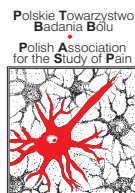




Parlamentarny Zespół ds. Praw Pacjentów

PROPOZYCJE SYSTEMOWYCH ROZWIĄZAŃ PRAWNYCH W ZAKRESIE LECZENIA BÓLU W POLSCE



Raport został opracowany przez Polskie Towarzystwo Badania Bólu we współpracy z Koalicją na Rzecz Walki z Bólem „Wygrajmy z Bólem” i Fundacją Eksperci dla Zdrowia. Dokument powstał dzięki inicjatywie Parlamentarnego Zespołu ds. Praw Pacjentów.

Warszawa, czerwiec 2016



*„Leczenie bólu wynika z ochrony godności życia ludzkiego w sytuacji cierpienia
i jest moralnym obowiązkiem lekarza każdej specjalizacji”.*

dr n. med. Krzysztof Ostrowski
Przewodniczący Parlamentarnego Zespołu ds. Praw Pacjentów
Poseł na Sejm RP



WPROWADZENIE

prof. dr hab. n. med. Jan Dobrogowski

Prezes Polskiego Towarzystwa Badania Bólu

Ból jest zarówno skutkiem urazów, jak i objawem towarzyszącym wielu schorzeniom. Jest najczęstszym powodem skłaniającym chorych do wizyt u lekarza rodzinnego. Pacjenci wymagają uśmierzania bólu na miejscu urazu, w karetkach pogotowia, w szpitalnych oddziałach ratunkowych, na salach operacyjnych, pooperacyjnych, jak również na salach porodowych. Ból jest centralnym elementem doświadczenia pacjenta w wielu schorzeniach (ból przewlekły, ból pooperacyjny, ból w chorobie nowotworowej, ból neuropatyczny, bóle głowy, ból trzewny), a jakość świadczonych w tym przypadku usług może być uznawana za wskaźnik jakości całego systemu opieki zdrowotnej. Ból przewlekły, czyli ból, który trwa dłużej niż trzy miesiące dotyczy ponad 20% społeczeństwa, a u części z nich (ponad 5%) jest to ból o bardzo dużym nasileniu. Ból przewlekły jest szczególnym problemem dla systemu opieki zdrowotnej i uznawany jest za chorobę samą w sobie, również ze względu na objawy lęku, depresji, zaburzenia snu, nadużywania leków.

Skuteczność nowoczesnych systemów opieki zdrowotnej ocenia się również poprzez ulgę w bólu, poprawę funkcjonowania fizycznego i poprawę jakości życia pacjenta.

Ból u chorego na nowotwór może wystąpić jako jeden z pierwszych objawów choroby, jednak zazwyczaj zbyt późno ostrzega o jej wystąpieniu. W trakcie leczenia ból występuje u ponad 60% chorych nowotworowych, a liczba osób cierpiących może zwiększyć się w terminalnym stanie choroby. Ból może wynikać z miejscowego naciekania guza, przerzutów oraz działań niepożądanych związanych z leczeniem: chirurgicznym, radioterapią i chemioterapią. Dolegliwości bólowe występują również u 30% chorych po skutecznym zakończeniu leczenia.

Prawo do uśmierzania bólu ostrego oraz leczenia bólu przewlekłego zaliczane jest do uniwersalnych praw człowieka, a powołaniem lekarzy jest niesienie ulgi w cierpieniu.

Uznając nieodłączną godność wszystkich istot ludzkich oraz fakt, że odmawianie leczenia bólu jest z gruntu niewłaściwe, prowadzące do niepotrzebnego cierpienia, co jest szkodliwe. Następujące prawa człowieka muszą być uznane w Polsce według treści Deklaracji Montrealskiej uchwalonej przez przedstawicieli Międzynarodowego Towarzystwa Badania Bólu oraz osób reprezentujących poszczególne nacje ze 130 państw w 2000 r.:

- Prawo wszystkich ludzi do posiadania dostępu do leczenia bólu bez dyskryminacji.
- Prawo ludzi cierpiących z powodu bólu do uznania ich bólu i uzyskania informacji w jaki sposób może być oceniany i leczony.
- Prawo wszystkich ludzi cierpiących z powodu bólu do posiadania dostępu do adekwatnej oceny i leczenia bólu przez odpowiednio wyszkolonych specjalistów opieki zdrowotnej.

Istnieje nieadekwatny dostęp do leczenia bólu ostrego spowodowanego urazem, chorobą, w tym terminalną, i brak uznania, że ból przewlekły jest poważnym przewlekłym problemem zdrowotnym wymagającym dostępu do leczenia podobnie jak inne schorzenia przewlekłe, takie jak choroby tarczycy czy przewlekłe choroby serca. Istnieją ogromne deficyty w zakresie wiedzy specjalistów z zakresu ochrony zdrowia dotyczącej mechanizmów powstawania i leczenia bólu. Zdiagnozowany lub niezdiagnozowany przewlekły ból jest silnie stygmatyzujący. Konieczny jest plan narodowej polityki dotyczącej leczenia bólu jako problemu zdrowotnego, włączając w to nieadekwatny poziom edukacji. Medycyna bólu nie jest jeszcze w Polsce uznawana za odrębną specjalizację z unikalnym zakresem wiedzy i zdefiniowanymi kompetencjami praktycznymi opartymi o badania i obszerne programy szkoleniowe. Istnieją poważne ograniczenia odnośnie dostępności opioidów i innych podstawowych leków w leczeniu bólu.

- Dostęp do odpowiedniego leczenia bólu należy do podstawowych praw człowieka.
- Odpowiednie leczenie bólu jest miernikiem jakości funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej.
- Odpowiednie leczenie bólu zmniejsza cierpienie i gwarantuje powrót do aktywności i pracy zawodowej.

PROPOZYCJA NOWELIZACJI USTAWY O PRAWACH PACJENTA I RZECZNIKU PRAW PACJENTA

Założenia do nowelizacji ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta Dz.U. tekst jedn. z 2016 r. poz. 186

prof. dr hab. n. prawn. Dorota Karkowska

Kierownik Podyplomowego Studium Prawa Medycznego Uniwersytetu Łódzkiego, Fundacja Eksperti dla Zdrowia

1. Potrzeba i cel projektowanej nowelizacji ustawy

Projekt ma na celu dostosowanie przepisów ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta Dz. U. tekst jedn. z 2016 r. poz. 186 (daje: ustawa) tak, by rzeczywiście realizowały wyrażoną w art. 38 Konstytucji RP z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm. dalej: Konstytucja RP) zasadę ochrony godności życia ludzkiego w sytuacji cierpienia, a także zobowiązań międzynarodowych i europejskich w zakresie zapewnienia każdemu człowiekowi poszanowania godności osoby ludzkiej i ochrony przed nieludzkim oraz poniżającym traktowaniem.

Celem inicjatywy jest zagwarantowanie w pełni skutecznie praw każdemu człowiekowi do łagodzenia bólu zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej bez względu na źródło pochodzenia tego bólu.

Jednocześnie, projekt nowelizacji ustawy zapewnia realizację zasady równości wobec prawa i służy zakończeniu prawnej dyskryminacji ludzi w okresie ich cierpienia, bez względu na wiek, rodzaj choroby, pochodzenia bólu i innych cierpień oraz bez względu na miejsce pobytu pacjenta.

2. Oczekiwane przyjęcie projektu nowelizacji przez władzę ustawodawczą

Niniejszy projekt nowelizacji ustawy jest składany w nadziei pozytywnego przyjęcia przez władzę ustawodawczą. Należy bowiem zauważyć, że posłowie zarówno poprzedniej kadencji, jak i obecnej jasno wyrażają swoje poparcie dla pełnej ochrony godności człowieka i kierowania się w sektorze ochrony zdrowia tylko dobrem pacjenta.

Zasadne jest więc społeczne oczekiwanie, że ta jednoznaczna moralnie postawa zostanie utrzymana w obecnej kadencji. Wywiedziony z fundamentalnych zasad ustrojowych postulat powszechnej ochrony życia i godności osoby ludzkiej w cierpieniu powinien znaleźć poparcie parlamentarzystów klubów PiS, KUKIZ'15, PSL, PO i Nowoczesnej.

3. Stan prawny i stan stosunków społecznych w dziedzinie, której ma dotyczyć projektowana nowelizacja

3.1 Istota dolegliwości bólowych

DEFINICJA BÓLU

Ból zgodnie z definicją Międzynarodowego Towarzystwa Badania Bólu jest doznaniem czuciowym, emocjonalnym i subiektywnym związanym z uszkodzeniem tkanek.

PODZIAŁY BÓLU

Ze względu na kryterium czasu ból dzieli się na: ostry (pooperacyjny, pourazowy, porodowy) i przewlekły (receptorowy: somatyczny i trzewny, niereceptorowy: neuropatyczny i psychogeny).

Ból ostry trwa krótko (do 3 miesięcy), pełni funkcję ostrzegawczo-obronną i ustępuje wraz z wywołującą go chorobą. Wymaga leczenia choroby podstawowej oraz łagodzenia bólu.

Ból przewlekły utrzymuje się ponad 3 miesiące, traci funkcję ostrzegawczo-obronną i wymaga szerokiego postępowania terapeutycznego (leczenia).

Ze względu na patomechanizm ból dzielimy na receptorowy: fizjologiczny i kliniczny (somatyczny i trzewny) i niereceptorowy: neuropatyczny i psychogeny.

W bólu fizjologicznym bodziec drażniący nie doprowadza do uszkodzenia tkanek. Jest to rodzaj bólu, który od dzieciństwa uczy nas poruszania się w otaczającym świecie. Przemijający ból fizjologiczny, który pojawi się np., gdy dotkniemy gorącego przedmiotu spowoduje naszą natychmiastową reakcję, czyli usunięcie się z obszaru zagrożenia.

Jeżeli drażnienie receptorów spowoduje uszkodzenie tkanek mówimy o bólu klinicznym. Przykładem bólu klinicznego jest uraz kończyny, np. jej złamanie. Ból towarzyszący takiemu urazowi wymusi na nas ograniczenie aktywności, przez co zmniejszy ryzyko nasilenia zmian towarzyszących urazowi.

Jeżeli uszkodzenie dotyczy powłok naszego ciała jest to ból somatyczny. Jeżeli choroba dotyczy struktur położonych wewnątrz jamy brzusznej lub klatki piersiowej, jest to ból trzewny.

Ból neuropatyczny to ból będący wynikiem uszkodzenia układu nerwowego. Jeżeli choroba dotyczy obwodowego układu nerwowego mówimy o obwodowym bólu neuropatycznym, jeśli ośrodkowego o ośrodkowym bólu neuropatycznym. O bólu psychogenym można mówić dopiero po wykluczeniu organicznych przyczyn choroby.

EPIDEMIOLOGIA BÓLU OSTREGO I PRZEWLEKŁEGO

Ból ostry dotyka 5% populacji. Ból przewlekły dotyczy ponad 20% populacji i procent ten wzrasta z wiekiem (50% > 65. roku życia). Najczęstsze zespoły przewlekłego bólu nienowotworowego to: choroba zwyrodnieniowa stawów (34%), bóle krzyża (18%), bóle głowy (15%), urazy (12%) i ból neuropatyczny 5–8% (neuralgia popółpaścowa – PHN, neuropatia cukrzycowa, przetrwały ból pooperacyjny, zespół wielobjawowego bólu miejscowego – ZWBM, neuralgia trójdzielnia, ból fantomowy, ból neuropatyczny towarzyszący chorobie nowotworowej i zakażeniu wirusem HIV, ból wzgórzowy, ból rdzeniowy, ból w SM). Dużym problemem jest również ból, który towarzyszy chorobie nowotworowej.

BÓL NOWOTWOROWY

Częstość występowania bólu u chorych na nowotwory nie zmieniła się na przestrzeni ostatnich 40 lat. W Polsce na podstawie analizy, że na nowotwór choruje około 1% populacji można założyć, że leczenie bólu nowotworowego wymaga rocznie ponad 200 tysięcy osób. Dlaczego chorobie nowotworowej towarzyszy ból?

Przyczynami bólu w chorobie nowotworowej są:

- Rozrost w narządach posiadających torebkę (wątroba)
- Naciekanie tkanek miękkich
- Przerzuty do kości
- Naciekanie błon surowiczych (otrzewna, opłucna)
- Wywoływanie martwicy narządów litych (trzustka)
- Martwica narządów spowodowana zamknięciem naczyń uciśniętych naczyń
- Naciekanie nerwów.
- Wyniszczenie nowotworowe
- Leczenie przeciwnowotworowe
- Choroby współistniejące

Ze względów praktycznych wyróżniamy następujące kategorie bólu:

- Spowodowane bezpośrednio przez rosnący nowotwór (41–97%)
- Związane z postępującym osłabieniem, wyniszczeniem (9–29%)
- Związane z leczeniem onkologicznym (5–18%)
- Współistniejące: zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, stawów (9–18%)

Współczesne leczenie bólu w chorobie nowotworowej to leczenie wielokierunkowe. Podstawą jest zawsze farmakoterapia, która skuteczna jest u ponad 85%. Poza farmakoterapią stosujemy:

- Radioterapię, chemioterapię, hormonoterapię
- Inwazyjne techniki anestezyjologiczne i chirurgiczne
- Neurostymulację przezskórną i nardzeniową
- Psychoterapię

Wysoki procent ludzi, którzy odczuwają ból przewlekły wynika w dużym stopniu ze starzenia się populacji. Żyjemy dłużej – postęp medycyny znacznie wydłużył życie chorych z wieloma chorobami. Wraz z wiekiem proporcjonalnie rośnie zapadalność na przewlekłe choroby, których jednym z objawów jest ból. Żyjemy w ciągłym biegu, prowadzimy siedzący tryb życia, nie uprawiamy sportów, mamy nadwagę, co dodatkowo obciąża narząd ruchu i jest powodem przewlekłych dolegliwości bólowych. Wydłużenie życia chorych z tak częstą chorobą, jak np. cukrzyca sprawia, że pojawiają się późne powikłania tej choroby – polineuropatia. Z wiekiem rośnie również zapadalność na choroby, których dominującym objawem jest ból. Dobrym przykładem jest półpasiec – na chorobę tą zapadnie 10–20% populacji. Wiek w tej jednostce chorobowej jest największym czynnikiem ryzyka rozwinięcia się przewlekłego zespołu bólowego – PHN. U ludzi w wieku podeszłym powodem bólu jest najczęściej: narząd ruchu, nowotwór, PHN, polineuropatia cukrzycowa, neuralgia trójdzielna. U ludzi młodych powodem dolegliwości bólowych jest najczęściej ostry ból pourazowy a z przewlekłych zespołów bólowych bóle głowy.

3.2 Godność człowieka i prawo człowieka do życia bez bólu w chorobie

Zagwarantowanie każdemu człowiekowi prawa do leczenia bólu ostrego oraz leczenia bólu przewlekłego wymaga stworzenia organizacyjnych i finansowych zasad dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych umożliwiających skuteczne łagodzenie wszelkiego bólu, co jest niekwestionowanym obowiązkiem władzy publicznej w rozumieniu art. 68 ust. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej.

Łagodzenie wszelkich cierpień jest podstawowym warunkiem poszanowania godności ludzkiej. Konstytucja RP w preambule stwierdza istnienie „przyrodzonej godności człowieka”, a art. 30 charakteryzuje ją jako przyrodzone, niezbywalne i nienaruszalne „źródło wolności i praw człowieka i obywatela”. Godność człowieka jest jedyną konstytucyjną wartością, która nie może być ograniczona i jedną z klauzul generalnych, stanowiących podstawę interpretacyjną całego systemu prawa. Obowiązkiem wszelkiej władzy publicznej jest jej poszanowanie i ochrona. Kwintesencją ochrony godności człowieka jest ochrona jego podmiotowego statusu, która nie może być uzależniona od poglądów filozoficznych czy religijnych w neutralnym światopoglądowo państwie.

Obowiązek dbałości o zdrowie i godność drugiego człowieka nie tylko wynika z normy ustawowej, ale i ze zwykłego rozsądku popartego zasadami doświadczenia, które nakazują nie tylko unikania niepodyktowanego koniecznością ryzyka grożącego drugiej osobie (naruszania jego wolności), lecz nawet podjęcia niezbędnych czynności zapobiegających możliwości powstania zagrożenia dla zdrowia i godności (Wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 21 lipca 2015 r. I Aca 577/15).

Zagadnienie ochrony godności człowieka wiąże się ściśle z obowiązkiem przestrzegania różnych aspektów innych praw człowieka, jak zakazu niehumanitarnego lub poniżającego traktowania, poszanowania integralności fizycznej, psychicznej i moralnej. Pozbawienie człowieka właściwego postępowania przeciwbólowego jest nie-

wątpliwie traktowaniem nieludzkim. Zgodnie ze stanowiskiem Europejskiego Trybunału Praw Człowieka Rady Europy traktowanie powodujące poważne cierpienia fizyczne i psychiczne, mieści się w kategorii nieludzkiego traktowania, natomiast brak stosowania odpowiedniego leczenia przeciwbólowego, które jest konieczne ze względu na proces chorobowy, narusza ludzką godność i może być interpretowane jako poniżające traktowanie w rozumieniu art. 3 Konwencji o ochronie prawa człowieka i podstawowych wolności z 1950 r. (Dz. U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284 z późn. zm.). Niezapewnienie lub wręcz odmawianie skutecznego leczenia bólu jest łamaniem przez władzę publiczną powyżej przywołanych praw człowieka.

Europejska Karta Praw Pacjenta Unii Europejskiej (www.activecitizenship.net) wyraźnie artykułuje: Prawo do unikania niepotrzebnego cierpienia i bólu, w takim stopniu, w jakim to możliwe, niezależnie od stadium choroby. Pacjent cierpiący i korzystający ze świadczeń opieki zdrowotnej to nadal „cały” człowiek, a nie tylko „uszkodzona funkcja lub sprawność”, to nadal człowiek posiadający własny system wartości i wiedzy, mający określone oczekiwania wobec osób udzielających świadczeń opieki zdrowotnej. Przez fakt wejścia w rolę cierpiącego pacjenta nikt nie może być zmuszany do bezwzględnego podporządkowania się z góry określonym regułom, które godzą w jego poczucie godności i zmuszają go do bezsensownego cierpienia.

Natomiast Deklaracja Montrealska uchwalona przez przedstawicieli Międzynarodowego Towarzystwa Badań Bólu i poparta przez przedstawicieli reprezentujących 130 państw w 2000 r. rekomenduje:

- Prawo wszystkich ludzi do posiadania dostępu do leczenia bólu bez dyskryminacji.
- Prawo ludzi cierpiących z powodu bólu do uznania ich bólu i uzyskania informacji w jaki sposób może być oceniany i leczony.
- Prawo wszystkich ludzi cierpiących z powodu bólu do posiadania dostępu do adekwatnej oceny i leczenia bólu przez odpowiednio wyszkolonych specjalistów opieki zdrowotnej.

4. Aktualny model leczenia bólu w Polsce

Zgodnie z art. 6 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta każdy pacjent ma prawo do stosowania metod, które odpowiadają aktualnie dostępnej wiedzy medycznej również w zakresie podejmowania działań uśmierzających ból.

Pojęcie „aktualna wiedza medyczna” w zakresie leczenia bólu jest terminem wieloznacznym i – często wiedza dotycząca określonego przypadku bólowego jest niejednoznaczna. Związane jest to z bardzo szybkim rozwojem medycyny, a nowe techniki są szybko zarzucane, ponieważ pojawiają się kolejne. Za metody uznawane i dopuszczone do stosowania uznaje się zasady wiedzy reprezentowane przez miarodajne koła naukowe, które opowiadające się za przyjętym poglądem, który nie podlega dyskusji oraz oparty jest prawie na jednomyślności. Ustawodawca jednocześnie wyłącza możliwość stosowania metod zdezaktualizowanych, niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną, czyli negatywnie ocenionych na gruncie nauk medycznych w zakresie leczenia bólu.

Udzielanie świadczeń zdrowotnych niezgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej jest naruszeniem warunku podejmowania czynności medycznych zgodnie z prawem (*lege artis*). Spełnienie tego warunku jest wyłącznie obiektywną kategorią, uzależnioną od faktycznego stanu wiedzy medycznej, a nie od subiektywnych indywidualnych właściwości osoby działającej i nie zależy od subiektywnych przekonań osoby biorącej udział w procesie udzielania świadczenia zdrowotnego ani od przekonań pacjenta. Dlatego zgodność postępowania medycznego z „aktualną wiedzą medyczną” nazywamy tzw. obiektywnym warunkiem legalności czynności medycznych. Zgodność z aktualnymi regułami postępowania medycznego ma stworzyć pacjentowi poczucie bezpieczeństwa terapeutycznego i ograniczyć ryzyko związane nierozdzielnie z czynnościami medycznymi.

W sposób szczególny ustawodawca podkreśla, iż pacjent znajdujący się w stanie terminalnym ma prawo do świadczeń zdrowotnych zapewniających łagodzenie bólu i innych cierpień zgodnie z aktualną wiedzą (art. 20 ust. 2 zdanie drugie u.p.p. w zw. z art. 6 ust. 1 u.p.p.). Z literalnego brzmienia tego przepisu wynika, iż ustawodawca zwykły w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta wprost gwarantuje prawa do łagodzenia bólu tylko wobec pacjentów w stanie terminalnym.

Gwarancją systemową realizacji prawa każdego pacjenta do działań przeciwbólowych zgodnie z aktualną wiedzą medyczną jest zobowiązanie podmiotów leczniczych do wdrożenia standardów **leczenia bólu niezależnie od jego przyczyny**. Ma to pacjentowi zagwarantować prawo do leczenia bólu w trzech obszarach: bólu operacyjnego, bólu towarzyszącego diagnostyce oraz leczenia bólu. W tym celu podmiot leczniczy tworzy oddziały lub komórki organizacyjne leczenia bólu jakimi są poradnie leczenia bólu. (rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą (Dz.U.poz. 15, 2013 r.) wydane na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej Dz. U. Nr 112, poz. 654, z późn. zm.). Słabą stroną przyjętych rozwiązań jest to, iż nie każdy jednak podmiot leczniczy musi przewidywać w swojej strukturze organizacyjnej tworzenie systemu opieki przeciwbólowej w ramach anestezji. I w ten sposób pacjent może nie mieć dostępu do leczenia przeciwbólowego świadczonego w ramach opieki anestezjologicznej.

Niezależnie od powyższych uwag warto podkreślić, iż ustawodawca przewiduje dodatkowe regulacje w ramach szpitalnych świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych. Pacjent uprawniony do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z chwilą przyjęcia do szpitala lub innego podmiotu leczniczego wykonującego działalność w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne oraz przy wykonywaniu zabiegów leczniczych i pielęgnacyjnych, diagnostycznych i rehabilitacyjnych przez podmioty uprawnione do tych świadczeń, a także przy udzielaniu przez te podmioty pomocy w stanach nagłych, ma prawo do bezpłatnych leków i wyrobów medycznych, jeżeli są one konieczne do wykonania świadczenia. Co oznacza, iż w trakcie trwania hospitalizacji do dnia wypisu włącznie, szpital jest zobowiązany uposażać pacjenta w niezbędne leki i wyroby medyczne, również w zakresie działania przeciwbólowego. Za-

kres realizacji tego prawa musi uwzględniać postanowienia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych, jakie są zawierane pomiędzy Funduszem a świadczeniodawcami (art. 35 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, tekst jedn.: Dz. U. z 2015 r. poz. 581 z późn. zm.). Prawo pacjenta do gwarantowanego szpitalnego działania przeciwbólowego w systemie publicznym musi być realizowane zgodnie z opracowaną i wdrożoną procedurą leczenia bólu i oceny skuteczności tego leczenia (zgodnie z § 5a. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, Dz. U. 2013.1520).

Ustawodawca dodatkowe gwarancje przewiduje w systemie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wobec pacjentów objętych opieką paliatywną lub hospicyjną.

Zgodnie z § 3 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. poz. 1347): „Świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej to wszechstronna, całościowa opieka i leczenie objawowe świadczeniobiorców chorujących na nieuleczalne, niepoddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące, ograniczające życie choroby. Opieka ta jest ukierunkowana na poprawę jakości życia, ma na celu zapobieganie bólowi i innym objawom somatycznym oraz ich uśmierzenie, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych”. Świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach stacjonarnych obejmują m.in: leczenie bólu zgodnie z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia – drabina analgetyczna (§ 5 rozporządzenia). Natomiast porada w poradni medycyny paliatywnej lub w domu świadczeniobiorcy jest to świadczenie obejmujące m.in. ordynację leków, w tym leków przeciwbólowych (§ 7 ust. 2 pkt 3 rozporządzenia).

Dotychczasowa praktyka realizacji wyżej przywołanych aktów prawnych wskazuje, iż istnieje nieadekwatny dostęp do leczenia bólu ostrego spowodowanego urazem, chorobą, w tym terminalną i brak uznania, że ból przewlekły jest poważnym przewlekłym problemem zdrowotnym wymagającym dostępu do leczenia podobnie jak inne schorzenia przewlekłe, takie jak choroby tarczycy czy przewlekłe choroby serca. Istnieją ogromne deficyty w zakresie wiedzy specjalistów z zakresu ochrony zdrowia dotyczącej mechanizmów powstawania i leczenia bólu. Zdiagnozowany lub niezdiagnozowany przewlekły ból jest silnie stygmatyzujący.

5. Propozycje zmian w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

Zgodnie z powyższymi uwagami, władze publiczne nie tylko są obowiązane nie podejmować działań, które ujemnie oddziałują na chronioną konstytucyjnie wartość, jaką jest życie, ale także ciąży na nich obowiązek pozytywny podejmowania takiej aktywności, która w sposób pełny prowadzi do realizacji konstytucyjnej gwarancji ochrony prawa do godnego życia. Taki pogląd potwierdza Trybunał Konstytucyjny w wyroku z 23 marca 1999 r., w sprawie prowadzonej pod sygn. K 2/984 (Dz. U. z 1999 r. Nr 26, poz. 242). Trybunał stwierdził, że skoro „z konstytucji wynika pewien obiektywny system wartości, to na ustawodawcy ciąży obowiązek stanowienia prawa o takiej treści, by możliwa była ochrona i realizacja tych wartości w możliwie najszerszym zakresie”. Omawiany postulat został także przedstawiony w nauce prawa konstytucyjnego, gdzie podnosi, że

podejmowane przez władze działania powinny stwarzać „prawne, jak i faktyczne instytucje i stany, zmniejszające lub eliminujące zagrożenia życia ludzkiego”.

Aktualnie obowiązujące ustawodawstwo, które swym przedmiotem dotyka sfery prawa do godnego życia, powinno się oceniać w kontekście wyżej przedstawionych zasad. Dotyczy to również ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta zgodnie z jej art. 20 ust. 1 „Pacjent ma prawo do poszanowania (...) godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych”, natomiast zgodnie z art. 20 ust. 2 zdanie drugie „Pacjent znajdujący się w stanie terminalnym ma prawo do świadczeń zdrowotnych zapewniających łagodzenie bólu i innych cierpień”. W cytowanym kształcie przepis ten od samego początku wejścia w życie ustaw regulował prawo człowieka do poszanowania życia i godności osobistej tylko częściowo, nie obejmując zakresem regulacji ochrony pacjenta na okoliczności innych cierpień niż odczuwanych w okresie terminalnym. W obecnym kształcie regulacja prawa pacjenta do leczenia lub łagodzenia bólu i innych cierpień wymaga zmian tej ustawy.

Opisany stan prawny budzi poważne wątpliwości co do zgodności z normami ustawy zasadniczej, w tym w szczególności z art. 38 i art. 30 Konstytucji RP. Konstytucja RP wymaga bowiem od ustawodawcy zapewnienia ochrony godnego życia ludzkiego, zarówno w zdrowiu, jak i w każdej chorobie. Wartość konstytucyjnie chronionego dobra prawnego jakim jest godne życie ludzkie, nie może być różnicowana. Brak jest bowiem dostatecznie precyzyjnych i uzasadnionych kryteriów pozwalających na dokonanie takiego zróżnicowania w zależności od stanu zdrowia, rodzaju czy etapu choroby. W wyroku Trybunału Konstytucyjnego z 30 września 2008 r. (wydanym w sprawie prowadzonej pod sygn. akt K 44/0710 OTK A 2008, Nr 7, poz. 126), gdzie Trybunał stwierdza, iż „nie ma wątpliwości, że życie człowieka nie podlega wartościowaniu ze względu na jego wiek, stan zdrowia, przewidywany czas jego trwania, ani ze względu na jakiegokolwiek inne kryteria”. W konsekwencji, dopuszczalne jest podwyższenie standardu ochrony prawa do życia w okresie trwania cierpienia, zaś za niedopuszczalne uznać należy obniżenie tego standardu ochrony do poziomu, który nie zapewnia człowiekowi w okresie cierpienia dostatecznej ochrony tego prawa.

Trzeba także wziąć pod uwagę, że zgodnie z art. 9 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, będąc związaną prawem międzynarodowym i europejskim jest obowiązana przestrzegać ratyfikowanych umów, które zostały przez nią zawarte w zakresie poszanowania i realizacji praw człowieka.

Dlatego wypełniając standardy poszanowania praw człowieka i obywatela do poszanowania godnego życia w sytuacji cierpienia i bólu proponuje się następujące rozwiązania.

Propozycja rozwiązania

Proponuje się aby, prawo pacjenta do leczenia bólu zostało uregulowane w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w dodatkowo wyodrębnionym rozdziale, tj.: Rozdział 6a Prawo do leczenia bólu i łagodzenia innych cierpień.

Propozycja rozwiązania

Proponuje się zapisanie prawa do unikania zbędnego bólu i cierpienia, w takim stopniu, w jakim to możliwe, cierpienia i bólu, niezależnie od rodzaju i stadium choroby, wieku i miejsca udzielania świadczenia zdrowotnego.

Proponuje się prowadzenie pomiaru natężenia bólu u wszystkich pacjentów, u pacjentów po zabiegu operacyjnym co najmniej 4 razy na dobę.

Proponuje się prowadzenie dokumentacji dotyczącej pomiarów bólu i zastosowanego postępowania zgodnie z rekomendacjami ekspertów dotyczących uśmierzania bólu.

Proponuje się monitorowanie objawów niepożądanych zastosowanego leczenia.

Proponuje się postępowanie zgodnie z aktualnie obowiązującymi zaleceniami ekspertów dotyczącymi uśmierzenia i leczenia bólu.

Pacjent ma prawo oczekiwać od lekarza i pielęgniarki właściwego uśmierzania bólu ostrego i leczenia bólu przewlekłego. Leczenie bólu powinno być zgodne z zaleceniami Międzynarodowego Stowarzyszenia Badań Bólu. Do oceny natężenia i monitorowania prowadzonej terapii przeciwbólowej stosuje się różne skale, np. 11 stopniową skalę numeryczną (liczbową – NRS) od „0” do „10”. Chory za pomocą słów, a dokładniej liczb ocenia swój ból. Przyjmuje się, że „0” oznacza brak bólu, a „10” to najsilniejszy, trudny do wyobrażenia ból. Jeśli zastosujemy przy tym wizualizację, chociażby 10 cm linijkę z podziałką, na której pacjent wskaże swoje natężenie bólu to wówczas jest to skala wizualno-analogowa (VAS). Skale są potrzebne do oceny natężenia bólu oraz skuteczności zaleconej i prowadzonej terapii, np. podczas kontrolnej wizyty u lekarza. Często ocenia się ból w danym momencie, największe nasilenie w ciągu ostatniej doby oraz średnie nasilenie w ciągu dnia.

Propozycja rozwiązania

Proponuje się prawo pacjenta do informacji co do swojego stanu zdrowia oraz o przyczynach odczuwania przez niego dolegliwości.

Proponuje się aby pacjent miał zagwarantowane prawo do informacji o możliwości i metodach uśmierzania bólu, oraz rokowaniu co do wyleczenia lub złagodzenia dolegliwości bólowych.

6. Założenia projektów podstawowych aktów wykonawczych

Jednocześnie do czasu wejścia w życie przepisów projektowanej ustawy należy przygotować przepisy wykonawcze, które powinny wejść w życie z taką samą datą jest data wdrożenia w życie przepisów projektowanej ustawy.

Zmiany w zakresie aktów wykonawczych wpływające na 1) zniesienie barier w dostępie do terapii bólu oraz 2) zobligowanie lekarzy do oceny stopnia nasilenia bólu i dokumentowania tego faktu.

Osiągnięcie wskazanych powyżej celów wymaga w chwili obecnej zmian w następujących rozporządzeniach ministra właściwego do spraw zdrowia tj.: w rozporządzeniu w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania oraz w rozporządzeniu w sprawie recept lekarskich.

6.1 Dokumentacja medyczna

Rozporządzenie w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania stanowi wykonanie delegacji z art. 30 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

W Polsce z powodu bólu przewlekłego cierpi 27% dorosłej populacji, a w odniesieniu do osób powyżej 65. roku życia – odsetek ten sięga 55% populacji. Statystycznie częściej ból przewlekły występuje u osób z chorobami układu krążenia i układu oddechowego. Niestety, w obecnym stanie prawnym mniej niż 10% pacjentów ma oceniane nasilenie bólu w ramach świadczeń udzielanych przez lekarzy POZ. Dlatego też, wprowadzenie zarówno w procedowanym obecnie projekcie rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej, oraz w przedstawionej zmianie do rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, podstaw prawnych obowiązku dokonywania oceny bólu i dokumentowania tego faktu, będzie dla pacjentów istotnym ułatwieniem w dostępie do terapii przeciwbólowej.

Z klinicznego punktu widzenia ocena nasilenia bólu i jego wpływ na jakość życia jest niezwykle ważna w terapii pacjentów. Ból przewlekły jest chorobą samą w sobie, a stopień nasilenia bólu i wpływ na jakość życia jest miarą odpowiedniej kontroli choroby. Tylko odpowiednia komunikacja pomiędzy lekarzem a pacjentem daje gwarancje prawidłowego dobru terapii w leczeniu bólu. **Mając na uwadze przedstawione fakty, przedkładamy poniżej propozycje zmian legislacyjnych, które wprowadzą obowiązek oceny bólu u pacjentów oraz obowiązek dokumentowania tych czynności.** Zmiana dotyczy obowiązku wprowadzenia do dokumentacji medycznej pacjenta „Karty podstawowej oceny nasilenia bólu” oraz dokumentowania faktu monitorowania i prowadzenia terapii przeciwbólowych na poziomie lekarza POZ, lekarza specjalisty oraz leczenia szpitalnego.

6.2 Zadania lekarza podstawowej opieki zdrowotnej

W chwili obecnej Resort Zdrowia pracuje nad wydaniem rozporządzenia w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej. W dniu 4 czerwca 2016 r. przekazano do uzgodnień zewnętrznych. Z terminem zgłaszania uwag do 24 czerwca 2016 r., projekt niniejszego aktu. Stanowi on wykonanie delegacji ustawowej dla ministra

właściwego do spraw zdrowia, zapisanej w art. 55 ust. 6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Przedstawiony projekt pomija kwestie związane z monitorowaniem, przez lekarza POZ, nasilenia bólu u pacjentów. Mając na uwadze argumenty wskazane w pkt 6.1. należy podkreślić, że tylko odpowiednia komunikacja pomiędzy lekarzem a pacjentem jest kluczowa dla zastosowania odpowiedniego leczenia bólu. Prawidłowa ocena nasilenia bólu ma niezwykle istotny wpływ na dalsze postępowanie diagnostyczne, co w konsekwencji przekłada się na jakość życia pacjentów. Niezwykle ważne jest też prawidłowe dobranie terapii farmakologicznej, a w tym zabezpieczenie przed nadużywaniem leków przeciwbólowych niewłaściwych dla danego przypadku i chorób współistniejących. Ocena bólu na poziomie lekarza POZ, w konsekwencji może zminimalizować liczbę powikłań związanych z niewłaściwym leczeniem bólu oraz związanych z tym hospitalizacji, co realnie przełoży się na zmniejszenie wydatków ponoszonych na hospitalizacje i leczenie powikłań.

Mając na uwadze powyższe, należy wprowadzić w załączniku nr 1 do projektu omawianego rozporządzenia w ramach pkt 4 ppkt 5) o następującej treści: „ 5) prowadzi systematyczną i okresową ocenę stopnia nasilenia bólu u pacjenta.”

6.3 Recepty

W obecnym stanie prawnym, ograniczenia w dostępności do preskrypcji leków o kategorii dostępności Rpw (w tym do analgetyków opioidowych) występują zarówno na poziomie lekarza jak i pacjenta. W małych aglomeracjach, gdzie większość osób nie jest anonimowa, częstym zjawiskiem jest bariera po stronie pacjenta związana z koniecznością uzyskania odmiennej recepty, niż recepta na leki o kategorii Rp – określanej często mianem recepty „narkotycznej”. Poważnym problemem dla pacjentów, jest również dostanie się do lekarza POZ, który posiada recepty na leki kategorii dostępności Rpw. Brak takich recept na poziomie POZ stanowi poważne zaburzenie możliwości kontynuacji terapii lekami przeciwbólowymi, rozpoczętych przez lekarzy specjalistów.

Obecnie wzór recepty uprawniającej do przepisywania i wydawania z apteki leków o kategorii dostępności Rpw określa załącznik nr 7 do rozporządzenia w sprawie recept lekarskich. Recepty te od recept na leki o kategorii dostępności Rp różnią się tym, że w polu gdzie opisany jest lek, nadrukowane są litery „Rpw”. Dodatkowym rozróżnieniem jest cyfra dwudziesta pierwsza w unikalnym numerze identyfikującym receptę, gdzie przy receptach na leki o kategorii Rpw przyjmuje wartość „9”, a dla leków o kategorii Rp przyjmuje wartość „8”.

Rozwiązaniem wskazanych ograniczeń może być zniesienie odmienności między drukami recept na leki o kategorii dostępności Rp i Rpw.

Wydaje się zasadnym, że przy dzisiejszej informatyzacji zarówno preskrypcji jak i dyspensowania leków, nie jest zasadnym ani też nie służy dodatkowej kontroli utrzymywanie odmiennych wzorów na recepty na leki o kategorii dostępności Rp i Rpw. Ciężar rozróżniania recept należałoby przenieść na system informatyczny gromadzący dane o realizowanych receptach.

Dodatkowo lekarz ordynujący leki o kategorii Rpw, informację o kategorii leków „Rpw”, dotychczas nadrukowaną mógłby wpisywać ręcznie.

Należy także zaznaczyć, że postulowane zmiany zostałyby dokonane z zachowaniem obecnie obowiązującego, odmiennego sposobu przepisywania leków o kategorii Rpw, na receptce oraz odmiennego sposobu ich przechowywania w aptece, wynikającego z rozporządzenia z dnia 11 września 2006 r. w sprawie środków odurzających, substancji psychotropowych, prekursorów kategorii 1 i preparatów zawierających te środki lub substancje. Zgodnie ze wskazanymi przepisami recepta wystawiona na leki o kategorii Rpw, musi zawierać sumaryczną ilość leku wyrażoną słownie albo słownie za pomocą ilości jednostek dawkowania oraz wielkości dawki. Dodatkowo, na jednej receptce można przepisać tylko jeden lek o kategorii dostępności Rpw. Na receptce tej nie można przepisywać również innych produktów leczniczych.

Ujednolicone wzory recept znacznie usprawniłyby proces wypisywania leków o kategorii dostępności Rpw oraz zniósłoby barierę u pacjentów, którzy niejednokrotnie z powodu strachu przed receptą „narkotyczną” rezygnują z kontynuacji terapii na poziomie lekarza POZ.

Należy także wskazać, że zapewnienie właściwego dostępu do terapii lekami przeciwbólowymi jest niezwykle istotne dla pacjentów zmagających się z przewlekłym bólem. W Polsce z powodu bólu przewlekłego cierpi 27% dorosłej populacji, a w przypadku osób powyżej 65 r. życia, odsetek ten sięga 55%.

Prawidłowa terapia jak i nadzór nad jej przebiegiem, ma niezwykle istotny wpływ na jakość życia pacjenta oraz na leczenie dolegliwości współistniejących. Zabezpiecza też pacjentów przed niekontrolowanym sięganiem po leki przeciwbólowe dostępne bez recepty, a w konsekwencji zmniejsza ryzyko działań niepożądanych związanych ze złym leczeniem bólu i niekontrolowanym stosowaniem leków.

Postulowane zmiany mają na celu przede wszystkim zwiększenie dostępności do leczenia lekami przeciwbólowymi, o kategorii dostępności Rpw.

7. Wejście w życie i *vacatio legis*

Nowelizacja ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w terminie określonym ustawą zmieniającą.

8. Przewidywane skutki

8.1 Skutki społeczne

Dostęp do odpowiedniego leczenia bólu należy do podstawowych praw człowieka, a odpowiednie leczenie bólu jest miernikiem jakości funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej. Ponadto, odpowiednie leczenie bólu zmniejsza cierpienie i powrót do aktywności i pracy zawodowej.

Każdy człowiek ma prawo do najlepszego dla siebie leczenia przeciwbólowego, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną. Ma prawo do wyboru właściwego, najlepszego, według osoby cierpiącej ból, lekarza specjalisty, który zaleci odpowiednie leczenie przeciwbólowe i nie będzie obawiał się zastosować właściwego leku z obawy przed uzależnieniem.

Istotnym założeniem przyjętych rozwiązań jest nienaruszanie opartej na wzajemnym zaufaniu więzi między pacjentem a osobami wykonującymi zawody medyczne, zarówno w wymiarze indywidualnym (w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych), jak i w ogólnym (społeczne zawierzenie profesji medycznej).

8.2 Skutki gospodarcze

Projekt nie wywołuje skutków gospodarczych.

8.3 Skutki finansowe

Skutki finansowe związane ze zmianami rozporządzenia w sprawie recept lekarskich oraz rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania będą związane z kosztami zmian w systemie informatycznym płatnika publicznego. Koszty będą możliwe do oszacowania dopiero po wskazaniu sposobu, w jaki administrator systemu dokonałby implementacji przedstawionych propozycji. Biorąc jednak pod uwagę, że obecnie obowiązujący system ulega ciągłym zmianom i aktualizacjom, nie należy przewidywać kosztów wyższych niż obecnie ponoszone na utrzymanie systemu.

PROPOZYCJE WPROWADZENIA OBOWIĄZKU MONITOROWANIA I LECZENIA BÓLU W PLACÓWKACH POZ

Poprawa monitorowania bólu w placówkach POZ.

Wprowadzenie Karty podstawowej oceny nasilenia bólu

dr n. med. Magdalena Kocot-Kępska

Sekretarz Polskiego Towarzystwa Badania Bólu

dr n. med. Anna Przeklasa-Muszyńska

P.O. Kierownika Zakładu Badania i Leczenia Bólu Katedry Anestezjologii i Intensywnej Terapii
CM UJ Kraków

Wstęp:

- W Polsce z powodu bólu przewlekłego cierpi 27% dorosłej populacji, powyżej 65 r. ż. – odsetek sięga 55%.
- Statystycznie częściej ból przewlekły występuje u osób z chorobami układu krążenia i oddechowego.
- Mniej niż 10% pacjentów ma oceniane nasilenie bólu w ramach POZ.
- Tylko 1/5 lekarzy potrafi prawidłowo ocenić nasilenie bólu i jego wpływ na niesprawność.
- 75% lekarzy uważa, że ma zbyt niskie kompetencje, by prawidłowo oceniać nasilenie bólu.

Dlaczego należy oceniać nasilenie bólu i jego wpływ na jakość życia:

1. Ból przewlekły jest chorobą samą w sobie, a stopień nasilenia bólu i wpływ na jakość życia jest miarą odpowiedniej kontroli choroby (per analogiam – poziom glikemii jest miarą kontroli cukrzycy, ciśnienie tętnicze jest miarą kontroli nadciśnienia).
2. Odpowiednia komunikacja pomiędzy lekarzem a pacjentem jest kluczowa dla zastosowania odpowiedniego leczenia bólu.
3. Ocena nasilenia bólu i jego wpływu na jakość życia pozwoli zmniejszyć nadużywanie OTC i ewentualne powikłania, konieczność hospitalizacji.
4. Ocena oczekiwań pacjenta co do leczenia bólu, możliwe cele do uzyskania.
5. Indywidualizacja terapii, dostosowana do chorób współistniejących u pacjenta, zmniejszy ryzyko objawów niepożądanych po lekach (np. zawał serca po NLPZ).
6. Dostosowanie siły analgetyku do poziomu nasilenia bólu – nie ma sensu leczenia silnego bólu słabymi lekami nieopiodowymi, ponieważ są wówczas nieskuteczne.
7. Odpowiednie dobranie siły analgetyku pozwoli na utrzymanie bilansu pomiędzy efektem leku przeciwbólowego a objawami niepożądanymi.
8. Ocena, czy istnieją wskazania do skierowania pacjenta do specjalistycznej poradni leczenia a bólu – gdy silny ból ma znaczny wpływ na jakość życia.

Propozycja wzoru karty podstawowej oceny nasilenia bólu

Załącznik nr 7 do rozporządzenia
w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów
dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania


„Karta podstawowej oceny nasilenia bólu”

PIERWSZA WIZYTA – KONTROLA BÓLU Data

Proszę ocenić nasilenie bólu w skali numerycznej od zera do 10

SKALA OCENY NATĘŻENIA BÓLU

Brak bólu Najsilniejszy ból
możliwy do wyobrażenia



0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

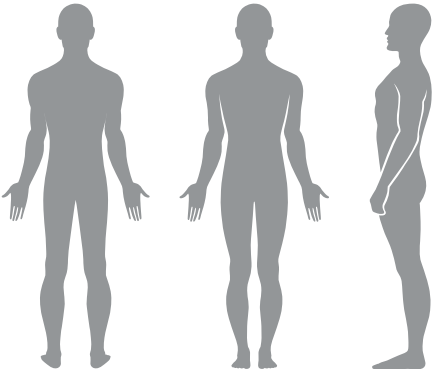
Aktualne natężenie bólu

1. Aktualne nasilenie bólu w skali numerycznej od zera do 10:

2. Proszę ocenić wpływ bólu na podstawowe elementy jakości życia:

Czy ból wpływa na nastrój:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> umarkowanie	<input type="checkbox"/> znacznie
Czy ból wpływa na sen:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> umarkowanie	<input type="checkbox"/> znacznie
Czy ból wpływa na codzienne funkcjonowanie:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> umarkowanie	<input type="checkbox"/> znacznie
Czy ból wpływa na pracę zawodową:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> umarkowanie	<input type="checkbox"/> znacznie

3. Proszę zaznaczyć na schemacie lokalizację bólu **4. Proszę określić charakter bólu:**
(można zastosować numerację w przypadku wielu miejsc):



Lokalizacja nr 1	Lokalizacja nr 2
<input type="checkbox"/> palący <input type="checkbox"/> tętniący <input type="checkbox"/> kłujący <input type="checkbox"/> głęboko zlokalizowany <input type="checkbox"/> tępy <input type="checkbox"/> kurczowy <input type="checkbox"/> z uczuciem silnego ucisku <input type="checkbox"/> inny	<input type="checkbox"/> palący <input type="checkbox"/> tętniący <input type="checkbox"/> kłujący <input type="checkbox"/> głęboko zlokalizowany <input type="checkbox"/> tępy <input type="checkbox"/> kurczowy <input type="checkbox"/> z uczuciem silnego ucisku <input type="checkbox"/> inny
Lokalizacja nr 3	
<input type="checkbox"/> palący <input type="checkbox"/> tętniący <input type="checkbox"/> kłujący <input type="checkbox"/> głęboko zlokalizowany	<input type="checkbox"/> tępy <input type="checkbox"/> kurczowy <input type="checkbox"/> z uczuciem silnego ucisku <input type="checkbox"/> inny

5. Czy stosuje Pani/Pan leki przeciwbólowe bez recepty?

Tak (proszę podać jakie leki, w jakich dawkach)

Nie

Data

KOLEJNA WIZYTA – KONTROLA BÓLU

1. Aktualne nasilenie bólu w skali numerycznej od zera do 10:

2. Czy ból jest kontrolowany dobrze pomiędzy dawkami (czy nie pojawia się wcześniej przed zastosowaniem kolejnej wyznaczonej dawki leku)?

- Tak
 Nie

3. Czy zdarzają się epizody nagłego zaostrzenia bólu, mimo że generalnie ból jest dobrze opanowany przez większą część czasu?

- Tak
 Nie

4. Czy w ciągu ostatniego okresu leczenia lekami przeciwbólowymi wystąpił u Pani/Pana jeden lub więcej następujących objawów:

- Mdłości
 Wymioty
 Zawroty głowy
 Bóle brzucha
 Inne (proszę podać jakie)

5. Czy po przyjęciu leków przeciwbólowych zaobserwowała Pani/Pan u siebie występowanie jednego lub kilku spośród następujących objawów dotyczących pracy przewodu pokarmowego:

- Tak (proszę zaznaczyć jakie)
 Zaparcie stolca czyli mniej niż 3 wypróżnienia na tydzień
 Poczucie niepełnego wypróżnienia
 Trudności w oddawaniu stolca
 Ból przy wypróżnianiu
 Oddawanie twardego stolca
 Wzdęcia
 Oddawanie stolca z wysiłkiem
 Nie

6. Czy stosowała Pani/Pan środki przeczyszczające w związku z wystąpieniem wyżej wymienionych w pkt powyżej objawów?

- Tak (jakie)
 Nie

7. Czy po zastosowaniu środków przeczyszczających wystąpiło wypróżnienie?

- Tak (po jakim czasie)
 Nie

8. Czy stosuje Pani/Pan leki przeciwbólne bez recepty?

- Tak (proszę podać jakie leki, w jakich dawkach)
 Nie

Propozycje systemowych rozwiązań prawnych w zakresie wprowadzenia obowiązku monitorowania i leczenia bólu w placówkach POZ.
Wprowadzenie karty podstawowej oceny nasilenia bólu

Uzasadnienie do zmian w zakresie dokumentacji medycznej dotyczących obowiązku monitorowania bólu

mgr Magdalena Obrębska – doradca prawny

Fundacja Eksperti dla Zdrowia

W Polsce z powodu bólu przewlekłego cierpi 27% dorosłej populacji, a w odniesieniu do osób powyżej 65 roku życia – odsetek ten sięga 55% populacji. Statystycznie częściej ból przewlekły występuje u osób z chorobami układu krążenia i układu oddechowego. Niestety, w obecnym stanie prawnym mniej niż 10% pacjentów ma oceniane nasilenie bólu w ramach świadczeń udzielanych przez lekarzy POZ.

Dlatego też, wprowadzenie zarówno w procedowanym obecnie projekcie rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej, oraz w poniżej przedstawionej zmianie do rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, podstaw prawnych obowiązku dokonywania oceny bólu i dokumentowania tego faktu, będzie dla pacjentów istotnym zniesieniem bariery w dostępie do terapii przeciwbólowej.

Z klinicznego punktu widzenia ocena nasilenia bólu i jego wpływ na jakość życia jest niezwykle ważna w terapii pacjentów. Ból przewlekły jest chorobą samą w sobie, a stopień nasilenia bólu i wpływ na jakość życia jest miarą odpowiedniej kontroli choroby. Tylko odpowiednia komunikacja pomiędzy lekarzem a pacjentem daje gwarancję prawidłowego dobrania terapii w leczeniu bólu.

Mając na uwadze przedstawione fakty, przedkładamy poniżej propozycje zmian legislacyjnych, które wprowadzą obowiązek oceny bólu u pacjentów oraz obowiązek dokumentowania tych czynności.

***Projekt rozporządzenia w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej,
pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej***

W chwili obecnej Resort Zdrowia pracuje nad wydaniem rozporządzenia w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej. W dniu 4 czerwca 2016 r. przekazano dokument do uzgodnień zewnętrznych z terminem zgłaszania uwag do 24 czerwca 2016 r. Stanowi on wykonanie delegacji ustawowej dla ministra właściwego do spraw zdrowia, zapisanej w art. 55 ust. 6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Przedstawiony projekt pomija kwestie związane z monitorowaniem, przez lekarza POZ, nasilenia bólu u pacjentów. Mając na uwadze argumenty wskazane powyżej należy podkreślić, że tylko odpowiednia komunikacja pomiędzy lekarzem a pacjentem jest kluczowa dla zastosowania odpowiedniego leczenia bólu. Prawidłowa ocena nasilenia bólu ma niezwykle istotny wpływ na dalsze postępowanie diagnostyczne, co w konsekwencji przekłada się na jakość życia pacjentów. Niezwykle ważne jest też prawidłowe dobranie terapii farmakologicznej, a w tym zabezpieczenie przed nadużywaniem leków przeciwbólowych niewłaściwych dla danego przypadku i chorób współistniejących. Ocena bólu na poziomie lekarza POZ, w konsekwencji może zminimalizować liczbę powikłań związanych z niewłaściwym leczeniem bólu oraz związanych z tym hospitalizacji, co realnie przełoży się na zmniejszenie wydatków ponoszonych na hospitalizacje i leczenie powikłań.

Mając na uwadze powyższe, należy wprowadzić w załączniku nr 1 do projektu omawianego rozporządzenia w ramach pkt 4 pkt 5) o następującej treści:

„ 5) prowadzi systematyczną i okresową ocenę stopnia nasilenia bólu u pacjenta.”

Dodanie niniejszego obowiązku do wykazu zadań lekarza POZ zagwarantuje, że kwestie bólu u pacjenta nie będą pomijane w trakcie wizyt w POZ.

**Rozporządzenie
Ministra Zdrowia**

z dnia r.

**w sprawie zmiany rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów
dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania**

Na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r. poz. 159, z późn. zm.) zarządza się, co następuje:

§ 1

W rozporządzeniu z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, wprowadza się następujące zmiany:

1) W § 2 po pkt 2) dodaje się pkt 2a) w brzmieniu:

„karta podstawowej oceny nasilenia bólu, stanowiąca załącznik nr 7 do rozporządzenia”;

2) W § 10 ust. 1 pkt 5) dodaje się lit f) w brzmieniu:

„f) informację na temat stopnia natężenia bólu, działań podjętych w zakresie leczenia bólu oraz skuteczności tego leczenia, w przypadkach wymagających monitorowania bólu”;

3) W § 15 ust. 1 po pkt 13) dodaje się pkt 14) w brzmieniu:

„kartę podstawowej oceny nasilenia bólu”;

4) W § 41 w ust. 1 po pkt 3) dodaje się pkt 4) w brzmieniu:

„4) stopnia natężenia bólu, działań podjętych w zakresie leczenia bólu oraz skuteczności tego leczenia, w przypadkach wymagających monitorowania bólu.”;

5) W § 57 w ust. 2 po pkt 3) dodaje się pkt 4) w brzmieniu:

„4) stopnia natężenia bólu, działań podjętych w zakresie leczenia bólu oraz skuteczności tego leczenia, w przypadkach wymagających monitorowania bólu.”

§ 2

Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem r.

Uzasadnienie

Ból przewlekły jest chorobą samą w sobie, a stopień nasilenia bólu i wpływ na jakość życia jest miarą odpowiedniej kontroli choroby (per analogiam – poziom glikemii jest miarą kontroli cukrzycy, ciśnienie tętnicze jest miarą kontroli nadciśnienia). Dlatego też proponowana zmiana ma na celu wprowadzenie obowiązku monitorowania bólu przez lekarzy i dokumentowania tej czynności w specjalnej części dokumentacji medycznej – „Karcie podstawowej oceny nasilenia bólu”.

Odpowiednia komunikacja pomiędzy lekarzem a pacjentem jest kluczowa dla zastosowania odpowiedniego leczenia bólu. Ocena nasilenia bólu i jego wpływu na jakość życia pozwoli zmniejszyć nadużywanie leków dostępnych bez recepty, a co za tym idzie zmniejszyć ilość powikłań, a w tym konieczność hospitalizacji, po źle prowadzonych terapiach przeciwbólowych.

Przedłożona nowelizacja przepisów ma na celu skłonienie lekarzy do oceny nasilenia bólu u pacjentów, odnotowywania tego faktu w dokumentacji medycznej oraz może przyczynić się:

- 1) indywidualizacji terapii, dostosowanie jej do chorób współistniejących u pacjenta,
- 2) zmniejszenia ryzyka wystąpienia działań niepożądanych po lekach (np. zawał serca po NLPZ);
- 3) dostosowania siły analgetyku do poziomu nasilenia bólu – nie ma sensu leczenie silnego bólu słabymi lekami nieopiodowymi, ponieważ są wówczas nieskuteczne; Odpowiednie dobranie siły analgetyku pozwoli na utrzymanie bilansu pomiędzy efektem leku przeciwbólowego a objawami niepożądanymi;
- 4) oceny, czy istnieją wskazania do skierowania pacjenta do specjalistycznej poradni leczenia bólu – w przypadku silnego bólu, wpływającego na jakość życia.

PROPOZYCJA UPROSZCZENIA RECEPT

Uproszczenie sposobu przepisywania leków o kategorii dostępności Rpw

Dr Jarosław Woron – farmakolog kliniczny

Polskie Towarzystwo Badania Bólu, Szpital Uniwersytecki w Krakowie, Wydział Lekarski UJ CM Kraków

Recepty na analgetyki opioidowe

Od 17 września 2014 r. obowiązuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie środków odurzających, substancji psychotropowych, prekursorów kategorii 1 i preparatów zawierających te środki lub substancje (Dz.U. 2014 poz. 1172). Ten akt prawny uprościł wypisywanie recept na analgetyki opioidowe poprzez :

- 1) usunięcie przepisu o dawkach maksymalnych jednorazowych/dobowych oraz dodatkowym wykrzykniku, podpisach i pieczęciach przy ich przekroczeniu, co upraszcza wypisywanie recepty w szczególności gdy wymiarczkowane dawki terapeutyczne odbiegają od ustalonych literalnie tzw. dawek maksymalnych, które w praktyce nie istnieją, gdyż dla silnych opioidów z wyjątkiem buprenorfiny, która nie jest przepisywana na recepty Rpw nie istnieje pojęcie dawki maksymalnej ani dawki pułapowej. Zastosowana dawka leku jest zawsze adekwatna do natężenia bólu i jest indywidualizowana.
- 2) dodano zapis umożliwiający wypisanie ilości leku odpowiadającej zapotrzebowaniu na 90 dni terapii. Obecnie na recepcie Rpw należy napisać SŁOWNIE:
 - sumaryczną ilość leku opioidowego lub psychotropowego, np. sto miligramów morfiny, dwieście miligramów oksykodonu lub
 - liczbę jednostek dawkowania oraz dawki tych jednostek, np. sześćdziesiąt tabletek oksykodonu po dwadzieścia miligramów. Przy tak wymaganym zapisie słownym nie jest dozwolone użycie cyfr (nie: „100,200”) ani skrótów dla stosowanych jednostek (nie: „mg”, „g”).
- 3) utrzymano zapis umożliwiający ordynację tylko jednego opioidu bądź leku psychotropowego na jednej recepcie.

Wydaje się zasadnym, że przy dzisiejszej informatyzacji zarówno preskrypcji jak i dyspensowania leków nie jest zasadnym ani też nie służy dodatkowej kontroli utrzymywanie innego wzoru od Rp, także w odniesieniu do leków z grupy analgetyków opioidowych. Opisane powyżej zasady zapisywania analgetyków opioidowych są proste, natomiast problemem wielu pacjentów jest nadal dostęp do lekarza, który posiada recepty wzoru Rpw, dotyczy to w szczególności lekarzy POZ, którzy w naturalny i zgodny z podziałem zadań sposób powinni kontynuować zalecone leczenia opioidami. Tym bardziej, że w roku ubiegłym powstały polskie standardy stosowania analgetyków opioidowych w bólu nie towarzyszącym chorobie nowotworowej, co jest istotnym postępowaniem w zakresie racjonalizacji farmakoterapii bólu.

Wypisywanie recept na analgetyki opioidowe na wzorze recepty Rp za pomocą kodu ATC ordynowanego leku umożliwiłoby dalej nadzór nad gospodarką tymi lekami, zwiększając również dostęp pacjentów do tych preskrypcji.

Propozycja zmian legislacyjnych, mających na celu zniesienie barier w dostępie do leków o kategorii dostępności Rpw

mgr Magdalena Obrębska – doradca prawny

Fundacja Eksperti dla Zdrowia

W obecnym stanie prawnym, ograniczenia w dostępności do preskrypcji leków o kategorii dostępności Rpw (w tym do analgetyków opioidowych) występują zarówno na poziomie lekarza jak i pacjenta. W małych aglomeracjach, gdzie większość osób nie jest anonimowa, częstym zjawiskiem jest bariera po stronie pacjenta związana z koniecznością uzyskania odmiennej recepty, niż recepta na leki o kategorii Rp – określanej często mianem recepty „narkotycznej”. Poważnym problemem dla pacjentów, jest również dostanie się do lekarza POZ, który posiada recepty na leki kategorii dostępności Rpw. Brak takich recept na poziomie POZ stanowi poważne zaburzenie możliwości kontynuacji terapii lekami przeciwbólowymi, rozpoczętych przez lekarzy specjalistów.

W obecnym stanie prawnym wzór recepty uprawniającej do przepisywania i wydawania z apteki leków o kategorii dostępności Rpw określa załącznik nr 7 do rozporządzenia w sprawie recept lekarskich. Recepty te od recept na leki o kategorii dostępności Rp różnią się tym, że w polu gdzie opisany jest lek, nadrukowane są litery „Rpw”. Dodatkowym rozróżnieniem jest cyfra dwudziesta pierwsza w unikalnym numerze identyfikującym receptę, gdzie przy receptach na leki o kategorii Rpw przyjmuje wartość „9”, a dla leków o kategorii Rp przyjmuje wartość „8”. Rozwiązaniem wskazanych ograniczeń może być zniesienie odmienności między drukami recept na leki o kategorii dostępności Rp i Rpw.

Wydaje się zasadnym, że przy dzisiejszej informatyzacji zarówno preskrypcji jak i dyspensowania leków, nie jest zasadnym ani też nie służy dodatkowej kontroli utrzymywanie odmiennych wzorów na recepty na leki o kategorii dostępności Rp i Rpw. Ciężar rozróżniania recept należałoby przenieść na system informatyczny gromadzący dane o realizowanych receptach.

Dodatkowo lekarz ordynujący leki o kategorii Rpw, informację o kategorii leków „Rpw”, dotychczas nadrukowaną, mógłby wpisywać ręcznie.

Należy także zaznaczyć, że postulowane zmiany zostałyby dokonane z zachowaniem obecnie obowiązującego, odmiennego sposobu przepisywania leków o kategorii Rpw, na recepcie oraz odmiennego sposobu ich przechowywania w aptece, wynikającego z rozporządzenia z dnia 11 września 2006 r. w sprawie środków odurzających, substancji psychotropowych, prekursorów kategorii 1 i preparatów zawierających te środki lub substancje. Zgodnie ze wskazanymi przepisami recepta wystawiona na leki o kategorii Rpw, musi zawierać sumaryczną ilość leku wyrażoną słownie albo słownie za pomocą ilości jednostek dawkowania oraz wielkości dawki. Dodatkowo, na jednej recepcie można przepisać tylko jeden lek o kategorii dostępności Rpw. Na recepcie tej nie można przepisywać również innych produktów leczniczych.

Ujednolicone wzory recept znacznie usprawniłyby proces wypisywania leków o kategorii dostępności Rpw oraz zniosłyby barierę u pacjentów, którzy niejednokrotnie z powodu strachu przed receptą „narkotyczną” rezygnują z kontynuacji terapii na poziomie lekarza POZ.

Należy wskazać, że zapewnienie właściwego dostępu do terapii lekami przeciwbólowymi jest niezwykle istotne dla pacjentów zmagających się z przewlekłym bólem. W Polsce z powodu bólu przewlekłego cierpi 27% dorosłej populacji, a w przypadku osób powyżej 65 r. życia, odsetek ten sięga 55%.

Prawidłowa terapia jak i nadzór nad jej przebiegiem, ma niezwykle istotny wpływ na jakość życia pacjenta oraz na leczenie dolegliwości współistniejących. Zabezpiecza też pacjentów przed niekontrolowanym sięganiem po leki przeciwbólne dostępne bez recepty, a w konsekwencji znacznie mniejsze ryzyko działań niepożądanych związanych ze złym leczeniem bólu i niekontrolowanym stosowaniem leków.

Dlatego też postulowane zmiany mają na celu przede wszystkim zwiększenie dostępności do leczenia lekami przeciwbólowymi, o kategorii dostępności Rpw.

Poniżej, propozycje zmian legislacyjnych mających na celu usunięcie opisanych barier.

**Rozporządzenie
Ministra Zdrowia**

z dnia r.

zmieniające rozporządzenie z dnia 8 marca 2012 r. w sprawie recept lekarskich

Na podstawie art. 45 ust. 5 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2015 r. poz. 464, z późn. zm.) zarządza się, co następuje:

§ 1

W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 8 marca 2012 r. w sprawie recept lekarskich (Dz.U. z 2016 r. poz. 62 t.j.) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w § 5 ust. 3 na końcu zdania kropkę zastępuje się przecinkiem i dodaje się treść w następującym brzmieniu:
„o którym mowa w § 3 ust. 4.”;
- 2) w § 6 ust.1 po pkt 1) dodaje się pkt 1a) w brzmieniu:
„kategorię dostępności przepisanego leku, o której mowa w art. 23 a ustawy Prawo farmaceutyczne.”;
- 3) w § 9:
 - a) ust. 1 i 2 otrzymują następujące brzmienie:
 - „1. Wzór recepty, o której mowa w § 3 ust. 1, określa załącznik nr 6 do rozporządzenia.
 2. Wymiary recept, o których mowa w ust. 1, nie mogą być mniejsze niż 200 mm długości i 90 mm szerokości.”
 - b) uchyla się ust. 11;
- 4) po § 13 dodaje się § 13 a w brzmieniu:
„W przypadku realizacji recepty, na której przepisano lek o kategorii dostępności Rpw, otaksowanie recepty obejmuje czynności określone w § 13 i dodatkowo wymaga przypisania recepcie dodatkowej liczby „9”, różnicującej receptę od pozostałych recept na których przepisano wyłącznie leki o kategorii dostępności Rp. Liczbę „9” dopisuje się na końcu numeru nadawanego receptcie w aptece, o którym mowa w § 13 ust. 4.”;
- 5) w § 23 uchyla się ust. 2;
- 6) w załączniku nr 4 określającym sposób budowy unikalnego numeru identyfikującego receptę nadawanego przez oddział wojewódzki Funduszu, pkt 4) otrzymuje brzmienie:
„cyfra dwudziesta pierwsza jest cyfrą kontrolną obliczaną według algorytmu określonego w części II załącznika nr 5 do rozporządzenia.”;

7) w załączniku nr 6 określającym wzór recepty:

a) we wzorze recepty skreśla się zapis „Rp”,

b) pkt 9) otrzymuje brzmienie:

„9) kod kreskowy umożliwiający automatyczny odczyt unikalnego numeru identyfikującego receptę, o którym mowa w § 3 ust. 4 rozporządzenia, umieszcza się w dolnej części obszaru przeznaczonego do wypisywania leków, gdzie wpisano oznaczenie kategorii dostępności leku – „Rp” lub „Rpw”;

8) uchyla się załącznik nr 7 do rozporządzenia.

§ 2

1) Recepty wystawione przed dniem r. są realizowane na dotychczasowych zasadach.

2) Recepty wystawione od dniar., nie później jednak niż przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia, uznaje się za prawidłowe.

§ 3

1) Dopuszcza się stosowanie druków recept zgodnych ze wzorem obowiązującym przed dniem, jednak nie dłużej niż do dnia

2) Druki recept dla leków posiadających kategorię dostępności „Rpw” mogą być wydawane osobie wystawiającej receptę, zgodnie ze wzorem obowiązującym przed dniem r., jednak nie dłużej niż do dnia r.

3) Recepty, którym zostały nadane unikalne numery identyfikujące, o których mowa w § 3 ust. 4, zachowują ważność. Numery te mogą być nadawane do dnia r.

4) Recepty, którym zostały dodane przez osobę uprawnioną albo świadczeniodawcę, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 1, dwie pierwsze cyfry 00 albo 01 do unikalnego numeru identyfikującego, o którym mowa w § 3 ust. 4, zachowują ważność. Numery te mogą być dodawane do dnia r.

§ 4

Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem r.

Uzasadnienie

Przedłożona nowelizacja rozporządzenia w sprawie recept lecarskich ma na celu uproszczenie sposobu przepisywania leków o kategorii dostępności „Rpw”. Wydaje się zasadnym, że przy dzisiejszej informatyzacji, zarówno preskrypcji jak i dyspensowania leków, nie jest zasadnym ani też nie służy dodatkowej kontroli utrzymywanie innego wzoru recept dla leków oznaczonych kategorią dostępności „Rpw”, a innego dla leków o kategorii dostępności „Rp”.

Obecnie, problemem wielu pacjentów jest dostęp do lekarza, który posiada recepty umożliwiające przepisanie leków o kategorii dostępności Rpw. Dotyczy to w szczególności lekarzy POZ, którzy w naturalny i zgodny z podziałem zadań sposób powinni kontynuować zalecone przez specjalistów leczenie opioidami. Tym bardziej, że w roku 2015 powstały polskie standardy stosowania analgetyków opioidowych w bólu nie towarzyszącym chorobie nowotworowej, co jest istotnym postępowaniem w zakresie racjonalizacji farmakoterapii bólu.

Wypisywanie recept na analgetyki opioidowe na wzorce recepty wspólnej dla leków o kategoriach dostępności „Rp” i „Rpw”, znacznie uprościłoby dostęp do omawianego leczenia. Kontrola nad wypisywaniem recept odbywała by się na poziomie systemu informatycznego gromadzącego dane o realizowanych receptach. Odpowiednie powiązanie w systemie informatycznym apteki, za pomocą kodu ATC ordynowanego leku z daną receptą, umożliwiłoby nadzór nad gospodarką takimi lekami, zwiększając jednocześnie dostęp pacjentów do omawianych preskrypcji.

Rozporządzenie

z dnia r.

w sprawie zmiany rozporządzenia w sprawie środków odurzających, substancji psychotropowych, prekursorów kategorii 1 i preparatów zawierających te środki lub substancje

Na podstawie art. 41 ust. 5 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2012 r. poz. 124 oraz z 2015 r. poz. 28 i 875) zarządza się, co następuje:

§ 1

W rozporządzeniu w sprawie środków odurzających, substancji psychotropowych, prekursorów kategorii 1 i preparatów zawierających te środki lub substancje, w § 4 ust. 1 otrzymuje brzmienie:
„Z apteki na podstawie recept przepisywanych jak dla leków o kategorii dostępności Rp, zgodnie z zasadami określonymi w § 5 ust. 2 rozporządzenia w sprawie recept lekarskich, mogą być wydawane preparaty zawierające:

- 1) środki odurzające grupy II-N;
- 2) substancje psychotropowe grup III-P i IV-P”.

§ 2

1. Recepty wystawione przed dniem r. są realizowane na dotychczasowych zasadach.
2. Recepty wystawione od dniar., nie później jednak niż przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia, uznaje się za prawidłowe.
3. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem r.

Uzasadnienie

Zaprezentowana zmiana przepisów jest konsekwencją zmian proponowanych w rozporządzeniu w sprawie recept lekarskich, które ujednocniają wzór recepty na leki o kategorii dostępności RP i Rpw.

Grupa produktów, określona w § 4 ust. 1 zmienianego rozporządzenia, była wyłączona dotychczas z rygorów obowiązujących przepisywanie leków o kategorii dostępności Rpw. W związku z proponowanym ujednocnieniem wzorów recept, konieczna była zmiana nazewnictwa zastosowana w tym przepisie. Z formalnego punktu widzenia stan faktyczny ani prawny w odniesieniu do sposobu wydawania z apteki preparatów zawierających:

- 1) środki odurzające grupy II-N;
- 2) substancje psychotropowe grup III-P i IV-P;
– nie ulegnie zmianie.

Rozporządzenie

z dnia r.

w sprawie zmian w rozporządzeniu w sprawie informacji gromadzonych przez apteki oraz informacji przekazywanych Narodowemu Funduszowi Zdrowia

Na podstawie art. 45 ust. 14 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696, z późn. zm.) zarządza się, co następuje:

§ 1

W rozporządzeniu z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie informacji gromadzonych przez apteki oraz informacji przekazywanych Narodowemu Funduszowi Zdrowia, w załączniku nr 3 określającym „Projekt zestawienia zbiorczego recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyroby medyczne”, w objaśnieniach w pkt 7 określającym „Symbole oznaczające typy recept” – symbol N otrzymuje opis w brzmieniu:

„recepty na środki odurzające, substancje psychotropowe lub inne leki oznaczone symbolem „Rpw””.

§ 2

Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem r.

Uzasadnienie

Zaprezentowana zmiana przepisów jest konsekwencją zmian proponowanych w rozporządzeniu w sprawie recept lekarskich, które ujednocniają wzór recepty na leki o kategorii dostępności RP i Rpw.

Z uwagi na to, że dotychczasowe brzmienie opisu typu recepty, oznaczonej symbolem N - oznaczającego w komunikacie przekazywanym przez apteki do NFZ – uwzględniało odmienny wzór recepty na leki o kategorii Rpw, istniała konieczność zmiany dostosowującej opis do zmian wprowadzonych w rozporządzeniu w sprawie recept.

Propozycje systemowych rozwiązań prawnych w zakresie leczenia bólu w Polsce:

- 1) **Nowelizacja ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta**, polegająca na rozszerzeniu prawa każdego pacjenta do uśmierzenia bólu i cierpienia, w takim stopniu, w jakim to możliwe, niezależnie od rodzaju i stadium choroby, wieku i miejsca udzielania świadczenia zdrowotnego.
- 2) Wprowadzenie **obowiązku oceny bólu u pacjentów i dokumentowania tych czynności na poziomie lekarza POZ. Wprowadzenie karty podstawowej oceny nasilenia bólu do dokumentacji medycznej.**
- 3) Zastąpienie recept Rpw, receptami Rp. **Identyfikacja takiej recepty odbywałaby się po kodzie ATC leku na poziomie apteki.** Wypisywanie recept na analgetyki opioidowe na wzorze recepty Rp za pomocą kodu ATC ordynowanego leku umożliwiłoby dalej nadzór nad gospodarką tymi lekami, zwiększając również dostęp pacjentów do tych preskrypcji.



Koalicja na rzecz Walki z Bólem „Wygrajmy z Bólem”

ul. Piękna 28/34 lok. 53
00-547 Warszawa
koalicja@wygrajmyzbolem.pl
tel./fax 22 658 23 61

Fundacja Eksperti dla Zdrowia

ul. Głogowska 18
00-743 Warszawa
mdomanska@ekspercidlazdrowia.pl
tel. 502 709 282