Image not found or type unknown

Zespół ekspertów ds. akredytacji o ustawie o jakości

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej niezmiennie uznaje kwestię jakości w ochronie zdrowia za bardzo ważny temat wymagający pilnych, ale i dobrze przemyślanych rozwiązań prawnych. Dlatego członkowie Prezydium, zaniepokojeni zapisami prawnymi dotyczącymi autoryzacji i akredytacji podmiotów leczniczych, zawartymi w procedowanej obecnie w Senacie RP, a przyjętej już przez Sejm RP ustawie o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta, zdecydowali się powołać specjalny Zespół, złożony z wybitnych specjalistów w zakresie akredytacji, w celu analizy wspomnianej ustawy, opracowania merytorycznego stanowiska i zaproponowania ewentualnych poprawek, które mogłyby poprawić jakość stanowionego w tym zakresie prawa.
Zespół po intensywnych pracach przedstawił następujące stanowisko:

Warszawa, Kraków, 27 czerwca 2023 r.

Stanowisko

Zespołu ekspertów ds. akredytacji powołanego przez Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej (NRL)
wersja 1.1

W skład Zespołu wchodzą:
1. Krzysztof Łanda - Przewodniczący
2. Halina Kutaj-Wąsikowska
3. Rafał Niżankowski
3. Tomasz Romańczyk
4. Piotr Warczyński

Opinia dotyczy poselskiego projektu ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta, skierowanego do Sejmu w dniu 18 maja 2023 r. i jej zapisów o akredytacji szpitali.
Ustawa o akredytacji w ochronie zdrowia z 6 listopada 2008 roku wymagała niewątpliwie aktualizacji, z uwagi na liczne zmiany jakie zaszły w systemie opieki zdrowotnej. Jednak część zmian zaproponowanych w dziale 4 ustawy o jakości i bezpieczeństwie pacjenta pt. akredytacja w ochronie zdrowia, budzi istotne wątpliwości i nie uwzględnia wielu aktualnych potrzeb zmian funkcjonującego od lat systemu.
Za najbardziej kontrowersyjne należy uznać, czytane łącznie, zapisy:
Art. 42. Wizytatorem może być osoba, która posiada wykształcenie wyższe i 3 letnie doświadczenie zawodowe w podmiotach wykonujących działalność leczniczą.

Akredytacja jest ceniona jako ważne narzędzie zapewniania wysokiej jakości opieki zdrowotnej, gdyż we wszystkich systemach akredytacyjnych na świecie i jak do tej pory w Polsce ocena szpitali opiera się na tzw. peer review, czyli dokonywana jest przez osoby o podobnym wykształceniu i doświadczeniu jak oceniani. Lekarzy ocenia doświadczony lekarz, pielęgniarki oceniająpielęgniarki. Menedżerów menedżerowie. Deklaratywnie poseł Hoc proponuje, aby wizytatoremakredytacyjnym mógł być ktoś z 3 letnim doświadczeniem zawodowym, czyli np. inżynier elektryk,prawnik, ekonomista lub inna osoba nie mająca pojęcia o specyfice pracy lekarza czy pielęgniarki.Peer review chce zastąpić kontrolą urzędniczą, czyli całkowicie zmienić jej charakter,dyskredytując jej istotę. Peer-review jest i zawsze był fundamentem akredytacji, a jego likwidacjaoznacza degenerację akredytacji do upolitycznionej kontroli urzędniczej.

Art. 23. Minister publikuje listę podmiotów, którym odmówiono udzielenia akredytacji.
Przystąpienie do akredytacji jest dobrowolne. Jedną z fundamentalnych zasad systemów akredytacji na świecie jest pozytywne podejście, oznaczające wyróżnianie tych, którzy spełniają wysokie wymogi standardów. Akredytacja nie może się opierać na karaniu, wytykaniu i ośmieszaniu tych, którym się to nie udało. Często mimo nieuzyskania akredytacji podmioty wkładają bardzo dużo wysiłku w przygotowanie do przeglądu i bardzo poprawiają jakość swego funkcjonowania. W projekcie postuluje się realizację nieakceptowalnego pomysłu wytykania szpitali, którym się nie udało, przez publikację „listy hańby".

Art. 37. Minister może nie uwzględnić rekomendacji Rady, ale nie podano w jakich sytuacjach może to zrobić.
Obecne zapisy oznaczają upolitycznienie procesu akredytacji, gdyż minister z każdego powodu, np. bo „mu się rekomendacja Rady nie podoba" albo „grupa posłów zabiegała", albo „stracił zaufanie do Rady" itp. może postąpić inaczej niż zaleca Rada (z drugiej strony nie dziwi taki zapis skoro Rada ma przestać być ciałem profesjonalnym, a ma się stać polityczną atrapą – patrz dalej). Aby uniknąć woluntaryzmu ministra niezbędne jest wskazanie nielicznych sytuacji, w których minister decyduje inaczej niż zaleca Rada, którą powinno się powoływać jako ciało profesjonalne ułatwiające podejmowanie decyzji.

Art. 22. 1. Projekty standardów akredytacyjnych i ich aktualizację opracowuje Rada Akredytacyjna.
Art. 24. 1. Standardy akredytacyjne podlegają analizie Rady Akredytacyjnej nie rzadziej niż raz na 5 lat od dnia ich ogłoszenia w zakresie konieczności ich aktualizacji.
Art. 48. 1. Członków Rady Akredytacyjnej powołuje i odwołuje minister właściwy do spraw zdrowia.
2. W skład Rady Akredytacyjnej wchodzi 13 członków, w tym:

1) 6 przedstawicieli ministra właściwego do spraw zdrowia;
2) 3 przedstawicieli wykonujących zawody medyczne spośród kandydatów zgłoszonych przez samorządy zawodowe zawodów medycznych;
3) przedstawiciel Ministra Obrony Narodowej;
4) przedstawiciel ministra właściwego do spraw wewnętrznych;
5) przedstawiciel Rzecznika Praw Pacjenta;
6) przedstawiciel spośród kandydatów zgłoszonych przez organizacje społeczne, których działalność statutowa polega na działaniu na rzecz praw pacjentów.

Opracowywanie standardów akredytacyjnych i ich aktualizacja wymaga wysoce specjalistycznej wiedzy, umiejętności i eksperckiego doświadczenia z zakresu szeroko rozumianej „qualityki", czyli zapewniania i monitorowania jakości oraz wiedzy na temat systemów bezpieczeństwa pacjenta. Do prawidłowego opracowania standardów akredytacyjnych konieczna jest wiedza m.in. z zakresu:

wskaźników jakości,

projektowania i prowadzenia rejestrów,
medycyny opartej na dowodach naukowych (EBM, Evidence-Based Medicine), epidemiologii,
zarządzania jakością w przedsiębiorstwach, ze szczególnym uwzględnieniem specyfiki zarządzania w podmiotach leczniczych,
medycyny i
systemów opieki zdrowotnej.

Upolitycznionej Rady Akredytacyjnej w żaden sposób i w żadnym wypadku nie będzie można nazwać ani organem niezależnym, ani eksperckim. Wydawane przez nią rekomendacje mogą być, i z całą pewnością często będą, kwestionowane. Akredytacja jest i powinna być wyłącznie procesem eksperckim o wysokim stopniu obiektywizmu i niezależności politycznej. W kraju demokratycznym polityka nie może wkraczać w procesy i stanowiska eksperckie. W obecnym kształcie przepisów Rada Akredytacyjna będzie kolejnym organem fasadowym, podporządkowanym celom politycznym i ręcznemu sterowaniu.
Z całą pewnością art. 49, którego tylko ust. 1 pkt. 1 dotyczy kompetencji, nie może zapewnić odpowiedniej wiedzy, umiejętności ani doświadczenia członkom Rady Akredytacyjnej niezbędnych przy tworzeniu i aktualizacji standardów akredytacyjnych.

Art. 49. 1. Członkiem Rady Akredytacyjnej może być osoba:
1) która posiada wiedzę i doświadczenie w zakresie jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej dające rękojmię prawidłowego wykonywania obowiązków członka Rady Akredytacyjnej;
Wybór aż sześciu członków Rady przez Ministra Zdrowia to zaprojektowane ręczne sterowanie akredytacją, przyznawanie akredytacji po linii politycznej (niezależnie od partii, która sprawuje władzę) i tworzenie kolejnego organu bez znaczenia merytorycznego. To wszystko pozbawia sensu funkcjonowanie systemu akredytacji w Polsce. Proponujemy, by w skład RA wchodzili przedstawiciele Towarzystw Naukowych (lub konsultantów krajowych): chirurgów, internistów, anestezjologów, patomorfologów itp. oraz specjaliści zdrowia publicznego i szeroko rozumianej qualityki z udokumentowanym dorobkiem zawodowym.
Gdyby, tak pożądany w Polsce system akredytacji szpitali, rzeczywiście był prowadzony w sposób obiektywny i rzetelny, bez jego upolityczniania i bez jawnego ręcznego sterowania ze strony Ministra Zdrowia, to z całą pewnością w ustawie zapewniono by odpowiednie zwiększenie wielkości kontraktu szpitali akredytowanych z NFZ lub inne wymierne korzyści, które szpitale akredytowane powinny uzyskiwać. Premiowanie szpitali akredytowanych stanowiłoby zachętę dla pozostałych by poszły tą drogą. Brak ustawowych korzyści dla szpitali akredytowanych wskazuje na deklaratywne promowanie jakości przez Ministra Zdrowia oraz zwiększanie biurokracji bez faktycznej dbałości o jakość opieki zdrowotnej w szpitalach.

Art. 21 ustawy daje możliwość udzielenia akredytacji podmiotowi wykonującemu działalność leczniczą w zakresie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz funkcjonowania tego podmiotu, z równoczesnym wskazaniem zakładu leczniczego lub zakładów leczniczych…
Akredytacją powinien otrzymać (o ile spełni wymagania) konkretna jednostka: szpital, poz, zakład patomorfologii, a nie zakład leczniczy. Akredytacja to wskazówka dla pacjenta, a dla pacjenta istotna jest podpowiedz/informacja o konkretnej jednostce. Prowadzenie wizyt akredytacyjnych, rzetelna ocena, uwspólnienie punktacji dla szpitali/poz/zakładów patomorfologii w ramach 1 zakładu leczniczego jest bardzo trudna lub wręcz niemożliwa i nie służy poprawie opieki nad pacjentem.