Image not found or type unknown

Stanowiska podjęte przez PNRL dn. 3.01.25

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej na posiedzeniu 3 stycznia 2025 r. przyjęło:

STANOWISKO Nr 1/25/P-IX PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 3 stycznia 2025 r.

w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych, przekazanym przy piśmie Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia pana Jerzego Szafranowicza z dnia 3 grudnia 2024 r. (znak: DLU.0210.23.2024.EW) przedstawia następujące uwagi do projektu: Rozporządzenie przewiduje poszerzenie listy świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, których będzie dotyczył obowiązek prowadzenia harmonogramów przyjęć w aplikacji udostępnianej świadczeniodawcom przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zwanej „aplikacją AP KOLCE" o świadczenia z zakresu: neurologii, urologii, nefrologii, okulistyki, gruźlicy i chorób płuc, otolaryngologii, diabetologii oraz gastroenterologii. Samorząd lekarski nie neguje zasadności dążenia do poprawy standardów monitorowania prowadzenia list oczekujących, analiz czasów oczekiwania oraz eliminowania przypadków wielokrotnych zapisów tej samej osoby na to samo świadczenie. Należy jednak zauważyć, że wprowadzone w projekcie rozporządzenia rozwiązanie rodzi szereg problemów po stronie świadczeniodawców, które nie znajdują uzasadnienia w osiąganych przez pacjentów korzyściach. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej wskazuje, że w opinii użytkowników tej aplikacji, aplikacja AP KOLCE stwarza szereg problemów i wyzwań. Jak każdy system informatyczny, AP-KOLCE może być podatny na problemy techniczne np. z logowaniem, powolne działanie czy awarie, które będą utrudniały bieżącą pracę placówek medycznych. Problemem może być także integracja systemów 2 teleinformatycznych posiadanych przez placówki medyczne świadczące usługi z zakresu AOS z systemem AP KOLCE. Ponadto integracja tych systemów może wymagać dodatkowych nakładów finansowych. Przede wszystkim jednak konieczność wprowadzenia aplikacji AP KOLCE do kolejnych 8 zakresów świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej zwiększy obciążenie personelu. Obsługa aplikacji wymaga dodatkowego czasu, a w warunkach pracy poradni AOS ciężar ten zostanie przerzucony na personel medyczny. Obsługa tego systemu wymaga szkoleń, bez których korzystanie z niego może być utrudnione i prowadzić do powstawania błędów. Wskazane powyżej okoliczności, szczególnie w placówkach o ograniczonych zasobach finansowych i kadrowych, mogą negatywnie wpłynąć na płynność ruchu pacjentów.

STANOWISKO Nr 2/25/P-IX PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 3 stycznia 2025 r.
w sprawie projektu ustawy o instrumentach wspieranego podejmowania decyzji

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem ustawy o instrumentach wspieranego podejmowania decyzji, przekazanym przy piśmie Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Sprawiedliwości pani Zuzanny RudzińskiejBluszcz z dnia 12 grudnia 2024 r. (znak: DPCiG-I.410.1.2024) negatywnie opiniuje projekt ustawy w zakresie, w jakim nie uwzględniono w nim możliwości ustanowienia pełnomocnika medycznego. Międzyresortowy Zespół do spraw opracowania propozycji rozwiązań normatywnych w zakresie zastąpienia instytucji ubezwłasnowolnienia modelem wspieranego podejmowania decyzji, w którego pracach brali udział także przedstawiciele samorządu lekarskiego, opracował projekt rozwiązań dotyczących wprowadzenia do polskiego porządku prawnego instytucji pełnomocnika medycznego, należało zatem przekazać go do dalszych prac i uzgodnień. W związku z tym Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej proponuje, aby w art. 3 pkt 1 projektu opiniowanej ustawy, który jako instrumenty wspieranego podejmowania decyzji wymienia: asystenta prawnego, kuratora wspierającego, kuratora reprezentującego oraz pełnomocnika rejestrowanego, dodać także pełnomocnika medycznego i w dalszych przepisach ustawy tę instytucję odpowiednio opisać. W ocenie samorządu lekarskiego zaniechanie dalszych prac nad uregulowaniem pełnomocnika medycznego jest błędem, który odsunie o kolejne lata wprowadzenie do polskiego porządku prawnego tej potrzebnej instytucji wspierania pacjenta przy podejmowaniu decyzji co do czynności z zakresu ochrony zdrowia. Środowisko lekarskie (podobnie jak inne grupy interesariuszy) uważa, że pacjent powinien mieć prawo upoważnić wskazaną przez siebie osobę posiadającą jego zaufanie do podejmowania w przyszłości w jego imieniu skutecznych prawnie decyzji co do skorzystania ze świadczeń zdrowotnych na wypadek, gdyby znalazł się w stanie wyłączającym wyrażenie świadomej zgody na czynności dotyczące jego zdrowia. Za wprowadzeniem instytucji pełnomocnika medycznego przemawia kilka ważnych argumentów. Po pierwsze, jedną z najważniejszych zasad obowiązujących we współczesnej medycynie jest zasada poszanowania autonomii pacjenta, czyli respektowania woli pacjenta co do wyrażenia zgody bądź sprzeciwu wobec proponowanych działań diagnostycznych, profilaktycznych i leczniczych. Pełnomocnik medyczny jest w stanie realizować tę indywidualną wolę pacjenta lepiej niż działający w imieniu władzy publicznej sąd opiekuńczy. Po drugie, w pewnych sytuacjach pacjent, mimo że formalnie posiada pełną zdolność do czynności prawnych, to faktycznie pozbawiony jest możliwości wyrażenia świadomej zgody na skorzystanie ze świadczenia zdrowotnego, a nie każda taka osoba ma ustanowionego przedstawiciela ustawowego. W takich sytuacjach możliwość uzyskania świadczenia zdrowotnego – nieraz dość pilnego – jest odraczana do czasu uzyskania prawnie skutecznej zgody sądu lub do czasu ustanowienia osoby zdolnej do podejmowania decyzji w imieniu pacjenta. Po trzecie, obecnie obowiązujące przepisy, które upoważniają sąd opiekuńczy do podjęcia decyzji o zezwoleniu na udzielenie świadczenia zdrowotnego pacjentowi niezdolnemu do wyrażenia świadomej zgody, okazują się niewystarczające, np. nie zawsze jest możliwe uzyskanie zezwolenia sądu w odpowiednim czasie. Opiniowany projekt ustawy o instrumentach wspieranego podejmowania decyzji w wersji z dnia 9 grudnia 2024 r. przewiduje natomiast instytucje pełnomocnika rejestrowanego (dodawane art. 10910 - art. 10918 kodeksu cywilnego). W art. 10910 § 2 i 3 kodeksu cywilnego przewiduje się, że pełnomocnik rejestrowany będzie miał umocowanie do wszystkich czynności związanych z osobą i majątkiem mocodawcy, w tym do wyrażania w imieniu mocodawcy zgody albo sprzeciwu na udzielanie świadczeń zdrowotnych lub na inne czynności medyczne, a pełnomocnictwa rejestrowanego nie będzie można ograniczyć ze skutkiem wobec osób trzecich. Takie brzmienie przepisów oznacza, że w przypadku udzielenia pełnomocnictwa rejestrowanego, wykluczono z góry możliwość udzielenia odrębnego pełnomocnictwa medycznego, skoro pełnomocnictwo rejestrowane obejmuje czynności z zakresu ochrony zdrowia i nie można go ograniczyć za skutkiem wobec osób trzecich. Brak możliwości wyodrębnienia roli pełnomocnika rejestrowanego i pełnomocnika medycznego należy ocenić negatywnie. Brak możliwości rozdzielenia funkcji pełnomocnika rejestrowanego i pełnomocnika

medycznego ogranicza autonomię woli pacjenta. Należy zakładać, że pacjent może z uzasadnionych względów chcieć ustanowić inną osobę do reprezentowania jego przyszłych interesów majątkowych (pełnomocnik rejestrowany) a inną osobę upoważnić do reprezentowania jego przyszłych interesów w sferze ochrony zdrowia (pełnomocnik medyczny). Ponadto Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zwraca uwagę, że rygoryzm trybu ustanawiania pełnomocnika rejestrowanego (pełnomocnictwo rejestrowane musi być sporządzane przed notariuszem) nie odpowiada uwarunkowaniom, w jakich pacjenci mogliby udzielać pełnomocnictwa medycznego. Pacjent przebywający w szpitalu, którego stan się pogarsza, nie będzie miał możliwości ustanowenia pełnomocnika rejestrowanego, a jednocześnie ustawa nie przewiduje pełnomocnictwa medycznego, którego pacjent mógłby – przy zachowaniu odpowiednich warunków - udzielić także podczas pobytu w placówce medycznej. Tymczasem samorząd lekarski stoi na stanowisku, że udzielenie pełnomocnictwa medycznego w związku z pobytem pacjenta w podmiocie leczniczym mogłoby nastąpić także poprzez oświadczenie pacjenta, poświadczone przez osobę wykonującą zawód medyczny i wpisane do dokumentacji medycznej. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej negatywnie ocenia brzmienie projektowanego art. 42a ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (zmiana wprowadzona w art. 35 projektu ustawy), który przewiduje, że tylko lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub neurologii może wydać pełnomocnikowi rejestrowanemu zaświadczenie w przedmiocie zdolności do samodzielnego kierowania swoim postępowaniem przez pacjenta, który udzielił pełnomocnictwa rejestrowanego. Zawężenie kręgu lekarzy uprawnionych do wydawania ww. zaświadczenia tylko do lekarzy specjalistów z dziedziny psychiatrii i neurologii nie znajduje dostatecznie silnego uzasadnienia, szczególnie gdy ustawa wprowadza możliwość zasięgnięcia przez lekarza wystawiającego to zaświadczenie konsultacji z lekarzem specjalistą w dziedzinie psychiatrii, neurologii lub innym lekarzem specjalistą. Zastrzeżenia budzi także projektowany art. 95zo § 2 ustawy prawo o notariacie (zmiana przewidziana w art. 34 projektu ustawy). Przepis ten przewiduje, że podstawę sporządzenia przez notariusza protokołu poświadczenia pełnomocnictwa rejestrowanego stanowią dwa zaświadczenia, o których mowa w art. 42a ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, wystawione przez dwóch lekarzy nie później niż 3 miesiące przed ich złożeniem. Brzmienie przepisu jest niejednoznaczne – mowa w nim o dwóch zaświadczeniach wystawionych przez dwóch lekarzy, można więc to odczytywać jako wymóg zaangażowania aż czterech lekarzy w proces wystawiania zaświadczenia niezbędnego do powstania umocowania pełnomocnika rejestrowanego. W ocenie samorządu wystarczający byłby wymóg jednego zaświadczenia, tak jak było to proponowane w poprzednich wersjach projektu ustawy. Wprowadzenie wymogu dwóch zaświadczeń lekarskich należy uznać za wyraz braku zaufania do wiedzy i obiektywizmu lekarzy specjalistów wystawiających takie zaświadczenia.

STANOWISKO Nr 3/25/P-IX PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 3 stycznia 2025 r.

w sprawie Krajowej Listy Leków Krytycznych

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z pismem Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia pana Marka Kosa z dnia 29 listopada 2024 r. (znak: PLD.4535.37.2024.UJ) w sprawie Krajowej Listy Leków Krytycznych dostrzega zasadność tworzenia tej Listy celem wzmocnienia bezpieczeństwa lekowego Polski, zapewnienia pacjentom stałej dostępności do substancji czynnych zawartych w produktach leczniczych ze wskazaniami o poważnych konsekwencjach dla zdrowia indywidualnego lub zdrowia publicznego i docelowo dla stworzenia mechanizmów zapewniających produkcję tych leków w Polsce. Do opublikowanej Krajowej Listy leków krytycznych Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zgłasza następujące propozycje i uwagi: 1. Na Liście brak jest niektórych ważnych leków endokrynologicznych, proponuje się zatem jej poszerzenie o: 1) lanreotid; 2) oktreotid; 3) testosteron; 4) desmopresynę; 5) cinakalcet; 6) alfakalcidol lub kalcytriol; 7) bromokryptynę; 8) kabergoline. 2. Skoro na liście umieszczono dwie najczęściej przepisywane w Polsce statyny (atorwastatyna, rosuwastatyna), to nie ma konieczności umieszczania na niej dodatkowo simwastatyny. Proponuje się usunięcie jej z Krajowej Listy Leków

Krytycznych. 3. Na Liście Leków Krytycznych są nowsze, lepsze farmakokinetyczne inhibitory ACE (ramipril, perindopril), usunięto z niej natomiast kaptopril, wobec tego usunięty powinien zostać także enalapril. 4. Skoro na Krajowej Liście Leków Krytycznych są nowsze, długotrwale działające środki hipotensyjne (kandesartan, telmisartan, walqartan) z grupy spartanów (antagonistów receptora AT1 dla angiotensyny II), to nie ma uzasadnienia dla umieszczenia na Liście najstarszego leku podawanego dwa razy na dobę - losartanu. 5. W grupie leków kardiologicznych proponuje się dopisanie do Krajowej Listy Leków Krytycznych jednego leku cytoprotekcyjnego, o wzrastającej roli w farmakoterapii - ranolazyny.