Image not found or type unknown

Apele i stanowisko podjęte przez PNRL w dniu 19 listopada 2021 r.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej na posiedzeniu 19 listopada 2021 r. przyjęło:

- APEL do Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej
- APEL w sprawie zaprzestania określania wytycznych i standardów postępowania medycznego w drodze aktów prawnych i komunikatów organów państwowych
- STANOWISKO w sprawie projektu ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej

APEL Nr 12/21/P-VIII
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 19 listopada 2021 r.
do Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zwraca się do Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej o niepodpisywanie ustawy z dnia 17 listopada 2021 r. o zmianie ustawy – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce oraz niektórych innych ustaw.

Ustawa ta zawiera rozwiązania, które z całą pewnością doprowadzą do obniżenia standardów nauczania zawodów lekarza i lekarza dentysty. Umożliwią one prowadzenie nauczania na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym na uczelniach zawodowych. Uczelnie te w ocenie samorządu lekarskiego nie są przygotowane do zapewnienia poziomu kształcenia niezbędnego dla bezpiecznego wykonywania zawodów lekarza i lekarza dentysty.

Wykształcenie lekarza, to nie tylko wyposażenie go w kompetencje czysto zawodowe, ale także wychowanie w szerokim kontekście humanistycznym, ze szczególnym zwróceniem uwagi na postawę etyczną, dlatego też ten rodzaj wykształcenia możliwy jest do uzyskania tylko w warunkach uniwersyteckich. Zapewnienie odpowiedniej liczby dobrze wykształconych lekarzy i lekarzy dentystów wymaga wielokierunkowej kadry akademickiej, zarówno teoretyków, jak i klinicystów. Kształcenie lekarzy i lekarzy dentystów wymaga ponadto solidnego zaplecza klinicznego, pracowni, zakładów badawczych, laboratoriów, odpowiedniego sprzętu, które mogą być właściwie zapewnione jedynie w dużych ośrodkach miejskich.

Umożliwienie kształcenia lekarzy i lekarzy dentystów na uczelniach zawodowych prowadzi do felczeryzacji tych zawodów. Dopuszczenie do wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentysty osób z wykształceniem uzyskanym na uczelni zawodowej podważy zaufanie do wszystkich osób wykonujących te zawody.

Podkreślenia wymaga również, że przy procedowaniu projektu ustawy doszło do jaskrawego naruszenia prawa. Przepisy przewidujące możliwość kształcenia na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym na uczelniach zawodowych zostały wprowadzone do projektu z naruszeniem

podstawowych zasad prawodawstwa, bowiem już po przeprowadzonych konsultacjach publicznych. Takie działanie stanowi pogwałcenie przepisów art. 5 pkt 5 i 16 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. z 2021 r. poz. 1342).

Wobec powyższego, Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej, mając na uwadze troskę o wysoki standard nauczania lekarzy i lekarzy dentystów, będący gwarantem bezpieczeństwa pacjentów, apeluje do Pana Prezydenta o niepodpisywanie ustawy i przekazanie jej Sejmowi do ponownego rozpatrzenia.

Apel Nr 13/21/P-VIII
Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej
z dnia 19 listopada 2021 r.
w sprawie zaprzestania określania wytycznych i standardów postępowania medycznego w drodze aktów prawnych i komunikatów organów państwowych

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej apeluje do parlamentarzystów oraz do Ministra Zdrowia o natychmiastowe zaprzestanie określania wytycznych i standardów postępowania medycznego w formie aktów prawnych lub komunikatów wydawanych przez organy państwowe.

Samorząd lekarski przypomina, że określaniem standardów postępowania leczniczego powinny zajmować się wyłącznie medyczne środowiska naukowe, a nie przepisy prawa czy komunikaty wydawane przez organy administracji państwowej. Standardy postępowania medycznego należą do obszaru nauki i wiedzy medycznej, który jest autonomiczny, dlatego powinny być opracowywane przez gremia specjalistów z różnych dziedzin medycyny i w miarę postępów wiedzy okresowo modyfikowane.

Zaprzeczeniem autonomicznego i opartego wyłącznie na aktualnym stanie wiedzy medycznej charakteru standardów medycznych jest określanie ich w formie aktów prawnych przyjmowanych przez polityków poprzez akt głosowania w parlamencie albo w formie rozporządzeń ministerialnych lub też w formie różnego rodzaju komunikatów organów państwowych.

W formie przepisów prawa powszechnie obowiązującego czy komunikatu można określać jedynie aspekty organizacyjne udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym np. wymogi dotyczące standardu wyposażenia placówek medycznych.

Świadczenia zdrowotne powinny być udzielane zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, w oparciu o doświadczenie zawodowe lekarza, dostępnymi w danej sytuacji metodami i środkami, z uwzględnieniem sytuacji pacjenta oraz po uzyskaniu jego zgody. Standardy postępowania medycznego określone w drodze przepisów powszechnie obowiązujących lub komunikatów organów państwowych nie uwzględniają tych wszystkich okoliczności.

Samorząd lekarski wskazuje ponadto, że lekarz powinien mieć możliwość korzystania z ustalonych przez towarzystwa naukowe rekomendacji i wytycznych określających najlepsze sposoby postępowania, jednak w sytuacjach, w których należy postąpić nieco inaczej, nie powinien obawiać się, że narusza przepisy powszechnie obowiązujące. Standardy postępowania medycznego powinny być dla lekarza pomocą, a nie pułapką prawną.

Biorąc pod uwagę pogłębiającą się od wielu lat destabilizację systemu opieki zdrowotnej oraz nasilanie się niekorzystnego zjawiska regulowania metod leczenia pacjentów przepisami prawa i komunikatami organów państwowych, samorząd lekarski wyraża gotowość do rzeczowej dyskusji nad właściwą pozycją lekarza i lekarza dentysty w procesie leczenia pacjentów.

STANOWISKO Nr 119/21/P-VIII
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 19 listopada 2021 r.
w sprawie projektu ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej, o którym poinformował Sławomir Gadomski Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia pismem z dnia 29 października 2021 r., znak: OINSO.0210.1.2021, zgłasza następujące uwagi do projektu.

UWAGI OGÓLNE:

Zapewnienie właściwej organizacji opieki onkologicznej w Polsce jest bardzo pilną potrzebą. Podstawą pożądanych zmian musi być bardzo wyraźne zwiększenie finansowania tej opieki ogółem i zapewnienie odpowiedniej wyceny procedur onkologicznych, zachęcającej do inwestowania w placówki Krajowej Sieci Onkologicznej (zwanej dalej: „KSO"), podobnych do finansowania w przypadku chorób serca i układu krążenia, które pozwoliło w wielu zakresach osiągnąć dostępność i poziom świadczeń na wysokim poziomie. To samo należy zrobić w przypadku chorób nowotworowych. Chociaż to choroby serca i układu krążenia pozostają główną przyczyną zgonów, choroby nowotworowe w szybkim tempie im dorównają. Rozwiązania zaproponowane w projekcie ustawy mają głównie charakter organizacyjny i bardzo ważne jest, aby na ich wykonywanie zapewnić dodatkowe i odpowiednie środki, umożliwiające także zatrudnienie dodatkowych osób, które mają wykonywać zadania opisane w projekcie ustawy. Dążenie do skoncentrowania opieki onkologicznej w Specjalistycznych Ośrodkach Leczenia Onkologicznego (zwanych dalej: „SOLO") może poprawić jakość opieki onkologicznej, ale wymagałoby znacznego zwiększenia ich zasobów kadrowych, lokalowych, wyposażenia i dostępności. Wyspecjalizowane ośrodki onkologiczne nie są obecnie w stanie zapewnić opieki wszystkim chorym z rozpoznaniem nowotworu i czas oczekiwania na świadczenia onkologiczne jest za długi, co jest główną przyczyną złych wyników leczenia. Przejście do opieki tylko w SOLO i ośrodkach kooperujących powinno odbywać się stopniowo i być dokładnie monitorowane, aby nie pogorszyć i tak już trudnej sytuacji pacjentów onkologicznych.

W projekcie ustawy mowa jest o miernikach oceny opieki onkologicznej (ilościowa ocena dla każdego pacjenta), oraz o wskaźnikach jakości opieki onkologicznej (parametr obejmujący strukturę, proces i wynik). Wskaźniki mają wpływać na finansowanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany dalej: „NFZ"). Przygotowanie, obliczenie, przesłanie dalej mierników i wskaźników ma, według projektu należeć do świadczeniodawcy. Obecnie Obwieszczenie Ministra Zdrowia dotyczy tylko mierników dla raka piersi (Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 2 lipca 2018 r. w sprawie zaleceń postępowania dotyczących diagnostyki i leczenia raka piersi (Dz. Urz. MZ.2018.53)). Brak jest natomiast mierników dla pozostałych nowotworów będących przedmiotem szczególnej troski mającej powstać Krajowej Sieci Onkologicznej (rak prostaty, płuca, jajnika, jelita grubego). NFZ (centrala i oddziały wojewódzkie) dysponuje szczegółową bazą danych przesyłanych obowiązkowo i w sposób jednolity przez świadczeniodawców i ta baza danych powstała w wyniku sprawozdawczości świadczeniodawców powinna posłużyć oddziałom wojewódzkim Funduszu do obliczenia w jednakowy sposób mierników i wskaźników i udostępniania ich w formie ujednoliconych raportów przesyłanych do Centrali NFZ, Ministerstwa Zdrowia i świadczeniodawców. Mogłoby to ułatwić porównywanie efektów uzyskiwanych przez różnych świadczeniodawców i szybszemu wprowadzaniu ewentualnych programów naprawczych. Bardzo potrzebne jest przedstawienie wraz z projektem ustawy projektów aktów wykonawczych, ponieważ od treści tych aktów będzie w istotnym stopniu zależało funkcjonowanie rozwiązań proponowanych w ustawie (np. mierniki i wskaźniki, kryteria kwalifikacji do poziomu SOLO, finansowanie ośrodków doskonałości).

Należy również podkreślić, że w uzasadnieniu do projektu ustawy poruszony został bardzo ważny temat rehabilitacji pacjentów z chorobami nowotworowymi. Jest to jedynie krótka wzmianka w tym temacie bez podania chociażby z jakich środków będzie ona finansowana oraz kto będzie realizował to zadanie.

UWAGI SZCZEGÓŁOWE:

1. Art. 2 pkt 3- należałoby dokładnie określić, w którym etapie

diagnostyki i leczenia oraz w którym podmiocie leczniczym pacjent zostaje objęty opieką koordynatora opieki onkologicznej. Doświadczenia z pilotażu KSO wskazują, że objęcie opieką przez koordynatora powinno nastąpić w podmiocie należącym do KSO po zakończeniu diagnostyki wstępnej. Należałoby również poprawić błąd pisarski i wyrażenie „pomiot leczniczy" zamienić na "podmiot leczniczy".

2. Art. 2 pkt 11- plan leczenia onkologicznego powinien być sporządzany w SOLO. Wobec powyższego proponuje się dodanie wyrazów „przez SOLO" po wyrazie „sporządzony".
3. Art. 2 pkt 17- w projekcie ustawy brak jest odniesień do projektu ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta. Wskazane byłoby skoordynowanie obu tych projektów.
4. Art. 4- przepis ten w połączeniu z art. 36 wskazuje, że zaplanowano stopniowe wprowadzanie KSO, ale zaproponowany okres przejściowy (9 miesięcy) jest za krótki. Konieczność spełnienia kryteriów kwalifikacji do KSO najprawdopodobniej spowoduje zmniejszenie liczby świadczeniodawców i dlatego powinno być wprowadzane stopniowo, zależnie od liczby składających wniosek o zakwalifikowanie do KSO oraz o wyniki monitorowania dostępności świadczeń onkologicznych w SOLO. Okres przejściowy powinien wynosić 2 lata.
5. Art. 5 ust. 2 pkt 6 - ocenę satysfakcji pacjentów, dostępności, elementów jakości powinny prowadzić SOLO oraz niezależne podmioty, ponieważ w przypadku świadczeniodawców występuje konflikt interesów oraz działa tzw. "efekt dobrego pacjenta" powodujący, że oceny prowadzone przez świadczeniodawców są z reguły znacznie lepsze niż oceny niezależne i oceny dokonywane po upływie dłuższego czasu od leczenia.
6. Art. 7 ust. 2 pkt 6- jeżeli nadzór nad realizacją planów leczenia ma być rzeczywistym nadzorem i pomocą w zapewnieniu jakości należy określić, ilu specjalistów jest potrzebnych do sprawowania nadzoru i ewentualnego rekomendowania modyfikacji planów leczenia.
7. Art. 8 ust. 1- kwalifikacja do KSO jest decyzją merytoryczną, która powinna być przede wszystkim oparta na kwalifikacjach kadry, jakości świadczonych usług. W związku z powyższym kwalifikacji powinna dokonywać Krajowa Rada Onkologiczna (zwana dalej: "KRO") jak również niezbędne jest także opiniowanie wniosków przez właściwy Wojewódzki Ośrodek Monitorujący (zwany dalej: „WOM").

8. Art. 14 ust. 4- KRO powinna także dysponować niezależnymi danymi dotyczącymi spełniania wskaźników i wydawać opinię nie tylko na podstawie raportów NFZ. Konieczne jest zapewnienie niezależnego od sprawozdawczości i angażującego pacjentów monitorowania efektów wprowadzenia KSO. Dane sprawozdawcze, w tym dane płatnika, nie odzwierciedlają dobrze rzeczywistości i muszą być konfrontowane z danymi uzyskiwanymi z niezależnych badań prowadzonych wśród pacjentów i świadczeniodawców. Ustawa pomija ważną rolę pacjentów w ocenie i kształtowaniu polityki zdrowotnej w zakresie opieki onkologicznej.
9. Art. 15 ust. 1- dostęp do danych zintegrowanego systemu informatycznego KSO powinna mieć także KRO.
10. Art. 19 ust. 1 pkt 1- sformułowanie co do opieki po zakończonym leczeniu onkologicznym brzmi bardzo nieprecyzyjnie. Dużą część tej aktywności stanowią badania obrazowe (i nie tylko) mające potwierdzić lub wykluczyć podejrzenie nawrotu, różnicować z objawami ubocznymi po leczeniu onkologicznym. Budzi to podejrzenie czy spora część pacjentów nie będzie ponownie kierowana do ośrodków, które prowadziły leczenie onkologiczne, a to z kolei utrudni tym ośrodkom skupienie się na pacjentach „1-szo razowych", a to ma być- jak wynika z projektu ustawy- główną ich aktywnością.
11. Art. 19 ust. 1 pkt 2- przekazanie nadzoru nad realizacją planów leczenia onkologicznego WOM byłoby niewłaściwym rozwiązaniem ze względu na brak ciągłości nadzoru. Jeżeli w tworzeniu planów leczenia, które powinno odbywać się w ramach konsylium (MDT) ma uczestniczyć SOLO III, to dalej ten sam przedstawiciel SOLO III powinien monitorować realizację planu leczenia i ewentualnie zalecać jego modyfikację.
12. Art. 22 ust. 2- w skład KRO powinni wchodzić również przedstawiciele przynajmniej samorządu zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów oraz samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych.
13. Art. 22 ust. 7 pkt 6- proponuje się usunąć ten punkt. "Utrata zaufania" jest pojęciem niedookreślonym i może prowadzić do bezpodstawnego i nieuzasadnionego odwoływania członków tej Rady przez ministra właściwego do spraw zdrowia.
14. Art. 23- bardzo ważnym zadaniem KRO, którego w projekcie zabrakło, jest opiniowanie finansowania opieki onkologicznej i KSO.

15. Art. 23 ust. 1- w praktyce medycznej zawsze istnieją zróżnicowane wytyczne i żadne wytyczne nie mają statusu "jedynie i zawsze słusznych". Dlatego zadaniem KRO powinno być raczej opiniowanie wskazanych przez Krajowy Ośrodek Monitorujący (zwany dalej: „KOM”) wytycznych i standardów. Nadawanie wytycznym statusu wyłączności jest niebezpieczne dla pacjentów i niezgodne z zasadami praktyki, w której zawsze istnieją zróżnicowane wytyczne i zadaniem KOM i KRO jest wskazanie, które są aktualnie najbardziej polecane, ale żadne wytyczne nie powinny mieć takiego statusu.
16. Art. 25 ust. 1 pkt 1- proponuje się dodanie do tego punktu: „albo rozpoznał nowotwór złośliwy lub miejscowo złośliwy”, ponieważ lekarz podstawowej opieki zdrowotnej albo lekarz udzielający ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych może stwierdzić podejrzenie albo rozpoznać nowotwór i w obu przypadkach może wystawić kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego (zwaną dalej: „DILO”).
17. Art. 25 ust. 4- przepis wskazuje, że pomimo obowiązkowej rejestracji i uzupełniania karty DILO w systemie Narodowego Funduszu Zdrowia nadal ma funkcjonować wersja papierowa. Nie znajduje to uzasadnienia wobec ciągłego procesu cyfryzacji ochrony zdrowia.
18. Art. 26 ust. 1- przepis wskazuje, że należy u każdego pacjenta z DILO sporządzić i przekazać kopię dokumentacji medycznej, czyli najczęściej wydrukować i dołączyć do karty DILO całą historię choroby. Wydruki powinny być wykonywane tylko na życzenie pacjenta albo innego uprawnionego podmiotu (np. lekarza POZ) natomiast cała dokumentacja DILO powinna być dostępna w Internetowym Koncie Pacjenta.
19. Art. 26 ust. 2- należy ujednolicić ścieżkę pacjenta onkologicznego we wszystkich przepisach z uwzględnieniem okresu obserwacji po leczeniu, w którym nadal bardzo potrzebny jest regularny dostęp do diagnostyki w ramach DILO. Zamykanie karty po zakończeniu leczenia niepotrzebnie powoduje konieczność zakładania nowej w przypadku podejrzenia niewyleczenia/wznowy lub rutynowej, planowej kontroli po leczeniu.
20. Art. 27 ust. 2 pkt a- ujednolicanie postępowania stanowiłoby zagrożenie dla jakości opieki. Celem ministra właściwego do spraw zdrowia może być np. "dostosowanie praktyki klinicznej do aktualnych, wysokiej jakości wytycznych postępowania". Dodatkowo, zadaniem ministra może być opracowanie standardów dotyczących

organizacji, wyposażenia, terminów, których należy dotrzymywać w opiece onkologicznej, ale nie opracowywanie wytycznych, które jest pracą naukową opartą na ściśle określonej metodologii. Należy więc rozróżnić organizację i wyposażenie od wytycznych postępowania w praktyce klinicznej i zamiast "opracowuje, zestawienie kluczowych zaleceń dotyczących organizacji i postępowania klinicznego, właściwe dla nich mierniki oceny jakości oraz ścieżki pacjenta dla poszczególnych jednostek chorobowych lub dziedzin medycyny w zakresie świadczeń finansowanych ze środków publicznych.” należy wskazać, że "opracowuje standardy organizacji opieki onkologicznej i wyposażenia placówek KSO, właściwe dla nich mierniki oceny jakości oraz ścieżki pacjenta dla poszczególnych jednostek chorobowych lub dziedzin medycyny w zakresie świadczeń finansowanych ze środków publicznych oraz wykaz rekomendowanych wytycznych postępowania klinicznego.”