

STANOWISKO Nr 10/18/VIII
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 26 czerwca 2018 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, której tekst - zmieniony po konsultacjach publicznych - został opublikowany na stronie Rządowego Centrum Legislacji w dniu 25 czerwca 2018 r. wskazuje, że projekt ustawy nie realizuje w pełni uzgodnień zawartych w treści porozumienia Ministra Zdrowia z Porozumieniem Rezydentów Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy z dnia 8 lutego 2018 r.

Prezydium zgłasza następujące uwagi do projektu:

1. Projektowany art. 131c ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (którego dotyczy art. 1 pkt 3 projektu ustawy) jest niezgodny z § 1 pkt 2 lit. c porozumienia z dnia 8 lutego 2018 r. Projektowane zapisy ustawy są zgodne z ustaleniami z dnia 8 lutego 2018 r. tylko w zakresie, w jakim przewidują, że na finansowanie ochrony zdrowia ma być przeznaczany odpowiedni procent PKB (przewidując stopniowy wzrost do 6% w roku 2024), natomiast w sposób niezgodny z porozumieniem z dnia 8 lutego 2018 r. przewiduje się, że do środków przeznaczanych w ramach odsetka PKB na ochronę zdrowia wliczane będą także:
 - a) odpis dla Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, o którym mowa w art. 31t ust. 5-9 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ujęty w planie finansowym Funduszu,
 - b) koszty ujęte w planie finansowym Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych.

Żadna z tych pozycji nie była ujęta w § 1 pkt 2 lit. c porozumienia z dnia 8 lutego 2018 r., które wyraźnie określało, jakie środki wlicza się do odsetka PKB wydatkowanego na ochronę zdrowia. Dodanie do tej listy dwóch nowych pozycji w postaci odpisu dla

Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz kosztów ujętych w planie finansowym Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych sprawi, że w efekcie mniejszy niż przewidywano realny procent PKB trafi na realizację świadczeń zdrowotnych.

2. Zastrzeżenia budzi także projektowany art. 16i ust. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (którego dotyczy art. 2 pkt 1 projektu ustawy) dotyczący tego, że lekarz rezydent odbywa dyżury w ramach realizacji programu specjalizacji na podstawie umowy o pracę. Zapis o realizacji dyżurów w ramach umowy o pracę jest wprawdzie zgodny z ustaleniami zawartymi w porozumieniu z dnia 8 lutego 2018 r., należy jednak zwrócić uwagę, że nie zostało zrealizowane uzgodnienie, że godziny pełnionych dyżurów nie powinny być uzupełnieniem podstawowego czasu pracy w sytuacji, gdy lekarz odbywający specjalizację nie przepracuje w miesiącu podstawowego wymiaru czasu pracy wymaganego programem specjalizacji. Nie zrealizowano też uzgodnienia, które miało zapewnić, że odpoczynek lekarza po dyżurze nie powinien powodować przedłużenia odbywania specjalizacji i powinien być wliczany do czasu trwania specjalizacji. Do realizacji tych ustaleń nie jest wystarczający proponowany w projekcie ustawy niejasny zapis, że: „Przepis art. 95 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej stosuje się odpowiednio”.
3. Zastrzeżenia budzi projektowany art. 16j ust. 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (którego dotyczy art. 2 pkt 2 projektu ustawy). Wadliwe jest stwierdzenie, że Minister Zdrowia przekaze podmiotowi prowadzącemu szkolenie specjalizacyjne zatrudniającemu lekarzy rezydentów środki finansowe niezbędne do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w trybie rezydentury, w tym dyżurów medycznych „w wysokości nieprzekraczającej stawki określonej w art. 151¹ § 1 pkt 2 kodeksu pracy”. Powinno być jasno określone, że podmiot zatrudniający rezydentów ma otrzymać finansowanie w kwocie równej stawce określonej w art. 151¹ § 1 pkt 2 kodeksu pracy. Wysokość wynagrodzenia za godziny nadliczbowe jest w kodeksie pracy określona w sposób niepozwalający na zapłatę kwoty mniejszej niż wynika z art. 151¹ § 1 pkt 2, zatem Minister Zdrowia powinien płacić podmiotowi szkolącemu dokładnie tyle, ile wynosi stawka za godziny nadliczbowe ustalona w kodeksie pracy.
4. Niezgodny z porozumieniem z dnia 8 lutego 2018 r. jest także projektowany art. 16j ust. 2b ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (którego dotyczy art. 2 pkt 2 projektu ustawy). Zapis ten przewiduje możliwość uzyskania dodatkowego wzrostu

wynagrodzenia zasadniczego (o 600 złotych lub – w przypadku specjalizacji w priorytetowej dziedzinie medycyny – o 700 złotych) przez lekarzy rezydentów, którzy zobowiążą się do wykonywania zawodu na terenie Rzeczypospolitej Polskiej przez dwa z pięciu kolejnych lat po uzyskaniu potwierdzenia zakończenia szkolenia specjalizacyjnego. W § 5 porozumienia z dnia 8 lutego 2018 r. nie było mowy o tym, że chodzi o przepracowanie tych dwóch lat w podmiocie wykonującym działalność leczniczą, który udziela świadczeń finansowanych ze środków publicznych, tymczasem projekt ustawy wprowadza taki dodatkowy wymóg. Skoro w § 5 pkt 2 porozumienia z dnia 8 lutego 2018 r. uwarunkowano wypłatę dodatkowych środków zobowiązaniem do przepracowania dwóch lat w Polsce, to w ocenie Prezydium zapis ten obejmuje wszystkie podmioty wykonujące działalność leczniczą, niezależnie od źródeł ich finansowania.

5. W projektowanym art. 16j ust. 2p ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (którego dotyczy art. 2 pkt. 2 projektu ustawy) błędnie odsyła się do decyzji wojewody wydawanej na podstawie art. 16j ust. 2l, który nie zawiera upoważnienia dla wojewody do wydania decyzji w przedmiocie nałożenia na lekarza kary za niewywiązanie się ze zobowiązania do przepracowania w Rzeczypospolitej Polskiej dwóch lat po uzyskaniu potwierdzenia zakończenia szkolenia specjalizacyjnego.
6. Projektowany art. 16j ust. 2q ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty powinien zawierać nie tylko uprawnienie lekarza do zaskarżenia decyzji wojewody o nałożeniu kary wnioskiem o ponowne rozpatrzenie sprawy (na zasadzie odpowiedniego stosowania przepisów kodeksu postępowania administracyjnego), ale także powinien przyznawać lekarzowi wprost uprawnienie do poddania decyzji wojewody kontroli sądownoadministracyjnej w postaci skargi do wojewódzkiego sądu administracyjnego. Obecnie prawa do zaskarżenia decyzji wojewody do sądu nie zapisano wprost w ustawie.
7. Niewystarczające i niezgodne ze stanowiskiem XIV Krajowego Zjazdu Lekarzy są także zmiany zaproponowane w art. 44 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (którego dotyczy art. 2 pkt 3 projektu ustawy). Przepis ten reguluje kwestię przysługiwania lekarzom ochrony prawnej należnej funkcjonariuszowi publicznemu. Zgodnie z apelem nr 4 XIV Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 26 maja 2018 r., z ochrony prawnej należnej funkcjonariuszom publicznym powinni korzystać wszyscy lekarze i lekarze dentyści w trakcie wykonywania czynności zawodowych. Tymczasem

projekt ustawy przewiduje, że z ochrony tej będą korzystali (oprócz dotychczas objętej ochroną sytuacji wykonywania czynności w ramach świadczeń pomocy doraźnej oraz pomocy w przypadkach, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia oraz w innych wypadkach niecierpiących zwłoki) wyłącznie lekarze i lekarze dentyści wykonujący zawód w podmiocie wykonującym działalność leczniczą, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, w związku z udzielaniem świadczeń w tym podmiocie. Zwiększona ochrona prawna osób wykonujących zawód lekarza i lekarza dentystry będzie zatem przysługiwała wybiórczo i będzie uzależniona od statusu prawnego podmiotu, w którym lekarz wykonuje swój zawód. Z takim rozwiązaniem samorząd lekarski się nie zgadza. Prowadzi ono bowiem do tego, że lekarz wykonujący te same czynności w różnych podmiotach raz będzie podlegał ochronie należnej funkcjonariuszowi publicznemu (jeśli będzie wykonywał zawód w podmiocie mającym kontrakt z NFZ), a raz nie (jeśli będzie wykonywał zawód w podmiocie, który nie zawarł kontraktu z NFZ).

8. Sprzeciw budzi nadal brzmienie art. 4 projektu ustawy, który dotyczy prawa do podwyższenia wynagrodzenia zasadniczego lekarzy specjalistów do kwoty 6.750 złotych. Po pierwsze, niezasadnie przyjęto, że prawo do zwiększonego do kwoty 6.750 zł wynagrodzenia zasadniczego ma przysługiwać tylko przez okres od 2018-2020 r. Tego rodzaju ograniczenie czasowe do roku 2020 nie wynika z treści zawartego porozumienia z Ministrem Zdrowia. Ponadto, art. 4 ust. 3 pkt 1 projektu ustawy niezasadnie przyznaje prawo do wynagrodzenia zasadniczego w tej wysokości tylko lekarzom zatrudnionym w warunkach całodobowej lub całodziennej opieki zdrowotnej. W treści porozumienia z dnia 8 lutego 2018 r. nie sposób znaleźć podstawy do wprowadzenia takiego ograniczenia, które prowadzi do pozbawienia prawa do tej podwyżki np. lekarzy zatrudnionych w ramach AOS. Drugi poważny zarzut wobec tej regulacji, to zbyt szeroki zakres zakazu wykonywania zawodu, który lekarz musi na siebie przyjąć chcąc otrzymywać wyższe wynagrodzenie zasadnicze – w porozumieniu z dnia 8 lutego 2018 r. wskazywano, że lekarz powinien się zobowiązać do niewykonywania tożsamyh świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, tymczasem w projekcie ustawy pominięto określenie „*tożsame świadczenia zdrowotne*” i przewiduje się, że lekarz powinien się zobowiązać do nieudzielania świadczeń opieki zdrowotnej u innego świadczeniodawcy realizującego

umowę z NFZ z co najmniej jednego z zakresów wymienionego w art. 15 ust. 2 pkt 3, 4, 6-12, 15, 16 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (na zasadzie wyjątku dozwolone będzie wykonywanie świadczeń zdrowotnych w hospicjach, zakładach opiekuńczo-leczniczych, zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych, zakładach rehabilitacji leczniczej i zakładach opieki długoterminowej). Zakres zakazu udzielania świadczeń w innym podmiocie wykonującym działalność leczniczą jest zatem – niezgodnie z porozumieniem z dnia 8 lutego 2018 r. - nadmiernie szeroki. W ocenie Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej wprowadzenie tak szerokiego zakresu ograniczeń, niezgodnych z porozumieniem, mogłoby przynieść dodatkowo negatywne skutki dla ochrony zdrowia i działalności wielu jednostek, uwzględniając aktualny deficyt kadr lekarskich w wielu dziedzinach medycznych.

Ponadto Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej wyraża zdecydowany sprzeciw wobec przyjętego trybu prowadzenia prac nad projektem tej niezwykle ważnej dla całego środowiska lekarskiego i pacjentów ustawy. Prowadzi to do niedopuszczalnej sytuacji, w której już po raz drugi strona rządowa przedstawia opinii publicznej projekt ustawy w wersji, która nie odpowiada treści porozumienia kończącego protest środowiska lekarzy.

SEKRETARZ



Marek Jodłowski

PREZES



Andrzej Matyja