Image not found or type unknown

Stanowiska podjęte przez PNRL w dniu 21 lutego 2025 r.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej na posiedzeniu 21 lutego 2025 r. przyjęło:

- Stanowisko w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Infrastruktury zmieniającego rozporządzenie w sprawie warunków eksploatacji lotnisk
- Stanowisko w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie kosztów, których wysokość nie jest zależna od parametrów wskazanych w art. 118 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
- Stanowisko w sprawie zapobiegania terapii daremnej

STANOWISKO Nr 16/25/P-IX
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 21 lutego 2025 r.
w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Infrastruktury zmieniającego rozporządzenie w sprawie warunków eksploatacji lotnisk

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem rozporządzenia Ministra Infrastruktury zmieniającego rozporządzenie w sprawie warunków eksploatacji lotnisk, przekazanym przy piśmie Prezesa Urzędu Lotnictwa Cywilnego pana Juliana Rottera z dnia 27 stycznia 2025 r. (znak: LEP-2.0230.12.2024.ULC.7) negatywnie opiniuje projekt i zgłasza następujące uwagi:

Projektowana nowelizacja rozporządzenia w sprawie warunków eksploatacji lotnisk ma na celu zmianę wymagań dotyczących zabezpieczenia medycznego na lotniskach.

Kierunek proponowanych zmian należy zaopiniować zdecydowanie negatywnie. Trudno zaakceptować sytuację, w której przy stale zwiększającym się ruchu lotniczym w Polsce, obniża się wymogi dotyczące bezpieczeństwa zdrowotnego pasażerów na lotniskach. W roku 2024 r. największe polskie lotnisko im. Fryderyka Chopina w Warszawie obsłużyło ponad 21 milionów pasażerów, lotnisko w Krakowie ponad 11 milionów, a lotnisko w Katowicach ponad 6 milionów pasażerów. Zmiany w § 21a rozporządzenia w sprawie warunków eksploatacji lotnisk, a także uchylenie załącznika nr 1 do tego rozporządzenia, który przewiduje minimalne wyposażenie ambulatorium, w oczywisty sposób obniżą standard opieki zdrowotnej dla pasażerów na lotniskach.

Dotychczasowe rozporządzenie przewiduje, że dla lotnisk obsługujących powyżej 1 miliona pasażerów rocznie konieczne jest zapewnienie w terminach i godzinach otwarcia lotniska zespołu wyjazdowego podstawowego, spełniającego wymogi właściwe dla zespołu ratownictwa medycznego, o którym mowa w ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym, a w przypadku

lotnisk obsługujących powyżej 3 milionów pasażerów rocznie konieczne jest ponadto posiadanie ambulatorium, w przypadku lotnisk obsługujących powyżej 5 milionów pasażerów dochodzi wymóg posiadania zespołu wyjazdowego specjalistycznego, spełniającego wymogi właściwe dla zespołu ratownictwa medycznego, o którym mowa w ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

W projektowanym rozporządzeniu proponuje się znaczące obniżenie tych wymogów poprzez nałożenie na podmioty zarządzające lotniskami jedynie obowiązku posiadania pomieszczenia spełniającego wymogi punktu pierwszej pomocy medycznej, zapewnienia dwóch osób uprawnionych do udzielania kwalifikowanej pierwszej pomocy, a także możliwości wezwania zespołu ratownictwa medycznego. Projektodawca opiera się na założeniu, że dotychczasowe wymagania nakładane w tym zakresie na zarządzających lotniskami stanowią nadmierne obciążenie, a ponadto, że system Państwowego Ratownictwa Medycznego zapewnia pomoc każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, także osobom znajdującym się na lotnisku.

W ocenie Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej specyfika funkcjonowania miejsca, jakim jest port lotniczy, gdzie ze zwiększoną częstotliwością mogą występować sytuacje zagrażające życiu czy zdrowiu pasażerów, przy jednoczesnej konieczności zachowania ścisłych wymogów dotyczących bezpieczeństwa ruchu lotniczego, wymaga zachowania istniejących obecnie, adekwatnych do tego przepisów regulujących kwestię zabezpieczenia medycznego na lotniskach.

Na zwiększenie ryzyka wystąpienia sytuacji zagrażających zdrowiu czy życiu pasażerów na lotniskach wpływają takie czynniki jak np. długa pozycja siedząca w czasie lotu czy pobytu na hali odlotów, stres związany z lotem, pośpiech, zatłoczenie panujące w niektórych miejscach na terenie lotniska czy niższe ciśnienie w kabinie w czasie lotu. Czynniki te mogą prowadzić tak do zaostrzenia chorób przewlekłych, jak i do stanów nagłych. Wiedza konieczna do zidentyfikowania powyższych zagrożeń i podjęcia skutecznych działań medycznych wykracza poza zakres szkolenia kwalifikowanej pierwszej pomocy, tymczasem w projektowanym rozporządzeniu lotnisko ma zapewniać jedynie dwóch ratowników, którzy ukończyli kurs w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy.

Odnośnie do przewidzianego w projekcie „wzywania” zespołów ratownictwa medycznego na teren lotniska, Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zgłasza wątpliwości co do możliwości zachowania w takiej sytuacji odpowiedniego czasu dotarcia zespołu ratownictwa medycznego do niektórych stref lotniska, które ze względu na bezpieczeństwo transportu lotniczego z oczywistych względów są objęte szczególnymi rygorami, takich jak pas startowy, płyta lotniska, hala odlotów. W takich sytuacjach czas dotarcia do pacjenta dotychczas istniejących zespołów lotniskowych, posiadających stosowne przepustki, jest znacznie krótszy. Ponadto dedykowany zespół ratownictwa przebywający na lotnisku będzie lepiej przygotowany do komunikacji z pacjentem, który nie włada językiem polskim. W ruchu lotniczym często mamy do czynienia z pasażerem, który znajduje się w podróży międzynarodowej i nie włada językiem polskim.

Nie można także zaakceptować pomysłu rezygnacji na dużych lotniskach z wymogu posiadania ambulatorium, dla którego obecne rozporządzenie określa właściwe dla roli pomieszczenia wyposażenie, i zastąpienia go obowiązkiem posiadania jedynie pomieszczenia spełniającego wymogi punktu pierwszej pomocy medycznej. Tego rodzaju punkt pomocy medycznej nie daje możliwości przeprowadzenia nawet podstawowego badania i zebrania wywiadu, zapewnienia intymności, poufności danych tj. warunków, w jakich powinny być udzielane świadczenia zdrowotne.

STANOWISKO Nr 17/25/P-IX
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 21 lutego 2025 r.

w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie kosztów, których wysokość nie jest zależna od parametrów wskazanych w art. 118 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie kosztów, których wysokość nie jest zależna od parametrów wskazanych w art. 118 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, przekazanym przy piśmie Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia pana Jerzego Szafranowicza z dnia 17 lutego 2025 r. (znak: DLF.0210.1.2025.KA) zgłasza następujące uwagi do projektu:

W art. 118 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146) ustalony został mechanizm podziału między poszczególne oddziały wojewódzkie NFZ środków na pokrycie kosztów finansowania świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych. Zgodnie z nim środki dzieli się uwzględniając m.in. liczbę ubezpieczonych zarejestrowanych w danym oddziale wojewódzkim NFZ, grupy ubezpieczonych według wieku i płci oraz ryzyko zdrowotne odpowiadające danej grupie ubezpieczonych, w zakresie danej grupy świadczeń opieki zdrowotnej. Parametry, według których następuje podział środków przeznaczonych na świadczenia opieki zdrowotnej pomiędzy oddziały wojewódzkie NFZ, są zatem określone w ustawie, a jedynie w drodze wyjątku Minister Zdrowia został upoważniony do ustalenia w akcie podustawowym, jakim jest rozporządzenie, kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, których wysokość nie jest zależna od parametrów wskazanych w art. 118 ust. 3 ustawy.

Zastrzeżenia Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej budzi, że projektowane rozporządzenie poszerza katalog sytuacji, w których środki NFZ przeznaczone na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej będą dzielone z pominięciem zasad i kryteriów określonych w art. 118 ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, czyli z pominięciem liczby oraz wieku i płci ubezpieczonych z danego województwa, co może prowadzić do uszczuplenia prawa pacjentów do opieki zdrowotnej w niektórych województwach.

Projektowana zmiana rozporządzenia polega na tym, że środki finansowe „uwolnione” w wyniku zmiany wysokości ryczałtu systemu zabezpieczenia szpitalnego wynikającej z ograniczenia liczby profili systemu zabezpieczenia nie będą dzielone pomiędzy poszczególne oddziały wojewódzkie NFZ według kryteriów określonych w art. 118 ust. 3 ustawy. Rozwiązanie to należy ocenić negatywnie. Nieprzekonujące jest w szczególności uzasadnienie załączone do projektu rozporządzenia. Z uzasadnienia wynika bowiem, że celem nowelizacji rozporządzenia jest m.in. ułatwienie procesów konsolidacji i przekształceń podmiotów leczniczych oraz ułatwienie procesu zastąpienia hospitalizacji pełnej trybem hospitalizacji planowej albo leczenia jednego dnia. Mając na uwadze powyższe uzasadnienie, Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej wskazuje, że ewentualne stworzenie mechanizmów dotyczących konsolidacji placówek medycznych, w szczególności udzielających świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne, jest materią zastrzeżoną dla ustawy i nie powinno być wprowadzane w drodze rozporządzenia Ministra Zdrowia, zwłaszcza jeśli obecnie toczą się prace legislacyjne dotyczące nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (numer w wykazie prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów UD 71) wprowadzającej szereg istotnych zmian w organizacji i funkcjonowaniu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, działającego od dnia 1 października 2017 r.

STANOWISKO Nr 18/25/P-IX
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 21 lutego 2025 r.
w sprawie zapobiegania terapii daremnej

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej przyjmuje za własne stanowisko Rady Ekspertów Naczelnej Izby Lekarskiej z dnia 21 lutego 2025 r. dotyczące terapii daremnej, które stanowi załącznik do stanowiska.

Żądamy od uczestników życia publicznego natychmiastowego zaprzestania siania dezinformacji dotyczących terapii daremnej i jednocześnie domagamy się od organów państwa niezwłocznego wyciagnięcia konsekwencji wobec osób i organizacji, które w stosunku do lekarzy i lekarzy dentystów wykonujących zawód zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, posługują się mową nienawiści, hejtem i kierują groźby karalne.

załącznik do uchwały Nr 18/25/P-IX Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 21 lutego 2025 roku

Stanowisko Rady Ekspertów NIL w sprawie zapobiegania terapii daremnej

Rada Ekspertów Naczelnej Izby Lekarskiej w pełni popiera wspólne stanowisko Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz Towarzystwa Internistów Polskich dotyczące zapobiegania terapii daremnej. Niedopuszczalne są oskarżenia o stosowanie eutanazji i zabijanie pacjentów, które padły w stosunku do lekarzy podczas posiedzenia Parlamentarnego Zespołu ds. Ochrony Życia i Zdrowia Polaków 04.02.2025 oraz podczas posiedzenia Sejmu RP w dniu 05.02.2025. Wynikają one z jednej strony z niezrozumienia pojęcia terapii daremnej i mylenia jej z eutanazją (która jest rozmyślnym zakończeniem życia i jako procedura jest zabroniona na terenie RP), z drugiej zaś świadczą o niewiedzy i braku znajomości wytycznych dotyczących stosowania terapii daremnej. Rada Ekspertów NIL apeluje jednocześnie do Marszałka Sejmu RP o podjęcie działań wobec osób publicznie oskarżających lekarzy o umyślne zabijanie pacjentów. Rada Ekspertów NIL proponuje również Naczelnej Radzie Lekarskiej zainicjowanie kampanii medialnej na rzecz wsparcia idei zapobiegania terapii daremnej.