



Stanowiska podjęte przez PNRL w dniu 21 października 2021 r.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej na posiedzeniu 21 października 2021 r. przyjęło:

- STANOWISKO w sprawie projektu ustawy o cmentarzach i chowaniu zmarłych oraz projektu ustawy – Przepisy wprowadzające ustawę o cmentarzach i chowaniu zmarłych
- STANOWISKO w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień
- STANOWISKO w sprawie projektu zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniającego zarządzenie w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe
- STANOWISKO w sprawie projektu zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne
- STANOWISKO w sprawie projektu zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniającego zarządzenie w sprawie warunków umów o udzielanie onkologicznych świadczeń kompleksowych

**STANOWISKO Nr 109/21/P-VIII
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 21 października 2021 r.**

**w sprawie projektu ustawy o cmentarzach i chowaniu zmarłych oraz projektu ustawy –
Przepisy wprowadzające ustawę o cmentarzach i chowaniu zmarłych**

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej, po zapoznaniu się z projektem ustawy o cmentarzach i chowaniu zmarłych oraz projektem ustawy – Przepisy wprowadzające ustawę o cmentarzach i chowaniu zmarłych, o których poinformował Pan Wojciech Labuda Pełnomocnik Prezesa Rady Ministrów do spraw reformy regulacji administracyjnych związanych z ruchem naturalnym ludności i ochrony miejsc pamięci w piśmie z dnia 28 września 2021 r., znak: SWL.0610.1.2021.AT(2), pozytywnie ocenia zamiar systemowego uregulowania w jednym akcie prawnym problematyki

objętej szeroko rozumianym prawem pośmiertnym. Na aprobatę zasługuje w szczególności podjęcie próby uporządkowania zagadnień związanych ze stwierdzaniem i dokumentowaniem zgonów oraz wprowadzenie do porządku prawnego oczekiwanej od dawna, nie tylko przez osoby wykonujące zawody medyczne, instytucji koronera. Pozytywnie należy ocenić też zamiar zastąpienia papierowej karty zgonu jej elektronicznym odpowiednikiem i przetwarzania przez uprawnione podmioty danych z kart zgonu, wystawionych i wprowadzonych do systemu „P1”, za pośrednictwem systemów teleinformatycznych. Pojawiają się jednak obawy, czy szczegółowe rozwiązania techniczne w tym zakresie zostały właściwie zaprojektowane i przygotowane. Ponadto niektóre przepisy projektowanej ustawy budzą zastrzeżenia i wątpliwości. Dlatego też Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zgłasza następujące uwagi szczegółowe do przepisów zawartych w Dziale II projektu ustawy o cmentarzach i chowaniu zmarłych.

1. Art. 7 ust. 2 projektowanej ustawy, określający podmioty uprawnione do stwierdzania zgonu, w większości przypadków pozwoli na ustalenie i wezwanie właściwej osoby. Jednak projektowane brzmienie tego przepisu może też prowadzić do sporów kompetencyjnych. Mogą bowiem zaistnieć sytuacje, gdy na podstawie art. 7 ust. 2 projektowanej ustawy uprawnionych będzie dwóch lekarzy np. zadeklarowany przez zmarłego lekarz POZ i lekarz udzielający świadczeń zdrowotnych w podmiocie innym niż podmiot leczniczy, w którym zgon ma być stwierdzony. Niewystarczający wydaje się przy tym przepis art. 7 ust. 2 pkt 6 projektu ustawy określający właściwość koronera. Ma on bowiem stwierdzać zgon wyłącznie w przypadkach innych niż wskazane w pkt 1 - 4 oraz gdy osoby wskazane w pkt 1 - 4 mają wątpliwości co do określenia przyczyny zgonu. Należałoby więc dodać przepis, który rozstrzygałby zasady ustalania osoby właściwej do stwierdzenia zgonu w tego rodzaju sytuacjach kolizyjnych. Proponujemy zobowiązanie koronera do podjęcia czynności również w każdym przypadku zaistnienia sporu o właściwość pomiędzy podmiotami uprawnionymi do dokonania tej czynności. Ponadto przepis ten w pkt 1 wymaga wprowadzenia zmian o charakterze redakcyjnym. Proponujemy nadanie art. 7 ust. 2 pkt 1 następującego brzmienia: „1) lekarz podstawowej opieki zdrowotnej udzielający świadczeń opieki zdrowotnej u świadczeniodawcy wskazanego przez osobę, której zgon ma być stwierdzony, w deklaracji wyboru, o której mowa w art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz.U. z 2021 r. poz. 1050), w przypadku, w którym zgłoszenie znalezienia zwłok nastąpiło w miejscu i czasie udzielania świadczeń przez tego świadczeniodawcę określonych w umowie o udzielanie świadczeń gwarantowanych w rodzaju podstawowa opieka;”.

2. W art. 7 ust. 2 pkt 5 projektowanej ustawy przyznawane jest kierownikowi zespołu ratownictwa medycznego uprawnienie do stwierdzania zgonu. Na podstawie art. 36 ust. 5 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2019 r. poz. 993, z późn. zm.) funkcję tę w zespole ratownictwa medycznego może pełnić nie tylko lekarz, ale również ratownik medyczny lub pielęgniarka systemu. O ile może być uzasadnione przyznanie ratownikowi medycznemu uprawnienia do stwierdzenia zgonu w przypadku, gdy nie są podejmowane medyczne czynności ratunkowe z uwagi na występowanie pewnych (niewątpliwych) objawów śmierci, to stwierdzenie zgonu w trakcie prowadzenia czynności ratunkowych wymaga już posiadania szerszej wiedzy i odpowiedniego przygotowania. Obecny system kształcenia ratowników medycznych nie gwarantuje, że osoby wykonujące ten zawód są przygotowane do wykonywania tych czynności. Ponadto znaczna część osób udzielających świadczeń w zespołach ratownictwa medycznego nie jest nawet pracownikami jednostek państwowego ratownictwa medycznego. Wykonują oni tę pracę zawierając cywilnoprawne kontrakty z tymi podmiotami. Nie podlegają zatem odpowiedzialności o charakterze dyscyplinarnym ani też z tytułu odpowiedzialności zawodowej w przypadku naruszenia przepisów związanych z wykonywaniem zawodu ratownika medycznego. Rozpoczęte przez Ministra Zdrowia w 2019 r. prace legislacyjne nad projektem ustawy o zawodzie ratownika medycznego oraz o samorządzie ratowników medycznych, mającej regulować zasady uzyskiwania prawa wykonywania zawodu ratownika medycznego, zasady i warunki wykonywania tego zawodu oraz zasady odpowiedzialności zawodowej, nie zostały zakończone, a projekt ustawy do chwili obecnej nie jest nawet przyjęty przez Radę Ministrów. Dopóki wykonywanie zawodu ratownika medycznego nie zostanie uregulowane ustawowo, stwierdzenie zgonu w przypadkach wskazanych w art. 7 ust. 2 pkt 5 lit. a powinno być zastrzeżone do kompetencji lekarza.
3. Art. 8 ust. 3 projektowanej ustawy zapewnia koronerowi możliwość przeprowadzenia konsultacji z lekarzem specjalistą w dziedzinie medycyny sądowej w przypadku wątpliwości co do okoliczności i przyczyny zgonu. W zasadzie forma, w jakiej te konsultacje będą się odbywały jest dowolna. Zaznaczono tylko, że konsultacje te mogą się odbywać się również za pośrednictwem systemów

teleinformatycznych, środków komunikacji elektronicznej lub publicznie dostępnych usług telekomunikacyjnych. Wprowadzając taką możliwość projektowane przepisy nie zawierają jakichkolwiek regulacji dotyczących zasad i trybu realizowania procedury konsultacji przez koronera przyczyn zgonu z lekarzem specjalistą w dziedzinie medycyny sądowej, ani też nie określają zasad ustalania i prowadzenia wykazu lekarzy specjalistów w dziedzinie medycyny sądowej, którzy będą pozostawać w gotowości do konsultacji z koronerem i otrzymywać za to wynagrodzenie. Brak jest również upoważnienia do uregulowania tych kwestii w akcie wykonawczym. Projektowane przepisy dotyczące możliwości konsultowania przez koronera okoliczności i przyczyny zgonu z lekarzem specjalistą w dziedzinie medycyny sądowej są więc niepełne i wymagają uzupełnienia.

4. Art. 8 ust. 4 pkt 3 - katalog podmiotów, które powiadomiono w przypadku stwierdzenia okoliczności wskazanych w art. 14 projektu ustawy, należałoby uzupełnić o państwowego granicznego inspektora sanitarnego.
5. Art. 8 ust. 5 projektu ustawy zobowiązuje koronera do sporządzenia protokołu zgonu w czasie nie dłuższym niż 4 godziny od chwili przyjęcia zgłoszenia znalezienia zwłok albo wezwania. W wielu sytuacjach przepis ten może okazać się niewykonalny. W ciągu czterech godzin koroner musi nie tylko dojechać na miejsce zdarzenia (co już może być czasochłonne w przypadku większych odległości lub utrudnień w ruchu drogowym) i sporządzić protokół zgonu, ale dokonać wszystkich innych czynności, wymaganych przez projektowaną ustawę, poprzedzających sporządzenie tego dokumentu. Sporządzenie protokołu zgonu w ciągu czterech godzin od przyjęcia przez koronera zgłoszenia może też okazać się niewykonalne w przypadkach, gdy w krótkich odstępach czasu koroner otrzyma kilka zgłoszeń. Proponujemy wydłużenie czasu, w którym koroner byłby zobowiązany do sporządzenia protokołu zgonu do 8 godzin od przyjęcia zgłoszenia.
6. Art. 10 ust. 3 projektowanej ustawy zobowiązuje osobę stwierdzającą zgon, a więc zarówno koronera jak i inną osobę wskazaną w art. 7 ust. 2 pkt 1 - 5, do odstąpienia od wystawienia karty zgonu i wnioskowania o przeprowadzenie badań pośmiertnych, jeżeli istnieją wątpliwości w kwestii przyczyny zgonu lub rozbieżności w ocenie czasu i okoliczności zgonu. Przepis ten wymaga doprecyzowania w

zakresie obowiązków, jakie spoczywają na podmiotach uprawnionych do stwierdzania zgonu, innych niż koroner. Zgodnie z art. 7 ust. 2 pkt 6 projektowanej ustawy osoby te w przypadku, gdy mają wątpliwości co do określenia przyczyny zgonu powinny wezwać koronera, który w takich sytuacjach jest właściwy do stwierdzania zgonu. Wydaje się zatem, że podmiot stwierdzający zgon, o którym mowa w art. 7 ust. 2 pkt 1 - 5, jeżeli ma wątpliwości co do przyczyny zgonu, to powinien tylko wezwać koronera, zaś wnioskowanie o przeprowadzenie badań pośmiertnych na podstawie art. 10 ust. 3 powinno należeć wyłącznie do koronera, gdy ten również będzie miał wątpliwości co do przyczyny zgonu.

7. Art. 10 ust. 6 nakłada na wskazany do przeprowadzenia badań pośmiertnych zakład medycyny sądowej uczelni medycznej lub prosektorium szpitala obowiązek wystawienia karty zgonu i przekazania podmiotowi wnioskującemu o przeprowadzenie badań pośmiertnych unikalnego numeru identyfikującego kartę zgonu nie później niż w czasie 72 godzin od przyjęcia zwłok. Termin ten może okazać się niemożliwy do dotrzymania, w szczególności w okresach występujących po sobie kilku dni świątecznych wolnych od pracy.
8. Art. 12 ust. 1 projektowanej ustawy, który w przypadku zgonu pacjenta w środku transportu sanitarnego zespołu ratownictwa medycznego, nakazuje stosowanie przepisów art. 10 ust. 3 zdanie drugie stanowiącego o przewiezieniu zwłok do zakładu medycyny sądowej lub prosektorium szpitala oraz art. 10 ust. 5 - 9 jest niejasny. Wątpliwości budzi w szczególności, kto w takim przypadku wystawia kartę zgonu i podejmuje decyzję o przeprowadzeniu badań pośmiertnych. Przepis art. 10 ust. 6, który stosuje się w tych przypadkach, nakłada na podmiot, do którego zwłoki zostaną przewiezione, obowiązek wykonania czynności takich jak w przypadku zwłok pacjenta, którego zgon nastąpił w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, w tym przeprowadzenia badań pośmiertnych.
9. Art. 19 ust. 1 pkt 7 przewiduje, że karta zgonu, która będzie dokumentem elektronicznym (elektroniczną dokumentacją medyczną w rozumieniu ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia), ma zawierać unikalny numer identyfikujący kartę zgonu. Numer ten ma być nadawany w sposób określony w przepisach aktu wykonawczego wydanego na

podstawie upoważnienia zawartego w art. 21 projektu ustawy. W uzasadnieniu do projektu ustawy nie przedstawiono szczegółowych informacji dotyczących projektowanych rozwiązań w zakresie sposobu nadawania tego numeru. Z treści upoważnienia zawartego w art. 21 projektu ustawy można jedynie wywnioskować, że zostanie opracowany bliżej nieokreślony algorytm do nadawania tych numerów, który ma zapewnić ich niepowtarzalność, a tym samym również bezpieczeństwo danych zawartych w karcie zgonu. Przy tym dokument ten nie będzie wydawany podmiotowi uprawnionemu do organizacji pochówku (będzie przekazywany wyłącznie numer identyfikujący kartę zgonu), a dane zawarte w karcie zgonu będą przetwarzane przez uprawnione podmioty za pośrednictwem systemu P1. Jednocześnie ustawa przewiduje, że w przypadku braku możliwości wystawienia karty zgonu w postaci elektronicznej będzie wystawiane zaświadczenie o stwierdzeniu zgonu w postaci papierowej zawierające również unikalny numer identyfikujący kartę zgonu, a karta zgonu będzie wystawiana w postaci elektronicznej w ciągu 2 godzin od odzyskania tej możliwości. Sytuacja ta może występować stosunkowo często biorąc pod uwagę, że stwierdzenia zgonu dokonuje się w miejscu ujawnienia ciała. Zwrócić należy też uwagę, że treść karty zgonu zapisana w Systemie P1 nie może być zmieniana, a przepis art. 22 ust. 4 dotyczący sporządzenia korekty tego dokumentu dotyczy omyłkowego zamieszczenia w nim wyłącznie danych wymienionych w tym przepisie i nie obejmuje numeru identyfikującego kartę zgonu. Pojawiają się więc obawy, czy projektowane rozwiązania w zakresie sposobu ustalania numeru identyfikującego kartę zgonu w sytuacji, gdy lekarz nie będzie miał dostępu do systemu teleinformatycznego, istotnie zapewnią prawidłowe nadawanie i niepowtarzalność tych numerów, a tym samym, czy nie będzie dochodziło do różnych omyłek i chaosu w rejestrowaniu zgonów i organizacji pochówku.

10. Art. 26 ust. 1 pkt 1 określający wykształcenie, jakie musi posiadać koder, należy doprecyzować poprzez określenie wymaganych ukończonych kierunków studiów, skoro osoba zatrudniona na tym stanowisku powinna posiadać rozległą i gruntowną wiedzę w zakresie jednostek chorobowych i ciągów przyczynowo-skutkowych wywołujących określone konsekwencje zdrowotne. Uwaga ta odnosi się w szczególności do wymogu ukończenia studiów na uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk

medycznych.

11. Art. 27 ust. 1 – proponujemy doprecyzowanie tego przepisu określającego warunki, które musi spełniać lekarz będący koronerem, poprzez dodanie po pkt 1 kolejnego punktu zawierającego warunek: „nie może być: a) zawieszony w prawie wykonywania zawodu ani ograniczony w wykonywaniu określonych czynności medycznych na podstawie przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentysty lub przepisów o izbach lekarskich, b) ukarany karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu, c) pozbawiony możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu zakazu wykonywania zawodu albo zawieszony w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym”. Takie uregulowanie warunków pełnienia funkcji koronera będzie także zgodne z art. 29 ust. 3 projektu ustawy, który przewiduje obowiązek okręgowej rady lekarskiej przekazywania wojewodzie informacji m. in. o uchwałach o zawieszeniu prawa wykonywania zawodu i ograniczeniu w wykonywaniu określonych czynności medycznych.
12. Art. 27 ust. 5 projektu ustawy nakłada na okręgowe rady lekarskie obowiązek ustalenia na wniosek wojewody listy lekarzy kandydatów na koronerów spełniających wymagania, o których mowa w ust. 1 i 2 wraz z potwierdzeniem przez lekarza zgłoszenia swojej kandydatury. Samorząd lekarski już w 2019 r. w ramach konsultacji społecznych projektu ustawy o stwierdzaniu, dokumentowaniu i rejestracji zgonów, który również przewidywał ten obowiązek, wskazywał, że okręgowe rady lekarskie nie będą miały faktycznej możliwości jego wykonania i stanowisko to podtrzymuje. Organy samorządu lekarskiego nie posiadają wszystkich informacji pozwalających stworzenie takiej listy, np. pełnej i aktualnej informacji na temat wyroków skazujących wydanych wobec lekarzy przez sądy powszechne, gdyż wiele z nich (mimo wynikającego z art. 21 § 1 pkt 2 k.p.k. obowiązku zawiadomienia właściwego organu samorządu zawodowego o zakończeniu postępowania karnego toczącego się z urzędu przeciwko członkom samorządu zawodowego) nie trafia do wiadomości okręgowej izby lekarskiej. Źródłem tych informacji powinien być Krajowy Rejestr Karny. Ponadto lekarze nie mają obowiązku informowania okręgowych izb lekarskich o odbyciu przez lekarzy szkolenia w zakładzie medycyny sądowej uczelni medycznej. Okręgowe izby lekarskie nie posiadają również informacji o lekarzach będących w trakcie specjalizacji

spełniających warunki określone w 27 ust. 2 projektu ustawy. Niezasadne jest też nakładanie na okręgowe izby lekarskie obowiązku zbierania od lekarzy oświadczeń zawierających potwierdzenie zgłoszenia swojej kandydatury na koronera. Zgodnie z art. 28 ust. 1 projektu ustawy to wojewoda prowadzi i udostępnia w BIP wykaz koronerów oraz aktualizuje dane i informacje w nim zamieszczone. Nabór kandydatów na koronera powinien być więc prowadzony przez wojewodę i to ten organ powinien dokonywać oceny, czy kandydaci spełniają wymagania ustawowe do pełnienia tej funkcji i zwracać się do właściwych instytucji o przekazanie będących w ich posiadaniu informacji niezbędnych do zweryfikowania kandydatów, w tym również do okręgowych rad lekarskich. Okręgowe rady lekarskie mogą przekazywać wojewodzie wyłącznie informacje czy wskazani przez wojewodę kandydaci do pełnienia funkcji koronera, mają prawo wykonywania zawodu lekarza na terytorium Rzeczypospolitej Polski oraz specjalizacje wskazane w art. 27 ust. 1 pkt 4 lit. a.

13. Art. 29 ust. 3 projektu ustawy - niezasadne jest również nałożenie na okręgowe rady lekarskie obowiązku przekazywania wojewodzie „informacji, które mogą mieć wpływ na wykonywanie czynności koronera, w szczególności o zapadłych wyrokach sądów dyscyplinarnych w przedmiocie pozbawienia prawa wykonywania zawodu lekarza, a także o uchwałach zawieszenia w prawie wykonywania zawodu lekarza albo ograniczenia wykonywania określonych czynności medycznych albo o prawomocnie zakończonych postępowaniach karnych lub dotyczących odpowiedzialności zawodowej.” Organy samorządu lekarskiego nie prowadzą postępowań karnych i postępowań dyscyplinarnych. Postępowania te, zgodnie z art. 54 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342) toczą się niezależnie od postępowań w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej prowadzonych przez organy samorządu lekarskiego tj. okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej i Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej oraz okręgowe sądy lekarskie i Naczelny Sąd Lekarski. W związku z powyższym zakres informacji przekazywanych wojewodzie przez okręgową radę lekarską powinien ograniczać się do ostatecznych, prawomocnych lub natychmiast wykonalnych uchwał rady lekarskiej i orzeczeń sądów lekarskich, które przewidują w odniesieniu do lekarza

będącego koronerem pozbawienie lub zawieszenie prawa wykonywania zawodu lub ograniczenie w wykonywaniu zawodu lekarza.

14. Art. 30 zapewnia koronerowi podczas lub w związku z pełnieniem obowiązków koronera ochronę przewidzianą w kodeksie karnym dla funkcjonariuszy publicznych. Samorząd lekarski postuluje przyznanie takiej ochrony również wszystkim lekarzom wskazanym w art. 7 ust. 2 pkt 1 – 4 podczas lub w związku z wykonywaniem wynikającego z ustawy obowiązku stwierdzenia zgonu. Art. 44 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2021 r. poz. 790, ze zm.) przyznaje ochronę prawną należną funkcjonariuszowi publicznemu wyłącznie lekarzowi, który wykonuje czynności w ramach świadczeń pomocy doraźnej lub przypadku, o którym mowa w art. 30 tej ustawy, a także gdy wykonuje zawód w podmiocie wykonującym działalność leczniczą, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w tym podmiocie. Z takiej ochrony na podstawie art. 5 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym korzystają też osoby wchodzące w skład zespołu ratownictwa medycznego. Nie w każdym więc przypadku lekarze zobowiązani do stwierdzenia zgonu będą mieli zapewnioną taką ochronę np. lekarz sprawujący opiekę medyczną w podmiocie udzielającym ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych, który nie posiada umowy z NFZ.
15. Art. 31 ust. 12 nakłada na okręgową izbę lekarską, która zostanie poinformowana przez wojewodę o rozwiązaniu umowy z koronerem, obowiązek niezwłocznego wskazywania wojewodzie nowego kandydata na koronera spełniającego warunki do pełnienia tej funkcji wraz z potwierdzeniem przez lekarza zgłoszenia swojej kandydatury. Okręgowa izba lekarska nie będzie mogła wywiązać się z nakładanego na nią obowiązku z przyczyn wskazanych w uwagach do art. 27 ust. 5.
16. Art. 32 ust. 2 określa wysokość wynagrodzenia przysługującego lekarzowi za stwierdzenie zgonu i wystawienie karty zgonu, które ma być ustalane na podstawie kapitacyjnej stawki rocznej. Powstaje wątpliwość, czy wynagrodzenie to będzie ustalane na podstawie stawek, które będą korygowane z zastosowaniem przewidzianych współczynników odpowiednich do grupy wiekowej świadczeniobiorcy

albo charakteru miejsca pobytu świadczeniobiorcy zadeklarowanego do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Przepis wymaga więc doprecyzowania. Ponadto w celu zagwarantowania faktycznego przekazywania lekarzowi tych środków przez pracodawcę, czy podmiot, z którym lekarz ma zawartą umowę o udzielanie świadczeń medycznych, projektowane przepisy należałoby uzupełnić poprzez wskazanie sposobu wypłacania tego wynagrodzenia. W przypadku konieczności dojazdu lekarza do miejsca wezwania należałoby w projektowanych przepisach uwzględnić także zwrot kosztów dojazdu lekarza do miejsca zgonu (analogicznie do zwrotu kosztów przysługujących koronerowi).

17. Art.33 ust. 2 określa wynagrodzenie przysługujące specjalście w dziedzinie medycyny sądowej za pozostawanie w gotowości do konsultacji z koronerem i każdą przeprowadzoną konsultację. Niejasne jest kto będzie rozliczał i wypłacał to wynagrodzenie, zwłaszcza że przepis ten stanowi o uwzględnieniu środków na to wynagrodzenie w umowie, o której mowa w art. 27 ust. 7.
18. Art. 33 ust. 3 zawiera błędne odesłanie do ust. 3, a w związku z tym niejasne jest o jakim wynagrodzeniu jest mowa w tym przepisie.

Ponadto Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zgłasza uwagę do art. 20 do projektu ustawy Przepisy wprowadzające ustawę o cmentarzach i chowaniu zmarłych. Przepis ten stanowi, że do 30 czerwca 2023 r. koronerem może być lekarz, który nie spełnia warunku, o którym mowa w art. 27 ust. 1 pkt 4 lit. b. W przywołanym przepisie wskazane są dwa warunki, które musi spełniać lekarz aby pełnić funkcję koronera, tj: co najmniej 3 letni staż pracy w zawodzie lekarza oraz odbycie szkolenia w zakładzie medycyny sądowej uczelni medycznej. Obecne brzmienie projektowanego przepisu wskazuje, że w okresie do 30 czerwca 2023 r. lekarz nie będzie musiał spełnić żadnego z tych warunków, co oznacza, że nie będzie wymagane nawet posiadanie jakiegokolwiek doświadczenia zawodowego w wykonywaniu zawodu lekarza.

STANOWISKO Nr 110/21/P-VIII
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 21 października 2021 r.

w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu z projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, o którym pismem z dnia 12 października 2021 r., znak: ZPP.743.102.2021.MS, powiadomił Sekretarz Stanu Ministerstwa Zdrowia, Pan Waldemar Kraska, zgłasza następujące uwagi do projektu.

Poważne wątpliwości budzi likwidacja możliwości ambulatoryjnej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej oraz terapii rodzin i grupowej poza ośrodkami I poziomu. Planowana kilka lat temu reforma opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży zakładała, że część pacjentów będzie wymagała bardziej intensywnej i specjalistycznej opieki ambulatoryjnej niż ta, która jest dostępna na I poziomie referencyjnym. Planowane były i przygotowywane odpowiednie programy specjalistycznej przeznaczone m.in. dla takich grup pacjentów jak osoby z nasilonymi, lecz

niewymagającymi hospitalizacji, zaburzeniami odżywiania, po ciężkich próbach samobójczych, z krystalizującą się nieprawidłową osobowością, pacjenci, którym nie udało się pomóc na I poziomie czy pacjenci wieloproblemowi.

Pomoc takim pacjentom wymaga pracy w zespole osób z odpowiednim doświadczeniem i dodatkowymi kompetencjami np. dietetyk w przypadku pacjentów z anoreksją psychiczną. Niezwykle ważna dla takich pacjentów jest możliwość kontynuacji terapii po wypisie ze szpitala. W projektowanym modelu opieki psychiatrycznej pacjenci kończący leczenie na II i III poziomie referencyjnym są niejako wtłaczani do prywatnych gabinetów a znaczna ich część nie będzie mogła sobie pozwolić na odpłatną kontynuację leczenia. Projekt rozporządzenia uniemożliwia właściwą opiekę nad dziećmi i młodzieżą z zaburzeniami psychicznymi w postaci ambulatoryjnej stanowiącej alternatywę dla hospitalizacji.

Prezydium zwraca uwagę na konieczność modyfikacji projektu rozporządzenia w zakresie:

1. utrzymania na II i III poziomie referencyjnym możliwości prowadzenia opieki psychologicznej, psychoterapii indywidualnej, terapii grupowej i terapii rodzin dla pacjentów, u których nie udało się uzyskać remisji w I poziomie referencyjnym a którzy nie kwalifikują się do leczenia szpitalnego;
2. wydłużenie możliwości opieki w oddziałach dziennych do 120 dni lub dłużej w przypadku braku poprawy stanu klinicznego;
3. wprowadzenia możliwości prowadzenia celowanych, zgodnych z EBM programów specjalistycznych opieki nad pacjentami z zaburzeniami odżywiania, uporczywymi tendencjami samobójczymi, niekorzystnym rozwojem osobowości czy wieloproblemowych na poziomie III.

STANOWISKO Nr 111/21/P-VIII
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 21 października 2021 r.

w sprawie projektu zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniającego
zarządzenie w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie
szpitalne - świadczenia kompleksowe

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu z projektem zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniającym zarządzenie w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne - świadczenia kompleksowe, o którym powiadomił Zastępca Prezesa NFZ, Pan Bernard Waśko, pismem znak: DSOZ-WLS.400.47.2021 2021.302393.CZDO, z dnia 8 października 2021 r., nie zgłasza uwag do projektu zarządzenia.

STANOWISKO Nr 112/21/P-VIII
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 21 października 2021 r.

w sprawie projektu zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniającego
zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju
leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne - świadczenia wysokospecjalistyczne

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu z projektem zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne - świadczenia wysokospecjalistyczne, o którym powiadomił Zastępca Prezesa NFZ, Pan Bernard Waśko, pismem znak: DSOZ-WLS.400.45.2021 2021.302605.MAKA, z dnia 8 października 2021 r., nie zgłasza uwag

do projektu zarządzenia.

**STANOWISKO Nr 113/21/P-VIII
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 21 października 2021 r.**

**w sprawie projektu zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniającego
zarządzenie w sprawie warunków umów o udzielanie onkologicznych świadczeń
kompleksowych**

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu z projektem zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniającym zarządzenie w sprawie warunków umów o udzielanie onkologicznych świadczeń kompleksowych, o którym powiadomił Zastępcę Prezesa NFZ, Pan Bernard Waśko, pismem znak: DSOZ-WLS.400.48.2021 2021.303919.AUO, z dnia 8 października 2021 r., nie zgłasza uwag do projektu zarządzenia.

