Image not found or type unknown

PNRL wnosi o odrzucenie projektu ustawy dot. kadr medycznych

W dniu 24 listopada 2020 r. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej podjęło:

STANOWISKO Nr 136/20/P-VIII
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 24 listopada 2020 r.
w sprawie poselskiego projektu ustawy o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii kadr medycznych

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z poselskim projektem ustawy o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii kadr medycznych, przesłanym przy piśmie Pana Dariusza Salamończyka, Zastępcy Szefa Kancelarii Sejmu, z dnia 18 listopada 2020 r., znak: SPS-WP-020-165(4)/20, jednoznacznie negatywnie ocenia projekt ustawy wnosząc o jego odrzucenie w całości ponieważ:

1. niesie on za sobą zagrożenie życia i zdrowia pacjentów poprzez dopuszczenie do wykonywania zawodów lekarza i lekarza dentysty osób bez rzeczywistej weryfikacji ich kompetencji oraz znajomości języka polskiego,
2. znacznie utrudnia samorządowi lekarskiemu spełnianie ustawowego obowiązku sprawowania pieczy nad należytym wykonywaniem zawodu,
3. jest niezgodny z prawem unijnym,
4. wykazuje liczne cechy niedopracowania i niespójności a nawet niechlujności legislacyjnej.

W ocenie Prezydium NRL zawarte w przekazanym projekcie ustawy rozwiązania dotyczące ułatwienia dostępu do wykonywania zawodów medycznych w Polsce niosą ze sobą bezpośrednie zagrożenie dla życia i zdrowia pacjentów. Ryzyko związane z dopuszczeniem do wykonywania zawodów medycznych osób bez rzeczywistej weryfikacji ich kompetencji czy znajomości języka polskiego, jest nieuzasadnione nawet w okresie epidemii.

Projektowane zmiany są dalszym umniejszaniem roli i kompetencji samorządu lekarskiego, jako instytucji sprawującej pieczę nad należytym wykonywaniem zawodu lekarza. W projektowanych procedurach przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarzom spoza UE to minister właściwydo spraw zdrowia ma badać wszelkie przesłanki decydujące o przyznaniu prawa wykonywaniazawodu takiej osobie, a rola samorządu lekarskiego sprowadzać się ma praktycznie do formalnego przyznania prawa wykonywania zawodu lekarza albo lekarza dentysty i wpisania go na listę swoich członków.

Projekt ustawy nie określa, czy okręgowa rada lekarska powinna ponownie dokonać badania przesłanek przyznania prawa wykonywania zawodu, mimo że wcześniej bada je minister właściwy do spraw zdrowia, co wymagałoby chociażby przesłania jej dokumentacji, w oparciu o którą minister wyraził zgodę takiemu lekarzowi cudzoziemcowi, a o czym nie ma mowy w projekcie ustawy. Podkreślić również należy, że istniejący w prawie polskim obowiązek nostryfikacji dyplomu uzyskanego poza UE, pozwala dostosować poziom kształcenia do jednolitych wymogów przewidzianych w Unii Europejskiej, do których proponowane rozwiązania całkowicie nie przystają.

Proponowany w projekcie tryb dopuszczania do wykonywania w Polsce zawodów lekarza i lekarza dentysty – nawet w zakresie ograniczonym co do miejsca i czasu – osób, których kwalifikacje zawodowe nie są *de facto* poddane żadnej merytorycznej ocenie ani procedurze uznania tych kwalifikacji w kontekście spełniania przez nie wymogów kształcenia obowiązujących w Polsce i w Unii Europejskiej, jest niezgodny z obowiązującymi Polskę wymogami prawa unijnego.

Zgodnie z prawem unijnym (dyrektywą 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych) państwa członkowskie UE mogą, zgodnie z własnymi przepisami, uznawać kwalifikacje zawodowe lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek, położnych oraz farmaceutów zdobyte poza terytorium UE, jednakże uznawanie tych kwalifikacji powinno być w każdym przypadku uzależnione od spełnienia minimalnych wymogów w zakresie wykształcenia, przewidzianych dla danego zawodu (motyw 10. w zw. Z art. 2 ust. 2 dyrektywy 2005/36/WE).

Projekt przewiduje umożliwienie podjęcia wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty w Polsce osobom bez rzetelnej weryfikacji ich kwalifikacji i kompetencji, a nawet bez weryfikacji autentyczności przedkładanych dokumentów. Tymczasem średniorocznie około 30% polskich lekarzy i lekarzy dentystów przystępujących do Lekarskiego Egzaminu Końcowego, Lekarsko-Dentystycznego Egzaminy Końcowego oraz Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego nie zadaje tych egzaminów i musi do nich przystępować ponownie. Osoby te będą musiały ponownie przystąpić do tych egzaminów, podczas gdy projektowane regulacje zapewnią napływ lekarzy i lekarzy cudzoziemców, o niezweryfikowanych w sposób wiarygodny kwalifikacjach i bez znajomości języka polskiego. Taka perspektywa jest nie do zaakceptowania i wymaga odrzucenia projektowanych zmian w zakresie dalszego ułatwiania uzyskiwania prawa wykonywania zawodów medycznych.

Projekt nie zawiera oczekiwanych i mogących realnie poprawić sytuację kadr w ochronie zdrowia rozwiązań dotyczących m.in. objęcia ochroną ubezpieczeniową na wypadek śmierci lub utraty zdrowia wszystkich pracowników medycznych walczących z epidemią, wprowadzenia pełnej klauzuli tzw. dobrego samarytanina w odniesieniu do odpowiedzialności cywilnej, karnej i zawodowej pracowników medycznych, zmniejszania obciążeń biurokratycznych, w tym w szczególności zniesienia obowiązku oznaczania poziomu odpłatności leku na recepcie czy długofalowej regulacji wzrostu płac w ochronie zdrowia.

Powyższa jednoznacznie negatywna ocena projektu ustawy opiera się na zastrzeżeniach dotyczących konkretnych rozwiązań zawartych w opiniowanym projekcie.

1. **Prezydium NRL negatywnie ocenia zawarte w treści art. 2 pkt 2 projektu zmiany w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, które jeszcze dalej liberalizują zasady dostępu do wykonywania w Polsce zawodów lekarza lub lekarza dentysty przez posiadających**

tytuł specjalisty lekarzy spoza UE, a w szczególności negatywnie ocenia:

a. **wskazanie, w treści projektowanego art. 7 ust. 2a ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, że miejscem zatrudnienia osoby ubiegającej się o przyznanie prawa wykonywania zawodu winien być podmiot leczniczy a nie podmiot wykonujący działalność leczniczą.**

Pojęcie podmiotu wykonującego działalność leczniczą obejmuje zarówno podmioty lecznicze, jak i praktyki zawodowe, w których - co do zasady - nie ma możliwości zatrudnienia innego lekarza lub lekarza dentysty. Co więcej na zamiar umożliwienia takiej osobie pracy w podmiocie wykonującym działalność leczniczą wskazuje także ust. 2i – zdanie wprowadzające.

b. **brak w projektowanym art. 7 ust. 2a ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty wśród warunków umożliwiających ubieganie się o przyznanie prawa wykonywania zawodu warunku posiadania prawa pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.**

Każdy cudzoziemiec przebywający na terytorium Polski musi dysponować odpowiednim prawem pobytu. Projektowana możliwość składania wniosku poprzez konsula, który będzie przyznawał stosowną wizę, wydaje się być rozwiązaniem niezgodnym z przepisami ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 35).

c. **powierzenie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia w projektowanym art. 7 ust. 2aa ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty stworzenia wykazu dokumentów poświadczających spełnienie warunków niezbędnych do uzyskania prawa wykonywania zawodu lekarza/ lekarza dentysty.**

Takie rozwiązanie jest niezgodne z dotychczasową praktyką legislacyjną. Aktualnie dokumenty potwierdzające spełnienie wymogów do uzyskania prawa wykonywania zawodu zostały określone w: ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty (np. art. 6), rozporządzeniu (np. w zakresie specjalizacji – np. §16 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2020 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów, albo obwieszczeniu Ministra Zdrowia (np. wykaz dokumentów potwierdzających znajomość języka polskiego). Wprowadzenie projektowanego rozwiązania, zgodnie z którym dokumenty niezbędne do uzyskania prawa wykonywania zawodu zostaną określone w drodze „zwykłej" informacji zamieszczonej w Biuletynie Informacji Publicznej budzi istotne wątpliwości legislacyjne.

d. **przewidziane w projektowanym art. 7 ust. 2b ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty nadawanie decyzji administracyjnej rygoru natychmiastowej wykonalności z mocy ustawy.**

Zabiegi legislacyjne polegające na ustawowym nadaniu określonym decyzjom rygoru natychmiastowej wykonalności są niezwykle rzadko stosowane w procedurze administracyjnej. Podkreślić należy, że przyznanie prawa wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentysty następuje w drodze uchwały, do której stosuje się przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego dot. decyzji administracyjnych. Tryb nadawania rygoru natychmiastowej wykonalności określa przepis art. 108 KPA, który winien być – jeśli zachodzi taka konieczność – stosowany a nie tryb nadania rygoru natychmiastowej wykonalności w drodze przepisów ustawowych.

e. **rezygnację ze zindywidualizowanej oceny kompetencji każdej osoby ubiegającej się o przyznanie prawa wykonywania zawodu w Polsce przez właściwego konsultanta krajowego lub wojewódzkiego;**

Przewidziany w projekcie sposób weryfikacji kwalifikacji zawodowych lekarza cudzoziemca, polegający na ocenie tego, czy program zrealizowanej przez niego poza granicami UE specjalizacji odpowiada w istotnych elementach merytorycznemu programowi odpowiedniej specjalizacji w Polsce – w oparciu o wykaz dokumentów publikowany przez ministra właściwego do spraw zdrowia w Biuletynie Informacji Publicznej nie daje odpowiedzi, na jakiej podstawie minister będzie tworzył ten wykaz i jak dokonywał porównania i oceny zawartości programów specjalizacji.

f. **umożliwienie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia odstąpienia od wymogu przedstawienia zalegalizowanego lub poświadczonego przez *apostille* dyplomu lekarza oraz dyplomu specjalisty, jeżeli spełnienie tego warunku będzie niemożliwe lub znacząco utrudnione;**

Rozwiązanie to zmniejsza bezpieczeństwo pacjentów, ponieważ obniża poziom bezpieczeństwa w zakresie weryfikacji autentyczności przedkładanych w procedurze dopuszczenia do wykonywania zawodu w Polsce dokumentów.

g. **przewidziane w proponowanej treści art. 7 ust. 2e ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty związanie okręgowej rady lekarskiej decyzją wydaną przez ministra właściwego do spraw zdrowia;**

Związanie okręgowej rady lekarskiej decyzją ministra w sprawie wyrażenia zgody na wykonywanie zawodu w Polsce, co do zakresu czynności, okresu i miejsca ich wykonywania, pozbawia samorząd lekarski możliwości jakiejkolwiek oceny i niezależnego rozstrzygnięcia w tym zakresie.

h. **wśród wskazanych w projektowanym art. 7 ust. 2j ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty przesłanek wygaśnięcia prawa wykonywania zawodu przyznanego cudzoziemcy brak odniesienia do wydania decyzji, o której mowa w projektowanym art. 7 ust. 22**

oraz do sytuacji utraty prawa pobytu;

i. **wprowadzenie niezwykle krótkiego, bo zaledwie 7-dniowego terminu dla okręgowej rady lekarskiej, która jest organem kolegialnym, na przyznanie prawa wykonywania zawodu oraz wydanie dokumentu „prawo wykonywania zawodu";**

Termin 7 dni na przyznanie prawa wykonywania zawodu jest stanowczo za krótki biorąc pod uwagę harmonogram posiedzeń organów okręgowych izb lekarskich, uwzględniający chociażby minimalne okresy czasu, które muszą minąć od dnia zawiadomienia członków organu o terminie posiedzenia do dnia jego odbycia, nie mówiąc już o potrzebie zapoznania się ze sprawą, zweryfikowania stanu faktycznego i podjęcia stosownej decyzji. Wykonanie ww. obowiązku ustawowego w realiach działalności okręgowych izb lekarskich jest niemożliwe. Termin taki powinien wynosić minimum 14 dni.

2. **Prezydium NRL zdecydowanie negatywnie ocenia wprowadzenie możliwości uzyskania przez lekarzy spoza UE tzw. warunkowego prawa wykonywania zawodów lekarza i lekarza dentysty w Polsce w podmiocie przeznaczonym do udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom chorym na COVID-19.**

   a. **Projektowane regulacje są nieprzemyślane i niebezpieczne. Pod pretekstem sytuacji epidemicznej wprowadza się możliwość uzyskania przez osoby o niezweryfikowanych kompetencjach, prawa wykonywania zawodów lekarza i lekarza dentysty na okres 5 lat.** Tak długi okres, na jaki ma być przyznawane „warunkowe" prawo wykonywania zawodu zaprzecza tezie, że rozwiązanie to ma charakter czasowy i związane jest z sytuacją epidemiczną.

   b. **regulacje projektowane w art. 2 pkt 2 lit. f projektu nie przewidują, aby osoba, która uzyska warunkowe prawo wykonywania zawodu lekarza albo lekarza dentysty musiała w ogóle znać język polski.**

Po uzyskaniu warunkowego prawa wykonywania zawodu lekarz spoza UE będzie wykonywać zawód pod nadzorem polskiego specjalisty albo osoby posiadającej specjalizację II stopnia (przez 3 miesiące w przypadku lekarza specjalisty oraz przez cały okres wykonywania zawodu w przypadku lekarza nieposiadającego specjalizacji). Projektodawcy nie wskazali jednak, w jakim języku polski lekarz ma się komunikować z nieznającym języka polskiego lekarzem, którego pracę ma nadzorować. Co więcej, projekt nie odpowiada na pytanie, w jaki sposób nieznający języka polskiego lekarz ma się komunikować z pacjentami. Zwolnienie

z obowiązku znajomości języka polskiego osób, które będą uzyskiwać warunkowe prawo wykonywania zawodu, nie znajduje zatem żadnego racjonalnego uzasadnienia. Podkreślić należy, że każda osoba wykonująca zawód lekarza lub lekarza dentysty winna wykazywać się taką znajomością, potwierdzoną odpowiednim dokumentem. Stanowisko to potwierdza również orzecznictwo sądów administracyjnych.

c. **projekt ustawy nie wymaga, aby osoby ubiegające się o przyznanie warunkowego prawa wykonywania zawodu lekarza albo lekarza dentysty faktycznie ten zawód wykonywały w okresie np. 5 lat poprzedzających wystąpienie z wnioskiem do ministra właściwego do spraw zdrowia.**

   Powyższe oznacza, że o warunkowe prawo wykonywania zawodu będzie mogła wystąpić osoba, która ukończyła studia medyczne kilkadziesiąt lat temu i nie wykonywała od wielu lat tego zawodu.

d. **negatywnie należy ocenić odstąpienie od wymogu legalizacji dokumentów poświadczających kwalifikacje osób ubiegających się o przyznanie im warunkowego prawa wykonywania zawodu.**

   Ocena wiarygodności składanych dokumentów a zatem weryfikacja, czy dana osoba rzeczywiście ukończyła studia medyczne, będzie bardzo trudna, o ile w ogóle możliwa.

e. **negatywnie należy ocenić możliwość udzielenia przez ministra właściwego do spraw zdrowia zgody na wykonywanie zawodu poza podmiotem przeznaczonym do udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom chorym na COVID-19.**

   Powyższe stanowi zaprzeczenie tezie, że regulacja ta ma charakter szczególny i jest ściśle związana z sytuacją epidemiczną w kraju. Gdyby jednak opisana powyżej możliwość została w ustawie przewidziana, to stosowna adnotacja o zmienionym zakresie uprawnień powinna znaleźć się w dokumencie prawa wykonywania zawodu tej osoby. Powinno się również określić, jakimi kryteriami ma się kierować minister udzielając takiej zgody.

f. **Prezydium NRL negatywnie ocenia projektowane rozwiązanie pozwalające cudzoziemcowi wykonywać zawód lekarza lub lekarza dentysty do dnia prawomocnego zakończenia postępowania w sprawie przyznania prawa wykonywania zawodu w sytuacji, gdy okręgowa rada lekarska nie przyzna mu prawa wykonywania zawodu w terminie 7 dni lub gdy odmówi przyznania tego prawa.**

   Rozwiązanie takie rażąco narusza podstawowe kompetencje samorządu

lekarskiego w zakresie pieczy nad jego należytym wykonywaniem. Rozwiązanie takie pozbawia samorząd lekarski kontroli i możliwości zapobieżenia wyrządzenia potencjalnej szkody pacjentom przez osobę, która nie powinna otrzymać prawa wykonywania zawodu w Polsce.

3. **Prezydium NRL negatywnie ocenia przewidziane w art. 2 pkt 1 lit. a projektu przyznanie w przypadku ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii lekarzom dentystom uprawnień i kompetencji analogicznych do tych jakie posiadają lekarze;**

   Proponowane rozwiązanie stwarza ryzyko dla pacjentów, z uwagi na niezagwarantowanie, że udzielane im świadczenia zdrowotne wykonywane są przez osoby o odpowiednich kwalifikacjach. Rozwiązanie to stwarza również ryzyko odpowiedzialności cywilnej, karnej i zawodowej po stronie lekarza dentysty w sytuacji, w której bazując na projektowanym przepisie wykroczy poza posiadane kwalifikacje i umiejętności. Program kształcenia lekarzy dentystów jest w dużej mierze odrębny od programu kształcenia lekarzy co sprawia, że nie można stawiać znaku równości pomiędzy kompetencjami zawodowymi osób wykonujących te dwa różne zawody.

4. **niezrozumiała jest treść projektowanego przepisu art. 7c ust. 3 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty w zakresie, w jakim wiąże on możliwość wykonywania zawodu z upływem ważności dokumentu potwierdzającego posiadanie prawa wykonywania zawodu;**

   możliwość wykonywania zawodu jest warunkowana ewentualnym terminem, na jaki zostało ono przyznane a nie terminem ważności dokumentu potwierdzającego to prawo;

5. **Prezydium NRL negatywnie ocenia projektowane brzmienie art. 10 ust. 3a ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, w myśl którego zwalnia się w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii lekarzy niewykonujących zawodu przez okres dłuższy niż 5 lat (a więc również takich, którzy zawodu nie wykonują przez lat 40), z obowiązku odbycia stosownego przeszkolenia, pod warunkiem, że przez pierwsze 3 miesiące wykonywania zawodu udzielać oni będą świadczeń zdrowotnych pod nadzorem odpowiednio lekarza albo lekarza dentysty posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty.**

   Obowiązek przeszkolenia osoby posiadającej ponad 5 letnią przerwę w wykonywaniu zawodu wprowadzony został z uwagi na potrzebę zapewnienia pacjentom należytej opieki zdrowotnej, w tym udzielania im świadczeń zdrowotnych przez osoby o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych. Projektowane rozwiązanie polegające na poddaniu każdej osoby z ponad pięcioletnią przerwą w wykonywaniu zawodu nadzorowi specjalisty bez jednoczesnego zastrzeżenia, że osoba nadzorująca musi posiadać specjalizację odpowiednią do zakresu udzielanych

świadczeń zdrowotnych oraz bez możliwości różnicowania okresu tego nadzoru w zależności od tego, czy przerwa trwała pięć lat i jeden dzień czy też lat czterdzieści czyni projektowaną regulację wadliwą i niebezpieczną.

6. **zastrzeżenia z pkt 5 powyżej zachowują aktualność również wobec projektowanego brzmienia art. 11 ust. 2a ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, w którym odstępuje się od obowiązku odbycia przeszkolenia przez lekarzy i lekarzy dentystów, co do których istnieje podejrzenie niedostatecznego przygotowania do wykonywania zawodu;**

   Dopuszczenie lekarza, który jest niedostatecznie przygotowany do wykonywania zawodu, do wykonywania tego zawodu pod nadzorem lekarza z II stopniem specjalizacji lub specjalisty stwarzać może ryzyko dla pacjentów, tego lekarza a także będzie niezwykle angażować nadzorującego specjalistę. Praca pod takim nadzorem nie daje takiej pewności bezpiecznego uzupełniania przygotowania zawodowego, jak realizacja programu przeszkolenia określonego przez okręgową radę lekarską indywidualnie dla danego lekarza.

7. **wątpliwości budzi projektowana treść art. 16h ust. 8 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, który związany jest z wprowadzoną w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie specjalizacji możliwością kierowania lekarzy w trakcie specjalizacji do jej odbywania w jednostce akredytowanej, w której jest duże zapotrzebowanie na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy, z pominięciem kryteriów kierowania do odbywania szkolenia specjalizacyjnego;**

   Prezydium NRL zdecydowanie negatywnie oceniło możliwość takiego skierowania uznając, że w przypadku zapotrzebowania na udzielanie świadczeń zdrowotnych wywołanego sytuacją epidemiczną, wojewoda ma już władcze środki prawne pozwalające skierować lekarza odbywającego specjalizację do pracy przy zwalczaniu epidemii. Projektowane rozwiązanie, choć samo w sobie wydaje się korzystne dla lekarzy skierowanych przez wojewodę do odbywania specjalizacji w preferowanej przez niego jednostce akredytowanej, to jednak rodzi obawy, że wraz ze wspomnianą regulacją zawartą w rozporządzeniu w sprawie specjalizacji będzie wykorzystywane do kierowania lekarzy odbywających specjalizację do pracy przy zwalczaniu epidemii z pominięciem trybu opisanego w art. 16m ust. 15 ustawy o zawodach (w tym bez gwarancji, jakie w zakresie m.in. wynagrodzenia czy czasu skierowania ten tryb skierowania implikuje);

8. w odniesieniu do zmian ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym zawartych w art. 5 projektu należy: w treści art. 5 projektu dodać pkt 5a oraz 10 w brzmieniu:

   „5a) w art. 32 ust. 1 dodaje się pkt 2a w brzmieniu:

„2a) Do członków zespołów ratownictwa medycznego może być stosowany system równoważnego czasu pracy, w którym jest dopuszczalne przedłużenie dobowego wymiaru czasu pracy do 24 godzin w okresie rozliczeniowym nieprzekraczającym 1 miesiąca. Przepisy art. 135 § 2 i 3 oraz art. 136 § 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy stosuje się odpowiednio.”;

Możliwość skorzystania z 24 godzinnych dyżurów powinni mieć również członkowie zespołów ratownictwa medycznego, a nie tylko dyspozytorzy medyczni. Proponowana poprawka przewiduje rozwiązanie analogiczne jak proponowany w projekcie ustawy dla dyspozytorów medycznych.

„10) W art. 57 ust. 1 ustawy wprowadzenie do wyliczenia powinno otrzymać brzmienie:

„1. Do dnia 31 grudnia 2021 r. lekarzem systemu może być lekarz posiadający:”;

Poprawka przedłuża o 12 miesięcy, do końca 2021 r. okres, w którym lekarzem systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego może być lekarz posiadający 3000 godzin w wykonywaniu zawodu lekarza w szpitalnym oddziale ratunkowym, zespole ratownictwa medycznego, lotniczym zespole ratownictwa medycznego lub izbie przyjęć szpitala.

9. w odniesieniu do zmian ustawy o działalności leczniczej zawartych w art. 7 projektu:
   a. w art. 7 pkt 1 projektu treść projektowanego art. 5 ust. 5 powinien otrzymać brzmienie:

      „5. Podmiot leczniczy, o którym mowa w ust. 4 ponosi solidarną odpowiedzialność cywilną wraz z osobą wykonującą zawód medyczny zatrudnioną za pośrednictwem agencji, za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych przez osoby określone w ust. 4.”;

   b. w art. 7 pkt 1 projektu należy w treści zmienianego art. 5 dodać ust. 7 w brzmieniu:

      „7. W okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, podmiot leczniczy może zawierać z osobami wymienionymi w ust. 4 umowy cywilnoprawne. Podmiot leczniczy ponosi solidarną odpowiedzialność cywilną wraz z osobą wykonującą zawód medyczny, za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych przez osoby określone w ust. 4. Do zawierania takich umów nie stosuje się przepisów ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1843 oraz z 2020 r. poz. 288 i 1086).”;

      Zgodnie z przepisami ustawy o działalności leczniczej odpowiedzialność solidarna łączy podmiot leczniczy z praktykami zawodowymi wykonywanymi w tych podmiotach oraz udzielającego zamówienia na udzielanie świadczeń zdrowotnych z przyjmującym takie zamówienie. Taka odpowiedzialność powinna łączyć podmiot leczniczy i osoby udzielające tam świadczeń zdrowotnych na podstawie uzyskanego w uproszczonej procedurze przyznania prawa wykonywania zawodu. Brak uzasadnienia do ponoszenia całkowitej odpowiedzialności przez jedną ze stron – podmiot leczniczy tym bardziej, że projekt nie wskazuje, aby jakąkolwiek odpowiedzialność mógł ponieść minister właściwy do spraw zdrowia za wyrażenie zgody na wykonywanie zawodu lekarza w Polsce,

która nie posiada odpowiednich ku temu kwalifikacji.

c. w art. 7 pkt 2 lit. a projektu z treści projektowanego art. 95 w ust. 1a należy wykreślić wyrazy „z wyłączeniem lotniczych zespołów ratownictwa medycznego”;

Dyżur medyczny powinien być możliwy dla wszystkich rodzajów zespołów ratownictwa medycznego. Wyłączenie możliwości dyżurowania w lotniczych zespołach ratownictwa medycznego nie ma racjonalnego uzasadnienia.

d. Prezydium NRL negatywnie ocenia projektowaną w art. 7 pkt 2 lit. c projektu treść art. 95 ust. 7 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, który w sposób nieuzasadniony wyłącza zastosowanie przepisów kodeksu pracy dotyczących sposobu ustalania wynagrodzenia za pracę w godzinach nadliczbowych do pracy świadczonej podczas dyżuru medycznego przez osoby zatrudnione w SOR oraz w zespołach ratownictwa medycznego.

Projektowana zmiana pogarsza warunki pracy w newralgicznych miejscach systemy ochrony zdrowia tj. w SOR i zespołach ratownictwa medycznego.

Różnicowanie zasad wynagradzania pracy na dyżurach pracowników medycznych w zależności od tego, czy zatrudnieni są w SOR czy na innym oddziale szpitalnym, nie znajduje uzasadnienia. Dyżurujący w SOR oraz w zespołach ratownictwa medycznego powinni mieć prawo do wynagrodzenia pracy na dyżurach zgodnie z przepisami art. 151^1 § 1-3 kodeksu pracy.

10. w odniesieniu do zmian w ustawie o systemie informacji w ochronie zdrowia zawartych w art. 8 projektu Prezydium NRL negatywnie ocenia nakładanie kolejnych obowiązków sprawozdawczo-biurokratycznych na przeciążone szpitale;

Projekt wprowadza kolejne obowiązki związane ze sprawozdawaniem wolnych łóżek szpitalnych oraz pacjentów zakażonych wirusem SARS-CoV-2 angażując pracę personelu szpitali.

11. w odniesieniu do zmian ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw zawartych w art. 12 pkt 2 projektu należy:

a. w treści projektowanego art. 9a ust. 2 kropkę zastąpić wyrazami: „w oparciu o dotychczasowe umowy zawarte z właściwym Wojewódzkim Oddziałem Narodowego Funduszu Zdrowia.”;

Nowe umowy lub aneksy powinny zawierać dotychczasowe zapisy. Umowy zostały sprawdzone w 2-letnim okresie funkcjonowania, podobnie jak sposób finansowania ryczałtem dobowym, który zawiera

finansowanie zespołów i stanowisk dyspozytorskich.

b. w treści projektowanego art. 9a ust. 4 (kolejny – w związku ze zdublowaną numeracją) po wyrazach „stają się pracownikami urzędów wojewódzkich” należy dodać wyrazy: „na podstawie art. 23^1 kodeksu pracy”;
c. w treści projektowanego art. 9 ust. 9 wyraz „wojewoda” należy zastąpić wyrazem „dysponent zespołów ratownictwa”;

Jeśli dyspozytorzy medyczni pozostają w strukturach dysponentów ratownictwa medycznego do końca 2021 roku to nie ma powodów dla których wojewoda w 2021 roku ma organizować wsparcie psychologiczne. Zapis o wsparciu dotyczy pracy dyspozytorów w strukturach urzędów wojewódzkich.

12. w odniesieniu do treści art. 13 i art. 16 projektu Prezydium NRL oczekuje zapewnienia finansowania wynagrodzeń pracowników medycznych ze środków publicznych tak, jak ma to miejsce obecnie; przewidziane w treści art. 16 projektu gwarancje zapewnienia poziomu wynagradzania, przy pogarszającej się sytuacji finansowej podmiotów wykonujących działalność leczniczą budzi uzasadnione obawy o realność gwarancji przewidzianych w przepisie art. 16 projektu;

Przepisy art. 13 i art. 16 projektu przewidują, że z dniem 1 lipca 2021 r. środki publiczne nie będą przekazywane przez Narodowy Fundusz Zdrowia podmiotom leczniczym na finansowanie wynagrodzeń pracowników medycznych tak, jak ma to miejsce obecnie. W ocenie Prezydium finansowanie ze środków publicznych powinno być w dalszym ciągu zapewnione dla wypłaty wskazanych w tych przepisach wynagrodzeń.

13. w art. 20 projektu ust. 1 powinien otrzymać brzmienie:

„1) Na wniosek dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, za zgodą świadczeniodawcy, obowiązywanie dotychczasowych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – ratownictwo medyczne, realizowanych w dniu wejścia w życie niniejszej ustawy może zostać przedłużone na okres nie dłuższy niż do dnia 31 grudnia 2021 r.”;

Nowe umowy lub aneksy powinny zawierać dotychczasowe zapisy. Umowy zostały sprawdzone w 2-letnim okresie funkcjonowania podobnie jak sposób finansowania ryczałtem dobowym, który zawiera finansowanie zespołów i stanowisk dyspozytorskich.

14. przewidziany w treści art. 21 projektu ustawy termin na przyznanie prawa wykonywania zawodu przez organy samorządów zawodów medycznych powinien zostać wydłużony co najmniej do 14 dni.

Ponadto projekt zawiera wiele uchybień i błędów natury legislacyjnej a projektowane zmiany nie są w sposób pełny i właściwy skorelowane z obowiązującymi aktami prawnymi, i tak np.:

1. uzasadnienie projektu w zakresie rewolucyjnych zmian dotyczących dostępu do wykonywania zawodów medycznych, które są niezgodne

z prawem unijnym, urąga zasadom prawidłowej regulacji z powodu swej lakoniczności i niekompletności;

2. określenie w treści projektowanego art. 7 ust. 2j pkt 5 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty przesłanki wygaśnięcia prawa wykonywania zawodu, o którym mowa w ust. 2a, w sytuacji zrzeczenia się tego prawa jest zbędne, albowiem przesłanka ta mieści się w przesłance opisanej w projektowanym art. 7 ust. 2j pkt 2 tj. w przesłance skreślenia z listy członków okręgowej izby lekarskiej. Co więcej powielona w art. 7 ust. 2j pkt 5 przesłanka nie jest kompletna, albowiem pomija niemożność zrzeczenia się prawa wykonywania zawodu w sytuacji, gdy wobec lekarza toczy się postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej. Projektowane przepisy art. 7 ust. 2j pkt 2 i pkt 5 nie korelują z treścią art. 6 i 7 ustawy o izbach lekarskich i są przykładem niechlujstwa projektodawców;
3. w treści projektowanego art. 7 ust. 10 oraz ust. 12 projektodawcy niekonsekwentnie posługują się wyrażeniem „nadzorem lekarza posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty” a w ust. 12 wyrażeniem „nadzorem lekarza, lekarza dentysty posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty;
4. w treści projektowanego art. 11 ust. 2a ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty brak wyrazu „w”;
5. w art. 12 w projektowanym art. 9a ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym zdublowana jest numeracja ust. 4 tego przepisu.