

BIULETYN

Nr 1 (81) Rok XIV **Naczelnej Rady Lekarskiej** Warszawa, I 2004

Obwieszczenie nr 1/04/IV Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 2 stycznia 2004 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu uchwały w sprawie Kodeksu Etyki Lekarskiej

1. Na podstawie § 2 uchwały Nr 5 Nadzwyczajnego VII Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 20 września 2003 r. zmieniającej uchwałę w sprawie Kodeksu Etyki Lekarskiej (Biuletyn NRL z 2003 r. Nr 6/80/) ogłasza się w załączniku do niniejszego obwieszczenia jednolity tekst uchwały Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 grudnia 1991 r. w sprawie Kodeksu Etyki Lekarskiej (Biuletyn NRL z 1994 r. Nr 1/24/), z uwzględnieniem zmian wprowadzonych uchwałą Nr 5 Nadzwyczajnego VII Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 20 września 2003 r. zmieniającej uchwałę w sprawie Kodeksu Etyki Lekarskiej (Biuletyn NRL z 2003 r. Nr 6/80/).

2. Podany w załączniku do niniejszego obwieszczenia tekst jednolity uchwały nie obejmuje § 2 i § 3 uchwały Nr 5 Nadzwyczajnego VII Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 20 września 2003 r. zmieniającej uchwałę w sprawie Kodeksu Etyki Lekarskiej (Biuletyn NRL z 2003 r. Nr 6/80/), które stanowią:

„§ 2. Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej ogłosi w Biuletynie Naczelnej Rady Lekarskiej jednolity tekst Kodeksu Etyki Lekarskiej do dnia 30 stycznia 2004 r. § 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem 31 grudnia 2003 r. ”.

Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej

Załącznik do obwieszczenia Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej
Nr 1/04/IV z dnia 2 stycznia 2004 r.

KODEKS ETYKI LEKARSKIEJ

Spis treści

Przyrzeczenie lekarskie	
Część ogólna	Art. 1-5
Część szczegółowa	Art. 6-78
Rozdział I. Postępowanie lekarza wobec pacjenta	Art. 6-7
Jakość opieki medycznej	Art. 8-11
Poszanowanie praw pacjenta	Art. 12-22
Tajemnica lekarska	Art. 23-29
Pomoc chorym w stanach terminalnych	Art. 30-32
Transplantacja	Art. 33-37
Prokreacja	Art. 38-39a ¹⁾
Zaświadczenia lekarskie	Art. 40-41
Rozdział II. Badania naukowe i eksperymenty biomedyczne	Art. 41a ¹⁾ -51
Rozdział IIa ²⁾ . Związki lekarzy z przemysłem	Art. 51a-51g
Rozdział IIb ²⁾ . Ludzki genom	Art. 51h
Rozdział III. Stosunki wzajemne między lekarzami	Art. 52-55
Rozdział IV. Zasady postępowania w praktyce lekarskiej	Art. 56-68
Rozdział V. Lekarz a społeczeństwo	Art. 69-75
Rozdział VI. Zasady końcowe	Art. 76-78

PRZYRZECZENIE LEKARSKIE

Przyjmując z szacunkiem i wdzięcznością dla moich Mistrzów nadany mi tytuł lekarza i w pełni świadomy związanych z nim obowiązków przyrzekam:

- obowiązek te sumiennie spełniać;
- służyć życiu i zdrowiu ludzkiemu;
- według najlepszej mej wiedzy przeciwdziałać cierpieniu i zapobiegać chorobom, a chorym nieść pomoc bez żadnych różnic, takich jak: rasa, religia, narodowość, poglądy polityczne, stan majątkowy i inne, mając na celu wyłącznie ich dobro i okazując należyty im szacunek;
- nie nadużywać ich zaufania i dochować tajemnicy lekarskiej nawet po śmierci chorego;
- strzec godności stanu lekarskiego i niczym jej nie splamić, a do kolegów lekarzy odnosić się z należytą im życzliwością, nie podważając zaufania do nich, jednak postępując bezstronnie i mając na względzie dobro chorych;
- stale poszerzać swą wiedzę lekarską i podawać do wiadomości świata lekarskiego wszystko to, co uda mi się wynaleźć i udoskonalić.

PRZYRZEKAM TO UROCZYŚCIE!

CZEŚĆ OGÓLNA

Art. 1.

1. Zasady etyki lekarskiej wynikają z ogólnych norm etycznych.
2. Zobowiązują one lekarza do przestrzegania praw człowieka i dbania o godność zawodu lekarskiego.
3. Naruszeniem godności zawodu jest każde postępowanie lekarza, które podważa zaufanie do zawodu.

Art. 2.

1. Powołaniem lekarza jest ochrona życia i zdrowia ludzkiego, zapobieganie chorobom, leczenie chorych oraz niesienie ulgi w cierpieniu; lekarz nie może posługiwać się wiedzą i umiejętnością lekarską w działaniach sprzecznych z tym powołaniem.
2. Największym nakazem etycznym dla lekarza jest dobro chorego – *salus aegroti suprema lex esto*. Mechanizmy rynkowe, naciski społeczne i wymagania administracyjne nie zwalniają lekarza z przestrzegania tej zasady.³⁾

Art. 3.⁴⁾

Lekarz powinien zawsze wypełniać swoje obowiązki z poszanowaniem człowieka bez względu na wiek, płeć, rasę, wyposażenie genetyczne, narodowość, wyznanie, przynależność społeczną, sytuację materialną, poglądy polityczne lub inne uwarunkowania.

Art. 4.

Dla wypełnienia swoich zadań lekarz powinien zachować swobodę działań zawodowych, zgodnie ze swoim sumieniem i współczesną wiedzą medyczną.

Art. 5.

Izba lekarska jest obowiązana do czuwania nad przestrzeganiem zasad etyki i deontologii lekarskiej oraz zachowaniem godności zawodu przez wszystkich członków samorządu lekarskiego a także do starań, aby przepisy prawa nie naruszały zasad etyki lekarskiej.

CZEŚĆ SZCZEGÓŁOWA

Rozdział I

Postępowanie lekarza wobec pacjenta

Art. 6.

Lekarz ma swobodę wyboru w zakresie metod postępowania, które uzna za najskuteczniejsze. Powinien jednak ograniczyć czynności medyczne do rzeczywiście potrzebnych choremu zgodnie z aktualnym stanem wiedzy.⁵⁾

Art. 7.

W szczególnie uzasadnionych wypadkach lekarz może nie podjąć się lub odstąpić od leczenia chorego, z wyjątkiem przypadków nie cierpiących zwłoki. Nie podejmując albo odstępując od leczenia lekarz winien wskazać choremu inną możliwość uzyskania pomocy lekarskiej.

Jakość opieki medycznej

Art. 8.

Lekarz powinien przeprowadzać wszelkie postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze z należytą starannością, poświęcając im niezbędny czas.

Art. 9.

Lekarz może podejmować leczenie jedynie po uprzednim zbadaniu pacjenta. Wyjątki stanowią sytuacje, gdy porada lekarska może być udzielona wyłącznie na odległość.⁶⁾

Art. 10.

1. Lekarz nie powinien wykroczać poza swoje umiejętności zawodowe przy wykonywaniu czynności diagnostycznych, zapobiegawczych, leczniczych i orzeczniczych.
2. Jeżeli zakres tych czynności przewyższa umiejętności lekarza, wówczas winien zwrócić się do bardziej kompetentnego kolegi. Nie dotyczy to nagłych wypadków i ciężkich zachorowań, gdy zwłoka może zagrażać zdrowiu lub życiu chorego.

Art. 11.

Lekarz winien zabiegać o wykonywanie swego zawodu w warunkach, które zapewniają odpowiednią jakość opieki nad pacjentem.

Poszanowanie praw pacjenta

Art. 12.

- 1.⁷⁾ Lekarz powinien życzliwie i kulturalnie traktować pacjentów, szanując ich godność osobistą, prawo do intymności i prywatności.
2. Relacje między pacjentem, a lekarzem powinny opierać się na ich wzajemnym zaufaniu; dlatego pacjent powinien mieć prawo do wyboru lekarza.

Art. 13.⁹⁾

1. Obowiązkiem lekarza jest respektowanie prawa pacjenta do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących jego zdrowia.

2. Informacja udzielona pacjentowi powinna być sformułowana w sposób dla niego zrozumiały.

3. Lekarz powinien poinformować pacjenta o stopniu ewentualnego ryzyka zabiegów diagnostycznych i leczniczych, i spodziewanych korzyściach związanych z wykonywaniem tych zabiegów, a także o możliwościach zastosowania innego postępowania medycznego.

Art. 14.

Lekarz nie może wykorzystywać swego wpływu na pacjenta w innym celu niż leczniczy.

Art. 15.⁹⁾

1. Postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze wymaga zgody pacjenta. Jeżeli pacjent nie jest zdolny do świadomego wyrażenia zgody, powinien ją wyrazić jego przedstawiciel ustawowy lub osoba faktycznie opiekująca się pacjentem.

2. W przypadku osoby niepełnoletniej lekarz powinien starać się uzyskać także jej zgodę, o ile jest ona zdolna do świadomego wyrażenia tej zgody.

3. Wszczęcie postępowania diagnostycznego, leczniczego i zapobiegawczego bez zgody pacjenta może być dopuszczone tylko wyjątkowo w szczególnych przypadkach zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób.

4. Badanie bez wymaganej zgody pacjenta lekarz może przeprowadzić również na zlecenie organu lub instytucji upoważnionej do tego z mocy prawa, o ile nie stwarza ono nadmiernego ryzyka zdrowotnego dla pacjenta.

5. W razie nieuzyskania zgody na proponowane postępowanie lekarz powinien nadal, w miarę możliwości, otaczać pacjenta opieką lekarską.

Art. 16.

1. Lekarz może nie informować pacjenta o stanie jego zdrowia bądź o leczeniu, jeśli pacjent wyraża takie życzenie. Informowanie rodziny lub innych osób powinno być uzgodnione z chorym.¹⁰⁾

2. W przypadku chorego nieprzytomnego lekarz może udzielić dla dobra chorego, niezbędnych informacji osobie, co do której jest przekonany, że działa ona w interesie chorego.

3.¹¹⁾ W przypadku pacjenta niepełnoletniego lekarz ma obowiązek informowania jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego.

Art. 17.

W razie niepomyślnej dla chorego prognozy lekarz powinien poinformować chorego o niej z taktem i ostrożnością.¹²⁾ Wiadomość o rozpoznaniu i złym rokowaniu może nie zostać choremu przekazana tylko w przypadku, jeśli lekarz jest głęboko przekonany, iż jej ujawnienie spowoduje bardzo poważne cierpienie chorego lub inne niekorzystne dla zdrowia następstwa; jednak na wyraźne żądanie pacjenta lekarz powinien udzielić pełnej informacji.

Art. 18.

Lekarz leczący nie może sprzeciwiać się, by chory zasięgał opinii o stanie swego zdrowia i postępowaniu lekarskim u innego lekarza. Na życzenie pacjenta powinien ułatwić mu taką konsultację.

Art. 19.

Chory w trakcie leczenia ma prawo do korzystania z opieki rodziny lub przyjaciół a także do kontaktów z duchownym. Lekarz powinien odnosić się ze zrozumieniem do osób bliskich choremu wyrażających wobec lekarza obawy o zdrowie i życie chorego.

Art. 20.

Lekarz podejmujący się opieki nad chorym powinien starać się zapewnić mu ciągłość leczenia, a w razie potrzeby także pomoc innych lekarzy.

Art. 21.¹³⁾

W przypadku popełnienia przez lekarza poważnej pomyłki lub wystąpienia nieprzewidzianych powikłań w trakcie leczenia, lekarz powinien poinformować o tym chorego oraz podjąć działania dla naprawy ich następstw.

Art. 22.

W przypadkach wymagających szczególnych form diagnostyki, terapii lub działań zapobiegawczych, które nie mogą być zastosowane równocześnie w wszystkich potrzebujących, lekarz ustalający kolejność pacjentów powinien opierać się na kryteriach medycznych.

Tajemnica lekarska

Art. 23.

Lekarz ma obowiązek zachowania tajemnicy lekarskiej. Tajemnicą są objęte wiadomości o pacjencie i jego otoczeniu uzyskane przez lekarza w związku z wykonywanymi czynnościami zawodowymi. Śmierć chorego nie zwalnia od obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej.¹⁴⁾

Art. 24.

Nie jest naruszeniem tajemnicy lekarskiej przekazanie informacji o stanie zdrowia pacjenta innemu lekarzowi, jeżeli jest to niezbędne dla dalszego leczenia lub wydania orzeczenia o stanie zdrowia pacjenta.

Art. 25.

Zwolnienie z zachowania tajemnicy lekarskiej może nastąpić:
– gdy pacjent wyrazi na to zgodę,
– jeśli zachowanie tajemnicy w sposób istotny zagraża zdrowiu lub życiu pacjenta lub innych osób, oraz
– jeśli zobowiązują do tego przepisy prawa.

Art. 26.

Nie jest naruszeniem tajemnicy lekarskiej, jeśli po przeprowadzeniu badania lekarskiego na zlecenie upoważnionego z mocy prawa organu wynik badania zostanie

przekazany zleceniodawcy; nieodzownym warunkiem jest jednak, aby lekarz przed rozpoczęciem badania poinformował o tym osobę, która ma być zbadana. Wszelkie informacje, które nie są konieczne dla uzasadnienia wniosków wynikających z badania, powinny być nadal objęte tajemnicą lekarską.

Art. 27.

Lekarz ma prawo do ujawnienia zauważonych faktów zagrożenia zdrowia lub życia w wyniku łamania praw człowieka.

Art. 28.

Lekarz powinien czuwać nad tym, by osoby asystujące lub pomagające mu w pracy przestrzegały tajemnicy zawodowej. Dopuszczenie ich do tajemnicy powinno obejmować wyłącznie informacje w zakresie niezbędnym do prawidłowego wykonywania ich czynności zawodowych. Lekarz musi czuwać nad prawidłowym prowadzeniem dokumentacji lekarskiej oraz zabezpieczeniem przed jej ujawnieniem.¹⁵⁾ Dokumentacja lekarska powinna zawierać wyłącznie informacje potrzebne dla postępowania lekarskiego.

Art. 29.¹⁶⁾

Lekarz i współpracujące z nim osoby są obowiązane do zabezpieczenia poufności informacji zawartych w materiale genetycznym pacjentów i ich rodzin.

Pomoc chorym w stanach terminalnych

Art. 30.

Lekarz powinien dołożyć wszelkich starań, aby zapewnić choremu humanitarną opiekę terminalną i godne warunki umierania. Lekarz winien do końca łagodzić cierpienia chorych w stanach terminalnych i utrzymywać, w miarę możliwości, jakość kończącego się życia.

Art. 31.¹⁷⁾

Lekarzowi nie wolno stosować eutanazji, ani pomagać choremu w popełnieniu samobójstwa.

Art. 32.

1. W stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych.

2. Decyzja o zaprzestaniu reanimacji należy do lekarza i jest związana z oceną szans leczniczych.

Transplantacja

Art. 33.

Lekarz może pobierać komórki, tkanki i narządy ze zwłok w celu ich przeszczepiania, o ile zmarły nie wyraził za życia sprzeciwu.

Art. 34.

Lekarz, po stwierdzeniu śmierci mózgowej winien podtrzymywać funkcjonowanie komórek, tkanek i narządów, jeżeli mają one zostać przeszczepione.

Art. 35.¹⁸⁾

Lekarz nie może otrzymywać korzyści majątkowej lub osobistej za pobierane lub przeszczepiane komórki, tkanki i narządy.

Art. 36.

Pobranie komórek, tkanek lub narządów od żyjącego dawcy dla celów transplantacji może być dokonane tylko od dorosłego za jego pisemną zgodą, w warunkach pełnej dobrowolności, po uprzednim poinformowaniu go o wszelkich możliwych następstwach związanych z tym zabiegiem. Pobranie od żyjącego dawcy narządu niezbędne do życia jest niedopuszczalne.

Art. 37.

Pobranie szpiku od dziecka jest dozwolone za zgodą jego przedstawiciela ustawowego. W przypadku osoby niepełnoletniej, o ile jest ona zdolna do wyrażenia świadomej zgody, powinno się uzyskać również jej zgodę.¹⁹⁾

Prokreacja

Art. 38.

1. Lekarz powinien z poczuciem szczególnej odpowiedzialności odnosić się do procesu przekazywania życia ludzkiego.

2.²⁰⁾ Lekarz powinien udzielać zgodnych z wiedzą medyczną informacji dotyczących procesów zapłodnienia oraz metod regulacji poczęć, uwzględniając ich skuteczność, mechanizm działania i ryzyko.

3.²⁰⁾ Lekarz ma obowiązek zapoznać pacjentów z możliwościami współczesnej genetyki lekarskiej, a także diagnostyki i terapii przedurodzeniowej. Przekazując powyższe informacje lekarz ma obowiązek poinformować o ryzyku związanym z przeprowadzeniem badań przedurodzeniowych.

Art. 39.

Podjęcie działań lekarskich u kobiety w ciąży lekarz równocześnie odpowiada za zdrowie i życie jej dziecka. Dlatego obowiązkiem lekarza są starania o zachowanie zdrowia i życia dziecka również przed jego urodzeniem.

Art. 39a.²¹⁾

Lekarz nie może uczestniczyć w procedurach klonowania ludzi dla celów reprodukcyjnych lub terapeutycznych.

Zaświadczenia lekarskie

Art. 40.

Wydawanie zaświadczeń lekarskich jest dozwolone jedynie na podstawie aktualnego badania lub odpowiedniej dokumentacji.

Art. 41.

Każde zaświadczenie lekarskie lub inny dokument medyczny powinien umożliwiać identyfikację lekarza, który go wystawił.²²⁾ Treść dokumentu powinna być zgodna z wiedzą i sumieniem lekarza. Nie może być ona formułowana przez lekarza pod presją lub w oczekiwaniu osobistych korzyści.

Rozdział II **Badania naukowe i eksperymenty biomedyczne**

Art. 41a.²³⁾

Lekarz przeprowadzający badania naukowe, a w szczególności eksperymenty medyczne, powinien przestrzegać norm i obowiązków wynikających z Kodeksu Etyki Lekarskiej oraz ogólnie przyjętych zasad etyki badań naukowych.²⁴⁾

Art. 42.²⁵⁾

Eksperymenty medyczne z udziałem człowieka mogą być przeprowadzane przez lekarza, o ile służą poprawie zdrowia pacjenta biorącego udział w doświadczeniu lub wnoszą istotne dane poszerzające zakres wiedzy i umiejętności lekarskich. Lekarz przeprowadzający eksperyment leczniczy powinien być przeświadczony, że spodziewane korzyści dla pacjenta przeważają w istotny sposób nad nieuniknionym ryzykiem.

Art. 42a.²⁶⁾

1. Lekarz przeprowadzając eksperyment leczniczy nie może narażać pacjenta na ryzyko w istotnym stopniu większe niż to, które grozi osobie nie poddanej temu eksperymentowi.

2. Lekarz przeprowadzając eksperyment badawczy z udziałem człowieka może podejmować wyłącznie ryzyko minimalne.

Art. 43.

1.²⁷⁾ Od osoby, która ma być poddana eksperymentowi medycznemu, lekarz musi uzyskać zgodę po uprzednim poinformowaniu jej o wszystkich aspektach doświadczenia, które mogą jej dotyczyć oraz o prawie do odstąpienia w każdym czasie od udziału w eksperymencie.

2. Osoba wyrażająca zgodę na udział w eksperymencie nie może czynić tego pod wpływem zależności od lekarza czy pozostawania pod jakąkolwiek presją.

3.²⁸⁾ Lekarz nie może prowadzić eksperymentów badawczych z udziałem osób ubezwłasnowolnionych, żołnierzy służby zasadniczej oraz osób pozbawionych wolności, z wyjątkiem badań prowadzonych dla dobra tych grup.

Art. 44.²⁹⁾

1. W przypadku pacjenta niezdolnego do świadomego podjęcia decyzji i wyrażenia woli lekarz powinien uzyskać na piśmie zgodę jego przedstawiciela ustawowego lub sądu opiekuńczego.

2. Warunkiem niezbędnym do podjęcia eksperymentu medycznego z udziałem osób wymienionych w ust. 1 jest brak możliwości przeprowadzenia badań o porównywalnej skuteczności z udziałem osób zdolnych do wyrażenia zgody.

Art. 45.³⁰⁾

1. Lekarz uczestniczący w eksperymentach medycznych musi je przeprowadzać zgodnie z zasadami badań naukowych. Eksperymenty z udziałem człowieka powinny być poprzedzone badaniami *in vitro* oraz *in vivo* na zwierzętach. Zwierzęta poddawane eksperymentem należy odpowiednio traktować i w miarę możliwości chronić przed cierpieniem.

2. Lekarzowi nie wolno przeprowadzać eksperymentów badawczych z udziałem człowieka w stadium embrionalnym.

3. Lekarz może przeprowadzać eksperymenty lecznicze z udziałem człowieka w stadium embrionalnym tylko wtedy, gdy spodziewane korzyści zdrowotne w sposób istotny przekraczają ryzyko zdrowotne embrionów nie poddanych eksperymentowi leczniczemu.

Art. 46.³¹⁾

Projekt każdego eksperymentu z udziałem człowieka powinien być jasno określony i przedłożony do oceny niezależnej komisji etycznej w celu uzyskania jej akceptacji.

Art. 47.³²⁾

Eksperyment medyczny z udziałem człowieka może być przeprowadzony wyłącznie pod nadzorem lekarza posiadającego odpowiednio wysokie kwalifikacje.

Art. 48.

Wszelkie odkrycia i spostrzeżenia związane z wykonywaniem zawodu lekarza winny przekazywać środowisku lekarskiemu i publikować przede wszystkim w prasie medycznej.

Art. 49.

Należy ściśle przestrzegać praw autorskich w publikacjach naukowych. Dopisywanie swego nazwiska do prac zespołów, w których się nie uczestniczyło lub pomijanie nazwisk osób, które brały w nich udział, jest naruszeniem zasad etyki. Wykorzystanie materiału klinicznego do badań naukowych wymaga zgody kierownika kliniki lub ordynatora oddziału leczących pacjenta.³³⁾

Art. 50.

Wyniki badań przeprowadzonych niezgodnie z zasadami etyki lekarskiej nie powinny być publikowane.

Art. 51.

1.³⁴⁾ Wymagane jest uzyskanie zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego na udział w demonstracjach naukowych lub dydaktycznych.

2. Należy starać się o zachowanie anonimowości osoby demonstrowanej.

Rozdział IIa³⁵⁾ **Związki lekarzy z przemysłem**

Art. 51a.

1. Lekarz nie powinien przyjmować korzyści od przedstawicieli przemysłu medycznego, jeżeli może to ograniczyć obiektywizm jego opinii zawodowych lub podważyć zaufanie do zawodu lekarza.

2. Lekarz może przyjmując zapłatę od producenta leków lub wyrobów medycznych (sprzętu i wyposażenia medycznego) za wykonaną pracę, prowadzenie szkoleń i badań, które pogłębiają wiedzę medyczną lub zawodową, jeżeli ta zapłata jest współmierna do wkładu pracy lekarza.

Art. 51b.

Lekarzowi mającemu związki finansowe z przemysłem medycznym nie wolno w żaden sposób odstąpić od podejmowania w pełni obiektywnych decyzji klinicznych lub działania w najlepszym interesie pacjentów i osób biorących udział w badaniach.

Art. 51c.

Lekarz powinien ujawniać słuchaczom wykładów oraz redaktorom publikacji wszelkie związki z firmami lub subwencje z ich strony oraz inne korzyści mogące być przyczyną konfliktu interesów.

Art. 51d.

Lekarz biorący udział w badaniach sponsorowanych przez producentów leków lub wyrobów medycznych (sprzętu i wyposażenia medycznego) musi się upewnić, że badania te są prowadzone zgodnie z zasadami etyki. Lekarz nie powinien uczestniczyć w badaniach naukowych, których celem jest promocja tych produktów.

Art. 51e.

Lekarz powinien ujawniać swoje powiązania z producentem leków lub wyrobów medycznych (sprzętu i wyposażenia medycznego) pacjentom, którzy mają być poddani badaniom sponsorowanym przez tego producenta.

Art. 51f.

Lekarz nie może przyjmować wynagrodzenia za samo skierowanie pacjenta na badania prowadzone lub sponsorowane przez producenta leków lub wyrobów medycznych (sprzętu i wyposażenia medycznego).

Art. 51g.

Lekarz biorący udział w badaniach na zlecenie producentów leków lub wyrobów medycznych (sprzętu i wyposażenia medycznego) musi przeciwdziałać nieobiektywnemu przedstawianiu ich wyników w publikacjach.

Rozdział IIb³⁵⁾

Ludzki genom

Art. 51h.

1. Lekarzowi nie wolno dyskryminować osób ze względu na dziedzictwo genetyczne.

2. Lekarz uczestniczący w badaniach, których celem jest identyfikacja nosicielstwa genu choroby lub genetycznej podatności na zachorowania, może je przeprowadzać jedynie dla celów zdrowotnych lub badań naukowych z nimi związanych, po uzyskaniu zgody pacjenta oraz umożliwieniu mu konsultacji genetycznej.

3. Lekarz może dokonać interwencji w obrębie ludzkiego genomu wyłącznie w celach profilaktycznych lub terapeutycznych zgodnie z art. 46 Kodeksu Etyki Lekarskiej.

4. Lekarz nie może uczestniczyć w czynnościach mających na celu wywoływanie dziedzicznych zmian genetycznych u człowieka.

Rozdział III

Stosunki wzajemne między lekarzami

Art. 52.³⁶⁾

1. Lekarze powinni okazywać sobie wzajemny szacunek. Szczególny szacunek i względy należą się lekarzom seniorom, a zwłaszcza byłym nauczycielom.

2. Lekarz powinien zachować szczególną ostrożność w formułowaniu opinii o działalności zawodowej innego lekarza, w szczególności nie powinien publicznie dyskredytować go w jakikolwiek sposób.

3. Lekarz wszelkie uwagi o dostrzeżonych błędach w postępowaniu innego lekarza powinien przekazać przede wszystkim temu lekarzowi. Jeżeli interwencja okaza się nieskuteczna albo dostrzeżony błąd lub naruszenie zasad etyki powoduje poważną szkodę, konieczne jest poinformowanie organu izby lekarskiej.

4. Poinformowanie organu izby lekarskiej o zauważonym naruszeniu zasad etycznych i niekompetencji zawodowej innego lekarza nie stanowi naruszenia zasad etyki.

5. Jeżeli dostrzeżony błąd, popełniony przez innego lekarza, ma niekorzystny wpływ na stan zdrowia pacjenta należy podjąć działania dla odwrócenia jego skutków.

Art. 53.

1. Doświadczeni lekarze winni służyć radą i pomocą mniej doświadczonym kolegom zwłaszcza w trudnych przypadkach klinicznych.

2.³⁷⁾ Lekarze pełniący funkcje kierownicze powinni traktować swoich pracowników zgodnie z zasadami etyki.

3.³⁸⁾ Lekarze pełniący funkcje kierownicze są zobowiązani do szczególnej dbałości o dobro chorego oraz o warunki pracy i rozwoju zawodowego podległych im osób.

Art. 54.

W razie wątpliwości diagnostycznych i leczniczych lekarz powinien, w miarę możliwości, zapewnić choremu konsultację innego lekarza. Opinia konsultanta ma charakter doradczy, gdyż za całość postępowania odpowiada lekarz prowadzący leczenie.

Art. 55.

Lekarz kontrolujący pracę innych lekarzy powinien, w miarę możliwości, zawiadomić ich wcześniej, aby umożliwić im obecność w czasie kontroli i bezpośrednie przekazanie uwag o jej wynikach.

Rozdział IV

Zasady postępowania w praktyce lekarskiej

Art. 56.

1. Powinnością każdego lekarza jest stałe uzupełnianie i doskonalenie swej wiedzy i umiejętności zawodowych, a także przekazywanie ich swoim współpracownikom.

2. Lekarze, w miarę swoich możliwości, winni brać czynny udział w pracach towarzystw lekarskich.

Art. 57.³⁹⁾

1. Lekarzowi nie wolno posługiwać się metodami uznanymi przez naukę za szkodliwe, bezwartościowe lub niezweryfikowanymi naukowo. Nie wolno mu także

współdziałać z osobami zajmującymi się leczeniem, a nie posiadającymi do tego uprawnień.

2. Wybierając formę diagnostyki lub terapii lekarz ma obowiązek kierować się przede wszystkim kryterium skuteczności i bezpieczeństwa chorego oraz nie narażać go na nieuzasadnione koszty.

3. Lekarz nie powinien dokonywać wyboru i rekomendacji ośrodka leczniczego oraz metody diagnostyki i terapii ze względu na własne korzyści.

Art. 58.

Lekarz powinien odnosić się z należnym szacunkiem i w sposób kulturalny do personelu medycznego i pomocniczego. Powinien jednak pamiętać, że jedynie on ma prawo podejmowania decyzji związanych z prowadzonym przez niego leczeniem.

Art. 59.

Lekarze powinni solidarnie wspierać działalność swego samorządu, którego zadaniem jest zapewnienie lekarzom należytej pozycji w społeczeństwie. Podejmując krytykę działania organów samorządu lekarskiego winni przeprowadzić ją przede wszystkim w środowisku lekarskim lub na lamach pism lekarskich.

Art. 60.

Jeśli zostanie naruszone dobre imię lekarza, a rzecznik odpowiedzialności zawodowej lub sąd lekarski nie potwierdzą stawianych mu zarzutów, lekarz powinien uzyskać od izby lekarskiej wszelką możliwą pomoc w naprawieniu wyrządzonej mu szkody.

Art. 61.

Lekarz urzędu państwowego, samorządowego lub jakiegokolwiek instytucji publicznej lub prywatnej powinien rzetelnie wypełniać zobowiązania zaciągnięte wobec tych instytucji; jednak lekarz nie powinien spełniać poleceń pracodawcy sprzecznych z zasadami etyki i deontologii lekarskiej.

Art. 62.

Praktykę lekarską wolno wykonywać wyłącznie pod własnym nazwiskiem. Lekarzowi wolno używać tylko należnych mu tytułów zawodowych i naukowych.⁴⁰⁾

Art. 63.

1. Lekarz tworzy swoją zawodową opinię jedynie w oparciu o wyniki swojej pracy, dlatego wszelkie reklamowanie się jest zabronione.

2.⁴⁰⁾ Lekarz nie powinien wyrażać zgody na używanie swego nazwiska i wizerunku dla celów komercyjnych.

Art. 64.

W czasie wykonywania swej pracy lekarz musi zachować trzeźwość i nie podlegać działaniu jakichkolwiek środków uzależniających.

Art. 65.

Lekarzowi nie wolno narzucać swych usług chorym, lub pozyskiwać pacjentów w sposób niezgodny z zasadami etyki i deontologii lekarskiej oraz lojalności wobec kolegów.

Art. 66.

1. Lekarz ma prawo umawiać się o wysokość honorarium przed rozpoczęciem leczenia.

2. Wyjątkiem od tej zasady jest pomoc w nagłych wypadkach. W razie braku stosownych cenników lekarz powinien brać pod uwagę wartość oddanej usługi, poniesione koszty własne, swoje kwalifikacje, a także w miarę możliwości, sytuację materialną pacjenta.

3. Lekarz może leczyć bezpłatnie.

4.⁴²⁾ Lekarzowi nie wolno stosować metod nieuczciwej konkurencji, szczególnie w zakresie nierzetelnego informowania o swoich możliwościach działania, jak i kosztach leczenia.

Art. 67.⁴³⁾

Dobrym zwyczajem jest leczenie bezpłatne innych lekarzy i członków ich najbliższej rodziny, w tym wdów, wdowców i sierot po lekarzach.

Art. 68.

Jeżeli z zatrudnienia lekarza wynika, że winien on spełniać swe obowiązki wobec powierzonych jego opiece chorych bez świadczeń finansowych z ich strony, to nie może żądać od tych chorych wynagrodzenia w jakiegokolwiek formie, ani też uzależniać leczenia od uzyskania materialnych korzyści.

Rozdział V Lekarz a społeczeństwo

Art. 69.

Lekarz nie może odmówić pomocy lekarskiej w przypadkach niecierpiących zwłoki, jeśli pacjent nie ma możliwości uzyskania jej ze strony instytucji powołanych do udzielania pomocy.

Art. 70.⁴⁴⁾

Zadania, jakie spełnia lekarz, dają mu podstawę do żądania ochrony jego godności osobistej, nietykalności cielesnej oraz pomocy w wykonywaniu działań zawodowych.

Art. 71.

Lekarz ma obowiązek zwracania uwagi społeczeństwa, władz i każdego pacjenta na znaczenie ochrony zdrowia, a także na zagrożenie ekologiczne. Swoim postępowaniem, również poza pracą zawodową, lekarz nie może propagować postaw antyzdrowotnych.

Art. 72.

Lekarz przeprowadzający badania masowe o charakterze epidemiologicznym powinien mieć na celu uzyskiwanie wyników, które będą wykorzystane dla poprawy zdrowotności społeczeństwa.⁴⁵⁾ Badania te nie powinny stwarzać ryzyka zagrożenia zdrowia osób w nich uczestniczących.

Art. 73.

Lekarz decydujący się na uczestniczenie w zorganizowanej formie protestu nie jest zwolniony od obowiązku udzielania pomocy lekarskiej, o ile nieudzielenie tej pomocy może narazić pacjenta na utratę życia lub pogorszenie stanu zdrowia.

Art. 74.

Lekarz nie może uczestniczyć w akcie pozbawiania życia, asystować w torturowaniu lub innym poniżającym traktowaniu człowieka. Nie może też wykorzystywać swej wiedzy i umiejętności do ułatwienia stosowania jakichkolwiek form okrutnego postępowania.

Art. 75.

Lekarz nie może stosować środków i metod dopingowych w celach nieleczniczych. Stosowanie środków i metod uznanych za dopingowe u osób uprawiających sport jest nieetyczne.

Rozdział VI Zasady końcowe

Art. 76.

W wypadkach nie przewidzianych w Kodeksie Etyki Lekarskiej należy kierować się zasadami wyrażonymi w uchwałach władz samorządu lekarskiego, w orzecznictwie sądów lekarskich oraz dobrymi obyczajami przyjętymi przez środowisko lekarskie.

Art. 77.

Lekarze nauczający studentów powinni zaznajamiać ich z Kodeksem Etyki Lekarskiej. Studenci medycyny powinni zarówno przyswajać sobie jak i respektować zasady zawarte w niniejszym Kodeksie.

Art. 78.

Lekarze, którzy nauczają studentów lub szkołą lekarzy powinni swoim postępowaniem stanowić przykład godny naśladowania dla studentów i młodych lekarzy będących pod ich opieką.

- 1) Oznaczenie artykułu zmienione przez § 1 pkt 1 uchwały Nr 5 Nadzwyczajnego VII Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 20 września 2003 r. zmieniającej uchwałę w sprawie Kodeksu Etyki Lekarskiej (Biuletyn NRL z 2003 r. Nr 6/80/), która weszła w życie w dniu 31 grudnia 2003 r.
- 2) Dodany przez § 1 pkt 1 uchwały, o której mowa w odnośniku 1.
- 3) Zdanie drugie dodane przez § 1 pkt 2 uchwały, o której mowa w odnośniku 1.
- 4) W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 3 uchwały, o której mowa w odnośniku 1.
- 5) Zdanie drugie w brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 4 uchwały, o której mowa w odnośniku 1.
- 6) Zdanie drugie w brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 5 uchwały, o której mowa w odnośniku 1.
- 7) W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 6 uchwały, o której mowa w odnośniku 1.
- 8) W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 7 uchwały, o której mowa w odnośniku 1.
- 9) W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 8 uchwały, o której mowa w odnośniku 1.
- 10) Zdanie drugie w brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 9 lit. a uchwały, o której mowa w odnośniku 1.
- 11) W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 9 lit. b uchwały, o której mowa w odnośniku 1.
- 12) Zdanie pierwsze w brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 10 uchwały, o której mowa w odnośniku 1.
- 13) W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 11 uchwały, o której mowa w odnośniku 1.
- 14) Zdanie trzecie w brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 12 uchwały, o której mowa w odnośniku 1.
- 15) Zdanie drugie i trzecie w brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 13 uchwały, o której mowa w odnośniku 1.
- 16) W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 14 uchwały, o której mowa w odnośniku 1.
- 17) W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 15 uchwały, o której mowa w odnośniku 1.
- 18) W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 16 uchwały, o której mowa w odnośniku 1.
- 19) Zdanie drugie w brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 17 uchwały, o której mowa w odnośniku 1.
- 20) W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 18 uchwały, o której mowa w odnośniku 1.
- 21) Dodany przez § 1 pkt 19 uchwały, o której mowa w odnośniku 1.
- 22) Zdanie pierwsze w brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 20 uchwały, o której mowa w odnośniku 1.
- 23) Dodany przez § 1 pkt 21 uchwały, o której mowa w odnośniku 1.
- 24) Zasady Prawidłowego Prowadzenia Badań Klinicznych (Dobrej Praktyki Klinicznej - GCP, wersja polska, Warszawa 1998); Deklaracja Helsińska, Światowe Stowarzyszenie Lekarzy, Edynburg 2000.
- 25) W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 22 uchwały, o której mowa w odnośniku 1.
- 26) Dodany przez § 1 pkt 23 uchwały, o której mowa w odnośniku 1.
- 27) W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 24 lit. a uchwały, o której mowa w odnośniku 1.
- 28) Dodany przez § 1 pkt 24 lit. b uchwały, o której mowa w odnośniku 1.
- 29) W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 25 uchwały, o której mowa w odnośniku 1.
- 30) W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 26 uchwały, o której mowa w odnośniku 1.
- 31) W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 27 uchwały, o której mowa w odnośniku 1.
- 32) W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 28 uchwały, o której mowa w odnośniku 1.
- 33) Zdanie trzecie dodane przez § 1 pkt 29 uchwały, o której mowa w odnośniku 1.
- 34) W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 30 uchwały, o której mowa w odnośniku 1.
- 35) Rozdział dodany przez § 1 pkt 31 uchwały, o której mowa w odnośniku 1.
- 36) W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 32 uchwały, o której mowa w odnośniku 1.
- 37) W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 33 lit. a uchwały, o której mowa w odnośniku 1.
- 38) Dodany przez § 1 pkt 33 lit. b uchwały, o której mowa w odnośniku 1.
- 39) W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 34 uchwały, o której mowa w odnośniku 1.
- 40) Zdanie drugie dodane przez § 1 pkt 35 uchwały, o której mowa w odnośniku 1.
- 41) W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 36 uchwały, o której mowa w odnośniku 1.
- 42) Dodany przez § 1 pkt 37 uchwały, o której mowa w odnośniku 1.
- 43) W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 38 uchwały, o której mowa w odnośniku 1.
- 44) W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 39 uchwały, o której mowa w odnośniku 1.
- 45) Zdanie pierwsze w brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 40 uchwały, o której mowa w odnośniku 1.

Posiedzenie NRL – 12 grudnia 2003 r.

List Otwarty Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 12 grudnia 2003 r.

W poczuciu odpowiedzialności za stan ochrony zdrowia w naszym kraju zwracamy się o powstrzymanie nieodpowiedzialnych działań kierownictwa Narodowego Funduszu Zdrowia.

Działania te, a zwłaszcza narzucenie skrajnie niekorzystnych, niemożliwych do dotrzymania dla świadczeniodawców umów, oraz wymogu ich bezwzględnej akceptacji już przy składaniu ofert, a przed rozpoczęciem negocjacji, spowodowały nieprzystąpienie do konkursu ofert znacznej ich liczby. Należy się także liczyć z tym, że wielu świadczeniodawców nie podpisze umów na podyktowanych warunkach.

Podobne problemy mogą się także pojawić przy podpisywaniu umów o świadczenia specjalistyczne.

Jedyną możliwość wyjścia z tej sytuacji Naczelna Rada Lekarska widzi w pilnym podjęciu negocjacji pomiędzy płatnikiem a przedstawicielami świadczeniodawców skupionych wokół Naczelnej Rady Lekarskiej, w sprawie warunków umów na rok 2004.

Równocześnie Naczelna Rada Lekarska deklaruje gotowość do spotkań swoich przedstawicieli i bezpośredniego przedstawienia wszystkich argumentów.

Mariusz Malicki
zastępca sekretarza

Konstanty Radziwiłł
prezes

Uchwała nr 66/03/IV Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 12 grudnia 2003 r. uchylająca uchwałę w sprawie wystąpienia z wnioskiem do Trybunału Konstytucyjnego

Na podstawie art. 191 ust. 1 pkt 4 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej uchwała się, co następuje:

§ 1.

Uchyla się uchwałę Nr 62/03/IV Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 24 października 2003 r. w sprawie wystąpienia z wnioskiem do Trybunału Konstytucyjnego.

§ 2.

Uchwałą wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Krzysztof Makuch
sekretarz

Konstanty Radziwiłł
prezes

Uchwała nr 67/03/IV Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 12 grudnia 2003 r. w sprawie wystąpienia z wnioskiem do Trybunału Konstytucyjnego

Na podstawie art. 191 ust. 1 pkt 4 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej Naczelna Rada Lekarska uchwała, co następuje:

§ 1.

Wystąpić do Trybunału Konstytucyjnego z wnioskiem o zbadanie zgodności art. 7 i art. 10a ustawy z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej (Dz. U. Nr 100, poz. 1083), w brzmieniu nadanym przez odpowiednio art. 1 pkt 7 i pkt 12 ustawy z dnia 28 sierpnia 2003 r. o zmianie ustawy o diagnostyce laboratoryjnej oraz o zmianie innych ustaw (Dz. U. Nr 171, poz. 1663), z art. 2, art. 17, art. 31 ust. 3, art. 32 i art. 65 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej.

§ 2.

Upoważnić Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej Konstantego Radziwiłła do sporządzenia wniosku do Trybunału Konstytucyjnego i reprezentowania Naczelnej Rady Lekarskiej w postępowaniu przed Trybunałem Konstytucyjnym, z prawem ustanowienia substytutą.

§ 3.

Uchwałą wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Krzysztof Makuch
sekretarz

Konstanty Radziwiłł
prezes

Uchwała nr 68/03/IV Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 12 grudnia 2003 r. w sprawie terminów posiedzeń Naczelnej Rady Lekarskiej w roku 2004

Na podstawie art. 35 ust. 1 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich (Dz.U. Nr 30, poz. 158, zm. z 1990 r. Nr 20, poz. 120, z 1996 r. Nr 106, poz. 496, z 1997 r. Nr 28, poz. 152 i z 1998 r. Nr 106, poz. 668 oraz z 2001 r. Nr 126, poz. 1383 oraz z 2002 r., Nr 153, poz. 1271 i Nr 240, poz. 2052) uchwała się co następuje:

§ 1.

Ustala się terminy posiedzeń Naczelnej Rady Lekarskiej w roku 2004: 23 stycznia, 27 lutego, 23 kwietnia, 18 czerwca, 17 września, 22 października, 17 grudnia.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Krzysztof Makuch
sekretarz

Konstanty Radziwiłł
prezes

Uchwała nr 69/03/IV Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 12 grudnia 2003 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej

Na podstawie art. 35 ust. 1 pkt 9 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 30, poz. 158, z 1990 r. Nr 20, poz. 120, z 1996 r. Nr 106, poz. 496, z 1997 r. Nr 28, poz. 152, z 1998 r. Nr 106, poz. 668 oraz z 2001 r. Nr 126, poz. 1383 oraz z 2002 r., Nr 153, poz. 1271 i Nr 240, poz. 2052) uchwała się, co następuje:

§ 1

Miesięczna składka obowiązująca członka okręgowej izby lekarskiej, z zastrzeżeniem § 2, wynosi:

1) 30 zł – dla lekarza, lekarza stomatologa,

2) 10 zł – dla lekarza stażysty, lekarza stomatologa stażysty oraz emeryta (rencisty) wykonującego zawód lekarza lub lekarza stomatologa.

§ 2

1. Zwalnia się z obowiązku opłacania składki członkowskiej lekarza, lekarza stomatologa:

1) bezrobotnego w rozumieniu przepisów o zatrudnieniu i przeciwdziałaniu bezrobociu,

2) nie osiągnącego przychodu z tytułu wykonywania zawodu lekarza, lekarza stomatologa lub z innego źródła zarobkowania,

3) emeryta (rencisty) nie wykonującego zawodu lekarza lub lekarza stomatologa.

2. Lekarz, lekarz stomatolog, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, może zostać zwolniony z obowiązku opłacania składki członkowskiej, na czas określony, na podstawie uchwały okręgowej rady lekarskiej, jeżeli udokumentuje lub w inny sposób uprawdopodobni fakt niezarobkowania.

§ 3

1. Obowiązek opłacania składki członkowskiej przez lekarza, lekarza stomatologa powstaje od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym lekarz, lekarz stomatolog został wpisany na listę członków okręgowej izby lekarskiej.

2. Składkę za dany miesiąc opłaca się do końca tego miesiąca.

3. W przypadku skreślenia z listy członków okręgowej izby lekarskiej, obowiązek opłacania składki członkowskiej ustaje od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym nastąpiło skreślenie.

4. Od zaległych składek nalicza się odsetki ustawowe.

§ 4

Traci moc uchwała Nr 55/99/III Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 19 marca 1999 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej (Biuletyn NRL z 1999 r. Nr 4(47), z 2000 r. Nr 7(57), z 2001 r. Nr 7(66)).

§ 5

Uchwałą wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2004 r.

Krzysztof Makuch
sekretarz

Konstanty Radziwiłł
prezes

**Uchwała nr 70/03/IV
Naczelnej Rady Lekarskiej
z dnia 12 grudnia 2003 r.
zmieniająca uchwałę
w sprawie ustalenia składów komisji
i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej**

Na podstawie art. 35 ust. 1 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich (Dz.U. Nr 30, poz. 158, zm. z 1990 r. Nr 20, poz. 120, z 1996 r. Nr 106, poz. 496, z 1997 r. Nr 28, poz. 152, z 1998 r. Nr 106, poz. 668 oraz z 2001 r. Nr 126, poz. 1383 oraz z 2002 r., Nr 153, poz. 1271 i Nr 240, poz. 2052) uchwała się, co następuje:

§ 1

W uchwale Nr 12-02-IV Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 13 kwietnia 2002 r. w sprawie ustalenia składów komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej w § 1 pkt 10 otrzymuje brzmienie:

„10. Zespół ds. Ubezpieczeń Zdrowotnych”.

§ 2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Krzysztof Makuch
sekretarz

Konstanty Radziwiłł
prezes

**Uchwała nr 71/03/IV
Naczelnej Rady Lekarskiej
z dnia 12 grudnia 2003 r.
zmieniająca uchwałę w sprawie powołania
Komisji ds. Autonomii Lekarzy Stomatologów**

Na podstawie art.35 ust 1 ustawy z dnia 17 maja 1989r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr.30, poz. 158,zm. z 1990r. Nr 20, poz. 120, 1996r Nr 106, poz. 496, z 1997r. Nr 28, poz. 152, z 1998r. Nr 106, poz. 668 oraz z 2001r. Nr 126, poz.1383 oraz z 2002 r. Nr 240, poz. 2052) uchwała się co następuje:

§ 1

W uchwale nr 51/03/IV Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 11 kwietnia 2003 r. w sprawie powołania Komisji ds. Autonomii Lekarzy Stomatologów w § 1 wyrazy: „Jerzy Pasadyn” zastępuje się wyrazami: „Leszek Dudziński”.

§ 2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Krzysztof Makuch
sekretarz

Konstanty Radziwiłł
prezes

**Stanowisko nr 46/03/IV
Naczelnej Rady Lekarskiej
z dnia 12 grudnia 2003 r.
w sprawie aktualnej sytuacji
w zakresie kontraktowania świadczeń
podstawowej opieki zdrowotnej na rok 2004**

Naczelna Rada Lekarska z najwyższym niepokojem obserwuje rozwój wydarzeń wokół kontraktowania świadczeń na rok 2004.

Po wnikliwej analizie warunków zawierania umów w całej rozciągłości popieramy stanowiska protestujących lekarzy POZ i ambulatoryjnej specjalistyki. Kryzys jaki obserwujemy, jest wynikiem jednostronnego narzucenia warunków umów.

Sytuacja, w której:

a) decyzje zapadają na szczeblu centralnym a rokowania odbywają się na szczeblu oddziałów funduszu,

b) świadczeniodawcy składając ofertę zobowiązani są do złożenia oświadczenia, że akceptują bez zastrzeżeń warunki umowy, w których:

- zmusza się ich do pracy przez 24 godziny na dobę,
- poddają się bez zastrzeżeń i możliwości odwołania jurysdykcji urzędników funduszu i godzą się na system kar umownych mogących być nałożonymi arbitralnie i za wszystko,
- godzą się na prawo funduszu do dowolnej, jednostronnej zmiany warunków umowy w trakcie jej trwania,

nie ma nic wspólnego z jakimikolwiek negocjacjami, a świadczą jedynie o całkowitym lekceważeniu potencjalnych kontrahentów, chęci ich zastraszenia i całkowitego sobie podporządkowania. Dlatego jest rzeczą naturalną, że znaczna część naszych kolegów nie przystąpiła do konkursu ofert, uważając, że lekceważyć można się pozwolić tylko do pewnych granic.

Owo lekceważenie podkreśla dodatkowo postawa prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, który zamierza tworzyć alternatywną opiekę zdrowotną zamiast przystąpić do negocjacji warunków umów.

Należy się także liczyć z sytuacją, w której znaczna część świadczeniodawców, kierowana poczuciem odpowiedzialności nie podpisze umów na podyktowanych, bez możliwości negocjacji warunkach.

Uważamy, że pilne podjęcie rozmów pomiędzy przedstawicielami świadczeniodawców, Ministerstwem Zdrowia i zarządem Narodowego Funduszu Zdrowia jest konieczną i jedyną drogą do przerwania impasu, w jakim znalazła się ochrona zdrowia w Polsce.

Naczelna Rada Lekarska deklaruje stworzenie płaszczyzny dla podjęcia takich rokowań, przez skupienie pod jej egidą organizacji świadczeniodawców.

Mariusz Malicki
zastępca sekretarza

Konstanty Radziwiłł
prezes

**Stanowisko nr 47/03/IV
Naczelnej Rady Lekarskiej
z dnia 12 grudnia 2003 r.
w sprawie aktualnej sytuacji
w zakresie kontraktowania świadczeń
ambulatoryjnej opieki specjalistycznej
i świadczeń szpitalnych na rok 2004**

Naczelna Rada Lekarska stoi na stanowisku, że najpilniejszymi działaniami jakie należy podjąć w zakresie świadczeń szpitalnych i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej są:

- weryfikacja i uzupełnienie katalogów procedur. Brak wielu procedur sygnalizowanych zarówno przez konsultantów krajowych jak i lekarzy specjalistów z różnych dziedzin medycyny wykluczy możliwość prawidłowego prowadzenia dokumentacji medycznej,

- weryfikacja kwalifikacji poszczególnych katalogów świadczeń do określonych typów (poziomów referencyjnych) i specjalizacji, ponieważ aktualny katalog może spowodować konieczność niepotrzebnego przesyłania pacjentów do ośrodków referencyjnych i odbierze prawo do wykonywania rutynowych procedur lekarzom fachowo do tego przygotowanym,

- weryfikacja proporcji punktowych pomiędzy poszczególnymi procedurami powinna być procesem dynamicznym podlegającym negocjacji. Obecnie proporcje te są całkowicie zachwiane i są bardziej wynikiem lobbingu, a nie odzwierciedleniem rzeczywistości. Katalogi procedur powinny być opracowane przez zespoły świadczeniodawców pod kierownictwem specjalistów wojewódzkich i krajowych z udziałem przedstawicieli samorządu lekarskiego gwarantującym zachowanie proporcjonalności pomiędzy poszczególnymi specjalizacjami,

- weryfikacja zakresu czynności oraz zakresu badań diagnostycznych wykonywanych przez specjalistów ponieważ w wielu przypadkach są one oderwane od rzeczywistości, a poziom ich finansowania nie koreluje z wysokimi wymaganiami NFZ co do ilości i zakresu świadczonych usług.

Podjęcie wyżej wymienionych działań pozwoli na doraźne poprawienie sytuacji w zakresie świadczeń szpitalnych i ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych oraz na uniknięcie pogłębiania istniejącego chaosu w ochronie zdrowia w Polsce.

Samorząd lekarski deklaruje udział we wszystkich ww. działaniach.

Mariusz Malicki
zastępca sekretarza

Konstanty Radziwiłł
prezes

**Apel nr 3/03/IV
Naczelnej Rady Lekarskiej
z dnia 12 grudnia 2003 r.
do całego środowiska medycznego!**

Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Wydarzenia ostatnich dni wokół kontraktowania świadczeń zwłaszcza w zakresie Podstawowej Opieki Zdrowotnej budzą najwyższy niepokój całego środowiska lekarskiego.

Zapowiadane przez kierownictwo Narodowego Funduszu Zdrowia działania, zmierzające do przekazania kontraktów szpitalom i innym świadczeniodawcom, świadczą o braku znajomości realiów pracy nie tylko podstawowej, ale całej opieki zdrowotnej jak również obowiązującego prawa.

Naczelna Rada Lekarska wyraża poparcie dla wszystkich tych naszych Kolegów, którzy nie przystąpili do konkursu ofert, jak i dla tych, którzy nie zdecydowali się na podpisanie kontraktów na narzuconych warunkach finansowych i organizacyjnych.

Apelujemy do wszystkich PT Kolegów o nieprzejmowanie kontraktów kolegów, którzy ich nie podpisali. Dzisiaj jak nigdy dotąd potrzebna jest solidarna postawa całego środowiska lekarskiego. Złamanie tej solidarności powinno być traktowane jako łamanie ogólnie przyjętych norm etyki zawodowej.

Mariusz Malicki
zastępca sekretarza

Konstanty Radziwiłł
prezes