Image not found or type unknown

Stanowiska podjęte przez PNRL w dniu 4 grudnia 2025 r.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej na posiedzeniu 4 grudnia 2025 r. przyjęło:

- Stanowisko w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw
- Stanowisko w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wskaźników jakości opieki kardiologicznej
- Stanowisko w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rejestru endoprotezoplastyk
- Stanowisko w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie organizacji dyspozytorni medycznej
- (wspólne z Prezydium Krajowej Rady Fizjoterapeutów) Stanowisko w sprawie zapewnienia pacjentom oddziałów szpitalnych dostępu do opieki fizjoterapeuty

STANOWISKO Nr 105/25/P-IX
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 4 grudnia 2025 r.
w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, przekazanym przy piśmie Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia pana Tomasza Maciejewskiego z dnia 31 października 2025 r. (znak: DLU.0210.12.2024/2025.KS) przedstawia następujące uwagi.

Samorząd lekarski popiera zaproponowany kierunek zmian dotyczący uproszczenia i doprecyzowania zasad refundacji kosztów leczenia w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej (UE) lub Europejskiego Obszaru Gospodarczego (EOG). Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej przychyla się do projektowanej zmiany w art. 42b ust. 10 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (zmiana w art. 1 pkt 6 projektu ustawy), polegającej na zastąpieniu recepty transgranicznej receptą uprawniającą do refundacji leku nabytego przez świadczeniobiorcę w aptece działającej w innym państwie Unii Europejskiej lub Europejskiego Obszaru Gospodarczego, na podstawie polskiej recepty uprawniającej do refundacji,

a nie jak dotychczas jedynie na podstawie recepty będącej receptą transgraniczną. Powyższe umożliwi pacjentom uzyskanie zwrotu kosztów zakupu każdego leku podlegającego refundacji, co wyeliminuje istniejące obecnie nieuzasadnione uzależnienie zwrotu kosztów od dysponowania przez pacjenta receptą transgraniczną.

Na poparcie zasługuje również zmiana dostosowująca polskie regulacje dotyczące wydawania zgody na leczenie w innych państwach Unii Europejskiej lub państwach członkowskich Europejskiego Obszaru Gospodarczego, umożliwiająca świadczeniobiorcom uzyskanie zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej w sytuacji, gdy nie złożyli oni stosownego wniosku o zwrot kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej przed udaniem się na leczenie do innego państwa EOG lub UE, a leczenie to wynikało z pilnej konieczności ratowania życia lub zdrowia (projektowany art. 42d ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych). Objęcie zwrotem kosztów leczenia nagłych i nieprzewidzianych przypadków bez konieczności uprzedniego złożenia wniosku do Prezesa NFZ eliminuje wykluczenie z jakim dotychczas stykali się pacjenci, którzy znaleźli się w trudnej sytuacji zdrowotnej za granicami RP. Zmiana stanowi pożądane dostosowanie polskich regulacji do orzecznictwa Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej, szczególnie że przedstawiony projekt ustawy, równocześnie zakłada uchylenie art. 42h, który przewiduje limit wydatków na zwrot kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej. Zniesienie limitu wydatków na zwrot kosztów leczenia uznać należy za krok wspierający świadczeniobiorców. Pozytywnie należy również zaopiniować zaproponowaną w art. 1 pkt 7 lit. e) gwarancję szybszego procedowania zwrotu kosztów leczenia transgranicznego, który ma nastąpić w terminie 7 dni.

Wątpliwości samorządu lekarskiego budzi natomiast zmiana art. 42f ust. 5 pkt 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (zaproponowana w art. 1 pkt 8 projektu ustawy), polegająca na dodaniu możliwości załączenia do wniosku o wydanie zgody Prezesa NFZ na uzyskanie świadczeń opieki zdrowotnej w innym państwie UE lub EOG, odpowiedniej opinii lekarza wykonującego zawód w innym państwie członkowskim wraz z jej tłumaczeniem na język polski sporządzonym przez tłumacza przysięgłego. Przewidziany w projekcie wymóg przedstawienia tłumaczenia na język polski sporządzonego przez tłumacza przysięgłego, należy uznać za nadmiernie wygórowany. W powyższym kontekście należy zwrócić uwagę na art. 42d ust. 10 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, który wprost wskazuje, że tłumaczenie dokumentacji załączanej do wniosku o zwrot kosztów leczenia nie musi być sporządzone przez tłumacza przysięgłego.

Należy również zwrócić uwagę na techniczną kwestię zapisu zmiany zaproponowanej w art. 1 pkt 13. Dodawany art. 47j ust. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wskazuje, że W*arunkami nadania statusu OECR są: 1) liczba i kwalifikacje personelu medycznego; 2) potencjał diagnostyczno-terapeutyczny; 3) liczba oraz rodzaj wykonywanych procedur medycznych; 4) liczba świadczeniobiorców z podejrzeniem lub rozpoznaniem choroby rzadkiej, którym są udzielane świadczenia opieki zdrowotnej; 5) liczba oraz rodzaj badań klinicznych lub naukowych.* Wymienione w sposób ogólny pięć warunków, jakie będą brane pod uwagę przy nadawaniu statusu OECR, stanowi bliżej niedookreślone wymagania, które zostaną dopiero doprecyzowane w drodze rozporządzenia wydawanego przez ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie delegacji przewidzianej w ustawie. W związku z tym, brzmienie powyżej przytoczonego przepisu powinno zamiast słów „warunkami nadania statusu OECR są" powinno wskazywać, że „Przy nadawaniu statusu OECR bierze się pod uwagę".

Doprecyzowania wymaga również dodawany art. 47k ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, który wskazuje, że *Minister właściwy do spraw zdrowia nadaje i odmawia nadania statusu OECR w drodze decyzji administracyjnej.* Ogólna zasadą prawa administracyjnego jest, że stronami postępowania administracyjnego mogą być jedynie osoby fizyczne, osoby prawne i jednostki organizacyjne nieposiadające osobowości prawnej. Jak wskazuje dodawany art. 47j ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – OECR są komórkami organizacyjnymi zakładu leczniczego podmiotu leczniczego. Co do zasady osobowość prawną, która umożliwia bycie stroną postępowania administracyjnego, posiada podmiot leczniczy, natomiast zakład leczniczy, będący jego jednostką organizacyjną, jak i

komórka organizacyjna funkcjonująca w strukturze zakładu – nie posiadają osobowości prawnej. W związku z tym, że komórka organizacyjna nie posiada zdolności bycia stroną postępowania administracyjnego, należy doprecyzować, że stroną postępowania o nadanie statusu OECR jest podmiot leczniczy, w ramach którego funkcjonuje OECR jako komórka organizacyjna zakładu leczniczego utworzonego w podmiocie leczniczym.

STANOWISKO Nr 106/25/P-IX
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 4 grudnia 2025 r.
w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wskaźników jakości opieki kardiologicznej

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wskaźników jakości opieki kardiologicznej, przekazanym przy piśmie Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia panią Katarzynę Kęcką z dnia 18 listopada 2025 r. (znak: OKUK.0210.7.2025.PP) negatywnie opiniuje projekt
i przedstawia następujące stanowisko:
W ocenie samorządu lekarskiego projekt rozporządzenia nie konsumuje upoważnienia ustawowego zawartego w art. 19 ustawy z dnia 4 czerwca 2025 r. o Krajowej Sieci Kardiologicznej (Dz.U z 2025 r. poz. 779). Zgodnie z art. 19 ust. 1 pkt 1 ustawy ocena poziomu jakości opieki kardiologicznej jest prowadzona w podziale na poszczególne rozpoznania na podstawie wskaźników jakości opieki kardiologicznej i w zakresie obszaru klinicznego powinna obejmować:

a. efekt leczniczy,
b. powtórne hospitalizacje z tej samej przyczyny,
c. śmiertelność po zabiegach w trakcie hospitalizacji w okresach 30 dni, 90 dni oraz roku od dnia zakończenia hospitalizacji,
d. strukturę procedur medycznych wykonywanych w przypadkach określonych problemów zdrowotnych,
e. doświadczenie w wykonywaniu określonych świadczeń opieki zdrowotnej.

Tymczasem w załączniku do rozporządzenia, wśród zaproponowanych wskaźników jakości opieki kardiologicznej w obszarze klinicznym żaden nie odnosi się do powtórnych hospitalizacji z tej samej przyczyny, czy doświadczenia w wykonywaniu określonych świadczeń opieki zdrowotnej.
Drugim zastrzeżeniem do wskaźników w obszarze klinicznym jest sposób, w jaki w załączniku do rozporządzenia określone zostały „typy wskaźnika”. W ocenie Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej typy wskaźników jakości opieki w obszarze klinicznym powinny wprost nawiązywać do terminologii wskazanej w art. 19 ust. 1 pkt 1 lit. a-e ustawy o Krajowej Sieci Kardiologicznej, czyli jako typy wskaźników powinny być wymienione: „wskaźnik powtórnych hospitalizacji”, „wskaźnik śmiertelności po zabiegach”, „wskaźnik doświadczenia w wykonywaniu określonych świadczeń”, czy „wskaźnik efektu leczniczego”. W świetle powyższych uwag szczególne zastrzeżenia w załączniku do rozporządzenia budzą: wskaźnik nr 5 w obszarze klinicznym, którego typ został określony jako „wskaźnik opieki kardiologicznej”, wskaźnik nr 6, którego typ określono jako „wskaźnik koordynacji opieki kardiologicznej”, wskaźnik nr 7, którego typ określono jako „wskaźnik jakości opieki kadriologicznej” czy wskaźnik nr 8, którego typ określono jako „wskaźnik oceniający potencjał i możliwości wykonania najtrudniejszych zabiegów z zakresu elektrofizjologii”. Fakt, że rozporządzenie nadaje typom wskaźnikom nazwy nieznane ustawie znacząco utrudnia ocenę, czy Minister Zdrowia wykonał upoważnienie zawarte w ustawie, czy wykroczył poza zakres przyznanych mu ustawą kompetencji w zakresie ustalania wskaźników jakości opieki kardiologicznej. Brak przyporządkowania wskaźnika wymienionego w rozporządzeniu Ministra

Zdrowia do określonego typu wskaźnika wskazanego w ustawie o Krajowej Sieci Kardiologicznej otwierałoby Ministrowi Zdrowia drogę do całkowicie dowolnego kształtowania wskaźników, także poza zakresem wymienionym w ustawie.

Wśród wskaźników jakości opieki kardiologicznej w obszarze zarządczym w projekcie rozporządzenia przewidziano 3 wskaźniki – wszystkie one dotyczą „koordynacji opieki kardiologicznej", natomiast w rozporządzeniu nie przewidziano ani jednego wskaźnika z pozostałych wskaźników wymienionych w art. 19 ust. 1 pkt 2 ustawy o Krajowej Sieci Kardiologicznej takich jak: ciągłość opieki kardiologicznej, realizacja opieki kardiologicznej zgodnie z kluczowymi zaleceniami, długość hospitalizacji, struktura realizowanych świadczeń opieki zdrowotnej, stopień wykorzystania zasobów będących w dyspozycji ośrodka kardiologicznego, posiadanie akredytacji lub innego certyfikatu albo świadectwa potwierdzającego jakość wydanego przez niezależną akredytowaną jednostkę.

Odnosząc się treści merytorycznej załącznika do rozporządzenia, Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zgłasza następujące uwagi:

We wskaźniku 1 w obszarze klinicznym „*Śmiertelność roczna od dnia zakończenia hospitalizacji świadczeniobiorców po ostrym zawale serca*" w rubryce dotyczącej sposobu jego obliczania należy dodać, że do liczby świadczeniobiorców hospitalizowanych w danym ośrodku kardiologicznym KSK, zakwalifikowanych według kodów JGP: E10, E11, E12G, E15 i E16, którzy zmarli w okresie roku od dnia zakończenia hospitalizacji wlicza się tylko świadczeniobiorców, którzy zmarli z przyczyn sercowo-naczyniowych. Brak w projekcie tego dodatkowego wskazania, że chodzi wyłącznie o zgony z przyczyn sercowo-naczyniowych mogłoby zafałszować wskaźniki jakości danej placówki kardiologicznej poprzez wliczenie do śmiertelności także pacjentów, którzy zmarli np. wskutek wypadków komunikacyjnych.

We wskaźniku 5 w obszarze klinicznym „Adherencja do terapii podstawowej w niewydolności serca ze zmniejszoną frakcją wyrzutową lewej komory" w jego mierniku należy wskazać, że do odsetka pacjentów z rozpoznaniem o kodzie według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 I50x, przyjmujących łącznie przynajmniej trzy spośród czterech klas leków: 1) ARNI, ACEI albo ARB; 2) beta-bloker; 3) MRA; 4) SGLT2 wlicza się wyłącznie pacjentów bez przeciwwskazań (takich jak np. zaawansowana niewydolność nerek). Obliczanie odsetka pacjentów z uwzględnieniem pacjentów, którzy mają przeciwwskazania do przyjmowania ww. leków prowadziłby do niesłusznego obniżenia wskaźnika jakości opieki kardiologicznej.

We wskaźniku 6 w obszarze klinicznym „Antykoagulacja w migotaniu przedsionków, z uwzględnieniem ryzyka udaru mózgu" należy wskazać, że do obliczania tego wskaźnika nie wlicza się pacjentów, u których występują przeciwwskazania do stosowania wymienionych tam leków: apiksaban, dabigartan, rywaroksaban, warfaryna lub acenokumarol.

STANOWISKO Nr 107/25/P-IX
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 4 grudnia 2025 r.
w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rejestru endoprotezoplastyk

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rejestru endoprotezoplastyk, przekazanym przy piśmie Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia pani Katarzyny Kęckiej z dnia 13 listopada 2025 r. (znak: DLJ.0210.1.2025.JR), nie zgłasza uwag do przedmiotowego projektu.

STANOWISKO Nr 108/25/P-IX
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 4 grudnia 2025 r.
w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie organizacji dyspozytorni medycznej

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającym rozporządzenie w sprawie organizacji dyspozytorni medycznej,

przekazanym przy piśmie Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia pani Katarzyny Kacperczyk z dnia 10 listopada 2025 r. (znak: DBR.0210.6.2025.AK), nie zgłasza uwag do przedmiotowego projektu.

STANOWISKO
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ ORAZ
PREZYDIUM KRAJOWEJ RADY FIZJOTERAPEUTÓW
z dnia 4 grudnia 2025 r.
w sprawie zapewnienia pacjentom oddziałów szpitalnych dostępu do opieki fizjoterapeuty

Dostrzegając pozytywne efekty fizjoterapii u pacjentów hospitalizowanych Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej oraz Prezydium Krajowej Rady Fizjoterapeutów stoją na stanowisku, że w pełni zasadne jest zapewnienie pacjentom oddziałów szpitalnych korzystających ze świadczeń finansowanych ze środków publicznych realnego dostępu do opieki fizjoterapeuty, szczególnie na oddziałach, na których opieka taka nie jest obecnie gwarantowana.