutego 2019 r. znak: NRL/ZRP/MK/126-1/305/2019).

Trudną sytuację w jakiej znajdują się od lat lekarze dentyści, a która obecnie dramatycznie pogłębia się, obrazuje:

- liczba przyznawanych miejsc rezydenckich dla specjalizacji lekarsko-dentystycznych,
- udział wydatków na świadczenia stomatologiczne w planie ogólnych wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia.

W ostatnim czasie ww. wskaźniki spadły do swych minimalnych historycznie poziomów. W planie finansowym NFZ na rok 2021 udział stomatologii w wydatkach NFZ spadł poniżej 2%, a liczba przyznanych rezydentur dla lekarzy dentystów w ostatnim postępowaniu stanowi jedynie 1,5% wszystkich przydzielonych miejsc rezydenckich.
Przedstawiony stan rzeczy doprowadza do sytuacji, w której wszelkie postulaty zgłaszane przez lekarzy dentystów borykają się z przyjętym mitem o „samowystarczalności" stomatologii tj. o tym, że wskutek komercjalizacji tej dziedziny działalności leczniczej nie ma potrzeby finansowania świadczeń stomatologicznych dla ubezpieczonych pacjentów, a w sprawie kształcenia można zdać się nazaradność lekarzy dentystów.
Samorząd lekarski zwraca uwagę, że w obszarze kształcenia podyplomowego lekarzy dentystów najgroźniejszy jest brak wizji modelu ścieżki rozwoju zawodowego stomatologów, którego szczegółowe rozwiązania nie muszą docelowo być dokładnie takie same, jak w przypadku lekarzy. **Niemniej model ten musi być spójny i zakładać realną możliwość współzawodnictwa o odbycie, finansowanego ze środków publicznych i zakończonego egzaminem, szkolenia.**
Samorząd lekarski wielokrotnie podkreślał, że **lekarze dentyści mają takie same potrzeby w zakresie rozwoju zawodowego, jak lekarze i na równi z nimi posiadająprawo do wsparcia tego procesu przez władze publiczne.**
Zarówno w jednym, jak i w drugim obszarze proponowanej tematyki debaty nie da się wyjść z impasu bez wyraźnej decyzji podjętej przez Ministra Zdrowia. Dalsze pozorne ruchy i doraźne decyzje grożą marginalizacją stomatologii w polityce zdrowotnej państwa, godząc jednocześnie w samą istotę zawodu lekarza dentysty, jako zawodu zaufania publicznego.

STANOWISKO Nr 2/21/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 12 marca 2021 r.
w sprawie bezwartościowych lub szkodliwych metod leczenia w chorobach onkologicznych

Naczelna Rada Lekarska w poczuciu odpowiedzialności za przestrzeganie przez lekarzy i lekarzy dentystów zasad etyki zawodowej, w sytuacji coraz częstszego stosowania metod leczniczych z pogranicza tzw. medycyny tradycyjnej, medycyny „alternatywnej”, czy zyskującej popularność w ostatnim czasie - medycyny komplementarnej, stoi na stanowisku, że szczególnie w lecznictwie onkologicznym należy rozwiązać problem stosowania metod potencjalnie lub rzeczywiście szkodliwych, czy też bezwartościowych.
Naczelna Rada Lekarska zdaje sobie sprawę i rozumie, iż postęp w medycynie wymaga wdrażania nowych metod leczenia czy diagnostyki, a każda z tych metod ma początkowo nieudowodnioną skuteczność. Jednak badania w zakresie środków i metod leczenia czy nowych leków są problemem dostatecznie uregulowanym prawnie, obwarowanym odrębnymi przepisami i winny być realizowane zgodnie z nimi jako badania kliniczne czy eksperymenty lecznicze. Z nowatorstwem w medycynie nie ma nic wspólnego komercyjne stosowanie niesprawdzonych metod leczenia a szczególnie czynienie sobie z nich źródeł dochodu kosztem pacjentów z niekorzystnym rokowaniem.
Na podstawie opinii powołanego w tym celu przez NRL zespołu ekspertów Naczelna Rada Lekarska uznaje stosowanie wymienionych sposobów terapii i postępowania w chorobach onkologicznych za niezgodne z Evidence Based Medicine. Mając na uwadze, że zgodnie z artykułem 57 Kodeksu Etyki Lekarskiej lekarzowi nie wolno posługiwać się metodami uznanymi przez naukę za szkodliwe, bezwartościowe lub nie zweryfikowane naukowo, a w myśl art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, lekarz ma obowiązek wykonywać zawód zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej stosowanie poniższych metod w leczeniu chorób nowotworowych jest niezgodne z tymi przepisami i stanowi podstawę do pociągnięcia lekarza je stosującego do odpowiedzialności zawodowej.
Poniższe substancje stosowane we wlewach dożylnych oraz wykorzystywane w lecznictwie terapie

nie znajdują w świetle aktualnej wiedzy medycznej, naukowych podstaw do ich stosowania w onkologii:

1. Artesunat,
2. stosowanie wlewów dożylnych z dużymi dawkami Witaminy C,
3. Resweratrol,
4. DMSO,
5. Salinomycyna,
6. Kurkumina,
7. tlenoterapia dożylna,
8. naświetlanie laserowe krwi,
9. akupunktura laserowa,
10. galwanoterapia,
11. hipertermia ogólnoustrojowa.

W związku z powyższym Naczelna Rada Lekarska jest zdecydowanie przeciwna ich stosowaniu w onkologii.
Wszelkie sytuacje nie stosowania się lekarzy do zasad etyki zawodowej w zakresie wyboru metod leczenia winny spotykać się ze stanowczą reakcja odpowiednich organów samorządu zawodowego, jak i potępieniem całego środowiska lekarskiego, jako podważające zaufanie do naszego zawodu.

STANOWISKO Nr 3/21/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 12 marca 2021 r.
w sprawie zapowiedzianej w Strategii na rzecz Osób z Niepełnosprawnościami 2021–2030 reformy systemu orzekania o niepełnosprawności

Naczelna Rada Lekarska po zapoznaniu się z uchwałą nr 27 Rady Ministrów z dnia 16 lutego 2021 r. w sprawie przyjęcia dokumentu Strategia na rzecz Osób z Niepełnosprawnościami 2021–2030, opublikowaną w Monitorze Polskim nr 218, zgłasza następujące uwagi w zakresie Priorytetu VIII - Koordynacja pkt 1.3. „Reforma systemu orzekania o niepełnosprawności”:
Zastrzeżenia samorządu lekarskiego budzi fakt, że przewidziana w „Strategii na rzecz osób z Niepełnosprawnościami 2021-2030” reforma systemu orzekania o niepełnosprawności nie była przedmiotem żadnych uprzednich uzgodnień ze środowiskiem lekarskim. Nie budzi przy tym wątpliwości, że - mimo deklarowanego w Strategii przejścia z medycznego modelu niepełnosprawności na model oparty na prawach człowieka - to na lekarzach nadal będzie spoczywał główny ciężar przeprowadzenia fachowej oceny stanu zdrowia i oceny funkcjonalnej osoby badanej.
W „Strategii na rzecz osób z Niepełnosprawnościami 2021-2030” wskazuje się, że projektowany system orzekania o niepełnosprawności ma być jednolity, tzn. łączyć orzecznictwo do celów rentowych, pozarentowych i edukacyjnych, a dodatkowo „Dzięki powołaniu oddzielnego organu od płatników świadczeń (ZUS, KRUS, MSWiA, MON, MEN), zagwarantowana zostanie bezstronność orzekania.” Z takiego stwierdzenia można wnioskować, że w ocenie Rady Ministrów obecnie orzekanie o niepełnosprawności dla celów rentowych i pozarentowych jest dotknięte wadą braku bezstronności. Z takim twierdzeniem trudno się zgodzić. W chwili obecnej ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych przewiduje powoływanie dwóch instancji zespołów orzekających o niepełnosprawności: powiatowych zespołów do spraw orzekania o niepełnosprawności - jako pierwszej instancji oraz wojewódzkich zespołów do spraw orzekania o niepełnosprawności - jako drugiej instancji. Od

orzeczenia wojewódzkiego zespołu przysługuje odwołanie do sądu pracy, co zapewnia kontrolę działania zespołów przez sądownictwo powszechne, które także jest dwuinstancyjne. Do tego warto odnotować, że ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych przyznaje Pełnomocnikowi Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych daleko idące uprawnienia w stosunku do orzeczeń zespołów ds. orzekania o niepełnosprawności w zakresie kontroli ich zgodności z zebranymi dokumentami lub z przepisami dotyczącymi orzekania o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności oraz co do prawidłowości i jednolitości stosowania przepisów, standardów i procedur postępowania w sprawach dotyczących orzekania o niepełnosprawności i o stopniu niepełnosprawności. Należy odnotować, że dwuinstancyjne jest również orzekanie o niezdolności do pracy dla celów rentowych, przewidziane m.in. w ustawie z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, do tego orzeczenia wydane w tym trybie mogą podlegać weryfikacji na drodze postępowania sądowego. Skoro obecnie orzekanie w zakresie niepełnosprawności oraz do celów rentowych jest dwuinstancyjne i nadzorowane przez sąd powszechny, Naczelnych Lekarzy Zakładu oraz przez Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych, to trudno zgodzić się z tezą o braku bezstronności.

W świetle przedstawionej „Strategii na rzecz Osób z Niepełnosprawnościami" wątpliwości budzi także kwestia, jak będzie sformułowane orzeczenie dla potrzeb rentowych wydane przez interdyscyplinarny zespół specjalistów, skoro w „Strategii na rzecz Osób z Niepełnosprawnościami" proponuje się, iż nie będzie ono zawierało określeń „np. niezdolność do pracy, niezdolność do samodzielnej egzystencji, niesamodzielność", które to określenia stanowią ustawowy wymóg w przyznawaniu świadczeń rentowych (art. 67 Konstytucji RP).

Zawarte w Strategii sformułowanie, że: „*Orzeczenie będzie zawierało informacje na temat indywidualnych potrzeb wsparcia, wynikających z niepełnosprawności, a nie dysfunkcji*" wydaje się sprzeczne z zamieszczoną w Strategii informacją, że: kompleksowa ocena funkcjonowania danej osoby będzie wykonywana z wykorzystaniem narzędzia jakim jest skala ICF, ponieważ skala ICF oparta jest właśnie na wykazie dysfunkcji.

Opisana w Strategii reforma systemu orzekania o niepełnosprawności przewiduje, że w składzie zespołu orzekającego będzie lekarz odpowiedniej specjalizacji. Rodzi to pytanie o liczebność zespołu, w sytuacji gdy dana osoba będzie miała kilka różnych „zakresów niepełnosprawności" - czy w skład zespołu będą wówczas wchodzili obligatoryjnie lekarze wszystkich tych odpowiednich specjalizacji.

Z powyższych względów Naczelna Rada Lekarska wnosi o ponowne przeanalizowanie przyjętej Strategii w obliczu przedstawionych zastrzeżeń.

STANOWISKO Nr 4/21/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 12 marca 2021 r.
w sprawie regulacji wynagrodzeń w ochronie zdrowia

Naczelna Rada Lekarska jest wysoce niezadowolona ze sposobu, w jaki traktowane jest środowisko lekarskie w rozmowach o wynagrodzeniach w ochronie zdrowia. Środowisko lekarskie mogło reprezentować swoją opinię wyłącznie w roli głosu doradczego Pracodawców RP w Zespole Trójstronnym Ministerstwa Zdrowia.

Po zapoznaniu się z propozycją Ministerstwa Zdrowia dotyczącą wskaźników wynagrodzeń na rok 2021 oraz na lata 2022-2024 stwierdzamy, że lekarze, lekarze dentyści i osoby wykonujące inne zawody medyczne w Polsce są i nadal będą proporcjonalnie najgorzej wynagradzani w stosunku do innych państw Unii Europejskiej, a złożone przez MZ propozycje jedynie tę patologię pogłębiają.
W sytuacji ogromnego zaangażowania pracowników medycznych w przeciwdziałanie skutkom pandemii i walkę o życie i zdrowie Polaków oraz uwypuklonego przez pandemię skrajnego niedoboru personelu medycznego, samorząd lekarski odbiera zgłoszone propozycje jako przejaw arogancji władzy - przedstawiciele rządu RP uznali, że ludzie wykonujący zawód lekarza są w systemie opieki zdrowotnej nieistotni i zbędni.
Zaproponowano podwyżki w kwocie 19 zł brutto miesięcznie za etat pracy lekarza w 2021 roku. W kolejnych latach propozycja ta jest niewiele lepsza, zwiększając wynagrodzenie lekarskie od poziomu 1,31 przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej w 2021 roku do poziomu „niebagatelnego" 1,38 przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej w 2024 roku.
Propozycja ta zupełnie odbiega nie tylko od oczekiwań pracowników medycznych, ale i pracodawców i w sposób jednoznaczny wskazuje, że system opieki zdrowotnej jest nadal dla decydentów nieistotną gałęzią gospodarki, niewymagającą inwestycji w kadry medyczne, mimo najwyższej w całej gospodarce dysproporcji w zakresie popytu i podaży pracowników.
W najbliższym czasie, ze środków unijnych ma być odbudowywany m.in. sektor ochrony zdrowia. Szkoda, że w planach rządowych nie znalazła się inwestycja w najważniejszy jego element – kadry. Być może infrastruktura i wyposażenie oraz kolejne inwestycje w e-zdrowie będą lepiej opiekować się pacjentami niż biały personel.
Złożone propozycje, mimo początkowo szerokich deklaracji wprowadzania modelu węgierskiego w dochodzeniu do optymalnych wysokości wynagrodzeń w ochronie zdrowia, pokazują, że czeka nas nieuchronna już zapaść publicznej opieki zdrowotnej w Polsce, migracja wewnętrzna lekarzy do sektora usług komercyjnych lub emigracja zarobkowa do innych państw Unii Europejskiej. Wszystko to wpłynie jedynie na dalsze ograniczanie dostępu do usług medycznych, wydłużenie czasu oczekiwania na podstawowe świadczenia oraz finalnie doprowadzi do pogarszania się stanu zdrowia polskiej populacji, co w niedalekiej przyszłości przyniesie nieodwracalne straty dla całej gospodarki.
Wobec powyższego Naczelna Rada Lekarska, znając w pełni oczekiwania środowiska, deklaruje pełną determinację w dążeniu do ratowania publicznego systemu opieki zdrowotnej w Polsce, bo ten bez istotnego wzrostu finansowania, w tym również istotnego wzrostu wynagrodzeń dla pracowników medycznych, będzie stanowił zagrożenie bezpieczeństwa zdrowotnego Polek i Polaków.