

POROZUMIENIE ORGANIZACJI LEKARSKICH



Porozumienie
Rezydentów

Dziwiątka POL-u **POZWÓLCIE NAM LECZYĆ**

I. ZAGWARANTUJCIE WSZYSTKIM MEDYKOM ŚRODKI DO LECZENIA i OCHRONY NIEZALEŻNIE OD TYPU PLACÓWKI

Wielu lekarzy i medyków ma zagwarantowane w pracy tylko zwykłe maseczki, nie ma służ i testów SARS-COV-2.

Środków ochrony przeciw COVID -19 jest pod dostatkiem w szpitalach „covidowych”, a nie obecnie nie ma już placówek opieki zdrowotnej bez COVID-19. Medycy, aby się nie zakazić, sami muszą kupować środki ochronne.

Czego oczekujemy:

- Zapewnienia wystarczających środków ochrony personelu i pacjentów niezależnie od stopnia referencyjności jednostki i skierowania do bezpośredniej walki z COVID-19 – pacjenci z COVID-19 są w każdej placówce
- Regularnego nieograniczonego wykonywania testów personelu i pacjentów

Co to da:

Podniesienie bezpieczeństwa i komfortu pracy oraz ograniczenie ryzyka wystąpienia zdarzeń niepożądanych. Mniej zakażonego personelu, to mniej oddziałów mających problem z zapewnieniem ciągłości opieki, większa możliwość niesienia pomocy.

II. ZAGWARANTUJecie UBEZPIECZENIA PERSONELU MEDYCZNEGO NA WYPADEK TRWAŁEJ CHOROBY NABYTEJ W TRAKCIE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ LUB ŚMIERCI

My też mamy rodziny, co z nimi będzie, gdy w wyniku pracy na pierwszej linii frontu umrzemy lub będziemy trwale niezdolni do pracy. Podobne ubezpieczenie mają funkcjonariusze policji i żołnierze, a nie ma go personel medyczny. Ubezpieczenie COVID-19 jest niezbędne dla lekarzy, aby bez niepotrzebnego stresu walczyli o zdrowie pacjentów na pierwszej linii frontu.

Czego oczekujemy:

Dodatkowego ubezpieczenia dla lekarzy i medyków na wypadek COVID-19 - podobnego jak dla funkcjonariuszy i żołnierzy, opłacanego przez MZ.

Co to da:

Dodatkowe ubezpieczenie AC zagwarantuje medykom i ich rodzinom wsparcie przy zakażeniu, ciężkim przebiegu choroby lub śmierci, co pozwoli choć trochę zmniejszyć stres i obciążenie.

III. ZAGWARANTUJecie BEZPIECZEŃSTWO PRAWNE LEKARZOM ZGŁASZAJĄCYM POWIKŁANIA A PACJENTOM SZYBKĄ ŚCIEŻKĘ NAPRAWY SZKODY

Obowiązujące prawo zakłada, że lekarz nie może się nieumyślnie pomylić, leczenie niemal nie może przynieść powikłań, a każda sytuacja niepożądana, mimo że jest niezawiniona, obciąża lekarza. Potęguje to pracę pod presją, pochłania czas na sprawy sądowe i wyjaśnienia, sprzyja ukrywaniu błędów, przez co organizacje nie wyciągają wniosków, nie uczą się, nie doskonalą procedur, by liczba powikłań i zdarzeń niepożądanych była coraz mniejsza. Cierpią na tym i pacjenci i medycy.

Z danych Prokuratury Krajowej wynika, że tylko w ok. 7 % spraw zakończonych wydaniem decyzji merytorycznej sformułowano akt oskarżenia. Tzn. 93 % spraw jest nieuzasadnionym przerwaniem pracy personelu medycznego na zeznania w sądach/prokuraturach i dodatkowym obciążaniem dla organów administracyjnych i sądowniczych.

Czego oczekujemy:

stworzenia systemu no-fault rozumianego jako:

- Stworzenie przy NIL Rejestru Zdarzeń Niepożądanych w Medycynie. W Radzie Rejestru oprócz przedstawicieli zawodów medycznych powinni zasiadać przedstawiciele MZ oraz organizacji pacjenckich
- Zdjęcie odpowiedzialności karnej i finansowej z lekarzy w przypadku zgłoszenia zdarzenia do rejestru po wystąpieniu zdarzenia niepożądanego, popełnionego nieumyślnie

- Wprowadzenie uproszczonej procedury wypłaty odszkodowań ze stworzonego Funduszu Zdarzeń Niepożądanych w Medycynie dla pacjentów, u których doszło do wystąpienia zdarzeń niepożądanych i zostały one zgłoszone do rejestru, wg wcześniej określonego prawnie i regulaminowo taryfikatora

Co to da:

- Większe bezpieczeństwo medyczne pacjentów (długofalowo systemy no-fault wpływają na poprawę jakości stosowanych w ochronie zdrowia procedur i zmniejszają ryzyko popełnienia kolejnych zdarzeń niepożądanych)
- Szybszy powrót pacjentów na rynek pracy (np. dzięki szybko wdrożonej rehabilitacji leczniczej, finansowanej w ramach systemu lub z pieniędzy ze stworzonego funduszu)
- Poprawę dostępności do świadczeń (efekt zmian organizacyjnych w następstwie analizy zdarzeń niepożądanych oraz mniejszej liczby nieobecności w pracy spowodowanej przesłuchaniami lekarzy)
- Poprawę komfortu pracy lekarzy i ich relacji z pacjentami (brak „oddechu prokuratora” na każdym kroku, szczególnie w specjalizacjach zabiegowych)
- Poprawę relacji lekarz-pacjent, większe zaufanie skłaniające pacjenta do postępowania wg zaleceń lekarskich
- Zmniejszenie częstości postępowań w ramach „medycyny asekuracyjnej”, co z kolei zmniejszy koszty świadczeń (przez ograniczenie liczby badań diagnostycznych do tych ważnych i potrzebnych w procesie diagnostyczno-leczniczym)
- Motywację do zgłaszania zdarzeń niepożądanych, a dzięki temu uzyskanie podstawy do pracy analitycznej nad procedurami w systemie, co prowadzić będzie do poprawy organizacji całego systemu ochrony zdrowia oraz w obrębie poszczególnych jednostek
- „Samooczyszczanie środowiska”, przejrzystość, realne szybkie odszkodowania dla pacjentów
- Mniejsze ryzyko wypalenia zawodowego, samobójstw wśród lekarzy, odpływu kadr poza branżę lub poza leczenie szpitalne, obciążone największym ryzykiem powstawania zdarzeń niepożądanych.
- Alternatywną ścieżkę dla procesu sądowego - krótki czas trwania, szybsze wypłaty wg stworzonego taryfikatora.
- Zalety dodatkowe:
 Odciążenie pracy prokuratur i sądów,
 Odciążenie biurokratyczne administracji publicznej,
 Poprawa funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej poprzez wzrost zaufania do organów administracji zarządzających opieką zdrowotną,
 W długofalowej perspektywie zmniejszenie kosztów systemu – mniej powikłań = mniej powtórnych hospitalizacji /rehabilitacji/ porad ambulatoryjnych.

IV. ZAGWARANTUJCIE PRZEJRZYSZE I JEDNOZNACZNE ZASADY WYNAGRADZANIA

Medialne doniesienia o wynagrodzeniach nijak mają się do rzeczywistości. Dotyczy to zarówno wynagrodzenia dla lekarzy pracujących z pacjentami z COVID-19, jak i udzielających pomocy poza COVID-19. Podstawa wynagrodzenia brutto pracy lekarskiej to 6750 zł. Rzadko kiedy personel lekarski wynagradzany jest lepiej.

Czego oczekujemy:

- Przywrócenie wszystkim lekarzom wynagrodzeń, które przyznał sejm i podpisał prezydent, ogłoszono społecznie i chyłkiem wycofano się z tego – wypłaty nastąpiły jedynie w listopadzie
- Jednoznacznych informacji o zasadach wynagradzania/ wysokości wynagrodzenia oraz wysokości dodatków dla osób pracujących z COVID-19

Co to da:

Pacjenci i lekarze powinni wiedzieć, jak jest opłacana praca i poświęcenie i nie może to być uzależnione od sytuacji szpitala, polityków i dyrektorów - przecież ratują życie, nierzadko ryzykując swoim. Lekarze powinni wiedzieć, jaki dodatek za pracę z COVID-19 i za pracę w czasie COVID-19 otrzymają.

V. NIE KAŻCIE NAM OKREŚLAĆ I ODPOWIADAĆ ZA WYSOKOŚĆ REFUNDACJI WYPISYWANEGO LEKU

Obecnie lekarz ponosi odpowiedzialność za określenie wysokości refundacji leku. Lekarz ma zajmować się pacjentem, rozpoznawać choroby i ordynować leki, a nie poświęcać czas na ustalanie poziomu odpłatności. Świadczeniodawca ani lekarz nie mogą odpowiadać finansowo za błędy w wysokości refundacji.

Czego oczekujemy:

- Odpłatność powinna być automatycznie ustalana na podstawie rozpoznań w systemie informatycznym P1 i porównywana z matrycą refundacyjną, a w aptece powinna być widoczna właściwa odpłatność.
- Wprowadzenia abolicji w karaniu za błędy w wypisanej wysokości refundacji i uznania, że nie wracamy do przeszłości (poza wyraźnie przestępczym działaniem)

Co to da:

Mniej biurokracji i więcej czasu dla pacjenta. Zapłacisz tyle, ile powinieneś, opłata za leki będzie zawsze taka sama, zależna od choroby. Dla lekarzy to zwiększenie bezpieczeństwa i zmniejszenie ryzyka pracy, zmniejszenie obciążeń biurokratycznych.

VI. ZAGWARANTUJECIE WZROST WYDATKÓW NA OCHRONĘ ZDROWIA NA POZIOM 6,8% PKB NIE WLICZAJĄC W TO WYDATKÓW ZWIĄZANYCH Z EPIDEMIĄ JUŻ W 2021 R.

Wciąż nasza ochrona zdrowia jest niedofinansowana, ale tabelki będą się zgadzały, bo na COVID wydano duże kwoty, choć nie zawsze dobrze.

Czego oczekujemy:

- Przedłożenia do końca 2020 projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w którym zmieniony zostanie art. 131c ust. 1 - "nie niższe niż 6,8%" oraz pkt 4 - 6,8% od 2021r., która nie będzie uwzględniała wydatków związanych z COVID-19.
- Uwzględnienia zmian w dalszej części tekstu projektowanej ustawy mających na celu wzrost odsetka PKB do 9.5% w 2030 roku.
- Uczciwej redystrybucji tych środków, która zapewni krótszy czas oczekiwania na świadczenia, wyższy poziom leczenia, godne warunki pracy i lepsze wynagrodzenia dla personelu.

Co to da:

- Zatrzymanie odpływu lekarzy i pielęgniarek za granicę.
- Więcej personelu do opieki nad pacjentami – lekarz i pielęgniarka będą mieć więcej czasu dla Ciebie
- Skrócenie kolejek do AOS i operacji
- Koniec z koszmarem przepelnionych SORów
- Dostępność nowoczesnych terapii i rehabilitacji
- Poprawę wyposażenia szpitali i standardu warunków pracy (komputery, oprogramowanie, sprzęt medyczny, remonty).
- Wyremontowane szpitale – lepszy standard opieki
- Nowe karetki – krótszy czas oczekiwania na pomoc

VII. OGRANICZCIE BIUROKRACJĘ

Obecnie lekarz musi poświęcać więcej czasu biurokracji niż pacjentowi. Wytwarza się tony papieru, które nie przybliżają pacjenta do zdrowia.

Czego oczekujemy:

- Uproszczenia procedur biurokratycznych, dokumentacji i obowiązkowego raportowania
- Stworzenia stanowisk i zatrudnienia sekretarek medycznych, które odciążą i tak niewystarczający personel zajmujący się leczeniem

Co to da:

Znacznie więcej czasu dla pacjenta, mniejsze zmęczenie i zniechęcenie personelu medycznego, krótsze kolejki do pomocy lekarskiej i pielęgniarskiej.

VIII. ZAGWARANTUJCIE KLAROWNY PROCES REKRUTACJI NA SPECJALIZACJĘ I KIEROWANIA NA REZYDENTURĘ ORAZ JASNO OKREŚLONY PRZEBIEG SZKOLENIA

Obecnie proces szkolenia nie jest jasny a rezydenci, jeśli mają szczęście, uczą się swojej dyscypliny, a jeśli nie, zajmują się dokumentami, a nie pacjentami. Szkolenie specjalizacyjne młodych lekarzy w Polsce wymaga reformy.

Czego oczekujemy:

- Gwarancji dla lekarzy szkolących się w trakcie trwania pandemii:
 - uznania czasu oddelegowania do zwalczania epidemii jako czasu przeznaczanego na szkolenie specjalizacyjne,
 - "Rezerwacji" miejsca szkoleniowego, na które pierwotnie zostało się zakwalifikowanym, w razie skierowania przez wojewodę gdzie indziej- możliwość powrotu po zakończeniu stanu epidemii
- Przeniesienia na jednostkę szkolącą odpowiedzialności za umożliwienie szkolącemu się wykonania wszystkich procedur objętych programem specjalizacji – urealnienie możliwości szkolenia w danej placówce
- SMK - unowocześnienia systemu komputerowego, większa intuicyjność w/w systemie, mniej formy papierowej (skoro wszystko jest w systemie - po co segregator papierów na koniec specjalizacji)

Co to da:

Nowe kadry wysoko wykwalifikowanych specjalistów, którzy mogą rozwijać się w wybranych dziedzinach, bo inaczej wyjadą lub zmienią zawód. Dzięki temu będziemy mieli więcej lekarzy dla zapewnienia opieki.

IX. ZMIENIĆ ORGANIZACJĘ SYSTEMU OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ PROCEDURY ORGANIZACYJNE W COVID-19.

Leczenie pacjenta jest traktowane fragmentarycznie, a nie jako spójny proces. Nie ma działań, które stworzą spójny system. Ostatnią deską ratunku są zwykle SOR-y, które zamiast zajmować się stanami nagłymi, łatają dziury w systemie. Podczas pandemii każda placówka działa po swojemu, jeśli chodzi o organizację pracy i procedury organizacyjne. Tam, gdzie jest kompetentny manager większość elementów działa sprawnie i klarownie zarówno dla personelu jak i pacjentów, tam gdzie go nie ma, ludzie się niepotrzebnie narażają, a pacjenci na tym cierpią. System nie działa.

Czego oczekujemy:

- Stworzenia jednakowych dla wszystkich placówek, odpowiednich i bezpiecznych procedur organizacyjnych gwarantujących bezpieczeństwo pacjentów i pracy personelu medycznego w czasie pandemii.
- Zmiany systemu organizacji opieki zdrowotnej ze zwiększeniem ilości świadczeń ambulatoryjnych kosztem hospitalizacji, w tym przeniesienia procedur zabiegów jednodniowych do AOS, co zmniejszy obciążenie oddziałów i kolejki do operacji.

- Urealnienia bazy szpitalnej w zależności od potrzeb ludności na danym terytorium.
- Stworzenia mechanizmów zabezpieczających personel i pacjentów: zapewnienia odpowiedniej liczby personelu w zależności od liczby pacjentów i wykonywanych zabiegów/procedur
- Całkowitej zmiany systemu ratownictwa medycznego, tak by SORy były przeznaczone tylko dla przypadków nagłych oraz zapewnienie szybkiej wizyty ambulatoryjnej u lekarza specjalisty w przychodni przyszpitalnej lub innej AOS.
- Zbudowania przejrzystego i spójnego systemu, niezależnie od tego, kto jest właścicielem szpitala (państwo, uczelnia, samorząd, resorty)

Co to da:

- Szybki dostęp do specjalisty dla rozpoczęcia diagnostyki i leczenia
- Zapewni ciągłość leczenia
- Zmniejszy liczbę niepotrzebnych powikłań i możliwych do uniknięcia śmierci poprzez - umożliwienie opieki w SOR tylko nad pacjentami wymagającymi pilnej bądź natychmiastowej interwencji
- Znacznie lepszy standard i jakość opieki, nawet jeśli będziesz musiał/musiła pojechać kilkanaście kilometrów dalej