

POROZUMIENIE ORGANIZACJI LEKARSKICH

Apel Porozumienia Organizacji Lekarskich do Parlamentarzystów o uwzględnienie uwag do rządowego projektu ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta

Porozumienie Organizacji Lekarskich zwraca się do Parlamentarzystów, w gestii których jest procedowanie rządowego projektu ustawy – który w naszej ocenie wypacza pojęcia jakości i bezpieczeństwa – o przeanalizowanie zgłaszanych przez nas uwag i wad oraz o wzięcie ich pod uwagę w czasie prac i podejmowania odpowiedzialnych decyzji.

Zwracamy przede wszystkim uwagę, że regulacje i mechanizmy zawarte w rządowym projekcie „ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta” nie przełożą się na realną poprawę jakości i bezpieczeństwa. Proponowane przepisy nie są odpowiedzią na potrzeby pacjentów dotyczące stworzenia skutecznego systemu kompensacji szkód medycznych. Projekt nie uwzględnia postulatów środowisk medycznych związanych z bezpieczeństwem wykonywania zawodu.

Na podstawie naszych doświadczeń w pracy w systemie ochrony zdrowia i codziennej pracy z pacjentami, wskazujemy trzy zasadnicze obszary, w których proponowane regulacje nie przyniosą oczekiwanego przez pacjentów i medyków efektów.

1. Proponowane przepisy nie wprowadzają rozwiązań, które zachęcałyby do zgłaszania zdarzeń niepożądanych. Projekt ustawy przewiduje krótki czas na zgłoszenie (kierownictwo placówki ma od momentu zaistnienia takiego zdarzenia 72 godziny na jego zgłoszenie), co w sytuacjach długofalowych komplikacji zdrowotnych czy procesów diagnostycznych nie ma racji bytu. Z uwagi właśnie na „inkubatoryjny” charakter zdarzeń niepożądanych w ochronie zdrowia, często powzięcie wiedzy o tym zdarzeniu następuje późno, np. w czasie pobytu pacjenta w innej placówce medycznej, czy dopiero na podstawie wezwania na przesłuchanie. Zgodnie z założeniami projektu, system w kontekście odpowiedzialności lekarzy niezmiennie oparty będzie na presji karnej. Pojawiające się „nadzwyczajne złagodzenie kary” nadal wiąże się z prowadzeniem postępowania karnego, jak również w takim postępowaniu ma charakter fakultatywny. Rządowy projekt przewiduje, że chroniona przed odpowiedzialnością karną w sytuacji nieumyślnego spowodowania uszczerbku na zdrowiu będzie tylko osoba, która zgłosiła zdarzenie do wewnętrznego rejestru, natomiast w przypadku ciężkiego uszczerbku na zdrowiu projekt takiej ochrony nie przewiduje w ogóle.
2. Projekt nie wdraża sprawnego, efektywnego z perspektywy pacjenta systemu kompensacji, który mógłby być alternatywą dla drogi sądowej. W proponowanych regulacjach zastrzeżenia budzi m.in. zapis o waloryzowaniu górnej wysokości świadczenia kompensacyjnego co 5 lat, co jest nieadekwatne do zmieniających się dynamicznie realiów oraz sprzeczne z poczuciem



OGÓLNOPOLSKI
ZWIĄZEK ZAWODOWY
LEKARZY

POROZUMIENIE ORGANIZACJI LEKARSKICH

sprawiedliwości. W kontekście liczebności (9 osób) Zespołu do spraw Świadczeń z Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych, który miałby zostać ustanowiony w celu obsługi wniosków z całego kraju, należy brać pod uwagę niewydolność takiego Zespołu, a tym samym brak możliwości natychmiastowej reakcji na potrzeby pacjenta. Propozycje rządowe nie uwzględniają preferencyjnych warunków dostępu do publicznych świadczeń zdrowotnych dla pacjenta, który doznał szkody. Podkreślić należy, że często efekty leczenia, powrotu do zdrowia, rehabilitacji zależą od czasu, w którym stosowne działania zostają podjęte. Można wnioskować, że tak skonstruowane zapisy w rządowym projekcie ustawy nie mają na celu koncentrowania się na zdrowiu pacjenta. Sensem kompensacji jest bowiem zrekompensowanie pacjentowi uszczerbku na zdrowiu bądź przywrócenie w maksymalnie możliwy sposób stanu zdrowia sprzed zdarzenia.

3. Zapisy w rządowym projekcie wskazują, że znaczącej poprawy - zawartych w jego nazwie - jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwa pacjenta - jak również bezpieczeństwa personelu, nie uda się osiągnąć. Projekt ustawy kładzie znikomy nacisk na - mające przecież służyć poprawie standardów opieki zdrowotnej i bezpieczeństwa leczenia - korzystanie z danych zebranych w Rejestrze Zdarzeń Niepożądanych. Obowiązek analizy danych przekazuje w całości Ministrowi właściwemu do spraw zdrowia. Same dane mogą być upublicznione prezesowi NFZ, Rzecznikowi Praw Pacjenta lub organom ścigania. Projekt nie zakłada udostępniania danych towarzystwom naukowym, uczelniom, samorządom zawodowym czy organizacjom pacjenckim, co wyklucza możliwość prowadzenia niezależnych analiz. Ujęte w projekcie „wskaźniki jakości”, za pomocą których NFZ miałby oceniać placówki, są nieprecyzyjne, chaotyczne oraz nie zawierają w ogóle punktów dotyczących personelu, sprzętu i wewnętrznych systemów wpływających na jakość.

Reasumując, rządowy projekt zakłada wprowadzenie systemu, a raczej kilku istniejących obok siebie mechanizmów, które nie skłaniałyby ani personelu medycznego, ani pacjentów, do korzystania z nich. Można uznać, że w efekcie tworzony jest dokument prawny, który w znikomym stopniu wpłynie na rzeczywistość w ochronie zdrowia, nie zredukuje przeciążenia sądów i prokuratur, nie zmniejszy presji wywieranej na personel, skutkującej np. niedoborami lekarzy w specjalizacjach zabiegowych, nie ułatwi pacjentom uzyskania szybkich i godnych odszkodowań, nie przyczyni się do rozwoju medycyny czy poprawy standardów opieki.

Poza brakiem pozytywnej sprawczości przepisów we wskazanych, ważnych dla pacjentów i medyków aspektach, wprowadzenie proponowanych przez rząd przepisów skutkować może zbyt daleko idącą centralizacją i biurokratyzacją podejścia do jakości (w kontekście m.in. autoryzacji, akredytacji, rejestru zdarzeń niepożądanych, odszkodowań), brakiem mechanizmów kontrolnych, marginalizowaniem roli niezależnych podmiotów.

Rządowy projekt opiera się na założeniach sprzecznych z postulowanym przez środowisko systemem bezpieczeństwa leczenia opartym na idei no-fault.



OGÓLNOPOLSKI
ZWIĄZEK ZAWODOWY
LEKARZY

POROZUMIENIE ORGANIZACJI LEKARSKICH

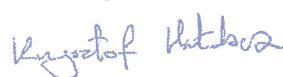
Zwracamy uwagę na niezgodność rządowego projektu z Rekomendacjami Rady Europy w sprawie zarządzania bezpieczeństwem pacjentów i zapobiegania zdarzeniom niepożądanym w opiece zdrowotnej, przyjętymi przez Komitet Ministrów 24 maja 2006 r. Do dziś Polska jest jedynym krajem współtworzącym, który ich nie wdrożył. Zakładają one, że:

- system ma być zaprojektowany tak, aby zachęcać świadczeniodawców i personel medyczny do zgłaszania incydentów związanych z bezpieczeństwem (na przykład, jeśli to możliwe, zgłaszanie powinno być dobrowolne, anonimowe i poufne);
- system ma nie karać i być sprawiedliwy w swoim założeniu;
- ma zaakceptować, że ludzie będą popełniali błędy, a procesy i sprzęt czasami okażą się zawodne;
- w gestii państw jest stworzenie odpowiednich warunków i atmosfery pracy poprzez: prawidłową organizację pracy, redukcję stresu i napięcia; zapewnienie dobrych, bezpiecznych, socjalnych i zdrowotnych warunków pracownikom opieki zdrowia; a zwiększona motywacja zmniejsza rolę kwestii „czynnika ludzkiego” w incydentach związanych z bezpieczeństwem pacjentów;
- na wszystkich poziomach problemy i błędy należy traktować z otwartością, uczciwie, w atmosferze pozbawionej zagrożenia sankcjami. Reakcja na problem nie może wykluczać indywidualnej odpowiedzialności, powinna się jednak skupiać na poprawie wyników organizacji, a nie na indywidualnej winie.”;
- systemy zgłaszania incydentów nie powinny być oparte na identyfikowaniu i karaniu poszczególnych członków personelu, zaangażowanych w incydenty związane z bezpieczeństwem pacjentów.

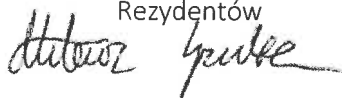
Jacek Krajewski
Prezes Zarządu Federacji Związków Pracodawców
Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”



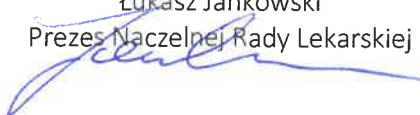
Krzysztof Hałabuz
Przewodniczący Stowarzyszenia Porozumienie
Chirurgów SKALPEL



Mateusz Szulca
Przewodniczący Porozumienia
Rezydentów



Łukasz Jankowski
Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej



Grażyna Cebula-Kubat
Przewodnicząca
Ogólnopolskiego Związku
Przewodnicząca Zarządu Krajowego
Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy



lek. Grażyna Cebula-Kubat



OGÓLNOPOLSKI
ZWIĄZEK ZAWODOWY
LEKARZY