

PROTOKÓŁ

z 6/VI posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej, które odbyło się 8 października 2010 r. w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej, przy ulicy Sobieskiego 110 w Warszawie.

Początek obrad: godz. 11.00

Obecni wg listy obecności – załącznik nr 1 do niniejszego protokołu.

Obradom przewodniczył **Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Maciej Hamankiewicz**. **Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Maciej Hamankiewicz** przywitał obecnych oraz Pana Jakuba Szulca sekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia na nadzwyczajnym posiedzeniu Naczelnej Rady Lekarskiej, poświęconym projektom ustaw kluczowym dla systemu ochrony zdrowia w Polsce.

NRL jednogłośnie przyjęła porządek obrad

Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Maciej Hamankiewicz zwrócił się do Pana Jakuba Szulca Sekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia z pytaniem, czy projektowane ustawy mają szansę poprawić organizację ochrony zdrowia w Polsce

Pan Minister Jakub Szulc podziękował za zaproszenie na posiedzenie NRL i przeprosił w imieniu Pani Minister Ewy Kopacz, która ze względu na inne obowiązki nie mogła pojawić się na posiedzeniu NRL.

Odnosząc się do pytania Prezesa stwierdził, że proponowane zmiany są tylko elementem ciągłego procesu zmian w służbie zdrowia. Wyraził nadzieję, że ich wprowadzenie będzie krokiem w kierunku poprawy systemu ochrony zdrowia w Polsce. Jednocześnie stwierdził, że wszystkie problemy ochrony zdrowia nie mogą być rozwiązane za pomocą kilku dokumentów rządowych.

W tym miejscu **Prezes NRL Maciej Hamankiewicz** powitał Pana Bolesława Piechę Przewodniczącego Sejmowej Komisji Zdrowia oraz byłego Sekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia.

Odnosił się do osiowych problemów związanych z projektami ustaw tzw. reformy zdrowotnej. Nawiązując do pierwszej z nich – nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty stwierdził, że powinna nosić ona nazwę „O zawodach felczera i felczera dentysty”, ponieważ planowane ustawą zmiany, a przede wszystkim likwidacja stażu podyplomowego oraz praktyczne skrócenie kształcenia przeddyplomowego do 5 lat zmierzają do znacznego obniżenia jakości kształcenia lekarzy w Polsce. Dodał, że takie wrażenie podzielają wszystkie środowiska lekarskie w Polsce tj. m.in. młodzi lekarze, rektorzy uniwersytetów medycznych oraz prezesi towarzystw lekarskich. Poinformował, że młodzi lekarze uznali, że Lekarski Egzamin Państwowy oraz Lekarsko – Dentystyczny Egzamin Państwowy jest najlepszym, najbardziej obiektywnym kryterium kwalifikacyjnym przy przyznawaniu specjalizacji w formie rezydentury.

Pan Minister Jakub Szulc stwierdził, że zdaje sobie sprawę, że projekt ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty jest z pkt widzenia NRL projektem najbardziej kontrowersyjnym. Poinformował, że prace nad projektem trwały od dawna, m.in. uzgadniane były założenia do tego projektu ustawy. Dodał, że najbardziej kontrowersyjnymi zmianami jest rezygnacja ze stażu podyplomowego oraz LEP-u i LDEP-u. Poinformował, że u założeń tych zmian leżała potrzeba zwiększenia liczby lekarzy wykonujących zawód w Polsce. Poinformował, że przeprowadzona przez Ministerstwo Zdrowia analiza praktycznego przygotowania studentów medycyny wykazała, że można pokusić się o przesunięcie obecnego stażu podyplomowego na okres studiów, oczywiście przy dokonaniu poważnych zmian w programach nauczania uczelni medycznych. Stwierdził ponadto, że momentem, w którym lekarz najbardziej przygotowuje się do wykonywania zawodu jest okres specjalizacji. Dodał, że u podstaw decyzji o likwidacji LEP i LDEP, przy uwzględnieniu, że egzamin ten stanowi dobre kryterium naboru na szkolenie specjalizacyjne, leżał fakt, że wysiłek egzaminacyjny absolwentów medycyny jest tutaj niewspółmiernie duży do osiągniętych korzyści.

Prezes NRL Maciej Hamankiewicz odnosząc się do projektu ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i rękuniku praw pacjenta stwierdził, że podstawową słabością tego aktu jest błędne określenie jego przedmiotu, tj. stosowanego w ustawie określenia „błąd medyczny”. Ponadto wyraził wątpliwość, czy komisje, które mają być powoływane zgodnie z projektem ustawy podążają nałożonym obowiązkom i czy nie lepiej wykorzystać do celów przewidzianych projektem

istniejące już komisje działające w ramach systemu ubezpieczeń społecznych, orzekające np. o stopniu niepełnosprawności. Dodał, że ocenie projektu przez samorząd lekarski przyświeca przede wszystkim troska o pacjenta, który z ustawy będzie korzystał.

Pan Minister Jakub Szulc podkreślił, że na żadnym etapie postępowania, o którym mowa w projekcie nie ma mowy o winie konkretnej osoby. Dodał, że praca komisji będzie koncentrowała się na zaistnieniu szkody po stronie pacjenta.

W tym miejscu **Prezes NRL Maciej Hamankiewicz** wtrącił, że szkoda, uszczerbek na zdrowiu pacjenta może nastąpić nawet wtedy, kiedy lekarz się nie pomylił i działał zgodnie ze sztuką.

Pan Minister Jakub Szulc stwierdził, że terminologia używana w projekcie nie jest kwestią zasadniczą i może być przedmiotem dyskusji. Odnosząc się do składu komisji, o których mowa w projekcie stwierdził, że z jednej strony w ich skład wchodzić będą lekarze o odpowiedniej specjalności, z drugiej prawnicy. Stwierdził jednocześnie, że można się zastanowić nad tym, czy konieczne jest powoływanie nowych komisji do wykonania zadań wskazanych w projekcie ustawy, czy też zadania te powinno przejąć już istniejące gremium orzecznicze.

Prezes NRL Maciej Hamankiewicz odnosząc się do projektu ustawy o działalności leczniczej zwrócił się do Pana Ministra Szulca, czy w jednym dokumencie można opisać cały system ochrony zdrowia w Polsce.

Pan Minister Jakub Szulc zwrócił uwagę, że projekt ten zakresem swojej regulacji nie będzie zasadniczo odbiegał od obowiązującej ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, którą ma de facto zastąpić. Poinformował, że projekt zakłada przede wszystkim zmianę filozofii prowadzenia działalności leczniczej, poprzez zerwanie z definiowaniem rodzaju działalności leczniczej od strony formalno prawnej jej działania, a skupieniu się na funkcjonalnej stronie jej działalności. Czyli mówimy jakim rodzajem działalności jest działalność prowadzona w szpitalu, czy hospicjum, natomiast nie definiuje się, czy forma prowadzonej działalności to ma być publiczny zakład opieki zdrowotnej, czy też nzo, czy też jakaś inna dopuszczona prawem forma organizacyjno – prawna. Ustawa stanowi jedynie, że działalność lecznicza może być prowadzona w formie samodzielnie publicznego zakładu opieki zdrowotnej, co wynika z obecnych uwarunkowań prawnych.

Wiceprezes NRL Konstanty Radziwiłł zwrócił uwagę, że pośpiech, w jakim odbywają się konsultacje nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza denty

nie służy jakości tych konsultacji i dobru sprawy. Jednocześnie wyraził wątpliwość, czy zamiarem Ministerstwa Zdrowia rzeczywiście jest konsultacja projektu z partnerami społecznymi, bowiem na konferencji uzgadniającej projekt, która odbyła się 6 października 2010 r. z ust osoby reprezentującej Ministerstwo padły słowa, że właściwie wszystko jest już „przyklepane”. Stwierdził ponadto, że nie zna żadnego poważnego ciała, które pozytywnie zaopiniowałoby pomysły prezentowane w omawianym projekcie ustawy. Podkreślił, że stanowiska okręgowych rad lekarskich, Komisji Młodych Lekarzy, Konferencja Prezesów Towarzystw Naukowych, rektorzy uniwersytetów, nawet Ci, którzy dotychczas przychylnie odnosili się do pomysłów Ministerstwa Zdrowia, są jednoznacznie przeciwne likwidacji stażu podyplomowego, jako elementu, który jest tradycyjnie dobrym etapem dochodzenia lekarza do umiejętności zawodowych oraz likwidacji LEP i LDEP.

Kol. Stefan Sobczyński stwierdził, że najistotniejszą rzeczą w projekcie ustawy o działalności leczniczej jest zdefiniowanie przyczyn, dlaczego nasz system ochrony zdrowia jest taki a nie inny. Wyraził pogląd, że diagnoza przedstawiona przez Ministerstwo Zdrowia w uzasadnieniu do projektu ustawy jest wadliwa. Zdaniem kol. S. Sobczyńskiego mówienie, że nieefektywna jest forma prawna prowadzenia zakładów opieki zdrowotnej, czy też ograniczona odpowiedzialność tych podmiotów jest nieporozumieniem, ponieważ są to jego zdaniem kwestie drugorzędne lub nawet trzeciorzędne. Dodał, że prawdziwą diagnozę problemów służby zdrowia można wystawić dopiero w porozumieniu ze środowiskiem lekarskim i innymi partnerami społecznymi, a takich konsultacji, dyskusji nie przeprowadzono. Stwierdził ponadto, że zmiany wprowadzane w systemie ochrony zdrowia powinny brać pod uwagę przyszłość tego systemu.

Prezes NRL Maciej Hamankiewicz podsumowując tę wypowiedź sformułował do Pana Ministra pytanie czy projektowane zmiany przyniosą za 2, 3, 4 lata poprawę sytuacji pacjenta w Polsce.

Kol. Tomasz Romańczyk wyraził przekonanie, że działania Ministerstwa Zdrowia powinny być przygotowywane z perspektywy interesu pacjenta. Stwierdził następnie, że zapoznając się z omawianymi projektami ustaw nie znalazł nigdzie odniesień, jaką korzyść mają przynieść projektowane zmiany w sytuacji pacjenta, który miałby z tych zmian odnieść korzyść. Ponadto zauważył, że w projekcie ustawy o prawach pacjenta zabrakło również perspektywy finansowej. Podając przykład zabiegu obciążonego 2 proc. ryzykiem komplikacji, stwierdził, że wydatka ewentualnych

odszkodowań, zgodnie z projektem tej ustawy może przewyższyć przychód z tytułu wykonywania tego świadczenia. Sformułował pytanie, w jaki sposób państwo zamierza przekonać świadczeniodawcę działającego w formie spółki kapitałowej, aby podjął się wykonywania zabiegów obciążonych wysokim ryzykiem powikłań.

Kol. Andrzej Cisło przytaczając deklarację znajdującą się na stronie Ministra Gospodarki Pana Waldemara Pawła, dotyczącą znoszenia barier w przedsiębiorczości, stanowiącą uzasadnienie projektowanej przez Rząd RP reformy de regulacyjnej. W deklaracji tej podkreślano przede wszystkim ochronę małych i średnich przedsiębiorstw. Zapelował do Pana Ministra Jakuba Szulca o spójność w całym pakiecie reform rządowych, bowiem postanowienia projektu ustawy o działalności leczniczej, stoją w sprzeczności z deklarowaną przez Ministra Gospodarki ochroną małych i średnich przedsiębiorstw, zwłaszcza wobec faktu, że do tej kategorii należy ok. 96 proc. podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Jako przykład podał m.in. wynikające z projektu wymagania dotyczące minimalnego kapitału zakładowego spółki, która może prowadzić szpital. Stwierdził, że jest to niezgodne z interesem małych przedsiębiorstw, które udzielają świadczeń szpitalnych. Zadał również pytanie, czy Rząd, stosownie do postanowień regulaminu Sejmu, przekaże do Parlamentu również projekty aktów wykonawczych do ustawy o działalności leczniczej, w szczególności w zakresie wymagań, jakie muszą spełniać pomieszczenia praktyk lekarskich i szpitali. Zapelował, żeby przy tworzeniu tych rozporządzeń wziąć pod uwagę sytuację małych i średnich przedsiębiorstw i nie wprowadzać wymogów ciężkich do spełnienia przez te podmioty. Podkreślił, że w praktyce lekarskiej najważniejsza jest wiedza i umiejętności lekarza.

Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Jolanta Orłowska – Heitzman odnosząc się do nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty zadała pytanie, czy były brane pod uwagę inne rozwiązania, które pomogłyby osiągnąć zamierzone przez projektodawcę cele, np. zwiększenie limitów przyjęć na studia medyczne, a co za tym idzie poważnej reformy program studiów. Dodała, że program obecnie zawiera przedmioty, które nie są przydatne w praktyce zawodowej lekarza. Odnosząc się do projektu nowelizacji ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta stwierdziła, że nie chciałaby, aby potoczne pojęcie błędu medycznego zostało usankcjonowane prawnie. Dodała, że w potocznym pojęciu każde niepowodzenie jest błędem, natomiast są jeszcze powikłania i zdarzenia niepożądane. Dlatego zapelowała, żeby projekt ustawy posługiwał się pojęciem

szkody, a nie błędu medycznego który jest na gruncie doktryny prawa dobrze zdefiniowany. Stwierdziła, że mimo zapewnień Pana Ministra, że na podstawie projektowanej ustawy nie będzie orzeczenia o winie, to wina taka musi być stwierdzona, skoro efektem postępowania ma być wypłata odszkodowania. Odnosząc się do składu komisji stwierdziła, że dla zasiadającej w niej osób nie wykonujących zawodów medycznych każde zdarzenie niepożądane będzie równoznaczne z błędem medycznym. Sformułowała również pytanie jak postępowanie przed komisją będzie się miało do postępowania w przedmiocie odpowiedzialności dyscyplinarnej.

Kol. Grzegorz Mazur odnosząc się do oceny skutków regulacji nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, zgodnie z którą likwidacja stażu przyniesie 162 mln. zł. oszczędności a nakłady uczelni wyliczono na 5 mln. zł., zapytał, czy ta ocena jest skutkiem konsultacji z rektorami uczelni wyższych ponieważ zdanie przedstawicieli uczelni medycznych na temat skutków finansowych reformy jest zdecydowanie odmienne od zdania MZ. Dodał, że likwidacja LEP-u i LDEP-u jest likwidacją najbardziej obiektywnego kryterium kwalifikacyjnego na specjalizacje. Proponowany przez Ministerstwo Zdrowia system kwalifikacji przez komisje, które mają oceniać predyspozycje kandydata jest o wiele bardziej ocenny i nieobiektywny. Odnosząc się do projektu nowelizacji ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta stwierdził, że nie ma błędu bez winy. Dodał, że mimo założeń, że postępowanie to ma mieć charakter pozasądowy, to nosi ono ewidentne cechy postępowania przed sadem. Samorząd zmierzał do tego, żeby te komisje miały bardziej charakter rozjemczy, żeby bez poddawania ocenie postępowania poszczególnych pracowników doprowadzić do ugody między stronami, i taka powinna być główna myśl tej ustawy. Ponadto zadał pytanie, czy projektowane przez Ministerstwo Zdrowia ustawy zmierzają do zwiększenia, czy też zmniejszenia roli samorządu lekarskiego w Polsce.

Prezes NRL Maciej Hamankiewicz poinformował, że na sali obrad obecni są dziennikarze oraz pracownicy Ministerstwa Zdrowia.

Kol. Roman Budzyński odnosząc się do projektu nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry stwierdził, że zgodnie z ustawą o izbach lekarskich zadaniem samorządu zawodowego lekarzy i lekarzy dentystry jest m.in. prowadzenie lub udział w organizowaniu doskonalenia zawodowego lekarzy oraz opiniowanie i wnioskowanie w sprawach kształcenia przed- i podyplomowego lekarzy

i w innych zawodach medycznych natomiast projektowana ustawa oddaje te kompetencje CMKP, nie uwzględniając samorządu lekarskiego. Odnosząc się do informacji dotyczącej kosztów likwidacji stażu, które dotkną uczelnie medyczne poinformował, że komisja złożona z przedstawicieli uczelni medycznych wyliczyła te koszty na 77 mln. zł., a nie na 5 mln. zł., o których mowa w ocenie skutków regulacji projektu.

Kol. Ładysław Nekanda – Trepka wyraził nadzieję, że analiza przygotowania zawodowego absolwentów uczelni medycznych, o której mówił Pan Minister Szulc, dotyczy 13 lat funkcjonowania stażu podyplomowego w Polsce. Sformułował pytanie, jaką metodą prowadzono tę analizę i jakie podmioty brały udział w jej opracowywaniu. Poinformował, że jako sekretarz OIL w Warszawie nadzoruje przeprowadzanie stażu podyplomowego na terenie działania izby i jest w stałym kontakcie z koordynatorami i opiekunami stażu i żadna z tych osób nie wspominała, żeby Ministerstwo Zdrowia konsultowało z nią kwestie związane z odbywaniem stażu podyplomowego. Zapytał również, czy Ministerstwo Zdrowia analizowało wyniki LEP i LDEP, z których wynika, że ok. 5 % lekarzy, którzy nie zdają tego egzaminu nie zdaje go wielokrotnie i wykazuje brak przygotowania w zakresie wiedzy i umiejętności do wykonywania zawodów. Stwierdził, że egzamin ten zabezpiecza bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów ze strony polskich absolwentów uczelni medycznych oraz lekarzy cudzoziemców spoza UE.

Kol. Jerzy Jakubiszyn odnosząc się do projektu ustawy o działalności leczniczej zauważył, że ingeruje ona w kwestie prowadzenia praktyk lekarskich. Nie zgodził się ze stwierdzeniem Pana Ministra Szulca, że projekt ten ma charakter porządkujący, ponieważ wyjęcie prowadzenia rejestru oraz kontroli praktyk lekarskich z ustawy o zawodach lekarza i lekarza derywisty i umieszczenie go w ogólnym rejestrze podmiotów prowadzących działalność leczniczą, a tym samym spód kompetencji samorządu, kłóci się z ideą wykonywania wolnego zawodu lekarza.

Kol. Wojciech Marquardt stwierdził, że samorząd lekarski od początku reaktywacji bierze udział w reformowaniu systemu ochrony zdrowia w Polsce. Dodał, że w ostatnich latach kontakt Rządu z samorządem zawodowym osłabł i pewnie dlatego Rząd nie zdaje sobie sprawy z tego, że samorząd lekarski stworzył rejestr praktyk lekarskich, który daje faktyczną możliwość nadzoru nad wykonywaniem zawodu w tej formie. Dodał, że na początku działania reaktywowanego samorządu lekarskiego wprowadzenie stażu podyplomowego, czy wprowadzenie systemu

konkursowego obejmowania stanowisk kierowniczych było dużym osiągnięciem. Przez 20 lat funkcjonowania samorządu wydawało się, że samorząd przejmie również zadania związane z kształceniem podyplomowym lekarzy i lekarzy dentystów. Stwierdził jednak, że ostatnie lata wskazują, że zmierza się raczej do odbierania kompetencji samorządowi zawodowemu lekarzy i lekarzy dentystów. Stwierdził również, że działania samorządu zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów są nieporównanie mniej kosztowne niż te same zadania wykonywane przez państwo. Ponadto zapytał, czy w ustawie budżetowej znajduje się środki, które pozwolą na bezpieczne funkcjonowanie samorządu.

Wiceprezes NRL Anna Lella odnosząc się do projektu ustawy o działalności leczniczej zapytała Ministra Szulca, czemu ma służyć przeniesienie rejestru praktyk lekarskich do urzędów wojewódzkich, również w kontekście zapowiedzi państwa ograniczania administracji oraz kosztów. Stwierdziła, że skoro samorząd lekarski realizuje to zadanie porządnie i taniej niż administracja państwowa, a z oceny skutków regulacji wynika, że przejęcie rejestru przez wojewodów pociągnie za sobą koszty wysokości 5 mln. zł., to przeniesienie tego rejestru to po prostu niegospodarność. Zapytała również, czy dojdzie w końcu do zównania sytuacji przedsiębiorców jakimi są praktyki lekarskie z innymi przedsiębiorcami poprzez umożliwienie zatrudniania lekarzy w praktyce oraz umożliwienie praktykom zakupu leków w hurtowniach farmaceutycznych.

Kol. Stefan Bednarz odnosząc się do projektu ustawy o działalności leczniczej, a zwłaszcza art. 58 dot. przekształceń zakładów opieki zdrowotnej, a zwłaszcza szpitali klinicznych, zapytał czy celem tej regulacji jest oddłużenie tych jednostek czy też ich usprawnienie. Dodał, że w jego ocenie projektowana regulacja nie wniesie nowych wartości w zakresie usprawnienia tych jednostek. Zauważył również, że projekt nie rozwiązuje ogromnego projektu podwójnego zatrudniania lekarzy w szpitalach uniwersyteckich, czy też klinikach.

Kol. Klaudiusz Komor odnosząc się do słów Ministra Szulca odnośnie nieproporcjonalnych korzyści IEP i LDEP w porównaniu z systemem egzaminacyjnym, stwierdził, że chociaż sam kilka lat temu był orędownikiem nie wprowadzania tych egzaminów, to obecnie twierdzi, że egzamin ten się sprawdził i jest najlepszym i najsprawiedliwszym systemem kwalifikacji do szkolenia specjalizacyjnego. Poinformował, że zdanie to jest podzielane przez Komisję Młodych Lekarzy.

Kol. Krzysztof Kordel stwierdzając, że bezsporne jest, że w kraju brakuje lekarzy specjalistów poinformował, że z jego kontaktów z władzami samorządowymi wynika, że deklarują one chęć współfinansowania szkolenia specjalistów. Zasugerował, że oprócz ścieżki rezydenckiej, czy wolontariatu, należy wrócić do systemu stypendiów fundowanych przez samorządy. Zapytał również co przyswieceło idei, aby w komisjach o których mowa w projekcie nowelizacji ustawy o prawach pacjenta zasiadali przedstawiciele organizacji pacjenckich.

Minister Jakub Szulc poprosił chwilę przerwy, aby mógł skonsultować się ze specjalistami z Ministerstwa Zdrowia.

Prezes NRL Maciej Hamankiewicz ogłosił 10 minut przerwy w obradach.

Minister Jakub Szulc stwierdził, że tak czy inaczej strona rządowa i samorząd lekarski pozostaną w rozbieżności jeżeli chodzi o nowelę ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry, ponieważ stanowisko środowiska na temat tych dwóch kontrowersyjnych zmian jest jednoznaczne. Powtórzył, że intencją w przypadku likwidacji stażu jest skrócenie okresu kształcenia, ale nie w sposób istotny. Podkreślił problemy z pozyskiwaniem lekarzy specjalistów w szczególności w niektórych dziedzinach medycyny. Poinformował, że nie jest to jedyne narzędzie, które MZ zamierza zastosować w celu zwiększenia liczby specjalistów i kadr medycznych. Odnosząc się do ilości miejsc akredytacyjnych stwierdził, że kłopot polega na tym, że w chwili obecnej istnieje 2500 miejsc akredytacyjnych i tylko 2200 otwartych specjalizacji. Stwierdził, że nie widzi przeszkód w zaangażowanie samorządu terytorialnego w finansowanie specjalizacji, podkreślając jednocześnie, że liczba miejsc na rezydenturach w ostatnich latach znacznie się zwiększyła, a mimo tego część tych miejsc pozostaje pustych. Stwierdził, że zwiększeniu powinna ulec liczba miejsc w zakresie kształcenia przeddyplomowego. Stwierdził, że Polska ma jeden z najniższych w Europie odsetków lekarzy na 10000 mieszkańców. Dodał że u południowych czy zachodnich sąsiadów Polski jest o połowę więcej lekarzy na jednego mieszkańca. Odnosząc się do kwestii migracji lekarzy stwierdził, że na szczęście liczba lekarzy wyjeżdżających z kraju i powracających bilansuje się, a nawet występuje przewaga powrotów. Poinformował, że wraz z likwidacją stażu nastąpią zmiany w programach studiów. Poinformował również, że pierwszy rocznik, który nie będzie musiał odbywać stażu to w przypadku studentów studiów dentystrycznych rocznik 2016, a w przypadku studiów lekarskich rocznik 2017, w związku z tym ewentualne oszczędności czy też nakłady nie pojawią z dnia na

dzień. Jednocześnie zakomunikował, że jest już gotowy zarys stosownych zmian programów studiów medycznych. Poinformował, że roczne przewidywane oszczędności, przy uwzględnieniu tego ile kosztuje dzisiaj staż to 162 mln. zł., dodał jednak, że nie będą one odczuwalne w najbliższej przyszłości. Dodał, że zmiany programowe mogą przebiegać bez istotnego wzrostu nakładów na chwilę obecną, natomiast nakłady te będą musiały wzrosnąć, kiedy roczniki objęte reformą będą realizowały program z rozszerzonymi praktykami. Stwierdził, że nie jest w stanie odnieść się do pytania o przeniesienie prowadzenia rejestru lekarzy specjalizujących się, ponieważ i obecnie i w założeniach projektu mają być one prowadzone przez Wojewódzkie Centra Zdrowia Publicznego a rejestr centralny przez CMKP. Odnosząc się do LEPu i LDEPu Minister Szulc stwierdził, że jest to obiektywne kryterium oceniające wiedzę teoretyczną ubiegających się o specjalizację. Stwierdził jednocześnie, że nie jest to dobry miernik, jeśli chodzi o potencjał oraz rzetelność pracy podczas całego kształcenia przeddyplomowego danego kandydata do szkolenia specjalizacyjnego. Dodał, że z jego doświadczenia wynika, że egzaminy tego typu odbywają się na zasadzie „zakuć, zdać, zapisać, zapomnieć”. Dodał, że Ministerstwo Zdrowia proponuje w zamian również miernik zobiektywizowany tj. średnią ocen z całego okresu kształcenia przeddyplomowego, która zobrazuje rzetelność przygotowań studenta nie tylko na parę miesięcy przed egzaminem, ale również w trakcie trwania studiów. Poinformował, że zarówno zmiany w zakresie stażu podyplomowego jak również w zakresie LEP i LDEP były konsultowane z podmiotami zewnętrznymi. Poinformował również, że opinie uczelni medycznych w ogromnej większości są negatywne. Dodał, że nie ma takiej sytuacji, że wszystko jest przyklepane.

Odnosząc się do pytań dot. Projektu ustawy o działalności leczniczej poinformował, że zamierzeniem Ministerstwa Zdrowia była poprawa organizacji ochrony zdrowia w Polsce. Nie zgodził się z zarzutem, że projekt ustawy stawia drakońskie wymogi do prowadzenia szpitali. Poinformował, że Ministerstwo Zdrowia analizowało jak zapewnić minimalne bezpieczeństwo przy prowadzeniu szpitali. Stwierdził, że te warunki kapitałowe nie są niczym wielkim i wynikają z zasady zapewnienia adekwatności kapitałowej oraz że ciężko jest znaleźć szpital w Polsce, który podpadałby pod kategorię małego lub średniego przedsiębiorstwa. Dodał, że projekt był przedmiotem uzgodnień z Ministerstwem Gospodarki i Ministerstwo w żaden sposób nie podniosło, że utrudniamy w ten sposób prowadzenie małych i średnich

przedsiębiorstw. Odnosząc się do rozporządzeń regulujących wymagania dla pomieszczeń zoz-ów oraz praktyk lekarskich poinformował, że mimo panującej opinii wymagania te nie wynikają z przepisów prawa unijnego. Poinformował, że MZ pracuje nad istotną i zasadniczą zmianą rozporządzeń w tym zakresie.

Kol. Tomasz Romańczyk wtrącił, że szpitale rzeczywiście nie należą do kategorii małych i średnich przedsiębiorstw, ale istnieją podmioty należące do tej kategorii, które świadczą świadczenia szpitalne. Dodał, że istnieją seki nzoów, które wykonują 1-dniowe świadczenia szpitalne, przyjazne dla pacjenta, które nie mają i nie będą miały 5 mln. zł. W ten sposób znikną ze sfery świadczeń medycznych jedne z najbardziej przyjaznych pacjentowi form leczenia.

Minister Jakub Szulc zadeklarował, że jeśli taka cezurą finansową znajduje się w projekcie to zostanie ona zniesiona, gdyż nie było intencją projektodawców wprowadzenie barier udzielania świadczeń szpitalnych w trybie jednodniowym.

Odnosząc się do przeniesienia praktyk lekarskich do jednolitego rejestru stwierdził, że praktyka lekarska tylko formą wykonywania zawodu. Zauważył, że ogólny rejestr o którym mowa w projekcie ustawy jest tak naprawdę rejestrem świadczeniodawców, czyli wprowadza jednolity rejestr podmiotów, które udzielają świadczeń zdrowotnych. W ocenie Pana Ministra Szulca praktyki lekarskie, które są formą udzielania świadczeń medycznych powinny znajdować się w tym właśnie rejestrze.

Prezes NRL Maciej Hamankiewicz zadał pytanie, co będzie z kontrolą praktyk lekarskich. Dodał, że obecnie izby lekarskie prowadzą dokładny nadzór nad wykonywaniem zawodu w praktykach lekarskich. Wyraził wątpliwość czy nadzór takiej jakości zapewnią urzędy wojewódzkie. Jako przykład podał obowiązujący praktyki lekarskie i poddany kontroli izb lekarskich zakaz eklamy, który jest przestrzegany przez praktyki lekarskie. Podobny zakaz obowiązujący nzo-y jest nagminnie łamany.

Kol. Wojciech Marquardt dodał, że istotna jest również kontrola, jaką przedstawiciele samorządu lekarskiego przeprowadzają przed zarejestrowaniem praktyki lekarskiej. Wyraził wątpliwość czy takie kontrole będą przeprowadzane przez urzędników urzędu wojewódzkiego.

Kol. Ładysław Nekanda – Trepka dodał, że rejestry praktyk lekarskich są udostępniane wojewodzie, co stawia pod znakiem zapytania sens przenoszenia tych rejestrów do urzędu województwa.

Kol. Iwona Jakób stwierdziła, że skoro urzędy wojewódzkie nie radzą sobie obecnie z kontrolą nzo-ów, to tym bardziej nie poradzą sobie z kontrolą dodatkowych podmiotów tj. praktyk lekarskich.

Minister Jakub Szulc stwierdził, że trzeba to zagadnienie przeanalizować. Odnosząc się do szpitali klinicznych poinformował, że intencje projektodawcy ustawy co do tych szpitali były tożsame z intencjami co do innych szpitali. Stwierdził, że przez przekserowanie środków, o których mowa w ustawie oczywiście nie da się załatwić wszystkich problemów finansowych szpitali. Dodał, że ma jednak nadzieję, że kwestia podwójnego zatrudnienia nauczycieli w szpitalach uniwersyteckich została w projekcie rozwiązana, tzn. mamy zatrudnienie pracownika dydaktycznego uczelni medycznej na zasadzie zaliczeniowej bez obowiązku zatrudnienia w szpitalu klinicznym, tak że to dyrektor szpitala będzie decydował o tym kogo zatrudniać i na pewno zatrudnienie na uczelni nie będzie za sobą pociągało przymusu etatu w szpitalu uniwersyteckim. Odnosząc się do projektu nowelizacji ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta jeszcze raz wyjaśnił, że w projektach nie było postępowania z orzeczeniem ze względu na winę. Odnosząc się do zarzutu, że w projekcie zawarty jest dużo elementów postępowania sądowego, poinformował, że procedura ta musi być dochowana aby można było stwierdzić zaistnienie szkody, uszczerbku na zdrowiu pacjenta. Stwierdził, że nie widzi obaw, że procedury obciążone konkretnym ryzykiem nagle przestaną być wykonywane. Stwierdził, że jego zdaniem dużo gorsza byłaby sytuacja, w której pacjenci dochodziliby swoich praw na drodze sądowej a sąd powszechny zasądzałby zdecydowanie wyższe odszkodowania.

Kol. Tomasz Romańczyk stwierdził, że nie neguje samego pomysłu zawartego w projekcie, ale projektodawcy oparli się jedynie na odpowiedzialności zakładów opieki zdrowotnej, natomiast w systemie skandynawskim rozkłada się na cały system, mniej więcej tak jak w Polsce jest ze świadczeniami rentowymi. Stwierdził, że ewentualne zobowiązania wynikające z konieczności wypłacenia odszkodowania szpital przeleje na lekarza. Stwierdził, że perspektywa finansowa wprowadzenia projektowanych zmian jest katastrofalna, ponieważ nikt nie podejmie się wykonania świadczenia obciążonego tak wysokim ryzykiem odszkodowawczym za tak małe pieniądze jak w tej chwili.

Minister Jakub Szulc zauważył, że nigdzie nie ma mowy o odpowiedzialności szpitala, bowiem odszkodowanie ma być opłacone przez ubezpieczyciela do wysokości maksymalnej kwoty i w granicach kwoty gwarancyjnej ubezpieczenia.

Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Jolanta Orłowska – Heitzman zapytała jaki jest tryb odwoławczy od orzeczeń komisji.

Minister Jakub Szulc odpowiedział, że odwołanie rozpatruje ta sama komisja w innym składzie. Dodał, że analizowano kwestię konstytucyjności przepisu oraz możliwość odwołania do innego organu. Poinformował, że oddanie orzekania w II instancji do sądu powszechnego lub administracyjnego zniweczy cele i zamierzenia postępowania, bowiem osiągnie się przez to skutek w postaci takiej sytuacji, jaka jest obecnie. Dodał, że nie podziela obaw związanych z obecnością przedstawiciela organizacji pacjenckich w komisjach, gdyż będzie to równoważone obecnością w nich przedstawicieli samorządów lekarskiego i zawodów prawniczych oraz przedstawicieli Ministra Zdrowia i Rzecznika Praw Pacjenta.

Kol. Andrzej Cisto zauważył, że skoro Ministerstwo wylicza liczbę na 800000 ewentualnych szkód medycznych, to nawet przy przyjęciu, że tylko 40 000 z nich trafi przed komisję i podzieli się ϕ przez 16 województw i 12 miesięcy w roku to wychodzi 200 postępowań przed każdą komisją miesięcznie. Przy uwzględnieniu, że każdym będzie się od orzeczenia komisji odwoływał liczba ta wzrasta do 400 postępowań miesięcznie. Dodał, że w jego ocenie rozpatrzenie tylu spraw jest niewykonalne i że jego zdaniem założenia do projektu tej ustawy muszą być zmienione.

Minister Jakub Szulc odparł, że projektodawcy prowadzili szacunki odnośnie ustawy w oparciu dane zaczerpnięte z sądów powszechnych, od Ministra Sprawiedliwości.

W tym miejscu Prezes NRL Maciej Hamankiewicz zaprosił do dyskusji Pana Ministra Bolesława Piechę Przewodniczącego Sejmowej Komisji Zdrowia.

Przewodniczący Sejmowej Komisji Zdrowia Bolesław Piecha poinformował, że chce się odnieść przede wszystkim do jakości pracy ustawodawczej nad omawianymi projektami ustaw. Stwierdził, że mamy tutaj do czynienia z czystym populizmem owiniętym w otoczkę zwaną „ofensywą legislacyjną” Dodał, że szafowanie wyświechtanym hasłem „pacjent” jest rzeczą zużytą. Od wielu lat służba zdrowia jest skoncentrowana na pacjencie. Kiedyś były czasy przysięgi Hipokratesa, gdzie pacjent miał prawa i obowiązki i to samo dotyczyło lekarza.

Później były czasy kodeksów etyki lekarskiej. Jednak od 30 lat wchodzi inne podejście do etyki, gdzie centrum decydującym o swoim losie stanowi pacjent. Nawiązując do nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty stwierdził, że proponowane zmiany są rewolucyjne. Zauważył, że mimo forsowanych obecnie haseł nie da się nabyć wiedzy bez umiejętności, stwierdził również, że umiejętności bez wiedzy to tylko rzemiosło. Nawiązał do szkolenia w czasach, gdy on zdobywał wykształcenie medyczne zauważając, że staż był istotnym elementem tego procesu. Dodał, że w trakcie stażu można było się zapoznać z „kuchnią” zawodu lekarza i niejedna osoba dopiero na stażu zdecydowała się na konkretną specjalizację. Stwierdził, że mitem jest przekonanie, że jeżeli zlikwidujemy staż i uprościmy specjalizację, to od razu na rynku pojawi się duża ilość lekarzy specjalistów. Dodał, że jeżeli nie zwiększy się naboru na te studia, to zwiększenie ilości lekarzy specjalistów pozostanie w sferze marzeń, tym bardziej, że w Polsce lekarz, który nie ma specjalizacji nie istnieje dla systemu, który pozwoliłby mu zarabiać. Z tego punktu widzenia należy się zastanowić, czy nas stać jako państwo na zwiększenie limitów przyjęć na studia lekarskie czy też likwidować staż i LEP i LDEP. Poinformował, że z wypowiedzi rektora uniwersytetu medycznego, na inauguracji roku akademickiego gościł Pan Minister, stwierdził, że nie wyobraża sobie realizacji postanowień projektu nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Poinformował, że nie jest zwolennikiem uszczuplania programu studiów medycznych poprzez rezygnację z niektórych przedmiotów, ponieważ jego zdaniem lekarz to nie jest rzemieślnik, ale powinien mieć holistyczne wykształcenie. Dodał, że w związku z ogromem programu skrócenie czasu jego realizacji będzie trudne. Poinformował, że zastąpienie stażu podyplomowego zajęciami praktycznymi na studiach medycznych jest teoretycznie możliwe, ale kosztem powiększenia grup, które nawet w tej chwili są zbyt duże. Odnosząc się do likwidacji LEP i LDEP stwierdził, że odkąd pojawiły się korporacje zawodowe pojawiła się również obawa niejasnych transakcji „pod stołem”. Wyraził pogląd, że LEP i LDEP stanowi swoistą ochronę korporacji lekarskiej z jednej strony a władzy publicznej z drugiej strony przed podejrzeniami umyślnego stwarzania niejasnych kryteriów naboru na specjalizację. Stwierdził, że można zastąpić ten egzamin, jak mówi Minister Szulc, średnią ze studiów medycznych, ale zachodzi tutaj zasadnicza różnica, ponieważ LEP i LDEP można poprawić, natomiast oceny z egzaminów semestralnych w trakcie studiów nie. Zauważył, że ktoś mógł mieć słabszy rok na studiach, co nie powinno

dyskwalifikować jego predyspozycji do wykonywania zawodu lekarza. Podsumowując stwierdził, że mówienie o średniej ocen w tym kontekście jest nieporozumieniem. Nawiązując do przeniesienia rejestru praktyk lekarskich zauważył, że ten kto prowadzi dany rejestr powinien kontrolować rejestrowane podmioty. Zdaniem Pana Ministra Wojewoda nie robi nic w celu kontroli i nadzoru nad nzo-ami, których rejestr obecnie prowadzi. Dodał, że praktyka lekarska nie może się nam mylić z systemem opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych ponieważ większość praktyk nie ma żadnego kontraktu z NFZ, nie zależy zatem od środków publicznych, a zatem jest podmiotem w pełni prywatnym. Praktyka musi spełniać pewne wymagania założone przez ustawę i kontrolę tych wymagań ustawodawca powierzył samorządowi zawodowemu lekarzy i lekarzy dentyków. Zdaniem Pana Ministra wyrwanie tego rejestru samorządowi i tworzenie kolejnych kadr w administracji rządowej rodzi pytanie, czy korporacja zawodowa lekarzy w ogóle ma istnieć, skoro rząd odbiera jej kwestię stażu szkoleń a teraz rejestr i nadzór nad praktykami lekarskimi. Wyraził obawę, że pośpiech w pracach legislacyjnych nad tak ważnymi sprawami jak ochrona zdrowia skończy się niepowodzeniem. Przestrzegł Pana Ministra Szulca przed takim tempem prac a przede wszystkim przed braniem pod uwagę opinii czynnika społecznego. Zaapelował również aby skończyć z hasłem głoszącym, że służba zdrowia to jest czarna dziura, która wchłonie każde pieniądze, i zrzucanie winy za złą kondycję ochrony zdrowia na niegospodarność nieszczelność systemu itp., a nie na wysokość nakładów. Podkreślił, że jest to absolutne nieporozumienie, bowiem żeby równocześnie leczyć to trzeba za to najpierw porządnie zapłacić. Stwierdził, że wprowadzanie dla pacjenta systemu, który nazywa się płaceniem za szkodę jest dość dziwne w systemie, który jest przyjęty w Polsce tj. w systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Takie systemy działają w krajach skandynawskich, gdzie systemy opieki zdrowotnej są budżetowe i za lekarza, który jest swego rodzaju urzędnikiem publicznym płaci budżet państwa. W polskim systemie wprowadzenie rozwiązań z projektu ustawy nowelizującej ustawę o prawach pacjenta zmusi ubezpieczyciela do zapewnienia środków na wypłatę ewentualnych odszkodowań. Dodał, że przeraża go myśl jak wielkie środki będzie musiał zabezpieczyć na ten cel NFZ. Kończąc stwierdził, że niepokoi go ofensywa legislacyjna, zwłaszcza w zakresie regulacji dotyczących ochrony zdrowia, ponieważ może wyjść z tego tylko bubel i jeszcze raz zaapelował do Ministra Szulca o wysłuchanie głosu strony społecznej.

Kol. Iwona Jakób sformułowała pytanie, kto będzie odpowiadał za szkody wyrządzone przez studenta podczas zdobywania praktyki lekarskiej i jak odnosi się do tego Rzecznik Praw Pacjenta.

Głos z sali odnosząc się do tego pytania stwierdził, że takiej odpowiedzialności nie będzie, ponieważ student nie będzie miał prawa wykonywania zawodu, a zatem nie będzie mógł wykonywać świadczeń zdrowotnych. Przestrzegł jednocześnie, że nowelizacja ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty w części znoszącej staż i wprowadzającej praktykę zawodową na studiach, to prawny bubel, ponieważ nie można nabyć umiejętności nie mając prawa wykonywania zawodu, a zatem nie wykonując świadczeń i procedur na pacjentach.

Prezes NRL Maciej Hamankiewicz poprosił Pana Ministra Szulca aby ten sprawdził ilu pacjentów z płynem w jamie opłucnowej jest w szpitalach klinicznych. Dodał, że fizycznie nie jest możliwe, żeby każdy student wykonał zabieg np. nakłucia jamy opłucnej, czy nawet być świadkiem wykonania takiego zabiegu. Dodał również, że kliniki uniwersyteckie z definicji zajmują się ciekawymi nietypowymi zabiegami, a lekarz zanim zacznie praktykę powinien zapoznać się najczęstszymi problemami i zabiegami wykonywanymi w zwykłych szpitalach, i to właśnie zapewnia staż podyplomowy.

Głos z sali stwierdził, że szkolenie praktyczne studentów na studiach w Polsce jest rzeczywiście nie najlepsze. Dodał jednak, że np. we Francji czy Finlandii student V roku studiów medycznych potrafi wykonać zabiegi, o których mówił Pan Prezes.

Minister Jakub Szulc odnosząc się do słów Pana Ministra Bolesława Piechy poinformował, że zgodnie z projektem nowelizacji ustawy o prawach pacjenta i o Rzeczniku Praw Pacjenta NFZ nie będzie w żadnym stopniu obciążany kosztami odszkodowań. Dodał, że odszkodowanie będzie pochodzić od zakładów ubezpieczeń. Dodał, że podziela opinię Ministra Piechy co do tego że pośpiech taki jak przy ustawie antydopalaczowej nie służy jakości prac nad ustawą, dodał jednak, że nie można stawiać znaku równości między wspomnianą ustawą a propozycjami w zakresie ochrony zdrowia. Wyraził głęboką nadzieję, że dyskusja się jeszcze nie zamknie i będzie się toczyć w trybie pracy nad tymi projektami czy też w trybie dalszych uzgodnień i konsultacji.

Kol. Klaudiusz Komor zauważył, że w świetle deklaracji Pana Ministra Szulca dotyczącej dalszej dyskusji nad projektami, można wysnuć wniosek, że uwagi NRL zostaną uwzględnione nawet jeżeli dotrą do Ministerstwa Zdrowia nawet po

godzinach pracy Ministerstwa Zdrowia w piątek 8 października który to termin wyznaczył, Pan Minister Fronczak na konferencji uzgadniającej ten projekt.

Przewodniczący Sejmowej Komisji Zdrowia Bolesław Piecha zaznaczył, że omawiane projekty były już przedstawione na stałym Komitecie Rady Ministrów, więc zgodnie z przyjętymi zasadami nie powinno się już do nich wprowadzać żadnych merytorycznych zmian.

Głos z sali stwierdził, że zaniepokoiło go stwierdzenie Ministra Szulca, że i tak nie dojdziemy do konsensusu. Dodał, że Pan Minister spotyka się z reprezentantami lekarzy z całej Polski, mającymi mandaty swoich środowisk a także wiedzę i doświadczenie, a w dodatku z osobami, które zaproponowaną reformę będzie realizować i mówienie przy takiej okazji, że konsensus jest niemożliwy wskazuje, że Ministerstwo Zdrowia uparło się na wdrożenie tej reformy wbrew stanowisku lekarzy.

Minister Jakub Szulc poinformował, że jest on zobowiązany reprezentować określone stanowisko i nie jest upoważniony do składania obietnic wprowadzenia konkretnych zmian w projektach ustaw. Dodał, że wszystkie uwagi i sugestie przekazane na dzisiejszym spotkaniu przekaże Ministrowi Zdrowia. Pan Minister Jakub Szulc podziękował za spotkanie i wyraził nadzieję, że będzie miał okazję gościć częściej na posiedzeniach NRL.

Prezes NRL Maciej Hamankiewicz podziękował gościom za udział w posiedzeniu Naczelnej Rady Lekarskiej.

Ad. pkt 2.

Rozpatrzenie projektu stanowiska Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, druk nr [NNRL/10.10/02], stanowiący załącznik nr 2 do niniejszego protokołu.

Sprawę zreferował Kol. Klaudiusz Komor

Prezes NRL Maciej Hamankiewicz poinformował, że z deklaracji Ministra Adama Fronczaka, Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia wygłoszonej na konferencji uzgadniającej projekt ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty wynika, że Naczelna Rada Lekarska może przesłać swoje uwagi do projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty do piątku, 8 października 2010 r.

Kol. Andrzej Wojnar zaproponował aby sformułować jedno stanowisko odnoszące się do wszystkich projektów ustaw objętych porządkiem obrad posiedzenia

Kol. Tomasz Romańczyk zaproponował, żeby nie odnosić się zbyt szczegółowo do ww. projektów ustaw a skupić się na społecznym wydźwięku proponowanych zmian, ponieważ jego zdaniem rządzący tylko wtedy z nich zrezygnują, jeżeli nie będzie to opłacalne i będzie to otoczone odpowiednią otoczką medialną. Zaproponował, żeby dyskusja toczyła się nie nad merytorycznymi uwagami do ww. dokumentów, ponieważ te są znane, ale na tym jak je przełożyć na akcję medialną, tak, aby rządzącym nie opłacało się popierać własnych projektów z obawy przed utratą poparcia społecznego.

Kol. Andrzej Cisko zauważył, że NRL powinna zastanowić się również nad siłami, którymi może lobbować w Sejmie, tj. na jakie poparcie posłów może liczyć samorząd lekarski. Zwrócił się do Prezesa NRL o przedstawienie możliwości lobbistycznych w Sejmie w sprawie omawianych projektów.

Kol. Wojciech Marquardt zaproponował, żeby nad propozycjami kolegów debatować po przyjęciu stanowisk NRL w sprawie projektów ustaw objętych porządkiem obrad.

Kol. Jacek Kozakiewicz zaproponował aby równocześnie obradował kilkusobowy zespół w celu opracowania treści stanowiska zaproponowanego przez Kol. Andrzeja Wojnara.

Prezes NRL Maciej Hamankiewicz poparł pomysł powołania zespołu w celu opracowania ogólnego stanowiska. Odnosząc się do apelu Kol. Romańczyka poinformował, że jest już zaplanowana konferencja prasowa na temat stanowiska samorządu do projektowanych ustaw. Stwierdził jednocześnie, że trzeba przygotować również stanowiska szczegółowe, na które będzie można powoływać się w przyszłości.

Naczelna Rada Lekarska powołała zespół w celu opracowania ogólnego stanowiska dotyczącego projektów ustaw objętych porządkiem obrad w składzie: Wiceprezes NRL Anna Lella, Kol. Andrzej Wojnar, Kol. Jacek Kozakiewicz, Kol. Wojciech Marquardt oraz Kol. Ładysław Nekanda - Trepka.

Wiceprezes NRL Konstanty Radziwiłł podkreślił, że NRL oprócz stanowiska ogólnego powinna podjąć również osobne stanowiska do poszczególnych projektów ustaw.

Kol. Klaudiusz Komor oświadczył, że przedstawiany przez niego projekt stanowiska w sprawie nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty jest projektem opracowanym przez Komisję Kształcenia NRL, a on został upoważniony przez przewodniczącego tej komisji prof. Jerzego Kruszewskiego do zreferowania tego projektu. Sprawozdał również przebieg konferencji uzgadniającej omawiany projekt, która miała miejsce 6 października 2010 r. Odnośnie projektu stanowiska NRL oświadczył, że Komisja Kształcenia oparła swoje stanowisko głównie na uchwale NRL Nr 5/09/V z dnia 13.02.2009 r. w sprawie przyjęcia projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty w części dotyczącej doskonalenia zawodowego. Następnie wyszczególnił uwagi zawarte w części ogólnej stanowiska: tj. postulat zachowania instytucji stażu podyplomowego oraz LEP i LDEP, protest przeciwko obniżeniu jakości kształcenia przeddyplomowego poprzez faktyczne skrócenie studiów do 5 lat, sprzeciw przeciwko dodaniu do czynności uznanych za wykonywanie zawodu lekarza i lekarza dentysty pełnienia funkcji administracyjnej, jaką jest kierowanie zakładem opieki zdrowotnej, poparcie dla wprowadzenia modułowej konstrukcji szkolenia specjalizacyjnego, krytyka pominięcia w projekcie istotnych zagadnień tj. uzyskiwanie umiejętności z zakresu węższych dziedzin medycyny lub udzielania określonych świadczeń zdrowotnych, deklaracja gotowości przejęcia zadań organizacyjnych w zakresie kształcenia podyplomowego lekarzy i lekarzy dentystów przez samorząd lekarski oraz propozycję zmiany tytułu zawodowego lekarza na doktor. Zaproponował przyjęcia stanowiska NRL w takim kształcie w jakim przyjęła go Komisja Kształcenia z uwagi na to, że stanowisko to musi dotrzeć do Ministerstwa Zdrowia tego dnia przed godz. 15. Jednocześnie zaproponował wprowadzenie jednej poprawki do projektu stanowiska dotyczący art. 53 ustawy o zawodach lekarza i lekarzy dentysty.

Kol. Mariusz Pietrzak zgłosił poprawkę polegającą na dodaniu grupowych praktyk lekarskich do grupy podmiotów, które mogą prowadzić staż podyplomowy, tj. zmian do dodawanego art. 15 b.

Kol. Ładysław Nekanda –Trepka poinformował, że jest to niezgodne z kolejnym art. ustawy. Dodał, że kwestia ta była już przedmiotem dyskusji na Naczelnej Radzie Lekarskiej i że grupowa praktyka została celowo wyłączona z możliwości prowadzenia stażu podyplomowego.

Kol. Mariusz Pietrzak zauważył, że grupowe praktyki lekarskie w wielu województwach wpisane są na listy podmiotów prowadzących staż podyplomowy i w tej chwili może być problem, czy one miały prawo ten staż prowadzić.

Wiceprezes NRL Konstanty Radziwiłł stwierdził, że z całym szacunkiem dla pracy Komisji Kształcenia zupełnie niemożliwym byłoby przyjęcie projektu bez poprawek. Do części ogólnej stanowiska zgłosił, że należałoby podkreślić znaczenie LEPu i LDEPu dla oceny wiedzy i umiejętności lekarzy spoza Unii Europejskiej, którzy ubiegają się o prawo praktykowania w Polsce. Następnie zgłosił uzupełnienie pkt 3 stanowiska poprzez podkreślenie, że skrócenie okresu studiów może przyczyni się do pogorszenia przygotowania lekarzy do pracy naukowej i dydaktycznej, co może przyczynić się do obniżenia poziomu medycyny w Polsce, co można nazwać felczeryzacją medycyny. Zgłosił również poprawki redakcyjne.

Kol. Klaudiusz Komor oświadczył, że przedstawi stanowisko Komisji Kształcenia punkt po punkcie. Wezwał do zgłaszania uwag informując, że w razie ich braku dany pkt stanowiska zostanie przyjęty w brzmieniu zaproponowanym przez Komisję Kształcenia.

Naczelna Rada Lekarska przyjęła poprawki Wiceprezesa NRL Konstantego Radziwiłła zgłoszone do pkt 2 i 3 projektu stanowiska NRL w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

Kol. Ładysław Nekanda –Trepka zaproponował wprowadzenie dodatkowego pkt dotyczącego pominięcia w projekcie Ministerstwa Zdrowia kwestii związanych z kształceniem podyplomowym lekarzy oraz praw i obowiązków lekarzy z tym związanych.

Wiceprezes NRL Konstanty Radziwiłł zaproponował inną redakcję uwagi zaproponowanej przez Kol. Nekandę – Trepkę.

Naczelna Rada Lekarska przyjęła poprawkę w brzmieniu zaproponowanym przez Wiceprezesa NRL Konstantego Radziwiłła.

Kol. Ładysław Nekanda –Trepka zaproponował poprawkę dotyczącą pominięcia w projekcie ustawy zaproponowanych w stanowisku NRL z 2009 r. kompleksowej regulacji dotyczącej akredytacji podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentystów.

Kol. Romańczyk stwierdził, że takie uszczegóławianie stanowiska odbędzie się ze szkodą dla jego mocy i przejrzystości i zaproponował odrzucenie poprawki

Naczelna Rada Lekarska odrzuciła poprawkę w brzmieniu zaproponowanym przez Kol. Ładysława Nekandę –Trepkę.

Kol. Ładysław Nekanda –Trepka zaproponował poprawkę dotycząca pominięcia w projekcie ustawy zaproponowanych w stanowisku NRL z 2009 r. sposobów finansowania kształcenia podyplomowego lekarzy i lekarzy dentystów.

Kol. Klaudiusz Komor zaproponował, żeby poprawce nadać brzmienie „Projekt nie zawiera regulacji dotyczących istotnych elementów finansowania proponowanych zmian”.

Naczelna Rada Lekarska przyjęła poprawkę w brzmieniu zaproponowanym przez Kol. Klaudiusza Komora.

Wiceprezes NRL Konstanty Radziwiłł zgłosił ogólną uwagę do załącznika do stanowiska stwierdzając, że brak jest konsekwencji między treścią stanowiska a treścią załącznika, bowiem w załączniku wszystkie kwestie związane z kształceniem podyplomowym, a zwłaszcza prowadzeniem specjalizacji powierza się Ministrowi Zdrowia zamiast Naczelnej Radzie Lekarskiej, wbrew uchwale NRL Nr 5/09/V z dnia 13.02.2009 r. w sprawie przyjęcia projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry w części dotyczącej dokonywania zawodowego. Zaapelował do Rady, żeby przyjąć stanowisko konsekwentne, w którym samorząd ma przejąć odpowiedzialność za całość kształcenia podyplomowego lekarzy i lekarzy dentystry i wezwał do zmiany brzmienia przepisów zaproponowanych w załączniku do stanowiska na brzmienie zgodne z ww. uchwałą NRL.

Kol. Klaudiusz Komor odpowiedział, że Komisja Kształcenia skupiła się przede wszystkim na idei zachowania stażu podyplomowego i LEP-u i LDEP-u. Dodał, że zdaniem Komisji utrzymanie w proponowanym projekcie przepisów przekazujących wszystkie kompetencje związane z prowadzeniem kształcenia podyplomowego samorządowi lekarskiemu zraziłaby odbiorców do całego stanowiska.

Kol. Ładysław Nekanda –Trepka wyraził zdanie przeciwne do zdania Wiceprezesa NRL Konstantego Radziwiłła.

Kol. Wojciech Marquardt poparł poprawkę Wiceprezesa NRL Konstantego Radziwiłła. Stwierdził, że trzeba konsekwentnie prezentować stanowisko samorządu dotyczące jego uprawnień, które w coraz większym stopniu są korporacji odbierane.

Kol. Andrzej Wojnar zaproponował, aby zadeklarować gotowość samorządu do przejścia kształcenia podyplomowego w stanowisku ogólnym, ale aby nie zmieniać załączonego projektu brzmień przepisów ustawy.

Wiceprezes NRL Konstanty Radziwiłł dodał, że jego propozycja wyrka z przesłanek pragmatycznych, gdyż podczas prac parlamentarnych należy przedstawiać posłom propozycje konkretnych brzmień, które ewentualnie można modyfikować w miarę potrzeby.

Prezes NRL Maciej Hamankiewicz przeprowadził głosowanie w wyniku którego Naczelna Rada Lekarska zdecydowała, że będzie pocedowała na projekcie przedstawionym przez Komisję Kształcenia.

Prezes NRL Maciej Hamankiewicz stwierdził ponadto, że poprawki zgłoszone w określonym terminie zostały skonsumowane w projekcie stanowiska Komisji Kształcenia, natomiast te, które nie zostały zgłoszone w terminie muszą być zgłoszone na sali.

Przedstawiciel ZRP Anna Miszczak wyjaśniła kwestie związane z konstrukcją stanowiska zaproponowanego przez Komisję Kształcenia.

Kol. Mariusz Pietrzak zgłosił uwagę do art. 10 proponując aby doprecyzować w tym przepisie, że umowę o przeszkolenie zawodowe podmiot zawiera z lekarzem oraz żeby lekarz ponosił koszty takiego przeszkolenia.

Kol. Ładysław Nekanda–Trepka nie zgodził się z propozycją dotyczącą ponoszenia kosztów, gdyż koszty te byłyby zbyt wygórowane i niemożliwe do poniesienia przez lekarza.

Wiceprezes NRL Anna Lella stwierdziła, że wprowadzie rozumie obawy Kol. Nekandy – Trepki, ale stawki za przeszkolenie zawodowe nie zawsze muszą być aż tak wygórowane, zatem w jej opinii powinno się stworzyć przynajmniej możliwość aby lekarz ponosił koszty takiego przeszkolenia.

Kol. Klaudiusz Komor zaproponował następujące brzmienie poprawki do art. 10: „Kosztami przeszkolenia podmiot może obciążyć lekarza.”.

Kol. Mariusz Pietrzak zgodził się na takie brzmienie jego poprawki.

Naczelna Rada Lekarska przyjęła poprawkę proponowaną przez Kol. Mariusza Pietrzaka.

Kol. Mariusz Pietrzak ponownie zgłosił poprawkę polegającą na dodaniu grupowych praktyk lekarskich do grupy podmiotów, które mogą prowadzić staż podyplomowy, tj. zmian do dodawanego art. 15 b. Poinformował, że w tej chwili wielu lekarzy

stażystów odbywa staż w grupowych praktykach lekarskich. Brak wprowadzenia proponowanej zmiany może spowodować podważanie ważności odbytego przez nich stażu.

Kol. Ładysław Nekanda–Trepka twierdził, że staże odbywające się w grupowych praktykach lekarskich nie mają umocowania w przepisach.

Kol. Jerzy Jakubiszyn zwrócił się do Kol. Ładysław Nekandy–Trepki o wyjaśnienie dlaczego staż nie może odbywać się w grupowych praktykach lekarskich.

Kol. Ładysław Nekanda–Trepka poinformował, że grupowe praktyki lekarskie są formą wykonywania zawodu przez lekarzy samodzielnie w spółkach partnerskich i cywilnych, w związku z tym nie mogą one zatrudniać innych lekarzy, w tym stażystów, na umowę o pracę.

Kol. Ładysław Nekanda–Trepka zaproponował poprawkę do art. 15a ust. 3 dotyczącą zwiększenia uprawnień lekarza stażysty.

Kol. Klaudiusz Komor stwierdził, że zwiększanie uprawnień stażysty jest bardzo ryzykowne.

Wiceprezes NRL Konstanty Radziwiłł stwierdził, że kwestia zwiększania uprawnień lekarza stażysty jest zagadnieniem nad którym na pewno musi odbyć się poważna dyskusja merytoryczna, która nie może mieć miejsca na bieżącym posiedzeniu NRL. Zaapelował do autora o wycofanie tej poprawki.

Kol. Ładysław Nekanda–Trepka wycofał poprawkę do art. 15a.

Kol. Jerzy Jakubiszyn odnosząc się do poprawki Kol. Mariusza Pietrzaka zaproponował, aby dopisać grupowe praktyki lekarskie do podmiotów mogących prowadzić staż podyplomowy w art. 15b, a jednocześnie zmienić art. 53 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry w taki sposób, żeby grupowe praktyki lekarskie mogły zatrudniać lekarzy w celu kształcenia podczas stażu podyplomowego.

Naczelna Rada Lekarska przyjęła poprawki w brzmieniu zaproponowanym przez Kol. Jerzego Jakubiszyna.

Kol. Andrzej Wojnar zaproponował wprowadzenie poprawki w art., 16 pkt 3 poprzez dodanie Naczelnej Rady Lekarskiej do podmiotów opiniujących rozporządzenie w sprawie czynności diagnostyki laboratoryjnej, które mogą być wykonywane samodzielnie przez lekarza.

Naczelna Rada Lekarska przyjęła poprawkę zgłoszona przez Kol. Andrzeja Wojnara.

Kol. Ładysław Nekanda–Trepka zgłosił poprawkę redakcyjną do art., 16 ust. 6.

Naczelna Rada Lekarska przyjęła poprawki w brzmieniu zaproponowanym przez Kol. Ładysława Nekandę–Trepkę.

Ładysław Nekanda–Trepka zgłosił poprawkę do art. 16 e dotyczącą sposobu odbywania specjalizacji przez lekarzy pełniących służbę w jednostkach nadzorowanych przez MSWiA.

Naczelna Rada Lekarska przyjęła poprawki w brzmieniu zaproponowanym przez Kol. Ładysława Nekandę–Trepkę.

Wiceprezes NRL Konstanty Radziwiłł zgłosił poprawkę do art. 17, aby w ust. 3 tego art. wyrazy „minister właściwy do spraw zdrowia” zastąpić wyrazami „Naczelna Rada Lekarska”.

Naczelna Rada Lekarska przyjęła poprawki w brzmieniu zaproponowanym przez Wiceprezesa NRL Konstantego Radziwiłła.

Kol. Klaudiusz Komor zaproponował w art. 53 skreślenie wyrazu „jednego” w ust. 2 i 2a tego przepisu oraz wyrazów „na podstawie umowy o pracę” w ust. 2.

Ładysław Nekanda–Trepka sprzeciwił się proponowanej poprawce i oznajmił, że jest to sprzeczne z ideą prowadzenia indywidualnych praktyk lekarskich.

Wiceprezes NRL Anna Lella poparła poprawkę kol. Klaudiusza Komora. Przypomniała stanowisko Krajowego Zjazdu Lekarzy, z którym ta propozycja jest zgodna.

Głos z sali poparł stanowisko wyrażone przez Kol. Ładysława Nekandę–Trepkę. Podkreślił, że umożliwienie zatrudniania lekarzy w praktykach lekarskich jest sprzeczne z założeniami, czym nie może być taka praktyka i z ideami samorządu zawodowego lekarzy.

Kol. Klaudiusz Komor podkreślił, że chodzi tutaj tylko o praktyki lekarsko – dentystyczne.

Kol. Andrzej Cisko popierając poprawkę zaproponowaną przez Kol. Klaudiusza Komora stwierdził, że obrona pięknej idei indywidualnego prowadzenia praktyki jest w dzisiejszych czasach anachroniczna.

Kol. Iwona Jakób wyraziła wątpliwość, czy uzasadnione jest w tym przepisie różnicowanie praktyk na lekarskie i lekarsko – dentystyczne, czy też norma ta powinna objąć także lekarzy nie będących dentystami.

Wiceprezes NRL Konstanty Radziwiłł wyraził sprzeciw przeciwko rozszerzaniu tej regulacji

Naczelna Rada Lekarska przyjęła poprawki w brzmieniu zaproponowanym przez referującego Kol. Klaudiusza Komora.

Kol. Andrzej Wojnar zapytał, jakie zasadnicze wynagrodzenie miesięczne ma otrzymywać lekarz odbywający specjalizację w ramach rezydentury, zgodnie z projektowanym stanowiskiem.

Mec. Wojciech Idaszak poinformował, że zgodnie z projektowanym stanowiskiem NRL Lekarz odbywający specjalizację w ramach rezydentury otrzymuje zasadnicze wynagrodzenie miesięczne w wysokości nie mniejszej niż 150% tego wynagrodzenia dla modułu podstawowego oraz nie mniejszej niż 200% dla modułu szczegółowego, jeżeli lekarz zdał egzamin kończący moduł podstawowy. Potwierdził to **Kol. Klaudiusz Komor**.

Kol. Jerzy Jakubiszyn zgłosił uwagi redakcyjne, które zostały przyjęte przez referującego projekt **Kol. Klaudiusza Komora**.

Wiceprezes NRL Konstanty Radziwiłł wyraził wątpliwość odnośnie art. 16j, pytając, czy rzeczywiście Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji ma określać tryb uzyskiwania tytułu specjalisty przez lekarzy. Stwierdził, że jego zdaniem jest to całkowicie nieuzasadnione.

Ładysław Nekanda-Trepka oświadczył, że ma to dotyczyć tylko lekarzy będących funkcjonariuszami w formacjach podległych Ministrowi Spraw Wewnętrznych i Administracji.

Wiceprezes NRL Konstanty Radziwiłł zapytał, czy policjant ma się specjalizować w inny sposób niż pozostali lekarze.

Ładysław Nekanda-Trepka oświadczył, że żołnierze, też mają to w inny sposób określone.

Wiceprezes NRL Konstanty Radziwiłł stwierdził, że jego zdaniem ten przepis to anachronizm i powinien zniknąć z projektu ustawy proponowanego przez NRL i zaproponowali skreślenie ust. 3 w art. 16j. Zaznaczył również, że nie można tej regulacji porównywać z sytuacją żołnierzy, gdyż ci mają swoje odrębności.

Naczelna Rada Lekarska przyjęła poprawkę w brzmieniu zaproponowanym przez Wiceprezesa NRL Konstantego Radziwiłła.

Mec. Wojciech Idaszak zwrócił uwagę, że konsekwencją przyjęcia tej poprawki powinno być skreślenie art. 16e ust. 9.

Naczelna Rada Lekarska przyjęła poprawkę polegającą na skreśleniu art. 16e ust. 9.

Naczelna Rada Lekarska przyjęła stanowisko w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry z przyjętymi poprawkami.

Prezes NRL Maciej Hamankiewicz podziękował Kol. Klaudiuszowi Komorowi za referowanie projektu stanowiska.

Kol. Klaudiusz Komor w imieniu Komisji Kształcenia podziękował członkom NRL za przyjęcie stanowiska.

Kol. Andrzej Wojnar przedstawił projekt stanowiska w sprawie tzw. pakietu ustaw zdrowotnych, opracowanego przez zespół powołany przez NRL w składzie Andrzej Wojnar, Wiceprezes NRL Anna Lęła, Kol. Jacek Kozakiewicz, Kol. Wojciech Marquardt oraz Kol. Ładysław Nekanda – Trepka.

Naczelna Rada Lekarska przyjęła stanowisko w sprawie tzw. pakietu ustaw zdrowotnych stanowiące załącznik nr 3 do niniejszego protokołu.

Prezes NRL Maciej Hamankiewicz ogłosił komunikat dotyczący zaproszenia na szkolenie mediatorów działających w okręgowych izbach lekarskich, które odbędzie się 16 października 2010 r. Następnie Prezes NRL Maciej Hamankiewicz ogłosił półgodzinną przerwę w obradach.

Ad. pkt 2

Rozpatrzenie projektu stanowiska Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta druk nr [NNRL/10.10/03] stanowiący załącznik nr 4 do niniejszego protokołu.

Kol. Tomasz Romańczyk zgłosił wniosek formalny o przyjęcie przez aklamację stanowisk dotyczących pozostałych projektów ustaw, znajdujących się w porządku obrad prezydium. Argumentował, że takie przyjęcie będzie miało dużo większy wydźwięk niż w trakcie zwyczajnego procedowania w ramach podjęcia normalnej uchwały. Stwierdził, że brakuje argumentów, które można będzie przedstawić szerszej opinii publicznej, świadczących o konsolidacji środowiska medycznego w tej kwestii.

Wiceprezes NRL Konstanty Radziwiłł przypomniał, że NRL działa zgodnie z regulaminem i podejmuje decyzje w określony w nim sposób.

Prezes NRL Maciej Hamankiewicz poinformował, że projekt stanowiska Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta zreferuje Kol. Marek Jodłowski.

Kol. Marek Jodłowski poinformował, że NRL otrzymała do konsultacji projekt ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w dniu 2 września 2010 r., natomiast w dniu 29 września na stronach internetowych Ministerstwa Zdrowia pojawiła się kolejna wersja tego projektu, która została przedstawiona na Komitecie Rady Ministrów. Poinformował, że projekt stanowiska NRL w tę sprawę, który będzie referował odnosi się do wersji ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 29 września 2010 r. Dodał, że projekt stanowiska powstał w oparciu o uwagi zgłaszane przez poszczególne okręgowe izby lekarskie jak również poszczególnych członków NRL oraz Komisję Stomatologiczną. Odniósł się również do konstrukcji projektu stanowiska.

Kol. Bednarz zgłosił wniosek, aby skreślić wyrazy: „i do dalszego nakręcania spirali roszczeń”, aby uniknąć wrażenia, że środowisko lekarskie obawia się roszczeń ze strony pacjentów.

Naczelna Rada Lekarska przyjęła poprawkę zaproponowaną przez Kol. Bednorza.

Wiceprezes NRL Konstanty Radziwiłł stwierdził, że pierwsze zdanie wstępu może być mylące. Zaproponował, aby pierwsze zdanie zastąpić następującym: „Naczelna Rada Lekarska (...) wyraża zadowolenie z przywołania słusznego postulatu wyrażonego stanowisku VII Krajowy Nadzwyczajny Zjazd Lekarzy. Niestety przesłany projekt nie odpowiada proponowanej zmianie, a w konsekwencji może doprowadzić do wypaczenia samej idei”. Wyraził opinię, że prezentowany przez Ministerstwo Zdrowia projekt jest podwójnie szkodliwy po pierwsze, ponieważ wprowadza niewłaściwe rozwiązania, po drugie, ponieważ szkodzi samej idei, która jest w gruncie rzeczy słuszną.

Naczelna Rada Lekarska przyjęła poprawkę zgłoszoną przez Wiceprezesa NRL Konstantego Radziwiłła.

Kol. Andrzej Cisko stwierdził, że należy odnieść się do błędnych założeń ustawy poprzez zwrócenie uwagi, że wymieniona w uzasadnieniu dane liczbowe obrazujące liczbę spraw, jakimi będą musiały zająć się komisje wojewódzkie pozostaje bez żadnego związku z ich wydajnością.

Kol. Marek Jodłowski zaproponował, aby Kol. Andrzej Cisko zgłosił tę poprawkę przy okazji omawiania akapitu dotyczącego komisji wojewódzkich.

Kol. Andrzej Wojnar zaproponował dodanie w drugim akapicie zdania: „Rozwiązanie mające na celu zastąpienie sądu organem administracji państwowej narusza konstytucyjną zasadę prawa do sądu.”.

Kol. Marek Jodłowski poprosił, aby wstrzymać się z tą poprawką, bowiem podobna treść znajdzie się w trzecim akapicie stanowiska w wyniku poprawki zgłoszonej przez OIL w Krakowie, którą to modyfikacje następnie przedstawił.

Kol. Andrzej Wojnar stwierdził, że przedstawione brzmienie ustępu trzeciego konsumuje zaproponowana przez niego poprawkę.

Kol. Andrzej Cisko zgłosił poprawkę: użyte w uzasadnieniu do projektu ustawy dane liczbowe obrazujące możliwą liczbę spraw, jakie musiałyby rozpatrzyć wojewódzkie komisje, pozostając bez żadnego związku ze strukturą komisji, czyniąc wykonanie tak ogromnej pracy niewykonalnym.

Kol. Bednarz stwierdził, że należy niezgodzić się z oceną ilości tych zdarzeń, ponieważ jeżeli do społeczeństwa dojdzie przekaz, że jest milion błędów, to zrobi to ogromne wrażenie.

Kol. Andrzej Cisko oświadczył, że chodzi mu o wykazanie, że projekt jest wewnątrznie niespójny.

Głos z sali stwierdził, że argumentacja w oparciu o rachunek ekonomiczny jest dobra i przekonywująca i należy ją stosować, mimo, że podawanie tak dużej liczby błędów medycznych może zrobić złe wrażenie.

Wiceprezes NRL Konstanty Radziwiłł poparł to stanowisko, stwierdzając, że chodzi tutaj o zdarzenia niepożądane, które są niezależne od pracy lekarzy.

Naczelna Rada Lekarska przyjęła poprawkę zgłoszoną przez Kol. Andrzeja Ciskę.

Kol. Marek Jodłowski przedstawił kolejny, 4 akapit stanowiska w brzmieniu uwzględniającym poprawkę Komisji Stomatologicznej.

Wiceprezes NRL Konstanty Radziwiłł wyraził wątpliwość co do rozwiązania projektu ustawy oparcia wypłaty odszkodowań o ubezpieczycieli prywatnych. Dodał, że we wszystkich krajach w których podobny system funkcjonuje oparty jest on na ubezpieczycielach publicznych typu ZUS. Stwierdził, że z rozwiązaniem zaproponowanym przez Ministerstwo Zdrowia mogą wiązać się trudne do oszacowania koszty, ponieważ rządzić tutaj będą prawa rynku. Zaproponował, aby w stanowisku wyrazić pogląd, że pomysł ustawy oparcia wypłaty odszkodowań o ubezpieczycieli prywatnych jest zły.

Kol. Andrzej Cisko stwierdził, że zgadza się z Kol. Radziwiłłem, ale doceniając jego pryncypialność stoi na stanowisku, że trzeba myśleć realistycznie i proponować konkretny przepis nawiązujący do rozwiązań projektodawcy.

Kol. Wojciech Marquardt zaproponował, aby na końcu akapitu dodać wyrazy: „i zmniejszy środki przeznaczone na leczenie pacjentów.”, ponieważ jeżeli wzrastać będzie składka na ubezpieczenie, będzie ona pokrywana z tych samych środków, co leczenie.

Kol. Marek Jodłowski zaproponował, aby poprawka zgłoszona przez Wiceprezesa NRL Konstantego Radziwiłła została umieszczona w osobnym akapicie. Jednocześnie przyjął uwagę Kol. Wojciecha Marquarda jako autopoprawkę.

Mec. Wojciech Idaszak zaproponował zmianę redakcji propozycji dr Wojciecha Marquarda.

Głos z sali, odnosząc się do stwierdzenia, że zawarte w projekcie ograniczenie odszkodowań do zdarzeń w „szpitalu” nie jest uzasadnione, zaproponował, żeby tego nie podnosić, bo jedynym efektem tej uwagi może być rozszerzenie projektu ustawy na przychodnie.

Wiceprezes NRL Anna Lella dołączając się do tego logosu, stwierdziła, że skoro w projekcie przeoczono inne formy wykonywania świadczeń zdrowotnych, to nie powinno się o tym projektodawcy przypominać.

Kol. Jerzy Jakubiszyn zgłosił uwagę redakcyjną.

Kol. Stefan Bednaz stwierdził, że wprowadzenie precyzyjnego terminu „niepożądanych zdarzeń medycznych” stworzy pole do ogromnej nadinterpretacji tego sformułowania. Wyraził wątpliwość czy NRL powinna proponować konkretną terminologię, która potem mogłaby być błędnie, czy też zbyt szeroko interpretowana.

Kol. Paweł Susłowski nawiązując zmiany redakcji propozycji dr Wojciecha Marquarda zaproponowanej przez Mec. Idaszaka wyraził sprzeciw przeciwko użyciu wyrazu „paradoksalnie”, gdyż jak stwierdził liczba wypłacanych pacjentom odszkodowań w konsekwencji, a nie paradoksalnie, doprowadzi do zmniejszenia środków przeznaczonych na leczenie pacjentów.

Wiceprezes NRL Konstanty Radziwiłł zaproponował, aby w preambule stanowiska dodać uwagę, że projektodawca lekceważy rozwiązania przyjęte w krajach, które podobny system już wprowadziły np. takie, że rekompensata dotyczy szkód od odpowiedniej wysokości oraz, że nie zawsze ma charakter pieriężny ponieważ czasami przybiera formę świadczeń rzeczowych tj. rehabilitacja.

Naczelna Rada Lekarska przyjęła poprawkę polegającą na wykreśleniu akapitu „Trzeba też zwrócić uwagę, że pacjenci mogą doznać szkody w związku z leczeniem

w każdym miejscu i zawarte w projekcie ograniczenie odszkodowań do zdarzeń w „szpitalu” nie jest uzasadnione.”.

Kol. Andrzej Wojnar zaproponował, aby w ostatnim akapicie uwag ogólnych wykreślić wyrazy Podsumowując powyższe uwagi

Kol. Krzysztof Kordel zaznaczył, że pojęcie „zdarzenie niepożądane” ma swoją ścisłą definicję podobnie jak „błąd medyczny”. Zwrócił uwagę, że przedmiotem ustawy powinny być szkody medyczne związane z leczeniem.

Kol. Tomasz Romańczyk stwierdził, że przedmiot regulacji powinno obejmować każde zdarzenie niepożądane niezależnie, czy jego źródłem był błąd w wykonaniu procedury, błąd maszyny, czy też wliczone w zabieg ryzyko powikłań.

Wiceprezes NRL Konstanty Radziwiłł zaapelował, żeby nie tworzyć nowej nomenklatury. Dodał, że termin zaproponowany w projekcie funkcjonuje, więc używanie nowych określeń jest tworzeniem chaosu pojęciowego. Zauważył, że sformułowanie szkody medyczne związane z leczeniem pomija szkody związane z diagnostyką i rehabilitacją.

Kol. Krzysztof Kordel wycofał swoją poprawkę.

Kol. Marek Jodłowski przedstawił część szczegółową projektu stanowiska.

Kol. Jerzy Jakubiszyn przedstawił poprawkę redakcyjną, wynikającą ze zmiany wersji opiniowanego projektu ustawy.

Kol. Stefan Bednarz sformułował wniosek aby nie zgłaszać uwag szczegółowych, ponieważ odnoszenie się szczegółowo do negowanych co do zasady przez NRL rozwiązań może stworzyć wrażenie, że samorząd lekarski, jednak się na nie godzi.

Naczelna Rada Lekarska przyjęła wniosek Kol. Stefana Bednorza.

Wiceprezes NRL Konstanty Radziwiłł stwierdził, że przed przyjęciem stanowiska należałoby się w nim odnieść do składu komisji, o których mowa w projekcie ustawy.

Kol. Marek Jodłowski stwierdził, że w projekcie z 29 września komisje te składają się wyłącznie z medyków i prawników, podobnie jak ich składy orzekające, czyli, że zrezygnowano z obecności w komisjach przedstawicieli organizacji pacjenckich.

Kol. Grzegorz Mazur zaproponował dodanie do stanowiska uwagi, aby w składzie orzekającym komisji brały udział wykonujące ten sam zawód medyczny co osoby biorące udział w medycznym zdarzeniu niepożądanym.

Kol. Andrzej Ciołko nie zgodził się z tą uwagą. Uzasadniając stwierdził, że szkoda medyczna mogła powstać na skutek pracy lekarza w pogotowiu, a w tej sytuacji zgodnie z uwagą kolegi Mazura możliwe byłoby, żeby w składzie komisji orzekającej

zasiadał i oceniał lekarza ratownik medyczny. Dlatego oświadczył, że w składach orzekających powinni zasiadać tylko lekarze.

Głos z sali zaproponował, aby zgłosić uwagę, że w składzie zespołu orzekającego powinno zasiadać co najmniej 2 lekarzy.

Wiceprezes NRL Konstanty Radziwiłł stwierdził, że przy konstrukcji błędu medycznego rzeczywiście należałoby zadbać o sprawiedliwe postępowanie dla tego podsądnego, tj. żeby sądziła go osoba wykonująca ten sam zawód. Oświadczył jednak, że samo założenie ustawy powinno ulec przeformułowaniu i komisję powinny orzekać o uszczerbku pacjenta na zdrowiu i w takiej komisji, która o tym będzie orzekała powinni zasiadać tylko lekarze, podobnie jak w komisjach ZUS-owskich. Dodał, że istotą tego postępowania, o czym projekt nie wspomina, powinno być stwierdzenie, czy tego zdarzenia można było uniknąć, a o tym też powinni decydować lekarze.

Kol. Marek Jodłowski zapytał co ze zdarzeniem wywołanym pracą pielęgniarek.

Wiceprezes NRL Konstanty Radziwiłł oświadczył, że w takiej sprawie również powinien orzekać lekarz.

Kol. Andrzej Cisko zaproponował dodanie w stanowisku, że NRL wskutek zasadniczych błędów w założeniach ustawy odstępuje od zgłoszenia szczegółowych uwag.

Prezes NRL Maciej Hamankiewicz zaproponował dodanie uwagi w następującym brzmieniu: „Ponadto NRL stoi na stanowisku, iż ocena stopnia szkody, która wystąpiła na skutek niepożądanego działania medycznego powinna być dokonana przez komisję lekarską.”

Naczelna Rada Lekarska przyjęła poprawkę zaproponowaną przez Prezesa NRL.

Naczelna Rada Lekarska przyjęła stanowisko wraz z przyjętymi poprawkami.

Ad. pkt 3.

Rozpatrzenie projektu stanowiska Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie ustawy o działalności leczniczej [NNRL/10.10/04] stanowiący załącznik nr 5 do niniejszego protokołu.

Prezes NRL Maciej Hamankiewicz poprosił o zreferowanie projektu stanowiska Kol. Stefana Sobczyńskiego.

Kol. Stefan Sobczyński poinformował, że do projektu ustawy o działalności leczniczej wpłynęło bardzo wiele uwag z okręgowych izb lekarskich oraz osób

indywidualnych. Dodał, że stanowisko uwzględnia znakomita większość z nich, do niektórych jednak miał wątpliwości i nie znalazły się w stanowisku. W związku z tym poprosił koleżanki i kolegów o przedyskutowanie tych uwag. Podziękował również poszczególnym osobom i izmom za wniesienie wkładu do stanowiska. Dodał, że stanowisko zawiera uwagi ogólne, natomiast szczegółowe uwagi znajdują się w załączniku. Następnie przeszedł do prezentacji części ogólnej stanowiska.

Wiceprezes NRL Anna Lella zgłosiła poprawkę do pkt 2 stanowiska proponując dodanie w nawiasie, sformułowanie „praktyka zawodowa”.

Kol. Stefan Sobczyński przyjął propozycje jako autopoprawkę.

Kol. Jerzy Jakubiszyn odnosząc się do pkt 3 stanowiska stwierdził, że należy w nim dodać, że należałoby znieść lme podstawy prawne powielające obowiązek ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarza i lekarza dentystry np. poprzez skreślenie art. 26 ust. 4 projektu ustawy.

Kol. Andrzej Cisko poparł propozycję Kol. Jakubiszyna zaznaczając jednocześnie, że jego zdaniem należy zachować art. 26 ust. 4 projektu, a zmodyfikować art. 136b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Wyraził jednocześnie wątpliwość, czy zniesienie regulacji dotyczącej zawierania umów podwykonawstwa przez zoz, bowiem po wejściu w życie ustawy będzie to zwykła umowa cywilnoprawna poddana rygorom ustawy o zamówieniach publicznych.

Przedstawiciel ZRP Anna Miszczak zaproponowała, aby w tej części stanowiska sformułować ogólny postulat, aby lekarz, lekarz dentysta był objęty obowiązkiem ubezpieczenia OC tylko z jednego tytułu, natomiast modyfikację konkretnych przepisów proponować na etapie uwag szczegółowych.

Kol. Andrzej Cisko zaproponował rozszerzenie omawianej uwagi poprzez sformułowanie: „zniesienia obowiązku o którym mowa obecnie w art. 35 ust. 6 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, a konsekwentnie zniesienia tego obowiązku dla świadczeniodawcy, jeżeli wykonuje on działalność leczniczą.”.

Przedstawiciel ZRP Anna Miszczak stwierdziła, że nieuzasadnione jest tutaj użycie słowa „konsekwentnie”, ponieważ czym innym jest umowa z podwykonawcą, a czym innym kontrakt z NFZ.

Kol. Stefan Sobczyński postanowił wrócić do pkt 3 tiret 2 przy przyjmowaniu przez NRL całości stanowiska.

Wiceprezes NRL Konstanty Radziwiłł zgłosił poprawkę redakcyjną do pkt 3 tiret 1.

Kol. Paweł Susłowski zgłosił poprawkę redakcyjną do pkt 3 tiret 2 projektu stanowiska.

Wiceprezes NRL Konstanty Radziwiłł stwierdził, że w pkt 4 uwag powinna znaleźć się uwaga następującej treści: „Naczelna Rada Lekarska wyraża zaniepokojenie widocznym w projekcie ustawy uznaniem działalności leczniczej za jeden z rodzajów działalności gospodarczej poddanych zwykłemu prawom wolnego rynku. Należy podkreślić, że żadna ustawa nie może zdjąć z organów władzy publicznej konstytucyjnego obowiązku zapewnienia jak najlepszej ochrony zdrowia dla obywateli.”

Kol. Stefan Sobczyński przyjął uwagę jako autopoprawkę.

Kol. Jerzy Jakubiszyn oświadczył, że propozycja Kol. Konstantego Radziwiłła powinna zostać umieszczona w pkt 5 stanowiska. Nawiązując do pkt 3 tiret 2 stanowiska zaproponował dodanie wyrazów „choć wskazanym by było, aby wykonywanie zawodu lekarza było objęte tylko jednym ubezpieczeniem”

Kol. Stefan Sobczyński przyjął powyższe uwagi jako autopoprawkę.

Kol. Iwona Jakób zaproponowała, aby wyrazy „choć wskazanym by było” zastąpić mocniejszym sformułowaniem „pożądanym by było”.

Głos z sali stwierdził, że pkt 5 stanowiska powinien być jeszcze mocniej zaakcentowany. Oświadczył, że służba zdrowia jest ostatnim działem gospodarki pozostającym w polskich rękach, a przez tę ustawę wszyscy lekarze będą niedługo pracować w zagranicznych spółkach. Stwierdził, że jest to pusta metoda, żeby rozgrabić majątek polskiej służby zdrowia.

Prezes NRL Maciej Hamankiewicz podziękował za tę uwagę i stwierdził, że wykorzysta ją w kontaktach z mediami. Wyraził natomiast wątpliwość czy powinna się ona znaleźć w stanowisku NRL.

Naczelna Rada Lekarska jednogłośnie przyjęła stanowisko.

Kol. Stefan Sobczyński odniósł się do konstrukcji załącznika do stanowiska, a następnie przedstawił uwagi szczegółowe w nim umieszczone. Stwierdził, iż chciałby przeczytać uwagi, do których ma wątpliwości i odnieść się do nich.

Wiceprezes NRL Konstanty Radziwiłł zaproponował aby zastosować odwrotną procedurę, tj. żeby omawiać uwagi uwzględnione, a osoby których uwag nie uwzględniono mogą je zgłaszać.

Kol. Stefan Sobczyński oświadczył, że uwagi szczegółowe będą przyjmowane po kolei.

Wiceprezes NRL Anna Lella zgłosiła uwagę redakcyjną do pkt 1 załącznika do stanowiska.

Kol. Grzegorz Mazur zgłosił uwagę do pkt. dot. propozycji brzmienia art. 26 ust. 1 projektu ustawy. Stwierdził, że w tym ustępie należy dodać, że umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej ma charakter obowiązkowy, a co za tym idzie wykreślić słowa „w szczególności w dalszej części tego ustępu”. Zgłosił również poprawkę dot. wykreślenia art., 26 ust. 4 oświadczając, że zrealizuje to postulat Krajowego Zjazdu Lekarzy, aby lekarze byli objęci obowiązkiem ubezpieczenia OC tylko z jednej polisy.

Kol. Andrzej Cisko nie poparł propozycji wykreślenia art. 26 ust. 4. Zauważył, że wykreślenie ust. 4 w art. 26 projektu ustawy jest ryzykowne. Jego zdaniem na podstawie tego art. osoby pracujące wyłącznie na podstawie kontraktu z NFZ nie miałyby obowiązku ubezpieczeniowego z tytułu art. 26 ust. 4, a jeżeli przepis ten zostanie wykreślony, a jednocześnie nie zostanie wprowadzona zmiana w przepisach ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wtedy środowisko lekarzy straci na usunięciu art. 26 ust. 4. Zaproponował jednocześnie aby art. 164 projektu ustawy rozszerzyć o zmianę art. 136b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Kol. Jerzy Jakubiszyn zauważył, że propozycja Kol. Cisko, aby art. 164 projektu ustawy rozszerzyć o zmianę art. 136b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, nie stoi w sprzeczności z propozycją skreślenia art. 26 ust. 4.

Kol. Grzegorz Mazur zaproponował rozwiązanie, które konsumuje propozycje obu kolegów, w brzmieniu: „zawarcie umowy, o której mowa w ust. 1 oznacza spełnienie obowiązku ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, o której mowa w przepisach o świadczeniach opieki finansowanych ze środków publicznych”.

Wiceprezes NRL Konstanty Radziwiłł oświadczył, że z punktu widzenia prac legislacyjnych najważniejszym jest zgłaszać poprawkę jak najwcześniej.

Kol. Stefan Sobczyński przyjął poprawkę kol. Grzegorza Mazura jako autopoprawkę.

Odnosił się szczegółowo do art. 34 projektu ustawy dot. obowiązku zaopatrzenia personelu i pacjentów szpitala w identyfikatory.

Głos z sali zgłosił poprawkę do pkt stanowiska do art. 34 stwierdzając, że takie identyfikatory są w szpitalu potrzebne, również dla pacjentów dorosłych.

Naczelna Rada Lekarska odrzuciła poprawkę do art. 34 projektu ustawy.

Kol. Grzegorz Mazur zgłosił uwagę do art. 47 projektu ustawy proponując aby przedstawiciel samorządu zawodowo lekarzy był w składzie rad społecznych wszystkich podmiotów leczniczych. zaproponował, aby w art. 47 ust 5 pkt 2 lit. b dodać tirety: „- przedstawiciel okręgowej rady lekarskiej, - przedstawiciel Naczelnej Rady Lekarskiej w przypadku podmiotu leczniczego o ogólnopolskim zasięgu działania” oraz dodać odpowiedni zapis dotyczący samorządu pielęgniarek i położnych.

Kol. Marek Jodłowski zaproponował, aby nie umieszczać poprawki dotyczącej samorządu pielęgniarek i położnych.

Przedstawiciel ZRP Anna Miszczak zadała pytanie, co oznaczać będzie podmiot o ogólnopolskim zasięgu działania w świetle tego, że nie ma regionalizacji działania szpitali

Kol. Marek Jodłowski wyjaśnił, że wynika to ze statutów szpitali.

Wiceprezes NRL Konstanty Radziwiłł odnosząc się do uwagi dot. art. 49 projektu ustawy nie zgodził się z propozycją stanowiska wprowadzenia norm zatrudnienia lekarzy, wnosząc o skreślenie pkt 25 stanowiska.

Naczelna Rada Lekarska odrzuciła uwagę sformułowaną w pkt 25 stanowiska.

Wiceprezes NRL Konstanty Radziwiłł zgłosił wniosek o skreślenie pkt 26 stanowiska.

Naczelna Rada Lekarska odrzuciła uwagę sformułowaną w pkt 26 stanowiska.

Kol. Jerzy Jakubiszyn zgłosił uwagę redakcyjną do art. 106 projektu ustawy oraz do art. 188 ust. 1

Wiceprezes NRL Konstanty Radziwiłł odnosząc się do pkt 47 uwag dotyczącego art. 210 projektu ustawy stwierdził, że określenie odpowiednio dlatego vacatio legis jest tutaj kwestią fundamentalną, stąd jego propozycja, aby projektowana ustawa weszła w życie nie wcześniej niż 1 stycznia 2012 r., co zapewni minimum bezpieczeństwa podmiotom, które będą ją wykonywać. Przypomniał, że ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym miała vacatio legis ponad dwuletnie.

Kol. Iwona Jakób zaproponowała aby data wejścia w życie była nie wcześniejsza niż 1 stycznia 2013 r.

Naczelna Rada Lekarska przyjęła poprawkę Kol. Iwony Jakób.

Naczelna Rada Lekarska jednogłośnie przyjęła stanowisko z przyjętymi poprawkami w całości.

Prezes NRL Maciej Hamankiewicz podziękował Kol. Stefanowi Sobczyńskiemu za przedstawienie projektu stanowiska.

Ad. pkt. 4

Rozpatrzenie projektu stanowiska Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych druk nr [NNRL/10.10/05'], stanowiący załącznik nr 6 do niniejszego protokołu.

Sprawę zreferował Kol. Krzysztof Kordel

Kol. Krzysztof Kordel poinformował, że wpłynęło stanowisko członków Polskiej Platformy technologicznej Innowacji Medycyny w sprawie omawianego projektu ustawy, odnoszące się do sposobu finansowania rozwoju polskich medycznych technologii innowacyjnych. Autorzy stanowiska proponują aby do ustawy dodać finansowanie owych technologii innowacyjnych zamiast Agencji Oceny Technologii Medycznych. Stwierdził, że jego zdaniem stanowisko to nie przejdzie. Następnie przeszedł do omawiania projektu stanowiska Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

Wiceprezes NRL Konstanty Radziwiłł zgłosił wniosek wykreślenia drugiego akapitu projektu stanowiska. Stwierdził, że ocena wydajności kosztowej leku i jego wpisania na listę refundacyjną w oderwaniu od finansów NFZ jest nierealna.

Kol. Krzysztof Kordel zapytał, czy Kol. Radziwiłł nie obawia się, że będzie to otwarta ścieżka do „lekospisu” i czy efekt ceny nie przeważa tutaj efektu leku.

Kol. Grzegorz Krzyżanowski zaproponował, aby nie odnosić się do sytuacji finansowej NFZ ale do ceny leku.

Mec. Małgorzata Brzozowska poinformowała, że art. 12 projektu ustawy, którego dotyczy omawiana uwaga stanowiska jako kryterium stawia wpływ na wydatki podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń nie zaś cenę leku, zatem odnoszenie się do ceny w stanowisko nie będzie miało związku z projektem ustawy.

Kol. Iwona Jakób zaproponowała, aby w drugim akapicie wykreślić pierwsze zdanie a wyrazy „od wpływu na wydatki Narodowego Funduszu Zdrowia” zastąpić słowem „cena”.

Naczelna Rada Lekarska przyjęła poprawkę polegającą na wykreśleniu drugiego akapitu projektu stanowiska zgłoszoną przez Wiceprezesa NRL Konstantego Radziwiłła.

Kol. Krzysztof Kordel zaproponował aby w stanowisku dodać zdanie „Zwracamy uwagę, że nie zagwarantowano finansowania innowacyjnych projektów”

Naczelna Rada Lekarska jednogłośnie przyjęła stanowisko z przyjętymi poprawkami.

Prezes NRL Maciej Hamankiewicz podziękował Kol. Krzysztofowi Kordelowi za przedstawienie projektu stanowiska oraz obecnym członkom NRL za wyłożoną pracę, po czym zamknął obrady.

Załączniki:

druki [NNRL/10.10/01-05] oraz stanowisko NRL w sprawie tzw. pakietu ustaw zdrowotnych

Protokół sporządziła:

Anna Miszczak