



www.krasp.org.pl

**Konferencja
Rektorów
Akademickich
Szkół
Polskich**

Przewodniczący:

prof. dr hab. inż. Arkadiusz Mężyk
Rektor
Politechniki Śląskiej
president@krasp.org.pl

Biuro KRASP:

Krakowskie Przedmieście 26/28
00-927 Warszawa
tel.: 22 55 20 352
fax: 22 55 21 567
biuro@krasp.org.pl

Warszawa, 26 listopada 2020 r.

KRASP/185/2020

Szanowny Pan
Dariusz Salamończyk
Zastępca Szefa Kancelarii Sejmu

Szanowny Panie Ministrze,

w odpowiedzi na pismo nr SPS-WP-020-134(5)/20 z 26 października 2020 roku w załączeniu przesyłam uwagi zebrane z kilku uczelni Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych działającej w ramach Konferencji Rektorów Akademickich Szkół Polskich i opinię Koordynatora Krajowego KRASP ds. COVID-19, prof. Tomasza Pietrzykowskiego, dotyczącą poselskiego projektu ustawy o działaniach służących przeciwdziałaniu rozprzestrzeniania się wirusa SARS-CoV-2 oraz o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19.

Z wyrazami szacunku

Prof. dr hab. inż. Arkadiusz Mężyk
Przewodniczący KRASP

Uwagi
Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych
do poselskiego projektu ustawy o działaniach służących przeciwdziałaniu rozprzestrzenianiu się wirusa SARS-CoV-2 oraz o zmianie
ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19

Lp.	Pomiot zgłaszający uwagę	Przepis, którego dotyczy uwaga	Treść uwagi
1.	KRAUM	Art.2, pkt.3, ust.1	Należy doprecyzować rodzaj testów (II generacji) lub wpisać formułę, że:" Minister właściwy ds. Zdrowia wyda rozporządzenie określające parametry testów, na które będą przekazywane środki z Funduszu Celowego". Przy obecnym zapisie można rozumieć ,że na każdy test, w tym kasetkowy , otrzyma się pieniądze z Funduszu Celowego.
2.	KRAUM	Art.2, pkt.3, ust.3a	Należy dodać katalog rozwiązań , które miałyby spowodować poprawę dostępności lub dodać w zapisie, że „Minister właściwy ds. Zdrowia wyda rozporządzenie określający zakres i metody poprawy dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej”. W obecnej formie jest to przepis „martwy”. Nic z niego nie wynika.
3.	KRAUM	Art. 2 pkt 3 dotyczy zakupu szczepionek na grypę	Zaproponowana liczba szczepionek do kupienia, może zostać nie wykorzystana, ze względu na ich sezonowość i krótką przydatność. Grupy ryzyka są już ustalone a szczepienie na grypę traktowane są dla nich jako zalecane (np. wiek podeszły, choroby współtowarzyszące). Należy zastanowić się jak ułatwić dostępność do szczepień dla tych właśnie osób. Tutaj koncentracja działań na poziomie samorządów lokalnych może odgrywać kluczową rolę. Odbyte szczepienie nie jest gwarancją całkowitej odporności na wirusa grypy i nie powinno być traktowane jako profilaktyka przeciwko zakażeniom SARS-CoV-2.
4.	KRAUM	Art. 2 pkt 3 dotyczy poprawy dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej	Warto doprecyzować stwierdzenie. Do zadań zespołu winna należeć szczegółowa analiza braku dostępności do podstawowej opieki zdrowotnej bądź innej działalności medycznej – specjalistycznej.

Lp.	Pomiot zgłaszający uwagę	Przepis, którego dotyczy uwaga	Treść uwagi
5.	KRAUM	Art.4	Należałoby się zastanowić czy do osób , biorących udział w konsultacjach należałoby dodać Konsultanta Krajowego ds. Epidemiologii, Ch. Zakaźnych i Wirusologii. Ich rola w tym przypadku byłaby sprawozdawcza. W art.5 jest powołany „Zespół”, w skład którego wchodzi w/w konsultanci ale jego rola jest opiniodawczo-doradcza.
6.	KRAUM	Art. 3.1	Skąd estymowana liczba 10.000.000 sztuk szczepionek przeciw grypie, na jakiej podstawie oszacowano wskazaną liczbę, czy jest to pochodna populacyjna do liczby mieszkańców na bazie Niemiec i Włoch. Czy przeprowadzono dogłębną analizę zapotrzebowania na szczepienia? Należy zwrócić uwagę, że wskazania do szczepień przeciw grypie sezonowej powinno być ocenianie indywidualnie w stosunku do każdej osoby ze względu na możliwe istniejące przeciwwskazania, stan chorego (choroby współistniejące, choroby nowotworowe, stan immunosupresji itp.). Nie bez znaczenia jest fakt, że część osób, w tym także kadra medyczna przeszła zachorowanie na Covid-19, w związku z tym należy domniemywać, że grupa osób wytworzyła przeciwciała SARS-Cov-2. Niezbędnym pytaniem jest czy ustawa przewiduje powyższe i czy jej wprowadzenie miałoby skutkować przymusowym szczepieniem. Pragnę przypomnieć, że ostatnie badania w Polsce wskazują, że odsetek osób podejmujących szczepienia na grypę jest daleko niższy od 10 mln. Biorąc pod uwagę wskazane wątpliwości i zapytania określona w Art. 3.1 liczba może być przeszacowana, a niestoby to za sobą poważny skutek finansowy, którego na tym etapie procedowania dokumentu można uniknąć.
7.	KRAUM	Art. 5	W skład zespołu powinni wchodzić: po 1 przedstawicielu z jednego województwa (w sumie 16), a w wymienionej grupie ekspertów powinni być obecni przedstawiciele zdrowia publicznego, którzy obecnie w Europie i na świecie odgrywają istotną rolę w zwalczaniu pandemii (WHO).Brakuje informacji o podjęciu działań, również tych związanych z analizą braku dostępności opieki zdrowotnej dla osób z innymi chorobami SARS-CoV-2 oraz dostępności do badań specjalistycznych. Może warto rozszerzyć skład zespołu o przedstawicieli szpitali / podmiotów tworzących? Tak aby była reprezentacja kluczowych środowisk – nie tylko specjalistów od chorób zakaźnych ale też osób zarządzających podmiotami leczniczymi.

Lp.	Pomiot zgłaszający uwagę	Przepis, którego dotyczy uwaga	Treść uwagi
8.	KRAUM	Art. 8	Zamiast 200% przeciętnego wynagrodzenia propozycja wpisania kwoty – ustalonej centralnie w ten sam sposób, zmniejszy to pracochłonność a także zapobiegnie potencjalnie możliwym nadużyciom przy metodologii wyliczania średniego wynagrodzenia w danej grupie zawodowej. Niech to będzie stała kwota dodatkowego wynagrodzenia dla lekarza, pielęgniarki, ratownika, diagnosty itd.
9.	KRAUM	Art. 10e	Brak precyzyjności w informacji, które grupy zawodowe medyczne są objęte podwyżką. Czy tylko osoby pracujące bezpośrednio chorymi z potwierdzonym SARS-CoV-2? Sam zapis jest krzywdzący. Obecnie osoby pracujące z pacjentami z potwierdzonym SARS-CoV-2 są w lepszej sytuacji, bo wiedzą, że pracują z osobami zakażonymi. Przy obecnej organizacji pracy w Szpitalach, do SOR-ów „niecovidowych” przyjeżdżają osoby z podejrzeniem SARS-COV- 2 oraz z objawami innych chorób. Nakłada to na lekarzy obowiązek ciągłych zmian odzieży ochronnej, co zwiększa ryzyko zakażenia. Poza tym wielu pacjentów zgłaszających się po poradę inną niż podejrzenie SARS-CoV-2, jest nosicielami bezobjawowymi, na co wskazują liczne wyniki badań przesiewowych (np. przed planowym przyjęciem do Szpitala w ciągu kilku dni od wizyty w SOR). Po udzieleniu porady w SOR pacjent wraca do domu, nie mając zrobionego testu. A personel kontakt z pacjentem ma. Kontakt z pacjentem zaczyna się już w Izbie Przyjęć czy SOR, nawet jeśli pacjent jest przyjmowany do Oddziału, który mocą decyzji wojewody ma w tytule dla pacjentów COVID. Dzielenie na personel pracujący z pacjentem COVID na mocy decyzji wojewody i pozostali, który też pracuje z pacjentem COVID – co wykazano wyżej jest niesprawiedliwe i będzie rodziło w środowisku medycznym konflikty i poczucie niesprawiedliwości. Obecnie każda osoba personelu medycznego pracuje z pacjentem COVID.

Głównym sposobem ograniczenia pandemii COVID-19 jest unieszkodliwienie źródeł zakażenia i przerywanie transmisji SARS-CoV-2 w populacji. Dla osiągnięcia tego celu niezbędne jest wczesne rozpoznanie przypadków podejrzanych o zachorowanie na COVID-19, poprzez powszechne testowanie populacji przy użyciu wiarygodnych metod diagnostycznych (RT-PCR lub wiarygodne testy antygenowe II generacji). W przypadku wykrycia zakażenia SARS-CoV-2, osoby te powinny być jak najszybciej izolowane w odpowiednich warunkach. Rozwiązaniem optymalnym, ale ze względów organizacyjnych trudnym do zrealizowania, byłoby przetestowanie całej populacji Polski, wykrycie osób zakażonych, ich izolowanie oraz przeprowadzenie dochodzenia epidemiologicznego. Jednak przy obecnym potencjale diagnostycznym laboratoriów i punktów pobierania wymazów w przypadku wykrycia osoby zakażonej, testowanie można ograniczyć jedynie do osób z wspólnego gospodarstwa domowego. Dla podtrzymania krytycznej infrastruktury państwa, zwłaszcza funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej, konieczne jest

Lp.	Pomiot zgłaszający uwagę	Przepis, którego dotyczy uwaga	Treść uwagi
<p>wykonywania testów u wszystkich pracowników medycznych oraz administracyjnych placówek opieki zdrowotnej, niezależnie od występowania objawów. W przypadku wykrycia zakażenia osoba ta powinna być odsunięta od pracy i izolowana. Pacjenci przyjmowani planowo do placówek medycznych lub opieki długoterminowej powinni mieć wcześniej wykonany test w kierunku zakażenia SARS-CoV-2. Należy podkreślić, że w przypadku COVID-19 podstawową drogą szerzenia się wirusa SARS-CoV-2 jest droga kropelkowa, w rzadki przypadkach droga powietrzna lub przeniesienie wydzielin dróg oddechowych osoby zakażonej na służówki osoby zdrowej na rękach lub przedmiotach. W sytuacji powszechnej podatności populacji na zakażenie SARS-CoV-2, braku szczepionki oraz mało skutecznej terapii przeciwwirusowej, nie uda się ograniczyć pandemii, bez przestrzegania podstawowych zasad przecinania dróg transmisji SARS-CoV-2, czyli identyfikacji i izolacji zakażonych, prawidłowego noszenia maseczek ochronnych, utrzymywanie co najmniej 2 metrowego dystansu fizycznego, unikania skupisk ludzkich oraz higienicznego mycia rąk.</p>			

prof. dr hab. Marcin Gruchała

Rektor Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Przewodniczący KRAUM w kadencji 2020-2024

prof. Tomasz Pietrzykowski
Koordynator Krajowy KRASP ds. COVID-19

Opinia
o poselskim projekcie ustawy o działaniach służących przeciwdziałaniu
rozprzestrzeniania się wirusa SARS-CoV-2 oraz o zmianie ustawy o szczególnych
rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem
COVID-19

Niewątpliwą zaletą projektu jest instytucjonalizacja wsparcia doradczo-ekspertyzacyjnego w zakresie przeciwdziałania skutkom epidemii COVID-19 służącego realizacji założeń *evidence-based policy* (art. 5 projektu). Za zasadne należy uznać rozwiązanie konstytuujące tego rodzaju ciało w oparciu o stosowne regulacje ustawowe oraz zapewnienie transparentności jego działań i rekomendacji, a także poszerzenie partycypacyjnego modelu prowadzenia polityki przeciwdziałania skutkom epidemii o regularne konsultacje z organizacjami samorządu terytorialnego (art. 4). Rozważyć należałoby poszerzenie tego kręgu także o podmioty reprezentujące innych istotnych interesariuszy (w tym reprezentowane w Radzie Dialogu Społecznego).

Wątpliwości budzi przesądzenie właściwych narzędzi polityki przeciwdziałania skutkom epidemii, w tym konkretnych kwot, wartości liczbowych i grup zawodowych już na poziomie ustawy (art. 2 i 3 projektu), wyprzedzając niejako rozwiązania i propozycje wypracowywane na forum zespołu, o którym mowa w art. 5. Wydaje się, że tego rodzaju „usztyniające” rozwiązania ustawowe, przesądzające zarówno rodzaj, jak i skalę właściwej interwencji, nie stanowią optymalnego sposobu regulacji działań mających stanowić adekwatną i odpowiednio dostosowaną w czasie reakcję na dynamikę rozwoju epidemii opartą o elastycznie dobierane i celowane instrumenty i przedsięwzięcia. W szczególności mogą i powinny one obejmować ustanawianie i aktualizację treści aktów wykonawczych, oparte o podawane do publicznej wiadomości diagnozy, predykcje i rekomendacje zespołu doradczego działającego na podstawie art. 5.