Image not found or type unknown

Stanowiska podjęte przez PNRL w dniu 8 listopada 2024 r.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej na posiedzeniu 8 listopada 2024 r. przyjęło:

- Stanowisko w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zmiany rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego
- Stanowisko w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego
- Stanowisko w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw
- Stanowisko w sprawie poselskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw

STANOWISKO Nr 86/24/P-IX
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 8 listopada 2024 r.
w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zmiany rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zmiany rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego, przekazanym przy piśmie Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia pana Marka Kosa z dnia 23 października 2024r. (znak: DBR.0210.8.2024.TM) nie zgłasza uwag do przedmiotowego projektu.

STANOWISKO Nr 87/24/P-IX
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 8 listopada 2024 r.
w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego, przekazanym przy piśmie Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia pana Marka Kosa z dnia 23 października 2024 r. (znak: DBR.0210.6.2024.TM) z dużym niepokojem przyjmuje kolejną zmianę przepisów

dotyczącą wymogów kwalifikacyjnych na stanowisku ordynatora (lekarza kierującego oddziałem) szpitalnego oddziału ratunkowego.
Proponowana zmiana obniża wymogi kwalifikacyjne w ochronie zdrowia na stanowisku ordynatora czy lekarza kierującego oddziałem w stosunku do standardów określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10 lipca 2023 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz.U. poz. 1515). Zgodnie z tymi przepisami, na stanowisko ordynatora wymagany jest tytuł specjalisty lub specjalizacja II stopnia w dziedzinie medycyny zgodnej z profilem oddziału lub w dziedzinie pokrewnej. Opiniowany projekt rozporządzenia, dopuszcza możliwość zatrudnienia na stanowisku ordynatora osoby niespełniającej tego kryterium.. Stanowisko ordynatora na oddziale o takim profilu i odpowiedzialności, jaką niesie ze sobą funkcjonowanie SOR, powinno być zarezerwowane dla lekarzy posiadających wysokie kwalifikacje specjalistyczne.
Niepokojący jest również fakt, iż Minister Zdrowia do tej pory nie podjął działań, które rozwiązałyby przyczyny braku zainteresowania lekarzy posiadających specjalizację z dziedziny medycyny ratunkowej obejmowaniem funkcji kierowniczych na SOR-ach. Zdaniem samorządu lekarskiego do przyczyn tego stanu należy niewdrożenie klauzuli wyższego dobra, która ograniczałaby zakres odpowiedzialności prawnej lekarzy w przypadkach nieumyślnego wyrządzenia szkody. Praca na oddziałach ratunkowych jest obciążona szczególnym ryzykiem, a brak odpowiednich regulacji prawnych sprawia, że lekarze ponoszą zbyt wysokie ryzyko odpowiedzialności prawnej za decyzje podejmowane w warunkach dużej presji i krótkiego czasu na działanie. Ponadto lekarze systemu Państwowego ratownictwa medycznego, w tym SOR-ów narażeni są na zachowania, które zagrażają ich zdrowiu i nietykalności cielesnej, czci i dóbr osobistych, a obecna ochrona prawna, która im przysługuje nie jest wystarczająca. Władze publiczne powinny raczej podjąć pilne działania zmierzające do pozyskania lekarzy o odpowiednio wysokich kwalifikacjach do pełnienia funkcji ordynatorów, zamiast stopniowego obniżania wymogów kwalifikacyjnych niezbędnych do pełnienia tego stanowiska.
Dostrzegając trudną sytuację kadrową w niektórych obszarach ochrony zdrowia, Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej rozumie potrzebę bieżącego pozyskiwania osób gotowych do pełnienia funkcji kierowniczych, jednakże proponowane w projekcie rozporządzenia rozwiązanie może być dopuszczalne wyłącznie jako tymczasowe, a nie jako docelowe, tak jak przewiduje projekt rozporządzenia. Trudno natomiast zaakceptować je jako rozwiązanie stałe, które de facto znosi wymóg posiadania specjalizacji II stopnia przez ordynatora SOR.
Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej nie zgłasza uwag do projektowanego § 16 a rozporządzenia w zakresie wymogów dla lądowisk powstałych przed dniem wejścia w życie rozporządzenia.

STANOWISKO Nr 88/24/P-IX
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 8 listopada 2024 r.
w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw

Po zapoznaniu się z projektem ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw w wersji z dnia 31 października 2024 r., która została skierowana pod obrady Rady Ministrów, Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej wskazuje, że projekt ten w istotny sposób różni się od projektu opiniowanego w ramach konsultacji publicznych. Z uwagi na zmiany wprowadzone do projektu ustawy, które istotnie wpłynęły na założenia oraz treść ustawy, samorząd lekarski zwraca uwagę na potrzebę skierowania projektu do ponownych konsultacji publicznych. Liczne modyfikacje, m.in. w kryteriach kwalifikacji placówek do sieci szpitali, podają w wątpliwość rzetelność analiz przeprowadzonych na wcześniejszych etapach legislacyjnych.
Na wstępie Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej pozytywnie opiniuje proponowane zmiany o które postulowano w stanowisku nr 53/24/P-IX z dnia 12 lipca 2024 r., eliminujące ograniczenia w wystawianiu recept na bezpłatne leki, środki specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby

medyczne dla osób poniżej 18. roku życia i powyżej 65. roku życia. Zmiany te przyczynią się do lepszej dostępności świadczeń oraz wpłyną pozytywnie na komfort pacjentów. Wszyscy lekarze, bez względu na miejsce pracy i posiadanie umowy z NFZ, powinni mieć możliwość przepisywania bezpłatnych leków dla dzieci i seniorów.

Samorząd lekarski zgłasza ponadto zastrzeżenia co do przewidzianych w ustawie zasad i trybu nakładania na podmioty lecznicze programów naprawczych i wskazuje, że głównym problemem polskiej ochrony zdrowia jest niewłaściwy sposób finansowania świadczeń.

Projekt opiera kwalifikację do sytemu z zakresu ginekologii i położnictwa wyłącznie na liczbie porodów, pomijając wskaźniki jakościowe. Takie podejście nie uwzględnia kluczowych aspektów jakości opieki medycznej, co znacząco wpływa na rzetelną ocenę projektu. Pozbawione dostatecznej precyzji legislacyjnej są także proponowane w art. 95m ust. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych mechanizmy korygujące dla położnictwa i ginekologii, które opierają się na dodatkowym kryterium „odległości do najbliższego miejsca udzielania świadczeń". W założeniu projektodawcy ma to pozwolić na kwalifikację do systemu podmiotu leczniczego niespełniającego kryterium minimalnej liczby porodów, w przypadku gdyby odległość do najbliższego świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu położnictwa i ginekologii przekroczyła odległość określoną w przepisach rozporządzenia wydawanego przez Ministra Zdrowia. Projekt nie określa jak ma być liczona odległość do najbliższego miejsca udzielania świadczeń z zakresu z zakresu położnictwa i ginekologii, w szczególności , czy liczona jest tylko w obszarze jednego województwa (jak wynikałoby z art. 95m ust. 1 ustawy, gdzie mowa jest o kwalifikacji na terenie danego województwa) czy z pominięciem granic województwa (co byłoby bardziej logiczne), czy mierzona będzie według odległości w linii prostej czy według tabeli odległości drogowej. Nie można losu pacjentów powierzać tak niedokładnie opisanym kryteriom, które dodatkowo – poza czynnikiem odległości – nie będą uwzględniały czasu dotarcia pacjentek z określonego obszaru do danej placówki medycznej. Ponadto, mimo uzupełnienia OSR, wciąż nie zawiera on szczegółowej analizy skutków gospodarczych i potencjalnych korzyści płynących z wprowadzenia ustawy. Przykładowo, zakładana „racjonalizacja kosztów" nie została przedstawiona z odpowiednią precyzją. Brak jest również analizy wpływu ustawy na sytuację finansową organów założycielskich placówek ochrony zdrowia, co utrudnia obiektywną ocenę jej skuteczności.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zwraca uwagę, iż dopiero na etapie Stałego Komitetu Rady Ministrów, tj. na początku października pojawiły się projekty rozporządzeń, których wcześniejszy brak uniemożliwiał kompleksową ocenę proponowanej nowelizacji. W nawiązaniu do powyższego, opis planu naprawczego oraz analiza sytuacji pozostają niejasne, ponieważ wskaźniki wymagane do ich uwzględnienia nie zostały jasno określone. Terminy takie jak „analiza otoczenia", „analiza kadrowa" czy „analiza wskaźnikowa" pozostają ogólne, bez wskazania konkretnych parametrów, jakie należy obliczyć i przedstawić. Choć zapowiedziano format tabeli do uzupełnienia na platformie, sugerujący zastosowanie specyficznych mierników, nadal brak wytycznych, na jakiej podstawie, jak dokładnie i przez kogo będą one definiowane. Rozbudowana i nieprecyzyjna lista „minimalny zakres danych", zawarta w załączniku do projektu rozporządzenia, może skutkować nadmiernym obciążeniem placówek dodatkowymi obowiązkami administracyjnymi, które nie przyniosą wymiernych efektów. Kluczowy projekt rozporządzenia, określający kryteria kwalifikacji dla zabiegów i porodów, który ma zostać wydany na podstawie planowanego art. 95m ust. 9 ustawy o świadczeniach, wciąż nie został przedstawiony.

Ponadto, publiczne komunikaty dotyczące założeń reformy często są niepełne, co negatywnie wpływa na przejrzystość i wiarygodność procesu legislacyjnego. Reforma nie jest przedstawiona w sposób zintegrowany z innymi inicjatywami systemowymi, co ogranicza jej ocenę jako kompleksowego rozwiązania i jedynie pogłębia fragmentaryzację systemu ochrony zdrowia w Polsce

Z uwagi na brak jasnych wytycznych dla podmiotów, w tym brak informacji o planowanych wsparciach dla placówek, dobrowolny udział w projektowanej transformacji może spotkać się z ograniczonym zainteresowaniem ze strony zarządzających szpitalami. Obawy związane z niepewnością i brakiem zaufania do systemu mogą skutkować pogłębieniem problemów w

funkcjonowaniu placówek.
Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej wskazuje, iż mimo wprowadzenia zmian w projekcie ustawy, nadal pozostaje wiele niewyjaśnionych kwestii, budzących wątpliwości co do jakości analiz przeprowadzanych przez Ministerstwo Zdrowia. W związku z powyższym Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej ponawia swoje stanowisko o potrzebie rzetelnych i kompleksowych analiz oraz wypracowania reformy, która będzie przemyślana i zgodna z potrzebami zdrowotnymi społeczeństwa.

STANOWISKO Nr 89/24/P-IX
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 8 listopada 2024 r.
w sprawie poselskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z poselskim projektem ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw, przekazanym przy piśmie Zastępcy Szefa Kancelarii Sejmu pana Dariusza Salamończyka z dnia 18 października 2024 r. (znak: SPS-WP.020.238.5.2024) negatywnie opiniuje tryb wprowadzania zmian ustawowych w zakresie dotyczącym obowiązku udzielenia pacjentowi informacji o stanie zdrowia, od którego zależy prawidłowość udzielonej przez pacjenta zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego (art. 31 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty) a także zmian w obszarze tajemnicy lekarskiej (art. 40 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty). Projekt ustawy - jako projekt poselski - nie przeszedł etapu konsultacji społecznych, co oznacza, że wiele organizacji zajmujących się ochroną zdrowia oraz wielu ekspertów z tej dziedziny będzie pozbawionych możliwości złożenia swojego stanowiska wobec projektowanych zmian.
Należy w tym miejscu przypomnieć, że zgoda pacjenta na udzielenie mu świadczenia zdrowotnego w obszarze diagnostyki, leczenia i postępowania po zakończeniu postępowania terapeutycznego powinna być świadoma, a więc wyrażona po uzyskaniu od lekarza wyczerpujących oraz zrozumiałych informacji i wyjaśnień zgodnie z art. 31 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Zmiany w zakresie art. 31 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty rzutują nie tylko na zakres uprawnień pacjenta do wyrażenia zgody lub odmowy zgody na leczenie, ale także zmieniają zakres obowiązków lekarzy, od których wykonania zależy czy udzielona zgoda na leczenie będzie prawnie skuteczna. Z tej przyczyny zmiany art. 31 ustawy lekarskiej powinny trafić do konsultacji społecznych, tak aby zostały skrupulatnie przeanalizowane przez wszystkich interesariuszy systemu opieki zdrowotnej.
Odnosząc się do projektu zmiany art. 31 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej negatywnie opiniuje tę zmianę, uznając, że dotychczasowe brzmienie art. 31 ustawy prawidłowo reguluje zakres obowiązku informacyjnego lekarza. Rozszerzenie zakresu informacyjnego lekarza nie jest dostatecznie uzasadnione. Ponadto należy zwrócić uwagę na brak konsekwencji projektodawcy, który – inaczej niż w pozostałych przepisach projektu ustawy - nie uzależnia wykonania przez lekarza obowiązku informacyjnego od osiągniecia przez małoletniego pacjenta wieku 13 lat.

Wątpliwości budzi także projektowana zmiana art. 40 ustawy o zawodach lekarza i lekarzadentysty poprzez poszerzenie zakresu sytuacji, w których nie stosuje się obowiązku zachowaniatajemnicy lekarskiej o sytuacje opisane w art. 7a ust. 3 i 4 ustawy o prawach pacjenta i RzecznikuPraw Pacjenta. Sytuacje opisane w art. 7a ustawy o prawach pacjenta dotyczą poradpsychologicznych, psychoterapii indywidulanej i wsparcia psychospołecznego, a wynikający z art.7a ust. 3 zakres informowania przedstawiciela ustawowego zdaje się być obowiązkiemniezależnym od tego, czy w toku tych porad psychologicznych, psychoterapii indywidulanej iwsparcia psychospołecznego pacjenta małoletniego zdiagnozowano okoliczności dotyczącezagrożenia jego zdrowia. Wobec tego kwestią wymagająca dalszego zastanowienia jest szerokizakres zwolnienie z tajemnicy lekarskiej w sytuacjach, gdy u pacjenta nie zdiagnozowanoniepokojących okoliczności dotyczących jego zdrowia psychicznego.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej pozytywnie ocenia natomiast projektowany art. 7a ust. 1 i 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, który zapewni pacjentom po ukończeniu 13. roku życia prawa do porad psychologicznych, sesji wsparcia psychospołecznego i sesji psychoterapii indywidualnej w ramach świadczeń gwarantowanych. Wątpliwości może budzić jednak dlaczego pacjenci w tym wieku nie będą uprawnieni do podjęcia – bez zgody przedstawiciela ustawowego - decyzji o skorzystaniu z tych świadczeń poza systemem świadczeń gwarantowanych.

Dostrzegając doniosłość problematyki przeciwdziałania sytuacjom kryzysowym związanym ze stanem emocjonalnym i psychicznym dzieci i młodzieży oraz wagę ochrony zdrowia psychicznego tej grypy pacjentów, samorząd lekarski deklaruje gotowość do merytorycznej dyskusji na temat projektu ustawy.