Image not found or type unknown

Stanowiska podjęte przez PNRL w dniu 19 listopada 2026 r.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej na posiedzeniu 19 listopada 2026 r. przyjęło:

- Stanowisko w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej
- Stanowisko w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w ramach centrum zdrowia psychicznego
- Stanowisko w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zmiany rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego
- Stanowisko w sprawie niedopuszczalnych zachowań przedstawicieli prawniczych zawodów zaufania publicznego wobec lekarzy podczas wykonywania obowiązków zawodowych

STANOWISKO Nr 35/26/P-X
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 19 listopada 2026 r.
w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, przekazanym przy piśmie Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia pana Tomasza Maciejewskiego z dnia 20 października 2026 r. (znak: ASG.0210.27.2026.WS) nie wnosi uwag do zmian przewidzianych w projekcie rozporządzenia w zakresie dotyczącym poszerzenia wykazu badań laboratoryjnych przysługujących w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Projekt rozporządzenia przewiduje, że wykaz badań laboratoryjnych realizowanych w ramach AOS oznaczony w załączniku nr 2 do rozporządzenia zostanie poszerzony o oznaczenie stężenia mitotanu w surowicy krwi oraz oznaczenie udziału frakcji makroprolaktyny. Oba te badania zostały ocenione pozytywnie w rekomendacjach Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 134/2025 z dnia 6 października 2025 r. (oznaczenie stężenia mitotanu) i nr 46/2026 z

dnia 17 kwietnia 2026 r. (oznaczenie udziału frakcji makroprolaktyny).

STANOWISKO Nr 36/26/P-X
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 19 listopada 2026 r.
w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w ramach centrum zdrowia psychicznego

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 opieki zdrowotnej z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w ramach centrum zdrowia psychicznego, przekazanym przy piśmie Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia pani Katarzyny Kęckiej z dnia 30 października 2026 r. (znak: ZPP.0210.7.2026.AK) przekazuje następujące **uwagi ogólne**.

Wadą samej koncepcji organizacji opieki psychiatrycznej w postaci Centrum Zdrowia Psychicznego jest monopolizacja opieki na danym terenie, praktycznie uniemożliwiająca pacjentom wybór lekarza. Problem ten dotyczy zwłaszcza obszarów rzadziej zaludnionych, na których znaczne odległości pomiędzy centrami spowodują, że skorzystanie z usług innego centrum będzie dla pacjentów praktycznie niedostępne. W ocenie Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej kwestię dostępności pacjenta do zmiany miejsca leczenia i tym samym wyboru placówki powinno się wyraźnie uregulować w zgodzie z zasada wolności wyboru świadczeniodawcy, zwłaszcza w obszarze dotykającym prawa do leczenia z zakresu psychiatrii. Monopolizacja opieki psychiatrycznej jest niekorzystna także dla lekarzy i pozostałego personelu medycznego, ograniczając wolność wyboru miejsca zatrudnienia.

Zaletą opiniowanego projektu rozporządzenia jest nałożenie na Centrum Zdrowia Psychicznego wymogu posiadania całodobowego oddziału psychiatrycznego. Dotychczasowy model, obejmujący centra typu B, stanowił istotny wyłom w założeniach całej koncepcji systemu, bowiem koordynacja przez Centrum Zdrowia Psychicznego leczenia pacjentów trafiających do różnych okolicznych szpitali praktycznie nie funkcjonowała prawidłowo.

Należy wskazać ponadto, że przepisy rozporządzenia nie przewidują dostatecznej harmonizacji z pozostałymi przepisami regulującymi funkcjonowanie ochrony zdrowia, zwłaszcza z przepisami ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym. W art. 45 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym przewidziano transport osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego do szpitala, w którym znajduje się „jednostka organizacyjna wyspecjalizowana w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego”, zwykle więc do najbliższego pod względem czasu dojazdu, a nie na oddział, na który powinien trafić pacjent w ramach Centrum Zdrowia Psychicznego. Rozporządzenie nie wskazuje, w jaki sposób pacjent trafiający do szpitala w trybie nagłym, miałby się znaleźć na „właściwym” oddziale, ani kto miałby pokrywać koszty jego transportu.

Ocena Skutków Regulacji dołączona do projektu rozporządzenia nie przewiduje żadnych kosztów jego wprowadzenia. O ile dla istniejących już Centrów Zdrowia Psychicznego oznacza ono „tylko” zwiększenie obowiązków sprawozdawczych, co zawsze wiąże się ze zwiększeniem wydatków, o tyle dla podmiotów niebędących w programie pilotażowym oznacza to całkowitą rewolucję organizacyjną i wiąże się z kosztami, których rozmiary należałoby oszacować i objąć finansowaniem. Podmioty, które nie uczestniczyły w pilotażu, nie miały możliwości stopniowego dostosowania organizacji udzielania świadczeń do rozwiązań wypracowywanych i rozwijanych w ramach pilotażu. Pominięcie przez Ministerstwo Zdrowia w analizie tak znaczących środków, które trzeba będzie wydatkować, wskazuje na chęć przerzucenia tych kosztów na placówki psychiatryczne, które i tak od lat są dramatycznie niedofinansowane.

Samorząd lekarski zgłasza ponadto zastrzeżenia wobec treści § 2 projektu rozporządzenia, który wyznacza podmiotom udzielającym świadczeń opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w ramach centrum zdrowia psychicznego termin na dostosowanie się do standardu organizacyjnego

do dnia 1 czerwca 2027 r. Jedynie półroczny termin na spełnienie wymogów standardu organizacyjnego przez wszystkie placówki prowadzące centra zdrowia psychicznego jest zdecydowanie za krótki. Z doświadczeń poprzednich regulacji wyznaczających standardy organizacyjne wiadomo, że wyznaczenie podmiotom leczniczym nierealnego terminu na spełnienie wymogów skutkuje później koniecznością wielokrotnych nowelizacji rozporządzenia, których celem jest jedynie przedłużenie pierwotnie wyznaczonego terminu – dobrym przykładem jest rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego, które było nowelizowane aż 7-krotnie w celu przedłużenia pierwotnie wyznaczonych terminów na dostosowania się podmiotów prowadzących SOR do wymogów tego rozporządzenia.

Odwołując się do § 118 „Zasad techniki prawodawczej" stanowiących załącznik do rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 20 czerwca 2002 r. w sprawie "Zasad techniki prawodawczej" (Dz.U. z 2026 r. poz. 300), który stanowi, że „*w rozporządzeniu nie powtarza się przepisów ustawy upoważniającej oraz przepisów innych aktów normatywnych*" należy wskazać, że niektóre pojęcia z rozdziału I „Postanowienia ogólne" ust. 2 takie jak „koordynator opieki", „plan terapii i zdrowienia", „asystent zdrowienia" czy „punkt zgłoszeniowo-koordynacyjny (PZK)" zostały już zdefiniowane w § 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 października 2026 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U. z 2026 r. poz. 1312), ich definicje nie powinny być zatem powtarzane po raz kolejny w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego.

Do projektu rozporządzenia Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zgłasza ponadto poniższe **uwagi szczegółowe**:

W § 3 i § 4 rozporządzenia wskazano, że liczba łóżek na oddziale stacjonarnym jest nie większa niż 33 łóżka na 100 tys. osób do 31 grudnia 2027 r. i nie większa niż 28 łóżek na 100 tys. osób do 1 stycznia 2029 r., następne ma dojść do docelowego poziomu 25 łóżek na 100 tys. osób dorosłych. Negatywnie ocenia się określenie maksymalnych wymogów dla liczby łóżek szpitalnych. Administracyjne narzucanie sukcesywnego zmniejszania liczby łózek szpitalnych w przeliczeniu na liczbę mieszkańców wydaje się nieuzasadnione i całkowicie niezrozumiałe w świetle przyjętego sposobu finansowania Centrów Zdrowia Psychicznego (dalej: CZP).

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zwraca uwagę, że w rozdziale I „Standardu organizacyjnego" pn. „Postanowienia ogólne" czasami używa się jedynie określenia zaburzenia psychiczne" (ust. 3), czasami używane jest określenie „choroba psychiczna" (ust. 5 pkt 4), czasem zaś używane są oba te pojęcia (ust. 5 pkt 3). Należy zatem przyjrzeć się zakresowi używanych pojęć i ściśle zdefiniować, które z nich powinny być zastosowane.

W rozdziale II „standardu organizacyjnego" pn. „Organizacja, struktura CZP i formy pomocy udzielanej przez CZP" w ust. 1 wskazano, że komórki organizacyjne wchodzące w skład CZP powinny być zlokalizowane na obszarze działania tego CZP, w ust. 3 przewidziano jednak wyjątek, że wchodzący w skład CZP oddział psychiatryczny może być zlokalizowany poza obszarem działania tego CZP. Wydaje się, że przy terytorialnym wyznaczeniu zakresu działania danego CZP rozporządzenie powinno definiować maksymalne oddalenie oddziału psychiatrycznego od obszaru działania CZP, np. poprzez określenie liczby kilometrów lub czasu dotarcia.

Wątpliwości budzi w rozdziale II „standardu organizacyjnego” w ust. 6 pkt 1 definicja świadczeń zdrowotnych w formie opieki krótkoterminowej – rozumianej jako udzielanej pacjentom z zaburzeniami epizodycznymi i zakończonej w ramach CZP w okresie do 4 tygodni, ponieważ w załączniku nr 9 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w „*Wykazie świadczeń gwarantowanych realizowanych w centrum zdrowia psychicznego w warunkach ambulatoryjnych oraz warunki ich realizacji*” przy sesji psychoterapii indywidulanej określono, że sesja taka ma charakter krótkoterminowy, gdy trwa w okresie do 6 miesięcy. Krótkoterminowość pomocy ambulatoryjnej w dwóch różnych rozporządzeniach Ministra Zdrowia regulujących świadczenia udzielane w ramach centrum zdrowia psychicznego będzie miała zatem inną definicje i wymiar, dlatego należy rozważyć użycie w rozporządzeniu w sprawie standardu organizacyjnego niecoinnej siatki pojęciowej, tak aby nie było ryzyka pomyłki.

W rozdziale III „standardu organizacyjnego” pn. „Punkt Zgłoszeniowo-Koordynacyjny (PZK)” w ust. 1 pkt 4 przewidziano możliwość ustalenia sposobu udzielenia pomocy pacjentowi również w przypadku zgłoszenia się do PZK innej osoby poszukującej pomocy dla pacjenta. Taka interwencja musi prawdopodobnie wiązać się z wytworzeniem jakiejś dokumentacji medycznej bez zgody pacjenta. Jednocześnie w rozporządzeniu nie określono rodzaju tej dokumentacji. Tymczasem wytworzenie dokumentacji medycznej bez zgody pacjenta może wiązać się z ryzykiem prawnym zarówno dla podmiotu leczniczego, jak i dla osoby wykonującej zawód medyczny.

W rozdziale III „standardu organizacyjnego” pn. „*Punkt Zgłoszeniowo-Koordynacyjny (PZK)*” w ust. 1 pkt 6 wskazano, że do zadań punktu zgłoszeniowo-konsultacyjnego należy ustalenie terminu pierwszej wizyty po zakończeniu leczenia stacjonarnego. W przepisie tym nie wskazano jednak maksymalnego czasu oczekiwania pacjenta na taką wizytę, tymczasem w przypadku wypisania pacjenta z oddziału psychiatrycznego taki maksymalny czas oczekiwania na wizytę powinien być ustalony w przepisach. Zbyt długi czas oczekiwania na objecie opieką ambulatoryjną może bowiem niweczyć efekty leczenia osiągnięte w warunkach stacjonarnych.

W rozdziale III „standardu organizacyjnego” w ust. 1 pkt. 7 Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej pozytywnie ocenia przyjęta tam propozycję, polegającą na „*możliwości podjęcia interwencji kryzysowej wobec pacjenta, który przebywał w szpitalu psychiatrycznym bez wymaganej zgody, lub innego pacjenta objętego opieką czynną, w przypadku niestawienia się na umówione spotkanie albo odmowy zgłoszenia się do CZP, po nie więcej niż trzech nieskutecznych próbach kontaktu telefonicznego lub jednej nieskutecznej próbie zrealizowania wizyty domowej*”. Przepis trafnie dostrzega potrzebę podejmowania działań wobec pacjentów, którzy ze względu na charakter swoich zaburzeń nie współpracują w procesie leczenia, m.in. po zakończeniu hospitalizacji, która odbywała się bez zgody. Jednak niekonkretny charakter tej regulacji niweczy jej potencjalnie pozytywny charakter. Nie precyzuje ona w żaden sposób, na czym miałaby polegać owa „interwencja kryzysowa”, a przede wszystkim w jakiej relacji pozostaje ona do ustawowych przepisów, dotyczących konieczności uzyskania zgody pacjenta na leczenie.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej proponuje, aby w rozdziale III „standardu organizacyjnego” pn. „Punkt Zgłoszeniowo-Koordynacyjny (PZK)” w ust. 12 w miejsce bezosobowego wskazania „organizuje się” użyć określenia wskazującego dokładnie do czyich obowiązków należy przewiezienie pacjenta do miejsca udzielania pomocy doraźnej w razie zgłoszenia się do PZK pacjenta, u którego wstępna ocena potrzeb zdrowotnych wskazuje, że pacjent znajduje się w stanie nagłym związanym z zaburzeniem psychicznym. Nagły stan pacjenta wskazuje na to, że przepis standardu organizacyjnego powinien jednoznacznie wskazywać kto ma wykonać zadanie przewiezienia go do miejsca udzielania pomocy doraźnej.

W rozdziale IV „standardu organizacyjnego" pn. „Oddział psychiatryczny w ramach CZP" w ust. 2 zastrzeżenia samorządu lekarskiego budzi użycie jedynie określenia „lekarz kierujący oddziałem albo lekarz przez niego upoważniony" i pominiecie słowa „ordynator". Samorząd lekarski wskazuje, że podstawowym przewidzianym w ustawie o działalności leczniczej modelem kierowania oddziałami szpitalnymi jest model, w którym komisja konkursowa wybiera ordynatora. Wobec tego zdanie wprowadzające w ust. 2 powinno mieć następujące brzmienie: *„W przypadku pobytu pacjenta w oddziale psychiatrycznym ogólnym, ordynator lub inny lekarz kierujący oddziałem albo lekarz przez nich upoważniony, z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych:".*

W rozdziale IV „standardu organizacyjnego pn. „Oddział psychiatryczny w ramach CZP" w ust. 2 wyodrębniono tylko pkt 1, natomiast nie ma dalszych punktów. Jest to albo omyłka legislacyjna (wówczas należy usunąć numerację punktów), albo brakuje jakiegoś dalszego fragmentu tekstu (wówczas trzeba do projektu dodać brakujące punkty).

W rozdziale IV „standardu organizacyjnego pn. „Oddział psychiatryczny w ramach CZP" w ust. 2 i 3 przewidziano, że oddział całodobowy, na którym hospitalizowany jest pacjent, kontaktuje się ze wskazanym przez niego centrum zdrowia psychicznego. Rozporządzenie nie określa jednak, czy CZP ma obowiązek objąć opieką pacjenta zamieszkałego poza jego obszarem działania, potencjalnie w znacznej odległości, i co miałby zrobić oddział całodobowy w razie braku takiej zgody ze strony CZP. Ponadto przewidziany w tym przepisie wymóg jest nierealny, ponieważ pacjent w psychozie ma problemy ze zrozumieniem, że wymaga leczenia i może nie wyrazić ani zgody, ani sprzeciwu na kontynuację leczenia w CZP, dlatego ustalenie daty wizyty w CZP w terminie tak krótkim (5 dni) od rozpoczęcia hospitalizacji ze względu na stan zdrowia pacjenta nie powinno to być wymagane.

W rozdziale IV „standardu organizacyjnego" pn. „Oddział psychiatryczny w ramach CZP" w ust. 6 zapisano, że w przypadku udzielenia porady niezakończonej przyjęciem do szpitala psychiatrycznego w ramach pomocy doraźnej, lekarz, który sprawuje opiekę nad pacjentem, kontaktuje się z koordynatorem opieki centrum zdrowia psychicznego w celu ustalenia terminu i miejsca wizyty pacjenta w CZP. Rozporządzenie nie precyzuje, czy mowa tutaj m.in. o lekarzu konsultującym w ramach Izby Przyjęć szpitala. Oczekiwanie, że poza dotychczasowymi obowiązkami będzie on prowadził telefoniczne poszukiwania odpowiedniego koordynatora, który może w tym czasie wykonywać obowiązki poza PZK, jest niemożliwe do zrealizowania.

Dodatkowo, interwencje niezakończone przyjęciem do szpitala, oznaczają w znacznym odsetku przypadków przekazanie pacjenta na oddział somatyczny z powodu zatrucia lub poważnych problemów somatycznych. W takim przypadku ustalanie terminu wizyty w CZP jest niecelowe.

W rozdziale IV „standardu organizacyjnego" pn. „Oddział psychiatryczny w ramach CZP" w ust. 7 zapisano, że *„poza godzinami pracy PZK, osoba przyjmująca zgłoszenie informuje pacjenta o konieczności skontaktowania się z PZK oraz przekazuje informacje niezbędne do takiego kontaktu. Jednocześnie ustala sposób kontaktu z pacjentem i przesyła do koordynatora opieki CZP informacje o konieczności objęcia pacjenta opieką wraz z informacjami niezbędnymi do nawiązania takiego kontaktu*". W rozdziale III „standardu organizacyjnego kilkakrotnie jest mowa o „Osobie przyjmującej zgłoszenie w PZK". Wobec tego trzeba wyjaśnić kim jest „osoba przyjmująca zgłoszenie poza godzinami pracy PZK". Czy oznacza to, że w CZP, poza godzinami działania PZK, powinien funkcjonować dodatkowy dyżur zgłoszeniowy, tak jak obecnie w CZP typu „B"? Taki wymóg nie wynika z pozostałej treści rozporządzenia. Do obowiązków zawartych w ust. 7 odnoszą się także uwagi dotyczące pacjentów kierowanych na oddziały somatyczne, umieszczone w poprzednim punkcie.

W rozdziale V „standardu organizacyjnego pn. „Organizacja procesu diagnostyczno-terapeutycznego w CZP" w ust. 3 nałożono na centra zdrowia psychicznego obowiązek ustalenia standardu postępowania w odpowiedzi na zgłoszenia w szczególności w sytuacji 1) zgłoszenia pacjenta w stanie bezpośredniego zagrożenia życia lub potrzeby pilnej interwencji; 2) zgłoszenia anonimowego; 3) zgłoszenia pochodzącego od osoby bliskiej lub pracownika instytucji; 4) zgłoszenia osoby pełnoletniej we własnej sprawie; 5) zgłoszenia osoby niepełnoletniej we własnej sprawie; 6) zgłoszenia osoby niepełnoletniej w sprawie osoby bliskiej; 7) zgłoszenia pacjenta w stanie upojenia alkoholowego lub pod wpływem substancji psychoaktywnych; 8) zgłoszenia

pacjenta spoza obszaru odpowiedzialności terytorialnej CZP; 9) zgłoszenie mieszkańca spoza obszaru odpowiedzialności terytorialnej. Opracowania standardu postępowania w razie zgłoszenia nie należy przerzucać na podmioty prowadzące CZP, lecz powinny one zostać przygotowane w Ministerstwie Zdrowia i umieszczone w rozporządzeniu jako załącznik do standardu organizacyjnego. Tylko w taki sposób można osiągnąć jednolitość postępowania ze zgłoszeniami do centrów zdrowia psychicznego w poszczególnych częściach kraju. W rozporządzeniu nie powinny natomiast być określane standardy diagnostyczno-terapeutyczne w centrum zdrowia psychicznego, ponieważ jest to element wiedzy medycznej i nie podlega ustaleniu w drodze rozporządzenia Ministra Zdrowia, lecz opiera się na wskazaniach aktualnej wiedzy medycznej.

Ponadto w rozdziale V „standardu organizacyjnego" pn. „Organizacja procesu diagnostyczno-terapeutycznego w CZP" w ust. 3 wskazano, że w CZP ustala się standardy postępowania m.in. w przypadku zgłoszenia pacjenta spoza obszaru odpowiedzialności terytorialnej CZP i zgłoszenia mieszkańca spoza obszaru odpowiedzialności terytorialnej. Czy oznacza to, że – pomimo wyznaczenia obszarów działania – centrum zdrowia psychicznego dysponuje jednak swobodą decyzji w sprawie objęcia takiej osoby opieką? Jeśli tak, to kwestię te trzeba wyraźnie rozstrzygnąć w tworzonym rozporządzeniu.

W rozdziale VI „standardu organizacyjnego" pn. „Pomoc czynna" w ust. 13 powstaje wątpliwość, na jakiej zasadzie koordynator miałby się kontaktować z AOS. Do specjalisty kieruje lekarz POZ, poza tym obowiązują kolejki do świadczeń, kontakty poza kolejką czy uzgadnianie czegokolwiek poza kolejnością może narażać zarówno koordynatora, jak i lekarza specjalistę na sankcje ze strony NFZ.

W rozdziale VI „standardu organizacyjnego" pn. „Pomoc czynna" zastrzeżenia Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej budzi ust. 15, w którym przewiduje się obowiązek co najmniej jednego kontaktu z pacjentem w ciągu tygodnia w przypadku pacjentów objętych pomocą czynną. Należy zauważyć, że nie wszyscy pacjenci wymagają tak częstego kontaktu, a przez niektórych z nich nieustanny kontakt może to być uznany wręcz za nękanie, co utrudni proces terapeutyczny. Częstotliwość wizyt powinna być określana indywidualnie, w zależności od stanu zdrowia pacjenta przez osobę leczącą, optymalnie byłoby to 2 razy w miesiącu.

W rozdziale VI „standardu organizacyjnego" pn. „Pomoc czynna" w ust. 18 wątpliwości budzi użyte tam określenie „wyraźny sprzeciw". Standard organizacyjny wskazuje, że nie podejmuje się nawiązania kontaktu telefonicznego (lub drogą elektroniczną), listownego lub bezpośredniego w przypadku wyraźnego sprzeciwu pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego. Z uwagi na to, że pacjent w opiece czynnej jest trudny i ambiwalentny z założenia, rodzi się pytanie czy sprzeciw ma być jednorazowy i w jakiej formie powinien zostać wyrażony, aby mieć charakter sprzeciwu „wyraźnego".

W rozdziale VII „standardu organizacyjnego" pn. „Plan terapii i zdrowienia" w ust. 3. obciążono CZP obowiązkiem koordynowania leczenia somatycznego pacjenta. O ile zakres obowiązków ujętych w sformułowaniu „w szczególności", obejmujący wykonywanie niezbędnych badań kontrolnych oraz monitorowanie działań niepożądanych stosowanej farmakoterapii wydaje się uzasadniony, o tyle obowiązek „monitorowania stanu zdrowia somatycznego pacjenta" jest całkowicie nieuzasadniony. Oczekiwanie, że ośrodki psychiatryczne będą koordynować leczenie swoich pacjentów we wszystkich ich problemach zdrowotnych nie znajduje podstaw w żadnych przepisach i jest niemożliwe do zrealizowania w sytuacji niewydolności całego systemu ochrony zdrowia.

W rozdziale VII „standardu organizacyjnego" pn. „Plan terapii i zdrowienia" w ust. 10 pkt 1 należy zastrzec, że w odniesieniu do planu terapii i zdrowienia trudno jest określić go w sposób jednoznaczny i niepozostawiający miejsca na interpretację.

W rozdziale VIII „standardu organizacyjnego pn. „Asystenci zdrowienia" celowe byłoby dodanie, że podstawą podejmowania działań przez asystentów zdrowienia jest wyraźna zgoda pacjenta. Wynika to z faktu, że asystent zdrowienia nie jest osobą wykonującą zawód medyczny, często są to osoby, które kiedyś doświadczyły kryzysu zdrowia psychicznego i obecnie pomagają innym. Z tych powodów dostęp asystentów zdrowienia do danych dotyczących stanu zdrowia psychicznego pacjentów centrum zdrowia psychicznego oraz do danych identyfikujących członków ich rodzin

powinien w najwyższym stopniu gwarantować ochronę prawa do prywatności pacjentów.

STANOWISKO Nr 37/26/P-X
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 19 listopada 2026 r.
w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zmiany rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zmiany rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, przekazanym przy piśmie Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia pana Tomasza Maciejewskiego z dnia 12 listopada 2026 r. (znak: ASG.0210.43.2026.MGL) nie zgłasza uwag do projektu.

Na mocy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2024 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. z 2024 r. poz. 961) do koszyka świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego dodano *„Leczenie ostrej fazy udaru niedokrwiennego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych*" i określono docelowe warunki realizacji tego świadczenia. Na dostosowanie się do tych warunków został podmiotom leczniczym wyznaczony czas do 31 grudnia 2026 r. Wśród warunków, jakie powinny zostać spełnione do 31 grudnia 2026 r. przez podmioty lecznicze udzielające tych świadczeń, było także posiadanie w lokalizacji oddziału szpitalnego neurochirurgii zabezpieczającego możliwość wykonywania hemikraniektomii odbarczającej lub drenażu komorowego.

W przedstawionym do zaopiniowania projekcie rozporządzenia przewiduje się, że okres dostosowawczy zostanie wydłużony o dwa lata, tj. do dnia 31 grudnia 2028 r. Istotniejsza wydaje się jednak zamieszczona w uzasadnieniu do projektu informacja, że okres tych dwóch lat ma zostać wykorzystany przez Ministerstwo Zdrowia na rzetelną analizę, czy docelowy wymóg posiadania oddziału neurochirurgii w lokalizacji świadczeniodawcy realizującego trombektomię mechaniczną jest konieczny, tj. czy wpływa na podniesienie jakości klinicznej udzielanych świadczeń z zakresu leczenia ostrej fazy udaru niedokrwiennego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych. Z uzyskanych od Narodowego Funduszu Zdrowia informacji wynika bowiem, że nie ma dotychczas analiz wykazujących, że zapewnienie oddziału neurochirurgii w lokalizacji prowadzi do uzyskania lepszych wyników leczenia pacjentów poddawanych trombektomii mechanicznej niż w funkcjonującym obecnie modell zapewnienia dostępu do oddziału neurochirurgii w czasie nieprzekraczającym 30 minut.

Posiadanie przez podmioty lecznicze w swojej lokalizacji oddziału neurochirurgii stanowi istotną – i kosztowną – zmianę organizacyjną, mogącą wpływać zarówno na liczbę podmiotów uprawnionych do realizacji świadczenia, jak i na terytorialną dostępność leczenia ostrej fazy udaru niedokrwiennego mózgu.

W związku z powyższym Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej popiera zaproponowane rozwiązanie i jednocześnie apeluje do Ministerstwa Zdrowia o pilne przeprowadzenie analizy zasadności utrzymania wymogu docelowego posiadania w lokalizacji oddziału neurochirurgii, tak aby świadczeniodawcy w możliwie najkrótszym czasie uzyskali ostateczną informacje o zniesieniu tego wymogu lub jego utrzymaniu.

Samorząd lekarski wskazuje, że nakładanie na podmioty lecznicze dodatkowych obowiązków dostosowawczych, zwłaszcza jeśli ich realizacja wiąże się z poniesieniem znacznych kosztów i wysiłku organizacyjnego, musi być zawsze uzasadnione dającymi się wykazać względami klinicznymi.

STANOWISKO Nr 38/26/P-X

PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 19 listopada 2026 r.
w sprawie niedopuszczalnych zachowań przedstawicieli prawniczych zawodów zaufania publicznego wobec lekarzy podczas wykonywania obowiązków zawodowych

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z niepokojem przyjmuje informację o zgłoszeniach, z których wynika, że niedopuszczalnego, agresywnego zachowania wobec lekarza wykonującego obowiązki zawodowe mógł się dopuścić przedstawiciel prawniczego zawodu zaufania publicznego.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej uważa, że każde działanie w sposób agresywny i poniżający w stosunku do lekarza, wiążące się z publicznym podważaniem kompetencji zawodowych i naruszeniem godności osobistej lekarza wraz z powoływaniem się na wykonywany przez siebie zawód prawniczy powinno być przedmiotem szczególnej uwagi odpowiednich organów samorządu zawodowego prawniczych zawodów zaufania publicznego.

Nie jest dopuszczalna żadna forma agresji wobec lekarzy w trakcie i w związku z wykonywaniem zawodu, nie może ona znajdować usprawiedliwienia w emocjach, niezadowoleniu czy negatywnej ocenie postępowania lekarza. Każdy lekarz ma prawo do wykonywania swojego zawodu w warunkach zapewniających poszanowanie jego godności i bezpieczeństwa, tym bardziej że w przypadkach określonych przepisami prawa korzysta z ochrony prawnej należnej funkcjonariuszowi publicznemu.

W ocenie Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej za szczególnie naganną należałoby uznać sytuacje, w której tego rodzaj zachowań miałby się dopuścić przedstawiciel innego zawodu zaufania publicznego, zwłaszcza zawodu prawniczego. Od adwokatów, radców prawnych czy notariuszy należy oczekiwać przestrzegania wysokich standardów etycznych, poszanowania godności innych osób oraz zachowania taktu również poza wykonywaniem czynności zawodowych. Powoływanie się na posiadany status zawodowy nie może służyć wywieraniu presji na lekarza ani podważaniu jego autorytetu podczas udzielania świadczeń zdrowotnych.

Wyrażając stanowczy sprzeciw wobec wszelkich przejawów agresji w stosunku do lekarzy, Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zwraca się do prawniczych samorządów zawodów zaufania publicznego o zapewnienie, aby wykonywanie szlachetnego zawodu nie stanowiło nigdy podstawy do poniżającego i agresywnego traktowania innych osób, a także, aby wszelkie zgłoszenia o tego rodzaju zachowaniach były skrupulatnie i sprawnie wyjaśniane przez właściwe organy dyscyplinarne działające w ramach samorządu zawodowego.