



## Wspólne posiedzenie Prezydiów NRL i NRPIP

---

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej oraz Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych połączyły siły na wspólnym posiedzeniu, aby omówić istotne kwestie dotyczące zawodów medycznych, które reprezentują. Wśród omawianych punktów znalazł się projekt stanowiska o odpowiedzialności karnej, nawiązujący do postulowanego przez samorząd lekarski wdrożenia tzw. klauzuli wyższego dobra.

*- Bardzo się cieszę, że możemy w tym gronie rozmawiać. Na dzisiejsze posiedzenie zaplanowaliśmy z prezes Mariolą Łodzińską cztery tematy. Ich jest oczywiście znacznie więcej, ale te cztery są dla naszych zawodów absolutnie kluczowe. System się zmienia. Dzisiaj naszym wspólnym staraniem jest to, żeby system był pacjentocentryczny, aby pacjent był otoczony profesjonalistami medycznymi, zarówno specjalistami pielęgniarstwa, jak i lekarzami specjalistami* - powiedział prezes NRL, otwierając spotkanie.

Jednym z głównych tematów obrad było stanowisko dotyczące zmiany zasad odpowiedzialności personelu medycznego za zdarzenia niepożądane. Omawiany projekt stanowił podstawę do dyskusji nad ochroną interesów i dobra pacjentów oraz wyznaczaniem granic postępowania medycznego w sytuacjach kontrowersyjnych. Samorzady - lekarski oraz pielęgniarek i położnych oczekują przywrócenia możliwości bezpiecznego leczenia i zadeklarowały wspólne dążenie do wprowadzenia w życie klauzuli wyższego dobra.

*- W środowisku lekarskim mamy dużo prowadzonych spraw karnych, to samo dotyczy środowiska pielęgniarek i położnych. Te sprawy się ciągną. Mamy już pierwsze dane, które mówią, że pracownik medyczny, tylko i wyłącznie pozwany o błąd medyczny, ma dwukrotnie wyższe ryzyko wypalenia zawodowego, 1,6 razy wyższe ryzyko samobójstwa i 1,8 razy wyższe ryzyko zachowań ryzykownych, m.in. alkoholizmu. Te postępowania karne wykańczają nam kadry medyczne, a nic z tego nie wynika. Wystąpiliśmy do ministra sprawiedliwości o informacje o postępowaniach - 93% tych postępowań jest umarzanych, tylko 7% jest zakończonych aktem oskarżenia skierowanym do sądu i pojedyncze osoby są skazywane. To ok. 2300 postępowań w poprzednim roku, z czego skazano dwie osoby, a aktem oskarżenia zakończyło się ok. 100 spraw. Od dłuższego czasu mówimy o systemie no-fault, czyli o systemie, który miałby znieść z medyków odpowiedzialność karną, a pozostawić odpowiedzialność cywilną i zawodową. Nazwaliśmy go klauzulą wyższego dobra, ponieważ dobro pacjenta jest najwyższym dobrem dla naszych zawodów* - wyjaśniał prezes NRL.

Kolejnym ważnym zagadnieniem było stanowisko w sprawie kształcenia lekarzy, lekarzydentystów, pielęgniarek i położnych. Zdaniem samorządów niezbędne jest dostosowanie procesów edukacji medycznej do aktualnych potrzeb i wymagań, aby zapewnić wysoką jakość kształcenia i odpowiednie przygotowanie specjalistów. Zgodnie podkreślono potrzebę utrzymania odpowiednich standardów nauczania przyszłych medyków, w tym konieczność zamknięcia lub wygaszenia kierunków lekarskich i lekarsko-dentystycznych, które nie uzyskały pozytywnej opinii Polskiej Komisji Akredytacyjnej i wykorzystania potencjału uniwersytetów medycznych i akredytowanych jednostek do kształcenia personelu lekarskiego. Natomiast w zakresie kształcenia pielęgniarek i położnych należy m.in. określić poziomy kompetencji zawodowych po ukończeniu poszczególnych rodzajów i dziedzin kształcenia podyplomowego oraz wskazać uprawnienia do realizacji konkretnych świadczeń zdrowotnych,

W trakcie spotkania omówiono również kwestię obowiązku znajomości języka polskiego przez osoby uzyskujące prawo wykonywania zawodu w dziedzinie medycyny. Przedstawiciele samorządów przywołali przykłady toczących się w pionach odpowiedzialności zawodowej spraw lekarzy i pielęgniarek, którzy nie rozumiejąc i nie władając językiem polskim w zawodzie narazili pacjentów na utratę życia i zdrowia. W podjętym stanowisku wskazano, że znajomość języka polskiego jest nieodzowna do efektywnej komunikacji z pacjentami oraz zapewnienia bezpieczeństwa i jakości świadczeń medycznych.

Ostatnim punktem obrad była propozycja przyjęcia zasad wykonywania świadczeń zdrowotnych medycyny estetycznej. Samorządom zależy na uregulowaniu tego obszaru medycyny, a dla pracujących w nim lekarzy oraz pielęgniarek i położnych stworzeniu jasnych i sprecyzowanych wytycznych.

W wolnych wnioskach omówiono m.in. kwestię samodoskonalenia zawodów medycznych, w tym przyznawania i egzekwowania punktów edukacyjnych, znieczuleń w opiece okołoporodowej oraz transplantologii i jak rozmawiać z pacjentami o pobieraniu organów do przeszczepów.

Oba Prezydium podkreśliły znaczenie współpracy między samorządami, zarówno na rzecz bezpieczeństwa leczenia, jak i ochrony praw zawodów medycznych. Jednocześnie postanowiono kontynuować dialog w celu ustalenia dalszych działań na rzecz rozwoju ochrony zdrowia oraz podniesienia standardów świadczonych usług. Postanowiono, że wspólne posiedzenia będą odbywać się co pół roku.

**STANOWISKO nr 1**  
**PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ**  
**I PREZYDIUM NACZELNEJ RADY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH**  
**z dnia 14 lutego 2024 r.**

**w sprawie zmiany zasad odpowiedzialności personelu medycznego**

Samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych oraz samorząd zawodowy lekarzy oczekują pilnej zmiany modelu odpowiedzialności personelu medycznego za zdarzenia niepożądane. Aktualny system, skoncentrowany na poszukiwaniu winnych celem pociągnięcia ich do odpowiedzialności karnej, nie realizuje podstawowego priorytetu polityki zdrowotnej, jakim jest poprawa jakości opieki nad pacjentem, przy tym niszczy zaufanie między pacjentami a personelem medycznym, nie sprzyja także rozwojowi i kształceniu kadr medycznych, zwłaszcza w obszarach medycyny, w których ryzyko powikłań czy niepowodzenia leczniczego jest wyższe i sprzyja emigracji wykwalifikowanego personelu medycznego za granicę.

Zawody medyczne oczekują przywrócenia możliwości bezpiecznego wykonywania pracy.

Zmiana podejścia do zdarzeń niepożądanych jest niezbędna dla zapewnienia prawidłowego funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce i w żadnym stopniu nie przyczyni się do obniżenia standardów opieki medycznej, a wręcz przeciwnie – powinna zapewnić poprawę jej funkcjonowania.

W ciągu ostatnich lat wielokrotnie obserwowaliśmy starania, aby maksymalnie zwiększyć rygor odpowiedzialności karnej za przestępstwa, które brane są pod uwagę w przypadku wystąpienia błędu medycznego. Mieliśmy zapowiedzi zmian kodeksu karnego idące w kierunku zaostrzenia kar,

było także nagłaśnianie spraw medycznych w mediach i wydawanie tym trybem przedwczesnych wyroków, zanim zapadły jakiegokolwiek orzeczenia sądowe. Wszystkie te działania – w istocie nastawione na krótkotrwały efekt polityczny – oceniane w perspektywie długofalowej zupełnie nie sprzyjają poprawie jakości w ochronie zdrowia, negatywnie wpływają na rozwój i kształcenie kadr medycznych, psują nasze relacje z pacjentami. Przyjęto całkowicie błędne założenie, że strach przed odpowiedzialnością karną jest metodą na budowanie jakości w opiece medycznej, tymczasem presja na karanie personelu medycznego prowadzi do braku kadry w specjalnościach, w których występuje ryzyko niepowodzenia leczniczego, tym samym zmniejszenia dostępności usług medycznych. Do tego zapadające w indywidualnych sprawach orzeczenia sądowe nie pozwalają na systemową ocenę czynników sprzyjających występowaniu niepowodzenia leczniczego.

System opieki zdrowotnej w Polsce powoli zbliża się do momentu, w którym ważniejsze stanie się bezpieczeństwo prawne leczącego, niż dobro leczonego, a w placówkach medycznych podejmowane będą działania nieryzykowne dla personelu medycznego, niekoniecznie zaś najskuteczniejsze dla pacjenta.

Przy pracach nad zmianą aktualnego systemu oceny zdarzeń niepożądanych należy wziąć pod uwagę takie okoliczności jak: niedostateczne finansowanie świadczeń zdrowotnych i placówek, które ich udzielają, powszechnie występujące braki kadrowe, wykonywanie przez personel medyczny pracy w wielkim stresie, dynamicznie zmieniający się poziom wiedzy na temat schorzeń i metod leczenia, występowanie różnic poglądów w gremiach naukowych. Przede wszystkim jednak należy brać pod uwagę szczególnie rodzaj działalności, jaką jest udzielanie świadczeń zdrowotnych, gdzie działania personelu medycznego nie są podejmowane w złej wierze, ale wprost przeciwnie – każdemu z nas przyświeca motywacja niesienia pomocy choremu.

Ze wskazanych powodów samorząd pielęgniarek i położnych oraz samorząd lekarski oczekują od władz państwowych zdecydowanej zmiany podejścia do sytuacji, w których procedury medyczne zakończyły się niepowodzeniem. Należy zdjąć z osób wykonujących zawody medyczne ryzyko odpowiedzialności karnej za czyny nieumyślne wynikające z udzielania świadczeń zdrowotnych. Pacjentowi należy zapewnić natomiast mechanizmy pozwalające na efektywne, szybkie i pozasądowe uzyskanie odpowiedniej rekompensaty za poniesione szkody.

**STANOWISKO nr 2**  
**PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ**  
**I PREZYDIUM NACZELNEJ RADY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH**  
**z dnia 14 lutego 2024 r.**

**w sprawie kształcenia pielęgniarek, położnych, lekarzy i lekarzy dentyistów**

Samorządy zawodowe pielęgniarek i położnych oraz lekarzy i lekarzy dentyistów od wielu lat nieustannie zabiegają aby kształcenie studentów na kierunku: lekarskim, lekarsko-dentyistycznym, pielęgniarstwie i położnictwie było oparte o jak najwyższe standardy edukacyjne. Prezydium NRPI i NRL zwracają uwagę, że brak zachowania wymogów gwarantujących wysoką jakość kształcenia niesie za sobą realne zagrożenie z punktu widzenia bezpieczeństwa pacjentów, które zależy od jakości świadczonych usług medycznych.

Dostrzegając pojawiające się w ostatnim czasie rozwiązania legislacyjne, które istotnie obniżają jakość kształcenia pielęgniarek, położnych, lekarzy i lekarzy dentyistów Prezydium NRPI i NRL stoją na stanowisku, że konieczne jest pilne podjęcie następujących działań dotyczących kształcenia polegających na:

**w zakresie kształcenia lekarzy i lekarzy dentyistów:**

1. zamknięciu lub wygaszeniu kierunków lekarskich i lekarsko-dentyistycznych, które nie uzyskały pozytywnej opinii Polskiej Komisji Akredytacyjnej i wykorzystaniu potencjału uniwersytetów medycznych i akredytowanych jednostek do kształcenia personelu

lekarskiego, samo kształcenie zaś powinno być oparte o model akademicki, a nie zawodowy.

2. wsparciu rozwoju i zwiększaniu naboru na studia w uczelniach o profilu ogólnoakademickim prowadzących kształcenie w zawodach lekarza i lekarza dentysty. Wykształcenie lekarza wymaga nie tylko nabycia kompetencji czysto zawodowych, ale także nabycia umiejętności pracy naukowej, przygotowania w szerokim kontekście humanistycznym, ze szczególnym zwróceniem uwagi na postawę etyczną, co jest możliwe wyłącznie w warunkach uniwersyteckich. Zapewnienie właściwej jakości kształcenia w tych zawodach wymaga przede wszystkim posiadania wykwalifikowanej i zróżnicowanej kadry dydaktycznej oraz dostępu do bazy klinicznej, które zorganizowanej i utrzymanie jest niezwykle trudne i kosztowne. Uczelnie zawodowe mają bardzo ograniczone możliwości, aby te warunki spełnić.
3. zwiększeniu finansowania Polskiej Komisji Akredytacyjnej na działania zmierzające do zapewnienia wysokiej jakości kształcenia.
4. zwiększeniu finansowania Centrum Egzaminów Medycznych w Łodzi i zmiana formuły Lekarskiego Egzaminu Końcowego, tak aby faktycznie weryfikować wiedzę absolwentów lekarskich i lekarsko-dentystycznych.
5. zmianie organizacji zarządzenia kształceniem tak, aby nadzór sprawowany był przez jedno, a nie dwa ministerstwa.
6. wprowadzeniu zmian legislacyjnych nadających Polskiej Komisji Akredytacyjnej większy zakres uprawnień – uczynienie opinii Polskiej Komisji Akredytacyjnej wiążących dla Ministra Edukacji i Nauki.
7. wprowadzeniu zmian w składzie zespołu nauk medycznych i nauk o zdrowiu w Polskiej Komisji Akredytacyjnej opiniujących kierunki lekarski i lekarsko-dentystyczny, tak aby w każdym takim zespole oceniającym znajdował się przedstawiciel samorządu lekarskiego.

**w zakresie kształcenia pielęgniarek i położnych:**

1. określeniu poziomów kompetencji zawodowych po ukończeniu poszczególnych rodzajów i dziedzin kształcenia podyplomowego, oraz wskazaniu uprawnień do realizacji konkretnych świadczeń zdrowotnych,
2. wdrożeniu systemu akredytacji dla podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych,
3. wprowadzeniu mechanizmu weryfikacji obowiązku aktualizacji i

podnoszenia kwalifikacji zawodowych przez pielęgniarki i położne w formie aktu prawnego.

4. studia I stopnia na kierunku pielęgniarstwo i położnictwo powinny odbywać się w systemie stacjonarnym, co zapewni wysoką jakość kształcenia,
5. studia II stopnia na kierunku pielęgniarstwo i położnictwo należy prowadzić na uniwersytetach medycznych lub w akademiach, które prowadzą i finansują badania naukowe na danym kierunku, w tym badania naukowe z udziałem nauczycieli i studentów. Przyczyni się to do poprawy jakości prowadzonego kształcenia na pielęgniarstwie i położnictwie,
6. liczbę członków Krajowej Rady Akredytacyjnej Szkół Pielęgniarek i Położnych (KRASzPiP) należy zwiększyć do 20, w tym 10 członków - przedstawicieli szkół kształcących pielęgniarki i położne, 6 przedstawicieli Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych i po 2 przedstawicieli pozostałych stowarzyszeń i organizacji zawodowych pielęgniarek i położnych, których powołuje i odwołuje minister właściwy do spraw zdrowia spośród zgłoszonych kandydatów. Obecny zapis uniemożliwia sprawne przeprowadzenie oceny (akredytacji) poszczególnych kierunków, a także monitoringów w tych uczelniach Członkami KRASZPiP powinni być przedstawiciele zawodu pielęgniarek i położnych,
7. wypracowaniu i wdrożeniu modelu współpracy uczelni z podmiotami leczniczymi w zakresie realizacji kształcenia praktycznego ( zajęć praktycznych i praktyk zawodowych)

Prezydium NRPiP i NRL wskazują, że realizacja postulatów, kierowanych wielokrotnie do decydentów jest niezbędna do zachowania jak najwyższej jakości kształcenia na wydziałach: pielęgniarzkich, położniczych, lekarskich i lekarsko-dentystycznych. Brak zachowania odpowiednich standardów w tym zakresie niesie za sobą realne zagrożenie w postaci obniżenia jakości kształcenia, a w długofalowym efekcie pogorszenia bezpieczeństwa zdrowotnego Polaków. W związku z powyższym Prezydium NRPiP i NRL apelują do Rządu RP o jak najszybsze wdrożenie wskazanych działań dotyczących kształcenia naszych środowisk.

**STANOWISKO nr 3**  
**PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ**  
**I PREZYDIUM NACZELNEJ RADY PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH**  
**z dnia 14 lutego 2024 r.**

**w sprawie znajomości języka polskiego przez osoby wykonujące zawód medyczny**

Samorządy zawodowe pielęgniarek i położnych oraz lekarzy i lekarzy dentystów w związku z obowiązującymi regulacjami w zakresie przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty, zawodu pielęgniarki i zawodu położnej w tzw. „uproszczonych trybach” tj. warunkowego prawa wykonywania zawodu, prawa wykonywania zawodu na określony zakres czynności, które nie wymagają od pielęgniarek, położnych, lekarzy i lekarzy dentystów wykazania odpowiedniej znajomości języka polskiego, stwierdzają, że znajomość języka polskiego (zarówno w

mowie i piśmie) powinna stanowić jeden z najważniejszych warunków wymaganych od osób z innych państw, które zamierzają wykonywać zawód medyczny w Polsce.

Prezydium NRL i Prezydium NRPIP stoją na stanowisku, że pielęgniarki, położne, lekarze i lekarze dentyści, którzy przyjeżdżają z zagranicy w celu udzielania świadczeń zdrowotnych w Polsce muszą bezwzględnie posiadać znajomość języka polskiego, która zapewni właściwą komunikację z pacjentem i zespołem terapeutycznym.

Kontakt osób wykonujących zawód medyczny z pacjentem wynika z bezwzględnych warunków realizacji gwarantowanych świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjenta, zgodnie z należytą starannością, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo, wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej. Tym samym nie jest dopuszczalny taki standard komunikacji, w którym ww. osoby nie posługują się językiem, którym włada pacjent, a któremu udzielane są świadczenia zdrowotne. Znajomość języka polskiego, która umożliwia właściwą komunikację jest konieczna z punktu widzenia bezpieczeństwa zdrowotnego każdego pacjenta leczonego na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.

**STANOWISKO nr 4**  
**PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ**  
**I PREZYDIUM NACZELNEJ RADY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH**  
**z dnia 14 lutego 2024 r.**

**w sprawie zasadności uregulowania zasad wykonywania zabiegów medycyny estetycznej**

Mając na uwadze sygnały docierające do środowisk zrzeszających lekarzy, lekarzy dentyistów, pielęgniarki i położne, dotyczących wzrostu liczby osób poszkodowanych wskutek wykonywania zabiegów z zakresu medycyny estetycznej przez osoby nieuprawnione, połączone Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej oraz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych zauważają pilną konieczność uregulowania materii wykonywania zabiegów z zakresu medycyny estetycznej.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej i Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych niejednokrotnie podejmowały próbę uporządkowania prawnych aspektów udzielania świadczeń z zakresu medycyny estetycznej. Katalog świadczeń w zakresie medycyny estetycznej powinien być opracowany i wydany w formie aktu prawnego przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

Świadczenia zdrowotne, umieszczone w wydanym przez Ministra Zdrowia akcie prawnym, mogą być wykonywane w zależności od kompetencji, wyłącznie przez lekarza i lekarza dentyistę lub pielęgniarkę i położną.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej oraz Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych dysponują właściwymi ekspertami i deklarują współpracę z Ministerstwem zdrowia celem najszybszego uregulowania przedmiotowej kwestii.

fot. Karolina Bartyzel

