



## **Apele i stanowiska podjęte przez PNRL w dniu 24 lipca 2020 r.**

---

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej na posiedzeniu 24 lipca 2020 r. przyjęło:

- APEL do Prezesa Rady Ministrów w sprawie instrumentów wsparcia dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą w związku z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2
- APEL do Ministra Zdrowia o wprowadzenie standardów organizacyjnych udzielania świadczeń telemedycznych
- APEL o poparcie postulatów protestu przeciwko niedawno przyjętym zmianom w kodeksie karnym
- STANOWISKO w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu i trybu finansowania leków przysługującym bezpłatnie świadczeniobiorcom w ciąży
- STANOWISKO w sprawie poselskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi
- STANOWISKO w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie recept
- STANOWISKO w sprawie projektu zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programu lekowe
- STANOWISKO w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie warunków występowania o sporządzenie dokumentu elektronicznego potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej
- STANOWISKO w sprawie rządowego projektu ustawy o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu (projekt z dnia 7 lipca 2020 r. - druk nr 483)
- STANOWISKO w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców

**APEL Nr 26/20/P-VIII**  
**PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ**  
**z dnia 24 lipca 2020 r.**  
**do Prezesa Rady Ministrów**

**w sprawie instrumentów wsparcia dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą w związku z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2**

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej apeluje do Prezesa Rady Ministrów o podjęcie prac legislacyjnych zmierzających do uruchomienia specjalnych instrumentów wsparcia dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą w związku z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2.

Rozprzestrzenianie się wirusa SARS-CoV-2 wywarło negatywny wpływ na wszystkie aspekty życia gospodarczego. Negatywne skutki epidemii koronawirusa miały złagodzić uruchamiane dotychczas różne formy wsparcia dla przedsiębiorców – tzw. tarcze antykryzysowe. Samorząd lekarski zwraca jednak uwagę, że podmioty działające w branży ochrony zdrowia należy uznać za kluczowy sektor gospodarki, niezbędny do zabezpieczenia możliwości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom, szczególnie w dobie zapowiadanej drugiej fali epidemii, która może nastąpić już jesienią tego roku. Istnieje zatem uzasadnienie i zarazem pilna potrzeba stworzenia specjalnych instrumentów wsparcia finansowego dla podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, które zostały dotknięte skutkami epidemii.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej informuje, że praktycznie wszystkie podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych musiały w czasie epidemii ograniczyć liczbę przyjmowanych pacjentów oraz liczbę wykonywanych procedur medycznych, zwłaszcza zaś procedur planowych. Sytuacja ta dotyczy w takim samym stopniu podmiotów, które zawarły umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, jak i podmiotów, które udzielają świadczeń zdrowotnych komercyjnie.

Podkreślenia wymaga, że ograniczenie liczby świadczeń zdrowotnych lub wręcz całkowite zaprzestanie ich udzielania było spowodowane między innymi brakiem możliwości nabycia środków ochrony indywidualnej dla osób wykonujących zawody medyczne, koniecznością respektowania zaleceń wydawanych w tym zakresie przez Ministerstwo Zdrowia i inne uprawnione instytucje lub wynikało z ustanowionego przez przepisy prawa zakazu udzielania niektórych świadczeń zdrowotnych, co dotyczyło m.in. szkolnych gabinetów stomatologicznych.

Należy zwrócić uwagę, że obecnie, po częściowym odmrożeniu gospodarki, podmioty sektora ochrony zdrowia nie powróciły - i w ciągu kilku najbliższych miesięcy nie powrócą - do normalnego trybu udzielania świadczeń. Nadal obowiązują rygory reżimu sanitarnego, które sprawiają, że w wielu placówkach opieki zdrowotnej liczba przyjmowanych pacjentów musi być mniejsza niż poprzednio, a zarazem jednostkowy koszt udzielania świadczeń zdrowotnych znacznie wzrósł m.in. z uwagi na konieczność przeprowadzenia leczenia w podwyższonych standardach ochrony przed zakażeniem.

Z docierających do samorządu lekarskiego informacji wynika, że los wielu praktyk lekarskich i stomatologicznych oraz podmiotów leczniczych uzależniony jest od możliwości utrzymania się na rynku przez okres najbliższych kilku miesięcy, co wiąże się z koniecznością utrzymania personelu medycznego zatrudnionego tam zarówno w ramach stosunku pracy, jak i na podstawie umów cywilnoprawnych, dokonywania zakupów leków i sprzętu medycznego oraz zakupu środków ochrony indywidualnej, których koszt zwiększył się w ostatnich miesiącach znacząco. W przeciwieństwie do wielu innych podmiotów gospodarczych, które mogą nadrobić straty poniesione w ubiegłych miesiącach poprzez zwiększenie wolumenu sprzedaży, placówki medyczne nie mają praktycznie żadnej możliwości zwiększenia liczby przyjmowanych pacjentów i liczby wykonywanych procedur medycznych.

Samorząd lekarski z niepokojem obserwuje, że Narodowy Fundusz Zdrowia jako publiczny płatnik nie ma dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą żadnej rozsądnej propozycji zmiany wyceny świadczeń, szczególnie gdy rozliczenie z NFZ oparte jest na ilości wykonanych świadczeń zdrowotnych. Zmiana wyceny – jeśli w ogóle nastąpiła – to w daleko niewystarczającym stopniu pokrywa zwiększone koszty prowadzenia działalności leczniczej.

Udzielenie podmiotom wykonującym działalność leczniczą wsparcia w postaci dedykowanych instrumentów pomocowych jest konieczne, aby zapewnić perspektywę zachowania istniejącej bazy leczniczej w najbliższej przyszłości. Raz zlikwidowaną działalność leczniczą bardzo trudno jest odtworzyć z uwagi m.in. na ograniczenia w dostępie do fachowego personelu medycznego. Samorząd lekarski uważa, że należy zrobić wszystko, aby w maksymalnym stopniu ochronić branżę medyczną przed poważnymi perturbacjami natury ekonomicznej. Pozwoli to na zachowanie możliwości uzyskania przez pacjentów w okresie epidemii oraz w okresie po jej ustąpieniu niezbędnych świadczeń zdrowotnych. Na obecnym etapie epidemii nie ma możliwości nagłego zwiększenia liczby udzielanych świadczeń zdrowotnych. Nie wolno również zapominać o konieczności ochrony podmiotów wykonujących działalność leczniczą poza systemem świadczeń finansowanych ze środków publicznych. W przeciwnym razie utracimy w Polsce bazę nowoczesnej medycyny, skutecznie uzupełniającej ofertę publicznej opieki zdrowotnej.

W związku z powyższym Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej apeluje do Prezesa Rady Ministrów o pilne wypracowanie rozwiązań, które pozwoliłyby uchronić branżę przed zapaścią, która odbiłaby się negatywnie na liczbie i strukturze świadczeniodawców oraz dostępie do świadczeń zdrowotnych.

**APEL Nr 27/20/P-VIII**  
**PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ**  
**z dnia 24 lipca 2020 r.**  
**do Ministra Zdrowia**

**o wprowadzenie standardów organizacyjnych udzielania świadczeń telemedycznych**

Pandemia koronawirusa COVID-19 ukazała, jak istotna dla systemu opieki zdrowotnej, w tym dla ochrony pacjentów oraz personelu medycznego, jest możliwość udzielania świadczeń zdrowotnych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności (telemedycyna). Konsekwencje wprowadzenia stanu epidemii w postaci m.in. ograniczania poruszania się, a także możliwe do wystąpienia skutki epidemii polegające na obowiązku przebywania na kwarantannie, spowodowały, że telemedycyna stała się narzędziem, które umożliwiło pacjentom zachowanie ciągłości leczenia oraz stałego kontaktu z lekarzem.

Dostrzegając dynamiczny rozwój telemedycyny w Polsce, w tym mając na uwadze, że stosowanie teleporad jest rekomendowane w okresie epidemii COVID-19 przez Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia oraz Rzecznika Praw Pacjenta, a także mając na uwadze powszechność świadczeń telemedycznych umocowaną w treści obowiązujących przepisów prawa, tj. art. 2 ust. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej na mocy uchwały nr 89/20/P-VIII z dnia 24 lipca 2020 r. przyjęło do wykorzystania i stosowania przez lekarzy i lekarzy dentystów wytyczne dla udzielania świadczeń telemedycznych, które zostały opracowane przez Zespół Roboczy Naczelnej Rady Lekarskiej ds. telemedycyny we współpracy z Telemedyczną Grupą Roboczą.

Przekazując dorobek wypracowany przez samorząd lekarski Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej apeluje do Ministra Zdrowia o podjęcie prac zmierzających do wprowadzenia ww. wytycznych, jako obowiązującego standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej. W ocenie Prezydium szczegółowe określenie standardu w zakresie udzielania świadczeń telemedycznych jest konieczne w celu zagwarantowania bezpieczeństwa i ochrony pacjentów oraz lekarzy. Dynamiczny rozwój tej gałęzi medycyny oraz zwiększająca się jej popularność wymaga opracowania jednolitego oraz obowiązującego standardu udzielania świadczeń.

**APEL Nr 28/20/P-VIII**  
**PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ**  
**z dnia 24 lipca 2020 r.**

**o poparcie postulatów protestu przeciwko niedawno przyjętym zmianom w kodeksie karnym**

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej popiera postulaty organizowanego w dniu 8 sierpnia 2020 r. zgromadzenia publicznego wyrażającego protest przeciwko niedawnym zmianom w kodeksie karnym i apeluje do wszystkich środowisk medycznych o poparcie postulatów tego protestu.

**STANOWISKO Nr 75/20/P-VIII**  
**PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ**  
**z dnia 24 lipca 2020 r.**

**w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu i trybu finansowania leków przysługującym bezpłatnie świadczeniobiorcom w ciąży**

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu i trybu finansowania leków przysługującym bezpłatnie świadczeniobiorcom w ciąży, przekazany przy piśmie Pana Macieja Miłkowskiego – Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia z dnia 9 lipca 2020 r., znak: PLO.0210.1.2020.PR, nie zgłasza uwag do przedmiotowego projektu.

**STANOWISKO Nr 76/20/P-VIII**  
**PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ**  
**z dnia 24 lipca 2020 r.**

**w sprawie poselskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi**

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z poselskim projektem ustawy o zmianie ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, o którym poinformował Zastępca Szefa Kancelarii Sejmu Dariusz Salamończyk pismem z dnia 30 czerwca 2020 r., znak: SPS-WP-173-125/20, negatywnie ocenia przedmiotowy projekt.

W ocenie Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej proponowane zmiany do ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi z dnia 26 października 1982 r. (tj. Dz. U. z 2019 r., poz. 2277 z późn. zm.) stoją w sprzeczności z jej celami wyrażonymi w preambule oraz przepisach ogólnych, którymi są m.in. ograniczenie dostępności obywateli do napojów alkoholowych oraz zapobieganie chorobom alkoholowym.

**STANOWISKO Nr 77/20/P-VIII**  
**PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ**  
**z dnia 24 lipca 2020 r.**

**w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie recept**

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie recept, o którym poinformował Podsekretarz Stanu Maciej Miłkowski pismem z dnia 9 lipca 2020 r., znak: PLO.0210.1.2020.PR, nie zgłasza uwag do przedmiotowego projektu.

**STANOWISKO Nr 78/20/P-VIII**  
**PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ**  
**z dnia 24 lipca 2020 r.**

**w sprawie projektu zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie  
określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w  
zakresie programy lekowej**

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowej, o którym powiadomił Zastępca Prezesa NFZ, Pan Bernard Waśko, pismem z dnia 10 lipca 2020 r., znak: DGL.0210.12.2020.2020.79988.BEW, zgłasza następującą uwagę do projektu.

Prezydium NRL nie widzi uzasadnienia dla § 2 punkt 23 *Wzoru umowy*, stanowiącej Załącznik nr 2 do projektu zarządzenia, tj. zapisu zobowiązującego świadczeniodawcę do przekazywania, na wskazany przez dyrektora oddziału Funduszu adres poczty elektronicznej, w związku z realizacją przez dyrektora oddziału Funduszu zadań, o których mowa w art. 107 w ust. 5 pkt 26 ustawy o świadczeniach, projektu specyfikacji istotnych warunków zamówienia wraz z załącznikami, nie później niż 5 dni roboczych przed ich publikacją.

**STANOWISKO Nr 79/20/P-VIII  
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ  
z dnia 24 lipca 2020 r.**

**w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w  
sprawie warunków występowania o sporządzenie dokumentu elektronicznego  
potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej**

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie warunków występowania o sporządzenie dokumentu elektronicznego potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, o którym poinformował Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Janusz Cieszyński pismem z dnia 14 lipca 2020 r., znak: SZUZ.0212.2.2020.EW, nie zgłasza uwag do przedmiotowego projektu.

**STANOWISKO Nr 80/20/P-VIII  
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ  
z dnia 24 lipca 2020 r.**

**w sprawie rządowego projektu ustawy o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia  
funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu  
(projekt z dnia 7 lipca 2020 r. - druk nr 483)**

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z rządowym projektem *ustawy o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu* (projekt z dnia 7 lipca 2020 r. - druk nr 483), co do zasady negatywnie ocenia sposób procedowania przedmiotowej ustawy. W ocenie Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej projekt ten - wbrew tytułowi projektowanej ustawy i pierwszemu zdaniu uzasadnienia - w sposób znaczący wykracza poza niezbędne regulacje dostosowujące prawo do wymagań epidemii.

Projekt ustawy zmienia wybrane przepisy 16 ustaw tzw. zdrowotnych m.in. ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, ustawy o zawodzie fizjoterapeuty, ustawy o diagnostyce laboratoryjnej, ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zwraca uwagę, iż mimo tak szerokiego zakresu zmian, projekt nie był poddany procesowi uzgodnień, ani też nie był przedstawiony do opiniowania i konsultacji publicznych. Jak wynika z uzasadnienia projektu powodem tego stanu rzeczy była *konieczność pilnego wejścia w życie w związku z sytuacją związaną z COVID-19*.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej jest głęboko zaniepokojone forsowaniem błyskawicznego trybu prac nad projektem, zagrażającego pogwałceniem podstawowych zasad techniki legislacyjnej. Negatywnie należy ocenić również procedowanie poprawek do projektu zgłoszonych na etapie prac w Komisji Sejmowej, w większości wykraczających poza materię przewidzianą

pierwotnie dla projektu ustawy, a ponadto mających zasadniczy wpływ na dokonaną uprzednio ocenę skutków regulacji. Przykładem jest tu wprowadzenie szeregu nowych zasad dotyczących organizacji i zarządzania Narodowym Funduszem Zdrowia czy też wprowadzenie rekompensaty udzielanej z części budżetu państwa, której dysponentem jest Szef Krajowego Biura Wyborczego dla podmiotów, *które w związku z przeciwdziałaniem COVID-19, zrealizowały polecenie Prezesa Rady Ministrów związane bezpośrednio z przeprowadzeniem wyborów powszechnych na Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej zarządzonych w 2020 roku z możliwością głosowania korespondencyjnego.*

Uwagi szczegółowe do projektu ustawy w wersji z dnia 7 lipca 2020 r. (druk 483)

#### 1. dot. zmian do ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty:

Kierunek proponowanych zmian jest co do zasady zgodny z oczekiwaniami środowiska lekarskiego. W związku z proponowanym dodaniem art. 16rb ust. 1a, w ocenie Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej ust. 1 tego artykułu powinien otrzymać brzmienie: *„Lekarz, który ukończył przedostatni rok szkolenia specjalizacyjnego i uzyskał zgodę, o której mowa w ust. 1a, albo który uzyskał potwierdzenie zakończenia szkolenia specjalizacyjnego, o którym mowa w art. 16r ust. 6 pkt 1, oraz lekarz, który uzyskał decyzję, o której mowa w art. 16 ust. 7 albo 9, mogą wystąpić do dyrektora CEM z wnioskiem o przystąpienie do PES”.*

#### 2. dot. zmian do ustawy Prawo farmaceutyczne:

- a. Prezydium NRL proponuje zmianę brzmienia projektowanego przepisu art. 4ad ust. 5 ustawy Prawo farmaceutyczne (art. 3 pkt 1 projektu ustawy): *„Podmiot wykonujący działalność leczniczą (w miejsce dotychczasowego podmiotu leczniczego) za pośrednictwem apteki szpitalnej lub działu farmacji szpitalnej albo apteki ogólnodostępnej kieruje do hurtowni farmaceutycznej zapotrzebowanie, o którym mowa w art. 4 ust. 2, lub zgodę, o której mowa w art. 4 ust. 8, pobrane z SOID, w celu sprowadzenia z zagranicy produktu leczniczego.”.* Wcześniejsze propozycje zmian posługują się kategorią *podmiotów wykonujących działalność leczniczą*, a nie wyłącznie podmiotów leczniczych, stąd zasadne wydaje się ujednoczenie terminologii w całej proponowanej regulacji.
- b. W ocenie Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej dogłębnej analizy wymaga sama potrzeba instalowania aplikacji mobilnych do pobierania recept z Internetowego Konta Pacjenta (IKP), o której mowa w art.3 pkt 6) projektu ustawy w zakresie zmiany do art.96b ww. ustawy, jak również to, czy obecny moment jest właściwy do podjęcia takiej decyzji. Jeśli funkcjonalność aplikacji mobilnych miałaby pokrywać się z funkcjonalnością IKP, to bardziej właściwym rozwiązaniem byłoby wytworzenie aplikacji mobilnej samego IKP. Prezydium NRL zwraca uwagę, iż w uzasadnieniu projektu nie wskazano do

czego aplikacje mobilne miałyby służyć. Z punktu widzenia rozwoju systemu e-zdrowia ważne jest jednak, aby aplikacje nie „wyręczały” pacjentów od czynności pełnego skonfigurowania swego IKP (włącznie z podaniem numeru telefonu), gdyż prawidłowa konfiguracja konta potrzebna będzie docelowo do autoryzacji żądania udostępnienia EDM. Jeśli warunek wygenerowania przez pacjenta w IKP żądania przekazywania danych o receptach na aplikację mobilną) będzie dokonywany poprzez aplikację, a bez konieczności dokonania tej czynności z poziomu IKP, realne będzie zagrożenie zastoju w powiększaniu bazy pacjentów z prawidłowo skonfigurowanym IKP.

- c. Zastrzeżenia budzi ponadto treść upoważnienia ustawowego, zawarta w projektowanym art.96b ust. 2e ustawy Prawo farmaceutyczne. W ocenie Prezydium NRL, stosowne rozporządzenie winno określać również zakres danych zawartych na receptach, jakie mogą być przekazywane do aplikacji mobilnych.
3. dot. zmian do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych:
- a. art.4 pkt.9) lit. b) projektu ustawy - w ocenie Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej upoważnienie ustawowe zawarte w projektowanym art. 59b ust.2f ww. ustawy bezwzględnie musi zawierać określenie zakresu danych z jasno sformułowanym w upoważnieniu zakazem przesyłania do aplikacji mobilnych danych o jednostkach chorobowych będących podstawą wystawienia skierowania;
  - b. art. 4 pkt.12) projektu ustawy - w ocenie Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zaproponowana zmiana art. 97 ust.4c ustawy wyklucza z kręgu podmiotów mogących skorzystać z dofinansowania wszystkie te podmioty, które prowadzą dokumentację w postaci elektronicznej, ale nie prowadzą żadnego dokumentu, mającego status dokumentu EDM. Prezydium NRL dostrzega w tym zakresie problem dotyczący istnienia jakiegokolwiek ustawowo zdefiniowanego kanału dystrybucji wsparcia cyfryzacji dla podmiotów, które chcą do tego procesu przystąpić.

Ustawodawca posługując się wyrażeniem „prowadzenie i wymiana elektronicznej dokumentacji medycznej, w tym digitalizacja dokumentacji medycznej prowadzonej w postaci papierowej” sugeruje, że zdigitalizowana dokumentacja medyczna jest częścią EDM. W ocenie Prezydium NRL kolidowałoby to z treścią art.2 pkt.6) ustawy o

systemie informacji w ochronie zdrowia, który stanowi, że poza receptami i skierowaniami - o tym, czy rodzaj dokumentu jest dokumentem EDM decyduje umieszczenie go w wykazie zamieszczonym w rozporządzeniu wydanym na podstawie art.13a tej ustawy. Użyte sformułowanie „prowadzenie i wymiana elektronicznej dokumentacji medycznej” należy zatem w ocenie Prezydium NRL zastąpić sformułowaniem „prowadzenie dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej”.

Ponadto Prezydium NRL zwraca uwagę, iż poprzez użycie w ostatniej części zdania określenia „elektronicznych usług” oraz „lub innym podmiotom” bez bliższego określenia, ani instrukcji co do wyboru usług czy podmiotów, ustawodawca stwarza poważne wątpliwości co do określoności projektowanego przepisu.

#### 4. dot. zmian do ustawy o działalności leczniczej:

Zaproponowane regulacje umożliwiają powoływanie osób pełniących funkcję kierownika podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą, jak również wydłużenie czasu trwania stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej osób wybranych w drodze konkursu w związku z ogłoszonym stanem epidemii lub stanem zagrożenia epidemicznego. Tymczasem uzasadnienie projektu wskazuje, że ustawa o działalności leczniczej wprowadza kadencyjność pełnienia funkcji kierownika podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą. Powyższe nie koresponduje z proponowanymi zmianami w ustawie o działalności leczniczej.

#### 5. dot. zmian do ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia:

- a. art.9 pkt.5) projektu ustawy - w ocenie Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej wątpliwości budzi cel projektowanego art. 13b ust.4 ustawy. Sugeruje on, że placówka medyczna dokona digitalizacji całej posiadanej dokumentacji papierowej wszystkich pacjentów, choć projektowana zmiana obowiązku takiego nie kreuje. Operacja na tę skalę jest w przypadku jakiegokolwiek podmiotu wykonującego działalność leczniczą zupełnie niewykonalna. Prezydium NRL proponuje, aby przepis art. 13b ust. 4 ustawy miał następujące brzmienie: „*4. Usługodawca informuje usługobiorcę, którego dokumentacja została zdigitalizowana o: (...)*”.

Ponadto w ocenie Prezydium NRL do projektowanego art.13b należy dodać ust. 7, w brzmieniu: „*7.W przypadku, gdy oświadczenia, o których mowa w art.7a pkt.3)-5) składane są w formie pisemnej, usługodawca prowadzący dokumentację medyczną w postaci elektronicznej może zamieścić je w systemie teleinformatycznym, w którym prowadzi dokumentację medyczną, wraz z podpisem osoby składającej oświadczenie i datą podpisu, zarejestrowanymi na urządzeniu umożliwiającym cyfrowe odwzorowanie podpisu.*”

Postulat ten Naczelna Rada Lekarska zgłaszała na etapie prac nad projektem rozporządzenia w sprawie rodzajów i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. Wówczas argumentem za nieprzyjęciem tej propozycji były zastrzeżenia co do rozstrzygnięcia tej kwestii w akcie rangi niższego rzędu. Skoro zatem projektowany art.13b ma dotyczyć digitalizacji dokumentów pierwotnie papierowych, w ocenie Prezydium NRL warto rozstrzygnąć również kwestię archiwizacji tych wyjątkowych dokumentów. W opinii Prezydium NRL zaproponowane rozwiązanie w możliwie największym stopniu motywowałoby placówki medyczne do wdrożenia prowadzenia dokumentacji w postaci elektronicznej. Zważyć przy tym



należy, że przepisy Kodeksu cywilnego nie definiują pojęcia „własnoręczności podpisu”. Przyjmuje się, że podpis musi być złożony osobiście, jednak rodzaj pisma ma znaczenie drugorzędne. Pomimo występujących w tej materii rozbieżności, prosta kalkulacja ilości dokumentacji papierowej związanej z wyrażaniem zgód, jaka przez conajmniej 20 lat musi być archiwizowana stanowi dowód konieczności uregulowania tej kwestii. W przeciwnym razie, wobec małego prawdopodobieństwa upowszechnienia się składania oświadczeń za pośrednictwem IKP oraz w formie dokumentowej, przy użyciu e-dowodu (w gabinecie lekarskim), dokumentacja medyczna może nigdy nie być dokumentacją w pełni elektroniczną, co przeczyłoby literalnie rozumianej nazwie formy dokumentacji oraz wytyczonym celom całej reformy.

**6. dot. zmian do ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej:**

Prezydium NRL uważa, iż przyznanie położnym możliwości udzielania świadczeń zdrowotnym w szerszym niż dotychczas zakresie nie jest właściwe. Zaznaczyć bowiem należy, że zawody pielęgniarki i położnej funkcjonują niezależnie i każdy z nich ma swoją odrębną specyfikę, w tym również zakres zdobytych kwalifikacji i nabytych umiejętności. Wprowadzenie rozwiązania umożliwiającego położnej wykonywanie – w praktyce – czynności zastrzeżonych dla drugiego zawodu – pielęgniarki, może być niekorzystne zarówno dla samych położnych, jak i pacjentów. Proces kształcenia i zdobyte dotychczas umiejętności mogą nie gwarantować prawidłowego wykonywania przez osoby wykonujące zawód położnej powierzonych nowych czynności.

**7. dot. zmian do ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 i innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych:**

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej proponuje przyznanie 100% zasiłku osobom nie tylko zatrudnionym w podmiocie leczniczym na podstawie umowy o pracę, ale również osobom wykonującym zawód w takich podmiotach na podstawie stosunków cywilnoprawnych (tzw. kontraktów), u których doszło do zakażenia albo które miały kontakt z osobą zakażoną w związku z wykonywanymi obowiązkami zawodowymi.

**8. dot. zmian do art. 18 projektu ustawy:**

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej proponuje uwzględnienie wszystkich osób wykonujących zawody medyczne, które mają obowiązek doskonalenia zawodowego i zdobywania punktów edukacyjnych, w tym lekarzy i lekarzy dentyków. Zaznaczyć przy tym należy, że w uzasadnieniu projektu wskazano, że ww. regulacja ma ułatwić kształcenie w zawodach medycznych w okresie epidemii COVID-19, tymczasem proponowaną regulację zawężono wyłącznie do dwóch grup: ratowników medycznych i dyspozytorów medycznych.

**9. dot. zmian do art. 23 projektu ustawy:**

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej proponuje dodanie w art. 23 ust. 1 po słowie lekarz „i lekarz dentyś”. Prezydium NRL zwraca uwagę, iż konieczność doprecyzowania tego przepisu wynika z braku słowniczka ustawowego w projekcie tej ustawy, który wprowadzałby pojęcie lekarza, rozumianego również jako lekarza dentyś.

Ponadto wątpliwości budzi zapis dotyczący warunków, których spełnienia wymaga się od lekarza/ lekarza dentyś dla uzyskania tytułu specjalisty w danej dziedzinie medycyny, nie jest bowiem jasne, czy przesłanki te są konieczne do spełnienia łącznie czy wystarczające jest spełnienie jednej z nich.

**w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców**

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców, o którym powiadomił Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia, Pan Sławomir Gadomski, pismem z dnia 6 lipca 2020 r., znak: ASG.402.1.2019.GK, zgłasza następujące uwagi do projektu.

Prezydium NRL nie neguje potrzeby szacowania kosztów udzielania świadczeń zdrowotnych ani ich prawidłowej wyceny, zastrzeżenia wzbudza jednakże rozbudowany poziom szczegółowości Załącznika nr 5 do projektu rozporządzenia *Ewidencja kosztów według kryterium rodzajowego – zespół kont 4*. Wdrożenie tak rozbudowanego systemu kosztów ewidencji jest, zdaniem samorządu lekarskiego, nieadekwatne i nadmierne w stosunku do potrzeb analitycznych i zarządczych podmiotów leczniczych. Uzpełnienie wyodrębnionych w Załączniku 1180 pozycji kosztów jest jednoznaczne z koniecznością poniesienia znacznych nakładów finansowych i logistycznych przez podmioty lecznicze, związanych m. in. ze zwiększeniem zatrudnienia, dostosowaniem narzędzi informatycznych czy zmodernizowaniem systemów komputerowych.

Ponadto wskazanie terminu wprowadzenia tego obowiązku już na dzień 1 stycznia 2021 r., w czasie gdy placówki borykają się z panującą pandemią i skupiają na zapewnieniu zdolności do bieżącego funkcjonowania, jest także trudne do zrozumienia. Wprowadzanie kolejnego obciążającego obowiązku biurokratycznego, w tak trudnym dla całego systemu ochrony zdrowia czasie, jest zupełnie nieuzasadnione.

