



Stanowiska podjęte przez NRL w dniu 31 stycznia 2020 r.

Naczelna Rada Lekarska na posiedzeniu 31 stycznia 2020 r. przyjęła:

- [STANOWISKO](#) w sprawie poselskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
- [STANOWISKO](#) w sprawie projektu ustawy o szczególnych rozwiązaniach służących realizacji ustawy budżetowej na rok 2020
- [STANOWISKO](#) w sprawie poselskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
- [STANOWISKO](#) w sprawie poselskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
- [STANOWISKO](#) w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw

**STANOWISKO Nr 1/20/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 31 stycznia 2020 r.**

w sprawie poselskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Naczelna Rada Lekarska po zapoznaniu się z poselskim projektem ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, przekazany przy piśmie Pana Dariusza Salamończyka – Zastępcy Szefa Kancelarii Sejmu z dnia 16 stycznia 2020 r., znak: SPS-WP-173-8/20, nie zgłasza uwag do przedmiotowego projektu.

**STANOWISKO Nr 2/20/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 31 stycznia 2020 r.**

w sprawie projektu ustawy o szczególnych rozwiązaniach służących realizacji ustawy budżetowej na rok 2020

Naczelna Rada Lekarska, po zapoznaniu się z projektem ustawy o szczególnych rozwiązaniach służących realizacji ustawy budżetowej na rok 2020, nadesłany przy piśmie Pana Dariusza Salamończyka – Zastępcy Szefa Kancelarii Sejmu z dnia 2 stycznia 2020 r., znak: SPS-WP-173-1/20 negatywnie opiniuje przewidziane w art. 32 projektu ustawy finansowanie w roku 2020 r. leków,

środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, o których mowa w art. 43a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1373, z późn. zm.) ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia.

**STANOWISKO Nr 3/20/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 31 stycznia 2020 r.**

**w sprawie poselskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki
zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych**

Naczelna Rada Lekarska po zapoznaniu się z poselskim projektem ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, przekazanym przy piśmie z dnia 16 stycznia 2020 r., znak: SPS-WP-173-7/20, popiera zaproponowane w projekcie zwiększenie procenta Produktu Krajowego Brutto przeznaczanego na finansowanie ochrony zdrowia. Samorząd lekarski wielokrotnie wskazywał, że wysokość PKB przeznaczanego na ochronę zdrowia nie wzrasta w odpowiednio szybkim tempie, szczególnie biorąc pod uwagę szybko zachodzące w polskim społeczeństwie zmiany demograficzne i szereg innych czynników mających wpływ na zapotrzebowanie finansowe w odniesieniu do tak ważnego obszaru życia publicznego jakim jest opieka zdrowotna.

Jednocześnie Naczelna Rada Lekarska postuluje, aby do przewidzianych w projekcie ustawy minimalnych nakładów przeznaczanych na ochronę zdrowia zaliczać wyłącznie wydatki przeznaczane bezpośrednio na finansowanie świadczeń zdrowotnych udzielanych pacjentom.

**STANOWISKO Nr 4/20/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 31 stycznia 2020 r.**

**w sprawie poselskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki
zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych**

Naczelna Rada Lekarska po zapoznaniu się z poselskim projektem ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, przekazanym przy piśmie z dnia 8 stycznia 2020 r., znak: SPS-WP-173-3/20, popiera zaproponowane w projekcie zwiększenie procenta Produktu Krajowego Brutto przeznaczanego na finansowanie ochrony zdrowia. Samorząd lekarski wielokrotnie wskazywał, że wysokość PKB przeznaczanego na ochronę zdrowia nie wzrasta w odpowiednio szybkim tempie, szczególnie biorąc pod uwagę szybko zachodzące w polskim społeczeństwie zmiany demograficzne i szereg innych czynników mających wpływ na zapotrzebowanie finansowe w odniesieniu do tak ważnego obszaru życia publicznego jakim jest opieka zdrowotna.

NRL pozytywnie ocenia także zaproponowaną w projekcie ustawy zmianę sposobu obliczania PKB na potrzeby realizacji założeń ustawy. Obecnie stosowany sposób ustalania wydatków na ochronę zdrowia w oparciu o historyczny wskaźnik PKB (sprzed dwóch lat) nie realizuje oczekiwań społecznych w zakresie istotnej poprawy polskiego systemu opieki zdrowotnej. Pozytywnie zatem należy odnosić się do wyrażonej w projekcie próby uaktualnienia wartości PKB, który stanowi następnie podstawę do ustalenia wartości wydatków przeznaczanych na finansowanie ochrony zdrowia.

Jednocześnie Naczelna Rada Lekarska postuluje, aby do przewidzianych w projekcie ustawy minimalnych nakładów przeznaczanych na ochronę zdrowia zaliczać wyłącznie wydatki przeznaczane bezpośrednio na finansowanie świadczeń zdrowotnych udzielanych pacjentom.

**STANOWISKO Nr 5/20/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 31 stycznia 2020 r.**

**w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty
oraz niektórych innych ustaw**

Naczelna Rada Lekarska, po zapoznaniu się z projektem ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw (druk sejmowy nr 172), dostrzega, że w dużej mierze wychodzi on naprzeciw oczekiwaniom środowiska lekarskiego dotyczącym kształcenia podyplomowego lekarzy i lekarzy dentystów odnotowuje jednak, że znaczna część uwag zgłoszonych do przedmiotowego projektu przez samorząd lekarski na etapie konsultacji publicznych nie została uwzględniona.

Naczelna Rada Lekarska pozytywnie ocenia wprowadzenie wymogu, aby terminy LEK i LDEK dyrektor CEM ogłaszał co najmniej na 6 miesięcy przed planowanym egzaminem, jak również możliwość bezpłatnego złożenia po raz drugi LEK albo LDEK w przypadku braku zaliczenia tego egzaminu w pierwszym podejściu albo nieprzystąpienia do niego. Na pozytywną ocenę zasługuje również określenie w projekcie, że w trakcie odbywania stażu podyplomowego lekarz będzie mógł przeznaczyć 6 dni, na udział w dodatkowych konferencjach, kursach lub szkoleniach. Pozytywnie należy przyjąć także zawarty w projekcie ustawy zapis, że lekarz, który został zakwalifikowany do odbywania rezydentury i rozpoczął szkolenie specjalizacyjne, może, bez podawania przyczyny, złożyć ponowny wniosek o odbywanie rezydentury w innej dziedzinie medycyny nie więcej niż jeden raz. Pozytywnie należy ocenić także regulację przewidującą, że lekarz odbywający specjalizację może pracować w systemie zmianowym tylko, jeżeli program danej specjalizacji przewiduje pracę w takim systemie, a także gdy lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne oraz kierownik specjalizacji, pod którego nadzorem jest lekarz, pracują na tej samej zmianie, albo może pracować w równoważnym czasie pracy tylko, jeżeli program danej specjalizacji przewiduje pracę w takim systemie i system ten jest stosowany do wszystkich lekarzy w jednostce akredytowanej.

Na poparcie zasługuje również regulacja umożliwiająca lekarzowi odbywającemu szkolenie specjalizacyjne wyrażenie braku zgody na pełnienie samodzielnych dyżurów medycznych przez 1 rok od rozpoczęcia szkolenia specjalizacyjnego. Istotnym rozwiązaniem dla lekarzy korzystających z uprawnień związanych z rodzicielstwem lub ze stanem zdrowia wynikającym z ustalonej orzeczeniem lekarskim czasowej niemożności wykonywania niektórych czynności zawodowych w określonych warunkach z przyczyn zdrowotnych jest to, że osoby te nie mogą być obowiązane do pracy w ramach pełnienia dyżuru medycznego w porze nocnej lub w wymiarze łącznie przekraczającym 50% wymiaru czasu pracy w ramach pełnienia dyżurów.

Na pozytywną ocenę zasługuje rozwiązanie przewidujące, że w przypadku pełnienia dyżuru medycznego objętego programem szkolenia specjalizacyjnego w wymiarze uniemożliwiającym skorzystanie przez lekarza z prawa do co najmniej 11-godzinnego dobowego nieprzerwanego odpoczynku, lekarzowi powinien być udzielony okres odpoczynku bezpośrednio po zakończeniu pełnienia dyżuru medycznego. Co istotne - okres tego odpoczynku nie będzie powodował wydłużenia szkolenia specjalizacyjnego. Bardzo istotne jest również to, że okres tego odpoczynku po zakończonym dyżurze wlicza się lekarzowi do podstawowego wymiaru czasu pracy. Korzystanie przez lekarza z okresu odpoczynku nie powoduje zatem obniżenia wynagrodzenia należnego na podstawie umowy o pracę.

Naczelna Rada Lekarska pozytywnie ocenia wprowadzenie wynagrodzenia dla kierowników specjalizacji z zastrzeżeniem jednak, że jest ono wprowadzone na poziomie zdecydowanie niższym niż postulowany przez środowisko lekarskie i nieadekwatnym do zakresu obowiązków i odpowiedzialności kierownika specjalizacji.

Korzystnym rozwiązaniem jest także wprowadzenie 6-dniowego płatnego urlopu szkoleniowego dla lekarzy, którzy nie odbywają specjalizacji.

Pomimo powyższych, pozytywnie ocenianych zmian, projekt nie realizuje wszystkich oczekiwań środowiska lekarskiego, czyniąc projektowaną reformę niepełną. Wśród zagadnień budzących największe rozczarowanie środowiska lekarskiego wskazać należy w szczególności:

1. wprowadzenie uproszczonego trybu przyznawania prawa

wykonywania zawodu cudzoziemcowi niebędącemu obywatelem państwa członkowskiego UE;

W ocenie NRL zaproponowany w projekcie uproszczony tryb przyznawania prawa wykonywania zawodu cudzoziemcowi niebędącemu obywatelem państwa członkowskiego UE jest całkowicie nieuzasadniony zarówno z punktu widzenia bezpieczeństwa polskiego pacjenta, zgodności z prawem Unii Europejskiej, jak również prawidłowości funkcjonowania polskiego systemu ochrony zdrowia.

Projektowane przepisy nie wskazują odpowiednich kryteriów weryfikacji faktycznej wiedzy i umiejętności lekarzy. Oznacza to, że weryfikacja przedkładanej w tym trybie przez cudzoziemców dokumentacji, w szczególności dotyczącej uzyskanej specjalizacji i doświadczenia zawodowego, będzie utrudniona o ile w ogóle możliwa.

Naczelna Rada Lekarska wnosi o odstąpienie do wprowadzania takich regulacji. Ewentualne wprowadzanie takich ułatwień w przyszłości, jako niosące realne zagrożenie dla bezpieczeństwa pacjentów, powinno być poprzedzone szeroką debatą publiczną z udziałem organizacji pacjentów oraz wszystkich organizacji zrzeszających pracowników zawodów medycznych. W szczególności wprowadzenie takich ułatwień dla lekarzy specjalistów spoza UE w specjalnościach lekarsko-dentystycznych w obliczu 3% rezydentur przyznawanych dla lekarzy dentystów nabiera szczególnej wymowy.

2. różnicowanie procedury uznawania stażu podyplomowego odbytego za granicą za równoważny w całości albo w części ze stażem podyplomowym obowiązującym w Rzeczypospolitej Polskiej (art.15j) w zależności od tego, czy był on odbyty w państwie członkowskim UE czy w tzw. państwie trzecim;

W ocenie NRL nie ma uzasadnienia dla różnicowania trybu uznawania przez Ministra Zdrowia stażu podyplomowego w zależności od tego, czy był on odbyty w państwie członkowskim UE, czy w tzw. państwie trzecim. Zarówno w jednym, jak i w drugim przypadku uznanie stażu przez Ministra Zdrowia powinno następować po zasięgnięciu opinii zespołu ekspertów;

3. brak zwolnienia od obowiązku odbycia stażu podyplomowego i składania egzaminu LEK / LDEK dla lekarzy i lekarzy dentystów posiadających dyplom polskiej uczelni, którzy po ukończeniu studiów, ale bez odbycia stażu podyplomowego lub bez złożenia egzaminu LEK albo LDEK, wyjechali za granicę i tam wykonują swój zawód;

Spora grupa osób, w przeważającej części obywateli polskich, które od wielu lat pracują w innych państwach Unii Europejskiej oraz w państwach nienależących do UE, mają bogate doświadczenie zawodowe i ugruntowaną pozycję, posiadają tytuły specjalistów, wyraża obecnie chęć pracy zawodowej w Polsce. W obecnym stanie prawnym osoby takie, bez względu na uzyskane za granicą doświadczenie, kwalifikacje, czy stopnie i tytuły naukowe, muszą w celu uzyskania w Polsce prawa wykonywania zawodu odbyć staż podyplomowy lub uzyskać jego uznanie przez Ministra Zdrowia i złożyć z wynikiem pozytywnym egzamin LEK albo LDEK. W przypadku takich lekarzy powyższe wymogi wydają się nie być w pełni uzasadnione i mogą być postrzegane jako nadmierna przeszkoda, powodująca, że lekarze odstępują od zamiaru powrotu do Polski;

4. brak poszerzenia kompetencji izb lekarskich w zakresie kształcenia podyplomowego;

NRL proponowała przeniesienie kompetencji urzędów wojewódzkich w zakresie kształcenia

lekarzy/lekarzy dentystów na izby lekarskie. Izby lekarskie prowadzą sprawy lekarzy i lekarzy dentystów od momentu ukończenia studiów, bardzo dobrze realizują misję prowadzenia stażu podyplomowego. Naturalnym wydaje się prowadzenie całej administracyjnej części kształcenia podyplomowego przez samorząd lekarski – jest to rozwiązanie, które od wielu lat funkcjonuje i sprawdza się np. w Niemczech. NRL proponowała powierzenie samorządowi lekarskiemu odpowiedzialności co najmniej za umiejętności jako pierwszego etapu zwiększania udziału izb lekarskich w organizowaniu kształcenia podyplomowego;

5. brak umożliwienia odbywania szkolenia specjalizacyjnego w trybie rezydentur (w dziedzinach priorytetowych) przez lekarzy, którzy posiadają już tytuł specjalisty;

Samorząd lekarski postulował wprowadzenie możliwości uzyskania drugiej specjalizacji w trybie rezydentury w dziedzinach szczególnie ważnych z punktu widzenia polityki i bezpieczeństwa zdrowotnego państwa;

6. brak podniesienia wysokości wynagrodzenia rezydenta oraz wprowadzenia drugiego progu tego wynagrodzenia po zdaniu przez tego lekarza PEMu;

Środowisko lekarskie postulowało, aby wprowadzenie PEM wiązało się ze znaczącym wzrostem wynagrodzenia (o 50% „średniej krajowej”), z możliwością samodzielnego wykonywania wybranych procedur i „uwidocznienia” dla NFZ, czyli z podniesieniem rangi lekarza ze zdaniem egzaminem PEM w oczach zarządzającego jednostką (co umożliwia indywidualne negocjowanie kontraktu, stawek i stymuluje do wykonywania większej ilości pracy w bardziej efektywnym charakterze);

7. brak wydłużenia urlopu szkoleniowego na przygotowanie do PES;

środowisko lekarskie postulowało wydłużenie urlopu szkoleniowego na przygotowanie się do PES do 25 dni;

8. pominięcie w projekcie regulacji dotyczących lekarzy specjalistów, co wobec projektowanych uprawnień dla lekarzy rezydentów dywersyfikuje charakter ich pracy i przysługujących w jej ramach przywilejów i obowiązków;

Zgodnie z projektowanym art. 16i ust 8 lekarz odbywając szkolenie specjalistyczne może opuścić stanowisko pracy po dyżurze w celu zrealizowania prawa do 11-godzinnego dobowego nieprzerwanego wypoczynku, co nie obniża należnego mu wynagrodzenia, ale lekarz specjalista już nie ma takiego uprawnienia;

9. brak zmiany treści art. 53 ust. 2, polegającej na rozszerzeniu możliwości zatrudnienia lekarzy i lekarzy dentystów w praktykach lekarskich, zgodnie z postulatem NRL, wyrażonym w uchwale nr 16/19/VIII z dnia 22 marca 2019 r.;

Jednym z głównych powodów niedostatecznej liczby miejsc akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinach stomatologicznych jest fakt, iż podmioty lecznicze wykonujące działalność leczniczą w zakresie stomatologii (w przeważającej większości praktyki lekarskie) są zbyt małymi przedsiębiorstwami, aby mogły w większym niż dotąd stopniu uczestniczyć w kształceniu podyplomowym. Mało prawdopodobne jest, aby praktyka organizowała ad hoc na 3-4 lata nowe stanowisko pracy na potrzeby szkolenia specjalizacyjnego (dodatkowa przestrzeń w ambulatorium, wyposażenie, zaplecze techniczne, liczba stałych pacjentów). To dodatkowe stanowisko w praktyce dentystycznej musi być już utworzone wcześniej i odpowiednim do tego bodźcem byłoby uprawnienie

praktyk do zatrudniania jednego stałego współpracownika;

10. brak zmiany przepisu art. 113 oraz towarzyszącej zmiany art. 63 ustawy o izbach lekarskich w zakresie dotyczącym wprowadzenia regulacji przewidującej umorzenie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej w sytuacji postępowania mediacyjnego zakończonego ugodą oraz umożliwiającym prowadzenie postępowania mediacyjnego jeszcze przed postawieniem zarzutów przez rzecznika odpowiedzialności zawodowej;

W obowiązującym stanie prawnym postępowanie mediacyjne może toczyć się z udziałem obwinionego, co literalnie wyklucza możliwość jego prowadzenia na wcześniejszym etapie postępowania tj. przed postawieniem lekarzowi zarzutów ponadto, w przypadku zakończenia postępowania mediacyjnego ugodą przepisy ustawy o izbach lekarskich nie pozwalają rzecznikowi odpowiedzialności zawodowej umorzyć postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, co podważa celowość prowadzonego (i zakończonego ugodą) postępowania mediacyjnego.

11. Projektowane w treści art. 115 ust. 2a ustawy o izbach lekarskich przekazanie wszelkich czynności przewidzianych w ustawie dla ministra właściwego do spraw zdrowia wobec Naczelnej Izby Lekarskiej oraz okręgowych izb lekarskich, w odniesieniu do Wojskowej Izby Lekarskiej Ministrowi Obrony Narodowej jest nieuzasadnione i negatywnie ocenione przez Wojskową Izbę Lekarską. Członkami Wojskowej Izby Lekarskiej są w znacznej części lekarze i lekarze dentyści, którzy nie pozostają w czynnej służbie wojskowej.

UWAGI SZCZEGÓŁOWE:

I dot. art. 1 projektu zmieniającego ustawę z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (wskazane w tej części jednostki redakcyjne odnoszą się do ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty):

1. w art. 3 ust. 8 pkt 9 weryfikacji uprawnień do dokonywania czynności za pomocą SMK osoby, która ukończyła co najmniej 10 semestrów z sześcioletnich jednolitych studiów magisterskich na kierunku lekarskim oraz osoby, która ukończyła co najmniej 8 semestrów z pięcioletnich jednolitych studiów magisterskich na kierunku lekarsko – dentystycznym, powinna dokonywać uczelnia medyczna a nie jak przewiduje projekt okręgowa izba lekarska właściwa ze względu na siedzibę uczelni;
2. w art. 5:
 - a. w ust. 1 lit. d należy wyrazy „dyplom lekarza lub lekarza dentysty” zastąpić wyrazami „dyplom ukończenia studiów na

kierunku lekarskim lub lekarsko-dentystycznym”;

- b. w ust. 3 i 4 należy dokonać zmian interpunkcyjnych w ten sposób, iż przy wyliczaniu po literze” b” we sformułowaniu „pkt 2 lit. a, b” należy dodać przecinek, usunąć słowo „albo” i usunąć przecinek po lit. d;

3. w art. 6:

- a. pożądanym byłoby pozostawienie uchylonego w nowelizacji ust. 10a, który przewiduje, iż w przypadku przyznania prawa wykonywania zawodu lekarza albo prawa wykonywania zawodu lekarza dentysty, o którym mowa w art. 5 ust. 7, art. 5f albo art. 7 ust. 2, w dokumencie „Prawo wykonywania zawodu lekarza” albo „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty” zamieszcza się odpowiednio informację o przyznaniu tego prawa w celu odbycia stażu podyplomowego na czas odbywania tego stażu albo na czas określony niezbędny do odbycia stażu adaptacyjnego albo przystąpienia do testu umiejętności. W szczególności, że przedmiotowa regulacja nie została przewidziana w innych przepisach nowelizacji, zaś informacje, których owa zmiana legislacyjna dotyczy, mają istotne znaczenie z punktu widzenia weryfikacji uprawnień zawodowych lekarzy i lekarzy dentystów;
- b. w ust. 6 pkt. 1 powinien otrzymać brzmienie:
„1) art. 5 ust. 1 pkt 1 i pkt 2 lit. a, b, d albo e oraz pkt 3-5 i ust. 2 albo”;
- c. ust. 10 powinien otrzymać brzmienie:
„10. Na podstawie złożonych dokumentów i oświadczeń, o których mowa w ust. 1-7, okręgowa rada lekarska przyznaje prawo wykonywania zawodu lekarza albo prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty na podstawie art. 5 ust. 1 albo ust. 7, albo art. 5f, albo art. 7 ust. 1, ust. 1a albo ust. 2 i wydaje dokument „Prawo wykonywania zawodu lekarza” albo „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty.”;

4. w art. 6c

- a. w ust. 5 pkt 2 proponuje się ujednolicić terminy składania wniosków, tak aby każdorazowo ostateczny termin ich składania wynosił 1,5 miesiąca, przed, tj. 31 sierpnia roku kalendarzowego, w którym przeprowadzany jest dany egzamin, a nie jak jest w projekcie 31 lipca. Podobne wyprzedzenie – 1,5 miesięczne zachowane jest przy innych egzaminach – LEK/LDEK i PES;
- b. w ust. 12 przewiduje się możliwość dołączenia odpisu dyplomu poświadczanego przez pełnomocnika będącego adwokatem lub radcą prawnym. Zaznaczyć należy, że wniosek generowany ze

strony CEM nie przewiduje możliwości ujawnienia występującego w imieniu lekarza/ lekarza dentystry pełnomocnika. Jednocześnie ust. 7 przewiduje konieczność podpisania wniosku własnoręcznie przez wnioskodawcę zainteresowanego zdaniem LEW/LDEW, więc możliwość występowania w sprawie pełnomocnika jest – z uwagi na wcześniejsze regulacje – wyłączona;

5. w art. 6d ust. 11 pkt 1 brakuje określenia w przepisie minimalnej kwoty wynagrodzenia członków Zespołów Egzaminacyjnych oraz Komisji, o której mowa w art. 6g ust. 2 (przepis przewiduje jedynie wynagrodzenie maksymalne);

6. w art. 7:

a. w art. 7 proponuje się odstąpienie od wprowadzania nowych ust. 2a-2k oraz usunięcie z projektu ustawy wszelkich zmian proponowanych, jako konsekwencja ich wprowadzenia do ustawy.

Projektowane przepisy art. 7 ust. 2-2k dotyczą uproszczonego dostępu lekarzy specjalistów do wykonywania zawodu w Polsce. W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej proponowane rozwiązania, z uwagi na zarówno zasadnicze założenia, jak również ich nieprecyzyjne opisanie w proponowanych przepisach mogą prowadzić do realnego zagrożenia dla bezpieczeństwa pacjentów. W przypadku nieuwzględnienia powyższego postulatu, należy w odniesieniu do ww. przepisów podnieść, że:

i. ust. 2a przewiduje możliwość przyznawania nowego, szczególnego prawa wykonywania zawodu. Zaznaczyć należy, że przepis ten nie powinien dawać lekarzowi prawa wykonywania zawodu, ale zezwolenie czasowe na wykonywanie zawodu w określonym zakresie i wyłącznie we wskazanym podmiocie leczniczym. Wprowadzenie powyższego rozróżnienia jest niezbędne, bowiem każdy lekarz, któremu zostało przyznane prawo wykonywania zawodu musiał przejść odpowiedni proces weryfikacji (np. poprzez nostryfikację), a nowe regulacje przewidują to w ograniczonym zakresie;

ii. ust. 2a nie wskazuje komu szczególne prawo wykonywania zawodu może być przyznane - wyłącznie cudzoziemcowi czy także obywatelowi RP lub z innego kraju UE. Określenie powyższego jest również niemożliwe z uwagi na systematykę przepisu, do którego wskazana regulacja została dodana. Zaznaczyć należy, że art. 7 ustawy w dotychczasowym brzmieniu dotyczy przyznawania prawa

wykonywania zawodu lekarzowi – cudzoziemcowi;

- iii. ust. 2a pkt 9 jako jeden z wymogów przyznania szczególnego prawa wykonywania zawodu przewiduje dokonanie oceny czy szkolenie specjalizacyjne, które odbyła osoba ubiegająca się o to prawo, odpowiadało w istotnych elementach merytorycznych programowi szkolenia specjalizacyjnego w RP. Dalsze przepisy nie określają kto i w oparciu o jakie kryteria określa spełnienie tego wymogu;
- iv. w ust. 2d i 2e nieuzasadnione jest wyróżnianie w tych przepisach obu grup zawodowych - lekarzy i lekarzy dentystów, bowiem ustawa ilekroć posługuje się zwrotem lekarz, to dotyczy to także lekarza dentysty;
- v. w ust. 2d zdanie drugie należy usunąć zwrot „określone w ust. 2d”;
- vi. ust. 2h przewiduje, że okręgowa rada lekarska dokonuje skreślenia lekarza z listy po otrzymaniu powiadomienia o negatywnej opinii lub rozwiązaniu umowy o pracę. Tymczasem zgodnie z art. 7 ust. 2 ustawy o izbach lekarskich skreślenia lekarza z listy członków dokonuje prezes okręgowej rady lekarskiej w drodze zarządzenia, a nie okręgowa rada lekarska;
- vii. ust. 2j przewiduje, że prawo wykonywania zawodu wygasa w wymienionych w nim przypadkach, co jest niespójne z treścią art. 14 ustawy, gdzie ustawodawca posłużył się sformułowaniem „utrąty prawa wykonywania zawodu z mocy prawa”, a nie jego wygaśnięciem;

7. w art. 7c:

- a. w ust. 1 w miejsce powołanych przepisów: art. 5 ust. 1 oraz art. 7 ust. 1, należy wymienić „art. 6 ust. 10”. Wskazać należy, że przewidziane w projekcie podstawy prawne nie dotyczą dokumentu prawa wykonywania zawodu, ale uprawnienia do wykonywania przez lekarzy i lekarzy dentystów swojego zawodu;
- b. w ust. 2 po wyrazach „Dokumenty „Prawo wykonywania zawodu lekarza” albo „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty”,” należy dodać wyrazy „w przypadku przyznania prawa wykonywania zawodu na podstawie,” i usunąć zwrot „o których mowa w”;

8. w art. 7d ust. 1 pkt 2 wyrazy „o których mowa w art. 7 ust. 1 pkt. 3-5” należy zastąpić wyrazami „o których mowa w art. 7 ust.1 pkt 2-5”;

9. w art. 9:

- a. ust. 2 pomimo negatywnie ocenionej przez samorząd lekarski zmiany polegającej na przekazaniu Naczelnej Radzie Lekarskiej kompetencji do przyjmowania zgłoszeń lekarzy tymczasowo i okazjonalnie wykonujących zawód, nie wprowadzono niezbędnych zmian w ust. 5-8 ustawy;
- b. ust. 7a przewiduje, że administratorem danych osobowych zawartych w rejestrze, o którym mowa w ust. 5, jest Naczelna Rada Lekarska, tymczasem w myśl art. 9 ust. 5, lekarz, lekarz dentysta, o którym mowa w ust. 2, z chwilą złożenia oświadczenia oraz dokumentów, o których mowa w ust. 2, zostaje wpisany do rejestru lekarzy tymczasowo i okazjonalnie wykonujących zawód prowadzonego przez właściwą okręgową radę lekarską;
- c. ust. 12 przewiduje, że zarówno Naczelna Rada Lekarska, jak i okręgowa rada lekarska, będą mogły oceniać tymczasowy i okazjonalny charakter wykonywania zawodu. Z uwagi na fakt, iż prowadzenie rejestru przeniesiono do Naczelnej Rady Lekarskiej, poszczególne okręgowe rady lekarskie nie będą mieć informacji o lekarzu wpisanym do tego rejestru, w tym wskazanych we wniosku danych, które pozwoliłyby ocenić wykonywanie zawodu przez lekarza wpisanego do tego rejestru;
- d. w ust. 14 odwołując się do rozdziału z ustawy o izbach lekarskich należy wskazać numer rozdziału pisany cyfrą arabską, bowiem ustawa o izbach lekarskich posługuje się taką numeracją;
- e. ust. 15 przewiduje obowiązek składania dokumentów, o których mowa w ust. 2, okręgowej radzie lekarskiej, podczas gdy ust. 2 w proponowanym brzmieniu przewiduje już obowiązek składania tychże dokumentów Naczelnej Radzie Lekarskiej – projektowana zmiana art. 9 ust. 15 jest zatem niespójna z opisanymi powyżej zmianami art. 9;

10. w art. 14a:

- a. w ust. 8 proponuje się, zgodnie ze stanowiskiem Nr 4/19/VIII NRL, zagwarantować 3 darmowe próby podejścia do LEK i LDEK. Dodatkowo w treści ust. 8 w zdaniu pierwszym należy kropkę zastąpić przecinkiem oraz dodać wyrazy „z zastrzeżeniem ust.

11.”;

b. w ust. 10 po wyrazie „zgłaszającego” należy dodać wyraz „się”;

11. w art. 15:

a. w ust. 1 wyrazy „intensywnej terapii” należy zastąpić wyrazami „anestezjologii i intensywnej terapii”;

b. w ust. 3 pkt 3 powinien otrzymać brzmienie:

„3) szkolenia z transfuzjologii klinicznej, bezpieczeństwa pacjenta, profilaktyki, diagnostyki i terapii”,

c. w ust. 4 pkt 2 powinien otrzymać brzmienie:

„2) szkolenia z transfuzjologii klinicznej, zakresu bezpieczeństwa pacjenta w tym profilaktyki, diagnostyki i terapii zakażeń w szczególności bakteriemii, zapalenia wsierdza, zapalenia kości oraz zakażeń przenoszonych drogą parenteralną;”.

Nie znajduje uzasadnienia wymienianie zakażeń HIV i HCV, których skala jest niewielka w porównaniu z zakażeniami wywoływanymi przez np.: wielolekooporne pałeczki Gram(-): CPE, czy inne drobnoustroje. Szkolenie z profilaktyki zakażeń w ramach stażu w dziedzinie chorób wewnętrznych czy peridontologii nie ma merytorycznego uzasadnienia.

d. ust. 6 gwarantuje lekarzowi w trakcie stażu podyplomowego urlop szkoleniowy, przy czym zaznaczyć należy, że może być on udzielany zarówno w części stałej, jak i spersonalizowanej stażu podyplomowego. Z uwagi na wprowadzony podział stażu, ww. przepis będzie znajdował zastosowanie wyłącznie w stosunku do lekarzy stażystów, a nie lekarzy dentyistów odbywających staż podyplomowy. W ramach stażu podyplomowego lekarzy dentyistów nie wyróżnia się poszczególnych części – stałej i spersonalizowanej. Należy dokonać zmiany przepisu w ten sposób, by zarówno lekarze, jak i lekarze dentyści odbywający staż podyplomowy mieli prawo do dni wolnych przeznaczonych na doskonalenie zawodowe;

12. w art. 15b:

a. ust. 1 powinien otrzymać brzmienie:

„1. Lekarz stażysta odbywa staż podyplomowy pod nadzorem lekarza posiadającego specjalizację, o której mowa w art. 64 ust. 1, albo tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny albo lekarza, który zaliczył w toku szkolenia specjalizacyjnego moduł podstawowy albo lekarza, który ukończył 3 rok szkolenia specjalizacyjnego w specjalizacjach jednolitych albo lekarza, który zdał Państwowy Egzamin Modułowy (PEM), zwanego dalej „opiekunem”. Lekarz dentyista może także odbywać staż podyplomowy pod nadzorem lekarza dentyisty wykonującego zawód przez okres co najmniej 5 lat, z zastrzeżeniem, że do stażu zawodowego lekarza nadzorującego nie wlicza się okresu realizowania stażu podyplomowego lekarza dentyisty.”.

b. ust. 3 pkt 12 przewidujący uprawnienie lekarza stażysty do pełnienia dyżurów medycznych towarzyszących innemu lekarzowi, pełniącemu dyżur samodzielnie stanowi, co do zasady pozytywną zmianę legislacyjną. Wątpliwości budzi

jednak w takiej sytuacji brak nadzoru, o którym mowa w art. 15b ust. 1, a nadto ustalenie odpowiedzialności za działania lub zaniechania owego lekarza stażysty w trakcie rzeczzonego dyżuru medycznego. Dodatkowo nie jest jasne jak w tej sytuacji ma być zapewniona przewidziana w art. 15b ust. 5 pkt 2 stała współpraca lekarza stażysty z opiekunem;

13. w art. 15c:

- a. ust. 8 pkt 1 w zakresie odnoszącym się do przewidzenia w projekcie ustawy, iż szkolenie w ramach stażu podyplomowego z bezpieczeństwa pacjenta, w tym profilaktyki zakażeń, w szczególności HIV, diagnostyki i leczenia AIDS, diagnostyki i leczenia HCV, będzie miało zapewnić regionalne centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa, stanowi daleko idące ograniczenie co do możliwości wyboru podmiotów uprawnionych do przeprowadzania szkoleń w tym zakresie. Tym bardziej, że w praktyce owe szkolenia prowadzone są przez inne duże jednostki, nie zaś tylko przez regionalne centra krwiodawstwa i krwiolecznictwa;
- b. ust. 8 pkt 2 nakłada na okręgowe izby lekarskie obowiązek zapewnienia szkoleń w ramach stażu podyplomowego w zakresie komunikacji z pacjentem i zespołem terapeutycznym, oraz przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu, orzecznictwa lekarskiego, prawa medycznego, w tym bioetyki oraz zdrowia publicznego, w sytuacji gdy na dzień dzisiejszy obowiązki w tym zakresie ciążyą na innym podmiocie tj. marszałku województwa. W sytuacji zatem przypisania dodatkowych obowiązków dla okręgowych izb lekarskich w powyższym zakresie, w ustawie winny znaleźć się również informacje odnośnie wskazania źródeł finansowania umożliwiających realizację powyższego obowiązku;

14. w art. 15d ust. 4 przewidziane w tym przepisie informacje odnośnie publikacji naukowych i uczestnictwa w prowadzeniu działalności pożytku publicznego w sferze ochrony i promocji zdrowia winny wynikać z zaświadczenia wydawanego przez uczelnię medyczną. W przeciwnym bowiem razie nie będzie możliwości sprawnego ustalenia podstaw do podwyższenia średniej ocen uzyskanej w toku studiów o wartości wskazane w komentowanym przepisie;

15. w art. 15e ust. 1 pkt 2 pominięto grupowe specjalistyczne praktyki lekarzy dentyków jako podmioty prowadzące staż podyplomowy;

16. art. 15g ust. 2 i art. 15h ust. 3 określają tryb powoływania

koordynatora i opiekuna stażu. Wskazano, że jest nim lekarz, który prowadzi praktykę, przy czym zaznaczyć należy, że powołany przepis odsyła zarówno do indywidualnych, jak i grupowych praktyk lekarskich. W tych ostatnich jest co najmniej 2 lekarzy, którzy prowadzą tę praktykę. Z uwagi na powyższe, należałoby wskazać sposób wyboru koordynatora/opiekuna gdy staż podyplomowy jest realizowany w grupowej praktyce lekarskiej;

17. w art. 15i ust. 4 należy powołać prawidłowy tytuł ustawy, tj. ustawę z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1471 i 1565). Jednocześnie wskazać należy, że wynagrodzenie wynikające z tej ustawy określane jest na dzień 1 lipca każdego roku (zasada powyższa obowiązuje do końca grudnia 2021 r.);
18. w art. 15j:
 - a. w ust. 4 po wyrazach „Do wniosku” należy dodać wyrazy „, o którym mowa w ust. 3”;
 - b. w ust. 16 należy wykreślić wyrazy „poświadczonym przez notariusza”;
19. art. 15k ust. 2 wskazuje jako jedyny dopuszczalny cel przetwarzania danych określonych w tym przepisie (np. dane dotyczące powodów i okresów absencji w pracy, informacji o trybie rozwiązania umowy o pracę, itd.) – finansowanie stażu podyplomowego, przedłużenie stażu podyplomowego i nadzór nad odbywaniem stażu podyplomowego, a tymczasem – z uwagi chociażby na odbywanie stażu podyplomowego na podstawie umowy o pracę – konieczne jest zastrzeżenie dopuszczalności przetwarzania omawianych danych także w celach ewidencyjnych związanych chociażby z prowadzeniem dokumentacji pracowniczej. Komentowany przepis powinien zatem dopuszczać również możliwość przetwarzania danych w sytuacjach przewidzianych w odrębnych przepisach prawa;
20. w art. 15m ust. 2 proponuje się nadać brzmienie:

„2. Lekarz stażysta, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, odbywa staż podyplomowy na stanowisku lekarza stażysty albo lekarza dentysty stażysty, na które zostaje wyznaczony przez właściwy organ wojskowy w porozumieniu z Wojskową Radą Lekarską.”.

Brzmienie przepisu zawarte w opiniowanym projekcie odbiera Radzie Lekarskiej Wojskowej Izby Lekarskiej kompetencje do uczestniczenia w procesie kierowania lekarzy będącymi żołnierzami na staż podyplomowy, a co za tym idzie zmniejsza transparentność tego procesu;
21. w art. 16 ust. 7 możliwość uznania dorobku naukowego i zawodowego lekarza, o którym mowa w ust. 4 – 6 za równoważny ze

zrealizowaniem przez niego w części albo w całości szczegółowego programu modułu specjalistycznego albo jednolitego nie określa jakichkolwiek kryteriów, w oparciu o które owe uznanie będzie następować (decyzja będzie miała charakter uznaniowy). Powyższe rodzić będzie wątpliwości, co do jednakowego traktowania wszystkich zainteresowanych lekarzy;

22. w art. 16c:

- a. w ust. 1a należy dokonać zmiany terminów naboru na specjalizacje i składania wniosków zgodnie z propozycjami zawartymi w stanowisku Nr 1/19/VII NRL. Pozostawienie aktualnie obowiązujących terminów utrzymuje w mocy patologiczne zjawisko konieczności korzystania przez lekarzy z zasiłku dla bezrobotnych;
- b. w ust. 1c należy ocenić negatywnie obowiązek wskazywania województwa we wniosku o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego gdyż czyni to z zasady nabór nieogólnopolskim. NRL podtrzymuje propozycje dotyczące sposobu przeprowadzenia postępowania kwalifikacyjnego zawarte w stanowisku Nr 4/19/VIII NRL;
- c. w ust. 10 wskazano na możliwość otrzymania dodatkowych punktów w procesie kwalifikacyjnym m.in. za list intencyjny od dyrektora jednostki wskazującego gwarancję zatrudnienia konkretnego kandydata. Rozwiązanie takie należy uznać za niewłaściwe, wypaczające sprawiedliwość w procesie rekrutacyjnym;

23. w art. 16e nie zapewniono minimum rocznego wyprzedzenia w planowaniu wolnych miejsc szkoleniowych. Nie sprzyja to kreowaniu życia zawodowego lekarzom i lekarzom dentystom i jest niezrozumiałe dla opiniujących. W modelu ideowym już student medycyny powinien znać planowaną na 10 lat strategię państwa co do przyznawania rezydentur i miejsc szkoleniowych, uzależnioną od potrzeb państwa oraz wniosków środowiska lekarskiego;

24. w art. 16f:

- a. w ust. 3 pkt 2 należy utrzymać kursy z zakresu zdrowia publicznego, prawa medycznego i ratownictwa w trakcie szkolenia specjalizacyjnego. Wskazać należy, że posiadanie aktualnej wiedzy w tych obszarach przez lekarzy jest niezbędne do bezpiecznego wykonywania zawodu. Co więcej, fakt odbycia ww. kursów w ramach stażu podyplomowego nie zastępuje tych

kursów w dalszym rozwoju zawodowym lekarza. Proponuje się, by te kursy w ramach stażu podyplomowego mogły być realizowane w formie e-learningowej. Podkreślić należy, że lekarz w trakcie specjalizacji zdobywa doświadczenie i również z tej perspektywy jest w stanie uczestniczyć i oceniać przekazywaną mu wiedzę. Ww. kursy realizowane w trakcie stażu podyplomowego pozwalają przekazać lekarzowi, który wchodzi do zawodu, najważniejsze zagadnienia. Jednakże to lekarz w trakcie specjalizacji, mający już doświadczenie w kontakcie z pacjentem i otaczającą go rzeczywistością, jest w stanie lepiej zrozumieć przedstawiane mu zagadnienia w tych obszarach;

- b. ust. 3 pkt 3 w zakresie przewidującym, iż program specjalizacji zawiera okres trwania szkolenia specjalizacyjnego, z uwzględnieniem zakresu i co najmniej okresu 6 miesięcy szkolenia specjalizacyjnego odbywanego w szpitalu pierwszego i drugiego stopnia podstawowego poziomu zabezpieczenia zdrowotnego, stanowi realne zagrożenie niemożliwości wykonania tego zadania z powodu braku wystarczającej ilości miejsc szkoleniowych w szpitalach pierwszego i drugiego stopnia podstawowego poziomu zabezpieczenia zdrowotnego;

25. w art. 16h:

- a. ust. 10-12 - projekt zakłada dodanie do art. 16h przepisów ust. 10-12 pomimo, że art. 16h w obecnym brzmieniu zawiera już ust. 10 i 11;
- b. ust. 12 wskazuje jako jedyny dopuszczalny cel przetwarzania danych określonych w tym przepisie (np. dane dotyczące powodów i okresów absencji w pracy, informacji o trybie rozwiązania umowy o pracę, itd.) – finansowanie szkolenia specjalizacyjnego, przedłużenie szkolenia specjalizacyjnego i nadzór nad odbywaniem szkolenia specjalizacyjnego, a tymczasem – z uwagi chociażby na odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w ramach rezydentury na podstawie umowy o pracę – konieczne jest zastrzeżenie dopuszczalności przetwarzania omawianych danych także w celach ewidencyjnych związanych chociażby z prowadzeniem dokumentacji pracowniczej. Komentowany przepis powinien zatem dopuszczać również możliwość przetwarzania danych w sytuacjach przewidzianych w odrębnych przepisach prawa;

26. w art. 16i:

- a. w ust. 1e przewiduje się przedłużenie okresu szkolenia specjalizacyjnego o czas nieobecności lekarza – niejasne jest czy przedłużenie następuje na okres powyżej 24 miesięcy czy na cały okres niemożności udzielania świadczeń (niewykonywania czynności zawodowych);
- b. w ust. 9 wyrazy „w trybie rezydentury” należy zastąpić wyrazami „w trybie rezydenckim”;
- c. ust. 10 budzi wątpliwości czy przewidziane w jego treści rozwiązanie dotyczy dyżurów w ramach programu specjalizacji czy innych – niewynikających z tego programu specjalizacji;
- d. ust. 11 przewiduje, że różnicę wynagrodzenia między kosztem pełnienia dyżurów medycznych przez lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydentury i środkami finansowymi przekazanymi przez ministra właściwego do spraw zdrowia pokrywa podmiot leczniczy, w którym lekarz odbył dyżur medyczny. Tymczasem wskazane byłoby przekazywanie na ten cel środków przez Ministerstwo Zdrowia. Ministerstwo winno przekazywać ilość środków niezbędnych dla kształcenia lekarzy i lekarzy dentystów w tym środki na pełnienie dyżurów medycznych. Przekazywane środki powinny w pełni pokrywać koszty kształcenia lekarzy i lekarzy dentystów w trakcie kształcenia specjalizacyjnego ponoszone przez podmiot kształcący;

27. w art. 16j ust. 3 powinien otrzymać brzmienie:

„3. Lekarz, który odbywa szkolenie specjalizacyjne w ramach rezydentury, otrzymuje zasadnicze wynagrodzenie miesięczne ustalane przez ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku za ubiegły rok, ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej "Monitor Polski", w drodze obwieszczenia, do dnia 15 stycznia każdego roku, w wysokości nie mniejszej niż 200% tego wynagrodzenia.”;

28. w art. 16m:

- a. w art. 16m należy zastąpić sformułowanie „dodatek do wynagrodzenia” określeniem „dodatkowe wynagrodzenie miesięczne za pełnienie funkcji kierownika specjalizacji”;

Uwaga ta podyktowana jest obawami środowiska lekarzy dentystów, którzy pełniąc funkcję kierownika specjalizacji w indywidualnych praktykach lekarskich nie otrzymują wynagrodzenia sensu stricto, lecz wypracowują zysk w ramach prowadzonej działalności gospodarczej;

- b. ust. 1a powinien otrzymać brzmienie:

„1a Kierownikowi specjalizacji, z zastrzeżeniem ust. 1d, przysługuje dodatkowe

wynagrodzenie miesięczne w wysokości 1000 zł brutto za każdego lekarza odbywającego pod jego kierunkiem szkolenie specjalizacyjne, z wyłączeniem okresu nieobecności, o którym mowa w art. 16l ust. 1, 2 i 4. W przypadku skierowania do odbycia modułu podstawowego, dodatkowe wynagrodzenie otrzymuje lekarz pełniący funkcję kierownika specjalizacji w jednostce uprawnionej do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w module podstawowym. Nie nalicza się dodatkowego wynagrodzenia za okres dłuższy niż 30 kolejnych dni braku sprawowania przez kierownika specjalizacji bezpośredniego nadzoru nad lekarzem odbywającym szkolenie specjalizacyjne.”;

- c. ust. 1b dotyczy umowy zawieranej między wojewodą a kierownikiem podmiotu prowadzącego szkolenie specjalizacyjne, podczas gdy stroną tej umowy jest podmiot prowadzący to szkolenie a nie jego kierownik;
- d. ust. 1c powinien otrzymać brzmienie:
„1c Środki przeznaczone na finansowanie dodatkowego wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 1a, kierownik podmiotu prowadzącego szkolenie specjalizacyjne przekazuje na podstawie umowy, o której mowa w ust. 1, zawartej z kierownikiem specjalizacji albo lekarzem pełniącym funkcję kierownika specjalizacji w jednostkach uprawnionych do szkolenia specjalizacyjnego w module podstawowym, chyba że kierownik podmiotu prowadzącego szkolenie specjalizacyjne w formie indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej pełni jednocześnie funkcję kierownika specjalizacji.”;
- e. ust. 1d powinien otrzymać brzmienie:
„1d Koszty związane z finansowaniem dodatkowego wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 1a w przypadku specjalizacji odbywanej przez lekarza będącego żołnierzem w czynnej służbie wojskowej, a także lekarza zatrudnionego w podmiocie leczniczym utworzonym i nadzorowanym przez Ministra Obrony Narodowej albo komórce lub jednostce organizacyjnej mu podległej, pokrywa Minister Obrony Narodowej ze środków budżetu państwa, których jest dysponentem. Środki przeznaczone na ten cel są przekazywane na podstawie umowy zawartej pomiędzy Ministrem Obrony Narodowej a podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne. Umowa ta określa wysokość i przeznaczenie środków oraz sposób ich rozliczania.”;
- f. ust. 6 przewiduje, że kierownik specjalizacji niezwłocznie aktualizuje szczegółowy plan szkolenia w przypadku braku możliwości realizacji poszczególnych elementów szkolenia w uprzednio ustalonych terminach. Przepisy powinny przy tym umożliwiać również możliwość dokonywania aktualizacji planu szkolenia w przypadku zmiany miejsca odbywania kursów i staży kierunkowych, co proponowane brzmienie przepisu uniemożliwia;
- g. ust. 7 przewiduje możliwość potwierdzania, za pomocą SMK, zrealizowanie rocznych planów szkolenia specjalizacyjnego oraz całości szkolenia specjalizacyjnego zgodnie z programem specjalizacji przez kierownika podmiotu leczniczego (który nie musi być lekarzem) w przypadku nieobecności kierownika

specjalizacji, takie rozwiązanie wydaje się niewłaściwe;

29. w art. 16pb ust. 2 należy wprowadzić rozwiązanie podobne jak przy opłatach za LEK/LDEK, gdzie przewidziany jest termin 5 dni roboczych na dokonanie opłaty;
30. art.16pf ust. 4 przewiduje, że uwzględnione zastrzeżenie do pytania testowego, powoduje obniżenie punktacji w stosunku do tego lekarza, który złożył zastrzeżenie. Wydaje się, że obniżenie w przypadku wadliwości pytania winno nastąpić w stosunku do wszystkich zdających PEM;
31. art. 16w ust. 7 przewiduje wydanie dyplomu PES przez dyrektora CEM po uzyskaniu określonych w tym przepisie dokumentów. Zawarty w tym przepisie wymóg uzyskania przez dyrektora CEM potwierdzenia zakończenia szkolenia specjalizacyjnego jest zbędny, bowiem jest on weryfikowany na wcześniejszym etapie – po złożeniu wniosku o przystąpienie do PES (zgodnie z art. 16r ust. 12);
32. w art. 17 brak definicji umiejętności. Umiejętności powinny być tworzone w oparciu o czynności, których wykonywanie jest dostępne więcej niż jednej specjalności lub lekarzom bez specjalizacji. Należy w ustawie określić, w jaki sposób potwierdza się uzyskanie umiejętności - powinien to być egzamin jednolity dla całego kraju, co może stać się problemem kiedy szkolenie w zakresie umiejętności będą prowadzić 2 lub więcej towarzystw naukowych. Art. 17 ust. 2, 3 i 24 nie wskazują, by umiejętności były przypisane do 1 towarzystwa naukowego i w efekcie mogą powstać bardzo zróżnicowane programy, formy zaliczenia i certyfikaty przy tej samej nazwie umiejętności. Dodatkowo należałoby wskazać, że chodzi o „posiadanie umiejętności zawodowych nieobjętych programem posiadanych przez tego lekarza specjalizacji”. Należy wyraźnie wskazać w ustawie, że uzyskiwanie przez lekarza certyfikatów umiejętności może dotyczyć tylko kompetencji, których nie obejmują posiadane przezeń specjalizacje. Bez tego warunku tworzenie umiejętności i ich wymaganie, także przez płatników, może stać się powszechne i zastępować specjalizacje;
33. w art. 17 ust. 2 sformułowanie „wpisane do rejestru prowadzonego w formie ewidencyjno-informatycznej przez dyrektora CMKP” powinno dotyczyć obu przewidzianych w tym ustępie punktów, a nie tylko punktu drugiego. Dalsze postanowienia tego przepisu przewidują, że do rejestru wpisywane są zarówno towarzystwa naukowe, jak i państwowe instytuty badawcze;

34. w art. 18:

- a. w ust. 4 użyto sformułowania „okres rozliczeniowy”, przy czym nie wyjaśniono jak go liczyć w kontekście regulacji przewidzianych w ust. 3 (tj. wymienionych grup lekarzy lub sytuacji, w których się znajdują);
- b. w ust. 5 w zdaniu drugim wyrazy „lekarz i lekarz dentysta” należy zastąpić wyrazem „lekarz”;
- c. ust. 5 w zakresie, w jakim przyznaje 6 dni płatnych na samokształcenie lekarzowi i lekarzowi dentyście zatrudnionemu w ramach umowy o pracę, który nie realizuje w danym roku kalendarzowym szkolenia specjalizacyjnego, dyskryminuje tych lekarzy i lekarzy dentystów, którzy wykonują zawód na innej niż umowa o pracę podstawie prawnej (dotyczy lekarzy zatrudnionych na kontraktach, wykonujących zawód w ramach działalności gospodarczej np. na podstawie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia);
- d. ust. 6 przewidujący obowiązek powiadamiania przez okręgową radę lekarską, za pomocą SMK, lekarza o braku dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego, stanowi nadmierne obciążenie dla samorządu lekarskiego, biorąc pod uwagę dużą liczbę członków okręgowych izb lekarskich. W szczególności w kontekście rozwiązania przyjętego w ust. 2 tego artykułu, a mianowicie potwierdzania za pomocą SMK przez okręgową radę lekarską dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów, a które to rozwiązanie uznać należy za wystarczające. Nadto należy zwrócić uwagę, że nie każdy lekarz, lekarz dentysta ma obecnie konto w SMK;

35. art. 19:

- a. ust. 1 pkt 1 przewiduje niekorzystne ograniczenie (zawężenie) kręgu podmiotów uprawnionych do prowadzenia szkoleń bez wpisu do rejestru podmiotów prowadzących ustawiczny rozwój zawodowy lekarzy i lekarzy dentystów;
- b. ust. 4 przewidujący obowiązek przekazywania okręgowej radzie lekarskiej przez podmioty prowadzące ustawiczny rozwój zawodowy lekarzy i lekarzy dentystów informacji o dopełnieniu przez lekarza obowiązku ustawicznego rozwoju zawodowego, nie wskazuje jakie konkretnie dane będą w tym zakresie przewidywane. Określenie zakresu przedmiotowego owych

informacji powinno nastąpić na szczeblu ustawowym;

- c. ust. 5 przewiduje obowiązek po stronie lekarza niezwłocznego przekazywania okręgowej radzie lekarskiej informacji o zrealizowanym obowiązku ustawicznego rozwoju zawodowego w przypadku dopełnienia przez lekarza obowiązku ustawicznego rozwoju zawodowego w formie innej niż przy udziale podmiotów, o których mowa w art. 19 ust. 1, w związku z czym powstaje wątpliwość czy lekarz ten będzie zobowiązany w takim przypadku na bieżąco zgłaszać okręgowej radzie lekarskiej informacje o realizacji przedmiotowego obowiązku, czy może po zakończeniu jakiegoś okresu, w czasie którego ma zebrać określoną liczbę punktów. Przy przyjęciu zaś pierwszego rozwiązania, powstaje wątpliwość kiedy okręgowa rada lekarska realizuje obowiązek przewidziany w art. 18 ust. 2 i 6. Kwestie te powinny być określone na szczeblu ustawowym;
- 36. w art. 19f ust. 2 dodany punkt 12 przewiduje dokument pn. zakładowy plan realizacji szkolenia. Przepisy nie definiują kto jest zobowiązany do jego wydania, co powinien taki dokument zawierać;
- 37. w art. 19g ust. 4c nie jest jasne czy przewidziane rozwiązanie ma umożliwić lekarzom dentystom nieodbywającym specjalizacji uczestnictwo w kursach organizowanych dla lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne;
- 38. w art. 21:
 - a. definicja eksperymentu medycznego nie rozróżnia badań interwencyjnych od badań obserwacyjnych; ponadto przepis art. 21 i następne nie daje odpowiedzi jak kwalifikować interwencje o nieudowodnionej skuteczności w praktyce klinicznej opisane w artykule 37 Deklaracji Helsińskiej. Podczas leczenia pacjenta tam, gdzie sprawdzone interwencje nie istnieją lub też okazały się nieskuteczne, lekarz, po zasięgnięciu porady eksperta i uzyskaniu świadomej zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, może zastosować interwencję o nieudowodnionej skuteczności, jeśli w ocenie lekarza daje ona nadzieję na ratowanie życia, przywrócenie zdrowia lub przyniesienie ulgi w cierpieniu. Następnie interwencja taka powinna stać się przedmiotem badań naukowych mających na celu ocenę jej bezpieczeństwa i skuteczności. We wszystkich przypadkach nowe informacje powinny być rejestrowane i tam, gdzie jest to stosowne, powinny zostać udostępnione publicznie;

- b. w ust. 3 konieczne jest zdefiniowanie ryzyka minimalnego zgodnie z charakterystyką opracowaną w USA – ryzyko minimalne to ryzyko, którego prawdopodobieństwo wystąpienia oraz wielkość szkody możliwej do przewidzenia w danym eksperymencie nie jest większe od tego, które zwykle towarzyszy rutynowym badaniom lekarskim lub laboratoryjnym;
 - c. w ust. 4 w przypadku badań naukowych materiału biologicznego zagrożenia są inne, niż przy innych eksperymentach medycznych i te odmienne zagrożenia należałoby zdefiniować;
39. w art. 23 ust. 1 przewiduje się, że eksperymentem medycznym może kierować wyłącznie lekarz posiadający specjalizację. Takie rozwiązanie przekreśli możliwość prowadzenia eksperymentów przez lekarzy w trakcie przewodu doktorskiego, którzy najczęściej równocześnie odbywają specjalizację. Dotychczasowe doświadczenie komisji bioetycznej pokazuje, że znacząca część eksperymentów medycznych, prowadzonych w oparciu o regulację ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, jest prowadzona przez doktorantów. W ten sposób lekarze uzyskują materiał do pracy doktorskiej, poszerzając swój dorobek naukowy. Przyjęte w projekcie rozwiązanie uniemożliwi tej grupie kierowanie, a więc także prowadzenie, eksperymentów medycznych. Biorąc pod uwagę wyróżniane przez ustawę rodzaje eksperymentów medycznych – lecznicze i badawcze, jak i ich definicje, zawężenie grupy lekarzy uprawnionych do kierowania eksperymentami wyłącznie do lekarzy specjalistów, nie znajduje jakiegokolwiek uzasadnienia. Tym bardziej, że wniosek podlega ocenie komisji bioetycznej, która opiniując go, bierze pod uwagę m.in. warunki prowadzenie eksperymentu, jego celowość i wykonalność, także przez pryzmat osoby, która ten wniosek złożyła. W tym kontekście należy treść przepisu doprecyzować wskazując, że odpowiedniość kwalifikacji kierownika badania ocenia niezależna komisja bioetyczna;
40. w art. 23a - wydaje się, że eksperymenty badawcze obarczone ryzykiem nie większym niż minimalne i minimalnym obciążeniem mogłyby być prowadzone zgodnie z art. 17 ust. 1 i 2 Europejskiej Konwencji Bioetycznej w odniesieniu do wszystkich grup osób wymienionych w pkt 1-5. Gdyby przyjęto rozwiązanie zawarte w projekcie to konieczne byłoby dodanie tu grupy osób zdolnych do wyrażenia samodzielnej zgody, ale takich co do których istnieje

uzasadniona obawa, że zgody mogą udzielić pod wpływem niedozwolonych nacisków zamiast pkt 3 i 4:

41. art. 23b ust. 3 przewiduje zakaz pobierania przez podmiot przeprowadzający eksperyment medyczny od jego uczestnika, jego przedstawiciela ustawowego oraz osoby, której skutki eksperymentu mogą bezpośrednio dotknąć, opłat za udział w tym eksperymentcie. W żadnych międzynarodowych wytycznych takiego zakazu nie ma. Zakaz taki jest zbyt rygorystyczny zwłaszcza jeśli nie zostanie dookreślona w ustawie kwestia interwencji o nieudowodnionej skuteczności w praktyce klinicznej. Proponowany zapis wykluczy np. możliwość leczenia ludzi bakteriofagami, w której to dziedzinie Polska ma duże osiągnięcia a bakteriofagi są znacznie lepszą metodą zwalczania bakterii niż antybiotyki. Kwestia dopuszczalności w niektórych przypadkach pobierania opłat powinna zostać pozostawiona niezależnej komisji bioetycznej;

42. w art. 23c:

- a. ust. 1 przewiduje obowiązek zawarcia przez podmiot przeprowadzający eksperyment medyczny umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, co jednak w przypadku eksperymentu badawczego, w którym uczestnictwo nie jest związane z ryzykiem, wydaje się nieuzasadnione podobnie jak w przypadku badań materiału biologicznego;
- b. ust. 2 opisuje sytuację, którą trudno nazwać eksperymentem medycznym. Eksperyment medyczny to badanie z protokołem, grupą kontrolną, zaślepieniem, randomizacją a działanie opisane w przedmiotowym przepisie to interwencja o nieudowodnionej skuteczności bo jednostkowa, co paradoksalnie czyni takie działanie jeszcze bardziej ryzykownym;

43. w art. 24:

a. ust. 2 pkt 7 powinien otrzymać brzmienie:

„7) wszelkie przewidywane dane odnoszące się do dalszego użycia wyników eksperymentu medycznego, danych oraz materiału biologicznego zgromadzonego w jego trakcie, w tym jego użycia dla celów komercyjnych przy czym informacje dotyczące zamiaru pobrania materiału biologicznego obejmują:

- a. cel w jakim będzie on wykorzystywany;
- b. ryzyko i obciążenia związane z gromadzeniem, przechowywaniem i wykorzystywaniem danych i materiału;
- c. rodzaj danych i materiału, jakie mają być gromadzone;
- d. procedury zwrotnego przekazywania wyników, w tym o

- przypadkowo wykrytych informacjach dotyczących zdrowia,
- e. zasady dostępu do miejsc przechowywania materiału (biobanków);
- f. informacje, w jaki sposób chroniona jest prywatność;
- g. informacje, że jeżeli dane i materiał staną się całkowicie anonimowymi, dawca nie będzie mógł się dowiedzieć, co się dzieje z jego danymi lub materiałem oraz że nie będzie miał możliwości wycofania swojej zgody;
- h. informacje o sposobie przekazywania danych i/lub materiału do innych instytucji lub państw trzecich, o ile może to mieć zastosowanie.”;

b. ust. 4 powinien otrzymać brzmienie:

„4. W przypadku gdy natychmiastowe przerwanie eksperymentu medycznego mogłoby spowodować niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia jego uczestnika, osoba przeprowadzająca eksperyment medyczny ma obowiązek go o tym poinformować podczas procedury uzyskiwania świadomej zgody na uczestniczenie w eksperymencie.”;

44. w art. 25:

- a. ust. 1 nakazujący uzyskanie zgody wszystkich osób, których skutki eksperymentu medycznego mogą bezpośrednio dotknąć budzi wątpliwości w odniesieniu do badania ludzkiego materiału biologicznego, których skutki mogą bezpośrednio dotyczyć wielu osób;
- b. ust. 5 wyłącza stosowanie art. 156 ustawy Kodeks rodzinny i opiekuńczy, co budzi wątpliwości z uwagi na przyjęte założenie, że udział osoby ubezwłasnowolnionej w eksperymencie medycznym nie stanowi ważniejszej sprawy dotyczącej tej osoby w rozumieniu Kodeksu. Jednocześnie wskazać należy, że przy małoletnim uczestniku eksperymentu przyjęto, że wymagane jest uzyskanie zgody obojga rodziców, jako sprawy istotnej dotyczącej dziecka;

45. art. 25a powinien zostać uzupełniony o zobowiązanie do niezwłocznego uzyskania zgody na kontynuowanie udziału uczestnika w eksperymencie medycznym w sytuacji ,w której uczestnik uzyska zdolność do działania z rozeznanem;

46. w art. 26 ust. 3 powinien otrzymać brzmienie:

„3. Stosowanie placebo jest dopuszczalne jedynie, gdy nie ma żadnych metod o udowodnionej skuteczności albo jeżeli wycofanie lub wstrzymanie takich metod nie stanowi dodatkowego ryzyka doznania poważnej lub nieodwracalnej szkody w wyniku nieotrzymania najlepszej sprawdzonej interwencji lub niedopuszczalnego obciążenia dla

uczestnika.”;

47. art. 27 ust. 2 powinien otrzymać brzmienie:

„2. Podmiot prowadzący eksperyment leczniczy ma obowiązek przerwać go, jeżeli w czasie jego trwania wystąpi zagrożenie zdrowia uczestnika przewyższające spodziewane dla niego korzyści.”;

48. art. 29:

- a. ust. 4 zawęży krąg osób mogących zostać powołanymi do składu komisji bioetycznej na skutek przewidzenia, iż osoby te oprócz posiadania wysokiego autorytetu moralnego i wysokich kwalifikacji specjalistycznych muszą dodatkowo posiadać znaczące doświadczenie w sprawach z zakresu eksperymentów medycznych. Cecha ta mogłaby natomiast być co najwyżej pożądana, aby nie zawężyć znacząco kręgu osób uprawnionych;
- b. ust. 10 pkt 2 narusza niezależność członków komisji i może być wykorzystywany do wywierania nacisków na członków komisji. Tylko nagminne uchylanie się od wypełniania obowiązków członka i uczestniczeniu w pracach komisji powinno być uzasadnionym powodem odwołania członka;
- c. ust. 13 określa osoby uprawnione do udziału w posiedzeniu komisji bioetycznej – wszystkie te osoby powinny mieć obowiązek złożenia oświadczenia o zachowaniu bezstronności i poufności;
- d. w ust. 15 należy w pkt 3 kropkę zastąpić przecinkiem oraz dodać pkt 4 w brzmieniu:
„4) eksperci zewnętrzni opiniujący projekt eksperymentu medycznego.”;
- e. w ust. 18 mowa o aktach sprawy – termin ten nie został zdefiniowany brak zatem pewności jaką dokumentację ma przekazać komisja bioetyczna wraz z odwołaniem do Odwoławczej Komisji Bioetycznej;
- f. ust. 21 wskazujący zasady przechowywania dokumentacji eksperymentu medycznego oraz materiałów z posiedzeń komisji bioetycznej i Odwoławczej Komisji Bioetycznej przewiduje 20-letni okres przechowywania w/w dokumentacji (liczony od końca roku kalendarzowego, w którym została wydana ostateczna uchwała w sprawie wydania opinii), tymczasem w myśl art. 37r ust. 4 ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2019 r., poz. 499) komisja bioetyczna przechowuje dokumentację dotyczącą badania klinicznego przez okres 5 lat od początku roku kalendarzowego następującego po roku, w którym zakończono

badanie kliniczne. W zakresie odnoszącym się do okresu przechowywania dokumentacji dotyczącej badania klinicznego, wskazane wyżej regulacje przewidują dwa odmienne okresy przechowywania tejże dokumentacji, co winno zostać skorygowane. Dodatkowo należy wskazać, że początek biegu terminu przechowywania dokumentacji powinna wyznaczać data powiadomienia komisji bioetycznej o zakończeniu prowadzenia eksperymentu medycznego;

g. w ust. 23 wyraz „opis eksperymentu” należy zastąpić wyrazami „protokół eksperymentu”;

49. w art. 29a ust. 2 w odniesieniu do badań naukowych ludzkiego materiału biologicznego należy wskazać, że badania tego rodzaju są prowadzone przez wiele lat, po pobraniu LMB, zabezpieczeniu i przechowywaniu w biobankach. Do realizacji większości z tych badań wykorzystywana jest tzw. szeroka zgoda uzyskiwana od ofiarodawcy LMB w momencie jego pobierania. Komisje bioetyczne muszą mieć wpływ na zakres informacji przekazywanych ofiarodawcom LMB w momencie wyrażania zgody, w przeciwnym przypadku wiele badań LMB zgłaszanych komisji będzie odrzucanych z powodu braku właściwej zgody na ich realizację. Poszukiwanie po 5 albo 10 latach ofiarodawcy LMB by wyraził zgodę na każde nowe badanie jest znacznie bardziej skomplikowane w realizacji niż dobrze opracowana szeroka zgoda;
50. w art. 39 ust. 2 zastrzeżenia budzi nałożenie na podmiot leczniczy obowiązku wskazania lekarza lub podmiotu wykonującego działalność leczniczą, który zapewni realną możliwość wykonania świadczenia. Po pierwsze, skoro projektodawca (w pełni słusznie) zakłada, że obowiązek wskazania realnych możliwości uzyskania przez pacjenta świadczenia, którego lekarz nie wykona z uwagi na sprzeciw sumienia, nie spoczywa na lekarzu, to zasadne byłoby nie umieszczać regulacji prawnej w tym zakresie w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Zgodnie z art. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, ustawa ta powinna określać jedynie zasady i warunki wykonywania zawodów lekarza i lekarza dentysty. Regulacja prawna nakładająca na podmiot leczniczy obowiązek zapewniania pacjentom realnych gwarancji uzyskania świadczenia zdrowotnego nie mieści się w zakresie regulacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Po drugie, Naczelna Rada Lekarska stoi na stanowisku, że nałożenie obowiązku wskazania realnych możliwości

uzyskania świadczenia zdrowotnego na podmiot leczniczy zatrudniający lekarza, który korzysta z klauzuli sumienia, będzie w praktyce trudne do zrealizowania przez ten podmiot. Podmiot leczniczy nie będzie dysponował dostateczną wiedzą, gdzie można aktualnie uzyskać dane świadczenie. Podmiot leczniczy nie zna przecież treści oświadczeń składanych przez lekarzy w innych placówkach ochrony zdrowia. Zasadne byłoby rozważenie rozwiązania, w którym to jednak instytucje publiczne przejęłyby obowiązek wskazania miejsc udzielania świadczeń zdrowotnych, które mogą być objęte klauzulą sumienia, w szczególności miejsce udzielania świadczeń objętych koszykiem świadczeń gwarantowanych, mogłoby być udostępniane przez Narodowy Fundusz Zdrowia;

51. w art. 45 proponuje się wykreślić ust. 1a, ust. 2 oraz ust. 2a.

Przepisy ust. 1a, 2 oraz 2a zostały wprowadzone do ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry po tzw. protestach pieczętkowych, obecnie powielają one obowiązki wynikające z przepisów ustawy – Prawo farmaceutyczne, do których z resztą odsyła ust. 1a.

52. w art. 53 należy dokonać zmian ust. 1 i 4, tak, aby przepisy te nie budziły wątpliwości, co do możliwości zatrudniania osób wykonujących czynności pomocnicze przez lekarzy prowadzących indywidualne/indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie wyłącznie w miejscu wezwania;
53. w art. 57 należy wskazać, że uchwały okręgowych rad lekarskich dotyczące przyznania nowej kategorii prawa wykonywania zawodu są decyzjami administracyjnymi;
54. art. 58 wprowadza sankcje karną za przeprowadzenie eksperymentu medycznego bez zawarcia umowy ubezpieczenia, co w przypadku niektórych eksperymentów – w szczególność badania materiału biologicznego - jest nieuzasadnione;

II. dot. art. 3 projektu zmieniającego ustawę z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich

1. dotychczasową treść art. 63 proponuje się oznaczyć jako ust. 1 oraz dodać ust. 2 i 3 w brzmieniu:

„2. Rzecznik odpowiedzialności zawodowej może, przed wydaniem postanowienia o przedstawieniu zarzutów, umorzyć postępowanie wyjaśniające, jeżeli postępowanie mediacyjne przeprowadzone w trybie art. 113 doprowadziło do zawarcia ugody między stronami.

3. Sąd lekarski może umorzyć postępowanie przed sądem, jeżeli postępowanie mediacyjne przeprowadzone w trybie art. 113 doprowadziło do zawarcia ugody między stronami.”

2. w art. 113:

a.

ust. 1 powinien otrzymać brzmienie:

„1. Rzecznik odpowiedzialności zawodowej w czasie postępowania wyjaśniającego może z inicjatywy lub za zgodą stron skierować sprawę do postępowania mediacyjnego między pokrzywdzonym i lekarzem, którego dotyczy postępowanie lub lekarzami, których dotyczy postępowanie.”

b. należy po ust. 1 dodać ust. 1a w brzmieniu:

„1a Sąd lekarski w czasie postępowania przed sądem lekarskim może z inicjatywy lub za zgodą stron skierować sprawę do postępowania mediacyjnego między pokrzywdzonym i obwinionym.

3. art. 115 ust. 2a ustawy o izbach lekarskich przekazujący wszelkie kompetencje ministra właściwego do spraw zdrowia dotyczące Wojskowej Izby Lekarskiej Ministrowi Obrony Narodowej jest niezasadny. Naczelna Rada Lekarska postuluje odstąpienie od wprowadzania ww. przepisu do ustawy.

III dot. art. 2 projektu zmieniającego ustawę z dnia 20 lipca 1950 r. o zawodzie felczera

W art. 2a ust. 2 projektu przewiduje się, że ustęp ten będzie miał następujące brzmienie: „Felczer lub starszy felczer posiadający prawo wykonywania zawodu i nie wykonujący zawodu przez 5 lat traci prawo do wykonywania zawodu i podlega wykreśleniu z Centralnego Rejestru Felczerów”. Ustawa powinna dodatkowo przewidywać, że niewykonywanie zawodu felczera, o którym mowa w art. 2a ust. 2 będzie liczone od dnia wejścia w życie tej nowelizacji. Obecnie w Rejestrze Felczerów figuruje wielu felczerów, którzy mają 5 letnią przerwę w wykonywaniu zawodu; po wejściu w życie ustawy powinni oni mieć możliwość dostosowania się do nowej sytuacji prawnej i podjęcia wykonywania zawodu. Sytuacja, w której wielu felczerów wpisanych obecnie do Rejestru niewykonyujących zawodu od 5 lat z chwilą wejścia w życie ustawy będzie wykreślonych z Rejestru może budzić wątpliwości natury konstytucyjnej.

IV. dot. przepisów końcowych

Przepis 14 projektu ustawy przewidujący możliwość wydawania dokumentów „Prawo wykonywania zawodu lekarza” oraz „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty” według wzorów obowiązujących w dniu wejścia opiniowanej ustawy w życie do 31 grudnia 2020 r. wymaga intensyfikacji działań Ministra Zdrowia dotyczących określenia nowych wzorów tych dokumentów i przygotowania procesu ich emisji tak, aby od 1 stycznia 2021 okręgowe izby lekarskie mogły wydawać nowe dokumenty.

