

**STANOWISKO Nr 1/5/14/VII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ**

z dnia 4 kwietnia 2014 r.

**w sprawie „pakietu antykolejkowego” zaprezentowanego przez Premiera
i Ministra Zdrowia w dniu 21 marca 2014 r.**

Realizując Apel z dnia 22 marca 2014 r. XII Krajowego Zjazdu Lekarzy zobowiązujący Naczelną Radę Lekarską do przygotowania szczegółowego stanowiska w sprawie przedstawionego przez Premiera i Ministra Zdrowia w dniu 21 marca 2014 r. „pakietu” propozycji mających na celu likwidację problemu kolejek w ochronie zdrowia, Rada stwierdza, co następuje:

Sposób działania Rządu w tej sprawie budzi zasadniczy sprzeciw. Po bardzo ograniczonych konsultacjach przeprowadzonych z pominięciem większości organizacji reprezentujących uczestników systemu ochrony zdrowia (lekarzy, inne zawody medyczne, pacjentów, pracodawców, samorząd terytorialny, przemysł medyczny itd.) przedstawiciele Rządu ustnie, podczas konferencji prasowej przedstawili (jako komunikat o podjętych już decyzjach) zamiar szeroko zakrojonych zmian w systemie ochrony zdrowia. W obywatelskim państwie prawa jest to metoda nie do przyjęcia. Strategiczne decyzje dotyczące rozwiązań systemowych muszą być przygotowywane od najwcześniejszych etapów koncepcyjnych z udziałem wszystkich, którzy będą uczestnikami procesu ich realizacji.

Największy sprzeciw rodzi zapowiedź Premiera, że zmiany mają dokonać się bez dodatkowych nakładów na ochronę zdrowia. Stawia to pod dużym znakiem zapytania realność projektowanych zmian. Głównym problemem od lat skrajnie niedofinansowanego polskiego systemu ochrony zdrowia jest mnożenie obietnic i wynikających z nich zadań bez zapewnienia środków wystarczających do ich realizacji. To również jest podstawowym źródłem utrudnionego dostępu do świadczeń zdrowotnych i bardzo długich kolejek. W tej sytuacji słuszne propozycje skrócenia czasu oczekiwania w opiece onkologicznej muszą rodzić pytanie o to, które obszary ochrony zdrowia „zapłacą” za te zmiany. Podjęcie takich decyzji wymaga szerokiej debaty z udziałem wszystkich uczestników systemu.

Naczelna Rada Lekarska z uwagą przeanalizowała zaprezentowane na dużym poziomie ogólności propozycje Ministra Zdrowia. Dysponując materiałem pisanim jedynie w postaci materiałów dla mediów, jak również nie znając terminów wchodzenia w życie zapowiadanych zmian, ani projektów ustaw, rozporządzeń i zarządzeń je wprowadzających, do przedstawionych „hasłowo” propozycji Rada odnosi się następująco:

1. Rada z radością przyjmuje zapowiedź zniesienia limitów w onkologii i oczekuje, że nie spowoduje to wprowadzenia dodatkowych ograniczeń w innych dziedzinach ochrony zdrowia. Jednocześnie Rada stwierdza, że wobec ograniczonej liczby lekarzy w specjalnościach onkologicznych (656 onkologów klinicznych, 651 chirurgów onkologicznych, 521 radioterapeutów, 369 hematologów, 152 onkologów i hematologów dziecięcych) oraz w specjalnościach uczestniczących w diagnostyce, monitorowaniu leczenia oraz obserwacji po leczeniu (540 patomorfologów, 2485 radiologów), spełnienie tego postulatu nie tylko wymaga dodatkowych nakładów, ale także bardzo dużych zmian organizacyjnych (w tym także wynikających z wchodzących w życie z dniem 1 lipca br. nowych regulacji dotyczących czasu pracy

- radiodiagnostów, radioterapeutów i patomorfologów).
2. Rozpoczęcie leczenia pacjentów onkologicznych w czasie nie dłuższym niż 9 tygodni od powstania podejrzenia nowotworu oraz zapewnienie każdemu z nich koordynatora leczenia, indywidualnej ścieżki leczenia i opinii konsylium lekarskiego to bardzo ambitne i pożądane cele, ale tak jak w pkt 1 Rada uważa, że bez dodatkowych znacznych środków finansowych i zmian organizacji zapewnienie pacjentom korzystania z tych rozwiązań nie będzie możliwe. Dotyczy to także innych problemów zdrowotnych i Rada po raz kolejny stwierdza, że wobec niedostatecznej liczby lekarzy, bez istotnego zwiększenia liczby miejsc na studiach lekarskich oraz środków na kształcenie podyplomowe lekarzy (rezydentury), zapewnienie planowanej opieki nad pacjentami onkologicznymi jak również zagwarantowanie w dłuższej perspektywie starzejącemu się społeczeństwu odpowiedniej opieki zdrowotnej będzie coraz trudniejsze.
 3. Poszerzenie kompetencji lekarzy rodzinnych zasługuje na aprobatę. Rada stwierdza, że obecnie wiedza i umiejętności praktyczne nabyte przez lekarzy rodzinnych w czasie specjalizacji nie są właściwie wykorzystywane. Jednocześnie jednak Rada zauważa, że przy obecnym obciążeniu pracą wynikającym ze zbyt dużej liczby podopiecznych na ich listach, powierzenie im większych zadań będzie praktycznie niemożliwe, a finansowanie zakresu zleczanych przez nich badań poszerzonego o nowe, kosztowne pozycje nie może opierać się o niską stawkę kapitacyjną, niezmienną od 2008 r.
 4. Propozycja finansowych motywacji dla lekarzy rodzinnych i specjalistów za szybkie diagnozowanie i leczenie chorych onkologicznych wydaje się słuszną, ale wymaga licznych wyjaśnień i doprecyzowania. Należy między innymi jasno odpowiedzieć na pytanie, czy w nowej sytuacji każdy pacjent wymagający wykluczenia choroby nowotworowej będzie wprowadzany na „szybką ścieżkę”, czy dodatkowe wynagrodzenie otrzymają także ci, którzy po kosztownym procesie diagnostycznym wykluczą chorobę nowotworową itp.
 5. Wprowadzenie możliwości zawierania kontraktów na dłuższe niż dotychczas okresy to dobry pomysł. Rada zwraca jednak uwagę, że taka zmiana nie może stać się pretekstem do utrudniania wejścia na rynek świadczeń zdrowotnych nowo powoływanych podmiotów leczniczych.
 6. Wprowadzenie (ponowne) „porady receptowej” i możliwości wystawienia recepty bez obecności pacjenta to realizacja słusznego postulatu pacjentów i lekarzy rodzinnych oraz zapowiedź odejścia od wieloletniej praktyki karania lekarzy za „zaoczne” wystawianie recept. Ta możliwość nie powinna jednak zastąpić właściwej opieki nad pacjentami przewlekle chorymi, z których większość wymaga przecież okresowych wizyt kontrolnych i u których wystawienie recepty powinno być poprzedzone analizą ich aktualnego stanu zdrowia – w związku z tym jakkolwiek nacisk na lekarzy, aby dla oszczędności systemu przepisywali leki głównie zaocznie, byłby niedopuszczalny.
 7. Rada z dezaprobatą zauważa, że wskazana przez Ministra Zdrowia jako sposób na zwiększenie liczby lekarzy „krótka ścieżka” specjalizacyjna dla wąskich specjalizacji może w praktyce oznaczać dyktowane doraźnymi potrzebami obniżenie standardu kształcenia lekarzy specjalistów ze szkodą dla pacjentów i lekarzy. Zapewnianie pacjentom szybszego dostępu do świadczeń specjalistycznych poprzez przyznanie tytułu specjalisty większej liczbie lekarzy po odbyciu przyspieszonego trybu kształcenia spowoduje powstanie różnych „klas” specjalistów i jeszcze bardziej osłabi zaufanie obywateli do systemu ochrony zdrowia.

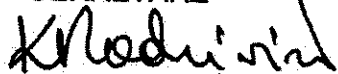
8. Zaskakującą i niemającą wiele wspólnego z pomysłami na szybkie rozwiązanie problemu kolejek zapowiedź poszerzenia kompetencji pielęgniarek (m. in. nadanie im uprawnień do ordynacji leków), Rada przyjmuje jako propozycję debaty na ten temat. Jednocześnie Rada zwraca uwagę, że wystawienie recepty (nawet u osoby przewlekle chorej), to nie „wypisanie kolejnego druczka” lecz zwińczenie trudnego procesu diagnostycznego, uwzględnienie bieżącego stanu chorego i wreszcie zastosowanie wiedzy i umiejętności w jednej z najbardziej złożonych dziedzin medycyny, jaką jest farmakologia. Do realizacji uprawnień do wystawiania recept nie wystarczy sama zmiana prawa; w opinii Rady wymaga to zasadniczych zmian w programach kształcenia osób mających ewentualnie uzyskać takie uprawnienia. Istotnym utrudnieniem realizacji tego pomysłu będzie także niezwykle skomplikowany i najeżony odpowiedzialnością system wystawiania i realizacji recept na leki refundowane (w tym konieczność podpisania umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia na wystawianie recept refundowanych).

Podsumowując, Naczelna Rada Lekarska bardzo krytycznie ocenia przede wszystkim ograniczony zakres konsultacji prowadzonych przed przedstawieniem zmian mających naprawić system ochrony zdrowia. Ogólnikowość i niedookreśloność propozycji oraz zapowiedź braku jakiegokolwiek dodatkowego finansowania planowanych reform wskazują, że może to być kolejna polityczna obietnica bez pokrycia.

Rada zwraca więc uwagę, że same zmiany organizacyjne, bez dodatkowych środków, nie będą w stanie istotnie poprawić sytuacji pacjentów i pracowników ochrony zdrowia. Rada podkreśla, że zmiany organizacyjne należy wprowadzać przede wszystkim w celu znaczącego zmniejszenia nadmiernie rozbudowanych wymagań biurokratycznych, które oddalają lekarza od pacjenta i ograniczają czas, jaki może on poświęcić pacjentom. Należy niezwłocznie dokonać przeglądu i zdecydowanej redukcji prawnych, administracyjnych i sprawozdawczych procedur niepotrzebnie narzuconych lekarzom, innym pracownikom ochrony zdrowia i placówkom.

Jednocześnie Rada wzywa Rząd do jak najszybszego zorganizowania debaty nad priorytetami i sposobami rozwiązania problemów ochrony zdrowia w celu zapewnienia wysokiej jakości, bezpiecznej i dostępnej dla wszystkich obywateli opieki zdrowotnej oraz godnych warunków pracy wszystkim pracownikom systemu ochrony zdrowia. Rada deklaruje ciągłą gotowość do wzięcia udziału w takiej debacie.

SEKRETARZ



Konstanty Radziwiłł

PREZES



Maciej Hamankiewicz

STANOWISKO Nr 2/14/VII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 9 maja 2014 r.

**w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarstwa i
położnej oraz niektórych innych ustaw**

Naczelna Rada Lekarska po rozpatrzeniu projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarstwa i położnej oraz niektórych innych ustaw, przekazanego przy piśmie pana Piotra Warczyńskiego, Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia z dnia 7 kwietnia 2014 r., negatywnie opiniuje przedstawiony projekt ustawy.

Odnosząc się do przewidzianego w przedmiotowym projekcie uprawnienia pielęgniarstwa i położnych do samodzielnego ordynowania leków oraz możliwości wystawiania na nie recept, Naczelna Rada Lekarska podkreśla, że samodzielne ordynowanie leków jest końcowym etapem leczenia, poprzedzonym wywiadem, badaniem przedmiotowym, analizą zleconych badań dodatkowych i innych uzyskanych informacji. Lekarz, lekarz dentyista musi dokonać interpretacji badań dodatkowych, mieć wiedzę o chorobach towarzyszących, przeprowadzić diagnostykę różnicową oraz posiadać wiedzę o działaniu leków i o interakcjach w czasie równoczesnego stosowania różnych leków. W okresie trwania choroby, nawet w chorobach przewlekłych, często istnieje konieczność weryfikacji ordynowanego leku, ewentualnie zmiany jego dawki, postaci. Wiedzę tę lekarz uzyskuje w czasie długich i trudnych studiów oraz nauki w czasie specjalizacji i ustawicznego kształcenia podyplomowego.

Istniejący system kształcenia pielęgniarstwa i położnych nie zapewnia tej grupie zawodowej odpowiedniej wiedzy i umiejętności w tym zakresie, a wprowadzenie zmiany standardów kształcenia wymaga czasu. Dodatkowo projektodawca ustanawiając w proponowanym art. 15a ust. 1 i 2 ustawy o zawodach pielęgniarstwa i położnej warunek ukończenia kursu specjalistycznego, nie wskazał ani nie zawarł w projekcie delegacji ustawowej wskazania, kto miałby być organizatorem takiego kursu, jaki miałby być jego program i czas trwania oraz kto ponosiłby jego koszty. Z kolei ust. 4 tego przepisu zwalnia z obowiązku odbycia kursu pielęgniarstwa, które nabyły odpowiednią wiedzę w szkołach pielęgniarstwa, co jest przepisem zbyt ogólnym, gdyż nie odwołuje się do programu kształcenia pielęgniarstwa i położnych w poszczególnych latach.

Sprzeciw budzą również wprowadzane w projekcie przepisy uprawniające pielęgniarki i położne do wystawiania recept na zlecenie lekarza. Nie wiadomo, kto będzie ponosił odpowiedzialność za tak wystawioną receptę – lekarz, który zlecił wystawienie recepty, czy pielęgniarka, która ją wystawiła? Ponadto wątpliwa jest przydatność tej regulacji w osiągnięciu celów przewidzianych w uzasadnieniu projektu, tj. poprawy dostępności świadczeń oraz poprawy wykorzystania czasu pracy członków zespołu terapeutycznego.

Trudno określić, czym będzie kierował się Minister Zdrowia ustalając wykaz, o którym mowa w ust. 5 pkt 1 dodawanego art. 15a ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, ponieważ wytyczna zawarta w delegacji do wydania stosownego rozporządzenia jest niejasna i zbyt ogólna.

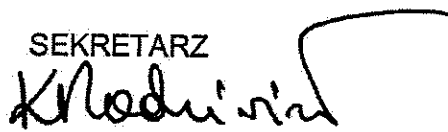
Uwagę zwraca fakt, iż w dodawanym art. 15a ust. 3 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej zawarta jest także propozycja wyposażenia pielęgniarek w kompetencję do wystawiania skierowań na określone badania diagnostyczne, przy czym projekt nie zawiera delegacji dla Ministra Zdrowia do określenia wykazu tych badań, nie jest także jasne, kto będzie interpretował ich wyniki.

Duże wątpliwości budzi kwestia odpowiedzialności w przypadku ewentualnej pomyłki czy błędu popełnionego przez pielęgniarkę lub położną przy ordynacji leków. Widoczny jest również brak klarownego rozdziału kompetencyjnego między lekarzem a pielęgniarką, który może zagrozić zdrowiu pacjenta np. w przypadku podwójnej ordynacji leku przez lekarza i pielęgniarkę.

Ogromne zastrzeżenia budzi sposób prowadzenia prac legislacyjnych w tak istotnej dla bezpieczeństwa pacjentów sprawie. Naczelna Rada Lekarska podkreśla, że do projektu ustawy przekazanego w ramach konsultacji społecznych powinny być dołączone projekty aktów wykonawczych, które będą określały szczegółowe rozwiązania dotyczące wystawiania recept oraz wykazu leków, do których ordynacji pielęgniarki lub położne byłyby uprawnione samodzielnie oraz standardów kształcenia pielęgniarek i położnych w zakresie wiedzy i umiejętności, które umożliwią im wykonywanie nowych uprawnień.

W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej projektowana regulacja nie doprowadzi do osiągnięcia celów założonych w jej uzasadnieniu, w szczególności do poprawy dostępności świadczeń opieki zdrowotnej.

SEKRETARZ



Konstanty Radziwiłł

PREZES



Maciej Hamankiewicz

STANOWISKO Nr 3/14/VII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 9 maja 2014 r.
w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy
o konsultantach w ochronie zdrowia

Naczelna Rada Lekarska po rozpatrzeniu projektu ustawy o zmianie ustawy o konsultantach w ochronie zdrowia, przekazanego przy piśmie pana Piotra Warczyńskiego, Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia z dnia 7 kwietnia 2014 r., zgłasza następujące uwagi do przedstawionego projektu ustawy:

- 1) do pkt 1 zmieniającego art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (dalej „ustawa”) - wyrazy „daje rękojmię należytego i bezstronnego wykonywania zadań konsultanta” należy zastąpić wyrazami: „wykazuje się osiągnięciami organizacyjnymi, dydaktycznymi i naukowymi w danej dziedzinie medycyny oraz właściwą postawą etyczną dającymi rękojmię należytego i bezstronnego wykonywania zadań konsultanta.”; proponowane brzmienie jest bardziej precyzyjne;
- 2) do pkt 2 zmieniającego art. 4 ustawy - lit. b powinna otrzymać następujące brzmienie: „b) uchyla się ust. 3”;
Samorząd lekarski sprzeciwia się skreśleniu ust. 5 i 6 w art. 4 ustawy, gdyż pozbawiłoby to samorządy zawodowe możliwości opiniowania kandydatur na konsultantów krajowych. Sprowadzenie roli samorządu wyłącznie do przedstawienia kandydata na konsultanta, w sytuacji, gdy kandydatów takich mogą przedstawiać również inne podmioty, nie jest wystarczające. Treść art. 4 ust. 5 i 6 ustawy powinna zostać utrzymana, przy czym z uwagi na proponowaną nową treść ust. 2 możliwe jest ograniczenie obowiązku zasięgnięcia przez Ministra Zdrowia opinii samorządu zawodowego, o której mowa w ust. 5, do kandydatów zgłoszonych przez inne podmioty;
- 3) do pkt. 4 lit. a zmieniającego art. 7 ust. 2 pkt 3 ustawy - wniosek Ministra Zdrowia o odwołanie konsultanta powinien być uzasadniony;
- 4) do pkt 5 zmieniającego art. 8 ust. 1 ustawy - brak jest uzasadnienia dla pomijania procedur powoływania konsultanta w miejsce osoby odwołanej z przyczyn określonych w art. 7 ust. 2 pkt 2 albo jej śmierci. Procedury powołania konsultanta powinny być w tych sytuacjach zachowane;

5) do pkt 6, do dodawanego art. 8 b:

a) zakres informacji wymaganych w oświadczeniu jest zbyt obszerny, a obowiązek ich przekazywania stanowi dla konsultantów dodatkowe obciążenie administracyjne,

b) w ust. 1:

- pkt 1 lit. b wyrazy: „substancji czynnych wykorzystywanych” należy zastąpić wyrazami „substancjami czynnymi wykorzystywanymi”,

- pkt 9 w przypadku obowiązku składania oświadczenia o „wykonywaniu zadań opiniodawczych i doradczych” należy doprecyzować, że dotyczy to zadań niezwiązanych z pełnieniem funkcji konsultanta w ochronie zdrowia;

c) do ust. 5 pkt 2 - udział lekarza specjalisty (a takie jest kryterium bycia konsultantem) w zjeździe naukowym w danej dziedzinie medycyny zawsze jest związany z pełnieniem funkcji konsultanta, bowiem dotyczy zdobywania wiedzy w tej dziedzinie medycyny, którą to wiedzę wykorzystuje on jako konsultant. Natomiast żądanie od konsultanta składania oświadczenia np. o wyjeździe zagranicznym niezwiązanym z pełnioną funkcją publiczną sfinansowanym przez inne osoby a nie przez niego, jego małżonka lub instytucję go zatrudniającą, jest nieuzasadnioną ingerencją w jego życie prywatne;

6) projekt całkowicie pomija istotną sprawę zapewnienia konsultantom właściwego zaplecza do wykonywania coraz liczniejszych zadań, w tym zmianę finansowania działalności konsultanta. Obecny poziom finansowania działalności konsultantów krajowych i wojewódzkich jest bardzo niski i nie pokrywa kosztów związanych w wykonywaniem zadań konsultanta;

7) do uzasadnienia projektu ustawy – w ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej zawarte w uzasadnieniu do projektu ustawy stwierdzenie, że projekt ten ma na celu wzmocnienie roli konsultantów jako podmiotów doradczych w ochronie zdrowia stoi w sprzeczności z proponowanymi przepisami. Rolę podmiotu doradczego wzmocnia się poprzez zwiększenie jego niezależności od podmiotu, któremu doradza i poprzez nadanie większej wagi jego opiniom. Proponowane zmiany zmierzają w przeciwnym kierunku i mają na celu zwiększenie uzależnienia konsultantów od Ministra Zdrowia.

SEKRETARZ


Konstanty Radziwiłł

PREZES


Maciej Hamankiewicz

Stanowisko 4/14/ VII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 9 maja 2014 r.

**w sprawie rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach
opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych
innych ustaw**

Naczelna Rada Lekarska, po rozpatrzeniu projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw przekazanego przy piśmie pana Piotra Warczyńskiego - Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia z dnia 7 kwietnia 2014 r., znak: MZ-UZ-PR-70-33289-17/RZ/14, przekazuje następujące uwagi:

1. Regulację zawartą w art. 1 pkt. 7e projektu ustawy w zakresie dotyczącym art. 20 ust. 10a-c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przewidującą, że w razie zakończenia przez NFZ realizacji umowy ze świadczeniodawcą, pacjent, który był na liście oczekujących na świadczenie u tego świadczeniodawcy, ma prawo wpisać się na listę oczekujących u innego świadczeniodawcy z zachowaniem terminu realizacji świadczenia, należy uzupełnić o zobowiązanie NFZ do przeniesienia na świadczeniodawcę, który przejmuje pacjentów, środków finansowych niezbędnych do realizacji tego świadczenia zdrowotnego.
2. Zastrzeżenia budzi uregulowanie zaproponowane w art. 1 pkt. 7c projektu ustawy, który przewiduje dodanie art. 20 ust. 2a i 2b do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dla wielu pacjentów konieczność dostarczenia oryginału skierowania będzie niezwykle uciążliwa lub nawet niewykonalna. Zapis ten wydaje się również sprzeczny z ideą nowelizacji, która w art. 1 pkt. 10 przewiduje nałożenie na świadczeniodawców obowiązku umożliwienia elektronicznego zapisu pacjentów na wizytę. W niektórych przypadkach trudny do realizacji może okazać się również nałożony na świadczeniodawców obowiązek zwrotu oryginału skierowania.
3. Art. 1 pkt. 7 f projektu dotyczący zmiany art. 20 ust. 12 i 13 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wydaje się

zbyt daleko idący w zakresie, w jakim przy tworzeniu listy oczekujących na diagnostykę onkologiczną i leczenie onkologiczne całkowicie pomija kolejność zgłoszenia się pacjenta.

4. Projektowane przepisy dotyczące tworzenia list oczekujących na świadczenia opieki zdrowotnej nie przewidują upoważnienia dla Ministra Zdrowia do wydania rozporządzenia o maksymalnych okresach oczekiwania na różne rodzaje świadczeń zdrowotnych. Wprowadzenie takiego rozwiązania postulował samorząd lekarski. Gdyby faktyczny czas oczekiwania pacjenta na świadczenie przekraczał ustalone rozporządzeniem granice, pacjent powinien mieć prawo do wykonania świadczenia prywatnie lub za granicą i do refundacji poniesionych z tego tytułu kosztów. Takie rozwiązanie w sposób faktyczny skróciłoby kolejki do niektórych świadczeń zdrowotnych.

5. W art. 1 pkt. 12 projektu dotyczącym wprowadzenia art. 31lc ust. 2 do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie do przyjęcia jest, założenie, że Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji mogłaby pozyskiwać dane od świadczeniodawcy na podstawie umowy bezpłatnie.

6. Naczelna Rada Lekarska negatywnie ocenia propozycję zawartą w art. 1 pkt. 14 projektu. Prowadzenia taryfikacji przez dotychczasową Agencję Oceny Technologii Medycznych spowoduje, że jeden organ skupi dwie funkcje, które powinny być rozdzielone, tj. funkcję oceny technologii i ich wycenę. Naczelna Rada Lekarska podnosi, że zmianie powinien podlegać sposób wyceny świadczeń opieki zdrowotnej, tak aby uwzględnione zostały nie tylko bezpośrednie koszty świadczenia, ale także konieczne koszty związane z działaniem podmiotu udzielającego świadczenie.

7. Przewidywany w art. 1 pkt. 16 projektu ustawy skład Rady ds. Taryfikacji wskazuje, że Minister Zdrowia będzie miał przeważający wpływ na jej decyzje. Zastrzeżenia budzi fakt, że projekt ustawy nie przewiduje udziału przedstawicieli samorządu lekarskiego oraz innych samorządów zawodów medycznych w pracach Rady ds. Taryfikacji. Jeśli Rada ds. Taryfikacji miałyby pełnić rzeczywistą rolę konsultacyjną, z całą pewnością powinni się w niej znaleźć przedstawiciele zawodów medycznych.

8. Art. 1 pkt. 18 projektu dotyczący wprowadzenia karty leczenia onkologicznego budzi zastrzeżenia w zakresie, w jakim pomija prawo pacjenta do tajemnicy informacji o stanie zdrowia. Naczelna Rada Lekarska nie widzi konieczności

wprowadzania nowego dokumentu w postaci karty leczenia onkologicznego. Dokument ten, który będzie miał wyróżniający go kształt i kolor nie gwarantuje ochrony tajemnicy informacji o stanie zdrowia. Karta leczenia onkologicznego okazywana np. w rejestracji może sygnalizować innym pacjentom schorzenie onkologiczne. W miejsce proponowanej w projekcie karty leczenia onkologicznego samorząd lekarski proponuje wprowadzenie specjalnego typu skierowania skutkującego dla pacjenta powstaniem takich praw, jakie przewidziane są w związku z posiadaniem karty leczenia onkologicznego, jednak nie wyróżniającego pacjenta onkologicznego w sposób widoczny dla osób nie powołanych. Należy również zauważyć, że projekt ustawy nie precyzuje zasad wydawania duplikatu karty, nie jest jasne w jaki sposób zapobiegać wydawaniu równoległe dwóch lub więcej kart. Nie bez znaczenia jest element dodatkowej biurokratyzacji świadczeń zdrowotnych oraz związane z tym nowe obowiązki formalne lekarzy.

9. W projektowanym art. 32a ust.4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przewiduje się uzależnienie prawa lekarza podstawowej opieki zdrowotnej do wydawania kart leczenia onkologicznego od osiągnięcia przez niego odpowiedniego wskaźnika skuteczności rozpoznania nowotworów. Przepis ten oznacza, że dopóki lekarz POZ nie "wypracuje" odpowiedniego wskaźnika, jego pacjenci nie będą mogli uzyskać karty onkologicznej. Pacjenci różnych lekarzy POZ będą mieli różne uprawnienia, co jest nie do zaakceptowania. Zaproponowane rozwiązanie, w którym najprawdopodobniej negatywny wynik zleconej przez lekarza POZ diagnostyki będzie obniżał wskaźnik, może paradoksalnie demotywowować do podejmowania diagnostyki w sytuacjach wątpliwych, a w efekcie spowodować obniżenie czujności onkologicznej lekarzy.

10. Zmiany proponowane w art. 1 pkt. 18 projektu ustawy w zakresie dotyczącym art. 32 a ust. 6-8 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w niedopuszczalny sposób upoważniają NFZ do decydowania o kompetencjach lekarzy i ich uprawnieniach. Kierowanie lekarzy na przeszkolenie i zawieszanie części ich uprawnień zawodowych do czasu odbycia przeszkolenia nie jest zadaniem Funduszu i nie może zmieniać uprawnień lekarzy w zakresie rozpoznawania nowotworów.

11. Krytyczne uwagi wywołuje art. 1 pkt. 18 projektu ustawy w części dotyczącej art. 32a ust. 13 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zamieszczone w nim upoważnienie Ministra Zdrowia do

wydania rozporządzenia określającego sposób ustalania indywidualnego współczynnika skuteczności rozpoznawania nowotworów i minimalny wskaźnik rozpoznawania nowotworów nie przewiduje konieczności zasięgnięcia w tej sprawie opinii Naczelnej Rady Lekarskiej. Ponadto sama delegacja ustawowa do wydania rozporządzenia jest na tyle niejasna, że upoważnienie dla Ministra Zdrowia staje się wręcz blankietowe. Do projektu nie załączono nawet założeń do proponowanego rozporządzenia.

12. Zgodnie z art. 1 pkt. 18 projektu nowelizacji do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ma być dodany art. 32 b, który przewiduje, że świadczeniodawca będzie miał obowiązek bezpłatnie sporządzić i wydać kopię dokumentacji medycznej dotyczącej diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego pacjentowi posiadającemu kartę leczenia onkologicznego. Naczelna Rada Lekarska popiera stworzenie pacjentom z tej grupy jak najdogodniejszych warunków leczenia, w tym prawo do bezpłatnej dokumentacji medycznej. Przy tworzeniu przepisów nie można jednak pomijać, że dla podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych wytworzenie kopii dokumentacji medycznej prowadzonej dla szerokiej grupy pacjentów wiąże się w sposób oczywisty z dodatkowym kosztem. Wydatki w tym zakresie powinny być zrekompensowane przez NFZ, czego jednak projekt ustawy nie przewiduje. Rada zwraca również uwagę, że wobec coraz szerszego wprowadzania dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej (a z czasem obowiązku w tym zakresie), projektowane przepisy nie przewidują w jakim trybie wówczas należy zapewnić dostęp do dokumentacji medycznej tej grupie pacjentów.

13. Zastrzeżenia budzi art. 1 pkt. 19 projektu ustawy, który przewiduje dodanie do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nowego art. 33b. Zgodnie z tym przepisem pacjentowi, który nie wymaga całodziennych czy całodobowych świadczeń w odpowiednio urządzonych stałych pomieszczeniach podmiotu leczniczego, ale wymaga wykonania procedur stosowanych w leczeniu szpitalnym, świadczeniodawca ma obowiązek zapewnić zakwaterowanie w innym miejscu świadczącym usługi hotelarskie. Niezrozumiałe jest, dlaczego koszt zakwaterowania pacjenta niewymagającego leczenia szpitalnego ma finansować podmiot go leczący. Zarezerwowanie dla pacjenta pokoju hotelowego w sytuacji, gdy pacjent nie zgłosi się na leczenie może generować dla świadczeniodawcy realne straty. Zwraca również uwagę brak w projektowanych

przepisach delegacji dla wydania rozporządzenia określającego standard noclegu i odległości od miejsca udzielania świadczeń, która uprawniałaby do noclegu.

14. Naczelna Rada Lekarska za nietrafne uważa powierzenie NFZ prawa do opracowywania programów zdrowotnych, które jest przewidziane w art. 1 pkt. 20 projektu ustawy. Rozwiązanie to wykracza poza rolę, jaką w systemie opieki zdrowotnej powinien pełnić płatnik.

15. Art. 1 pkt. 22-29 projektu prowadzi do dalszego rozbudowania i tak już niezmiernie skomplikowanego wyliczenia osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych. W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej należy poważnie rozważyć zniesienie podziału obywateli na ubezpieczonych i nieubezpieczonych i w rezultacie uznać wszystkich za mających uprawnienie do leczenia.

16. Art. 1 pkt. 33 b projektu ustawy zmieniający brzmienie art. 97 ust. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przewiduje, że NFZ nie jest przedsiębiorcą w rozumieniu ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów. Rozwiązanie polegające na doraźnym wyłączeniu Funduszu spod kontroli sprawowanej przez Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów nie służy interesom świadczeniodawców i obywateli. Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów w swoich dotychczasowych działaniach udowodnił, że Funduszowi nierzadko zdarza się naruszać reguły konkurencji. Naczelna Rada Lekarska jest zdania, że utrzymanie możliwości weryfikacji działań instytucji dysponującej ogromnymi, liczonymi w miliardy, środkami publicznymi, wydaje się ze wszech miar celowe.

17. Z punktu widzenia społecznej kontroli działania władz i instytucji publicznych oraz roli, jaką powierzono samorządom zawodów zaufania publicznego, nie do przyjęcia jest pominięcie przedstawicieli samorządu lekarskiego w konstruowaniu składu osobowego Rady Funduszu i rady oddziału wojewódzkiego NFZ. Udział przedstawicieli samorządu w procedurze powoływania rad byłby przeciwwagą dla przewidzianej w projekcie centralizacji wyboru Prezesa NFZ oraz dyrektorów oddziałów wojewódzkich. Skoro o powołaniu Prezesa NFZ i dyrektorów oddziałów ma decydować Minister Zdrowia, to organ kontrolny i opiniodawczy, jakim jest rada powinien być wybierany w sposób zapewniający szeroki udział organizacji odpowiedzialnych za ochronę zdrowia, w szczególności samorządów zawodów medycznych.

18. Art. 1 pkt. 43 projektu przewiduje zmianę w obrębie art. 132 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków, zmiana ta jednak pomija dotychczasowe postulaty samorządu lekarskiego dotyczące uchylecia art. 132 ust. 3 ustawy. Obecna treść art. 132 ust. 3 ustawy budzi poważne wątpliwości interpretacyjne, a ponadto ustanowiony w nim zakaz kontraktowania świadczeń zdrowotnych z lekarzem, który udziela świadczeń opieki zdrowotnej u świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia, nie ma wystarczającego uzasadnienia. Zdaniem samorządu lekarskiego przepis ten w sposób nieuzasadniony ogranicza pacjentom dostęp do świadczeń zdrowotnych. Naczelna Rada Lekarska przypomina, że Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia pan Sławomir Neumann w piśmie z dnia 30 lipca 2013 r. znak: MZ-UZ-PR-71-31676-1/JC/13 podzielił pogląd o konieczności zmiany tego przepisu.

19. Art. 1 pkt. 46 projektu ustawy, który dotyczy art. 137 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przewiduje zmianę procedury ustalania ogólnych warunków umów na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Nowelizacja likwiduje konsensualną metodę przygotowania projektu ogólnych warunków, przewidującą udział w jego przygotowaniu Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych i reprezentatywnych organizacji świadczeniodawców. Po zmianie, rozporządzenie – bez formalnej konsultacji z innymi podmiotami – wydawać ma Minister Zdrowia. Mając na uwadze, że dość często uwagi zgłaszane przez partnerów społecznych na etapie konsultacji społecznych projektów rozporządzeń nie są uwzględniane, Naczelna Rada Lekarska domaga się zachowania dotychczasowego obowiązku uzgodnienia z samorządem lekarskim, samorządem pielęgniarek i położnych oraz organizacjami reprezentatywnymi dla świadczeniodawców projektu ogólnych warunków umów.

20. W art. 2 projektu ustawy, który dotyczy zmiany art. 42 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry projektodawca błędnie utożsamia wystawianie "zaoczne" recept, które zdaniem Rady jest dopuszczalne w okolicznościach uznanych przez lekarza, z orzekaniem o stanie zdrowia. Orzekanie jest jedną z czynności wykonywania zawodu; wystawianie recept jest jednym ze sposobów leczenia.

21. Projekt ustawy w art. 3 przewiduje zmianę ustawy o swobodzie działalności gospodarczej polegającą na tym, że do kontroli świadczeniodawców przez NFZ nie będzie stosowany art. 82 i 83 ustawy o swobodzie działalności gospodarczej.

Skutkiem wprowadzenia tej regulacji będzie możliwość prowadzenia wobec świadczeniodawcy dwóch kontroli jednocześnie oraz niepodleganie organów kontrolujących przepisom o maksymalnym czasie trwania kontroli przewidzianym w ustawie o swobodzie działalności gospodarczej. Zaproponowane rozwiązanie budzi poważne zastrzeżenia Naczelnej Rady Lekarskiej. Ustawa o swobodzie działalności gospodarczej w części dotyczącej kontroli przedsiębiorców zawiera rozwiązania modelowe, zgodne z konstytucyjnym duchem wolności prowadzenia działalności gospodarczej. Wprowadzenie odstępstw od przewidzianych w niej rozwiązań powinno być podyktowane jakimiś szczególnie doniosłymi względami, których w projekcie ustawy ani w jego uzasadnieniu nie zdefiniowano. Jeśli natomiast celem projektowanej regulacji jest zrównanie praw świadczeniodawców niebędących przedsiębiorcami, którzy nie podlegają ustawie o swobodzie działalności gospodarczej, z prawami podmiotów będących przedsiębiorcami, to w ocenie Rady, właściwym kierunkiem jest przyznanie nie-przedsiębiorcom w czasie kontroli takich samych praw, z jakich w czasie kontroli korzystają przedsiębiorcy na mocy ustawy o swobodzie działalności gospodarczej. Rozwiązanie polegające na odebraniu świadczeniodawcom mającym status przedsiębiorców uprawnień wynikających z ustawy o swobodzie działalności gospodarczej po to, by zrównać ich sytuację prawną w czasie kontroli NFZ z sytuacją nie-przedsiębiorców budzi poważne zastrzeżenia. Niezależnie od powyższych argumentów, celowe jest utrzymanie wobec świadczeniodawców zasady jednej kontroli oraz ustawowego ograniczenia czasu trwania kontroli.

22. Naczelna Rada Lekarska zwraca uwagę na ogólnikowość art. 10 i 11 projektu ustawy. Niejasna treść przepisów i rodzące się na tym tle wątpliwości interpretacyjne, co do tego, komu przysługuje status osoby oczekującej na diagnostykę mającą na celu rozpoznanie nowotworu złośliwego, mogą wywołać niepotrzebny chaos.

SEKRETARZ



Konstanty Radziwiłł

PREZES



Maciej Hamankiewicz

**STANOWISKO Nr 38/14/P-VII
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ**

z dnia 22 sierpnia 2014 r.

**w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wzorów
oświadczeń składanych przez konsultantów w ochronie zdrowia**

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wzorów oświadczeń składanych przez konsultantów w ochronie zdrowia, przekazanego przy piśmie Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia pana Aleksandra Soplńskiego z dnia 1 sierpnia 2014 r, znak: MZ-NSO-078-43294-1/WD/14, przedstawia następujące stanowisko:

1. Projektowane wzory oświadczeń składanych przez konsultantów zawierają odwołanie do szeregu pojęć mających znaczenie prawne (przykładowo „działalność lecznicza”, „działalność ubezpieczeniowa”, „import równoległy produktu leczniczego”). Pojęcia tego rodzaju powinny być podawane wraz ze wskazaniem przepisu zawierającego definicję takiego pojęcia w sposób, w jaki zostało to zrobione w załączniku nr 1 pkt. 14. W ocenie Prezydium rozporządzenie powinno doprecyzowywać zapisy zawarte w ustawie z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o konsultantach w ochronie zdrowia, a nie jedynie wiernie kopiować.
2. Projekt rozporządzenia nie wskazuje, czy w zakresie, w jakim pytania dotyczą przedsiębiorców, spółdzielni, stowarzyszeń i fundacji dotyczą one wyłącznie podmiotów polskich czy również zagranicznych.
3. W załączniku nr 1 pkt. 7 Prezydium proponuje, aby z obowiązku informacyjnego wyłączyć posiadanie akcji dopuszczonych do publicznego obrotu.
4. W załączniku nr 1 do projektu rozporządzenia w pkt. 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12,, 14, 16, 18, 21, 22, 23 posłużono się określeniem „podmiotu wykonującego działalność” nie określając, czy należy mieć na uwadze przedmiot działalności tego podmiotu ujawniony w rejestrze przedsiębiorców, czy też działalność faktycznie przez określony podmiot prowadzoną. W praktyce dość często zdarza się, że przedmiot działalności przedsiębiorców wpisywany do rejestrów urzędowych jest znacznie szerszy niż faktycznie wykonywana przez tego przedsiębiorcę działalność. Brak precyzji rozporządzenia w tym zakresie może stwarzać konsultantom trudności w złożeniu oświadczenia.
5. W załączniku nr 1 w pkt. 7 posłużono się określeniem „posiadania udziałów w spółdzielni”, tymczasem w przypadku spółdzielni przepisy mówią o członkostwie, a nie o posiadaniu udziałów. Zaproponowany zapis jest zatem nieprecyzyjny i osoba składająca oświadczenie może mieć trudność w jego wypełnieniu.

6. W załączniku nr 1 pkt. 8 najprawdopodobniej nie dotyczy wszystkich spółek handlowych, a jedynie spółek osobowych oraz spółki cywilnej, co wynika z faktu, że pkt. 7 dotyczył posiadania akcji i udziałów w spółkach handlowych. Zapis ten powinien być doprecyzowany ze wskazaniem, że chodzi o spółki osobowe i spółkę cywilną. Jednocześnie użycie w tym punkcie określenia „partner” w zestawieniu ze sformułowaniem „wspólnik” może rodzić wątpliwości; każdy „partner” jest wspólnikiem spółki, co wynika wprost z definicji pojęcia „partner” zawartej w art. 86 § 1 Kodeksu spółek handlowych.
7. W załączniku nr 1 pkt. 9 pokrywa się częściowo z pytaniem zawartym w pkt. 8 każdy wspólnik spółki cywilnej jest jednocześnie przedsiębiorcą, nie wiadomo, czy osoba będąca wspólnikiem spółki cywilnej musi ten fakt ujawnić zarówno w pkt 8 jak i w pkt. 9, czy tylko w pkt. 8.
8. W załączniku nr 1 pkt. 10 poważne wątpliwości rodzi nałożenie na konsultanta obowiązku złożenia oświadczenia czy podmiot, w którym wykonuje on działalność zarobkową ma udziały lub akcje w innym podmiocie wykonującym działalność wymienioną w pkt. 1-6 załącznika. Często pracownik albo zleceniobiorca nie ma wiedzy, czy jego pracodawca posiada udziały lub akcje w innym podmiocie, danych tych nie można zweryfikować także za pomocą Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sadowego, który nie zawiera danych akcjonariuszy, a dane udziałowców ogranicza tylko do tych posiadających ponad 10 % udziałów. Wobec tego oczekiwanie od konsultanta oświadczenia składanego pod rygorem odpowiedzialności karnej jest niezasadne.
9. W załączniku nr 1 pkt. 12, 18, 23 zastrzeżenia budzi użycie określenia „partner”, w odróżnieniu od określenia „wspólnik”. Partner w spółce partnerskiej jest wspólnikiem tej spółki, a rozróżnianie tych dwóch pojęć na gruncie rozporządzenia jest niecelowe.
10. W załączniku nr 1 pkt. 16 nakłada się na osobę składającą oświadczenie niemożliwy do wykonania obowiązek złożenia oświadczenia co do posiadania przez podmiot finansujący badania udziałów czy akcji w innym podmiocie.
11. W załączniku nr 1 pkt. 15, 17, 19 dookreślenia wymagają pojęcia „przystosowywanie dla potrzeb praktyki” i „wdrażanie wyników badań”.
12. W załączniku nr 1 pkt. 22 nakłada się na konsultanta trudny czy wręcz niemożliwy do wykonania obowiązek udzielenia informacji o udziałach lub akcjach posiadanych przez podmiot, na rzecz którego konsultant wykonuje zadania opiniodawcze i doradcze.

Zastępca Sekretarza


Anna Lella

Prezes


Maciej Hamankiewicz

STANOWISKO Nr 51/14/P-VII

PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

z dnia 7 listopada 2014 r.

**w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wzoru karty
diagnostyki i leczenia onkologicznego**

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, przesłanym przy piśmie Podsekretarza Stanu Ministerstwa Zdrowia z dnia 17 października 2014 r. znak MZ-AS-0212-3/SD/14 zgłasza następujące uwagi do przedmiotowego projektu.

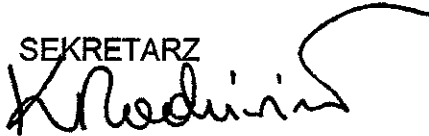
W ocenie Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej karta diagnostyki i leczenia onkologicznego, zwana dalej „Kartą”, jest w przewidzianej w projekcie rozporządzenia formie zbędna. Karta w proponowanej wersji jest rodzajem nieudolnej kopii historii choroby, którą w oryginale pacjent musi nosić ze sobą. W obliczu digitalizacji dokumentacji medycznej, wdrażania informatycznych systemów wymiany informacji w ochronie zdrowia wprowadzanie obszernego papierowego dokumentu, do którego należy dołączać kopie innych dokumentów i który pacjent ma nosić ze sobą często przez wiele lat leczenia choroby nowotworowej, jest zupełnie niezrozumiałe.

Dodatkowo, karta dubluje informacje, które Narodowy Fundusz Zdrowia już posiada. Są to bowiem dane uzyskiwane w sprawozdaniach, które przekazywać Funduszowi muszą wszyscy świadczeniodawcy. Wszystkie sprawozdania z wykonanych świadczeń opieki zdrowotnej zawierają informacje o świadczeniobiorcy i świadczeniodawcy a często także o osobie kierującej na dane badanie lub świadczenie. W proponowanej postaci Karta jest tylko dodatkowym i niepotrzebnym obowiązkiem nakładanym na lekarzy, którego realizacja powodować będzie wydłużenie wizyty lekarskiej bez jakichkolwiek korzyści dla pacjenta i jego leczenia. Karta diagnostyki i leczenia onkologicznego mogłaby funkcjonować w systemie ochrony zdrowia jedynie jako karta służąca identyfikacji chorego.

Uwagi szczegółowe:

- 1) Datą rozpoczęcia diagnostyki i leczenia powinna być data postawienia rozpoznania lub podejrzenia nowotworu. Niecelowe jest wprowadzanie „daty zakończenia leczenia”, która ma potem służyć ocenie zgodności z zadekretowanymi standardami, gdyż w większości nowotworów „zakończenie leczenia” jest trudne do określenia. Narodowy Fundusz Zdrowia jest zainteresowany „wskaźnikiem zakończenia leczenia”, ale taki wskaźnik dla pacjentów jest bez znaczenia, a jego precyzyjne zdefiniowanie w praktyce lekarskiej będzie niemożliwe.
- 2) Informacje zawarte w znacznie rozbudowanej i zbiurokratyzowanej karcie mają ograniczoną przydatność dla podejmowania decyzji o diagnostyce i leczeniu. W uzasadnieniu projektu wskazuje się, że „Informacje [o rozpoznaniu i zaawansowaniu nowotworu zawarte w karcie] mają stanowić podstawę dla zespołu terapeutycznego, na której w dużej mierze będzie opierać się jego postępowanie.” Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej podkreśla, że podstawą wyboru postępowania musi być badanie pacjenta i szczegółowe informacje z wyników badań dodatkowych. Informacje z karty tego nie zastąpią.
- 3) Część informacji z karty pokrywa się z kartą zgłoszenia nowotworu złośliwego i również ta duplikacja nie jest potrzebna. Jeżeli Narodowy Fundusz Zdrowia potrzebuje takich informacji, to powinien uzyskiwać je bezpośrednio z rejestru nowotworów złośliwych.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej wskazuje także, że uwagi do projektu karty zgłosiły środowiska lekarzy onkologów i lekarzy rodzinnych. Należy je także wziąć pod uwagę przy korekcie projektu karty, która w zaproponowanej postaci nie powinna być wdrożona i wymaga przynajmniej znacznego uproszczenia.

SEKRETARZ

Konstanty Radziwiłł

PREZES

Maciej Hamankiewicz

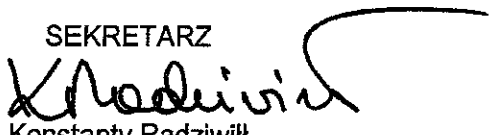
STANOWISKO Nr 59/14/P-VII
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

z dnia 21 listopada 2014 r.

**w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wskaźników
rozpoznawania nowotworów**

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wskaźników rozpoznawania nowotworów, przesłanym przy piśmie Sekretarza Stanu Ministerstwa Zdrowia z dnia 30 października 2014 r. znak MZ-AS-0212-2/SD/14 negatywnie opiniuje przedmiotowy projekt.

Przewidziane w treści projektu wskaźniki rozpoznawania nowotworów, w tym w szczególności określenie minimalnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów są elementem wprowadzanych w ostatnim czasie zmian w zakresie rozpoznawania i leczenia nowotworów. Zmiany te, w ocenie samorządu lekarskiego są oparte na błędnych założeniach i nie przyczynią się do poprawy opieki nad pacjentami nowotworowymi, a z pewnością dodatkowo zwiększą obciążenie lekarzy czynnościami o charakterze administracyjnym, sprowadzającymi się w istocie do powielania informacji o pacjencie zawartych w już prowadzonej dokumentacji medycznej.

SEKRETARZ

Konstanty Radziwiłł

PREZES

Maciej Hamankiewicz