



Stanowiska podjęte przez PNRL w dniu 11 kwietnia 2025 r.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej na posiedzeniu 11 kwietnia 2025 r. przyjęło:

- Stanowisko w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
- Stanowisko w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej
- Stanowisko w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej
- Stanowisko w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia
- Stanowisko w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie stypendiów ministra właściwego do spraw zdrowia dla studentów
- Stanowisko w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie recept
- Stanowisko w sprawie projektu ustawy o zawodzie psychoterapeuty oraz samorządzie zawodowym

STANOWISKO Nr 26/25/P-IX

**PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 11 kwietnia 2025 r.**

w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem ustawy o zmianie ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, przekazany przy piśmie Sekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia pana Wojciecha Koniecznego z dnia 11 marca 2025 r. (znak: ZPP.0210.8.2024.DL) nie zgłasza uwag do przedmiotowego projektu.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej popiera zawartą w przedmiotowym projekcie ustawy ideę wzmocnienia profilaktyki przeciwalkoholowej, a tym samym dbania o kwestie dotyczące zdrowia publicznego.

Obecnie coraz częściej spotkać można napoje alkoholowe w opakowaniach o zachęcającym do kupna wyglądzie, jak również w odmiennych od płynnej formach, takich jak m. in. proszek, kryształ, żel i pasta. Ponadto, mamy do czynienia z promocją napojów alkoholowych, oferowaniem atrakcyjnych cen, co istotnie wpływa na dokonywanie przez konsumentów niekorzystnych dla ich zdrowia wyborów. W ocenie Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej, słusznym krokiem jest ograniczenie takich praktyk.

STANOWISKO Nr 27/25/P-IX

PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 11 kwietnia 2025 r.

w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej, przekazany przy piśmie Ministra Zdrowia pani Izabeli Leszczyńskiej z dnia 21 marca 2025 r. (znak: EZWP.0210.1.2025.MG) nie zgłasza uwag do projektu.

STANOWISKO Nr 28/25/P-IX

PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 11 kwietnia 2025 r.

w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, przekazany przy piśmie Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia pana Jerzego Szafranowicza z dnia 18 marca 2025 r. (znak: DLG.0210.4.2025) przedstawia następujące stanowisko:

Nie budzi zastrzeżeń proponowana zmiana w załączniku nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej w części III „Warunki realizacji porad patronażowych oraz badań bilansowych, w tym badań przesiewowych” w ramach badania bilansowego wykonywanego na etapie rocznego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego, gdzie dodaje się badanie przesiewowe w kierunku hipercholesterolemii rodzinnej z uwzględnieniem badań: cholesterol całkowity, cholesterol HDL, cholesterol LDL, triglicerydy, cholesterol nie-HDL (wartość wyliczana).

Zasadne jest także poszerzenie zakresu badań diagnostycznych wymienionych w załączniku nr 1 do rozporządzenia w części IV „Świadczenia medycznej diagnostyki laboratoryjnej lub diagnostyki obrazowej i nieobrazowej związane z realizacją świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej” o badanie wapnia całkowitego, co uwzględnia rekomendację Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz poszerzenia zakresu badań wykonywanego na zlecenie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej wymienionych w załączniku nr 1 do rozporządzenia w części IVa dotyczącej świadczeń medycznej diagnostyki laboratoryjnej lub diagnostyki obrazowej i nieobrazowej związanych z realizacją świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, w ramach opieki koordynowanej o wystawianie skierowań na badanie w kierunku HIV - test przesiewowy.

Odnosząc się do zmiany w projektowanym rozporządzeniu polegającej na dodaniu załącznika nr 7 pn. „Moje zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej” Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej wskazuje,

że idea wykonywania okresowo, kompleksowej oceny stanu zdrowia osób dorosłych uwzględniającej co najmniej wywiad i badania laboratoryjne nie budzi zastrzeżeń. Środowisko lekarskie popiera inicjatywy, które mają realne szanse zwiększyć odsetek zgłoszeń na badania profilaktyczne. Zasadnie także w uzasadnieniu do projektu rozporządzenia wskazano na wady dotychczasowego programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS”. Zastrzeżenia samorządu lekarskiego budzi fakt, że projektowane rozporządzenie w tym zakresie dodaje obowiązków placówkom medycznym bez jednoznacznego zapewnienia i zdefiniowania zwiększonych środków finansowych na ich realizację.

Ponadto, w związku z planowaną nowelizacją rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zwraca się o rozważanie przez Ministra Zdrowia zmiany wykazu świadczeń opieki koordynowanej poprzez rozszerzenie go świadczenia z zakresu diagnostyki i leczenia otyłości (kod ICD-10 E.66). Otyłość jako choroba cywilizacyjna występuje w Polsce w dużym odsetku zarówno u dzieci, jak i u dorosłych, prowadząc do licznych powikłań sercowo-naczyniowych, metabolicznych i oddechowych oraz narządu ruchu. Obecnie w Polsce brakuje systemowych rozwiązań zapewniających wczesną diagnostykę i leczenie osób z otyłością. Opieka koordynowana, o której mowa w załączniku nr 6 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, wprowadziła wprawdzie dostęp do konsultacji dietetycznych w ramach POZ, ograniczyła go jednak do pacjentów, u których rozpoznano wymienione w załączniku nr 6 do rozporządzenia jednostki chorobowe (m.in. nadciśnienie tętnicze, niewydolność serca, przewlekłą chorobę niedokrwienną serca lub cukrzycę, astmę oskrzelową, przewlekłą chorobę obturacyjną płuc, nadczynność tarczycy, niedoczynność tarczycy) niezależnie od wyjściowej wagi i wzrostu pacjenta. Tymczasem część pacjentów z otyłością, szczególnie w grupie dzieci i młodzieży, nie rozwinęła (jeszcze) żadnej z tych chorób, a z pewnością odniosłaby znaczne korzyści z konsultacji dietetycznych i możliwości wczesnej diagnostyki powikłań. Proponowana zmiana wykazu świadczeń opieki koordynowanej mogłaby przyczynić się do poprawy ich zdrowia, przedłużenia życia dobrej jakości i zredukować koszty leczenia następstw.

STANOWISKO Nr 29/25/P-IX

PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 11 kwietnia 2025 r.

w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem ustawy o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia przekazany przy piśmie Sekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia pana Wojciecha Koniecznego z dnia 25 marca 2025 r. (znak: ASI.0210.2.2024.Jl.6) zgłasza następujące uwagi.

Za zasadną należy uznać kierunkowe założenie projektu ustawy zmierzające do poprawy efektywności raportowania danych będących w posiadaniu świadczeniodawców dotyczących zasobów bezpośrednio związanych z możliwością udzielania świadczeń opieki zdrowotnej i podejmowania decyzji w sytuacjach kryzysowych. Zasadność istnienia takiej wiarygodnej bazy danych potwierdziła niedawna epidemia koronawirusa, za stworzeniem takich zasobów danych przemawia także niespokojna sytuacja polityczna niedaleko granic naszego kraju. Wprowadzenie rozwiązań pozwalających na monitorowanie na poziomie wojewódzkim, jak również centralnym, informacji o aktualnym stanie zasobów, takich jak łóżka szpitalne, pracownicy medyczni, infrastruktura, niektóre istotniejsze wyroby medyczne, środki ochrony indywidualnej oraz krew i jej składniki będzie korzystne dla systemu ochrony zdrowia, szczególnie w sytuacjach kryzysowych, np. związanych z obronnością Państwa.

Odnosząc się do samego projektu ustawy Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej wskazuje, że ustawa przewiduje utworzenie Systemu Ewidencji Potencjału Świadczeniodawcy, zwanego „EPS”. System EPS będzie miał charakter centralny i ma zapewniać możliwość monitorowania zasobów usługodawców w czasie rzeczywistym. Dane, które zgodnie z projektowanym art. 24 ust. 1 ustawy o systemie informacji medycznej miałyby być przetwarzane w EPS to m.in. dane usługodawcy

(nazwa, adres, numer REGON, liczbę lokalizacji, w których jest prowadzona działalność lecznicza oraz ich adresy), informacja o łózkach szpitalnych, o pracownikach medycznych, infrastrukturze w odniesieniu do obiektów związanych z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej, wyrobach medycznych, środkach ochrony indywidualnej, zapasach gazów medycznych, zapasach krwi i jej składników.

W ocenie samorządu lekarskiego przewidywany w projekcie ustawy zakres danych gromadzonych w EPS jest zbyt szeroki. Od strony podmiotowej nie znajduje uzasadnienia nałożenie na wszystkich świadczeniodawców obowiązku raportowania danych do EPS. Z punktu widzenia deklarowanych celów ustawy, takich jak m.in. zapewnienie sprawnego zarządzania w sytuacjach kryzysowych, nie ma uzasadnienia, aby nakładać obowiązki raportowania np. na indywidualne praktyki lekarskie i inne niewielkie podmioty wykonujące działalność leczniczą. Korzyść z raportowania przez takie podmioty będzie niewielka w stosunku do zamierzonych celów ustawy, a ciężar obowiązków nakładanych na owe podmioty - nieadekwatnie duży. Wprowadzenie projektu ustawy przewiduje (art. 24 ust. 8 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia), że minister zdrowia będzie miał upoważnienie do określenia w drodze rozporządzenia podmiotów obowiązanych do przekazywania danych, ale fakt, że do projektu ustawy nie załączono projektu rozporządzenia nie pozwala na określenie na jaką grupę podmiotów nałożone zostaną obowiązki wynikające z ustawy. Należy ponadto przyjąć, że niektóre grupy świadczeniodawców powinny być wyłączone z obowiązków raportowania do EPS już z mocy ustawy.

Zastrzeżenia samorządu lekarskiego budzi także zbyt szeroki zakres przedmiotowy danych raportowanych do EPS. Objęcie obowiązkiem raportowania wszystkich wyrobów medycznych oznaczać będzie, że oprócz raportowania ważnej dla zabezpieczenia interesów pacjentów infrastruktury sprzętowej, jak np. tomograf komputerowy czy rezonans magnetyczny, raportowaniem zostaną objęte także zasoby wyrobów medycznych mało istotnych z punktu widzenia monitorowania w czasie rzeczywistym potencjału polskiego systemu ochrony zdrowia jak np. jedna strzykawka, wypełnienia dentystyczne. Podobne uwagi dotyczą też przewidzianych do raportowania w ramach EPS środków ochrony indywidualnej. Zakres tych danych należy z całą pewnością ograniczyć, tak aby nie tworzyć niepotrzebnych obowiązków po stronie podmiotów ochrony zdrowia, które nie służą istotnemu interesowi ogółu. W związku z powyższym w projektowanym art. 24 ust. 8 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia należy doprecyzować delegację ustawową dla ministra zdrowia, aby podczas określania w drodze rozporządzenia rodzajów wyrobów medycznych i środków ochrony osobistej podlegających raportowaniu do EPS aby uwzględniać potrzebę zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, które są szczególnie istotne z uwagi na charakter udzielanych świadczeń zdrowotnych czy ich znaczenia w sytuacjach ratowania życia czy zdrowia.

Prezydium Naczelnej rady Lekarskiej wskazuje ponadto, że warunkiem koniecznym wprowadzenia EPS jest to, aby przekazywanie danych następowało z możliwie najmniejszym obciążeniem personelu placówek medycznych i przy wykorzystaniu narzędzi służących do automatyzacji tego procesu.

STANOWISKO Nr 30/25/P-IX

PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

z dnia 11 kwietnia 2025 r.

w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie stypendiów ministra właściwego do spraw zdrowia dla studentów

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie stypendiów ministra właściwego do spraw zdrowia dla studentów, przekazany przy piśmie Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia pani Urszuli Demkow z dnia 20 marca 2025 r. (znak: RKN.0210.1.2025.EO) zgłasza następujące uwagi.

Za zasadną należy uznać propozycję zwiększenia maksymalnej wysokości stypendium z kwoty 17 tys. złotych do 22 tys. złotych. Kwota stypendium powinna korespondować z faktem, że otrzymuje je nieliczna grupa studentów wykazujących się znaczącymi osiągnięciami naukowymi.

Nie zasługuje natomiast na poparcie propozycja zmniejszenia maksymalnej liczby przyznawanych przez Ministra Zdrowia stypendiów z dotychczasowych 50 do 40. Celem mechanizmu stypendialnego jest promowanie wyróżniających się studentów, nie należy zatem ograniczać – i tak niewielkiej – liczby przyznawanych stypendiów.

Zasadne jest natomiast proponowane uproszczenie zasad składania wniosku o przyznanie stypendium w odniesieniu do prac naukowych o charakterze zespołowym.

STANOWISKO Nr 31/25/P-IX

PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

z dnia 11 kwietnia 2025 r.

w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie recept

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie recept, przekazany przy piśmie Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia pana Marka Kosa z dnia 20 marca 2025 r. (znak: PLPR.0210.1.2025.PR) nie zgłasza uwag do projektu w zakresie, w jakim przewiduje się, że osoba realizująca receptę w aptece będzie mogła uzupełnić kod uprawnienia dodatkowego „DZ” – dotyczący świadczeniobiorców do ukończenia 18. roku życia albo kod uprawnienia dodatkowego „S” – dotyczący świadczeniobiorców po ukończeniu 65. roku życia, których uprawnienie do bezpłatnego zaopatrzenia w leki wynika z treści art. 43a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o oświadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej przypomina jednak, że rozwiązania prawne w zakresie oznaczania na receptach uprawnień dodatkowych pacjentów miały zostać znacznie uproszczone, co wynika z Raportu Zespołu ds. preskrypcji i realizacji recept na leki gotowe oraz recepturowe powołanego na mocy Zarządzenia Ministra Zdrowia z 19 września 2023 r. opublikowanego na stronie Ministerstwa Zdrowia dnia 23 września 2024 r. W Raporcie wyraźnie wskazano, że uprawnienia dodatkowe powinny być wprowadzane do Centralnego Wykazu Ubezpieczonych. W trakcie preskrypcji będą automatycznie nanoszone na receptę przez system, w okresie ich obowiązywania. Pacjent powinien widzieć w IKP swoje uprawnienia i móc wnioskować o ich modyfikację. Poziom refundacji natomiast dopasowywany jest do uprawnienia dodatkowego pacjenta. Założenie to nie zostało do tej pory zrealizowane, a Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zwraca się do Ministra Zdrowia o przyspieszenie prac nad wdrożeniem rozwiązań, które zostały przewidziane w Raporcie.

STANOWISKO Nr 32/25/P-IX

PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

z dnia 11 kwietnia 2025 r.

w sprawie projektu ustawy o zawodzie psychoterapeuty oraz samorządzie zawodowym

Naczelna Rada Lekarska po zapoznaniu się z projektem ustawy o zawodzie psychoterapeuty oraz samorządzie zawodowym, przekazany przy piśmie Zastępcy Szefa Kancelarii Sejmu pana Dariusza Salamończyka z dnia 27 marca 2025 r. (znak: SPS-III.020.33.27.2025) negatywnie opiniuje projekt ustawy i przedstawia następujące stanowisko:

Samorząd lekarski w pełni aprobuje potrzebę uregulowania zasad wykonywania i zawodu psychoterapeuty oraz kryteriów dostępu do wykonywania tego zawodu. Świadczenia udzielane w ramach psychoterapii są na tyle doniosłe, że brak właściwej regulacji ustawowej nie służy interesom pacjentów.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej dostrzega w projekcie ustawy niebezpieczeństwa, wśród których na pierwszy plan wysuwa się to, że art. 9 ustawy nie wymaga od psychoterapeuty wykształcenia medycznego ani psychologicznego. Do wykonywania zawodu będą mogli zostać dopuszczeni absolwenci nauk humanistycznych, społecznych, sztuki czy nauk teologicznych.

Oznacza to, że w przypadku części psychoterapeutów całość ich wiedzy w zakresie psychopatologii, interwencji psychologicznych czy diagnoz psychiatrycznych będzie pochodzić jedynie ze szkolenia z zakresu psychoterapii, o którym mowa w art. 10 projektu ustawy, składającego się zaledwie z 1.200 godzin. W ocenie Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej możliwość kształcenia się w psychoterapii powinny mieć te zawody, które w trakcie kształcenia przeddyplomowego miały zaliczone egzaminem zajęcia z psychologii klinicznej lub psychiatrii – jest to podyktowane troską, aby zapewnić możliwość przeprowadzenia u osoby zgłaszającej się na psychoterapię prawidłowej, dokładnej i szerokiej diagnostyki różnicowej i diagnostyki w kierunku współchorobowości zaburzeń psychicznych, zaburzeń osobowości oraz stanów neurorozwojowych. Zwiększy to szansę, że psychoterapia będzie dobrana właściwie (gdyż poszczególne podejścia terapeutyczne są, zgodnie z wiedzą naukową, różnie skuteczne w różnych zaburzeniach) i nie będzie dotyczyła jedynie wąskiego wycinka z często szerokiego obrazu psychopatologicznego zgłaszającej się do terapeuty osoby. Należy przy tym zauważyć, że będzie to miało szczególne znaczenie, gdy do psychoterapeuty trafi pacjent w kryzysie zdrowia psychicznego bez postawionej uprzednio diagnozy.

Zastrzeżenia budzi także wynikające z art. 54 ust. 2 projektu ustawy wymaganie odbycia jedynie 360 godzin stażu klinicznego w ramach szkolenia przygotowującego do uzyskania certyfikatu w zakresie psychoterapii. Podczas takiego stażu psychoterapeuta aplikant powinien uczestniczyć w codziennej pracy jednostki i obserwować proces leczenia pacjentów. Przyjęte w ustawie założenie oznacza realizację zaledwie 9 tygodni pracy z pacjentem. W świetle braku w projekcie ustawy wymogu wykształcenia kierunkowego medycznego kandydatów jest to zbyt krótki czas szkolenia, by odpowiadać za życie i zdrowie pacjentów w kryzysie zdrowia psychicznego.

Jak wynika z art. 54 ust. 2 projektu ustawy - w ramach szkolenia przygotowującego do uzyskania certyfikatu w zakresie psychoterapii przewidziano wymóg zaledwie 70 godzin zajęć z podstaw medycyny i 80 z podstaw psychologii. Jest to zdecydowanie zbyt krótki czas, by uzupełnić wiedzę u osób nieposiadających odpowiedniego wykształcenia kierunkowego.

Negatywnie należy ocenić także fakt, że o ile w przypadku zawodu lekarza i lekarza dentystry ściśle uregulowano elementy programu kształcenia przed- i podyplomowego, począwszy od programu nauczania na studiach, poprzez program stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentystry, programów specjalizacji aż do standardów, na podstawie których jest prowadzona certyfikacja danej umiejętności zawodowej, o tyle w projektowanej ustawie zakres swobody w zakresie przyznawania akredytacji do prowadzenia szkolenia w zakresie psychoterapii jest nadmierny i w zasadzie nie pozostaje pod kontrolą Państwa. Na to trudno się zgodzić, mając na uwadze charakter czynności zawodowych wykonywanych przez psychoterapeutów.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej podnosi, że w przypadku zawodu lekarza i lekarza dentystry dopuszczenie do wykonywania zawodu jest uwarunkowane złożeniem egzaminów, które mają charakter państwowy (LEK i LDEK). Egzaminy lekarskie są przygotowywane i przeprowadzane przez dedykowaną do tego jednostkę podległą Ministerstwu Zdrowia, natomiast opiniowany projekt ustawy przewiduje dla kandydatów na psychoterapeutów egzamin certyfikujący, który pozostaje całkowicie poza orbitą organów państwa – egzamin certyfikacyjny będą przeprowadzały ośrodki egzaminacyjne akredytowane przez Krajową Radę Psychoterapii. Takie złagodzenie standardów dopuszczenia do zawodu zaufania psychoterapeuty i powierzenie zadania egzaminowania podmiotom niepublicznym nie daje gwarancji właściwej weryfikacji efektów kształcenia.

Samorząd lekarski zwraca uwagę, że w przypadku, gdy zawód psychoterapeuty będzie wykonywała osoba posiadająca ponadto uprawnienie do wykonywania zawodu lekarza czy lekarza dentystry, powstanie problem członkostwa w dwóch samorządach zawodowych – lekarskim i psychoterapeutycznym oraz związane z tym kwestie podlegania pod dwa systemy etyki zawodowej i potencjalnie kolizja odpowiedzialności zawodowej w ramach obu samorządów zawodowych. Kwestii tej projekt ustawy niestety nie poświęca uwagi.

Zastrzeżenia budzi również art. 7 projektu ustawy, w myśl którego nadzór nad działalnością samorządu zawodowego psychoterapeutów ma sprawować minister właściwy do spraw rodziny, pracy i polityki społecznej. W ocenie Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej charakter czynności wykonywanych przez psychoterapeutów przesądza o tym, że nadzór powinien zostać powierzony

ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.

W tytule ustawy, który brzmi „o zawodzie psychoterapeuty i samorządzie zawodowym”, należy dodać, że chodzi o samorząd zawodowy psychoterapeutów.

W art. 55 ust. 2 pkt 2 projektu ustawy, który dotyczy szkolenia uzupełniającego z zakresu psychiatrii wskazano błędną nazwę tytułu zawodowego osoby prowadzącej szkolenie – przepis stanowi, że zajęcia są prowadzone przez „lekarza medycyny” posiadającego specjalizację w dziedzinie psychiatrii. Zgodnie z ustawą z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty prawidłowy tytuł zawodowy to lekarz, bez dodatkowego oznaczenia „medycyny”.

Zastrzeżenia budzi zasadność przyjęcia regulacji z art. 32 projektu ustawy, który nakłada na psychoterapeutów i psychoterapeutów aplikantów obowiązek zawarcia umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej niezależnie od formy prawnej, w jakiej wykonują zawód. Jest to rozwiązanie, które budzi wątpliwości w przypadku wykonywania zawodu w ramach stosunku pracy czy w ramach mianowania, gdzie odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone przy wykonywaniu zawodu spoczywa na pracodawcy. Zasadne byłoby natomiast objęcie ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej wykonywania zawodu psychoterapeuty w ramach prowadzonej przez niego działalności gospodarczej.

W rezultacie Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej stwierdza, że opiniowany projekt ustawy nie gwarantuje standardów bezpieczeństwa i jakości dla pacjentów w kryzysie zdrowia psychicznego i powinien zostać odrzucony w całości. Dla osiągnięcia efektu profesjonalnej i bezpiecznej pomocy psychoterapeutycznej świadczonej na rzecz pacjentów w Polsce, psychoterapia powinna być świadczeniem medycznym opartym o dowody naukowe, świadczonym przez osoby po jakościowym szkoleniu i z odpowiednim wykształceniem bazowym. Niedostosowane interwencje mogą prowadzić do zaostrzenia choroby, włącznie ze stanami zagrożenia życia i zdrowia. Samorząd lekarski uważa, że w sprawie tak ważnej, jak przyznawanie uprawnień do udzielania świadczeń z zakresu psychoterapii i ustalanie standardów diagnozy i konsultacji psychoterapeutycznych, co bezpośrednio wpływa na sposób udzielania pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi lub zagrożonych ich wystąpieniem, należy oczekiwać, że projekt ustawy zostanie przedstawiony jako projekt rządowy i zostanie poddany wszechstronnym konsultacjom społecznym ze wszystkimi grupami ekspertów i interesariuszy przed skierowaniem go do na dalszą ścieżkę legislacyjną w Parlamencie.

