

**APEL**  
**NR 12/15/VII**  
**NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ**  
**z dnia 4 grudnia 2015 r.**  
**do Ministra Zdrowia**

**w sprawie kierunków zmian systemu opieki zdrowotnej, zasad wykonywania zawodu  
lekarza i lekarza dentystry oraz kształcenia przed  
i podyplomowego w tych zawodach**

Wyrażając głębokie zaniepokojenie pogłębiającą się od wielu lat destabilizacją systemu opieki zdrowotnej oraz kierunkiem, w jakim zmierza uregulowanie zawodu lekarza i lekarza dentystry, poprzez nakładanie na lekarzy i lekarzy dentystrów szeregu obowiązków administracyjnych i sprowadzanie przedstawicieli zawodów medycznych w coraz większym stopniu do roli regulatora rynku świadczeń zdrowotnych, Naczelna Rada Lekarska przedstawia wykaz wybranych postulatów wypracowanych w dotychczasowych stanowiskach samorządu lekarskiego apelując do Ministra Zdrowia jako centralnego organu administracji rządowej odpowiedzialnego za ochronę zdrowia o ich rozważenie w swych przyszłych działaniach.

Naczelna Rada Lekarska wyraża nadzieję, że Minister Zdrowia podejmie z samorządem lekarskim rzeczową, konstruktywną dyskusję nad obecnym kształtem i przyszłością systemu opieki zdrowotnej oraz pozycją lekarza i lekarza dentystry w tym systemie. Samorząd lekarski jest jednak świadomy, że głębokiej reformy systemu opieki zdrowotnej zapewniającej poprawę bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów oraz sytuacji pracowników ochrony zdrowia nie da się przeprowadzić bez zwiększenia nakładów na ochronę zdrowia. Naczelna Rada Lekarska apeluje do Ministra Zdrowia o podjęcie działań mających na celu podniesienie nakładów na ochronę zdrowia do minimum 6,5% PKB.

Naczelna Rada Lekarska deklaruje gotowość udziału samorządu lekarskiego w merytorycznej dyskusji nad kształtem przyszłych przepisów oraz we wszelkich pracach nad zgłoszonymi postulatami.

#### **I. Przywrócenie stażu podyplomowego**

Naczelna Rada Lekarska zwraca się do Ministra Zdrowia z apelem o pilne rozpoczęcie prac legislacyjnych zmierzających do przywrócenia stażu podyplomowego jako elementu niezbędnego do zapewnienia właściwego poziomu kształcenia lekarzy i lekarzy dentystrów na etapie przygotowania do samodzielnego wykonywania zawodu. Rada wskazuje przy tym, że

model kształcenia lekarzy i lekarzy dentystów decyduje o bezpieczeństwie pacjentów oraz jakości udzielanych im świadczeń zdrowotnych.

Naczelna Rada Lekarska po raz kolejny stwierdza, że decyzja o likwidacji stażu podyplomowego i zastąpieniu go dwusemestralnym praktycznym nauczaniem w dziedzinach klinicznych realizowanym w trakcie ostatniego roku studiów na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym, była błędna. Stanowisko takie podzielały już na etapie prac legislacyjnych także towarzystwa naukowe, środowiska uniwersyteckie oraz organizacje lekarskie, w tym również zrzeszające młodych lekarzy.

Rada apeluje do Ministra Zdrowia o ponowną analizę skutków likwidacji stażu zarówno pod kątem wpływu na jakość kształcenia kadr medycznych, prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych udzielanych przez osoby o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych i etycznych oraz uprawnienia osób kształcących się w zawodach lekarza i lekarza dentysty do właściwych, w tym także bezpiecznych od strony prawnej, warunków zdobywania wiedzy praktycznej.

W ocenie samorządu lekarskiego staż podyplomowy jest formą kształcenia, która w sposób najlepszy prowadzi do nabycia przez lekarzy i lekarzy dentystów uprawnień do samodzielnego wykonywania zawodu. Staż podyplomowy stanowi niezbędne uzupełnienie wiedzy, a zwłaszcza umiejętności praktycznych uzyskanych w trakcie studiów. Staż podyplomowy jest dobrym i – co bardzo istotne - sprawdzonym trybem nabywania pełnych uprawnień do wykonywania zawodów lekarza i lekarza dentysty po zakończeniu studiów przez absolwentów studiów lekarskich i stomatologicznych.

Argumenty te przemawiają za uchyleniem decyzji o likwidacji stażu podyplomowego.

## **II. Zmiany dotyczące specjalizacji**

Naczelna Rada Lekarska apeluje do Ministra Zdrowia o podjęcie inicjatywy legislacyjnej zmierzającej do zmiany zasad odbywania specjalizacji w taki sposób, aby uczynić ją bardziej dostępną dla lekarzy i lekarzy dentystów bez uszczerbku dla jakości kształcenia specjalizacyjnego. Samorząd lekarski przypomina, że wielokrotnie deklarował wzięcie odpowiedzialności za szkolenie specjalizacyjne, szczególna rola samorządu w tym zakresie może polegać m. in. na udziale w organizowaniu szkolenia specjalizacyjnego i nadzoru nad tym szkoleniem, ustalaniu warunków akredytacji jednostek szkolących oraz ocenie spełniania tych warunków przez poszczególne jednostki. Jednym z najważniejszych zadań samorządu lekarskiego – zgodnie z ustawą o izbach lekarskich – jest prowadzenie lub udział w organizowaniu doskonalenia zawodowego lekarzy oraz piecza nad należyтым wykonywaniem zawodu przez członków samorządu, a udział w organizowaniu szkoleń specjalizacyjnych dla lekarzy i lekarzy dentystów mieści się w całości w zakresie tych zadań.

Jako szczegółowe postulaty w zakresie kształcenia podyplomowego Rada wskazuje w szczególności:

1. Minister Zdrowia powinien dążyć do zwiększenia dostępności do specjalizacji finansowanych ze środków publicznych poprzez zwiększenie liczby rezydentur oraz zapewnienie finansowania obowiązkowych szkoleń i dyżurów z budżetu państwa. Rada ponawia również postulat wprowadzenia wynagrodzenia dla kierowników specjalizacji.

2. W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej należy wprowadzić ogólnopolski system przyznawania miejsc specjalizacyjnych. System taki dawałby szansę na lepszy, oparty o bardziej sprawiedliwe kryteria, nabór na specjalizację. Wobec braku możliwości ubiegania się o miejsce szkoleniowe w więcej niż jednej dziedzinie medycyny zintegrowany system naboru ułatwi ubiegającym się o miejsce szkoleniowe właściwy wybór dziedziny.

3. Rada postuluje również analizę przepisów określających warunki, jakie powinny spełniać jednostki organizacyjne uprawnione do prowadzenia specjalizacji pod kątem eliminacji z tych przepisów wymogów, które nie są konieczne do realizacji programu specjalizacji, a utrudniają ubieganie się o status jednostki akredytowanej do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego. Wprowadzenie zbyt surowych wymogów dla jednostek uprawnionych sprawia, że ograniczona jest dostępność miejsc szkoleniowych. Zjawisko to obserwowane jest w największym nasileniu w stomatologii. Obecna struktura demograficzna specjalistów z dziedzin lekarsko – dentystycznych i niewielka liczba wykazywanych miejsc szkoleniowych, spowoduje, że w perspektywie najbliższych lat niemożliwe będzie zapewnienie właściwej ilości specjalistycznych świadczeń stomatologicznych.

4. Naczelna Rada Lekarska wzywa Ministra Zdrowia do uchylecia przepisów wprowadzających zakaz dostępu do pytań testowych obowiązujących na Lekarskim Egzaminie Końcowym i Lekarsko – Dentystycznym Egzaminie Końcowym oraz Państwowym Egzaminie Specjalizacyjnym. Przepisy te zawarte odpowiednio w art. 14a ust. 11 oraz art. 16r ust. 12 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, stanowią, że zadania testowe z egzaminu nie podlegają udostępnianiu na zasadach określonych w ustawie z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej. Samorząd lekarski od początku krytycznie odnosił się do wprowadzenia ograniczenia dostępu do testów z Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego oraz Lekarskiego Egzaminu Końcowego i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego uznając, że jest to nieuzasadniony wyłom w obowiązujących w nowoczesnym państwie zasadach przeprowadzania egzaminów oraz narusza konstytucyjną zasadę dostępu do informacji o sprawach publicznych. Naczelna Rada Lekarska złożyła w tej sprawie wnioski do Trybunału Konstytucyjnego, a pogląd Rady podzielił Prokurator Generalny w swoim pisemnym stanowisku wysłanym do Trybunału Konstytucyjnego.

5. Naczelna Rada Lekarska apeluje również o rozważenie wprowadzenia możliwości przystępowania przez lekarzy i lekarzy dentystry do Państwowego Egzaminu

Specjalizacyjnego zaraz po zakończeniu szkolenia specjalizacyjnego. W obecnym systemie do egzaminu można podchodzić dwa razy w roku, w sesji wiosennej bądź jesiennej, co nierzadko oznacza kilkumiesięczną przerwę pomiędzy zakończeniem szkolenia specjalizacyjnego, a tym samym umowy o pracę z podmiotem szkolącym, a datą samego egzaminu. Dla wielu lekarzy i lekarzy dentyków jest to czas, kiedy pozostają bez zatrudnienia.

6. Naczelna Rada Lekarska postuluje także likwidację innych barier, często administracyjnych, w realizacji szkolenia specjalizacyjnego, w tym poprzez umożliwienie rozpoczęcia finansowanej ze środków publicznych specjalizacji po ukończeniu specjalizacji w innej dziedzinie medycyny, a nawet w jej trakcie. Rada uważa, że wobec narastającego problemu braku lekarzy specjalistów państwo musi prowadzić politykę zmierzającą do stworzenia jak najlepszych warunków zdobywania wiedzy specjalistycznej z zakresu medycyny.

7. Rada postuluje także wprowadzenie specjalizacji z mikrobiologii lekarskiej oraz medycyny pracy do katalogu specjalizacji lekarsko-dentystycznych.

Medycyna pracy jest dziedziną interdyscyplinarną, a umożliwienie odbywania szkolenia specjalizacyjnego z zakresu medycyny pracy także lekarzom dentykom poprawiłoby dostępność do świadczeń z tej dziedziny.

Naczelna Rada Lekarska, mając na uwadze niedostateczną liczbę specjalistów z mikrobiologii oraz niewielkie zainteresowanie lekarzy odbywaniem specjalizacji w tej dziedzinie opowiada się za umożliwieniem lekarzom dentykom odbywania tej specjalizacji. Rada wskazuje, że uzyskanie specjalizacji w mikrobiologii może być szansą dla lekarzy dentyków na pozostanie w zawodzie lub wydłużenie czasu pracy, jeśli np. z powodu choroby, wieku nie mogą już prowadzić czynnej praktyki stomatologicznej.

8. Naczelna Rada Lekarska zwraca się o ustanowienie preferencyjnych warunków finansowania ze środków publicznych świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmioty akredytowane do prowadzenia szkoleń specjalizacyjnych.

### **III. Zmiany dotyczące sposobu dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyków**

Naczelna Rada Lekarska apeluje do Ministra Zdrowia o dokonanie zmiany rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2004 r. w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyków poprzez zniesienie limitów punktów edukacyjnych dla lekarzy i lekarzy dentyków w poszczególnych zakresach doskonalenia zawodowego. Przepisy rozporządzenia przewidują, że za niektóre formy doskonalenia zawodowego lekarz może uzyskać nie więcej niż wskazaną tam liczbę

punktów wliczanych do ewidencji doskonalenia zawodowego. Ograniczenia te dotyczą szeregu form kształcenia w tym m. in. udziału w krajowym czy zagranicznym kongresie, zjeździe, konferencji lub sympozjum naukowym, realizacji praktyki klinicznej w krajowym lub zagranicznym ośrodku specjalistycznym, wygłoszenia wykładu na kongresie i zjeździe, udziału w kursie medycznym. Ustalone w drodze rozporządzenia limity punktów prowadzą do sytuacji, w której znaczna liczba zdobywanych przez lekarzy punktów edukacyjnych nie może zostać zaliczona do ewidencji doskonalenia zawodowego.

W związku z powyższym Rada zwraca się do Ministra Zdrowia o wprowadzenie do zapisów rozporządzenia zasady, że wszelka aktywność edukacyjna lekarzy w formach opisanych w załączniku do rozporządzenia stanowi podstawę naliczania punktów edukacyjnych.

#### **IV. Zmniejszenie limitu przyjęć na kierunek lekarsko-dentystyczny**

Naczelna Rada Lekarska apeluje do Ministra Zdrowia o ustalanie limitu przyjęć na kierunek lekarsko–dentystyczny z uwzględnieniem rzetelnie przeanalizowanych kryteriów zapisanych w art. 8 ust. 9 ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym, który nakazuje, aby przy ustalaniu limitu przyjęć uwzględnić możliwości dydaktyczne uczelni oraz zapotrzebowanie na absolwentów danego kierunku.

Naczelna Rada Lekarska apeluje, aby przy ustalaniu limitu przyjęć na kierunek lekarsko-dentystyczny zwrócić szczególną uwagę na rzetelne zbadanie tych przesłanek. Rada zauważa, że złą praktyką Ministerstwa Zdrowia w ostatnich latach było ustalanie limitu przyjęć bez wcześniejszej analizy zagadnienia pod kątem rzeczywistego spełnienia ww. warunków.

Niepokój Naczelnej Rady Lekarskiej wzbudza również to, że ustalone limity przyjęć na kierunek lekarsko-dentystyczny nie odzwierciedlają potrzeb systemu ochrony zdrowia w zakresie udzielania świadczeń stomatologicznych. Na polskim rynku nie występuje niedobór lekarzy dentystów. Przeprowadzane w tym zakresie analizy wskazują, że liczba lekarzy dentystów w Polsce przewyższa średnią unijną. Pomimo tego, limity przyjęć na studia lekarsko-dentystyczne w Polsce są co roku zwiększane. Rada wskazuje, że limity przyjęć na kierunek lekarsko–dentystyczny nie mogą być ustalane jedynie na podstawie propozycji uczelni posiadających uprawnienia do kształcenia na kierunku lekarsko–dentystycznym. Zwiększanie limitu przyjęć na kierunku lekarsko–dentystycznym może skutkować obniżeniem jakości kształcenia zarówno teoretycznego jak i praktycznego na tym kierunku, zaś rosnąca liczba absolwentów stomatologii, przewyższająca zapotrzebowanie na lekarzy dentystów, w sposób znaczny utrudni tym osobom wykonywanie zawodu.

**V. Zwolnienie od opodatkowania podatkiem dochodowym od osób fizycznych świadczeń uzyskiwanych przez lekarzy i lekarzy dentyków w związku z uczestnictwem w nieodpłatnych szkoleniach organizowanych przez organy samorządu zawodowego.**

Naczelna Rada Lekarska, przywołując uchwałę nr 12 XII Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 21 marca 2014 r. w sprawie przeprowadzenia szczegółowej analizy i podjęcia działań mających na celu zmianę przepisów podatkowych, apeluje do Ministra Zdrowia o podjęcie inicjatywy legislacyjnej zmierzającej do wyraźnego zapisania w ustawie o podatku dochodowym od osób fizycznych, że świadczenia uzyskiwane przez lekarzy w związku z uczestnictwem w nieodpłatnych szkoleniach organizowanych przez organy samorządu zawodowego lekarzy są zwolnione od podatku.

W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej istnieją poważne i racjonalne powody dla zwolnienia tego rodzaju świadczeń od opodatkowania. Samorząd zawodowy uznaje, że jednym z podstawowych zadań związanych z jego kompetencjami jest prowadzenie szkoleń zawodowych dla swoich członków. Wykonując to zadanie izby lekarskiej przyczyniają się jednocześnie do realizacji przez lekarzy i lekarzy dentyków ich ustawowego obowiązku, jakim jest obowiązek stałego doskonalenia zawodowego. Skoro organizacja szkoleń jest formą ułatwienia lekarzom i lekarzom dentykom realizacji obowiązku, które nałożyło na nich państwo w drodze ustawy, a zarazem kształcenie podyplomowe lekarzy mieści się w katalogu ustawowych zadań, do których powołany został samorząd zawodowy lekarzy, to udział w takim szkoleniu nie powinien być przedmiotem opodatkowania.

Za brakiem obowiązku naliczania i odprowadzenia podatku za udział w tego typu szkoleniu przemawia również fakt, że różne formy doskonalenie zawodowego stawiane do dyspozycji przez samorząd lekarski są finansowane ze składek członkowskich uiszczanych przez lekarzy i lekarzy dentyków. Lekarz, który uiszczył składkę członkowską, a następnie – jako członek samorządu - korzysta ze szkolenia organizowanego przez izby lekarskie nie powinien być traktowany jako osoba otrzymująca nieodpłatne świadczenie. Ciężar ekonomiczny realizacji kształcenia podyplomowego przez samorząd lekarski pokrywają przecież sami członkowie samorządu, których z tej przyczyny nie powinno się uznawać za osoby korzystające z nieodpłatnych świadczeń izby lekarskiej.

Naczelna Rada Lekarska wskazuje, że za zwolnieniem od podatku szkoleń organizowanych przez lekarski samorząd zawodowy przemawia również analogia do istniejącego zwolnienia dla świadczeń przyznanych przez pracodawcę na podnoszenie kwalifikacji zawodowych. Zgodnie z art. 21 ust. 1 pkt 90 ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych, wartość świadczeń przyznanych przez pracodawcę na podnoszenie kwalifikacji zawodowych korzysta ze zwolnienia podatkowego. Zwracając uwagę, że zarówno pracodawcy zatrudniający lekarzy jak i samorząd lekarski zobowiązani są do

ułatwiania lekarzom podnoszenia kwalifikacji zawodowych, Naczelna Rada Lekarska podnosi, że realizacja przez lekarzy doskonalenia zawodowego w obu tych formach powinna na tych samych prawach korzystać ze zwolnienia od podatku. Skoro kształcenie finansowane przez pracodawców jest zwolnione od podatku, to w pełni zasadne jest, aby także udział w szkoleniu organizowanym przez samorząd zawodowy nie wiązał się dla lekarza z koniecznością zapłaty podatku dochodowego.

Za zwolnieniem nieodpłatnych szkoleń organizowanych przez samorząd lekarski od podatku dochodowego od osób fizycznych przemawia także interes społeczny. Naczelna Rada Lekarska wskazuje, że wspieranie przez państwa członkowskie kształcenia zawodowego w zawodzie lekarza i lekarza dentystry wynika z dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2013/55/UE z dnia 20 listopada 2013 r. zmieniającej dyrektywę 2005/36/WE w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych i rozporządzenie (UE) nr 1024/2012 w sprawie współpracy administracyjnej za pośrednictwem systemu wymiany informacji na rynku wewnętrznym („rozporządzenie w sprawie IMI”). Naczelna Rada Lekarska ze smutkiem zauważa, że w chwili obecnej państwo nie ułatwia lekarzom realizacji doskonalenia zawodowego - w ustawodawstwie nie ma rozwiązań gwarantujących lekarzom możliwość realizacji obowiązkowego kształcenia ustawicznego w ramach płatnego urlopu szkoleniowego, co sprawia, że lekarze nierzadko wykorzystują urlop wypoczynkowy, aby wziąć udział w szkoleniach, nie stworzono także gwarancji wliczenia kosztów odpłatnego szkolenia do kosztów uzyskania przychodu. Minimum tego, co państwo powinno oferować lekarzom biorącym udział w szkoleniu ustawicznym, jest zwolnienie nieodpłatnych szkoleń organizowanych przez izby lekarskie od podatku dochodowego.

Naczelna Rada Lekarska wskazuje przy tym, że dotychczas postulaty samorządu lekarskiego o zmianę przepisów podatkowych poprzez wyraźne wskazanie, że szkolenia te nie podlegają opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób fizycznych, były kierowane do Ministra Finansów, ale nie odniosły zamierzonego skutku. Mając na uwadze, że Minister Zdrowia powinien wspierać lekarzy w możliwości realizacji przez nich ustawowego obowiązku kształcenia ustawicznego oraz zważywszy, że udział jak największej liczby lekarzy w szkoleniach zawodowych leży w interesie pacjentów, Rada zwraca się z powyższym apelem o podjęcie międzyresortowej współpracy Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Finansów w celu stworzenia przepisów, które nie będą nakładać na lekarzy obowiązku zapłaty podatku od nieodpłatnych szkoleń organizowanych przez samorząd zawodowy.

## **VI. Zapewnienie należytej ochrony tajemnicy lekarskiej**

Naczelna Rada Lekarska, w wykonaniu uchwały nr 16 XII Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 21 marca 2014 r. w sprawie *podjęcia działań zmierzających do zachowania instytucji*

*tajemnicy lekarskiej w Polsce*, zwraca się z ponownym apelem do Ministra Zdrowia o podjęcie działań legislacyjnych zmierzających do zapewnienia lepszej ochrony tajemnicy lekarskiej.

Naczelna Rada Lekarska, po dokonaniu analizy przepisów dotyczących ochrony informacji związanych z pacjentem uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodów lekarza i lekarza dentystry oraz praktyki ich stosowania przez organy państwowe, stwierdza, że obecnie tajemnica lekarska nie jest chroniona w wystarczającym stopniu. Zjawisko nadmiernej ingerencji uwidacznia się zwłaszcza w sferze działania organów kontroli skarbowej. Brak dostatecznej ochrony tajemnicy lekarskiej i związane z tym narażenie pacjentów na zbyt szeroki dostęp różnych organów i instytucji do informacji związanych z sferą prywatności objętą stanem zdrowia i leczeniem może podważyć zaufanie stanowiące podstawę prawidłowych relacji pacjenta z lekarzem.

Przywołując apel nr 6/15/P-VII Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 18 września 2015 r. i zawarte w nim postulaty oraz argumentację przemawiającą za ich zasadnością Naczelna Rada Lekarska zwraca uwagę, że pomimo upływu ponad dwóch miesięcy od daty apelu samorząd lekarski nie otrzymał odpowiedzi ze strony Ministerstwa Zdrowia. Rada apeluje zatem o ponowne przeanalizowanie zgłoszonych przez samorząd lekarski postulatów i podjęcie działań zmierzających do zapewnienia tajemnicy lekarskiej należnego jej miejsca w systemie ochrony wrażliwych danych pacjenta, tak aby relacja pacjenta z lekarzem mogła się opierać na pewności, że informacjom związanym z leczeniem zostanie zapewniony właściwy stopień poufności.

## **VII. Odbiurokratyzowanie pracy lekarza**

Naczelna Rada Lekarska apeluje do Ministra Zdrowia o odbiurokratyzowanie pracy lekarza i lekarza dentystry. Naczelna Rada Lekarska protestuje przeciwko nakładaniu na lekarzy i lekarzy dentystrów kolejnych, czasochłonnych obowiązków, które nie służą bezpośrednio poprawie stanu zdrowia pacjenta.

## **VIII. Zaprzestanie ustalania standardów medycznych w formie rozporządzeń Ministra Zdrowia**

Naczelna Rada Lekarska apeluje do Ministra Zdrowia o porzucenie niedobrej praktyki ustalania standardów postępowania medycznego w formie rozporządzeń. Samorząd lekarski niezwykle krytycznie ocenia ideę wprowadzania standardów opieki medycznej w formie przepisów powszechnie obowiązującego prawa. Określanie standardów postępowania powinny zajmować się medyczne środowiska naukowe, które stanowią kompetentne gremia



do wypowiedziania się sprawach praktyki lekarskiej. Standardy postępowania medycznego nie mogą mieć charakteru powszechnie obowiązujących przepisów, a jedynie zaleceń i wytycznych. Standardy postępowania medycznego należą do autonomicznego obszaru nauki i wiedzy medycznej. Są przedmiotem nauczania przeddyplomowego i szkolenia w trakcie specjalizacji oraz podyplomowego doskonalenia zawodowego lekarzy. Opracowywane przez odpowiednie gremia specjalistów w różnych dziedzinach medycyny, w miarę postępów wiedzy są okresowo modyfikowane oraz publikowane jako wytyczne (guidelines) w odpowiednich czasopismach specjalistycznych. Określanie standardów postępowania medycznego w formie aktów prawnych stanowi nieuprawnione wkraczanie władz ustawodawczych i administracyjnych w autonomiczny obszar nauki i wiedzy. W formie przepisów prawa powszechnie obowiązującego można określać jedynie zasady organizacyjne i standardy wyposażenia, co powinno być połączone z zapewnieniem odpowiedniego finansowania.

Świadczenia zdrowotne powinny być udzielane zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, w oparciu o doświadczenie zawodowe lekarza, dostępnymi w danej sytuacji metodami i środkami, z uwzględnieniem sytuacji pacjenta oraz w uzgodnieniu z pacjentem, który o ile to możliwe powinien mieć zapewnioną swobodę wyboru najbardziej odpowiadającego mu postępowania. Standardy postępowania określone w drodze przepisów powszechnie obowiązujących nie uwzględniają i nie mogą uwzględniać tych wszystkich okoliczności branych pod uwagę przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

Podkreślenia wymaga fakt, że nie jest możliwe stworzenie standardów postępowania, nawet najwyższej jakości, które regulowałyby wszystkie występujące w praktyce przypadki. Lekarz powinien mieć możliwość korzystania z rekomendacji, zaleceń i wytycznych określających najlepsze sposoby postępowania, jednak w sytuacjach, w których należy postąpić inaczej, nie powinien obawiać się, że narusza przepisy powszechnie obowiązujące.

W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej, zamiast tworzyć standardy medyczne w drodze rozporządzenia, Minister Zdrowia powinien rozważyć określenie (np. w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry) sposobu tworzenia i podawania do wiadomości rekomendacji, zaleceń i wytycznych, z których mogliby korzystać lekarze i lekarze dentyści. Naturalnym miejscem powstawania, udostępniania i rozpowszechniania standardów medycznych opracowywanych przez kompetentne gremia eksperckie, wzorem wielu innych państw mógłby być samorząd lekarski, który w tym zakresie współpracowałby z naukowymi towarzystwami lekarskimi i lekarsko-dentystycznymi.

## **IX. Rewizja przepisów wprowadzających tzw. pakiet onkologiczny**

Naczelna Rada Lekarska apeluje do Ministra Zdrowia rewizję przepisów związanych z pakietem onkologicznym z uwzględnieniem zastrzeżeń, które samorząd lekarski wyraził we wniosku do Trybunału Konstytucyjnego.

Rada apeluje w szczególności o dokonanie oceny zmian, jakie wprowadzenie pakietu onkologicznego wywarło na czas oczekiwania pacjentów na udzielenie świadczeń zdrowotnych nieobjętych pakietem, skutków jakie pakiet onkologiczny wywarł na finanse podmiotów, które realizują świadczenia objęte pakietem onkologicznym. Celowa jest również ocena przez Ministra Zdrowia, czy wprowadzenie pakietu nie zostało obudowane zbyt dużą ilością spoczywających na lekarzach i podmiotach leczniczych obciążeń administracyjnych i biurokratycznych, w postaci np. karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, która mogłaby być zastąpiona specjalnym rodzajem skierowania z adnotacją „onkopilne”. Weryfikacji powinno podlegać także to, czy zasadne było wykluczenie pewnych komórek organizacyjnych (np. oddziałów chorób wewnętrznych) z zakresu pakietu onkologicznego.

Naczelna Rada Lekarska przypomina również, że samorząd lekarski nie wyrażał zgody na niezasadne, nierówne traktowanie lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i lekarzy specjalistów w zakresie uprawnień do kierowania pacjentów na ścieżkę szybkiej terapii onkologicznej. Sprzeciw samorządu budzi również wprowadzenie współczynnika rozpoznawania nowotworów oraz wprowadzone przez ustawę konsekwencje jego nieuzyskania. Wreszcie samorząd lekarski uważa, że przepisy pakietu onkologicznego doprowadziły do nierównego traktowania pacjentów, którzy cierpią na równie poważne schorzenia, a nie mają prawa do nielimitowanych świadczeń udzielanych w takich terminach, jakie państwo zagwarantowało dla świadczeń objętych pakietem onkologicznym.

## **X. Zmiana systemu refundacji leków**

Naczelna Rada Lekarska apeluje do Ministra Zdrowia o poparcie zmian systemu refundacji leków oraz zasad ich ordynowania, które ujęte zostały w obywatelskim projekcie ustawy o zmianie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry (druk sejmowy nr 25).

Projekt ustawy przewiduje zmianę systemu refundacji leków, która zwiększy dostępność leków refundowanych i obniży wysokość wydatków, jakie pacjenci ponoszą na leki. Jednocześnie projekt zakłada racjonalizację tego systemu polegającą na zdjęciu z osób uprawnionych do wystawiania recept na leki refundowane obowiązku oznaczania poziomu odpłatności leków. Projekt ten wychodzi naprzeciw najważniejszym oczekiwaniom

środowiska lekarskiego a także środowisk pacjenckich i z tych względów zasługuje na poparcie Ministra Zdrowia.

## **XI. Liberalizacja przepisów dotyczących możliwości zatrudnienia lekarza i lekarza dentystry w praktyce zawodowej innego lekarza**

Naczelna Rada Lekarska apeluje do Ministra Zdrowia o podjęcie działań legislacyjnych zmierzających do liberalizacji przepisów ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej w celu umożliwienia lekarzom i lekarzom dentystrów wykonującym działalność leczniczą w ramach praktyki zawodowej zatrudnienia innego lekarza albo lekarza dentystry.

Obecnie obowiązujące przepisy zezwalają na zatrudnienie w praktyce lekarskiej tylko personelu pomocniczego, a zatrudnienie innego lekarza albo lekarza dentystry ustawodawca ogranicza tylko do celów szkoleniowych tj. prowadzenia stażu podyplomowego, szkolenia specjalizacyjnego lub szkolenia w celu uzyskania umiejętności z zakresu węższych dziedzin medycyny.

Brak możliwości zatrudnienia innych lekarzy czy lekarzy dentystrów utrudnia prowadzenie działalności w formie praktyki m. in. w ten sposób, że - wobec jednakowych kryteriów konkursowych stawianych przez NFZ praktykom zawodowym i podmiotom leczniczym – praktyki zawodowe niemogące zatrudniać lekarzy mają znacznie gorszą pozycję przy ubieganiu się o kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia.

## **XII. Prawidłowa wycena świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych**

Naczelna Rada Lekarska apeluje do Ministra Zdrowia o zapewnienie prawidłowej wyceny świadczeń zdrowotnych, które są udzielane w ramach opieki zdrowotnej gwarantowanej i finansowanej ze środków publicznych.

Samorząd lekarski od dłuższego czasu obserwuje, że podmioty odpowiedzialne za system opieki zdrowotnej w Polsce nie dysponują rzetelnymi danymi o rzeczywistych kosztach poszczególnych procedur medycznych. W efekcie Narodowy Fundusz Zdrowia przy kontraktowaniu świadczeń nie weryfikuje ich z rzeczywistymi kosztami. Na zjawisko to zwraca uwagę m. in. środowisko lekarzy dentystrów, którzy wskazują, że niedoszacowanie dotyczy znacznej liczby świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego.

Brak rzetelnych i kompleksowych danych potrzebnych do wyceny świadczeń prowadzi do zaniżania kosztów pewnych grup świadczeń zdrowotnych, co skutkuje albo wykonywaniem ich przez podmioty lecznicze poniżej kosztów narażając je na straty

finansowe, albo trudnościami w pozyskaniu świadczeniodawców gotowych do wykonywania danych świadczeń, które stają się przez to świadczeniami deficytowymi, co ogranicza dostępność pacjenta do opieki medycznej.

Ponadto samorząd lekarski protestuje przeciwko uszczuplaniu puli środków przeznaczonych na świadczenia zdrowotne przez finansowanie innych zadań niż bezpośrednio związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, takich jak szczepienia ochronne czy podwyżki.

### **XIII. Ograniczenie finansowania ze środków publicznych skutków działania pod wpływem alkoholu, narkotyków oraz uprawiania sportów ekstremalnych**

Samorząd lekarski postuluje, aby Minister Zdrowia ocenił, czy uzasadnione jest finansowanie ze środków publicznych świadczeń zdrowotnych udzielanych osobom, których leczenie spowodowane jest wyłącznie pozostawaniem pod wpływem alkoholu lub narkotyków oraz osób, które doznały urazu w czasie uprawiania sportów ekstremalnych.

### **XIV. Opiniowanie kandydatów na konsultantów krajowych przez samorząd lekarski**

Naczelna Rada Lekarska apeluje do Ministra Zdrowia o ustalenie standardu wyboru konsultantów krajowych w poszczególnych dziedzinach medycyny w taki sposób, aby wszyscy lekarze i lekarze dentyści - kandydaci na konsultantów krajowych w poszczególnych dziedzinach medycyny byli przedstawiani samorządowi lekarskiemu w celu ich zaopiniowania.

W tym celu postulujemy przywrócenie przepisu ust. 5 w art. 6 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2015 r. poz. 126), obowiązującego przed dniem 11 września 2014 r., nakładającego na ministra właściwego do spraw zdrowia obowiązek zwracania się do właściwych krajowych samorządów zawodowych w ochronie zdrowia o przedstawienie, w terminie 30 dni, opinii wraz z uzasadnieniem, o wszystkich kandydatach do pełnienia funkcji konsultanta krajowego.

Za wystarczający sposób realizacji powyższego postulatu Naczelna Rada Lekarska uzna także wprowadzenie jako dobrego zwyczaju zwracania się przez Ministra Zdrowia do samorządu lekarskiego z wnioskiem o zaopiniowanie kandydatów na konsultantów krajowych.

### **XV. Powołanie instytucji koronera**

Naczelna Rada Lekarska apeluje do Ministra Zdrowia o ustanowienie instytucji koronera odpowiedzialnego za wystawienie kart zgonu osobom zmarłym.

Podstawowe regulacje w zakresie stwierdzania zgonu i jego przyczyny oraz wystawiania karty zgonu zawiera art. 11 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2011 r. Nr 118, poz. 687, z późn. zm.) oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 3 sierpnia 1961 r. w sprawie stwierdzenia zgonu i jego przyczyny (Dz. U. Nr 39, poz. 202).

Dezaktualizacja pojęć w użytych w tych aktach prawnych, jak i zmiany systemu organizacji udzielania świadczeń opieki zdrowotnej wprowadzone od czasu wejścia w życie powyższych przepisów, rodzą w praktyce problemy związane z określeniem podmiotów uprawnionych do stwierdzenia zgonu i wystawiania kart zgonu. Dotyczy to zwłaszcza przypadków zaistnienia konieczności wystawiania kart zgonu osobom zmarłym poza miejscem zamieszkania, jak również osobom bezdomnym lub osobom o nieustalonych danych personalnych. Przewidziana w art. 11 ust. 1 ustawy o cmentarzach i chowaniu zmarłych możliwość powołania przez starostę osoby, którą można by nazwać koronerem, do stwierdzenia zgonu i wystawienia karty zgonu dotyczy wyłącznie przypadku, gdy brak lekarza zobowiązanego do stwierdzania zgonu.

W ocenie samorządu lekarskiego zasadnym byłoby ustanowienie stałej, a nie incydentalnej, instytucji koronera, którego zadaniem byłoby stwierdzanie zgonu i wystawianie karty zgonu. Zapobiegłoby to różnego rodzaju wątpliwościom, które pojawiają się i mogą pojawić przy ustalaniu osoby właściwej do wykonania tych czynności.

## **XVI. Zmiana przepisów dotyczących prowadzenia list oczekujących**

Naczelna Rada Lekarska apeluje do Ministra Zdrowia o zmianę przepisów dotyczących obowiązku prowadzenia list oczekujących. Przepisy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych w brzmieniu obowiązującym od 1 stycznia 2015 r. nakładają obowiązek prowadzenia list oczekujących na podmioty wykonujące działalność w rodzaju leczenie szpitalne, a także na podmioty udzielające świadczeń specjalistycznych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej.

Postulowana przez Naczelną Radę Lekarską zmiana przepisów powinna przebiegać w dwóch kierunkach – w kierunku zmiany niezrozumiałych i zbyt rygorystycznych wymogów prowadzenia list oczekujących oraz zniesienia obowiązku prowadzenia listy oczekujących w niektórych zakresach świadczeń zdrowotnych, dla których prowadzenie listy jest zbędne, w szczególności w zakresie stomatologii.

Prowadzenie list oczekujących we wszystkich rodzajach świadczeń szpitalnych oraz ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, bez konsekwencji w postaci nabywania przez pacjenta uprawnień do zwrotu kosztów świadczenia uzyskanego prywatnie, gdy czas oczekiwania przekroczył dopuszczalną medycznie normę jest w wielu przypadkach jedynie biurokratycznym utrudnieniem dla świadczeniodawców i pacjentów.

Naczelna Rada Lekarska wskazuje, że istnieją zakresy świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, dla których tworzenie list oczekujących nie jest konieczne dla zapewnienia równego dostępu pacjentów do świadczeń gwarantowanych. Jednym z przykładów niezasadnego wprowadzenia obowiązkowej listy oczekujących są świadczenia z zakresu stomatologii. Ze względu m.in. na specyfikę koszyka świadczeń gwarantowanych z tego zakresu i brak skierowań do lekarza dentysty prowadzenie listy oczekujących dla tych świadczeń jest niecelowe. Podobne względy dotyczą szeregu świadczeń udzielanych przez lekarzy udzielających świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, gdzie również tworzenie list oczekujących jest tylko zbędną biurokracją obwarowaną sankcjami ze strony NFZ.

Mając powyższe na uwadze celowe jest podjęcie dyskusji na temat likwidacji obowiązku prowadzenia list oczekujących w niektórych zakresach świadczeń szpitalnych i ambulatoryjnych specjalistycznych.

Samorząd lekarski uważa ponadto, że przepisy, które regulują zasady prowadzenia list oczekujących powinny być sformułowane w sposób jasny i zrozumiały, a ich stosowanie w praktyce powinno być bardziej elastyczne, tak aby nie prowadziło do rozwiązań sprzecznych z interesem pacjentów.

## **XVII. Wznowienie prac nad nowymi wzorami dokumentów prawa wykonywania zawodu lekarza i prawa wykonywania zawodu lekarza dentysty**

Naczelna Rada Lekarska apeluje do Ministra Zdrowia o wznowienie prac legislacyjnych nad nowymi wzorami dokumentów prawa wykonywania zawodu lekarza i prawa wykonywania zawodu lekarza dentysty. Rezygnacja z wprowadzenia Karty Specjalisty Medycznego, którą dla lekarzy i lekarzy dentystów miały stanowić wydawane przez samorząd lekarski dokumenty prawa wykonywania zawodu lekarza i prawa wykonywania zawodu lekarza dentysty sprawia, że aktualny staje się postulat wprowadzenia, we współpracy z samorządem lekarskim, nowych, elektronicznych dokumentów prawa wykonywania tych zawodów. Posługiwanie się takimi dokumentami powinno być z mocy ustawy równoważne z korzystaniem z rozwiązań uznanych w ustawie zmieniającej ustawę o systemie informacji w ochronie zdrowia za umożliwiające podpisywanie elektronicznej dokumentacji medycznej czy wystawianie e-recept.

Nowe dokumenty prawa wykonywania zawodu lekarza oraz prawa wykonywania zawodu lekarza dentysty powinny zapewniać osobom wykonującym te zawody możliwość wykorzystania ich jako bezpiecznego, równoważnego podpisowi odręcznemu, sposobu autoryzacji wpisów w elektronicznej dokumentacji medycznej oraz dokonywania innych autoryzacji w systemach informacji w ochronie zdrowia.

Naczelna Rada Lekarska apeluje do Ministra Zdrowia o powrót do rozmów, jakie samorząd lekarski prowadził na ten temat z Ministerstwem Zdrowia.

**XVIII. Podjęcie negocjacji w sprawie jednoznacznego uregulowania zasad zwrotu izmom lekarskim kosztów ponoszonych na wykonywanie zadań przejętych przez samorząd lekarski od administracji publicznej.**

Naczelna Rada Lekarska apeluje do Ministra Zdrowia o podjęcie rzeczowych rozmów na temat ustalenia jednoznacznych zasad zwrotu izmom lekarskim kosztów ponoszonych na realizację zadań przejętych od administracji publicznej oraz na temat ugodowego zakończenia postępowań sądowych dotyczących zwrotu kosztów za lata minione.

Niedopuszczalne jest arbitralne ustalanie co roku przez Ministerstwo Zdrowia kwoty przekazywanej izmom lekarskim na realizację zadań przejętych od administracji publicznej bez analizy rzeczywistych kosztów wydatkowanych na realizację tych zadań. W rezultacie takiego trybu ustalania kwoty przekazywanej izmom lekarskim przez wiele lat zwrot dokonywany przez Ministra Zdrowia pokrywał jedynie niewielki procent faktycznie ponoszonych przez izby lekarskie kosztów. Doprowadziło to do skierowania spraw przeciwko Ministrowi Zdrowia na drogę sądową. Rada apeluje do Ministra Zdrowia o podjęcie negocjacji dotyczących zarówno uregulowania zaległych należności jak i określenia bazującego na obiektywnych przesłankach trybu ustalania wysokości przekazywanych środków w latach następnych, tak aby decyzja ta nie nosiła znamion arbitralności.

**XIX. Zmiana zasad finansowania zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby, pobytu w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej lub konieczności osobistego sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny**

Naczelna Rada Lekarska apeluje do Ministra Zdrowia o podjęcie inicjatywy zmiany przepisów regulujących współpracę lekarzy z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych w zakresie wystawiania zaświadczeń o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby lub pobytu w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej (obecnie podmiocie leczniczym udzielającym stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych), konieczności osobistego sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny poprzez zobowiązanie ZUS do ponoszenia kosztów wystawiania przez lekarzy tych zaświadczeń.

Naczelna Rada Lekarska wskazuje, że przepisy ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa nie przewidują dla lekarzy wynagrodzenia za wydanie zaświadczenia o czasowej niezdolności do pracy.

Wynagrodzenia nie przewiduje także wydawana przez ZUS decyzja o upoważnieniu do wystawiania zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy.

Mając na uwadze, że do zakresu działania Zakładu Ubezpieczeń Społecznych należy między innymi ustalanie uprawnień do świadczeń z ubezpieczeń społecznych oraz wypłacanie tych świadczeń, Naczelna Rada Lekarska uważa, że to ZUS powinien ponosić koszty wydania zaświadczenia o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby, konieczności osobistego sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny czy pobytu w podmiocie leczniczym udzielającym stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych. Wydawanie zaświadczeń wiąże się z dodatkową pracą lekarza, a nierzadko powoduje powstanie po jego stronie pewnych kosztów związanych z biurową obsługą zwolnień wystawianych na potrzeby ZUS.

## **XX. Poszerzenie programów profilaktycznych**

Naczelna Rada Lekarska zaniepokojona niedostatecznym poziomem profilaktyki zwraca się do Ministra Zdrowia o poszerzenie programów profilaktycznych o choroby nowotworowe i choroby jamy ustnej.

## **XXI. Zwiększenie wynagrodzenia za świadczenia stomatologiczne dla dzieci i młodzieży finansowane ze środków publicznych**

Naczelna Rada Lekarska apeluje do Ministra Zdrowia o niezwłoczne podjęcie działań mających na celu wprowadzenie mechanizmów pozwalających na rozliczanie świadczeń stomatologicznych udzielanych dzieciom i młodzieży do 18 roku życia na poziomie finansowym uwzględniającym zwiększony nakład pracy lekarza dentyści i wyższe koszty zastosowanych materiałów stomatologicznych.

Należy zauważyć, że koszty świadczeń stomatologicznych wzrastają znacząco w razie finansowania wypełnień z użyciem kompozytowych materiałów światłoutwardzalnych, zamiast stosowanych u dorosłych wypełnień amalgamem rtęci. Lekarze dentyści, którzy w ramach kontraktu z Funduszem wykonują świadczenia stomatologiczne na rzecz dzieci i młodzieży stosują droższe materiały niż u osoby dorosłej. Mimo ponoszenia przez lekarza dentystę większych kosztów wykonania tego świadczenia, cena płacona przez Narodowy Fundusz Zdrowia nie ulega zwiększeniu.

Za zwiększeniem ceny należnej za leczenie dzieci i młodzieży przemawia także fakt, że leczenie stomatologiczne dzieci jest bardziej czasochłonne niż leczenie dorosłych, w rezultacie ten sam rodzaj świadczenia wymaga od lekarza dentyści poświęcenia większej ilości czasu. W tej sytuacji Naczelna Rada Lekarska uważa, że konieczne jest ustalenie współczynników korygujących lub zwiększenie liczby punktów za świadczenia udzielane



dzieciom i młodzieży, ewentualnie wprowadzenie innych mechanizmów umożliwiających podniesienie wynagrodzenia za leczenie stomatologiczne dzieci i młodzieży.

## **XXII. Zmiana przepisów prawa atomowego dotycząca stosowania promieniowania jonizującego przez lekarzy dentystów**

Naczelna Rada Lekarska apeluje do Ministra Zdrowia o podjęcie działań mających na celu zmianę przepisów ustawy – Prawo atomowe. Kluczowe znaczenie dla lekarzy dentystów, mają zmiany dotyczące: funkcji inspektora ochrony radiologicznej, systemu zarządzania jakością, szkoleń z zakresu ochrony radiologicznej pacjenta dla lekarzy dentystów oraz częstotliwości przeprowadzania testów specjalistycznych rentgenowskich aparatów stomatologicznych do zdjęć wewnątrzustnych.

Naczelna Rada Lekarska stwierdza, że konieczność ustanowienia inspektora ochrony radiologicznej w każdej pracowni stosującej promieniowanie jonizujące do celów medycznych jest nieadekwatna do struktury prawnej i organizacyjnej funkcjonowania gabinetów stomatologicznych, co do zasady prowadzonych w formie jednoosobowej działalności gospodarczej.

Prawo atomowe przewiduje obowiązek klinicznych audytów wewnętrznych i zewnętrznych oraz wprowadzenia systemu zarządzania jakością. W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej, zmiany w powyższym obszarze powinny dotyczyć rezygnacji z audytu zewnętrznego w odniesieniu do rentgenowskich aparatów stomatologicznych do zdjęć wewnątrzustnych oraz zmniejszenia częstotliwości przeprowadzania audytów wewnętrznych. Ponadto istnieje potrzeba opracowania wzorcowej dokumentacji systemu zarządzania jakością w zakresie rentgenodiagnostycznych badań stomatologicznych.

W sprawach dotyczących szkoleń z zakresu ochrony radiologicznej pacjenta dla lekarzy dentystów Rada dostrzega potrzebę zmian w programach szkoleń oraz w dostępnych formach szkolenia (należałoby rozważyć możliwość uzyskania uprawnień z zakresu ochrony radiologicznej w ramach systemu doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów). Ponadto, zmiany powinny objąć również takie kwestie jak okres ważności certyfikatu, a także zasadność odbywania szkolenia co 5 lat.

Rada apeluje także o zmianę częstotliwości przeprowadzania testów specjalistycznych rentgenowskich aparatów stomatologicznych do zdjęć wewnątrzustnych. Kwestia ta jest obecnie uregulowana w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej a częstotliwość badań po nowelizacji z dnia 12 listopada 2015 r. wynosi 2 lata. W ocenie Rady zasadne jest jednak przeprowadzanie tych testów raz na 5 lat.

Jednocześnie Naczelna Rada Lekarska wskazuje, że wśród badań radiologicznych wykonywanych przez lekarzy dentyków przeważają radiogramy wewnątrzustne, w których dawka promieniowania jest nieznaczna. Tym samym wymogi nałożone na lekarzy dentyków w związku z wykonywaniem przez nich badań radiologicznych nie powinny być takie same, jak w stosunku do dużych pracowni radiologicznych.

### **XXIII. Przywrócenie kształcenia w zawodzie asystentki stomatologicznej**

Naczelna Rada Lekarska apeluje do Ministra Zdrowia o podjęcie działań zmierzających do przywrócenia kształcenia w zawodzie asystentki stomatologicznej. Rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 8 sierpnia 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego przesądziło, że od roku szkolnego 2016/2017 nie będzie prowadzona rekrutacja kandydatów do klasy pierwszej, w której realizuje się kształcenie w zawodzie asystentki stomatologicznej.

Rada przypomina, że decyzja o likwidacji naboru na kierunek asystentka stomatologiczna została podjęta bez jakiegokolwiek konsultacji ze środowiskiem lekarzy dentyków, a dotychczasowe próby przekonania Ministerstwa Zdrowia do zmiany tego stanowiska Rządu w sprawie kształcenia w zawodzie asystentki stomatologicznej nie przyniosły skutku.

Naczelna Rada Lekarska oczekuje przeprowadzenia szerokiej, merytorycznej dyskusji ze wszystkimi zainteresowanymi, w tym przede wszystkim ze środowiskiem lekarzy dentyków, dla których zawód asystentki stomatologicznej pozostaje zawodem pomocniczym o bardzo dużej przydatności w praktyce stomatologicznej. Poziom kwalifikacji, jednolity w całym kraju dzięki wymogom określonym przez przepisy prawa zapewnia wszystkim osobom wykonującym zawód asystentki stomatologicznej zasób kompetencji potrzebny w dzisiejszej praktyce klinicznej. Ponadto jednoroczne kształcenie asystentek stomatologicznych w publicznych szkołach gwarantuje im nabycie niezbędnej wiedzy i umiejętności potrzebnej przy wykonywaniu zawodu pomocniczego w stomatologii.

W związku z powyższym Rada zwraca się do Ministra Zdrowia o poparcie postulatu przywrócenia kształcenia w zawodzie asystentka stomatologiczna.

### **XXIV. Zmiana dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2001/83/WE w sprawie wspólnotowego kodeksu odnoszącego się do produktów leczniczych stosowanych u ludzi**

Naczelna Rada Lekarska apeluje do Ministra Zdrowia o zainicjowanie na forum europejskim dyskusji nad potrzebą zmiany dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2001/83/WE w sprawie wspólnotowego kodeksu odnoszącego się do produktów leczniczych

stosowanych u ludzi, która pozwalałaby państwom członkowskim samodzielnie podejmować decyzję o ewentualnym wprowadzeniu uproszczonej procedury dopuszczenia do obrotu produktów homeopatycznych.

Jak wynika z preambuły do przedmiotowej dyrektywy „szczegółowe charakterystyki homeopatycznych produktów leczniczych, takie jak bardzo niski poziom czynnych cząstek, które zawierają, oraz trudność zastosowania do nich konwencjonalnych metod statystycznych odnoszących się do badań klinicznych, wskazują na zasadność zapewnienia specjalnej, uproszczonej procedury rejestracji dla tych homeopatycznych produktów leczniczych, które są wprowadzane do obrotu bez wskazań terapeutycznych w postaci farmaceutycznej, i w dawce, która nie powoduje ryzyka dla pacjenta”.

W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej „trudność zastosowania konwencjonalnych metod statystycznych do badań klinicznych” nie może stanowić uzasadnienia dla ustanawiania uproszczonych procedur zwalniających produkt z konieczności przeprowadzenia badań klinicznych dowodzących jego terapeutycznej skuteczności, tak samo, jak nie powinna skłaniać do stosowania innych, niż konwencjonalne, metod statystycznych do oceny takich badań. Środowisko lekarskie apeluje do Ministra Zdrowia o wyrażenie na forum europejskim klarownego i dobitnego oczekiwania większej racjonalności regulacji Unii Europejskiej dotyczących produktów homeopatycznych. Racjonalności, która umożliwi krajom członkowskim samodzielne decydowanie o zasadności wprowadzania szczególnych, uproszczonych, procedur w przypadku rejestracji produktów, w stosunku do których konwencjonalne (naukowe) metody statystyczne nie pozwalają na potwierdzenie ich leczniczych właściwości.

W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej jeśli produkt homeopatyczny ma być określany mianem produktu leczniczego, to oczywiste i zasadne jest oczekiwanie, aby jego lecznicze działanie było dowiedzione w oparciu o aktualnie istniejące standardy prowadzenia badań klinicznych.

## **XXV. Nowelizacja rozporządzenia w sprawie podmiotów uprawnionych do zakupu produktów leczniczych w hurtowni farmaceutycznej**

Naczelna Rada Lekarska apeluje do Ministra Zdrowia o nowelizację rozporządzenia z dnia 12 grudnia 2002 r. w sprawie podmiotów uprawnionych do zakupu produktów leczniczych w hurtowni farmaceutycznej. Samorząd lekarski od wielu lat oczekuje zmiany przedmiotowego rozporządzenia, która umożliwi lekarzom i lekarzom denty stom prowadzącym indywidualne praktyki lekarskie, indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie, grupowe praktyki lekarskie nabywanie w hurtowniach farmaceutycznych produktów leczniczych wykorzystywanych w celu bezpośredniego podania pacjentowi.

Oczekiwanie takiej zmiany od wielu lat wyrażane jest przez środowisko lekarskie m.in. w apelu Nr 2 Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy z 20 września 2003 r.

Obecne brzmienie przedmiotowego rozporządzenia ogranicza uprawnienie lekarzy prowadzących indywidualną lub grupową praktykę lekarską do zakupu w hurtowni farmaceutycznej do produktów leczniczych, które mogą być doraźnie dostarczane w związku z udzielanym świadczeniem zdrowotnym. Ograniczenie to uniemożliwia lekarzom zaopatrywanie się w hurtowniach farmaceutycznych w produkty lecznicze, które stosują bezpośrednio u pacjenta w związku z rodzajem udzielonego świadczenia zdrowotnego, inne niż doraźnie dostarczane.

W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej ograniczenie możliwości zakupu w hurtowni farmaceutycznej produktów leczniczych jedynie do grupy produktów określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2002 r. w sprawie wykazu produktów leczniczych, które mogą być doraźnie dostarczane w związku z udzielanym świadczeniem zdrowotnym, oraz wykazu produktów leczniczych wchodzących w skład zestawów przeciwwstrząsowych, ratujących życie jest nieracjonalne i niezgodne z ustawą z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2008 r. Nr 45 poz. 271 z późn. zm.).

Przepis art. 68 ust. 4 Prawa farmaceutycznego stanowi, że bezpośrednio zastosowanie u pacjenta przez lekarza, lekarza stomatologa lub inną osobę wykonującą zawód medyczny produktów leczniczych oraz produktów leczniczych wchodzących w skład zestawów przeciwwstrząsowych, których potrzeba zastosowania wynika z rodzaju udzielonego świadczenia zdrowotnego, nie stanowi obrotu detalicznego. Ustawa nie mówi o doraźnym stosowaniu produktów leczniczych, a jedynie o ich bezpośrednim zastosowaniu u pacjenta w związku z potrzebą zastosowania, wynikającą z rodzaju udzielonego świadczenia zdrowotnego. W konsekwencji należy stwierdzić, że rozporządzenie w sposób nieuprawniony zawęża pojęcie leków bezpośrednio stosowanych u pacjenta w związku z potrzebą zastosowania, do leków doraźnie stosowanych.

Z powyższych względów Naczelnej Rady Lekarskiej zwraca się do Ministra Zdrowia o dokonanie stosownej zmiany przedmiotowego rozporządzenia.

ZASTĘPCA SEKRETARZA

PREZES

Anna Lella

Maciej Hamankiewicz