



Do druku nr 388

**PREZES
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
*Maciej Hamankiewicz***

NRL/ZRP/EJ/302/845/2012

Warszawa, dnia 21.05.2012 r.

SEKRETARIAT SZEFA KS

L.dz.

Data wpływu 21.05.2012

Pan

Lech Czapla

Szef

Kancelarii Sejmu

W związku z pismem z dnia 30 marca 2012 r., znak: GMS-WP-173-101/12, przy którym został nadesłany poselski projekt ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz zmianie niektórych innych ustaw, przesyłam w załączeniu stanowisko Nr 27/12/P-VI Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej, z dnia 18 maja 2012 r.

PREZES

Maciej Hamankiewicz

STANOWISKO Nr 27/12/P-VI
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 18 maja 2012 r.

**w sprawie poselskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności
lecniczej oraz zmianie niektórych innych ustaw**

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po rozpatrzeniu w/wym. projektu, nadesłanego przez Szefa Kancelarii Sejmu, stwierdza, iż zakres zmian zaproponowany w poselskim projekcie, jakkolwiek zasadny jest niewystarczający i konieczne są dalsze zmiany, zaproponowane w stanowisku Naczelnej Rady Lekarskiej Nr 4/12/VI z dnia 13 kwietnia 2012 r.- w załączeniu.

SEKRETARZ

Mariusz Janikowski

PREZES

Maciej Hamankiewicz

Stanowisko Nr 4/12/VI
Naczelnej Rady Lekarskiej
z dnia 13 kwietnia 2012 r.

**w sprawie projektu założeń do ustawy o zmianie ustawy o działalności
lecniczej oraz innych ustaw**

Po zapoznaniu się z projektem założeń do projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz w nawiązaniu do stanowiska Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 16 marca 2012 r. Nr 17/12/P-VI, Naczelna Rada Lekarska przedstawia następujące stanowisko w przedmiotowej sprawie:

Naczelna Rada Lekarska podtrzymuje wyrażony w 2010 r., podczas opiniowania projektu ustawy o działalności leczniczej, niepokój wynikający z uznania działalności leczniczej za jeden z rodzajów działalności gospodarczej, poddanych prawom wolnego rynku. Naczelna Rada Lekarska negatywnie ocenia narzuconą ustawą prywatyzację publicznych jednostek ochrony zdrowia. W opinii Rady poddanie tych jednostek, wypełniających dotychczas publiczną misję leczenia każdego będącego w potrzebie, bezwzględnym regułom rynku może zagrozić dostępności świadczeń zdrowotnych na terytorium Polski.

Odnosząc się do projektu założeń do ustawy o zmianie ustawy, Naczelna Rada Lekarska popiera propozycję zniesienia obowiązku ubezpieczenia podmiotów leczniczych w zakresie ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych, zauważając, że jest ona zgodna z Apelem nr 3 z dnia 25 lutego 2012 r. Nadzwyczajnego XI Krajowego Zjazdu Lekarzy do Ministra Zdrowia. Jednocześnie Naczelna Rada Lekarska krytycznie ocenia rozwiązanie, zgodnie z którym na podmiocie leczniczym spoczywać będzie pełna odpowiedzialność z tytułu zdarzeń medycznych, o których mowa w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Regulacja taka, podobnie jak obciążanie podmiotów leczniczych dodatkowym, obok ubezpieczenia OC, obowiązkiem ubezpieczeniowym, prowadzić będzie do niewydolności finansowej, a nawet upadłości tych podmiotów. Naczelna Rada Lekarska stoi na stanowisku, że ustawodawca, biorąc pod uwagę wieloletnie

doświadczenia państw, które wprowadziły pozasądowy system kompensacji szkód wyrządzonych przez niepożądane zdarzenia medyczne, powinien zmierzać do powołania publicznego funduszu z którego finansowane byłyby ewentualne odszkodowania.

Naczelna Rada Lekarska popiera proponowane w założeniach:

- a) rozszerzenie katalogu podmiotów leczniczych,
- b) rozwiązania związane z zamówieniami na świadczenia zdrowotne,
- c) uszczegółowienie danych identyfikacyjnych dla noworodka urodzonego w szpitalu.

Naczelna Rada Lekarska nie zgłasza uwag do proponowanych w założeniach rozwiązań dotyczących kwestii finansowych, tj.:

- a) możliwości przeksięgowania niezamortyzowanej części środków, która zwiększyła fundusz założycielski samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej,
- b) proponowane rozwiązania dotyczące wsparcia związane z przekształceniem samodzielnego publicznego zakładów opieki zdrowotnej w spółkę kapitałową.

Jednocześnie Naczelna Rada Lekarska, podtrzymując stanowisko swego Prezydium z dnia 16 marca 2012 r., uważa za konieczne rozszerzenie zakresu nowelizacji ustawy o działalności leczniczej w poniższym zakresie:

I. Uwagi ogólne:

1) należy ujednoczyć nazewnictwo użyte w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej w sposób, który nawiązywałby do ukształtowanej praktyki sądowej oraz przepisów np. prawa cywilnego czy podatkowego. Przyjęte w ustawie rozwiązania wprowadzają chaos pojęciowy, pozostawiając w obiegu część nazw, a inne zastępując w sposób przypadkowy, często nie związane z całą sferą obowiązujących prawnie pojęć, tj. „działalność gospodarcza” czy „przedsiębiorca”;

2) należy uregulować kwestie dotyczące wykonywania zawodów lekarza i lekarza dentystry w szczególnych lub zindywidualizowanych warunkach.

Uzasadnienie: Uchylenie uprzednio obowiązujących przepisów dotyczących wykonywania zawodów lekarza i lekarza dentystry w ramach praktyki przez ustawę o

działalności leczniczej zrodziło szereg wątpliwości. W świetle uchylonego art. 4 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej świadczenia zdrowotne mogły być udzielane przez zakłady opieki zdrowotnej oraz przez osoby fizyczne wykonujące zawód medyczny lub przez grupową praktykę lekarską, grupową praktykę pielęgniarek, położnych na zasadach określonych w odrębnych przepisach. Z przywołaną regulacją korespondowały - obecnie również uchylone - przepisy ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, określające w szczególności zasady wykonywania zawodu lekarza poza zakładem opieki zdrowotnej na podstawie umowy cywilnoprawnej. Zgodnie z art. 50 ust. 12 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, za równoznaczne z indywidualną praktyką lekarską lub indywidualną specjalistyczną praktyką lekarską uważało się wykonywanie zawodów lekarza i lekarza dentystry poza zakładem opieki zdrowotnej na podstawie umowy cywilnoprawnej. Odpowiednio art. 50 ust. 13 tej ustawy określał, że w przypadku, gdy indywidualna praktyka lekarska lub indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska jest wykonywana na warunkach określonych w ust. 12, obowiązek przedstawienia odpowiednich danych spoczywał na podmiocie, który miał zamiar zawrzeć z lekarzem, lekarzem dentystą umowę cywilnoprawną, z wyłączeniem sytuacji, w której pomieszczenia, sprzęt i aparatura medyczna nie stanowią własności tego podmiotu. Przywołany wyżej art. 50 ograniczał lub wręcz wyłączał także z obszaru regulacji dotyczącego praktyki lekarskiej: działalność orzeczników Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, lekarzy i lekarzy dentystrów członków komisji lekarskich Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz lekarzy i lekarzy dentystrów rzeczoznawców Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, udział w konsultacji czy konsylium, czy wykonywanie funkcji lekarza sądowego. W związku z uchYLENIEM ww. regulacji i braku ich odpowiedników, powstaje zasadniczy problem co do możliwości i zasad – tak prawnych, jak i faktycznych - wykonywania zawodów lekarza i lekarza dentystry w przywołanych formach.

Niezależnie od powyższych uwag, jest niezasadne utrzymanie zakazu wykonywania grupowej praktyki lekarskiej w podmiocie leczniczym na podstawie umowy cywilnoprawnej o udzielanie świadczeń zdrowotnych, o czym stanowi art. 50a ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry;

3) konieczne jest dokonanie zmian w zakresie zasad kontroli praktyk zawodowych lekarzy i lekarzy dentystrów.

Uzasadnienie: Najbardziej pożądanym rozwiązaniem byłoby kompleksowe ujęcie zasad kontroli praktyk lekarskich w jednej ustawie, zaś ewentualne odwołania do innych ustaw powinny mieć jednoznaczny, literalny charakter. W świetle obowiązujących przepisów, zasady kontroli praktyk zawodowych lekarzy i lekarzy dentyków określają, w różnych wymiarach, trzy ustawy: ustawa z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (rozdział 5 tej ustawy zatytułowany „Kontrola działalności gospodarczej przedsiębiorcy” z kluczowym przepisem art. 84aa, stanowiącym, że części przepisów tej ustawy nie stosuje się do kontroli działalności leczniczej), ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (art. 111-113), a także ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (art. 52b). Już tylko pobieżny przegląd obowiązujących w tym zakresie przepisów może nasuwać poważne wątpliwości interpretacyjne m. in. w kwestii pierwszeństwa i zakresu stosowania poszczególnych uregulowań, konstruowania kompletnej podstawy prawnej, elementów upoważnienia do kontroli, kształtu protokołu pokontrolnego. W aktualnym stanie prawnym, aby przeprowadzić w miarę poprawną (zgodną z przepisami) kontrolę działalności leczniczej wykonywanej przez lekarza, lekarza dentystrę w praktyce zawodowej, koniecznym będzie oparcie się w różnym zakresie na co najmniej trzech podstawach ustawowych. Działanie takie należy uznać za nieracjonalne. Fakt, że ww. regulacje ograniczają swobodę działalności gospodarczej oraz rodzą dla przedsiębiorcy surowe sankcje administracyjne, uzasadnia stworzenie spójnej, ustawowej podstawy kontroli zapewniającej możliwość zgodnego z prawem i efektywnego działania organów rejestracyjnych, jak też gwarantującej w tym zakresie przedsiębiorcą przejrzystość i jednoznaczność przepisów;

4) należy znieść zróżnicowanie sytuacji prawnej podmiotów wykonujących działalność leczniczą w zależności od tego, czy jest to podmiot leczniczy, czy praktyka zawodowa, w zakresie uprawnień do zakupu produktów leczniczych w hurtowniach farmaceutycznych. Pomimo zapowiedzi Ministerstwa Zdrowia, że ustawa o działalności leczniczej zrówna pozycję podmiotów wykonujących działalność leczniczą, to w powyższym zakresie równość ta nie została wprowadzona. Lekarze i lekarze dentyści wykonujący działalność leczniczą w ramach praktyki zawodowej nadal są uprawnieni do zakupu w hurtowniach farmaceutycznych jedynie produktów leczniczych wymienionych w wykazach

określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 68 ust. 7 ustawy z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne, natomiast podmioty lecznicze są uprawnione do zakupu produktów leczniczych w hurtowniach farmaceutycznych bez takich ograniczeń;

5) należy uzupełnić występujące w ustawie o działalności leczniczej luki, a dotyczące:

a) brak definicji podstawowej, specjalistycznej i długoterminowej opieki zdrowotnej,

b) brak przepisu wskazującego, że w jednostkach organizacyjnych udzielających świadczeń szpitalnych, posiadających więcej niż 150 łóżek, działa apteka,

c) brak przepisu zawierającego upoważnienie dla ministra właściwego do spraw zdrowia do określenia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Aptekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, w drodze rozporządzenia, minimalnych norm zatrudnienia pracowników przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego udzielających świadczeń zdrowotnych lub wykonujących czynności związane z ich udzielaniem.

II. Uwagi szczegółowe do ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej:

1) w art. 2 w ust. 1:

a) pkt 4 nadać brzmienie

„4) podmiot leczniczy niebędący przedsiębiorcą – podmiot leczniczy wymieniony w art. 4 ust. 1 pkt 3;”

Uzasadnienie: Wykreślenie z definicji „podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą” odniesienia do art. 4 ust. 1 pkt 2 (czyli do. samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej), ma na celu uznanie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej za podmiot leczniczy będący przedsiębiorcą, a tym samym umożliwienie mu prowadzenia działalności gospodarczej;

b) pkt 5 otrzymuje brzmienie:

„5) podmiot wykonujący działalność leczniczą - podmiot leczniczy, o którym mowa w art. 4 oraz lekarz lub pielęgniarka, o których mowa w art. 5 ust. 1,”

c) w pkt 11 – w definicji świadczenia szpitalnego zostało pominięte, że świadczenia te muszą obejmować także zapewnienie pacjentom produktów leczniczych i wyrobów medycznych, świadczeń opiekuńczych, pomieszczeń i wyżywienia odpowiedniego do stanu zdrowia pacjenta;

2) w art. 3:

- a) w ust. 1 na końcu zdania dodać wyrazy „oraz promocji zdrowia”,
- b) w ust. 2 skreślić pkt 1.

Uzasadnienie: Z obecnego brzmienia art. 3 wynika, że działalność lecznicza musi obejmować wyłącznie udzielanie świadczeń zdrowotnych, natomiast podmiot wykonujący działalność leczniczą nie jest zobowiązany do prowadzenia działalności w zakresie promocji zdrowia;

3) w art. 5 ust. 2 pkt 1 lit. a, art. 18 i 33 ustawy oraz we wszystkich innych przepisach, w których jest mowa o praktykach zawodowych wykonywanych przez lekarzy i lekarzy dentyków, posługiwać się nazwami „praktyka lekarska”, „specjalistyczna praktyka lekarska”, „praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania”, „specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania”, „praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego” „specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego”.

Uzasadnienie: Proponowana zmiana zmierza do uproszczenia nazwy praktyk zawodowych. Usunięcie z nazewnictwa praktyk zwrotu „na podstawie umowy z tym podmiotem” jest uzasadnione tym, że nie jest możliwe wykonywanie zawodu w siedzibie podmiotu bez umowy z tym podmiotem;

4) art. 6:

a) ust. 2 i 3 – powinny zapewniać gwarancję większościowego udziału Skarbu Państwa lub jednostek samorządu terytorialnego w spółkach kapitałowych, o których mowa w tych przepisach,

b) ust. 7 nadać brzmienie:

„7. W spółce kapitałowej określonej w ust. 1, 2 i 6 wykonującej działalność leczniczą, o której mowa w art. 3 ust. 1 i 2, wartość nominalna udziałów albo akcji należących łącznie do Skarbu Państwa, jednostek samorządu

terytorialnego lub uczelni medycznych nie może stanowić mniej niż 51% kapitału zakładowego spółki. Udziały albo akcje w tych spółkach mogą posiadać wyłącznie Skarb Państwa, jednostki samorządu terytorialnego, uczelnie medyczne oraz jednoosobowe spółki Skarbu Państwa o szczególnym znaczeniu dla gospodarki państwa.”;

5) w art. 8 dodać pkt 3 w brzmieniu:

„3) świadczenia ratownictwa medycznego”,

Uzasadnienie: Na gruncie art. 8, interpretowanego łącznie z definicjami zawartymi w art. 3, 9, 11 oraz 13 ustawy, nie jest jasne, do jakiego rodzaju działalności leczniczej należy zaliczyć świadczenia z zakresu ratownictwa medycznego. Nie są to bowiem świadczenia szpitalne, ani stacjonarne i całodobowe (są tylko całodobowe), nie są też świadczeniami ambulatoryjnymi;

6) w art. 12 w ust. 2 należy skreślić wyraz „wyłącznie”;

7) art. 17:

a) w ust. 1 w pkt 4 skreślić lit. b,

b) ust. 4 - skreślić;

8) art. 20 nadać brzmienie:

„Art. 20. Miejscem wezwania, o którym mowa w art. 18 ust. 3 i 5 oraz w art. 19 ust. 3, nie może być przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego oraz pomieszczenie praktyki zawodowej.”.

Uzasadnienie: Uszczegółowienie przepisu dotyczące braku możliwości prawnych wzywania lekarza do pacjenta będącego jednocześnie pacjentem innego lekarza wykonującego praktykę lekarską. Merytoryczna konieczność uzyskania świadczenia zdrowotnego, którego nie wykonuje lekarz prowadzący praktykę, powinna być zrealizowana jako działalność zawodowa w ramach konsultacji, na podstawie umowy zlecenia;

9) art. 22:

a) w ust. 2 dodać pkt 4 w brzmieniu:

„4) wyposażenia w sprzęt i aparaturę”.

b) ust. 5 - skreślić.

Uzasadnienie: standardy postępowania powinny ustalać fachowe gremia lekarskie i nie mogą one mieć charakteru powszechnie obowiązujących przepisów, a jedynie zaleceń i wytycznych;

10) art. 23 - należy wyłączyć obowiązek posiadania regulaminu organizacyjnego przez praktyki zawodowe; wyrazy „podmiotu wykonującego działalność leczniczą” należy zastąpić wyrazami „podmiotu leczniczego”

11) w art. 24:

a) we wprowadzeniu do wyliczenia wyrazy „podmiot wykonujący działalność leczniczą” należy zastąpić wyrazami „podmiot leczniczy”,

b) skreślić ust. 3.

Uzasadnienie: Skreślenie ust. 3 jest konsekwencją propozycji zawartej w pkt 14;

12) art. 25:

a) ust. 1 pkt 1 – należy przeredagować, gdyż brzmienie przepisu sugeruje, że pacjent może wystąpić o odszkodowanie również wtedy, gdy leczenie wiąże się z powstawaniem szkód (np. chemioterapia) bądź ich wystąpienie jest biologicznie uwarunkowanym powikłaniem nawet przy prawidłowo zastosowanym leczeniu,

b) w ust. 1 skreślić pkt 2.

Uzasadnienie: Szpitale są objęte podwójnym obowiązkiem ubezpieczeniowym (obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej i dodatkowe obowiązkowe ubezpieczenie od tzw. zdarzeń medycznych). Ofertę ubezpieczeniową w zakresie ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych zgłosił tylko jeden ubezpieczyciel i podyktował szpitalom stawki wahające się w granicach 200–800 tys., które z oczywistych względów są nie do zaakceptowania dla szpitali,

c) ust. 3 - obowiązek przekazywania organowi prowadzącemu rejestr dokumentów ubezpieczenia potwierdzających zawarcie umowy ubezpieczenia zastąpić obowiązkiem składania oświadczenia w tym zakresie przez kierownika podmiotu wykonującego działalność leczniczą;

13) w art. 28:

a) w ust. 1 w pkt 1 na końcu dodać wyrazy „oraz opiekuna faktycznego, o ile zmarły nie sprzeciwiał się temu”.

Uzasadnienie: ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej przewidywała, że w razie pogorszenia się stanu zdrowia chorego, powodującego zagrożenia życia, lub w razie jego śmierci, szpital był zobowiązany poinformować o tym m.in. opiekuna faktycznego pacjenta. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej bezpodstawnie pomija ten obowiązek,

b) kompleksowo określić obowiązki podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, tak jak to czynił poprzednio obowiązujący art. 20 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej;

14) art. 44 - jest wewnętrznie sprzeczny; jeżeli udzielone świadczenie jest pełnopłatne, to jest udzielane poza systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego oraz poza uprawnieniami wynikającymi z odrębnych przepisów;

15) art. 48:

a) ust. 3 pkt 3 – przepis należy przeredagować albo skreślić, gdyż nie jest jasne, jakich podmiotów leczniczych on dotyczy,

b) w ust. 6 w pkt 1 w lit. b dodać tiret w brzmieniu:

„- przedstawiciel Naczelnej Rady Lekarskiej - w przypadku podmiotu leczniczego o ogólnopolskim zasięgu działania”,

c) w ust. 8 - po wyrazach „Naczelnej Rady Lekarskiej” dodać wyrazy „okręgowej rady lekarskiej”;

16) w art. 49:

a) ust. 1 pkt 3 nadać brzmienie:

„3) ordynatora lub lekarza kierującego oddziałem;”,

b) ust. 7 uchylić.

Uzasadnienie: Dodanie wyrazów „lekarz kierujący oddziałem” oraz jednoczesne skreślenie ust. 7, ma na celu ujednoczenie zasad obsadzania stanowiska ordynatora i stanowiska lekarza kierującego oddziałem, bez możliwości zaniechania procedury konkursowej;

17) art. 50 ust. 5 – upoważnienie do wydania rozporządzenia, określającego wymagania kwalifikacyjne pracowników podmiotu leczniczego, zawarte w tym przepisie, przenieść do art. 17 jako ust. 5, tj. do przepisów ogólnych dotyczących wszystkich podmiotów leczniczych.

Uzasadnienie: Obecna treść ww. przepisu powoduje, że konkretne wymagania kwalifikacyjne (np. w odniesieniu do stanowiska kierownika, ordynatora) określone są jedynie w przypadku podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami. Zasadne wydaje się, aby były one jednakowe dla podmiotów publicznych i niepublicznych;

18) w dziale II w oddziale 2 „Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej” (art. 51 i nast.):

a) oddział ten należy wyłączyć z rozdziału 3 „Podmioty lecznicze niebędące przedsiębiorcami” do osobnego rozdziału; jednocześnie we wszystkich przepisach, w których użyte są wyrazy „podmiot leczniczy niebędący przedsiębiorcą”, należy wyraźnie wskazać, że dotyczą one także samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej (o ile przepisy te nadal mają dotyczyć samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej).

Uzasadnienie: Propozycja ta jest konsekwencją propozycji zawartej w pkt 1 lit. a uwag szczegółowych;

b) należy wprowadzić przepis, z którego wynikałoby jednoznacznie, że taki podmiot leczniczy ma osobowość prawną.

Uzasadnienie: Sprawa ta, chociaż stanowiła przedmiot szerokiej debaty, nie znalazła rozstrzygnięcia do dnia dzisiejszego. Wątpliwości prawne jakie powstają w zaistniałej sytuacji uzasadniają stanowisko, iż w ustawie powinien znaleźć się wyraźny zapis stanowiący, że istniejące w momencie wejścia w życie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej zachowały osobowość prawną pod rządami tej ustawy;

19) art. 60 – w uchwale o likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej powinny być określone sposób i forma zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń medycznych pacjentom z terenu, na którym likwiduje się placówkę (taki przepis istniał w ustawie z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej). Może to znacząco wpłynąć na poziom dostępności do świadczeń zdrowotnych dla obywateli;

20) w art. 89 ust. 1 nadać brzmienie:

„1. Podmiot leczniczy utworzony lub prowadzony przez uczelnię medyczną wykonuje działalność leczniczą, o której mowa w art. 3 ust. 1 i 2 oraz jest obowiązany do udzielania świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia w powiązaniu z prowadzeniem kształcenia przed i podyplomowego w zawodach medycznych.”;

21) w art. 105 w ust. 1 w pkt 1 wyraz „2” zastąpić wyrazem „5”;

Uzasadnienie: Obecna wysokość opłaty nie pokrywa kosztów prowadzenia rejestru, a Ministerstwo Zdrowia nie refunduje pełnych kosztów z tytułu wykonywania przez izby lekarskie czynności przejętych od administracji państwowej;

22) w art. 106 w ust. 1 pkt 2 nadać brzmienie:

„2) okręgowa rada lekarska właściwa dla miejsca wykonywania praktyki zawodowej oraz Wojskowa Rada Lekarska właściwa dla jej członków - w odniesieniu do tych praktyk,”.

Uzasadnienie: Poprawka ta ma na celu wyraźne wymienienie również Wojskowej Rady Lekarskiej jako organu prowadzącego rejestr dla praktyk wykonywanych przez członków Wojskowej Izby Lekarskiej na obszarze całej Polski;

23) w art. 107 po ust. 2 dodać nowy ustęp w brzmieniu:

„Aktualizacja wpisu w rejestrze w zakresie informacji, o których mowa w art. 25 ust. 3, nie stanowi zmiany w rejestrze i nie podlega opłacie”.

Uzasadnienie: Poprawka ta ma na celu jednoznaczne wyjaśnienie wątpliwości związanych z pobieraniem opłat za zmianę w rejestrze danych o okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej;

24) w art. 108 w ust. 2:

a) po pkt 2 dodać pkt 2a w brzmieniu: :

„2a) zawieszenia w prawie wykonywania zawodu lub ograniczenia w wykonywaniu określonych czynności medycznych na podstawie przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentystry lub przepisów o izbach lekarskich lub prawomocnego ukarania lekarza karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu – w przypadku praktyk zawodowych lekarzy;”.

b) pkt 7 nadać brzmienie:

„7) skreślenie lekarza z listy członków okręgowej izby lekarskiej z przyczyn określonych w art. 7 pkt 2 – 5 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219, poz. 1708, z późn. zm.) albo wygaśnięcia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki (...);”

25) art. 111:

a) w ust. 3 pkt 4 nadać brzmienie:

„4) obserwacji czynności związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych;”

b) ust. 4 nadać brzmienie:

„4. Czynności kontrolne wymienione w ust. 3 pkt 2, 4 i 5 mogą być realizowane wyłącznie przez osobę wykonującą zawód medyczny, a w przypadku praktyk zawodowych lekarzy – wyłącznie przez lekarzy”;

26) art. 115:

a) w ust. 1 w zdaniu wprowadzającym skreślić wyrazy „pkt 1 i 4 – 7,”

b) w ust. 3 skreślić wyrazy „pkt 1 – 6”;

27) art. 207 ust. 2 – wydłużyć termin dostosowania działalności przez lekarzy i lekarzy dentyistów prowadzących praktyki lekarskie do przepisów ustawy o działalności leczniczej z 12 miesięcy do 18 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy.
Uzasadnienie: Aktualny termin wyznaczony na dostosowanie (do dnia 1 lipca 2012 r.) jest zbyt krótki, tym bardziej, że system informatyczny, który ma być wykorzystywany do prowadzenia rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, nie jest jeszcze gotowy do wdrożenia.

III. Uwagi do innych ustaw:

1) w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty:

a) po art. 49a dodać art. 49b w brzmieniu:

„Art. 49b. 1. Lekarz, lekarz dentyista posiadający prawo wykonywania zawodu, wykonuje zawód w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego lub na rzecz innego podmiotu realizującego inne zadania określone w art. 2 na podstawie odrębnych przepisów, a także w jednostkach organizacyjnych sił zbrojnych

Rzeczypospolitej Polskiej lub w formacjach podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych lub Szefowi Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, albo w jednostkach Służby Więziennej podległych Ministrowi Sprawiedliwości, w następujących formach:

- 1) jako pracownik w ramach stosunku pracy;
- 2) jako zatrudniony na podstawie umowy cywilnoprawnej, w tym umowy o szkolenie lekarza;
- 3) w ramach stosunku służbowego;
- 4) jako uczestnik studiów doktoranckich;
- 5) w ramach odbywania studiów lub uczestniczenia w badaniach naukowych lub szkoleniach lub pracach rozwojowych, jako osoba nie będąca obywatelem państwa członkowskiego Unii Europejskiej, na podstawie przepisów o szkolnictwie wyższym;
- 6) jako wolontariusz, na podstawie porozumienia z podmiotem leczniczym.

2. Lekarz, lekarz dentysta, o którym mowa w ust. 1 pkt 1-3, może wykonywać zawód na stanowiskach w jednostkach organizacyjnych sił zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej lub jako funkcjonariusz pełniący służbę w formacjach podległych Ministerstwu Spraw Wewnętrznych i Administracji również poza granicami kraju.

3. Lekarz, lekarz dentysta może również wykonywać zawód udzielając świadczeń zdrowotnych w ramach działalności leczniczej w formie praktyki zawodowej, w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U Nr 112, poz. 654, z późn. zm.).

4. Lekarz, lekarz dentysta może wykonywać zawód na podstawie umowę o pracę lub umowy cywilnoprawnej zawartej z lekarzem, lekarzem dentystą wykonującym działalność leczniczą w formie praktyki zawodowej.

5. Lekarz, lekarz dentysta wykonujący działalność leczniczą, o którym mowa w ust. 4, jest obowiązany do poinformowania organu prowadzącego rejestr o zatrudnieniu lekarza, lekarza dentysty.

6. Wykonywanie zawodu lekarza polegające na:

- 1) udzielaniu konsultacji lub uczestniczeniu w konsylium lekarskim, w sytuacji określonej w art. 37 ustawy,
- 2) pełnieniu funkcji lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, lekarza członka komisji lekarskiej Zakładu Ubezpieczeń

Spółecznych i lekarza rzeczoznawcy Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego,

- 3) wykonywaniu funkcji lekarza sądowego w rozumieniu ustawy z dnia 15 czerwca 2007 r. o lekarzu sądowym (Dz. U. Nr 123, poz. 849 oraz z 2008 r. Nr 51, poz. 293),

nie jest prowadzeniem działalności leczniczej w formie praktyki zawodowej w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654).”.

Uzasadnienie: Proponowany przepis definiuje wykonywanie zawodu przez lekarza, lekarza dentystę jako wykonywanie czynności zawodowych w podmiocie leczniczym, prowadzącym działalność leczniczą w zakresie określonym ustawą, a także innych zadań zawodowych, określonych w ust. 2 ustawy, jak prowadzenie prac badawczych w dziedzinie nauk medycznych lub prowadzenie działań związanych z promocją zdrowia albo nauczanie zawodu lekarza, lekarza dentysty w okresie przed- i podyplomowym na podstawie odpowiednich przepisów formalizujących uzyskanie uprawnień do wykonywania tych czynności, jako realizacja zadań podmiotu (Kodeks pracy, Kodeks cywilny, ustawy regulujące wykonywanie zawodu na podstawie stosunku służbowego, ustawa - Prawo o szkolnictwie wyższym, ustawa o działalności pożytku publicznego i wolontariacie). W ust. 2 proponuje się również określenie wykonywania zawodu w jednostkach organizacyjnych Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej lub jako funkcjonariusz w formacjach podległych ministrowi spraw wewnętrznych i administracji, poza granicami kraju jako równoważnego z wykonywaniem zawodu w Polsce. Proponowane brzmienie ust. 3 odnosi się do wykonywania zawodów lekarza lub lekarza dentysty w ramach działalności leczniczej w formie praktyki zawodowej szczegółowo określonej przepisami ustawy o działalności leczniczej;

b) art. 53 – uchylić.

Uzasadnienie: Proponowana zmiana jest konsekwencją postulatów samorządu zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów, zgłaszanych do ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, dotyczących dopuszczenia możliwości zatrudniania lekarzy i lekarzy dentystów przez lekarzy i lekarzy dentystów, prowadzących różnego rodzaju indywidualne praktyki lekarskie.

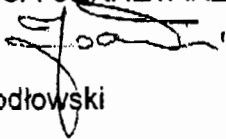
Biorąc pod uwagę zagwarantowaną w Konstytucji RP równość podmiotów, zmiana w powyższym zakresie jest niezbędna, aby zniwelować nieuzasadnione rozróżnienie

sytuacji prawnej przedsiębiorców, w zależności od tego, czy prowadzą działalność gospodarczą w formie indywidualnej praktyki lekarskiej, czy też podmiotu leczniczego. Ponadto należy wskazać, że takie założenie przyświecało również projektowi ustawy o działalności leczniczej, która jednak w obowiązującym brzmieniu nadal niestety utrzymuje zróżnicowanie sytuacji prawnej podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą.

2) w ustawie z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2010 r. Nr 220, poz. 1447 i Nr 239, poz. 1593 oraz z 2011 r. Nr 85, poz. 459 i Nr 106, poz. 622) skreślić art. 84aa;

3) w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U z 2012 r. poz. 159) skreślić rozdział 13a.

ZASTĘPCA SEKRETARZA



Marek Jodłowski

PREZES



Maciej Hamankiewicz