Image not found or type unknown

Apele i stanowiska podjęte przez PNRL w dniu 4 października 2024 r.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej na posiedzeniu 4 października 2024 r. przyjęło:

APEL Nr 3/24/P-IX

PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

z dnia 4 października 2024 r.

do Ministra Zdrowia

W związku z napływającymi do samorządu lekarskiego sygnałami, dotyczącymi trudności, z jakimi borykają się placówki ochrony zdrowia na terenach dotkniętych powodzią, Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zwraca się z apelem o podjęcie niezwłocznych działań, w tym także wymagającej skorzystania z inicjatywy legislacyjnej, mających na celu zapewnienie ich funkcjonowania bez ryzyka poniesienia nieuzasadnionych sankcji.

Z powodu nadzwyczajnych i niemożliwych do przewidzenia okoliczności, placówki te w pewnych obszarach swojej działalności nie mogą obecnie spełniać wszystkich warunków wynikających z przepisów oraz zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, szczególnie w zakresie trybu rejestracji pacjentów, zasad ewidencjonowania wizyt i ich sprawozdawania oraz związanej z tym obsługi systemów informatycznych.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zwraca uwagę na dodatkowe problemy, z którymi borykają się aktualnie placówki medyczne na terenach dotkniętych skutkami powodzi, które były i nadal częściowo są pozbawione komunikacji telefonicznej oraz dostępu do internetu, co za tym idzie, także możliwości korzystania z funkcjonalności swoich systemów informatycznych służących m.in. do prowadzenia dokumentacji medycznej i sprawozdawczości. W związku z brakiem dostępu do dokumentacji medycznej, lekarze są zmuszeni wystawiać recepty na leki na podstawie przeprowadzonego wywiadu z pacjentem, bez możliwości weryfikacji poziomu odpłatności leków, prawa do ubezpieczenia, a często także tożsamości pacjenta. Dodatkowo, dochodzi do wielu nagłych przypadków, takich jak kryzysy nadciśnieniowe, duszności, infekcje czy objawy psychoz. W rezultacie na terenach objętych skutkami powodzi placówki nierzadko decydują się przyjmować wszystkich zgłaszających się pacjentów, co w normalnej sytuacji mogłoby być uznane za naruszenie zasad i kolejności dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej i sposobu ich dokumentowania.

Samorząd lekarski uważa, że konieczne jest prawne uregulowanie tej sytuacji, tak aby placówki medyczne i lekarze działający w takich warunkach w dobrze pojętym interesie pacjentów nie byli narażeni na sankcje finansowe czy inne negatywne konsekwencje związane z niedopełnieniem warunków realizacji świadczeń opieki zdrowotnej.

W związku z powyższym, Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej apeluje, aby Ministerstwo Zdrowia wystąpiło z inicjatywą legislacyjną, mającą na celu wprowadzenie do ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z usuwaniem skutków powodzi zapisów regulujących w szczególny sposób relacje między placówkami medycznymi a Narodowym Funduszem Zdrowia na terenach dotkniętych skutkami powodzi. Proponujemy, aby te przepisy w możliwie najszerszym stopniu zwalniały placówki medyczne i lekarzy z niemożliwych do dotrzymania obowiązków i z sankcji wiążących się z ich niedotrzymaniem.

Jednocześnie samorząd lekarski ponawia postulaty zawarte we wcześniejszym stanowisku

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej nr 76/24/P-IX podjętym 30 września br. i apeluje o ich uwzględnienie. Szczególnie ważne jest wprowadzenie rozwiązań, które pozwolą na elastyczne rozliczanie świadczeń zdrowotnych realizowanych w placówkach medycznych znajdujących się na terenach objętych skutkami powodzi. W stanowisku zaproponowane zostało m.in. zastosowanie ryczałtowego rozliczania świadczeń na podstawie wcześniejszego planu finansowego, co pozwoli placówkom na zachowanie stabilności finansowej. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej postulowało także, aby przepisy jasno obejmowały zwolnienie od podatku dochodowego także dla lekarzy prowadzących praktyki, którzy otrzymują darowizny lub nieodpłatne i częściowo odpłatne świadczenia na odbudowę, w tym dla tych, którzy uzyskują te środki w związku z odbudową swoich domów lub mieszkań.
Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej apeluje w związku z tym, aby Ministerstwo Zdrowia podjęło wszelkie możliwe działania mające na celu ochronę interesów lekarzy oraz placówek medycznych, które znalazły się w wyjątkowo trudnej sytuacji na skutek katastrofy powodziowej.

APEL Nr 4/24/P-IX

PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 4 października 2024 r.
do Ministra Zdrowia

W związku z napływającymi do samorządu lekarskiego niepokojącymi doniesieniami dotyczącymi pogarszającej się sytuacji finansowej szpitali Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej apeluje do Ministra Zdrowia, aby w roku 2024 szpitale miały zapewnione finansowanie świadczeń zdrowotnych udzielnych ponad ryczałt systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ), tj. ratujących życie oraz świadczeń szpitalnych wynikających z pilnych wskazań medycznych.
Samorząd lekarski nie godzi się na to, aby trudna sytuacja finansowa Narodowego Funduszu Zdrowia skutkowała zapaścią polskiego szpitalnictwa i tym samym dramatycznym pogorszeniem dostępności do świadczeń zdrowotnych udzielanych pacjentom w szpitalach. Niepokój samorządu lekarskiego o właściwe finansowanie nadwykonań w szpitalach wynika z faktu, że obecnie przekazano jedynie informację o uruchomieniu procedury finansowania świadczeń nielimitowanych za drugi kwartał 2024 roku i zapewnieniu zdolności do finansowania świadczeń nielimitowanych za trzeci kwartał 2024 r., brak natomiast jednoznacznych zapewnień odnośnie dofinansowania szpitalom nadwykonań ryczałtu PSZ.

STANOWISKO Nr 76/24/P-IX

PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 4 października 2024 r.
w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z usuwaniem skutków powodzi oraz niektórych innych ustaw

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem ustawy o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z usuwaniem skutków powodzi oraz niektórych innych ustaw, przekazanym przy piśmie Zastępcy Szefa kancelarii Sejmu - pana Dariusza Salamończyka z dnia 26 września 2024 r. (znak: SPS-WP.020.227.3.2024) popiera rozwiązania zawarte w przedmiotowym projekcie w zakresie, w jakim zmierzają do zachowania ciągłości dostępu pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej na terenach objętych skutkami powodzi i zapewnienie możliwości działania podmiotów świadczących usługi medyczne.
Za zasadne samorząd lekarski uznaje dodanie ustępu 3a do art. 1 ustawy z dnia 16 września 2011 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z usuwaniem skutków powodzi przewidującego, że podmioty wykonujące działalność leczniczą, które poniosły szkodę w wyniku powodzi, będą mogły się ubiegać o pożyczki, o których mowa w rozdziale 3 tej ustawy – są to pożyczki, które po wykorzystaniu i właściwym rozliczeniu podlegają umorzeniu.
Zastrzeżeń kierunkowych nie budzi projektowany art. 40a ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z usuwaniem skutków powodzi, który przewiduje utworzenie prowadzonego przez wojewodę wykazu podmiotów wykonujących działalność leczniczą dla świadczeń opieki

zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, wykonywanych w związku z przeciwdziałaniem skutkom powodzi. Doprecyzowaniu powinien jednak ulec zakres zastosowania tego przepisu co do zdefiniowania „świadczeń opieki zdrowotnej udzielnych w związku z przeciwdziałaniem skutkom powodzi" – poprzez wskazanie czy chodzi o wszystkie świadczenia opieki zdrowotnej na terenie objętym powodzią, czy tylko określone ich kategorie.
W związku z trudnościami związanymi z powodzią, takimi jak zniszczenia i zalania niektórych pomieszczeń placówek medycznych i ograniczonym dostępem do personelu medycznego zasadne są zmiany w art. 40b ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z usuwaniem skutków powodzi, gdzie proponuje się możliwość zgłoszenia zmiany miejsca i warunków wykonywania świadczeń opieki zdrowotnej, w tym dotyczących personelu medycznego realizującego tę umowę, po uzyskaniu zgody Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, z wyłączeniem wymogów dotyczących realizacji tej umowy wynikających z przepisów odrębnych. Jest to przejaw elastycznego podejścia, wymaganego w obecnych, nadzwyczajnych okolicznościach.
Zasadne jest także rozwiązanie zaproponowane w art. 40c ustawy, przewidujące, że w razie ograniczenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej na terenach objętych skutkami powodzi, po uzyskaniu zgody Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, podmiot wykonujący działalność leczniczą, który nie posiada umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych albo posiada umowę i udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w innym rodzaju lub zakresie będzie miał prawo do wynagrodzenia za udzielone świadczenia opieki zdrowotnej. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej – z uwagi na dynamikę procesów leczniczych i kierując się troską o zabezpieczenie interesów pacjentów – proponuje, aby przepis umożliwiał uzyskanie zgody Prezesa NFZ na uzyskanie wynagrodzenia za te świadczenia także po ich faktycznym udzieleniu (zgoda wsteczna). Rozwiązania takiego wymaga nadzwyczajna sytuacja, w jakich świadczenia te są udzielane.
Pozytywnie należy ocenić także przewidziana w art. 9 projektu ustawy możliwość odpisania kosztów zakupu nowej kasy fiskalnej, jeżeli poprzednia uległa uszkodzeniu przez powódź.
Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej chce stanowczo podkreślić, że dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej jest kluczowym elementem funkcjonowania państwa, jego zasobem strategicznym, dlatego władze państwowe powinny podjąć wszelkie możliwe działania aby łagodzić skutki takiego nadzwyczajnego zdarzenia jak powódź, która dotknęła wielki obszar naszego kraju. Chodzi zatem nie tylko o placówki bezpośrednio dotknięte skutkami powodzi, które wymagają odbudowy, naprawy infrastruktury i podobnych działań naprawczych, ale też te placówki medyczne, które na skutek powodzi czasowo utraciły znaczną cześć swoich pacjentów i tym samym płynność rozliczania zakontraktowanych z NFZ świadczeń. Samorząd lekarski zwraca uwagę, że projektowana ustawa nie przewiduje rozwiązań, które pozwoliłyby zapewnić funkcjonowania placówek medycznych finansowanych ze środków publicznych, które bezpośrednio nie ucierpiały na skutek fali powodziowej, ale znajdują się na obszarach dotkniętych przez powódź. Należy spodziewać się, że podmioty te nie będą w stanie zrealizować pełnej liczby zakontraktowanych z Narodowym Funduszem Zdrowia świadczeń, np. z uwagi na to, że pacjenci zajęci odbudową swoich domostw będą rezygnowali z planowych świadczeń zdrowotnych czy będą mieli problemy z dotarciem na umówioną znacznie wcześniej konsultację specjalistyczną albo zabieg. Należy zatem rozważyć wprowadzenie planu pomocowego dla placówek medycznych, które w okresie bezpośrednio po powodzi nie będą w stanie zrealizować zakontraktowanej liczby świadczeń. Postuluje się zatem wprowadzenie na ten okres szczególnych zasad rozliczenia tych świadczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia, np. poprzez zastosowanie rozliczenia ryczałtowego w kwocie obliczonej na podstawie realizacji planu rzeczowo-finansowego przed powodzią lub wprowadzenie innych instrumentów pomocowych pozwalających zachować płynność funkcjonowania i finansowania danej placówki medycznej. Państwo powinno podjąć stanowcze działania, aby powódź nie była przyczynkiem do zmniejszenia liczby podmiotów, które udzielają pacjentom świadczeń zdrowotnych.
Ponadto Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej postuluje, aby możliwie szeroki zakres zastosowania znalazł obowiązujący już art. 30 ustawy z dnia 16 września 2011 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z usuwaniem skutków powodzi oraz powiązany z nim projektowany art. 30a ustawy,

tak aby nie budziło wątpliwości, że zwolnienie od podatku dochodowego obejmuje także lekarzy prowadzących praktyki w zakresie, w jakim otrzymają darowizny lub nieodpłatne albo częściowo odpłatne świadczenia na ich odbudowę, a także lekarzy, którzy otrzymają tego rodzaju darowizny i nieodpłatne świadczenia w związku z odbudową swoich domów czy mieszkań.

STANOWISKO Nr 77/24/P-IX
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 4 października 2024 r.
w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zapotrzebowania na szczepionki służące do przeprowadzania szczepień obowiązkowych

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zapotrzebowania na szczepionki służące do przeprowadzania szczepień obowiązkowych, przekazanym przy piśmie Głównego Inspektora Sanitarnego - pana Pawła Grzesiowskiego z dnia 11 września 2024 r. (znak: PR.LE.023.9.2022) nie zgłasza uwag do projektu.

STANOWISKO Nr 78/24/P-IX
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 4 października 2024 r.
w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przekazanym przy piśmie Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia - pana Jerzego Szafranowiza z dnia 19 września 2024 r. (znak: DLU.0210.21.2024.KS) nie zgłasza uwag do samego projektu rozporządzenia uznając, że w sytuacji gdy jednostki systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego nie mają faktycznie zapewnionej dostatecznej liczby lekarzy systemu do obsady specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego, to nie powinno się na nie nakładać kar umownych z tego tytułu. Samorząd lekarski wielokrotnie wskazywał jednak, że zawieszenie stosowania kar umownych za brak lekarza w zespołach ratownictwa medycznego typu S był w okresie po epidemii koronawirusa rozwiązaniem słusznym i koniecznym, ale musi pozostać tylko rozwiązaniem doraźnym.

Samorząd lekarski ponawia zatem wyrażoną w stanowiskach Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej Nr 60/23/P-IX z dnia 26 września 2023 r. oraz Nr 70/23/P-IX z dnia 22 listopada 2023 r. odezwę, aby Ministerstwo Zdrowia podjęło pilnie działania systemowe, które przywrócą prawidłowe działanie specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego, w skład których zgodnie z art. 36 ust. 1 pkt 1 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznych powinien wchodzić lekarz systemu.

Kolejne przedłużenie okresu, kiedy nie nakłada się kar umownych za brak lekarza systemu, tym razem do 30 czerwca 2025 r., nie usuwa systemowego problemu. W uzasadnieniu przedłożonego projektu rozporządzenia nie wskazano konkretnych działań organizacyjnych i finansowych, które zostały dotychczas podjęte, aby walczyć z występującymi brakami lekarzy w specjalistycznych zespołach ratownictwa medycznego. Nie można przy tym uznać za wystarczające przedstawienie przez Ministerstwo Zdrowia do konsultacji publicznych w lipcu 2024 r. projektu ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw (UD43), który przewiduje, że od dnia 1 lipca 2025 r. ma nastąpić zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne na podstawie nowych planów działania systemu oraz, że pojawi się nowy typ zespołów – motocyklowe jednostki ratownicze, a podstawowe zespoły ratownictwa medycznego zostaną podzielone na 2- i 3-osobowe, ze zróżnicowaną wyceną stawki dobowej z minimalnym progiem liczby zespołów specjalistycznych z lekarzem w składzie, wynoszącym co najmniej 1 zespół S na każde rozpoczęte 10 zespołów podstawowych. W uwagach do projektu tej ustawy Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej wskazało, że projekt nie zawiera szczegółowych rozwiązań dotyczących likwidacji deficytu kadry lekarskiej i że w tym celu należy przeprowadzić rzetelną ocenę wielu czynników organizacyjnych, prawnych, finansowych z uwzględnieniem specyfiki wykonywanej pracy lekarza systemu.
Niezależnie od procedowanego projektu rozporządzenia należy pilnie podjąć wszelkie możliwe działania, które przywrócą prawidłowe funkcjonowanie tych zespołów specjalistycznych, w tym poprzez zapewnienie prawidłowego finansowania tych świadczeń zdrowotnych.

STANOWISKO Nr 79/24/P-IX
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 4 października 2024 r.
w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw

W związku z toczącymi się pracami legislacyjnymi dotyczącymi projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, przekazanym przy piśmie Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia pana Jerzego Szafranowicza z dnia 9 sierpnia 2024 r. (znak: DLU.0210.13.2024.RB) Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej uważa za konieczne podkreślenie, że nowelizacja ustawy zmieniająca model funkcjonowania sieci szpitali ma fundamentalne znaczenie dla przyszłości polskiego systemu ochrony zdrowia, zdefiniuje poziom dostępności pacjentów do świadczeń i wpłynie na model kształcenia przyszłych kadr medycznych.
Szpitale odgrywają kluczową rolę w systemie opieki zdrowotnej, będąc nie tylko miejscem, gdzie pacjenci otrzymują niezbędne świadczenia zdrowotne, które nie mogą być zrealizowane w trybie ambulatoryjnym, ale także są placówkami, w których toczy się główny nurt kształcenia przed- i podyplomowego lekarzy. Procesy specjalizacyjne i staże podyplomowe nie mogą się odbywać bez udziału szpitali. Corocznie zwiększająca się liczba studentów medycyny, przy ewentualnym zmniejszeniu liczby miejsc akredytowanych do prowadzenia specjalizacji i staży, spowoduje, że duża liczba lekarzy, nie będzie mogła wejść do polskiego systemu ochrony zdrowia.
Każda propozycja reformy, która ingeruje w ten kluczowy segment, wymaga głębokiej analizy, otwartej debaty oraz uwzględnienia stanowisk i uwag wszystkich zainteresowanych środowisk.
Wobec docierających do samorządu lekarskiego informacji o trudnej sytuacji finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia, planowana reforma systemu szpitalnictwa może się w takich warunkach jawić jako instrument mający na celu przede wszystkim zmniejszenie liczby łóżek szpitalnych, zwłaszcza w szpitalach powiatowych i miejskich, należących obecnie do I i II stopnia podstawowego systemu zabezpieczenia (PSZ), a co za tym idzie zabezpieczających większość podstawowych świadczeń szpitalnych. W ocenie samorządu lekarskiego przed projektowaną reformą sieci szpitali nie została przeprowadzona rzetelna analiza przyczyn zadłużania szpitali należących do PSZ na I i II poziomie zabezpieczenia. Należy przypomnieć, że u podstaw problemów finansowych tych jednostek nie stoi złe zarządzanie tymi podmiotami, lecz niedostateczna wycena świadczeń zdrowotnych, która w ostatnich latach została zwiększona jedynie o koszty wynikające z

realizacji ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych.

Nowelizacja ustawy wydaje się być podyktowana w przeważającej mierze względami ekonomicznymi i nie bierze pod uwagę potrzeb zdrowotnych, zachodzących zmian demograficznych, epidemiologii, czy konieczności przygotowania sytemu opieki zdrowotnej na różnego rodzaju nadzwyczajne zdarzenia jak sytuacje epidemiczne, działania terrorystyczne, wojenne. Tymczasem zasadniczą rolą szpitala jest zabezpieczenie zdrowotne społeczeństwa na danym obszarze i świadczenie usług zgodnych z mapą potrzeb zdrowotnych, a nie wybieranie takich świadczeń, które generują większe zyski i są lepiej wycenione.