



Błędna diagnoza: Zamiast leczyć system, rząd odetnie pacjentów od lekarzy

STANOWISKO Nr 17/26/P-X **PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ** **z dnia 11 sierpnia 2026 r.**

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

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, przekazanym przy piśmie Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia pana Tomasza Maciejewskiego z dnia 24 lipca 2026 roku (znak: DLU.0210.16.2026.RB) negatywnie ocenia projekt. Ustawodawca skupił się na wprowadzeniu rozwiązań, które mają reglamentować pracę lekarzy, natomiast nie wprowadza rozwiązań, które w dostateczny sposób wspierałyby poprawę finansowania opieki zdrowotnej. Takie podejście projektodawcy opiera się na błędnym przekonaniu, że narzucenie szeregu ograniczeń dotyczących zasad zatrudniania i wynagradzania personelu medycznego spowoduje poprawę dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych, a także poprawę sytuacji finansowej zadłużonych placówek ochrony zdrowia.

Samorząd lekarski opowiada się za zwiększeniem przejrzystości umów w zakresie świadczeń finansowanych ze środków publicznych, ograniczeniem rażących, niedających się usprawiedliwić dysproporcji płacowych kadry medycznej i odpolitycznieniem ochrony zdrowia, jednakże po zapoznaniu się z projektem ustawy Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej stwierdza, że zastosowane w nim mechanizmy są nieadekwatne i nazbyt rygorystyczne, co doprowadzi do ograniczenia liczby świadczeń, likwidacji części poradni oraz nadmiernego obciążenia dużych ośrodków pacjentami, którzy obecnie są leczeni bliżej swojego miejsca zamieszkania. W warunkach niedoboru kadr medycznych przewidziane w projekcie ustawy sztywne ograniczenia podaży pracy lekarzy będą skutkowały zmniejszeniem liczby wykonanych konsultacji, badań i zabiegów, zmniejszeniem liczby godzin lekarskich dostępnych dla podmiotów pracujących w oparciu o umowę z NFZ, rezygnacją lekarzy z pełnienia części dyżurów, uniemożliwieniem obsadzenia poradni i oddziałów, a w rezultacie zwiększeniem wolumenu świadczeń wyłącznie prywatnych.

W pierwszej kolejności Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zwraca uwagę, że projektowane zmiany opierają się na błędnych założeniach. Z uzasadnienia do projektu ustawy wynika, że projektodawca jako główne źródło problemów polskiego systemu opieki zdrowotnej identyfikuje ograniczone zasoby kadrowe, zwłaszcza w grupie lekarzy i pielęgniarek. Taka diagnoza sytuacji musi zdumiewać. Projektodawca nie dostrzega podstawowego problemu, jakim jest niewłaściwa wycena świadczeń. Brak właściwej wyceny świadczeń w największym stopniu odpowiada z jednej strony za zadłużenie placówek ochrony zdrowia, a z drugiej za tzw. kominy płacowe, na które nie powinno być miejsca w systemie finansowanym ze środków publicznych. Projekt ustawy nie odnosi się w wystarczający sposób do tych najbardziej realnych potrzeb polskiej ochrony zdrowia, skupiając się na ograniczeniach narzucanych na pracę lekarzy oraz na wzmocnieniu kontrolnej roli Narodowego Funduszu Zdrowia. Brak jest mapy drogowej zmiany taryfy świadczeń, a samo przyznanie Prezesowi AOTMiT uprawnienia do wszczynania procedury zmiany taryfy jest

niewystarczające, bo nie wiadomo czy i kiedy z niego skorzysta, pewnie tylko w sytuacji, gdy taryfa jest zawyżona, natomiast nie skorzysta, gdy taryfa jest za niska.

Odnosząc się do poszczególnych propozycji zamieszczonych w opiniowanej ustawie Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej przekazuje następujące uwagi:

1. Zdecydowany sprzeciw budzi art. 132aa ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Zgodnie z tym przepisem „Świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, realizowane w zakładzie leczniczym świadczeniodawcy, który zawarł z Funduszem umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego, są udzielane przez osobę wykonującą zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej zatrudnioną na podstawie umowy zawartej przez tę osobę ze świadczeniodawcą w wymiarze nie mniejszym niż połowa wymiaru czasu pracy, a w przypadku umowy lub innego aktu, na podstawie których powstaje stosunek inny niż stosunek pracy albo stosunek służbowy – równoważnika nie mniej niż połowy wymiaru czasu pracy”.

Zdaniem Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej obowiązek pracy w wymiarze co najmniej połowy etatu w każdej kolejnej placówce ograniczy dostęp pacjentów do opieki specjalistycznej blisko miejsca zamieszkania. W praktyce jest tak, że wiele poradni przyszpitalnych w mniejszych miastach ma kontrakt z NFZ wystarczający na obecność specjalisty przez kilka godzin tygodniowo albo jedynie kilka dni w miesiącu. Placówki takie nie mają ani wystarczającej liczby świadczeń, ani wystarczającego finansowania uzasadniającego zatrudnienie lekarza na około osiemdziesiąt godzin pracy miesięcznie. Lekarz specjalista, który obecnie zabezpiecza potrzeby zdrowotne kilku powiatów, zmuszony zostanie wybrać jeden lub dwa większe ośrodki. Specyfika ambulatoryjnej opieki specjalistycznej polega na tym, że wiele poradni – szczególnie w miastach powiatowych – nie ma zapotrzebowania na lekarza specjalistę w wymiarze wynoszącym co najmniej połowy etatu. Dostępność do świadczeń jest zapewniana właśnie dzięki lekarzom świadczącym usługi przez kilka godzin tygodniowo. Wprowadzenie minimalnego wymiaru zatrudnienia nie zmieni potrzeb zdrowotnych mieszkańców, lecz może uniemożliwić dalsze funkcjonowanie takich poradni w obecnym modelu.

Wbrew założeniom ustawy lekarz specjalista nie stanie się bardziej dostępny, przeciwnie - zniknie z mniejszych miejscowości. Pacjenci pozbawieni lokalnej poradni będą musieli udać się do dużego ośrodka. Duże placówki w ośrodkach miejskich zostaną przeciążone przypadkami niewymagającymi tak dużego zaplecza, co z kolei doprowadzi do ograniczenia dostępu dla pacjentów rzeczywiście wymagających opieki wysokospecjalistycznej.

Nie ma ponadto żadnych dowodów na to, że praca lekarza w przyszpitalnym AOS w wymiarze mniejszym niż pół etatu przynosi uszczerbek pacjentom - charakter pracy w AOS, indywidualizacja porad lekarskich czy ich częstotliwość sprawiają, że jakość opieki nad pacjentem nie doznaje uszczerbku, jeśli lekarz pracuje w wymiarze mniejszym niż połowa etatu.

Proponowane w art. 132aa ust. 3 rozwiązanie jest ponadto sprzeczne z deklarowanym odwracaniem piramidy świadczeń – zakładano przenoszenie diagnostyki i leczenia ze szpitala do AOS i POZ. Obowiązek półetatowego zatrudnienia oraz koncentracja personelu w dużych podmiotach wywołają odwrotny skutek - specjaliści zostaną wycofani z mniejszych poradni, a pacjenci ponownie trafią do szpitali. Już obecnie Naczelna Izba Lekarska otrzymuje sygnały od placówek realizujących świadczenia w mniejszych miejscowościach, że skutkiem wejścia w życie opiniowanej ustawy będzie konieczność likwidacji niektórych poradni.

Dodatkowo wymóg zatrudnienia na minimum pół etatu oznacza, że w przypadku mniejszych placówek ochrony zdrowia jeden lekarz wyczerpie całe zapotrzebowanie na usługi. Taki model z jednym lekarzem jest wysoce ryzykowny organizacyjnie – w sytuacji choroby, urlopu czy zdarzeń losowych tego jedynego specjalisty poradnia zmuszona jest do całkowitego wstrzymania przyjęć pacjentów, nierzadko na kilka tygodni. Przy zatrudnieniu większej liczby lekarzy specjalistów z mniejszym wymiarem etatu czy godzin można nadal zapewnić ciągłość funkcjonowania placówki.

2. Zastrzeżenia budzi art. 132aa ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Przepis wprowadza wyjątek od zakazu zatrudnienia w wymiarze mniejszym niż pół etatu w szpitalu i przyszpitalnym AOS mającym kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia. Wyjątek dotyczy lekarzy, którzy są zatrudnieni wyłącznie u jednego świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego lub AOS, który zawarł umowę z NFZ o udzielenia świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego. Warunkiem skorzystania z tej możliwości jest złożenie przez lekarza oświadczenia o zatrudnieniu wyłącznie u jednego świadczeniodawcy mającego kontrakt z NFZ z zakresu leczenia szpitalnego oraz ponowne składanie tego oświadczenia co 6 miesięcy – przy czym oświadczenia te mają być składane z zagrożeniem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń. Obwarowanie zgody na pracę w wymiarze mniejszym niż pół etatu sankcją odpowiedzialności karnej jest wyrazem absurdu wręcz rygoryzmu. Możliwość zatrudnienia lekarza na mniej niż pół etatu powinna być traktowana nie jako przywilej danego lekarza, lecz jako przywilej danej placówki medycznej, która go zatrudnia.

3. Negatywnie ocenia się art. 132aa ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie, w jakim wprowadza sankcję rozwiązania umowy w razie niezłożenia przez lekarza oświadczenia o zatrudnieniu w jednej placówce.

Niczym nieuzasadniony i wysoce ryzykowny dla pracodawcy i dla pracownika jest przewidziany w art. 132aa ust. 4 ustawy o świadczeniach skutek rozwiązania zatrudnienia *ex lege* w razie niezłożenia przez lekarza po upływie 6 miesięcy kolejnego oświadczenia o zatrudnieniu u jednego świadczeniodawcy. Projektodawca założył z góry złą wolę podmiotów, tymczasem najczęściej niezłożenie takiego oświadczenia będzie wynikiem przeoczenia i wówczas – ku zaskoczeniu wszystkich – okaże się, że lekarz spełniający warunek ustawowy (tj. zatrudniony tylko w jednej placówce) od kilku miesięcy formalnie nie jest już zatrudniony w szpitalu czy AOS, chociaż w tym czasie przebywał w miejscu pracy, wykonywał obowiązki zawodowe, leczył pacjentów i prowadził dokumentację medyczną. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej wskazuje, że sytuacja taka może stanowić dla Narodowego Funduszu Zdrowia „pretekst” do odmowy zapłaty za świadczenia zdrowotne udzielone przez takiego lekarza za okres, w którym formalnie jest uznawany za niezatrudnionego.

4. Zastrzeżenia budzi także redakcja art. 132aa ust. 7 ustawy o świadczeniach opieki, która sprawia, że jest on niezrozumiały.

Projektowany art. 132aa ust. 7 ustawy o świadczeniach przewiduje wyłączenie stosowania przepisów o konieczności zatrudnienia na co najmniej pół etatu i przepisów o uzyskiwaniu zgody na dodatkowe zatrudnienie w stosunku do „świadczeń udzielanych w stanie nagłym w czasie pełnienia dyżuru medycznego, o którym mowa w art. 95 ustawy o działalności leczniczej”. Redakcja przepisu nie pozwala na ocenę o co w nim chodzi - zwykle przecież „stan nagły” i „czas dyżuru” to nie to samo. Nie da się z góry przewidzieć ile w czasie dyżuru medycznego będzie stanów nagłych, a ile gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych w porze nocnej. Proponuję zatem, aby zmienić brzmienie przepisu na następujące: „7. Przepisów ust. 3-6 nie stosuje się do świadczeń udzielanych w czasie pełnienia dyżuru medycznego, o którym mowa w art. 95 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w stanie nagłym.”.

Zarzutem w stosunku do zaproponowanego brzmienia art. 132aa ust. 7 ustawy o świadczeniach jest także to, że nie jest jasne jak regulacje art. 132aa ust. 7 i ust. 8 w zakresie dyżurów medycznych mają się do siebie wzajemnie, czy są to regulacje niezależnie od siebie funkcjonujące czy też wyłączające.

5. Negatywnie ocenia się art. 132aa ust. 6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przewidujący obowiązek uzyskania zgody na dodatkowe zatrudnienie przez osoby wykonujące zawód medyczny zatrudnione w szpitalu lub AOS w ramach kontraktu z NFZ.

Samorząd lekarski uważa, że brak jest dostatecznego uzasadnienia, aby ograniczyć gwarantowaną w art. 65 Konstytucji wolność wyboru i wykonywania zawodu oraz miejsca pracy, zwłaszcza, że do kodeksu pracy w 2023 r. dodano przepis, który ustanowił wyraźną regułę ogólną, że pracodawca nie może zakazać pracownikowi jednoczesnego pozostawania w stosunku pracy z innym pracodawcą lub jednoczesnego pozostawania w stosunku prawnym będącym podstawą świadczenia pracy innym niż stosunek pracy (art. 26¹ kodeksu pracy).

Projektodawca nie wyjaśnia przy tym dostatecznie, jakie uzasadnienie (spełniające kryteria zasady proporcjonalności wprowadzania ograniczeń wolności konstytucyjnych – art. 31 Konstytucji RP) miałoby stać za tym, aby np. lekarz zatrudniony w szpitalu jedynie na pół etatu musiał ubiegać się o zgodę na podjęcie pracy u innego świadczeniodawcy w wymiarze połowy etatu. Łączny wymiar pracy danego lekarza nie przekraczałby wówczas 1 etatu i trudno mówić o względach ochrony zdrowia pracownika stojących za takim rozwiązaniem czy względach ochrony bezpieczeństwa pacjentów.

W rezultacie trzeba przyjąć, że zaproponowane rozwiązanie stanowi ingerencję w wolność wyboru i wykonywania zawodu (art. 65 ust. 1 Konstytucji RP) i wolność działalności gospodarczej (art. 20 i art. 22 Konstytucji RP), a projektodawca nie wykazał, aby tak daleko idące ograniczenie praw i wolności było konieczne dla ochrony zdrowia publicznego ani że zamierzonego celu nie można osiągnąć środkami mniej ingerującymi w prawa i wolności obywateli.

Należy się spodziewać, że konsekwencją wejścia w życie tego rozwiązania będzie to, że duże szpitale uzyskają możliwość zatrzymania specjalisty pod pretekstem własnych niezaspokojonych potrzeb kadrowych. Mała placówka ochrony zdrowia nie będzie miała równorzędnej pozycji. W efekcie personel medyczny zostanie skupiony tam, gdzie już jest go najwięcej.

Uzależnienie prawa do wykonywania zawodu lekarza w innym miejscu od decyzji dyrektora placówki, w której lekarz jest zatrudniony, tworzy głęboko asymetryczną relację władzy i stwarza ryzyko nadużyć.

Kolejnym zastrzeżeniem do proponowanego rozwiązania jest to, że ustawa nie przewiduje dla lekarza żadnych możliwości obrony przed arbitralnym rozstrzygnięciem pracodawcy o odmowie udzielenia zgody na podjęcie dodatkowego zatrudnienia. Skuteczne zakwestionowanie odmowy wyrażenia zgody na dodatkowe zatrudnienie będzie musiało się odbywać poprzez rezygnację lekarza z pracy stanowiącej dotychczas główne miejsce zatrudnienia.

6. Na negatywną ocenę zasługuje brzmienie art. 132aa ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przewidującego maksymalny łączny wymiar czasu pracy pracownika medycznego przy zatrudnieniu w podmiocie mającym umowę z NFZ wynoszący dwa etaty.

Pierwszą wadą projektowanego rozwiązania jest fakt nierównego traktowania podmiotów znajdujących się w takiej samej lub porównywalnej sytuacji – przepisy nie dotyczą bowiem personelu medycznego wykonującego zawód poza systemem świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Drugą wadą jest utożsamienie bezpieczeństwa pacjentów wyłącznie ze zbiorczą liczbą godzin przepracowanych w miesiącu, gdy tymczasem ryzyko związane ze zmęczeniem lekarza jest zjawiskiem o wiele bardziej skomplikowanym, bo zależy między innymi od długości nieprzerwanej pracy, liczby następujących po sobie dyżurów, długości odpoczynku pomiędzy dyżurami, intensywności pracy czy stanu, w jakim znajdują się pacjenci pod opieką lekarza. Miesięczna liczba godzin nie jest samodzielny, wystarczającym i naukowo miarodajnym wskaźnikiem bezpieczeństwa. Przykładowo wysokie ryzyko wynikające z ostrego przemęczenia i niedoboru snu może wystąpić po kilku następujących po sobie dyżurach, mimo nieprzekroczenia nawet wymiaru czasu pracy dla jednego etatu (około 160 godzin).

Niekonsekwencją ustawodawcy jest także to, że projekt ustawy przewiduje możliwość czasowego odstąpienia od wspomnianych ograniczeń łącznego wymiaru czasu pracy, w przypadku braku dostępności pracowników medycznych w danej dziedzinie lub potrzeby zabezpieczenia dyżuru medycznego. Oznacza to, że projektowany limit nie jest przez samego projektodawcę traktowany jako biologiczna granica bezpieczeństwa, lecz jako administracyjny sposób zarządzania pracą personelu medycznego.

W rezultacie samorząd lekarski sprzeciwia się objęciu limitem związanym z wykonywaniem świadczeń w ramach systemu opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych godzin działalności lekarskiej realizowanej poza systemem płatnika publicznego. Państwo ma prawo ustanawiać wymagania dotyczące realizacji przez lekarza świadczeń w ramach finansowania publicznego, ale nie może to obejmować prawa do kontrolowania całej działalności prowadzonej przez lekarza poza systemem świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Dla zapewnienia przez Narodowy Fundusz Zdrowia właściwej jakości udzielanych świadczeń metodą wystarczającą i proporcjonalną mogłoby być np. zapewnienie odpowiedniej przerwy pomiędzy zakończeniem innej działalności, a rozpoczęciem udzielania świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

Przepis art. 132aa ust. 1 ustawy o świadczeniach nie wskazuje precyzyjnie, w jaki sposób oblicza się dwukrotność pełnego wymiaru czasu pracy, tj. czy wlicza się także dyżury pełnione w różnych placówkach ochrony zdrowia, których liczba w każdym miesiącu jest inna, czy wliczać pozostawanie w gotowości do świadczenia pracy (tzw. dyżur pod telefonem), jak wliczać pracę w systemie zadaniowym, czy w przypadku lekarzy posiadających orzeczenie o umiarkowanym lub znacznym stopniu niepełnosprawności równoważnik dwóch etatów oblicza się dla liczby godzin wynikającej ze zwykłej normy czasu pracy, czy dla normy czasu pracy obniżonej na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Ustawodawca nie może takich kwestii związanych z obliczaniem etatu i jego równoważnika pozostawić bez doprecyzowania, jeśli za nieprawdziwe oświadczenie zamierza wprowadzić odpowiedzialność karną.

Nie jest również precyzyjnie określone w jakim przedziale czasowym należy obliczać równowartość pełnego wymiaru czasu pracy – w okresie miesięcznym czy dłuższym, bowiem w prawie pracy zasada jest, że stosuje się dłuższe (często trzymiesięczne) okresy rozliczeniowe.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej wskazuje ponadto, że przepis art. 132aa ust. 1 ustawy o świadczeniach dotyczy tylko osób wykonujących zawody medyczne zatrudnionych u świadczeniodawców mających umowę z NFZ, a co za tym idzie spod jego regulacji wyłączone będą osoby biorące udział w zarządzaniu tą placówką, w tym np. różnego rodzaju doradcy, pełnomocnicy dyrektora itp., których wynagrodzenia także pochodzą ze środków uzyskiwanych z Narodowego Funduszu Zdrowia.

7. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zgłasza sprzeciw wobec nakładania na lekarzy sankcji odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń dotyczących wymiaru czasu pracy - art. 132aa ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Zaproponowana regulacja jest zbyt daleko idąca. Oświadczenia lekarza o takich okolicznościach jak łączny wymiar czasu pracy nie powinno być obwarowane sankcją odpowiedzialności z kodeksu karnego. Jest to sankcja zbyt daleko idąca. Należy ponadto dodać, że liczba godzin składająca się na wymiar jednego etatu czy równoważnika jednego etatu jest w każdym miesiącu nieco inna i zależy od liczby dni danego miesiąca oraz liczby świąt przypadających w danym miesiącu, co może utrudniać składanie stosowanych oświadczeń. Przykładowo 168 godzin pracy w jednym miesiącu może wciąż mieścić się w wymiarze jednego etatu, natomiast ta sama liczba godzin pracy w innym miesiącu może stanowić przekroczenie równoważnika jednego etatu.

8. Negatywnie ocenia się art. 132aa ust. 8 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Przepis ten przewiduje możliwość czasowego odstąpienia od części ograniczeń dotyczących maksymalnego zatrudnienia w ramach dwóch etatów, obowiązku pracy w wymiarze wynoszącym co najmniej pół etatu w ramach świadczeń szpitalnych i AOS realizowanych w ramach kontraktu z NFZ, czy obowiązku uzyskiwania zgody pracodawcy na podjęcie dodatkowego zatrudnienia – Prezes NFZ może wyrazić zgodę na takie odstępstwa w przypadku braku dostępności pracowników medycznych lub potrzeby zabezpieczenia dyżuru medycznego. Oznacza to, że projektowany w ustawie limit nie jest przez samego projektodawcę traktowany jako nieprzekraczalna biologiczna granica bezpieczeństwa. Jeżeli przekroczenie dwóch etatów miałyby tworzyć niedopuszczalne zagrożenie dla pacjenta, to nie można byłoby uzależniać możliwości jego przekroczenia od zgody Prezesa NFZ na odstępstwo. Przewidziane w ustawie wyjątki potwierdzają, że limit nie ma na celu ochrony przed przemęczeniem, ale raczej jego celem jest administracyjne zarządzanie zasobami kadrowymi pracowników medycznych oraz centralne kontrolowanie warunków zatrudnienia.

Ponadto Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zwraca uwagę, że zgodnie z art. 132aa ust. 8 ustawy o świadczeniach o prawie do wykonywania zawodu lekarza w więcej niż jednym podmiocie bez zgody pierwszego podmiotu czy o możliwości pracy lekarza w wymiarze przekraczającym dwa etaty Prezes NFZ będzie decydował wyłącznie na wniosek placówki medycznej, a nie na wniosek lekarza. W rezultacie w sprawach, które bezpośrednio dotyczą lekarza, pozbawia się lekarza prawa bycia stroną.

9. Niezasadne są także propozycje zawarte w art. 132aa ust. 9 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Przepis narzuca dodatkowe wymogi wobec treści umów o pracę, które nie są wymienione w kodeksie pracy, część z nich jest wręcz nierozsądna np. wymóg określenia stawki godzinowej brutto wynagrodzenia - w przypadku umowy o pracę ze stałą miesięczną pensją stawka godzinowa jest w każdym miesiącu kalendarzowym inna z uwagi na inną liczbę godzin pracy do przepracowania, najwyższą stawkę godzinową wynagrodzenia osiąga się zwykle w miesiącu lutym, który ma tylko 28 dni. Skutkiem wymogu wpisania do umowy o pracę stawki godzinowej brutto będzie to, że co miesiąc strony będą aneksować umowę o pracę, podając nową stawkę godzinową wynikającą z podzielenia ustalonego wynagrodzenia miesięcznego przez liczbę dni i godzin do przepracowania w danym miesiącu.

Nie jest również możliwe określenie z góry w szczególności w umowie o pracę liczby wykonywanych zadań związanych z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej. Poszczególne

zadania realizowane są zgodnie z bieżącym zapotrzebowaniem wynikającym z pracy w danej komórce organizacyjnej zakładu leczniczego.

10. Krytycznie ocenia się mechanizm maksymalnego, sztywnego wynagrodzenia godzinowego przyjęty w art. 132ab ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Maksymalna stawka godzinowa osoby wykonującej zawód medyczny z tytułu udzielania świadczeń objętych umową z NFZ, wynosząca wg projektu ustawy 1/20 minimalnego wynagrodzenia za pracę, będzie skutkowała trudnościami w pozyskaniu lekarzy specjalistów w deficytowych dziedzinach medycyny, zwłaszcza w placówkach powiatowych, oddalonych od dużych ośrodków akademickich oraz na Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych.

Negatywnie należy ocenić także to, że taki sam limit wynagrodzenia ma obejmować pracę dzienną i nocną, procedurę prostą i wysokospecjalistyczną, duże miasto i placówkę, do której od miesięcy nie można pozyskać lekarza. Cena maksymalna oderwana od lokalnej podaży pracy może być niższa od stawki koniecznej do utrzymania świadczenia.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej wskazuje, że nałożenie się w jednej ustawie rozwiązań wymagających pracy w wymiarze co najmniej połowy etatu w ramach świadczeń szpitalnych czy AOS w placówce, która ma kontrakt z NFZ na leczenie szpitalne, wprowadzenie wymogu zgody jednej placówki na podjęcie przez lekarza dodatkowego zatrudnienia oraz limit wynagrodzenia ustalany sztywną stawką godzinową spowoduje dalszy jeszcze odpływ lekarzy z placówek powiatowych. Zjawisko to odbija się na dramatycznym zmniejszeniu dostępności pacjentów obszarów położonych poza dużymi miastami do świadczeń opieki zdrowotnej.

11. Dla uelastycznienia możliwości pozyskania wysokospecjalistycznej kadry medycznej niewystarczające są propozycje art. 132ab ust. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Przewidziana w tym przepisie możliwość zwiększenia przez placówkę medyczną stawki maksymalnej wynagrodzenia pracownika medycznego w razie świadczeń wymagających szczególnych umiejętności lub ponadstandardowego obciążenia pracą daje niejasne i zawsze możliwe do podważenia kryteria oceny. W praktyce na tle wszystkich zawodów medycznych, większość świadczeń zdrowotnych udzielnych przez lekarza specjalistę wymaga szczególnych umiejętności albo rodzi duże obciążenie pracą.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zgłasza obawy, że te niejasne kryteria podwyższenia maksymalnej stawki wynagrodzenia mogą być podważane przez NFZ w ramach nowego narzędzia kontrolnego wprowadzanego w art. 61a ust. 1a ustawy o świadczeniach, który przyznaje Prezesowi NFZ prawo do przeprowadzenia kontroli nie tylko prawidłowości realizacji kontraktu z NFZ, ale także prawidłowości wykorzystania środków publicznych. Zdaniem samorządu lekarskiego należy zatem w ustawie wyraźnie wskazać, że przyznanie przez świadczeniodawcę podwyższonej stawki wynagrodzenia pozostaje poza zakresem uprawnień kontrolnych NFZ przewidzianych w art. 61a ust. 1 ustawy.

12. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej krytycznie ocenia art. 132ab ust. 9 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Obowiązek złożenia przed zatrudnieniem oświadczenia o łącznym maksymalnym miesięcznym wynagrodzeniu z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych we wszystkich zatrudniających lekarza placówkach medycznych realizujących kontrakt z NFZ pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń, nie jest konieczny w sytuacji, w której ustawodawca planuje wprowadzić maksymalną kwotę wynagrodzenia za godzinę pracy pracownika medycznego oraz planuje narzucić nieprzekraczalny limit dwóch etatów świadczenia pracy. Obowiązek złożenia oświadczenia o wysokości zarobków jest w takiej sytuacji nadmiarowy, a wprowadzenie sankcji z karnoprawnej za jego nienależyte wykonanie nie znajduje uzasadnienia.

Skoro przestępstwem nie jest ewentualne przekroczenie kwoty maksymalnego wynagrodzenia, jakie może osiągnąć osoba wykonująca zawód medyczny, to tym bardziej nie powinno być

kwalifikowane jako przestępstwo złożenie oświadczenia dotyczącego wysokości tego wynagrodzenia.

13. Na krytykę zasługuje przyjęty w art. 132ab ust. 11 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zakaz ustalania wynagrodzenia osoby wykonującej zawód medyczny w postaci stawki procentowej wynagrodzenia świadczeniodawcy otrzymywanego z tytułu realizacji kontraktu z NFZ.

Zaproponowane rozwiązanie budzi daleko idące wątpliwości. Bezwzględny zakaz z art. 132ab ust. 11 w swym założeniu jest wymierzony w patologię, ale niestety także w wielu wypadkach usuwa prawidłowy bodziec do efektywnej pracy. Wynagrodzenie wyłącznie godzinowe w ochronie zdrowia premiować będzie obecność w pracy, a nie wykonanie świadczeń. Wydaje się, że na przyjęciu takiego modelu wynagradzania najbardziej ucierpią procedury wysokospecjalistyczne, dziedziny zabiegowe lub procedury obciążające fizycznie lub stwarzające wyższe ryzyko prawne, spowodować ono może również spadek ilości porad w ramach AOS. Naturalne jest, że jeżeli lekarz może za tę samą stawkę wynagrodzenia wykonywać pracę lżejszą lub obciążoną mniejszym ryzykiem, część specjalistów racjonalnie wybierze mniej ryzykowane świadczenia lub ograniczy liczbę wykonywanych procedur. Nie można zakładać, że efektywność wykonywania trudnych i ryzykowanych procedur jest całkowicie niezależna od wynagrodzenia. Zakaz ustalania wynagrodzenia liczonego od wykonanej procedury w pewnych obszarach medycyny nie będzie sprzyjać efektywności pracy. Przy systemie wynagrodzenia „od wykonanej procedury” zwykle zwiększa się dostępność pacjentów do świadczeń danego rodzaju.

Przyjęty w projekcie ustawy zakaz wynagradzania w systemie stawki procentowej od wykonania umowy z NFZ „ukrywa” także fakt niewłaściwej wyceny niektórych procedur medycznych.

14. Na zdecydowany sprzeciw zasługuje propozycja zmiany art. 192a ust. 11 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Zgodnie z tym przepisem NFZ będzie mógł zwrócić się do świadczeniodawcy niemającego kontraktu z NFZ o przekazanie (nieodpłatnie) dokumentacji medycznej osób, którym udzielono świadczeń zdrowotnych i dokumentacji pracowników medycznych obejmującej rozkład czasu pracy. Zdaniem samorządu lekarskiego stanowi to niezwykle głęboką ingerencję w Konstytucyjne prawo do prywatności i zarazem naruszenie tajemnicy lekarskiej.

Pacjent, który korzysta z opieki medycznej finansowanej ze środków publicznych, musi oczywiście liczyć się z tym, że płatnik publiczny może dokonywać kontroli prawidłowości wydatkowania środków na leczenie, w tym np. kontrolować dokumentację medyczną, natomiast pacjent, który korzysta ze świadczeń komercyjnie, ma pełne prawo oczekiwać pełnej poufności danych związanych ze swoim leczeniem.

Samorząd lekarski przypomina, że w ugruntowanym orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego, tajemnica lekarska ma szczególną wagę. Ograniczenie tajemnicy lekarskiej w drodze zapisów ustawowych musi podlegać szczególnym rygorom, ponieważ może nieproporcjonalnie naruszać konstytucyjne prawo do prywatności, wolność komunikacji i autonomię informacyjną jednostki. Każdemu przysługuje prawo do ochrony prywatności, ale w ocenie wyrażanej przez Trybunał Konstytucyjny przy kontaktach z przedstawicielami zawodów zaufania publicznego (takich jak np. lekarz) prawo do prywatności musi podlegać większej, intensywniejszej ochronie niż w innych sytuacjach. Tajemnica lekarska jest nie tylko normą wyrażoną w ustawie o zawodach lekarza i lekarza denty, ale przede wszystkim wartością konstytucyjnie chronioną. Każde ograniczenie prawa do prywatności związanego z podjętym leczeniem stanowi niezwykle głęboką ingerencję w prawa i wolności obywatelskie, zatem warunki dopuszczalności ingerencji organów państwowych w tę sferę prywatności muszą być szczególnie surowe.

Podobne zastrzeżenia z zakresie ochrony prawa do prywatności budzi także przyznanie Narodowemu Funduszowi Zdrowia prawa do zwrócenia się do placówek niemających kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia o dokumentację pracowników medycznych odnośnie do ich rozkładu czasu pracy w tych placówkach.

15. Zdecydowany sprzeciw budzi brzmienie dodawanego art. 61ba ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Na mocy tego przepisu podmioty lecznicze posiadające umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej będą obowiązane udostępniać Narodowemu Funduszowi Zdrowia informacje dotyczące świadczeń opieki zdrowotnej nieobjętych umową z Funduszem, w tym umożliwić dostęp do dokumentacji medycznej oraz dokumentacji kadrowej pracowników medycznych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej.

Brak jest wystarczającego uzasadnienia, aby udostępniać Narodowemu Funduszowi Zdrowia dane pacjenta niekorzystającego ze świadczeń finansowanych ze środków publicznych – jest to ujawnienie tajemnicy lekarskiej oraz naruszenie konstytucyjnego prawa do prywatności, dla którego nie ma wystarczających argumentów opartych o zasadę proporcjonalności, zwłaszcza że przepis nie daje wskazówek zawężających możliwość wystąpienia o taką dokumentację medyczną. Ustawa nie wskazuje przy tym konkretnego celu, zakresu i okresu przetwarzania tych danych. Gdy jest podejrzenie, że doszło do popełnienia przestępstwa, o dokumentację medyczną mogą przecież zwracać się upoważnione do tego organy ścigania, nie ma zatem uzasadnienia, aby NFZ kontrolując wykonanie umowy, pozyskiwał dane z naruszeniem prawa do prywatności pacjentów, którzy nie korzystali z leczenia finansowanego ze środków publicznych. Pacjent „komercyjny” nie może być zaskakiwany, że po kontroli NFZ jego dane są elementem procesu sądowego, czy jest wzywany na świadka w sprawie rozliczeń komórki organizacyjnej podmiotu leczniczego mającej kontrakt z NFZ, w której nigdy się nie leczył. Podobne zastrzeżenia dotyczą pozyskiwania danych personelu medycznego, który nie realizował świadczeń objętych umową z Narodowym Funduszem Zdrowia.

W rezultacie należy zgłosić zastrzeżenie, że rozwiązanie zaproponowane w art. 61ba ustawy o świadczeniach polegające na dostępie NFZ do dokumentacji pacjentów leczących się poza systemem publicznej ochrony zdrowia może być niezgodne z art. 47 i art. 51 Konstytucji RP oraz rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE – zwłaszcza z art. 5 ust. 1 a-c i art. 9 RODO.

16. Zastrzeżenia budzi także dodawany art. 61a ust. 1a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Zgodnie z projektem ustawy art. 61a ust. 1a ustawy będzie stanowił, że: *„Prezes Funduszu może przeprowadzić kontrolę prawidłowości wykorzystania środków publicznych przekazywanych świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz w aptece z tytułu realizacji umowy, o której mowa w art. 41 ustawy o refundacji, pod względem zgodności z obowiązującymi przepisami, a także z wymaganiami określonymi przez Prezesa Funduszu.”*.

Jak wynika z proponowanego brzmienia przepisu, Prezes NFZ będzie sam określał wymagania dotyczące wykorzystania środków publicznych z kontaktu z NFZ i potem będzie sam kontrolował prawidłowość ich wykorzystania. To zbyt daleko idąca ingerencja NFZ w strukturę kosztów i wydatki podmiotu mającego kontrakt z NFZ. Dotychczas Prezes NFZ w ramach kontroli sprawdzał realizację umowy zawartej z NFZ, warunki udzielania świadczeń (personel, sprzęt) prawidłowość udzielanych świadczeń, prawidłowość prowadzenia dokumentacji medycznej, prawidłowość ordynacji lekowej, natomiast za wykorzystanie środków z kontraktu z NFZ odpowiada kadra zarządzająca daną placówką medyczną.

Przepis nie określa nawet, w jakim trybie Prezes NFZ będzie określał owe „wymagania”, co w rezultacie może skutkować tym, że wymagania te będą wywodzone nie tylko z zarządzeń Prezesa

NFZ, ale także różnego rodzaju komunikatów czy innego rodzaju pism wewnętrznych. Zrównanie takich wytycznych Prezesa NFZ z przepisami prawa, które mogą być podstawą kontroli, nie znajduje uzasadnienia.

17. Wątpliwości budzi przepis art. 61d ust. 5a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Samorząd lekarski sprzeciwia się upoważnieniu Narodowego Funduszu Zdrowia do wszczynania ponownej kontroli w zakresie, który był już objęty wcześniejszą kontrolą Narodowego Funduszu Zdrowia. NFZ dysponuje wyspecjalizowanym korpusem kontrolerów, nie ma powodów, aby wprowadzać możliwość wielokrotnego kontrolowania tego samego podmiotu w tym samym zakresie.

18. Negatywnie ocenia się poszerzenie kręgu osób mogących brać udział w kontroli o pracowników NFZ niebędących kontrolerami i inne osoby wykonujące czynności na podstawie umowy cywilnoprawnej - art. 61e ust. 2 oraz art. 61j ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Przeprowadzenie kontroli realizacji umowy przez placówkę medyczną wymaga udziału w tej czynności osób o odpowiednich kwalifikacjach, zakresie umocowania, zakresie odpowiedzialności oraz znajomości reguł unikania konfliktu interesów, stąd poszerzenie kręgu osób uprawnionych do udziału w kontroli prowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia nie znajduje dostatecznego uzasadnienia. Zastrzeżenie to jest aktualne zwłaszcza przy przewidzianym w art. 61j ust. 2 uprawnieniu do kontroli dokumentacji medycznej.

19. Samorząd lekarski sprzeciwia się zmianom w zakresie trybu wszczynania kontroli przez NFZ - art. 61g ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

W projekcie ustawy planuje się odejść od cywilizowanego trybu wszczynania kontroli przez NFZ. Obecnie art. 61g ustawy o świadczeniach stanowi, że Prezes Funduszu zawiadamia podmiot kontrolowany o kontroli najpóźniej w terminie 7 dni przed rozpoczęciem czynności kontrolnych. Tylko w wyjątkowych sytuacjach jest stosowany tryb kontroli rozpoczynającej się natychmiast, bez uprzedzenia.

Nowelizacja ustawy przewiduje tymczasem, że „Prezes Funduszu zawiadamia podmiot kontrolowany o kontroli najpóźniej w chwili rozpoczęcia kontroli”, co oznacza, że wszystkie kontrole NFZ mogą stać się kontrolami pilnymi wszczynanymi bez uprzedzenia. Taki tryb kontroli jest niezwykle utrudnieniem dla placówki kontrolowanej, zwłaszcza dla małych podmiotów (np. gabinetów dentystycznych) gdzie przy niewielkiej, czasem jednoosobowej obsadzie, wykonywanie świadczeń zdrowotnych zaplanowanych na dany dzień oraz wykonywanie poleceń kontrolerów NFZ jest praktycznie niemożliwe bez uprzedniego przygotowania się.

20. Zastrzeżenia budzi nałożenie na osoby składające wyjaśnienia w toku kontroli NFZ (np. pracowników kontrolowanego podmiotu leczniczego) rygору odpowiedzialności karnej za fałszywe oświadczenia - art. 61o ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Jest to wymóg nieproporcjonalny - nawet kontrolerzy NFZ, którzy mogą podlegać wyłączeniu od kontroli w razie braku bezstronności, nie składają oświadczenia o braku konfliktu interesów pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań.

21. Wadliwym rozwiązaniem jest przyznanie NFZ-owi prawa do wszczynania kontroli doraźnej w celu „przeciwdziałania nierównemu traktowaniu świadczeniodawców” - art. 61v ust. 1 pkt 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Przeciwdziałanie nierównemu traktowaniu świadczeniodawców jest pojęciem zbyt szerokim i nieostrym, aby uzasadniało podjęcie kontroli w placówce medycznej na podstawie legitymacji, bez

wcześniejszego upoważnienia i zawiadomienia podmiotu kontrolowanego.

22. Zastrzeżenia budzi nowelizacja art. 112 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Zaproponowany przepis jest wyrazem skrajnej niekonsekwencji ustawodawcy. W tej samej ustawie, w której wprowadza się restrykcyjne ograniczenia i wymogi wobec podejmowania przez lekarzy dodatkowego zatrudnienia, w przypadku pracowników Narodowego Funduszu Zdrowia uchyla się przepisy o konieczności uzyskania zgody Prezesa NFZ na podjęcie przez pracownika NFZ dodatkowego zatrudnienia (art. 112 ust. 2 ustawy o świadczeniach ma być uchylony).

23. Zmiany w ustawie o działalności leczniczej - art. 26 i 27 - zakaz zawierania kontraktów z podmiotami „zbiorowymi”.

W uzasadnieniu do projektu ustawy napisano, że będzie to zapobiegało tworzeniu „fikcyjnych podmiotów leczniczych” tworzonych po to, aby omijać normy czasu pracy. Prezydium NRL wskazuje, że podobnej determinacji w walce z fikcyjnymi podmiotami leczniczymi samorząd oczekiwał od Ministerstwa Zdrowia przy działalności tzw. receptomatów, gdzie leczniczy charakter danej działalności bywa wysoce dyskusyjny.

Nieprecyzyjne są przepisy art. 26 ust. 1a, który dopuszcza w drodze wyjątku możliwość podpisania umowy z podmiotem zbiorowym, pod warunkiem, że świadczenia zdrowotne będą wykonywane wyłącznie w zakładzie leczniczym przyjmującego zamówienie. Nie jest tutaj jasne, czy w ramach tego przepisu zgodę na zawarcie umowy uzyskają podmioty zbiorowe wykonujące np. usługi z zakresu teleradiologii, gdzie jednak dochodzi do rzeczywistego outsourcingu kompleksowej usługi.

24. Poważnym zagrożeniem dla funkcjonowania ochrony zdrowia jest art. 4 ustawy, który przewiduje wygaśnięcie z dniem 31 grudnia 2026 r. umów i innych aktów, na podstawie których powstało zatrudnienie osób wykonujących zawód medyczny, jeśli nie spełniają wymogów nowej ustawy.

Dostosowanie się w terminie do 31 grudnia 2026 r. do tak istotnie zmienionych warunków zatrudnienia i wynagradzania w całej Polsce w praktycznie wszystkich podmiotach leczniczych jest niezwykle trudne i należy założyć, że nie będzie przebiegało sprawnie. Ryzyko wygaśnięcia umów dotyczących zatrudnienia personelu medycznego uderza w pacjentów i funkcjonowanie placówek medycznych.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zgłasza poważne zastrzeżenia wobec ingerencji ustawodawcy w zawarte już umowy. Strony, które zawierały umowę, określiły swoje wzajemne prawa i obowiązki, ustaliły także okres obowiązywania zaciągniętych zobowiązań umownych a w oparciu o te dane np. dotyczące liczby godzin usługi i wynagrodzenia dokonały zakupu sprzętu korzystając z umów leasingu czy innych zobowiązań kredytowych. Drastyczna zmiana warunków wcześniej zawartej umowy w trakcie jej obowiązywania narusza równowagę kontraktową i uderza w zasadę trwałości umów. Obowiązek dostosowania treści wieloletnich umów w ciągu zaledwie paru miesięcy jawi się jako nadmierny rygoryzm prawa.

Ponadto wadą zaproponowanego rozwiązania jest to, że ustawa nie określa kto ma dokonać oceny, czy wszystkie wymagane elementy umowy są określone w sposób zgodny z nowymi przepisami. Może to rodzić niepotrzebne spory dotyczące dalszego obowiązywania umowy.

25. W art. 5 ustawy przewidziano, że wchodzi ona w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Vacatio legis jest zdecydowanie zbyt krótkie. Taki krótki czas dla wejścia w życie poważnej zmiany w przepisach o funkcjonowaniu ochrony zdrowia zagraża funkcjonowaniu wielu placówek i dostępowi pacjentów do świadczeń.

Mając na uwadze powyższe zastrzeżenia i zgłaszane samorządowi lekarskiemu przez szereg podmiotów i osób wątpliwości, Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej wnioskuje o ponowną całościową weryfikację celów projektowanej ustawy i instrumentów prawnych dobranych do ich

realizacji. W ocenie samorządu lekarskiego proponowane w ustawie rozwiązania nie przyczynią się do realizacji deklarowanego celu zwiększenia dostępności świadczeń opieki zdrowotnej, wysoce prawdopodobne, jest nawet, że wywołają efekt odwrotny. Mogą natomiast doprowadzić do ograniczenia liczby lekarzy udzielających świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej oraz pogorszenia dostępności świadczeń dla pacjentów. Proponowane zmiany dotkną przede wszystkim pracowników medycznych uczciwie pracujących w ramach NFZ i wspierających pacjentów także z mniejszych miejscowości. Proponowane zmiany powodują odpływ lekarzy do sektora prywatnego, co nie tylko zaszkodzi pacjentom, ale też może zagrozić trudnościami w kształceniu specjalizacyjnym nowych lekarzy ze względu na brak wystarczającej obsady specjalistów w ośrodkach akredytowanych do prowadzenia szkolenia.

