



Stanowiska podjęte przez PNRL w dniu 18 grudnia 2025 r.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej na posiedzeniu 18 grudnia 2025 r. przyjęło:

- [Stanowisko w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych](#)
- [Stanowisko w sprawie projektu ustawy o opiece długoterminowej](#)

STANOWISKO Nr 111/25/P-IX PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 18 grudnia 2025 r.

w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych, przekazanym przy piśmie Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia pana Tomasza Maciejewskiego z dnia 9 grudnia 2025 r. (znak: DLG.748.42.2024.EM) popiera przewidziane w rozporządzeniu poszerzenie zakresu programów zdrowotnych o program profilaktyki raka płuca, który ma na celu wczesne wykrywanie raka płuca z zastosowaniem niskodawkowej tomografii komputerowej.

STANOWISKO Nr 112/25/P-IX PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 18 grudnia 2025 r.

w sprawie projektu ustawy o opiece długoterminowej

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem ustawy o opiece długoterminowej, przekazanym przy piśmie Sekretarza Stanu w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów pani Marzeny Okły-Drewnowicz z dnia 16 grudnia 2025 r. (znak: DS.WWS.0610.2.2025) popiera założenia ustawy w zakresie, w jakim zmierza do poprawy funkcjonowania opieki długoterminowej oraz związanej z tym koordynacji działań podmiotów wykonujących działalność leczniczą i jednostek organizacyjnych pomocy społecznej w obszarze opieki długoterminowej, zgłasza jednak zastrzeżenia wobec trybu prac nad projektem ustawy. Wyznaczony termin 7 dni na konsultacje publiczne projektu, dotyczącego tak ważnej społecznie kwestii jak poprawa funkcjonowania opieki długoterminowej, jest niewystarczający.

Na poparcie zasługuje przewidziana w projekcie ustawy idea współpracy podmiotów wykonujących działalność leczniczą i jednostek organizacyjnych pomocy społecznej w zakresie opieki długoterminowej, wyrażona kierunkowo w art. 14 projektu ustawy. Do brzmienia art. 14 projektu ustawy samorząd lekarski nie zgłasza uwag.

Zastrzeżenia budzi natomiast brzmienie art. 15 ust. 1 ustawy, który stanowi, że współpraca podmiotów wykonujących działalność leczniczą i jednostek pomocy społecznej polega na przekazywaniu przez placówkę medyczną informacji o osobie, co do której zachodzi prawdopodobieństwo, że może wymagać usług lub świadczeń opieki długoterminowej. Do świadczeń opieki długoterminowej zaliczono w art. 3 ustawy bardzo szeroki zakres świadczeń, także tych o charakterze pieniężnym, takich jak: bon senioralny, dodatek pielęgnacyjny, świadczenie wspierające czy świadczenie uzupełniające. Nie jest zasadne nakładanie na placówki medyczne obowiązku znajomości zasad i trybu przyznawania tych świadczeń pieniężnych, po to, aby zgłaszać jednostkom pomocy społecznej, że dana osoba prawdopodobnie spełnia warunki otrzymania tych świadczeń. Zasadne byłoby odpowiednie zawężenie zastosowania przepisu art. 15 ust. 1 ustawy wobec placówek medycznych, tak jak to zrobiono w art. 16 ust. 1 pkt 1 ustawy, gdzie przyjęto, że podmiot wykonujący działalność leczniczą przekazuje do ośrodka pomocy społecznej informacje celem weryfikacji zasadności objęcia tej osoby wyłącznie usługami lub świadczeniami opieki długoterminowej, o których mowa w art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy, czyli objętymi ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej takimi jak: usługi opiekuńcze, usługi świadczone w ośrodkach wsparcia, usługi świadczone w rodzinnym domu pomocy, usługi świadczone w domach pomocy społecznej, usługi w placówkach zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekłe chorym.

Odnosnie do projektowanego art. 15 ust. 1 i 2 ustawy należy wskazać, że współpraca placówki medycznej i jednostek organizacyjnych pomocy społecznej polegająca na przekazywaniu informacji o osobie, co do której zachodzi prawdopodobieństwo, że może wymagać usług lub świadczeń opieki długoterminowej może rodzić próbę przerzucenia na lekarzy odpowiedzialności systemowej za dostępność dla danej osoby wszelkich usług i świadczeń wchodzących w skład opieki długoterminowej. Brakuje w ustawie przepisu, który jednoznacznie wskaże, że rolą placówki medycznej jest jedynie zawiadomienie, co oznacza, że placówka medyczna nie jest odpowiedzialna za uzyskanie przez pacjenta określonych form pomocy ani nie jest zobowiązana do udziału w dalszych procedurach prawnych zmierzających do rozpatrzenia wniosków o przyznanie pacjentowi danych usług czy świadczeń opieki długoterminowej.

Samorząd lekarski uważa, że przewidziane ustawą zasady przekazywania przez placówki medyczne informacji do jednostek pomocy społecznej powinny być maksymalnie uproszczone, tak aby nie obciążały dodatkowo personelu medycznego.

W art. 16 ust. 1 pkt 3 ustawy przewiduje się, że jednostka organizacyjna pomocy społecznej będzie przekazywała do świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu POZ informacje o osobie, w celu weryfikacji zasadności objęcia tej osoby świadczeniami opiekuńczo-leczniczymi i pielęgnacyjno-opiekuńczymi psychiatrycznymi, świadczeniami pielęgnacyjnymi i opiekuńczymi w ramach opieki długoterminowej (np. ZOL, ZPO). Jednocześnie na placówki POZ nakłada się w art. 19 ust. 1 ustawy obowiązek poinformowania podmiotu przekazującego te informacje o sposobie ich wykorzystania w terminie 7 dni od dnia ich otrzymania, a także powiadomienia koordynatora do spraw opieki długoterminowej działającego na szczeblu powiatu. Zastrzeżenia Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej budzi to, że ustawa w tym zakresie nakłada na lekarzy POZ dodatkowe zadania i jednocześnie czyni go w jakimś stopniu odpowiedzialnym za uwarunkowania systemowe i ograniczoną dostępność do świadczeń i usług opieki długoterminowej. Ponadto wyznaczenie placówkom POZ 7-dniowego terminu na przekazanie jednostce opieki społecznej informacji o tym, jak POZ wykorzystał pozyskane z opieki społecznej informacje o pacjencie, będzie trudny do dotrzymania.

Samorząd lekarski zgłasza również zastrzeżenia wobec zawartej w art. 2 pkt 3 i 4 ustawy propozycji zdefiniowania pojęcia „opiekuna nieformalnego” oraz „opieki nieformalnej”. Na gruncie dotychczasowych ustaw medycznych, tj. ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i

Rzeczniku Praw Pacjenta funkcjonuje pojęcie „opiekuna faktycznego” o podobnych cechach jak proponowany opiekun nieformalny. Wydaje się zatem, że brak jest dostatecznego uzasadnienia dla tworzenia kolejnych pojęć ustawowych, w szczególności jeśli ustawodawca nie wyjaśnia, jaki będzie ich wzajemny stosunek, np. czy każdy opiekun faktyczny w rozumieniu ustawy o prawach pacjenta będzie opiekunem nieformalnym na gruncie ustawy o opiece długoterminowej.

