Image not found or type unknown

Apele i stanowiska podjęte przez PNRL i NRL

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej na posiedzeniu 19 grudnia 2024 r. przyjęło:

STANOWISKO Nr 97/24/P-IX
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 19 grudnia 2024 r.
w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie określenia wzoru dokumentu „Karta stażu podyplomowego lekarza” oraz wzoru dokumentu „Karta stażu podyplomowego lekarza dentysty”

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie określenia wzoru dokumentu „Karta stażu podyplomowego lekarza” oraz wzoru dokumentu „Karta stażu podyplomowego lekarza dentysty”, przekazanym przy piśmie Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia pana Marka Kosa z dnia 15 grudnia 2024r. (znak: RKLU.0210.9.2024.DŁ.4) nie zgłasza uwag do przedmiotowego projektu.

STANOWISKO Nr 98/24/P-IX
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 19 grudnia 2024 r.
w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ramowego programu kursu w dziedzinie medycyny rodzinnej

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ramowego programu kursu w dziedzinie medycyny rodzinnej, przekazanym przy piśmie Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia pana Marka Kosa z dnia 12 grudnia 2024r. (znak: RKLU.0210.9.2024.DŁ.5) nie zgłasza uwag do przedmiotowego projektu.

Naczelna Rada Lekarska na posiedzeniu 20 grudnia 2024 r. przyjęła:

APEL NR 5/24/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 20 grudnia 2024 r.
do okręgowych rad lekarskich
o podjęcie dyskusji w sprawie objęcia lekarzy seniorów szczególnym traktowaniem w relacji lekarz leczący - lekarz pacjent

Naczelna Rada Lekarska zwraca się z apelem do okręgowych rad lekarskich o zainicjowanie w swoich środowiskach dyskusji w sprawie zaopiekowania się lekarzami seniorami w relacji na linii lekarz, który leczy a lekarz, który znajduje się w potrzebie zdrowotnej.
Naczelna Rada Lekarska jest przekonana, że przeprowadzenie dyskusji samorządowej pozwoli na wypracowanie nowych inicjatyw i rozwiązań, które niewątpliwie wzmocnią poczucie wspólnoty wśród lekarzy i lekarzy dentystów.
Podkreślenia wymaga, że troska o lekarzy i lekarzy dentystów seniorów, którzy przez wiele lat pracy zawodowej ratowali życie i zdrowie pacjentów, stanowi wyraz szacunku dla ich wkładu w naszą wspólnotę zawodową, a podjęcie debaty w tym zakresie będzie stanowiło krok ku wypracowaniu form wzajemnej pomocy z myślą o dobru członków wspólnoty lekarskiej.
Lekarze seniorzy, jako osoby posiadające ogromne doświadczenie zawodowe, stanowią bezcenną i

niezastąpioną wartość w naszym środowisku, zarówno w aspekcie opieki nad pacjentami, jak i w kontekście wspierania młodszych kolegów wkraczających na ścieżkę zawodową.
Wydaje się, że zbliżające się obrady poszczególnych okręgowych zjazdów lekarzy będą świetną okazją do przeprowadzenia debaty i wypracowania wspólnie koncepcji stworzenia instrumentów systemowych i prawnych oraz wzorców postępowania w celu objęcia szczególną troską lekarzy i lekarzy dentystów seniorów w relacji lekarz leczący – lekarz pacjent.

APEL NR 6/24/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 20 grudnia 2024 r.
do Ministra Zdrowia

Naczelna Rada Lekarska zwraca się do Ministra Zdrowia z apelem o podjęcie działań legislacyjnych zmierzających do umożliwienia składania przez pacjentów oświadczeń o wyrażeniu zgody na zabieg operacyjny albo metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko z wykorzystaniem narzędzi elektronicznych.
Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty jak również ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta przewidują, że na zabieg operacyjny albo zastosowanie metody leczenia lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko pacjent musi wyrazić zgodę w formie pisemnej. Grupa świadczeń, które wymagają zgody na piśmie, jest bardzo szeroka. Zgoda pacjenta jest elementem dokumentacji medycznej, wobec tego w sytuacji, gdy podstawowym sposobem prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (DZ.U z 2024 r. poz. 798) jest jej prowadzenie w postaci elektronicznej, także zgody pacjentów powinny być gromadzone w postaci elektronicznej. Jednoznaczne określenie właściwej formy wyrażenia takiej zgody z wykorzystaniem narzędzi elektronicznych jest niezbędne dla zapewnienia lekarzom i lekarzom dentystom bezpieczeństwa prawnego wykonywania ich zawodów. Obecnie w § 8 ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 kwietnia 2020 r. dopuszczono składanie przez pacjenta oświadczenia o wyrażeniu zgody jedynie za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta. Rozwiązanie to jest jednak niewystarczające.
Naczelna Rada Lekarska przypomina, że sformalizowany postulat uregulowania tej kwestii pojawił się już w roku 2020 w trakcie prac nad projektem ustawy o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu. Miał on wówczas postać poprawki do projektu ustawy zgłoszonej uchwałą Senatu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 13 sierpnia 2020 r. (druk senacki nr 546) i przewidywał, że oświadczenia pacjentów są składane w formie pisemnej, a 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.
Urządzenia do cyfrowego odwzorowywania podpisu, o których mowa uchwale Senatu RP, są zaawansowanymi technicznie produktami, opatrzonymi stosowną normą ISO, praktycznie wykluczającymi możliwość sfałszowania podpisu. W dobie postępującej informatyzacji placówek medycznych i celem zredukowania liczby przechowywanych papierowych egzemplarzy oświadczeń pacjenta wprowadzenie tego rozwiązania wydaje się w pełni uzasadnione.
Ponadto Naczelna Rada Lekarska apeluje o dodanie do art. 25 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta wzmianki, że elementem dokumentacji medycznej w zakresie oznaczenia pacjenta jest także numer telefonu lub oznaczenie innego sposobu komunikacji z pacjentem lub jego przedstawicielem ustawowym.

STANOWISKO Nr 6/24/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

z dnia 20 grudnia 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
przekazanym przy piśmie Ministra Zdrowia pani Izabeli Leszczyny z dnia 20 listopada 2024 r. (znak: DLU.0210.31.2024.RB) Naczelna Rada Lekarska przekazuje następujące uwagi:

W pełni zasadna była decyzja o ponownym skierowaniu projektu ustawy do konsultacji społecznych – liczba uwag do wcześniejszych wersji projektu oraz zakres zmian wprowadzonych do projektu po konsultacjach społecznych, które istotnie wpłynęły na założenia oraz treść ustawy, sprawiały, że ponowne konsultacje społeczne wydają się niezbędne.

Projekt ustawy stanowi kolejną próbę porządkowania systemu ochrony zdrowia. Aktualny model funkcjonowania tzw. sieci szpitali i całego systemu ochrony zdrowia nie spełnia oczekiwań pacjentów, pracowników medycznych ani nie zapewnia właściwego poziomu finansowania placówek medycznych.

Opiniowany projekt ustawy nadal nie realizuje wszystkich postulatów, do tego jest w wielu miejscach ogólnikowy, nie precyzuje kryteriów decyzyjnych, nie uwzględnia trudności, jakie wystąpią z operacjonalizacją, a już na tym etapie są spodziewane. Szczególnie należy zwrócić uwagę na horyzont czasowy działań przewidzianych ustawą jak i wynikających z innych dokumentów, które powinny być źródłowymi dla działań opisanych ustawą – w szczególności horyzonty czasowe kwalifikacji do sieci szpitali, planów transformacji (wojewódzkich i krajowego), horyzontów czasowych perspektyw finansowania unijnego, aktualności map świadczeń – zapewnienie projektodawcy, że dojdzie do ich harmonizacji byłoby wskazane, np. aby uniknąć tworzenia programów naprawczych i podejmowania decyzji o kwalifikacji do sieci na podstawie kończących ważność dokumentów strategicznych.

Na poparcie zasługuje likwidacja przepisu, który na wiele szpitali nałożył wymóg otwierania nowych oddziałów, tylko po to aby znaleźć się w sieci. Niestety ten model otwierania oddziałów „z konieczności” stał się źródłem problemów z zakresie odpowiedniego finansowania świadczeń tam udzielanych pozwalających zachować płynność finansową.

Zasadne był także odstąpienie w aktualnej wersji projektu ustawy od kwalifikacji do sytemu z zakresu ginekologii i położnictwa wyłącznie na podstawie liczby porodów.

Naczelna Rada Lekarska zgłasza, że w projektowanym art. 95m ust. 2, który wymienia profile kwalifikujące, w punktach 58 i 59 omyłkowo znalazła się ta sama nazwa profilu „reumatologia”. Wydaje się, że powinna tam znaleźć się, obok reumatologii, reumatologia dla dzieci.

Naczelna Rada Lekarska zwraca uwagę, że projektowany art. 95m ust. 3 ustawy jest zbyt ogólnikowy - brak jasnych kryteriów kwalifikacji. Według tego przepisu do systemu zabezpieczenia, w zakresie danego profilu kwalifikującego, kwalifikuje się z uwzględnieniem potrzeby właściwego zabezpieczenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej określanej w szczególności na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych, krajowego planu i wojewódzkiego planu transformacji oraz biorąc pod uwagę możliwość udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w sposób zapewniający ich wysoką jakość i bezpieczeństwo świadczeniobiorców. Samorząd lekarski zgłasza wątpliwości, czy obecne plany transformacji są wystarczające do tego celu, wątpliwe jest także czy pierwsza kwalifikacja powinna się odbywać na podstawie istniejących planów czy nowych, wówczas istotne stanie się pytanie kiedy zostaną one faktycznie przyjęte.

Jeśli chodzi o wskazane w art. 95m ust. 3 ustawy kryterium kwalifikacji w zakresie jakości i bezpieczeństwa świadczeniobiorców, Naczelna Rada Lekarska wskazuje, że kryteria te zostały zdefiniowane niewystarczająco. Rodzi to obawę o nadmierną swobodę decyzyjną poszczególnych wojewodów, tymczasem ogólne wskaźniki dotyczące jakości i bezpieczeństwa przy kwalifikacji do profili powinny być określone w ten sam sposób niezależnie od województwa, na terenie którego udziela się świadczeń opieki zdrowotnej.

Zastrzeżenia budzi także projektowany 95m ust. 4 ustawy, który sugeruje, że dla dokonania kwalifikacji do profilu dla każdego profilu oraz dla każdego świadczeniodawcy zostanie powołany osobny zespół. Takie rozwiązanie wskazuje na konieczność powoływania setek, a nawet tysięcy

zespołów w skali województwa. Wydaje się, że proces ten należałby uprościć i tym samym zmniejszyć jego koszty. Odnośnie do projektowanego art. 95n ust. 2 ustawy Naczelna Rada Lekarska zgłasza zastrzeżenie, że nie przedstawiono żadnych kryteriów, na podstawie których Minister Zdrowia zatwierdza lub odmawia zatwierdzenia wykazu sporządzonego przez wojewodę. Takie rozwiązanie pozostawia zbyt dużą dowolność w podejmowaniu decyzji.

Odnośnie do przewidzianego w art. 59 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej obowiązku sporządzenia programu naprawczego dla SPZOZ-ów samorząd lekarski ponownie zwraca uwagę, że nie przedstawiono projektu kluczowego rozporządzenia, bez którego ciężko ocenić projektowane rozwiązania. Niewątpliwie kryteria i metodologia oceny dostosowania muszą zostać jasno określone. Niezrozumiałe jest także dopuszczenie w programie naprawczym oceny dostosowania działalności SPZOZ-u do mapy potrzeb zdrowotnych lub do krajowego planu transformacji lub do wojewódzkiego planu transformacji - oznacza to bowiem, że ocena dostosowania będzie przeprowadzana na podstawie jednego z wymienionych dokumentów strategicznych, zamiast w oparciu o wszystkie te dokumenty.

W projektowanym art. 95 ust. 6 pkt 5 ustawy o działalności leczniczej, który określa zakres programu naprawczego w obszarze planowanych działań zmierzających do podniesienia jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych, należy dodatkowo powołać się na wskaźniki jakości opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 4 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta.

W przepisach o programie naprawczym należy także wskazać osobę odpowiedzialną za jego realizację. Wydzielenie takiej odpowiedzialności jest elementem niezbędnym dla powodzenia każdego takiego procesu.

W procesie sporządzania, oceny i realizacji programów naprawczych należy określoną rolę przypisać także organom odpowiedzialnym za system opieki zdrowotnej w Polsce w tym Ministrowi Zdrowia, wojewodom oraz Narodowemu Funduszowi Zdrowia i Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Rolą tych instytucji powinno być m.in. dokonywanie oceny współzależności i zapobiegania konfliktom pomiędzy programami naprawczymi różnych podmiotów. Ocena czy wszystkie plany równocześnie są możliwe do realizacji i czy nie doprowadzą do nadmiernego pogorszenia sytuacji podmiotów, które funkcjonują na obszarze działania placówki podlegającej obowiązkowi sporządzenia programu naprawczego, wydaje się niezbędna dla powodzenia transformacji na poziomie całego systemu ochrony Niezrozumiałe jest zamieszczone w projektowanym art. 59a ust. 7 i 8 ustawy o działalności leczniczej wprowadzenie aktualizacji planu naprawczego co kwartał, przy równoczesnym sporządzaniu informacji o stanie realizacji programu naprawczego jedynie raz w roku. Terminy te powinny być odwrotne – monitorowanie realizacji powinno być częste, natomiast zmiany programu naprawczego rzadsze.