Image not found or type unknown

Apel i stanowiska podjęte przez PNRL w dniu 24 października 2025 r.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej na posiedzeniu 24 października 2025 r. przyjęło:

- Apel do Ministra Zdrowia oraz Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego
- Stanowisko w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach opieki długoterminowej
- Stanowisko w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o opiece zdrowotnej nad uczniami oraz niektórych innych ustaw
- Stanowisko w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o zdrowiu publicznym oraz ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych
- Stanowisko w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz niektórych innych ustaw
- 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

APEL Nr 16/25/P-IX
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 24 października 2025 r.
do Ministra Zdrowia oraz Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej, na wniosek Komisji Stomatologicznej Naczelnej Rady Lekarskiej, apeluje do Ministra Zdrowia oraz Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego o podjęcie inicjatywy legislacyjnej i wdrożenie rozwiązań prawnych, które zapewnią ujednolicony program oraz właściwy poziom kształcenia na studiach w zakresie higieny dentystycznej prowadzący do uzyskania tytułu zawodowego co najmniej licencjata albo inżyniera.

Ustawa z dnia 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych (Dz.U. z 2023 r. poz. 1972) określiła zasady wykonywania szeregu zawodów medycznych, w tym m.in. zawodu higienistki stomatologicznej, a także warunki dopuszczenia do wykonywania danego zawodu medycznego, takie jak np. posiadanie wykształcenia uzyskanego w systemie szkolnictwa wyższego i nauki, kwalifikacje uzyskane w systemie oświaty lub inne kwalifikacje - określone w załączniku do ustawy o niektórych zawodach medycznych. W przypadku zawodu higienistki stomatologicznej załącznik do ustawy wymaga rozpoczęcia po dniu 30 września 2012 r. studiów w zakresie higieny

dentystycznej i uzyskania tytułu zawodowego co najmniej licencjata albo inżyniera lub rozpoczęcia po dniu 31 sierpnia 2019 r. szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej i uzyskanie dyplomu zawodowego w zawodzie higienistka stomatologiczna.
Szczegółowy wykaz czynności zawodowych przypisanych do zawodu higienistki stomatologicznej określił Minister Zdrowia w załączniku nr 3 do rozporządzenia z dnia 22 kwietnia 2025 r. w sprawie szczegółowego wykazu czynności zawodowych osób wykonujących niektóre zawody medyczne (Dz.U. 2025 r. poz. 626) i jest to zakres dość szeroki. Do zadań higienistki stomatologicznej wymienionych w tym rozporządzeniu należy nie tylko współpraca z lekarzem dentystą, ale także organizowanie środowiska pracy z uwzględnieniem narażenia na czynniki szkodliwe (jak skażenie mikrobiologiczne, naświetlenie, promieniowanie jonizujące, wykonywanie czynności związanych ze stosowaniem zasad aseptyki, antyseptyki, oraz procedur postępowania z materiałem biologicznym skażonym) oraz wykonywanie – na zasadach określonych w rozporządzeniu - wstępnych badań stomatologicznych, profilaktycznych i diagnostycznych zabiegów rehabilitujących jamę ustną.
Ustalony w taki sposób zakres uprawnień zawodowych higienistki stomatologicznej jednoznacznie przemawia za tym, że kryteria i warunki uzyskania dostępu do wykonywania tego zawodu powinny zostać ujednolicone na poziomie kształcenia w ramach szkolnictwa wyższego. Samorząd lekarski wskazuje, że obecnie niektóre zawody medyczne (w tym m.in. zawody lekarza i lekarza dentysty) - na mocy art. 68 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce - mają określone w drodze rozporządzenia standardy kształcenia. Dla tych zawodów istnieje zatem określony na mocy aktu prawa powszechnie obowiązującego zbiór wymagań w zakresie kształcenia, organizacji kształcenia, osób prowadzących to kształcenie oraz efektów uczenia się, a także sposobu weryfikacji osiągniętych efektów uczenia się. Takie same wymogi co do ustalenia standardów kształcenia powinny objąć również zawód higienistki stomatologicznej, czyli zawód uregulowany w nowej ustawie o niektórych zawodach medycznych.
Obecny stan prawny, w którym poszczególne uczelnie autonomicznie decydują o programie nauczania prowadzącego do uzyskania uprawnień do wykonywania zawodu higienistki stomatologicznej, rodzi obawy o jakość kształcenia związane z brakiem wystandaryzowanych i porównywalnych efektów tego kształcenia. Lekarze dentyści, którzy w ramach pracy zawodowej współpracują z higienistkami stomatologicznymi, nie mają zatem pewności, czy każda osoba posiadająca tytuł zawodowy licencjata ma podobną, porównywalną wiedzę i umiejętności do wykonywania zadań związanych z udzielaniem świadczeń pacjentom.

STANOWISKO Nr 87/25/P-IX
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 24 października 2025 r.
w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach opieki długoterminowej

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach opieki długoterminowej, przekazanym przy piśmie Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia Katarzyny Kęckiej z dnia 29 września 2025 r. (znak: RZS.0210.1.2025.JS.5) zgłasza następujące uwagi do przedmiotowego projektu:
W ocenie Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zasadne jest przyjęcie regulacji prawnej określającej jednolity standard organizacji opieki zdrowotnej przez podmioty wykonujące działalność leczniczą dla udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach opieki długoterminowej, obowiązujący niezależnie od tego czy opieka ta jest finansowana ze środków publicznych, czy prywatnych.
W załączniku do rozporządzenia zawierającym „*Standard organizacyjny opieki zdrowotnej w podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach opieki długoterminowej*” w rozdziale I „*Postanowienia ogólne*” zastrzeżenia budzi punkt 1 wskazujący, że „*Standard organizacyjny opieki zdrowotnej w podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach opieki długoterminowej, zwany dalej „standardem organizacyjnym”, określa sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach opieki długoterminowej*

.” Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej wskazuje, że rolą standardów organizacyjnych uchwalanych przez Ministra Zdrowia na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej nie może być określanie sposobu udzielania świadczeń zdrowotnych. Zgodnie z wyraźnym brzmieniem art. 22 ust. 4b ustawy o działalności leczniczej, standardy organizacyjne opieki zdrowotnej mogą dotyczyć jedynie sposobu sprawowania opieki nad pacjentem lub wykonywania czynności związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, nie mogą natomiast określać sposobu udzielania samych świadczeń zdrowotnych. Samorząd lekarski konsekwentnie sprzeciwia się możliwości wprowadzania standardów opieki medycznej czy standardów udzielania świadczeń zdrowotnych w formie przepisów powszechnie obowiązującego prawa. Określaniem standardów postępowania medycznego powinny zajmować się medyczne środowiska naukowe. Standardy postępowania medycznego nie mogą mieć charakteru powszechnie obowiązujących przepisów, ponieważ należą do autonomicznego obszaru nauki i wiedzy medycznej. Są przedmiotem nauczania przeddyplomowego i szkolenia w trakcie specjalizacji oraz podyplomowego doskonalenia zawodowego lekarzy i w miarę postępów wiedzy są okresowo modyfikowane. Sam załącznik do rozporządzenia – prawidłowo - nie zawiera norm prawnych, które określałyby sposób udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy i personel medyczny.

Wobec powyższego proponuje się, aby w rozdziale I załącznika do rozporządzenia punkt 1 otrzymał następujące brzmienie: „*Standard organizacyjny opieki zdrowotnej w podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach opieki długoterminowej, zwany dalej „standardem organizacyjnym”, określa sposób sprawowania opieki nad pacjentem i wykonywania czynności związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w ramach opieki długoterminowej.*”

Dodatkowo w załączniku do rozporządzenia, czyli w samym „*Standardzie organizacyjnym opieki zdrowotnej w podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach opieki długoterminowej*” należy wykreślić spis treści wraz z numeracją stron. Zamieszczanie spisu treści w akcie prawnym nie jest powszechnie praktykowane, stanowi także niepotrzebne utrudnienie w razie wprowadzania nowelizacji standardu w okresie późniejszym. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zwraca uwagę, że w innych rozporządzeniach Ministra Zdrowia wydanych na podstawie upoważnienia ustawowego zamieszczonego w art. 22 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej także nie wprowadzano spisu treści – nie ma go w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2023 r. w sprawie standardu organizacyjnego leczenia bólu w warunkach ambulatoryjnych (Dz.U. z 2025 r. poz. 612), rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (Dz.U. z 2024 r. poz. 332), rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz.U. z 2023 r. poz. 1324), rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 12 sierpnia 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2022 r. poz. 1194) czy rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 grudnia 2017 r. w sprawie standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej w dziedzinie patomorfologii (Dz.U. z 2017 r. poz. 2435).

Odnośnie do samego standardu, który jest załącznikiem do projektu rozporządzenia, Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej uważa, że cechuje go zbyt wysoki poziom ogólności zapisów. Obecnie standard przypomina raczej zbiór zaleceń, posługuje się sformułowaniami o charakterze ogólnym i deklaratywnym, które – choć słuszne w założeniu – nie będą się przekładały na praktyczne mechanizmy realizacji. Brakuje konkretnych wytycznych co do tego np. jakie narzędzia i wskaźniki należy stosować do oceny jakości opieki, jakie kursy i szkolenia są wymagane dla personelu oraz kto odpowiada za wdrożenie poszczególnych procedur.

Standard przewiduje także nadmierne obciążenie personelu obowiązkami administracyjnymi. W tym zakresie zastrzeżenia samorządu lekarskiego budzi zapis o konieczności sporządzania planów opieki długoterminowej w formie pisemnej oraz ich kwartalnej oceny i ewentualnej zmiany (pkt IV.4 standardu).

Nadmiernym i nieproporcjonalnym wymogiem wydaje się także dokumentowanie edukacji zdrowotnej (pkt VIII.3 standardu), zwłaszcza że wielu pacjentów objętych opieką długoterminową

znajduje się w stanie ograniczającym możliwość korzystania z edukacji zdrowotnej. Wprowadzenie obowiązku systematycznego prowadzenia edukacji zdrowotnej wobec pacjentów np. w ciężkim stanie somatycznym czy ograniczonymi funkcjami poznawczymi nie znajduje uzasadnienia. Edukacja zdrowotna powinna być raczej elementem profilaktyki realizowanej m.in. przez POZ, a nie kierowana do osób przewlekle chorych, często niesamodzielnych.
Standard nie precyzuje również osób odpowiedzialnych za wdrożenie poszczególnych jego zapisów. W praktyce może to skutkować trudnościami w jego stosowaniu. Celowe byłoby zatem wskazanie roli np. dyrektora placówki, pielęgniarki koordynującej lub zespołu ds. jakości.
Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej pozytywnie ocenia kierunek zmian, jednak projekt wymaga dopracowania i uszczegółowienia, aby mógł realnie przyczynić się do poprawy jakości opieki długoterminowej, nie powodując jednocześnie nadmiernego obciążenia personelu.

STANOWISKO Nr 88/25/P-IX
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 24 października 2025 r.
w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o opiece zdrowotnej nad uczniami oraz niektórych innych ustaw

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem ustawy o zmianie ustawy o opiece zdrowotnej nad uczniami oraz niektórych innych ustaw, przekazanym przy piśmie Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia Katarzyny Kęckiej z dnia 25 września 2025 r. (znak: RZZR.0210.3.2024.AW) negatywnie opiniuje projekt w zakresie, w jakim dotyczy opieki stomatologicznej nad uczniami i zgłasza następujące uwagi:

Uwaga ogólna:

Samorząd lekarski negatywnie ocenia propozycje zmian w art. 7 ustawy o opiece zdrowotnej nad uczniami w zakresie dotyczącym opieki stomatologicznej świadczonej przez lekarzy dentystów. Opiniowany projekt ustawy należy uznać za szkodliwy społecznie, wprowadzenie w życie tych przepisów przyczyni się do ograniczenia dostępności do opieki stomatologicznej i pogorszenia stanu uzębienia dzieci i młodzieży. Ustawa spowoduje zamknięcie znacznej części gabinetów zlokalizowanych w szkołach. Będzie to ogromna szkoda dla zdrowia pacjentów, jak również dla celów analitycznych, gdyż w szkołach lekarze dentyści mają dostęp do dużej populacji dzieci, co umożliwia poszerzanie wiedzy naukowej na temat wskaźników próchnicy w skali kraju.
Ustawodawca powinien mieć na uwadze, że jest bardzo wiele dzieci, które – z różnych przyczyn - nie mogą liczyć na osobistą aktywność rodzica w procesie profilaktyki i leczenia stomatologicznego, tymczasem w projekcie nowelizacji przyjęto założenie zupełnie odmienne. Przewidziane w projekcie ustawy dalsze zbiurokratyzowanie procesu profilaktyki i leczenia stomatologicznego oraz wprowadzenie wymogów dotyczących obecności rodzica w czasie udzielania świadczeń stomatologicznych nieuchronnie doprowadzi do znacznego zmniejszenia liczby uczniów korzystających ze świadczeń stomatologicznych.
Próchnica jest jednym z najczęstszych problemów zdrowotnych wśród dzieci i młodzieży, a częstość występowania próchnicy zębów w tej grupie wiekowej jest na bardzo wysokim poziomie. Szacuje się, że ubytki próchnicowe występują u ponad 40% dzieci w wieku 3 lat i u ponad 90% osób w wieku 18 lat. Utrudniony dostęp do opieki stomatologicznej w szkole jeszcze ten stan pogorszy.

Uwagi do art. 7 ustawy:

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej negatywnie opiniuje projektowany art. 7 ust. 2 ustawy o opiece zdrowotnej nad uczniami.

Obecnie przepis art. 7 ust. 2 ustawy stanowi, że profilaktyczna opieka zdrowotna oraz opieka stomatologiczna nad uczniami w zakresie profilaktycznych świadczeń stomatologicznych jest sprawowana w przypadku braku sprzeciwu rodziców albo pełnoletnich uczniów. Po nowelizacji ustawy na realizację świadczeń opieki stomatologicznej wymagana będzie zgoda rodziców.
W trosce o zapewnienie dostępu uczniów do opieki stomatologicznej Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej proponuje utrzymanie w mocy obecnego brzmienia art. 7 ust. 2 ustawy o opiece zdrowotnej nad uczniami, który przewiduje, że do wykonania przez lekarza dentystę świadczeń w

zakresie profilaktycznych świadczeń stomatologicznych dla dzieci i młodzieży wystarczający jest brak sprzeciwu rodziców albo pełnoletniego ucznia. Zgoda rodziców wymagana jest jedynie do udzielenia świadczeń stomatologicznych wykraczających poza profilaktyczne świadczenia stomatologiczne. Obecne brzmienie art. 7 ust. 2 realizuje w pełni usprawiedliwioną względami interesu społecznego politykę Państwa w zakresie zapewnienia dzieciom i młodzieży szczególnej opieki zdrowotnej w miejscu nauczania. Jest pewne, że wprowadzenie wymogu uprzedniej zgody rodziców pozbawi wielu uczniów dostępu do opieki stomatologicznej.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej negatywnie opiniuje także projektowany art. 7 ust. 4a ustawy o opiece zdrowotnej nad uczniami, który będzie wymagał fizycznej obecności rodzica podczas udzielania świadczeń stomatologicznych. Przewiduje się, że pod nieobecność rodzica będą mogły być udzielone tylko świadczenia mające na celu ocenę stanu zdrowia jamy ustnej i to tylko, o ile rodzic wyrazi uprzednią zgodę na udzielenie tego świadczenia pod swoją nieobecność. Wykonanie tylko powyżej wspomnianego świadczenia (tj. oceny stanu zdrowia jamy ustnej) uniemożliwia prowadzenie profilaktyki indywidulanej, uznanej za najbardziej bezpieczną oraz skuteczną formę profilaktyki zapobiegającej chorobom próchnicowym, jak również chorobom przyzębia.

Zdaniem Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej rodzice powinni mieć prawo do wyrażenia zgody na leczenie stomatologiczne, a wraz z tą zgodą zdecydować, czy chcą uczestniczyć osobiście w zabiegu. Należy również pamiętać, że decyzja o tym, czy w danym przypadku świadczenie zostanie wykonane bez obecności rodzica w gabinecie dentystycznym pozostaje także w gestii oceny lekarza dentysty, który – kierując się swoją wiedzą medyczną i doświadczeniem zawodowym - ma prawo żądać obecności rodzica podczas udzielania świadczenia.

Zastrzeżenia budzi także projektowany art. 7 ust. 5a ustawy o opiece zdrowotnej nad uczniami, który przewiduje, że zgoda na opiekę stomatologiczną nad uczniem albo sprzeciw wobec korzystania z ucznia z opieki zdrowotnej obowiązują nie dłużej niż do końca roku szkolnego, w którym zostały wyrażone. W ocenie Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zgody rodziców powinny być wystawiane raz, a w razie rezygnacji rodzice powinni mieć obowiązek powiadomienia o wycofaniu zgody. Wymóg corocznego uzyskiwania zgód rodziców powoduje dalsze osłabienie opieki stomatologicznej nad uczniami.

Uwagi do zmiany w art. 2 i art. 9 ustawy:

W ocenie Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej projekt nowelizacji ustawy niezasadnie likwiduje rozróżnienie na świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży oraz na profilaktyczne świadczenia stomatologiczne dla dzieci i młodzieży. Samorząd lekarski uważa, że zasadne byłoby raczej doprecyzowanie czym dla ustawodawcy jest opieka stomatologiczna, a czym profilaktyczna opieka stomatologiczna.

STANOWISKO Nr 89/25/P-IX
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 24 października 2025 r.
w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o zdrowiu publicznym oraz ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z rządowym projektem ustawy o zmianie ustawy o zdrowiu publicznym oraz ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych, przekazanym przy piśmie Zastępcy Szefa Kancelarii Sejmu pana Dariusza Salamończyka z dnia 21 października 2025 r. (znak: SPS-III.020.324.4.2025), nie zgłasza uwag do przedmiotowego projektu.

STANOWISKO Nr 90/25/P-IX
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 24 października 2025 r.
w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz niektórych innych ustaw

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem ustawy o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz niektórych innych ustaw, przekazanym przy piśmie Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia Katarzyny Kęckiej z dnia 6 października 2025 r.

(znak: ZPP.0210.4.2025.DL) przedstawia następujące stanowisko odnośnie do przedmiotowego projektu:

W ocenie Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zasadna jest zmiana w art. 3 pkt 1 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego polegająca na odstąpieniu od stosowania w definicji osoby z zaburzeniami psychicznymi określeń „osoba chora psychicznie" i „osoba upośledzona umysłowo". Na poparcie zasługuje zastąpienie tych pojęć odpowiednio określeniami „osoba z zaburzeniami psychotycznymi" oraz „osoba z niepełnosprawnością intelektualną". Dotychczasowa terminologia zawarta w art. 3 pkt. 1 ustawy jest archaiczna i niepotrzebnie przyczynia się do stygmatyzacji osób dotkniętych zaburzeniami psychicznymi.

Naturalną konsekwencją rezygnacji ze stosowania określeń „osoba chora psychicznie" i „osoba upośledzona umysłowo" jest zmiana szeregu przepisów ustawy, które posługiwały się tymi pojęciami.

Na poparcie zasługuje uregulowanie na poziomie przepisów rangi ustawowej zasad przeprowadzania i dokumentowania kontroli osobistej w szpitalu psychiatrycznym (dodawany art. 18g ustawy o ochronie zdrowia psychicznego) oraz zasad przeprowadzania kontroli pobieżnej (dodawany art. 18h ustawy o ochronie zdrowia psychicznego). Środowisko lekarzy psychiatrów zgłasza potrzebę uregulowania tego zagadnienia na poziomie przepisów rangi ustawowej. Zastrzeżenia budzi jednak projektowany art. 18g ust. 3 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego wskazujący, że „*Kontrolę osobistą przeprowadzają co najmniej dwie osoby tej samej płci co osoba kontrolowana, upoważnione przez kierownika szpitala psychiatrycznego, podczas nieobecności osób postronnych i osób odmiennej płci, oraz w miejscu niedostępnym w czasie przeprowadzania kontroli dla osób postronnych. W kontroli osobistej uczestniczy osoba wykonująca zawód medyczny* ". Takie uregulowanie liczby i płci osób wykonujących kontrolę jest niemożliwe do wykonania w mniejszych oddziałach psychiatrycznych. Wymóg obecności na dyżurze dwóch osób tej samej płci co pacjent, w tym jednej wykonującej zawód medyczny, oznacza konieczność takiego układania grafików, by zawsze na dyżurze byli obecni kobieta i mężczyzna, a dodatkowo wśród pozostałego personelu kolejne dwie osoby odmiennych płci. Wymóg z art. 18g ust. 3 ustawy jest o tyle niezrozumiały, że przy innych czynnościach (np. zmianie pampersów) nie ma wymogu zaangażowania wyłącznie osób tej samej płci.

Odnośnie do projektowanego art. 18g ust. 4 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, który przewiduje, że zarządzenie o przeprowadzeniu kontroli osobistej wydaje kierownik szpitala psychiatrycznego albo osoba przez niego upoważniona, należy wskazać, że przepis powinien wyraźnie dopuszczać wydanie zarządzenia wyprzedzająco w stosunku do pewnych grup pacjentów np. w odniesieniu do wszystkich przyjmowanych do szpitala psychiatrycznego z myślami samobójczymi – w takim przypadku weryfikacja służy ustaleniu czy pacjent nie ma przy sobie niebezpiecznych przedmiotów, leków czy narkotyków.

W nowelizowanym art. 18a 10 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego przewiduje się, że „ *Przedłużenie stosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji na każdy z kolejnych okresów, o których mowa w ust. 8 i 9, wymaga uzyskania opinii innego lekarza*". Zmiana sformułowania z „innego lekarza psychiatrę" na „innego lekarza" budzi wątpliwości. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej proponuje, aby lekarzem wydającym opinię o przedłużeniu stosowania przymusu bezpośredniego był inny lekarz specjalista. Możliwość opiniowania tak ważnej sprawy jak przedłużenie stosowania przymusu bezpośredniego przez lekarza bez specjalizacji wydaje się niewystarczającą gwarancją ochrony praw pacjenta. Przepis nie wyjaśnia także jednoznacznie sytuacji, w której opinia lekarza wydającego opinię niebędącego psychiatrą będzie odmienna od decyzji lekarza psychiatry.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zwraca uwagę na niezgodność brzmienia art. 18 ust. 10 pkt 2 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego z jego uzasadnieniem. W uzasadnieniu (str. 3 uzasadnienia) wskazano, że termin na dokonanie oceny zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego określony zostaje na 3 dni od rozpoczęcia stosowania przymusu bezpośredniego, tymczasem w art. 18 ust. 10 pkt 2 termin wskazano na 3 dni od zakończenia stosowania przymusu bezpośredniego.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zgłasza zastrzeżenia wobec proponowanego brzmienia art. 23 i art. 24 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. W przepisach tych zrezygnowano z odwołania się do kategorii choroby psychicznej, nie użyto także wprowadzonego w to miejsce określenia „zaburzeń psychotycznych" i zastąpiono je rozbudowanym opisem funkcjonowania pacjenta. Powoduje to pogorszenie czytelności przepisów i utrudnienie w ich stosowaniu. Jest to rozwiązanie niekonsekwentne, szczególnie biorąc pod uwagę zmianę w art. 3 pkt 1 lit. a ustawy oraz w art. 22 ustawy, które posługują się pojęciem zaburzeń psychotycznych (w miejsce choroby psychicznej).

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej negatywnie opiniuje zmianę art. 23 ust. 2 ustawy stanowiący, że „*O przyjęciu do szpitala osoby, o której mowa w ust. 1, decyduje lekarz wyznaczony do tej czynności po osobistym jej zbadaniu i zasięgnięciu opinii drugiego lekarza albo psychologa*". Nie ma dostatecznego uzasadnienia dla złagodzenia przepisów poprzez rezygnację z wymogu wydania opinii przez lekarza psychiatrę. Przyjęcie proponowanej zmiany art. 23 ust. 2 ustawy może usankcjonować nieprawidłową sytuację, w której na oddziałach psychiatrycznych w czasie dyżuru nie ma lekarzy specjalistów. Nieuzasadnione jest pozostawienie w rękach dwóch lekarzy nieposiadających specjalizacji tak poważnej dla pacjenta decyzji, jak przyjęcie do szpitala psychiatrycznego bez jego zgody, czyli w istocie głębokie ograniczenie jego swobód obywatelskich.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zgłasza zastrzeżenia wobec projektowanego art. 29 ust. 1 ustawy, gdzie wskazuje się, że do szpitala psychiatrycznego może być również przyjęta, bez zgody wymaganej w art. 22, osoba z zaburzeniami psychicznymi, zamiast dotychczasowego „osoba chora psychicznie". Taka zmiana ma charakter zasadniczy, a możliwość przymusowej hospitalizacji wszystkich zaburzeń psychicznych, a nie tylko zaburzeń psychotycznych, rodzi obawy zarówno dotyczące nadmiernej ingerencji w autonomię pacjentów, jak i przeciążenia oddziałów psychiatrycznych, które mogą zostać zobowiązane do hospitalizowania osób, którym nie są w stanie pomóc. To samo zastrzeżenie dotyczy art. 38 ustawy.

Sprzeciw Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej budzą przepisy ustawy, w których w miejsce dotychczas stosowanego określenia „*ordynator (lekarz kierujący oddziałem)*" pozostawia się jedynie określenie „*lekarz kierujący oddziałem*" – zmiany takie dotyczą m.in. art. 14 ustawy (przepis dotyczy zgody na uzyskanie tzw. przepustki ze szpitala psychiatrycznego), art. 23 ust. 4 ustawy (przepis dotyczy zatwierdzenia przyjęcia do szpitala psychiatrycznego bez zgody pacjenta) czy art. 35 ustawy (przepis dotyczy wypisu ze szpital psychiatrycznego). Zgodnie z art. 49 ust. 1 pkt 3 ustawy o działalności leczniczej, oddziałem szpitalnym może kierować ordynator – nie ma zatem żadnego uzasadnienia, aby pojęcie ordynatora wykreślać z brzmienia prawidłowo skonstruowanych obecnych przepisów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. W uzasadnieniu do projektu ustawy nie wskazano żadnych argumentów przemawiających za przyjęciem takiej zmiany. Proponuje się wobec tego, aby w art. 14, art. 23 ust. 4 i art. 35 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego pozostawić dotychczasowe brzmienie „*ordynator (lekarz kierujący oddziałem)*". W taki sam sposób określono strukturę szpitalnego oddziału ratunkowego, gdzie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz.U. z 2024 r. poz. 336) w § 12 ust. 1 pkt 1 wskazuje warunki jakie musi spełniać „*ordynator oddziału (lekarz kierujący oddziałem*)". Nie ma uzasadnienia, aby na gruncie oddziałów szpitala psychiatrycznego stosować odmienna terminologię.

Na poparcie zasługuje zmiana art. 46 ust. 5 ustawy, wskazująca, że w sprawach dotyczących przyjęcia bez zgody lub wypisania ze szpitala psychiatrycznego osoby przyjętej bez zgody uczestnikiem postępowania sądowego jest również szpital psychiatryczny. Dotychczas interes szpitala nie był w tym postępowaniu w żaden sposób reprezentowany, a ma to ogromne znaczenie wobec ewentualnych sporów o odszkodowanie. Rozwiązanie to wydaje się jednak

niewystarczające, gdyż - na swój wniosek - stroną powinien być także lekarz przyjmujący pacjenta, zwłaszcza jeśli dyżur pełni na podstawie kontraktu.
Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej negatywnie opiniuje zmianę w art. 2 ust. 7 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, w myśl której wydłuża się z dwóch do trzech lat okres, za jaki Minister Zdrowia będzie sporządzał informację o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu ochrony zdrowia psychicznego zawierającą ocenę realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Zła sytuacja, w jakiej znajduje się polski system opieki psychiatrycznej, skłania do poglądu, że przegląd realizowanych zadań w tym obszarze i ich efekty powinny być oceniane coraz częściej, a nie coraz rzadziej.
Na kanwie opiniowania obszernych zmian w projektowanej ustawie Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zgłasza poniżej postulaty rewizji przepisów ustawy, które nie są wprawdzie objęte przedłożeniem ustawowym, ale budzą uzasadnione wątpliwości.
1. Art. 11 ust. 1 ustawy przewiduje obowiązek osobistego zbadania osoby z zaburzeniami psychicznymi przed wydaniem jakiejkolwiek opinii. Przepis ten uniemożliwia zasięgnięcie opinii innego lekarza w sytuacji, gdy ten drugi lekarz nie może osobiście zbadać pacjenta, co mogłoby dotyczyć np. konsylium, superwizji lub telefonicznej konsultacji lekarza dyżurnego z ordynatorem czy kierownikiem specjalizacji. Zgodnie natomiast z art. 42 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty *„Lekarz orzeka o stanie zdrowia określonej osoby po uprzednim, osobistym jej zbadaniu lub zbadaniu jej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, a także po analizie dostępnej dokumentacji medycznej tej osoby”*.
2. Art. 18 ust. 1 pkt 1 ustawy pozwala na zastosowanie przymusu bezpośredniego, gdy osoba „dopuszcza się zamachu” – takie brzmienie przepisu uniemożliwia zgodne z prawem podejmowanie działań zapobiegających wystąpieniu dających się przewidzieć zachowań agresywnych pacjenta, jeśli do takowych jeszcze nie doszło. Nie pozwala on na uniknięcie zagrożenia spowodowanego przyszłym, spodziewanym zachowaniem agresywnym, Zasadne byłoby rozszerzenie przesłanek zastosowania przymusu bezpośredniego o sytuacje, w których zachowanie pacjenta wskazuje, iż dokona on zamachu przeciwko życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby lub bezpieczeństwu powszechnemu.
3. Art. 18 ust. 8 zd. 1 ustawy nie pozwala na odstąpienie od obowiązku uprzedzenia osoby, wobec której ma być zastosowany przymus bezpośredni o jego zastosowaniu, nawet w sytuacji, w której osoba wymaga natychmiastowego zastosowania przymusu (np. w przypadku zagrożenia skokiem z wysokości).

STANOWISKO Nr 91/25/P-IX
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 24 października 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, przekazanym przy piśmie Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia pani Katarzyny Kęckiej z dnia 9 października 2025 r. (znak: ZPP.0210.8.2024.DL) popiera kierunek zmian przyjęty w projekcie ustawy, w szczególności w zakresie wprowadzenia zakazu sprzedaży, podawania i spożywania napojów alkoholowych na terenie zakładów leczniczych oraz na stacjach benzynowych, zakazu reklamy i promocji napojów alkoholowych, w tym także piwa, które dotychczas nie było objęte całkowitym zakazem reklamy, zakazu sprzedaży alkoholu w postaci tubek lub saszetek, wizualnie podobnych do opakowań musów owocowych czy przekąsek śniadaniowych, jak i zakazu powadzenia reklamy i promocji produktów, których nazwa, znak towarowy, kształt graficzny lub opakowanie wykorzystuje podobieństwo z oznaczeniem napoju alkoholowego.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej popiera wszelkie racjonalne rozwiązania służące ograniczeniu dostępności alkoholu, a w konsekwencji prowadzące do zmniejszenia poziomu jego spożycia, począwszy od działań zmierzających do ograniczenia dostępności cenowej napojów alkoholowych, poprzez ograniczenie dostępności fizycznej i możliwości reklamy, aż po stale prowadzoną edukację zdrowotną. Przedstawione przez projektodawcę założenia, wpisują się w niezmiennie podejmowane przez samorząd lekarski starania na rzecz zintensyfikowania walki ze skutkami spożywania alkoholu, w tym zwłaszcza z chorobą alkoholową i związanymi z nią negatywnymi konsekwencjami, które mają bezpośredni wpływ na funkcjonowanie społeczeństwa i na działanie placówek ochrony zdrowia.

Zakaz reklamy i promocji napojów alkoholowych, w tym także piwa, należy uznać za pożądaną metodę walki ze skutkami spożycia alkoholu wśród wszystkich grup społecznych. Przeciwdziałanie spożywaniu alkoholu poprzez jednoznaczny zakaz jego reklamy i promocji zapobiega zakupowi większej ilości napojów alkoholowych, a także ukazywania alkoholu jako substancji nierozłącznie kojarzonej z elementami życia codziennego.

Reklama alkoholu, w której niejednokrotnie występują postacie znane w świecie sportu i kultury, w połączeniu ze stosowanymi zabiegami marketingowymi wskazującymi na korzyści finansowe płynące z zakupu napojów alkoholowych, prowadzą do wykształcenia w społeczeństwie (zwłaszcza w śród bardziej podatnych na takie zabiegi dzieci i młodzieży) niebezpiecznego przekonania o pozytywnych skutkach spożywania alkoholu, który jest przedstawiany jako nieodłączny element życia społecznego i towarzyskiego. W przestrzeni publicznej nie może być miejsca na prezentowanie rzekomych pozytywnych skutków płynących ze spożywania nawet niewielkich ilości alkoholu.

Napoje alkoholowe oferowane w Polsce po średnio niewygórowanych cenach, dodatkowo wsparte kampaniami promocyjnymi i reklamą, stają się niezwykle łatwo dostępnym produktem, szczególnie w sytuacji, w której pozwala na to rosnące przeciętne wynagrodzenie w Polsce.

W projekcie ustawy słusznie zawarto rozwiązania powzięte na rzecz ochrony bezpieczeństwa konsumentów, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci i młodzieży. Oprócz proponowanego zakazu reklamy, innym ważnym rozwiązaniem działającym zapobiegawczo, jest ukrócenie praktyk dotyczących zwiększania atrakcyjności wyglądu opakowań napojów alkoholowych (saszetki, tubki) oraz związanych z tym nowych postaci alkoholu (żele, granulki). Takie rozwiązania stanowią niebezpieczną praktykę stosowaną przez producentów, w wyniku której napój alkoholowy jest prezentowany jako produkt łudząco podobny do bezpiecznych produktów spożywczych takich jak przekąski czy napoje dla dzieci i młodzieży.

Ograniczenie fizycznej dostępności napojów alkoholowych bez wątpienia jest kluczowym elementem profilaktyki w walce ze skutkami spożycia alkoholu. Na zdecydowane poparcie zasługuje przewidziany w projekcie ustawy zakaz sprzedaży, podawania i spożywania napojów alkoholowych na terenie stacji paliw. W żadnym wypadku stacje benzynowe nie powinny być miejscem, w którym uczestnicy ruchu drogowego mogą nabyć alkohol, zwłaszcza gdy jedną z głównych przyczyn powodujących wypadki drogowe jest prowadzenie pojazdów pod wpływem alkoholu. Z równie oczywistych względów należy poprzeć wprowadzony w projekcie ustawy zakaz sprzedaży, podawania i spożywania napojów alkoholowych na terenie zakładów leczniczych

podmiotów leczniczych i pomieszczeń innych obiektów, w których są udzielane świadczenia zdrowotne.

Warto zauważyć, że zaproponowane rozwiązania są w stanie w realny sposób przyczynić się do zmniejszenia powszechnie odczuwalnych zdrowotnych i społecznych skutków spożycia alkoholu, w tym istotnych z punktu widzenia ochrony zdrowia. Ograniczenie spożycia alkoholu ma pozytywny wpływ na poziom bezpieczeństwa publicznego, zmniejszenie liczby wypadków drogowych z udziałem pijanych kierowców, a brak konieczności zaopatrywania znacznej liczby pacjentów będących pod wpływem alkoholu poprawia dostępność placówek medycznych i zespołów ratownictwa medycznego na potrzeby innych pacjentów. Zastosowanie polityki ograniczenia dostępności alkoholu przełożyło się na mniejszą liczbę hospitalizacji z powodu zatrucia alkoholowego, zwłaszcza wśród osób młodych.

Mimo że projekt ustawy zasługuje na zdecydowane poparcie środowiska lekarskiego, to jednak Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej dostrzega, że nie wprowadzono w ustawie wszystkich mechanizmów, które ograniczałyby negatywne skutki spożywania alkoholu. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej ponawia apel, aby do ustawy wprowadzić przepisy, które ustanowią na terenie całego kraju zakaz sprzedaży w porze nocnej napojów alkoholowych przeznaczonych do spożycia poza miejscem sprzedaży. W godzinach nocnych alkohol nie powinien być dostępny do sprzedaży, z wyjątkiem przeznaczonych do tego lokali posiadających stosowne zezwolenie, takich jak restauracje czy puby. Wprowadzenie takiej regulacji prawnej na terenie całego kraju zmierza do ograniczenia szkód zdrowotnych i społecznych wynikających ze spożywania alkoholu. Należy także ustanowić przepisy, które zakazywałyby produkcji i sprzedaży towarów, które ze względu na swój kształt, nazwę czy opakowanie przypominają napoje alkoholowe, takich jak np. napoje gazowane w butelkach łudząco przypominających butelki napojów alkoholowych. Taka forma sprzedaży negatywnie kształtuje świadomość dzieci, oswajając je z nawykiem spożywania alkoholu z okazji różnego rodzaju uroczystości. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej również negatywnie ocenia projektowany przepis przejściowy zamieszczony w art. 5 ustawy, który zezwala na dalszą reklamę piwa do końca 2026 r. Biorąc pod uwagę słuszne cele przyświecające uchwaleniu ustawy, ten okres utrzymywania w mocy przepisów zezwalających na dalszą reklamę piwa wydaje się zbyt długi – dodatkowo najprawdopodobniej zostanie on wykorzystany do tego, aby maksymalnie zwiększyć budżety reklamowe producentów piwa i zarzucić społeczeństwo reklamami tego napoju alkoholowego do czasu, kiedy jest to jeszcze możliwe.