

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, przekazany 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. Określanie 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).

Odnosnie 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.

SEKRETARZ

Grzegorz Wrona

PREZES

Łukasz Jankowski