



SENAT  
RZECZYPOSPOLITEJ  
POLSKIEJ

X kadencja

# Zapis stenograficzny

z posiedzenia  
Komisji Zdrowia (117.)

16 marca 2023 r.

Porządek obrad:

1. Rozpatrzenie ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (druk senacki nr 942, druki sejmowe nr 2898, 3074 i 3074-A).

(Początek posiedzenia o godzinie 11 minut 02)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodnicząca  
Beata Małecka-Libera)

**PRZEWODNICZĄCA**  
**BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dzień dobry. Rozpoczynamy posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia.

Witam wszystkie osoby, które przybyły dzisiaj na to spotkanie do Senatu, jak również wszystkie osoby podłączone zdalnie. Wiem, że kilka osób będzie chciało zabrać głos, więc bardzo proszę o zgłaszanie tej swojej chęci odniesienia się do pewnych kwestii i wysyłanie na czacie... Tak, Pani Asiu?

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Na czacie to państwo wysyłają.

...Woli zgłoszenia swojej wypowiedzi.

Witam panie senator, które są tutaj ze mną, jak również senatorów podłączonych zdalnie. Witam pana ministra wraz z całą ekipą z Ministerstwa Zdrowia. Witam pana ministra rzecznika praw pacjenta, pana prezesa Naczelnej Izby Lekarskiej, przedstawicieli pacjentów, wszystkie osoby, które uczestniczą w tym spotkaniu.

Temat jest bardzo ważny. Będziemy dzisiaj rozpatrywać ustawę o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta – druk senacki nr 942.

Tyle tytułem wstępu.

Rozumiem, że ponieważ jest to projekt rządowy, pan minister wprowadzi w temat, przedstawi ogólne założenia. Później poproszę o opinię pana mecenasa.

Proszę bardzo, Panie Ministrze.

**SEKRETARZ STANU**  
**W MINISTERSTWIE ZDROWIA**  
**WALDEMAR KRASKA**

Dziękuję, Pani Przewodnicząca.

Państwo Senatorowie! Szanowni Państwo!

Aktualnie zagadnienia jakości w opiece medycznej są uregulowane w wielu aktach prawnych, a te akty mają dość zróżnicowaną rangę. Wiele inicjatyw pro jakościowych było inicjowanych czy to przez ministra zdrowia, czy też przez Narodowy Fundusz Zdrowia, a także przez organizacje zrzeszające pacjentów czy także środowiska medyczne. Jednak wprowadzone dotychczas wymagania jakościowe nie wiążą się z dostateczną i systematyczną oceną, jeśli chodzi o to zagadnienie. Mówimy tutaj o jakości, a tym samym o bezpieczeństwie pacjenta.

Systemowe podejście do zagadnienia jakości w opiece zdrowotnej wymaga przede wszystkim oceny zjawiska tzw. niedostatecznej jakości i skali jego występowania, wskazania głównych przyczyn i konsekwencji jego występowania oraz wprowadzenia rozwiązań, które stymulują poprawę tej jakości. Niezbędne jest wprowadzenie ustawowej regulacji, która określi zadania, obowiązki i uprawnienia poszczególnych podmiotów w zakresie monitorowania, oceny i poprawy jakości.

Nowa regulacja zapewni pacjentom, profesjonalistom medycznym i podmiotom wykonującym działalność leczniczą dostęp do powszechnej, wiarygodnej i obiektywnej oraz porównywalnej informacji o jakości udzielanej opieki. Celem projektu jest wdrożenie rozwiązań prawno-organizacyjnych, które w sposób kompleksowy i skoordynowany będą realizowały priorytety polityki zdrowotnej w obszarze jakości.

Przedmiotem uregulowania jest wprowadzenie rozwiązań w zakresie: po pierwsze, autoryzacji podmiotów wykonujących działalność leczniczą – na pierwszym etapie będą to szpitale, na kolejnych pozostałe podmioty; po drugie, wewnętrznego systemu zapewnienia

jakości i bezpieczeństwa, w tym monitorowania zdarzeń niepożądanych; po trzecie, dokonania przez Narodowy Fundusz Zdrowia przeglądów akredytacyjnych, w wyniku których Ministerstwo Zdrowia udzieli akredytacji; po czwarte, systemu świadczeń kompensacyjnych będących systemem pozasądowego rekompensowania szkód doznanych przez pacjentów w wyniku zaistniałych zdarzeń medycznych w ramach tej nowelizacji ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta; i po piąte, tworzenia i prowadzenia rejestrów medycznych.

Uregulowanie kwestii systemowego monitorowania jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych w drodze odrębnego aktu prawnego pozwoli na: po pierwsze, poprawę skuteczności diagnostyki i leczenia przez systematyczną ocenę wskaźników jakości; po drugie, stałe udoskonalenie praktyki klinicznej przez sprawdzenie rejestrów medycznych; po trzecie, poprawę bezpieczeństwa i satysfakcji pacjenta przez rejestrowanie i monitorowanie zdarzeń niepożądanych; po czwarte, stworzenie warunków do systematycznej oceny jakości świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i upubliczniania tych informacji; po piąte, uzyskanie porównywalności podmiotów udzielających świadczeń pod względem jakości i skuteczności oferowanej opieki oraz udostępnienie wyników opinii publicznej; i wreszcie, efektywniejsze wykorzystywanie środków publicznych w obszarze zdrowia.

Czym ta ustawa skutkuje dla pacjenta? Po pierwsze, wzmacnia rolę pacjenta, jeśli chodzi o swobodny wybór placówki medycznej. Po drugie, wprowadza także obowiązek badania opinii pacjentów co do jakości udzielanych świadczeń medycznych w placówce, w której te świadczenia były udzielane. Ponadto stwarza warunki do systematycznej oceny jakości i świadczeń opieki zdrowotnej i porównywalności szpitali pod względem jakości i skuteczności. Po trzecie, ujednolici zasady zarządzania jakością w podmiotach leczniczych. Mówimy tu o szpitalach. Dalej. Upowszechnienia analizę zdarzeń niepożądanych w szpitalach. Poprawia bezpieczeństwo, skuteczność i jakość opieki udzielanej na rzecz pacjenta. I po szóste, usprawnia system rekompensat i zadośćuczynienia za zdarzenia medyczne.

Jeżeli pani przewodnicząca by pozwoliła, to co do zdarzeń niepożądanych i rekompensat

parę zdań powiedziałyby też pan rzecznik praw pacjenta.

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Tak.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Proszę bardzo. Proszę, Panie Ministrze.

**RZECZNIK PRAW PACJENTA  
BARTŁOMIEJ CHMIELOWIEC**

Dziękuję, Pani Przewodnicząca.

Witam państwa bardzo serdecznie.

Ustawa jest oczekiwana i potrzebna nam wszystkim, bo wszyscy byliśmy, jesteśmy albo będziemy pacjentami. Jest to ustawa, która wprowadza systematyczne rozwiązania, jeśli chodzi o kwestie związane z poprawą bezpieczeństwa pacjenta i kwestie dotyczące zarówno rejestracji i analizy zdarzeń niepożądanych, jak funduszu kompensacyjnego, dotyczącego tychże zdarzeń niepożądanych.

Rozwiązania, które zostały zaprojektowane w tejże ustawie, są oparte na wzorcach i rozwiązaniach funkcjonujących w krajach zachodnich, w szczególności w krajach skandynawskich, jeśli chodzi o system *no-fault*, czyli system otrzymania szybkiej rekompensaty przez pacjentów, system oparty na procedurze administracyjnej – tak m.in. funkcjonuje to w Danii, w Belgii czy we Francji, dlatego że to jest szybsze i skuteczniejsze niż procedury cywilnoprawne – system oparty na centralizacji, czyli jednym podmiocie odpowiedzialnym za kwestię dotyczącą wypłaty świadczeń kompensacyjnych. Tak jest w większości krajów. Jest to system oparty na prostym i nieskomplikowanym wniosku kierowanym przez pacjenta do tego organu, na szybkim rozpatrzeniu tego wniosku, a przede wszystkim na tym, aby podczas rozpatrywania zgłoszeń dotyczących rekompensat w żadnym stopniu nie chodziło o kwestie związane z określeniem tego, kto jest winny i dlaczego ten ktoś jest winny. Te rozwiązania, poczynawszy od samej definicji zdarzenia niepożądanego, która jest zaprojektowana w projekcie ustawy o jakości i bezpieczeństwie pacjenta, poprzez wszystkie inne uregulowania związane ze wsparciem zespołu ekspertów,

mają służyć właśnie temu, aby nie było potrzeby i nie było konieczności poszukiwania winnego, jak to ma miejsce w procesie cywilnym i jak to ma miejsce w obecnym, dysfunkcyjnym systemie wojewódzkich komisji do spraw zdarzeń medycznych. Celem tej ustawy jest określenie tego, czy doszło do zdarzenia niepożądanego. Jeśli tak, to następuje szybka wypłata rekompensat, bo decyzja ma zapasć w ciągu 3 miesięcy.

Kwoty, które zostały zaproponowane – 100 tysięcy w przypadku śmierci dla każdego członka rodziny, do 200 tysięcy w przypadku uszczerbku na zdrowiu – są kwotami odpowiadającymi realiom i kwotom, jakie pojawiają się obecnie w orzecznictwie cywilnym. Było to poprzedzone szeroką analizą kilku tysięcy, w jednym przypadku, i kilkuset wyroków, w drugim, jeżeli chodzi o określenie poszczególnych kwot.

Chcę też wyraźnie podkreślić, że ustawa była dyskutowana ze środowiskiem organizacji pacjenckich, zarówno jeśli chodzi o Radę Organizacji Pacjentów przy Rzeczniku Praw Pacjenta, jak również Radę Organizacji Pacjentów przy ministrze zdrowia. W Radzie Organizacji Pacjentów przy Rzeczniku Praw Pacjenta funkcjonuje ponad 120 organizacji, w tym wiele organizacji parasolowych. W tym zakresie na każdym z tych spotkań – a były one dwa, jeśli chodzi o Radę Organizacji Pacjentów przy Rzeczniku Praw Pacjenta – była pełna deklaracja wsparcia, jeżeli chodzi o te zaproponowane rozwiązania, dlatego że ta ustawa w sposób szczególnie ukierunkowuje się na pacjenta i zmienia perspektywę widzenia tego, jak powinien być budowany system ochrony zdrowia, tzn. że powinien być oparty na jakości, premiowaniu placówek medycznych, które tę jakość wdrażają, premiowaniu również finansowym, premiowaniu tych placówek, które stawiają na bezpieczeństwo, zrobieniu tego pierwszego kroku, bo trzeba wyraźnie podkreślić, że to jest pierwszy krok do tego, abyśmy mogli budować kulturę bezpieczeństwa w Polsce. Ustawa jest tylko pewnym fundamentem, a w ślad za tym powinny pójść kwestie związane z budową strategii bezpieczeństwa pacjenta, kwestia określenia wskaźników, kwestia określenia roli poszczególnych organów w realizacji tejże strategii, kwestie dotyczące chociażby edukacji na każdym poziomie i na każdym etapie. Ta ustawa wprowadza te rozwiązania i jestem przekonany, że zaobserwujemy te efekty. Oczywiście tutaj trzeba mieć cierpliwość, jaką powinien mieć też

pacjent w procesie leczenia. Nie spodziewajmy się od razu spektakularnych wyników. Zresztą, tak, wiemy z doświadczeń w krajach zachodnich, że potrzeba czasu, aby ta ustawa spełniła oczekiwania. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję.

Czy pan minister dalej...

(*Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia*  
Waldemar Kraska: Tak, tak.)

Proszę.

**SEKRETARZ STANU  
W MINISTERSTWIE ZDROWIA  
WALDEMAR KRASKA**

Tylko dwa zdania, Pani Przewodnicząca.  
Szanowna Komisjo!

Ustawa jest o opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta. Chyba nam wszystkim, jak siedzimy na tej sali, zależy na tym, aby jakość, a tym samym i bezpieczeństwo pacjenta były podnoszone i to na wszystkich szczeblach udzielania mu świadczeń medycznych. Ta ustawa na pewno budzi pewne emocje, w pewnych środowiskach budzi pewne kontrowersje. To się dało odczuć także w czasie debaty sejmowej, gdzie było czasem bardzo emocjonalne i nieuzasadnione podejście do tej ustawy. Ta ustawa chyba po pierwszy ogarnia wszystkie akty prawne, które mają w swoich zasobach różne mierniki jakości. My chcemy to włożyć do jednej ustawy.

Myślę, że to jest pierwszy krok, tak jak powiedział przed chwilą pan rzecznik, do tego, aby tę ustawę, także w dalszych latach, ewentualnie poprawiać, bo jest to... Nie ma idealnych ustaw, nie tworzymy rzeczy super idealnych. One w czasie funkcjonowania czasem ulegają zmianie i to dotyczy nie tylko tej ustawy, ale, jak myślę, większości ustaw. Dlatego jesteśmy otwarci na sugestie, na propozycje.

To, co mnie najbardziej cieszy, to to, że środowiska pacjenckie zdecydowanie popierają te rozwiązania, są za tymi rozwiązaniami, które się pojawiają w tej ustawie. Mam nadzieję, że Wysocki Senat tę ustawę przyjmie i ona będzie mogła być zastosowana w życiu. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.

Panie Ministrze, nikt nie ma wątpliwości... Powiem nawet, że ta ustawa jest długo oczekiwana, zarówno przez środowisko medyczne, pracowników medycznych, cały system opieki zdrowotnej, jak i pacjentów. Co do tego absolutnie nikt nie ma wątpliwości. Wielokrotnie na posiedzeniu Komisji Zdrowia pytaliśmy, kiedy ta ustawa będzie procedowana. Ale jak zawsze diabeł tkwi w szczegółach, w pewnych rozwiązaniach. Co do tego, że ona jest potrzebna pacjentom, to nikt nie ma wątpliwości. Bardzo mnie cieszy stanowisko pana rzecznika. Aczkolwiek aby mówić o opiece i jakości w ochronie zdrowia, to trzeba brać pod uwagę również bezpieczeństwo pracowników. Co do tej strony to ja słyszałam dużo głosów wąpiących, więc jestem bardzo ciekawa dyskusji na dzisiejszym posiedzeniu komisji. Ale zanim oddam głos państwu, to bardzo proszę pana mecenasa o zapoznanie nas z opinią, która została przygotowana przez biuro prawne Senatu.

Proszę bardzo.

**GŁÓWNY LEGISLATOR  
W BIURZE LEGISLACYJNYM  
W KANCELARII SENATU  
PIOTR MAGDA**

Dziękuję bardzo.

Pani Przewodnicząca! Wysoka Komisjo! Szanowni Państwo!

Biuro Legislacyjne Kancelarii Senatu zgłosiło do rozpatrywanej ustawy zarówno zastrzeżenia ogólne natury systemowej, jak również szczegółowe zastrzeżenia natury konstytucyjnej. W zakresie tych pierwszych należy przypomnieć, że zgodnie z zasadą kompleksowości ustawy ustawa powinna wyczerpująco regulować daną dziedzinę spraw i nie pozostawiać poza swoim zakresem istotnych fragmentów dotyczących regulowanej dziedziny. Nadto powinna wchodzić w życie co do zasady w jednym terminie, chyba że zróżnicowanie terminu wejścia w życie poszczególnych przepisów jest niezbędne do osiągnięcia jej celu, a zarazem nie narusza jej spójności. Szczegółowa analiza rozpatrywanej ustawy nakazuje

wyrazić wątpliwości, czy te standardy zostały spełnione.

Po pierwsze. System świadczeń kompensacyjnych został ustanowiony nie w rozpatrywanej ustawie, lecz w ustawie o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta.

Po drugie. Problematyka rejestrów medycznych została unormowana nie w rozpatrywanej ustawie, lecz w ustawie o systemie informacji w ochronie zdrowia.

Po trzecie. System autoryzacji został wprowadzie ustanowiony w rozpatrywanej ustawie, ale jeden z warunków jej uzyskania, tzn. realizacja świadczeń z zachowaniem warunków dotyczących miejsca ich udzielenia, personelu i wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, jest przedmiotem 12 rozporządzeń ministra zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych, a nadto część unormowań dotyczących autoryzacji została zawarta również w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Po czwarte wreszcie, wprowadzie rozpatrywana ustawa ma wejść w życie formalnie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia, jednakże w ustanowionych wyjątkach przewidziano, że większość jej przepisów merytorycznych ma wejść w życie albo znaleźć zastosowanie w terminach późniejszych, co skutkuje tym, iż de facto zasadę uczyniono wyjątkiem, a wyjątek zasadą. I tak przepisy dotyczące akredytacji mają wejść w życie 1 stycznia 2024 r.; przepisy dotyczące rejestru zdarzeń niepożądanych mają wejść w życie 1 stycznia 2025 r., ale już obowiązek zgłaszania zdarzeń niepożądanych w zakresie świadczeń innych niż szpitalne ma obowiązywać od dnia 1 stycznia 2026 r.; przepisy przewidujące obowiązek uzyskania autoryzacji mają wejść w życie po upływie 3 lat od dnia ogłoszenia, przy czym sam wymóg uzyskania autoryzacji ma mieć zastosowanie do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartych po upływie 3 lat od dnia ogłoszenia rozpatrywanej ustawy, a zatem najwcześniej do umów dotyczących 2027 r. Z kolei obowiązek utworzenia wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem określono na dzień 1 stycznia 2025 r.

Reasumując te zastrzeżenia ogólne, należy zatem zauważyć, że niestety wbrew założeniom przedstawionym w uzasadnieniu wejście w życie rozpatrywanej ustawy nie zmieni stanu prawnego, w którym zagadnienia jakości w opiece

zdrowotnej są regulowane w wielu aktach prawnych o zróżnicowanej randze, co w połączeniu z licznymi zróżnicowaniami wejścia w życie albo stosowania przepisów merytorycznych nie zapewni, jak się wydaje, osiągnięcia zakładanego przez projektodawcę celu, jakim ma być systemowe podejście do zagadnienia jakości w opiece zdrowotnej.

Rozpatrywanej ustawie należy także postawić szereg zasadniczych zarzutów co do niezgodności jej przepisów z konstytucją.

Po pierwsze, istnieją podstawy do wyrażenia oceny, że art. 4 ust. 2 w związku z ust. 1 pkt 1 i 3 rozpatrywanej ustawy jest niezgodny z art. 92 ust. 1 konstytucji przez to, że dokonuje niewłaściwego podziału materii pomiędzy rozpatrywaną ustawą a rozporządzeniem w odniesieniu do określania wskaźników jakości opieki zdrowotnej w zakresie obszaru klinicznego oraz obszaru zarządczego. Zgodnie z art. 4 ust. 1 rozpatrywanej ustawy, jakość w opiece zdrowotnej jest mierzona z wykorzystaniem wskaźników jakości opieki zdrowotnej mieszczących się w zakresie obszaru klinicznego, rozumianego jako zestaw wskaźników odnoszących się do poziomu i efektów realizowanych świadczeń opisywanych przez parametry wskazane przykładowo w pktcie 1, a także zarządczego, rozumianego jako zestaw wskaźników odnoszących się do efektywności wykorzystania zasobów oraz wdrożenia systemów zarządzania opisywanych, znów przykładowo, przez parametry wskazane w pktcie 3. Wskaźniki te ma określić rozporządzenie ministra zdrowia wydane na podstawie art. 4 ust. 2 rozpatrywanej ustawy. Merytoryczne znaczenie tych wskaźników uwytkła art. 5 ust. 4 ustawy, wedle którego prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, określając szczegółowe warunki rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej, ma ustalać współczynniki korygujące związane z uzyskaniem odpowiednich wartości realizacji wskaźników jakości opieki zdrowotnej, które zostaną unormowane właśnie w przedmiotowym rozporządzeniu. Zgodnie z orzecznictwem Trybunału Konstytucyjnego, celem rozporządzenia jest wykonanie ustawy, a nie samodzielne regulowanie kwestii pominiętych przez ustawodawcę. A zatem upoważnienie do wydania aktu wykonawczego nie może mieć charakteru blankietowego. Przepisy art. 4 ust. 1 pkt 1 i 3 ustawy powinny zatem zupełnie, a nie przykładowo określać parametry

odnoszące się do zestawu wskaźników jakości opieki zdrowotnej.

Po drugie, przepisy art. 64, art. 68 pkt 6, art. 70, art. 71 pkt 4, art. 73 oraz art. 89 rozpatrywanej ustawy są niezgodne z art. 118 ust. 1 oraz art. 119 ust. 1 i 2 konstytucji przez to, że naruszają zasady wykonywania inicjatywy ustawodawczej oraz rozpatrywania projektu ustawy w trzech czytaniach. Zauważyć bowiem należy, że po odbyciu pierwszego czytania projektu rozpatrywanej ustawy, w wyniku przyjęcia przez sejmową Komisję Zdrowia niektórych poprawek zgłoszonych na jej posiedzeniu, tekst projektu rozpatrywanej ustawy został uzupełniony o przepisy, których przedmiot rażąco wykracza poza materię projektu wniesionego do Sejmu przez Radę Ministrów, a mianowicie o nowelizację ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry w zakresie dotyczącym przyznawania certyfikatu umiejętności zawodowej; o nowelizację ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta w zakresie dotyczącym komisji lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta; o nowelizację ustawy o grach hazardowych w zakresie dotyczącym przychodów Funduszu Rozwoju Kultury Fizycznej; o nowelizację ustawy o działalności leczniczej w zakresie dotyczącym wynagradzania pracowników wykonujących zawód medyczny, którzy są zatrudnieni w systemie pracy zmianowej w niektórych zespołach ratownictwa medycznego; o nowelizację, skądinąd niedawno nowelizowanej, ustawy o Funduszu Medycznym w zakresie dotyczącym rozszerzenia katalogu podmiotów, które mogą ubiegać się o dofinansowanie ze środków subfunduszu infrastruktury strategicznej oraz subfunduszu modernizacji podmiotów leczniczych; i wreszcie o art. 89 rozpatrywanej ustawy, zgodnie z którym w roku bieżącym prezes Narodowego Funduszu Zdrowia na wniosek ministra zdrowia przekazuje środki z funduszu zapasowego tego funduszu w kwocie nieprzekraczającej 50 milionów zł na zasilenie Funduszu Rozwoju Kultury Fizycznej z przeznaczeniem na finansowanie kosztów kreowania postaw zdrowotnych i edukacji zdrowotnej.

Po trzecie, istnieją podstawy do wyrażenia oceny, że dodawane albo zmieniane przez rozpatrywaną ustawę przepisy art. 40a ust. 6 i art. 67u ust. 5 pkt 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, art. 23a ust. 2 ustawy o działalności leczniczej oraz art. 8d ust. 2



ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia są niezgodne z art. 87 konstytucji przez to, że przewidują unormowanie materii o charakterze powszechnie obowiązującym poza systemem źródeł prawa powszechnie obowiązującego. Przepisy te stanowią m.in., odpowiednio: że kierownik podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych określa w regulaminie organizacyjnym szczegółowe zasady działania i zakres zadań pełnomocnika do spraw pacjenta; że kierownik podmiotu wykonującego działalność leczniczą określa w regulaminie organizacyjnym cel i sposób monitoringu wizyjnego określonych pomieszczeń tego podmiotu oraz szczegółowe zasady funkcjonowania tego monitoringu, zaś minister zdrowia określa w Biuletynie Informacji Publicznej wymogi dotyczące wspólnych i bezpiecznych otwartych standardów komunikacji, które są obowiązani spełniać świadczeniodawcy, apteki oraz dostawcy usług informatycznych dla świadczeniodawców i aptek. Materie te mają charakter wybitnie powszechnie obowiązujący, a co za tym idzie, mogą zostać określone jedynie w drodze aktu normatywnego wskazanego w konstytucji jako źródło prawa powszechnie obowiązującego i ogłaszanego w stosownym dzienniku urzędowym. Spośród zakwestionowanych już unormowań za szczególnie naganne należy uznać wkroczenie w zakres określonego w art. 47 konstytucji prawa do prywatności poprzez propozycję, aby szczegółowe zasady monitoringu wizyjnego w podmiotach wykonujących działalność leczniczą były regulowane w regulaminie organizacyjnym tego podmiotu.

Po czwarte, istnieją solidne podstawy do postawienia tezy, że dodawany przez rozpatrywaną ustawę art. 67q ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta jest niezgodny z konstytucyjną zasadą równości w związku z powszechnym prawem do ochrony zdrowia przez to, że wyłącza prawo do świadczenia kompensacyjnego w związku ze zdarzeniem medycznym, które jest następstwem udzielenia lub zaniechania udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, które nie jest finansowane ze środków publicznych, a także przez to, że wyłącza prawo do świadczenia kompensacyjnego w związku ze zdarzeniem medycznym, które wprawdzie jest związane ze świadczeniem opieki zdrowotnej finansowanym ze środków publicznych, jednakże zostało ono udzielone w podmiocie wykonującym działalność leczniczą innym niż szpital.

Odnosząc się do dokonanego zróżnicowania osób uprawnionych do świadczenia kompensacyjnego, powiem, że zarówno wg kryterium źródła finansowania tego świadczenia, jak również ze względu na kryterium podmiotu, w którym to świadczenie zostało udzielone, nie podlega wątpliwości, że wszelkie osoby zainteresowane są podmiotami podobnymi w rozumieniu orzecznictwa Trybunału Konstytucyjnego. Niestety, dokonane zróżnicowanie ma charakter niedopuszczalnej konstytucyjnie dyskryminacji, jeżeli zważyć, iż uprawnienie do świadczenia kompensacyjnego wiąże się z jednej strony z art. 68 ust. 1 konstytucji, który stanowi, że każdemu przysługuje prawo do ochrony zdrowia, z drugiej zaś z art. 68 ust. 2 zdanie pierwsze konstytucji, który stanowi, że obywatelom niezależnie od ich sytuacji materialnej władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Na marginesie należy zauważyć, że uzasadnienie projektu rozpatrywanej ustawy milczy na temat motywów dokonanego zróżnicowania.

Po piąte, istnieją podstawy do uznania, że art. 79 ust. 6 rozpatrywanej ustawy jest niezgodny z zasadą zaufania obywatela do państwa i stanowionego przez nie prawa wynikającą z art. 2 konstytucji przez to, że przewiduje umorzenie z mocy prawa postępowań toczących się przed wojewódzkimi komisjami do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, które nie zostaną zakończone do końca bieżącego roku. Zwrócić należy uwagę, że niezależnie od tego, czy umorzone postępowanie zostało wszczęte przed dniem wejścia w życie rozpatrywanej ustawy czy też już w okresie jej obowiązywania, skutkiem umorzenia będzie utrata prawa osoby zainteresowanej do odszkodowania i zadośćuczynienia na podstawie przepisów dotychczasowych. Na marginesie, osoba ta nie będzie legitymowana do złożenia wniosku o przyznanie świadczenia kompensacyjnego na podstawie znowelizowanej ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta. Tak dokonana swoista zmiana reguł w trakcie gry wydaje się nie do pogodzenia z konstytucyjną zasadą zaufania obywatela do państwa i stanowionego przez nie prawa, jak bowiem podniósł Trybunał Konstytucyjny w jednym ze swoich orzeczeń, w demokratycznym państwie prawnym stanowienie prawa nie może być pułapką dla obywatela, który powinien mieć możliwość układania swoich spraw w zaufaniu,



iz nie naraża się na niekorzystne skutki prawne swoich decyzji i działań, które były niemożliwe do przewidzenia w chwili podejmowania tych decyzji i działań. Jeżeli zatem w zaufaniu do obowiązującego prawa osoba zainteresowana wszczęła skutecznie postępowanie przed wojewódzką komisją, to jej zniesienie, którego Biuro Legislacyjne nie kwestionuje, ponieważ jest to zagadnienie natury merytorycznej, nie powinno eliminować możliwości uzyskania odszkodowania lub zadośćuczynienia na podstawie przepisów dotychczasowych, które albo powinny być stosowane odpowiednio, albo też należałoby w tym zakresie ustanowić tzw. szczególne przepisy przejściowe.

Po szóste wreszcie, art. 90 ust. 1 rozpatrywanej ustawy jest w ocenie Biura Legislacyjnego niezgodny z art. 92 ust. 1 konstytucji zarówno przez to, że przewiduje zachowanie w mocy obowiązujących rozporządzeń ministra zdrowia, które z dniem wejścia w życie rozpatrywanej ustawy staną się niezgodne ze znowelizowaną ustawą o systemie informacji w ochronie zdrowia, jak również przez to, że artykuł kwestionowany przez Biuro Legislacyjne przewiduje zachowanie ich w mocy aż do dnia 31 grudnia 2027 r., a zatem w okresie rażąco przekraczającym czas niezbędny na wydanie nowych aktów wykonawczych na podstawie znowelizowanego upoważnienia.

Wysoka Komisjo! Szanowni Państwo! Reasumując, powiem, że zaprezentowane zastrzeżenia natury konstytucyjnej – należy zwrócić uwagę, że nie mają one charakteru wyczerpującego – odnoszą się do istoty koncepcji omawianej ustawy. Wydaje się, że ich całościowe wyeliminowanie w drodze poprawek Senatu bez uszczerbku dla meritum kwestionowanych regulacji nie byłoby możliwe, zwłaszcza że wymagałoby opracowania, jak się wydaje, alternatywnej koncepcji merytorycznej we wskazanych obszarach, a następnie ich należytego skonsultowania. Dziękuję.

**PRZEWODNICZĄCA**  
**BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.

Panie Ministrze, myślę, że jak na kompleksową i długo oczekiwaną ustawę to opinia mecenas jest po prostu druzgocąca. Może pan minister

odniesie się do tej oceny, w tej chwili czy po dyskusji? Naprawdę szokujące jest to, że są nie tylko zastrzeżenia, natury systemowej, ale i konstytucyjnej, które są druzgocące. To nie jest jakiś jeden artykuł, który gdzieś tam przez pomyłkę się zawieruszył, tylko rzecz właściwie nie do naprawy. Pytanie: czy pan minister chce zabrać głos w tej chwili czy po dyskusji? Proszę.

**SEKRETARZ STANU**  
**W MINISTERSTWIE ZDROWIA**  
**WALDEMAR KRASKA**

Pani Przewodnicząca, to są oczywiście aspekty czysto legislacyjne, więc myślę, że, jeżeli pani oczywiście pozwoli, Pani Przewodnicząca, to prawnicy rzecznika praw pacjenta, ale i z naszej strony ustosunkują się do tych uwag pana legislatora.

**PRZEWODNICZĄCA**  
**BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Panie Ministrze, to nie są aspekty czysto legislacyjne, bo jeżeli odnosimy się w tej ustawie do iluś innych aktów, które absolutnie nie mieszczą się w obszarze tematycznym tej ustawy, to to nie jest jakiś drobiazg, to jest podstawa. Skoro w drugim czytaniu zgłaszane są różnego rodzaju pomysły, które są niezgodne z prawem legislacyjnym, to to też jest duży zarzut. Takich bardzo ważnych zarzutów pan mecenas przedstawił tutaj naprawdę kilka. A więc proszę nie marginalizować tego tematu, bo on jest naprawdę ogromnie ważny, szczególnie tu w Senacie, gdzie zawsze powtarzamy, że prawo, które wychodzi, powinno być zgodne z przepisami, a już na pewno z najwyższym aktem, jakim jest konstytucja.

**SEKRETARZ STANU**  
**W MINISTERSTWIE ZDROWIA**  
**WALDEMAR KRASKA**

Ale ja w żadnym stopniu, Pani Przewodnicząca, tego nie marginalizuję, tylko po prostu chciałbym merytorycznie odpowiedzieć na te zarzuty pana legislatora. Jeżeli pani przewodnicząca pozwoli, to prawnicy się do tego ustosunkują.

**PRZEWODNICZĄCA**  
**BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dobrze. To w takim razie rozpoczynamy dyskusję.

Kto z państwa chciałby zabrać głos? Widzę dwie panie senator, pana prezesa Jankowskiego, panią prezes. Czy jeszcze ktoś na sali? Na razie 4 głosy.

Proszę bardzo, Pani Senator. Po kolei.

**SENATOR**  
**ALICJA CHYBICKA**

Dziękuję, Pani Przewodnicząca.  
Szanowni Państwo!

Ja muszę powiedzieć, że jestem głęboko rozczarowana tą ustawą, która naprawdę była od dawna oczekiwana. Naprawdę marzyło się to, ażeby jakość w opiece zdrowotnej wreszcie podlegała ocenie, aby oceniono, jak poszczególne podmioty medyczne, zarówno POZ-ety, jak i AOS-y, szpitale wszystkich szczebli... żeby można było je porównać co do jakości świadczeń. Pacjenci mieliby też drogowskaz, gdzie powinni się udać, kiedy zachorują na daną jednostkę chorobową, wiedząc, że w takim mieście czy innym ta opieka jest lepsza. W tej ustawie pacjent został dosyć ładnie zabezpieczony, jeśli chodzi o rekompensaty za działania niepożądane, ale zupełnie nie ma zrealizowanego głównego założenia. Ja się zgadzam z tym, że rzecznik praw pacjenta oraz organizacje pacjenckie nie protestują, ale chorzy nie wiedzą jednej głównej i najważniejszej rzecz, której w ogóle nie ma w tej ustawie. Otóż o jakości leczenia świadczą wyłącznie wyniki leczenia, bo wszystko to, co tam jest zapisane źle, niekonstytucyjnie, to jest tylko jakby dodatek. Clou sprawy polega na tym, jak dany pacjent jest leczony. Merytorycznie... W Polsce w przypadku wielu chorób brakuje jednolitych krajowych standardów. Nie może być tak, że ten standard ustali dyrektor szpitala, bo to jest chore. To muszą zrobić specjaliści w danej dziedzinie. Tego w ogóle w tej ustawie nie ma. Pacjent, który dla mnie w systemie zawsze był najważniejszy, to znaczy jest najważniejszy... A tu on nie jest. To zostało zupełnie pominięte. Nie ma żadnych zapisów, które pokazałyby jakość. A jak mierzy się jakość? Na całym świecie jakość mierzy się poprzez *event-free survival* czyli czas przeżycia

danego pacjenta, poprzez *quality of life*, czyli jakość życia po danej procedurze medycznej. To wszystko, mogę to powiedzieć na podstawie mojej dziedziny, w onkologii, hematologii dziecięcej jest podstawą. I nie do końca jest prawdą, że jednostka, która ma gorsze warunki, której czasem brakuje sprzętu, leczy gorzej. Podstawą są ludzie. Tu na pewno prezes Naczelnej Rady Lekarskiej mnie poprze, Żadnego pacjenta nie wyleczy się maszyną ani żadnego pacjenta... Jeśli nie ma mózgow, które będą leczyły danego pacjenta w danej dziedzinie, mózgow, które mają doświadczenie, wykształcenie... Tego w ogóle w tej ustawie nie ma, kompletnie. Są jakieś liczby, jakieś pieniądze, ale nie ma tego, co jest clou sprawy w medycynie. Clou sprawy to jest biały personel, czyli personel...

(Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia  
Waldemar Kraska: ...art. 4. Proszę przeczytać.)

Ja czytałam całą ustawę.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Tam jest...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Ale tam jest... No nie ma tego, co być powinno. Nigdzie nie ma ani o jakości życia, ani o porównywaniu...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

A ja może...

(Wypowiedzi w tle nagrania)

(Przewodnicząca Beata MałECKA-Libera: Ale nie prowadźcie państwo dialogu.)

Proszę dać mi dokończyć, Kolego Senatorze, Panie Ministrze...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

**PRZEWODNICZĄCA**  
**BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Panie Ministrze, będzie pan mógł odpowiedzieć. Spokojnie. Ja wiem, że są emocje, bo ta ustawa jest taka, że rodzi emocje. Jest w niej wiele błędów... Proszę wysłuchać.

**SENATOR**  
**ALICJA CHYBICKA**

A ja to mówię bez emocji, ja po prostu stoję...  
(Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia  
Waldemar Kraska: ...że tego nie ma, ale to jest napisane w art. 4. Proszę przeczytać.)

(Przewodnicząca Beata Małecka-Libera: Panie Ministrze, bardzo proszę...)

Dostanie pan minister czas, to się pan odniesie. Proszę mi pozwolić skończyć.

To, co, jak uważam, po prostu kompletnie kładzie tę ustawę, to jest właśnie brak tej części merytorycznej, która wiąże się bezpośrednio... Ja mówię to bez emocji. Ja już tyle lat pracowałam i o tyle żyć dziecięcych walczyłam w taki sposób właśnie, że podstawą wszystkiego i porównania naszych ośrodków onkohematologii zawsze były krzywe przeżycia, jakość życia i kwestia powikłań...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Kolejna sprawa, która mnie uderzyła w tej ustawie – przecież nie muszę wszystkiego dobrze wiedzieć – to są działania niepożądane. Panie Ministrze, niech pan otworzy sobie ulotkę od witaminy C. Zobacz pan, ile jest działań niepożądanych. Działania niepożądane, które mogą wystąpić nie tylko po zażyciu leku, ale po zastosowaniu procedury czy też po zastosowaniu całego protokołu leczniczego, zależą również od naszej genetyki. Nazywa się to epigenetyką. W związku z tym te działania niepożądane, jakie są opisane w ulotkach, choćby witaminy C, nie wspomnę już cytostatyków czy innych, gdzie tego jest wiele, wiele stron, zależą od tego, jak pacjent przyjmie ten lek, jak go zmetabolizuje i jak na niego zareaguje. Mówiąc krótko, każdy choruje, jak umie i jak mu genetyka... Czyli to jest zapisane w epigenetyce. A zatem pisanie czegoś takiego, że za działania niepożądane jest penalizacja... Penalizacja ma dotyczyć wyłącznie błędów, a tu jest jakby od Lasa do Sasa. Działania niepożądane są wpisane w medycynę, jak mówiłam, są we wszystkich ulotkach produktów medycznych i leków, ale także w postępowaniu.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

O jakim artykule mówimy, skoro takiego artykułu w ogóle nie ma? Nie ma mowy o żadnym błędzie medycznym, który jest penalizowany w tej chwili. Ustawa we wszystkich artykułach, w których mówi o działaniach jakby ubocznych, niepożądanych, posługuje się sformułowaniem „działanie niepożądane”, co mi się nie wydaje dobre. Jak mówię, ja się mogę mylić.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Będzie pan minister miał okazję, to się pan ustosunkuje.

A zatem powiem szczerze, że pomijając już tę miażdżącą... Kłaniam się nisko panu naszemu

mecenasowi, bo pan mecenas jest naprawdę genialnym prawnikiem, który w sposób bardzo dokładny przygląda się każdej ustawie, porównuje z prawem, które istnieje. To jest naprawdę fantastyczne. I nie można mówić, że... To, co jest napisane, to jest ciężka praca, ale miażdżąca dla tej ustawy. Dlatego wydaje mi się, że ta ustawa po prostu nie nadaje się do poprawienia, ale też nie nadaje się do wprowadzenia w życie, mimo tego, że część dotycząca rekompensat jest napisana nie najgorzej. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję.

Pani senator Małecka. Proszę.

**SENATOR  
EWA MATECKA**

Dziękuję bardzo, Pani Przewodnicząca.

Panie Ministrze, oprócz wszystkich uwag i zastrzeżeń, które były wypowiedziane przez prawnika i panią profesor Chybicką, jest pytanie dotyczące Funduszu Medycznego, Panie Ministrze, który powstał z inicjatywy prezydenta Rzeczypospolitej w 2020 r., a który w tej oto ustawie doczeka się drugiej nowelizacji. Ta nowelizacja dotyczy art. 73, Panie Ministrze. Ja wielokrotnie pytałam o Fundusz Medyczny i jestem głęboko zmartwiona tym, że odpowiedzi, jakie uzyskuję, jasno dowodzą, że Fundusz Medyczny po prostu nie funkcjonuje. Z Funduszu Medycznego, Szanowni Państwo, zabrano pacjentom chorym na nowotwory i choroby rzadkie 2 miliardy 800 milionów. W roku 2023 dotacje przekazane z budżetu państwa na ten fundusz powinny być już w wysokości 14 miliardów zł. Tymczasem są to środki wirtualne, Panie Ministrze, podczas kiedy środki na media rządowe są systematycznie przekazywane i są to środki realne. Mało tego. Są one jeszcze podwyższone, bo w budżecie na 2023 r. dodatkowo znalazło się 700 milionów na media publiczne. Dlaczego ja porównuję Fundusz Medyczny ze środkami przekazywanymi na media rządowe? Otóż dlatego, że kiedy my bardzo staraliśmy się, aby 2 miliardy zł w 2020 r. były przekazane na chorych na nowotwory, zostały one przekazane na media

publiczne. Po czym powstała inicjatywa prezydenta Rzeczypospolitej o utworzeniu Funduszu Medycznego. I tak ten Fundusz Medyczny jest okradany, on nie funkcjonuje, tak jak powinien. Mało tego, w pierwszej nowelizacji zaproponowano, aby środki z Funduszu Medycznego były przekazywane na finansowanie szczepień. Teraz środki z Funduszu Medycznego mają być przeznaczone na świadczenia z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. Wobec tego...

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Ja się głęboko z tym nie zgadzam, Panie Ministrze. Rozmawialiśmy wielokrotnie o chorych na nowotwory. Niech wreszcie ten Fundusz Medyczny służy chorym na nowotwory, szczególnie dzieciom, Panie Ministrze, jak i chorym na choroby rzadkie, a nie zabiera się środki z tego Funduszu Medycznego bądź obciąża się ten Fundusz Medyczny dodatkowymi zadaniami niezapisanymi wcześniej w ustawie o Funduszu Medycznym. To jest bardzo bulwersujące. Nie jesteście państwo w stanie wytłumaczyć osobom chorym na nowotwory bądź tym, które wyszły z tej choroby nowotworowej, różnych perturbacji, których doznaje ten Fundusz Medyczny. Jest to naprawdę głęboko bulwersujące.

Drugie moje pytanie. Proszę powiedzieć... Art. 89, aby nie było wątpliwości. Proponuje się w tym artykule przeznaczenie 50 milionów zł przez prezesa funduszu, czyli przez Narodowy Fundusz Zdrowia, na rozwój kultury fizycznej. Rozwój kultury fizycznej jest to kolejny kierunek, który ma kreować postawę zdrowotną i edukację zdrowotną. Jest to jak najbardziej słuszne, oczywiście. Ale ja pytam: co wobec tego ze środkami, które mają być przeznaczane na sport uczniów, a które pochodzą z dziesięcioprocentowego podatku od reklamy napojów alkoholowych? Ściągalność jest tam bardzo mierna, a powinna być większa, bo nakłady na reklamy napojów alkoholowych w mediach to jest około 700 milionów zł rocznie. Czy nie było by warto zwiększyć egzekucję i ściągalność tychże środków z reklamy napojów alkoholowych na sport uczniów? W związku z tym też można by swobodnie kreować postawę zdrowotną i edukację zdrowotną, zamiast dodatkowo obciążać Narodowy Fundusz Zdrowia tymi kosztami, skoro jeszcze nie tak dawno Narodowy Fundusz Zdrowia został obciążony koniecznością pokrycia środków np. na leki dla seniorów, na leki dla kobiet w ciąży

i ratowników. To była kwota bodajże 10 miliardów zł.

Uważam, że mimo tego, że rzeczywiście jest to ustawa bardzo oczekiwana, to jej zapisy w dużej mierze są absolutnie źle skonstruowane. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję.  
Proszę bardzo, pan prezes.

**PREZES NACZELNEJ IZBY LEKARSKIEJ  
ŁUKASZ JANKOWSKI**

Szanowni Państwo, bardzo dziękuję za możliwość zabrania głosu i uczestnictwa w dzisiejszym posiedzeniu Komisji Zdrowia. Jeżeli państwo pozwolicie, to będę chciał dosłownie minutę i dwadzieścia sekund zabrać państwu na pokazanie filmu, który, jak myślę, dobrze obrazuje rzeczywistość.

Ale chciałbym zacząć od losów tej ustawy, od początku, od kiedy śledzi ją samorząd lekarski. My tak naprawdę w trybie konsultacji społecznych otrzymaliśmy ustawę, która jest, delikatnie mówiąc, luźno powiązana z tym, nad czym w tej chwili debatujemy. Do tej ustawy złożono już tyle poprawek i była ona tak często zmieniana, że ostatnie apele i ostatnie stanowiska samorządu lekarskiego na temat tej ustawy były oparte na drukach dostępnych na stronach sejmowych, a nie na tym, co było w czasie zwrócenia się do nas w trybie prośby o konsultację. Samorząd lekarski po zapoznaniu się z projektem tej ustawy zaapelował pierwotnie do parlamentarzystów o odrzucenie tej ustawy w całości, dlatego że naszym zdaniem ta ustawa nie poprawia sytuacji personelu medycznego – za chwilę będę o tym mówił – ba!, w pewnej mierze nawet pogarsza tę sytuację, pogarsza sytuację dobrych lekarzy, a promuje złych lekarzy, czyli idzie w zupełnie inną stronę, niż to być powinno. Widząc jednak determinację co do wprowadzenia tej ustawy i dalsze losy prac legislacyjnych, przedstawiliśmy szereg poprawek, które przesłaliśmy do wszystkich klubów i kół parlamentarnych, tak że myślę, że państwo te poprawki również widzieliście. Odnosimy się w szczególności do zapisów

ustawy dotyczących rejestrów zdarzeń niepożądanych, a jednocześnie do złagodzenia kary, która jest proponowana lekarzowi, jeżeli zgłosi zdarzenie niepożądane do rejestru zdarzeń niepożądanych.

Bardzo bym poprosił o wyświetlenie filmu, żebym mógł pokazać, dlaczego my się tak burzymy przeciwko tej ustawie.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Czy jest to gotowe w tej chwili?

*(Prezes Naczelnej Izby Lekarskiej Łukasz Janowski: Tak, tak. Jest gotowe.)*

Proszę bardzo.  
*(Projekcja filmu)*

**PREZES NACZELNEJ IZBY LEKARSKIEJ  
ŁUKASZ JANKOWSKI**

Bardzo dziękuję.

Myślę, że ten film dobrze pokazuje rozterki dnia codziennego – każdy z państwa lekarzy to potwierdzi – których ta ustawa w ogóle nie adreduje. Obecnie lekarze pracują pod presją, również pod presją odpowiedzialności karnej. Stworzono również atmosferę, która sprzyja temu, że teraz, pracując ze studentami, słyszę głównie o tym, że na każdym zajęciach koledzy są informowani, jak uniknąć skierowania sprawy do prokuratury czy do sądu. Nasi młodzi koledzy po prostu się boją. Nie wybierają specjalizacji zabiegowych. Ustawa tego problemu nie rozwiązuje. Co więcej, ona na tych dobrych lekarzy, których tutaj widzieliśmy, nakłada dodatkowy obowiązek i to pod groźbą sankcji. Jeżeli oni nie zgłoszą zdarzenia niepożądanego, to zostaną ukarani, jeżeli do takiego zdarzenia dojdzie, a jeżeli je zgłoszą, to może to być potraktowane przez prokuratora, który może mieć dostęp do tego rejestru, jako okoliczność przyznania się do winy. Myślę, proszę państwa, że ta ustawa pomaga, ale złym lekarzom. Jeżeli lekarz nie wyjdzie do pacjenta albo jest pijany na dyżurze, to, owszem, zgłosi to zdarzenie do rejestru zdarzeń niepożądanych i wtedy może liczyć na maksymalne złagodzenie kary. To pomaga złym lekarzom, dobrym lekarzom nie pomaga. Wydaje mi się, że zastosowano tutaj pewną kalkę, którą widzimy, daję tu

prosty przykład, w przypadku złagodzenia kary dla dłużników alimentacyjnych. Tam sprawa jest oczywista. Dłużnik alimentacyjny nie płaci, jest to oczywiste. Jeżeli zapłaci i wyrazi czynny żal, to ma do czynienia ze złagodzeniem kary. Tak dzisiaj funkcjonują przepisy. Tyle że lekarze i sytuacja w medycynie to nie jest sytuacja dłużników alimentacyjnych. My najczęściej nie wiemy, że w ogóle doszło zdarzenia niepożądanego.

Ta ustawa w niczym nam nie pomaga, a nakłada dodatkowe obowiązki. Stąd też podtrzymuję apel Naczelnej Izby Lekarskiej o odrzucenie tej ustawy w całości bądź też wprowadzenie poprawek, które choć w części pozwolą nam leczyć pacjentów i skupić się na dobru pacjenta, a nie na odpowiedzialności karnej za ewentualny niezawiniony błąd, a może też zdarzenie niepożądane.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.

Następna osoba. Jeszcze pani senator Gorgoń-Komor prosiła o głos. Proszę.

**SENATOR  
AGNIESZKA GORGOŃ-KOMOR**

Bardzo dziękuję.

Ten film jest mi znany, jest znany w moim środowisku. Z tego miejsca na posiedzeniu senackiej Komisji Zdrowia chciałabym panu prezesowi bardzo podziękować, bo film jest krótki, ale jakże wymowny i bardzo treściwy.

Chciałabym podkreślić moją wątpliwość związaną właśnie z działaniem niepożądanym. Jak państwo wiecie, jestem szpitalnikiem i uważam, że te 72 godziny zgodne z definicją to czas zbyt krótki, żeby lekarz czy personel obciążony pracą mógł w ogóle to działanie niepożądane zgłosić. Dlatego też jest to w zasadzie nierealne kryterium czasowe, które w ogóle nijak się ma do praktyki.

Ale chciałabym zwrócić państwa uwagę na jeszcze jeden fakt. Otóż uważam, że bezpieczny pacjent... Tak jak pan minister podkreślił, pracujemy dla pacjentów i to nie ulega żadnej wątpliwości. Ale bezpieczny szpital to bezpieczny pacjent i tego nie da się ująć w osobnych kryteriach.



19 stycznia 2023 r. w ramach zespołu parlamentarnego do spraw innowacji gościliśmy pana przewodniczącego Rady Ekspertów Koalicji na rzecz Bezpieczeństwa Szpitali. Chciałabym zwrócić państwa uwagę na pewien fakt statystyczny. Może to nie była reprezentatywna grupa szpitali, bo to było 60 szpitali na 800, ale zgodnie z danymi zawartymi w tym raporcie, który jest państwu parlamentarzystom znany, okazało się, że 75% szpitali nie ma rejestru zdarzeń niepożądanych w formie elektronicznej. Jedna trzecia placówek medycznych wskazała, że sprzęt bezpieczny stanowi u nich tylko 15%, a jedna czwarta szpitali wg tego raportu ma tylko sprzęt najwyższej jakości. Jak państwo chcecie wprowadzać ustawę o jakości... Ja rozumiem, że to jest krok milowy do zdobycia pieniędzy z KPO i w zasadzie musicie państwo to zrobić. Ja już nie mówię o procesie legislacyjnym związanym z tą ustawą. Jak wy chcecie wprowadzać jakość do placówek szpitala, mówiąc, że to jest kwestia bezpieczeństwa pacjenta, bez zapewnienia bezpieczeństwa personelowi, którego już i tak nie ma? Jak pan prezes Jankowski raczył zwrócić uwagę, praca pod presją takiego prawa, jakie tworzycie, spowoduje, że będziemy mieć kolejne panie Izy, tak jak w Pszczynie, bo każda decyzja, jak pokazuje film, będzie zła. Ja mam bardzo wiele wątpliwości co do tej ustawy. Ona ma bardzo piękną nazwę, ale chyba nic poza tym. Bardzo dziękuję.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.  
Proszę bardzo, Pani Prezes.  
(Brak nagrania)

**PREZES ZARZĄDU OGÓLNOPOLSKIEJ  
FEDERACJI ONKOLOGICZNEJ  
DOROTA KORYCIŃSKA**

Teraz. Dobrze. Dziękuję państwu bardzo.  
Przepraszam bardzo, że zmieniłam miejsce, ale szukałam kontaktu. Okazało się, że najbliższy był po stronie rządowej. Dziękuję bardzo...  
(Wypowiedzi w tle nagrania)  
(Wesołość na sali)  
Dziękuję bardzo za możliwość udziału w posiedzeniu senackiej Komisji Zdrowia i również

za to, że mogę zabrać głos jako chyba jedyny dzisiaj reprezentant organizacji pacjentów.

Szanowni Państwo, wiele razy usłyszałam tutaj, że projekt ustawy o jakości i bezpieczeństwie pacjenta jest zaakceptowany przez organizację pacjentów. Ja bym chciała zapytać, idąc wprost za tym, co powiedział prezes Jankowski, który projekt ustawy zaakceptowany przez pacjentów mają państwo na myśli. Stanowisko Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej do projektu ustawy o jakości jest z sierpnia 2021 r. Stanowisko Rady Organizacji Pacjentów przy Ministrze Zdrowia jest, proszę państwa, z 14 czerwca 2022 r. Ja chciałabym państwu powiedzieć, że żadna z tych organizacji, w tym Rada Organizacji Pacjentów, mówię to jako członek tej rady, nie rozpatrywała ostatecznej wersji projektu ustawy. Podejrzewam, że mało która organizacja ma świadomość, że dopisany jest art. 89, czyli ten o przeznaczeniu 50 milionów zł z funduszu zapasowego Narodowego Funduszu Zdrowia na rozwój kultury fizycznej. Chciałabym usłyszeć odpowiedź na pytanie, co ma wspólnego rozwój kultury fizycznej z jakością i bezpieczeństwem pacjenta. Usiłuję znaleźć odpowiedź na to pytanie i nie znajduję. Ja byłam na posiedzeniu sejmowej Komisji Zdrowia, gdzie również była dyskusja na ten temat. Mam jeszcze dodatkowe pytanie. Na jakiej podstawie ktoś uznał, tak zrozumiałam, że w czasie obozów wakacyjnych czy też półkolonii będzie możliwe rozkrzewienie kultury fizycznej, skoro to jest rzecz, którą należy realizować przez długie lata? Tego się nie da zrobić na, tak jak usłyszałam, trzech proponowanych, nie wiem, konsultacjach z trenerem czy z dietetykiem. Nie w ten sposób buduje się edukację zdrowotną i krzewi kulturę fizyczną. To jest proces, a nie jednorazowe akcje.

Skoro już mówimy o tym, że organizacje pacjentów zaakceptowały i poparły projekt ustawy, to ja powiem, że opieram się na tym, co poparły latem ubiegłego roku. Minęło już praktycznie 8 miesięcy, a więc stanowczo nie są to już w tej chwili aktualne stanowiska w stosunku do obecnego projektu ustawy. Ale ja pozwolę sobie państwu przeczytać i chciałabym usłyszeć odpowiedź, które z tych stanowisk rzeczywiście zostało przez Ministerstwo Zdrowia zaakceptowane i uznane, jeżeli rzeczywiście organizacje pacjentów... Jest dostępne w domenie publicznej stanowisko Rady Organizacji Pacjentów przy Ministrze Zdrowia z 29 czerwca 2022 r.



Punkt pierwszy. Ustawa zawęża kryteria jakościowe oraz bezpieczeństwo pacjenta do leczenia szpitalnego. Postulowaliśmy w radzie, żeby systemem monitorowania jakości i bezpieczeństwa był objęty cały system opieki zdrowotnej w Polsce, a nie tylko leczenie szpitalne. Czy ten punkt został uznany przez Ministerstwo Zdrowia?

Pytaliśmy również i prosiliśmy, właściwie wnosiliśmy o to, żeby koszt związany z tym wnioskiem kompensacyjnym co do trybu odwoławczego był zmniejszony, jeżeli chodzi o osoby w trudnej sytuacji życiowej, dlatego że z uwagi na wysokość renty nie jest możliwy do zrealizowania dla wszystkich osób.

Proponowaliśmy również, żeby wnioskodawcy mogli mieć do dyspozycji profesjonalnego pełnomocnika. To są chorzy ludzie, to są ludzie, którzy są bardzo sterani, często słabo wykształceni, często przerażeni tym, że muszą w ogóle napisać jakiś wniosek. Czy Ministerstwo Zdrowia ten postulat Rady Organizacji Pacjentów uznało i czy rzeczywiście wnioskodawca będzie mógł mieć do dyspozycji wskazanego przez siebie pełnomocnika? To mniej więcej tyle, jeżeli chodzi o postulaty Rady Organizacji Pacjentów.

I jeszcze stanowisko Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej, również z lata ub.r. Szanowni Państwo, oto nasze postulaty, jako federacji. Uznaliśmy, że połączenie obu funkcji, płatnika oraz podmiotu udzielającego akredytacji, stanowi ryzyko powstania konfliktu interesów. Uznaliśmy, że obie instytucje powinny być od siebie oddzielone, zgodnie ze standardami europejskimi. Chciałabym zapytać, jak Ministerstwo Zdrowia odniosło się do tego postulatu. No, słyszeliśmy, że uznało postulaty organizacji pacjentów.

Wnioskowaliśmy o publikację standardów w postaci rozporządzeń do konsultacji publicznych oraz o udział przedstawicieli pacjentów w Radzie Akredytacyjnej w roli obserwatorów. Również będę zobowiązana za odpowiedź na pytanie, jak to zostało zaakceptowane przez Ministerstwo Zdrowia.

Wnioskowaliśmy o monitorowanie zdarzeń niepożądanych przez wszystkie podmioty realizujące świadczenia zdrowotne. Czy w ramach tego, co usłyszałam, że Ministerstwo Zdrowia jak najbardziej przychyliło się do stanowiska Rady Organizacji Pacjentów, rzeczywiście zyskaliście przychyłność?

Prosiliśmy o to, żeby rozważyć inne źródła finansowania funduszu kompensacyjnego, bez uszczuplania składek Narodowego Funduszu Zdrowia. Jak wiemy, w międzyczasie zaszło jeszcze kilka innych okoliczności. Według nas zasoby funduszu są coraz bardziej uszczuplane.

Apel, kolejny punkt w stanowisku Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej, dotyczył właśnie tego, żeby finansowe kryteria wnioskowania były jednak inne, ponieważ te, które były w tamtej wersji projektu, praktycznie uniemożliwiałyby wnioskowanie przez wielu pacjentów.

Wnioskowaliśmy o powołanie do uczestnictwa w radzie do spraw rejestrów medycznych przedstawicieli organizacji pacjentów, oczywiście w charakterze obserwatorów.

Ogólnopolska Federacja Onkologiczna również wnioskowała o dopuszczenie do postępowania kompensacyjnego profesjonalnego pełnomocnika wskazanego przez wnioskodawcę. Dla organizacji pacjentów to jest bardzo ważne, żebyśmy mogli mieć profesjonalnego pełnomocnika. Proszę uwierzyć, że pacjent, który jest chory, który może być gorzej wykształcony, który może być po prostu przestraszony, zwyczajnie może nie mieć siły na to, żeby siebie samego reprezentować przed gremium, którego może się po prostu obawiać.

Jeszcze raz powtórzę pytanie i będę zobowiązana za odpowiedź na to pytanie: które z postulatów zgłaszanych przez organizacje pacjentów, czyli przez radę – one są na stronie Rady Organizacji Pacjentów – i przez Ogólnopolską Federację Onkologiczną, zgodnie z tym, co tutaj usłyszałam, zostały uznane i zawarte w obecnym kształcie ustawy o jakości i bezpieczeństwie pacjenta?

I na końcu jeszcze raz: zgadzam się z panią senator. W tej ustawie, proszę państwa, nie ma jakości. Ja już kiedyś powiedziałałam: to jest ustawa o systemie kar, o kompensacji, zwolnieniach z kar itd., ale nie o jakości. Ja tutaj tego nie widzę. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.

Online poprosiły o głos 2 osoby.

Pani Kutaj, bardzo proszę o podłączenie się i przedstawienie się dokładnie, bo mam tylko nazwisko.

Bardzo proszę.

PRZEDSTAWICIEL TOWARZYSTWA  
PROMOCJI JAKOŚCI OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W POLSCE

**HALINA KUTAJ-WĄSIKOWSKA**

Dzień dobry. Halina Kutaj-Wąsikowska.

Przez 28 lat byłam związana z Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Współtworzyłam program akredytacji szpitali, przez ostatnie 7 lat zarządzałam tą jednostką, w tej chwili już z nią nie jestem związana. Bardzo dziękuję za głos pacjentów w sprawie rozdzielenia systemu oceny akredytacyjnej od systemu płacenia za jakość, w sensie kontroli, przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Ustawa o jakości była procedowana tak naprawdę od 2016 r., trwały prace, centrum brało udział w pracach nad tą ustawą. Bardzo wiele oczekiwaliśmy po tej ustawie, ale kształt, w jakim ona jest w tej chwili przedstawiana, wskazuje, że od chwili ustanowienia tej ustawy, o ile do tego dojdzie, będziemy mieć absolutnie defensywną medycynę.

Ale zanim przejdę do zdarzeń niepożądanych, to może parę słów o tym, czym przez te dwadzieścia kilka lat, właściwie 29 lat, zajmowało się centrum. Centrum powołane zostało w 1994 r. do inspirowania oraz wspierania działań zmierzających do poprawy jakości oraz oceny czynników mających wpływ na opiekę zdrowotną. Stworzyliśmy wraz ze środowiskiem akredytacyjnym kilka programów. To jest program akredytacji dla szpitali, działający od 1998 r., dla podstawowej opieki zdrowotnej – od 2004 r., od 2013 r. program dotyczący ośrodków leczenia uzależnień. Ten ostatni został opracowany, ale tak naprawdę nigdy nie było woli politycznej, żeby ten program zafunkcjonował, aczkolwiek środowisko wielokrotnie zgłaszało potrzebę wprowadzenia akredytacji dla ośrodków leczenia uzależnień. I ostatni program akredytacyjny, który powstał z inicjatywy środowiska patomorfologów polskich, to jest program akredytacji diagnostyki patomorfologicznej, i to się w tej chwili dzieje. Środowisko widząc kiepską w wielu przypadkach jakość rozpoznania patomorfologicznych, wprowadziło ten właśnie program akredytacji. Już dochodzą do nas głosy, że ten program, który jest realizowany przez centrum, we współpracy ze środowiskiem zdecydowanie wpływa na poprawę jakości rozpoznania.

Centrum zajmowało się, oprócz tego, że akredytacją, z której jest najbardziej znane, przede wszystkim poprawą jakości bezpieczeństwa pacjentów. W 2015 r. centrum przeprowadziło bardzo duże badania dotyczące zdarzeń niepożądanych, bezpieczeństwa opieki. To było badanie opinii personelu lekarskiego i pielęgniarskiego na temat zgłaszania zdarzeń niepożądanych i tego, jaki system powinien obowiązywać w opiece zdrowotnej. Bardzo dużo ankiet, ponad 3 tysiące 400 odpowiedzi, duża zwrotność, ponad 50-procentowa. Badanie opinii publicznej, prowadzone były wywiady ze społeczeństwem na temat bezpieczeństwa systemu opieki zdrowotnej i oczekiwań społeczeństwa. Duże badanie, bo w ramach przeglądu dokumentacji medycznej zostało przeanalizowane ponad 2 tysiące 100 historii chorób pod kątem identyfikowania zdarzeń niepożądanych. Nasze polskie badanie pokazało, że liczba zdarzeń niepożądanych w polskich szpitalach jest właściwie taka sama jak liczba zdarzeń niepożądanych w innych systemach na świecie, bo jest ponad 7% zdarzeń niepożądanych. Część z tych zdarzeń jest niemożliwa do uniknięcia i trzeba sobie zdawać z tego sprawę, że żeby zdarzeń niepożądanych było mniej, należy zgłaszać te zdarzenia, personel musi się czuć bezpieczny, musi się, że tak powiem, uczyć na tych zdarzeniach. I takie są oczekiwania personelu medycznego. W innym przypadku, tak jak powiedział pan prezes Jankowski, będziemy mieć system, w którym będziemy promować złych lekarzy, czyli tych, którzy tak naprawdę będą zgłaszać zdarzenia niepożądane bardzo błahie, proste, a zdarzenia niepożądane ze szkodą dla pacjenta... Czasami pacjent nie będzie w stanie określić, jaka to była szkoda, i rodzina nie będzie ubiegała się o odszkodowanie ani rekompensatę za to zdarzenie. Część spraw związanych z tymi zdarzeniami będzie po prostu zmiatana pod dywan.

Centrum prowadziło też wiele inicjatyw w zakresie bezpieczeństwa pacjenta, że wspomnę o zespołach wczesnego reagowania. W wielu polskich szpitalach powstały takie zespoły, to są zespoły umożliwiające szybką identyfikację, leczenie pacjentów zagrożonych pogorszeniem stanu ogólnego.

Centrum wprowadzało bardzo dużo inicjatyw Światowej Organizacji Zdrowia, zresztą przez 10 lat było ośrodkiem współpracy, tzw. *colaborating center*, ze Światową Organizacją

Zdrowia. Przykładem jest wprowadzenie, wspólnie ze środowiskiem anestezjologów, chirurgów i lekarzy innych specjalności, okołoperacyjnej karty kontrolnej. Inicjatywą było wprowadzenie wytycznych dla bezpieczeństwa farmakoterapii; publikacja przewodników dla pacjentów i ich rodzin, jak poruszać się po systemie, żeby wiedzieli, że włączając się do systemu, trzeba zabrać listę leków, suplementów diety. Były broszury, informatory. Była też adaptacja curriculum Światowej Organizacji Zdrowia dotyczącego edukacji w zakresie bezpieczeństwa pacjenta w przeddyplomowym kształceniu medycznym – to jest przewodnik dla wykładowców, jak nauczać na kierunkach medycznych o bezpieczeństwie pacjenta.

Obecnie takim projektem, który ma, powiedziałabym, bardzo dobry odbiór w szpitalach, jest projekt badania opinii pacjentów online. Jest to badanie prowadzone przez centrum za darmo, dla wszystkich zainteresowanych, od połowy 2021 r. Do tej pory ponad 54 tysięcy pacjentów wypełniło ankiety online na temat opinii o leczeniu w danym szpitalu. Jest to bardzo pomocne narzędzie dla dyrektorów, dla personelu. W szpitalach można uzyskać bezpłatne analizy wyników dla szpitala, dla oddziału, porównać je z wynikami innych szpitali, oddziałów. Świetne, bezpłatne narzędzie.

Centrum przez wiele lat prowadziło, i nadal prowadzi, rejestr odleżyn powstałych u pacjentów szpitali. No, muszę powiedzieć, że tylko 50 szpitali uczestniczy w zbieraniu danych i w porównywaniu się, jeśli chodzi o problem odleżyn.

Duże badanie zostało przeprowadzone w 2021 r. na temat kultury bezpieczeństwa w szpitalach. Wielokrotnie dzisiaj było mówione o badaniu kultury bezpieczeństwa w polskich szpitalach. Ponad 14 tysięcy ankiet uzyskaliśmy od personelu szpitali. To jest naprawdę bardzo pomocne narzędzie i myślę, że z tego ministerstwo powinno czerpać, wprowadzając zmiany w systemie opieki zdrowotnej. Sama akredytacja już dostarcza ogromnie dużo informacji na temat systemu opieki zdrowotnej, jak wygląda ten system, jakie ma niedomogi. I muszę powiedzieć, że przez wiele lat, przez 28 lat mojej pracy w centrum niewielu ministrów poprosiło o dane dotyczące wyników prowadzonych akredytacji.

Oczywiście praca centrum to jest też współpraca międzynarodowa. Współpraca z Radą Europy to były pierwsze wytyczne na temat

bezpieczeństwa pacjenta z 2006 r. Z OECD jest duży projekt, w którym centrum odpowiada za przekazywanie danych na temat bezpieczeństwa pacjentów oraz współtworzy kwestionariusze do oceny jakości opieki z perspektywy pacjenta. Przez 10 lat pracownik centrum, pani Basia Kutryba, przewodniczyła grupie roboczej, potem eksperckiej do spraw bezpieczeństwa pacjenta i jakości opieki Unii Europejskiej. To były lata 2008–2017. Tak że wiedza i potencjał centrum, jeśli chodzi o jakość opieki, bezpieczeństwo polskiego systemu, jest ogromna.

Ustawa zakłada przeniesienie pracowników centrum do funduszu. Fundusz ma przejąć zadania jedynie z zakresu akredytacji.

Przepraszam bardzo, ale jestem chora, stąd taki mój głos.

Moje pytanie do Ministerstwa Zdrowia jest takie: kto przejmie pozostałe aktywności i współpracę ze środowiskiem medycznym w zakresie jakości i bezpieczeństwa? Dziękuję.

PRZEWODNICZĄCA

**BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.

Następną osobą jest prof. Rafał Niżankowski. Bardzo proszę, Panie Profesorze.

CZŁONEK ZARZĄDU TOWARZYSTWA  
PROMOCJI JAKOŚCI OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W POLSCE

**RAFAŁ NIŻANKOWSKI**

Dziękuję bardzo.

Pani Przewodnicząca! Szanowni Państwo!

Ja od 32 lat zajmuję się jakością. Obok mojej działalności klinicznej, prowadziłem klinikę angiologii, zajmowałem się różnymi aspektami jakości. Muszę powiedzieć, że to, co teraz omawiamy jako ustawę, a ustawa była bardzo długo oczekiwana, to niestety jest absolutny bubel. Ja bym podzielił zawartość tej ustawy na kilka części. Elementy, które są zupełnie niezwiązane z jakością... A właściwie co to znaczy, kiedy mówimy o jakości? Chodzi o poprawę jakości, podkreślam: o poprawę. O to, co zrobić, żeby wyniki i inne parametry jakości w naszym systemie były lepsze. Nie po to, żeby gromadzić dane, tylko po to, żeby te dane służyły poprawie jakości.

No więc tu jest cały szereg elementów niezwiązanych z poprawą jakości udzielanych świadczeń, takich jak kwestie funduszu kompensacyjnego czy rozwoju kultury fizycznej. To są rzeczy zupełnie niezwiązane z meritem sprawy.

Jeżeli zaś chodzi o kwestię jakości, to podzieliłbym to na 2 części. Jedna część to są rzeczy, które powinniśmy w Polsce wprowadzić, tzn. zagadnienia związane z poprawą bezpieczeństwa pacjenta, czyli analiza zdarzeń niepożądanych i rejestry, czyli uwzględnianie wyników leczenia. To są rzeczy, które na pewno powinniśmy wprowadzić, z tym że ta ustawa nie spowoduje, że to wprowadzimy. Wprowadzimy to w sposób patologiczny, to jest regulacja, która te zagadnienia prowadzi kompletnie opatrnie. Przykładowo: bezpieczeństwo pacjenta jest zależne w dużym stopniu od tego, czy stworzy się warunki do bezpiecznego udzielania świadczeń... Więc jeżeli mamy przypadek zdarzenia niepożądanego, to ono powinno być analizowane, ale nie po to, żeby je analizować, tylko po to, żeby znaleźć rozwiązania zabezpieczające przed ponownym, takim samym czy podobnym, zdarzeniem. No więc podstawową rzeczą jest dochodzenie do rozwiązań, które w danym szpitalu, w danej jednostce spowodują, że to dalsze ich działanie będzie bezpieczniejsze. To wymaga wiedzy fachowej, tej wiedzy fachowej nie mają nasze szpitale. To wymaga stworzenia jednostki czy rozbudowania jednostki, która byłaby jednostką ekspercką, która posiadałaby taką wiedzę, umiałaby szkolić w tym zakresie, umiałaby oceniać. Obecnie cały ten przygotowany system spowoduje to, że będą pseudoanalizy zdarzeń i będziemy mieli taki wynik, że o pacjencie, który wypadł z łóżka, dowiemy się, że przyczyną było to, że pacjent był niesubordynowany, kiedy w rzeczywistości, tak naprawdę pacjent nie mógł się doczekać na przyniesienie basenu i z tego powodu próbował wstać z łóżka. No więc grozi nam, że będziemy mieli ogromną ilość takich pozornych analiz, bo nie mamy żadnej jednostki eksperckiej, która czuwałaby nad tym, która tego pilnowałaby, która oceniałaby, jak te analizy są robione. Nie jest podstawowym problemem robienie rejestru krajowego. Podstawowym problemem jest nauczenie ludzi w szpitalach, jak takie rzeczy rozpatrywać, jak dochodzić do rozwiązań, które zabezpieczą szpital przed podobnym zdarzeniem. Tak że pod tym względem jest to ustawa napisana bardzo nieudolnie.

Kolejny element to jest to, co już mamy w Polsce. Od 25 lat prowadzimy, proszę państwa, akredytacje. Jesteśmy krajem, który po Francji ma największy system akredytacyjny w Europie. I to jest robione przez wyspecjalizowaną jednostkę, czyli Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, o którym przed chwilą mówiła pani dyrektor Wąsikowska, ekspercką jednostkę. I teraz zamiast rozbudowywać czy wzmacniać eksperckość tej jednostki, zamiast poszerzać jej zadania o zadania z zakresu analizy zdarzeń niepożądanych, zwłaszcza, że już pewne doświadczenia, i to na forum europejskim, ta jednostka ma, to to wszystko przerzuca się do NFZ. A to jest absurdem, dlatego że NFZ ma główne zadania zupełnie inne – finansować służbę zdrowia. W związku z tym akredytacja, która 25 lat funkcjonuje w Polsce, będzie praktycznie skazana na obumarcie. To jest droga do zniszczenia czegoś, co przez ten czas zbudowaliśmy. Więc pytam: czy jest sens wprowadzać taką regulację, która prowadzi do destrukcji tego, co już mamy? Zamiast rozbudowywać dalej, my niszczymy to, co mamy. Generalnie należy się spodziewać, że to spowoduje tylko niepotrzebny rozrost biurokracji, a jeżeli chodzi o efekty w postaci bezpieczniejszej sytuacji pacjenta, bezpieczniejszej sytuacji personelu i lepszych wyników leczenia, to nie mamy tu żadnego powodu się tego spodziewać.

Autoryzacja. Co do autoryzacji, to kryteria, proszę państwa, zostały podane czysto strukturalne. Z literatury światowej wiadomo, i to już od dawna, że takie strukturalne elementy nie mają istotnego znaczenia, wpływu na wyniki leczenia, o czym zresztą przed chwilą mówiła pani onkolog. Nie są najistotniejsze efekty strukturalne, najistotniejsi są ludzie, ludzie i ich doświadczenie, ich umiejętności. To jest to, co powinniśmy oceniać. Nie powinniśmy patrzeć, czy są wypełnione pewne wymogi dotyczące wyposażenia i infrastruktury, bo to jest naprawdę trzeciorzędna albo nawet pięciorzędna sprawa.

Na koniec powiem, że kamienie milowe nie wymagają tego, abyśmy przyjmowali taki bubel, aby państwo, polski parlament przyjął taki bubel i zrobił kolejne zamieszanie w systemie ochrony zdrowia. Chciałbym też spytać pana ministra, kto z ekspertów pisał tę ustawę. Niech pan minister nam powie, który ekspert pisał tę ustawę. Pytam, bo to jest coś takiego, co w głowie się... włos się jeży na głowie, kiedy człowiek w całości



to przeczyta. Nie można sobie wyobrazić, że coś takiego mogło powstać w głowie kogoś, kto ma trochę doświadczenia w zakresie jakości.

Ostatnia kwestia. No, wpuszczenie tego wszystkiego do funduszu tworzy przede wszystkim sytuację ogromnego konfliktu interesów. Wiadomo, że fundusz z niektórymi jednostkami jest w konflikcie, więc pytanie: jak on będzie miał obiektywnie oceniać je w ramach akredytacji? Fundusz ma inne zadania, na których musi, i będzie musiał, się koncentrować, a zagadnienia związane z jakością będą piątym kołem u wozu. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.

Więcej chętnych do głosu na sali nie widzę, więc postaram się jeszcze w kilku słowach podsumować te wszystkie wątki, które tutaj padły. Mam również 2 bardzo konkretne pytania do pana ministra.

Otóż tak, po całej tej dyskusji widzę to w ten sposób. Pan minister tu jasno powiedział, że jest to bardzo ważna i kompleksowa ustawa, ale tak naprawdę to są 2 ważne tematy, które w tej ustawie wybrzmiewają najbardziej, czyli zdarzenia niepożądane i akredytacja. Odniosę się właściwie do obu tych kwestii.

Co do zdarzeń niepożądanych, to moje osobiste zdanie jest takie, że aby rozpatrywać kwestię zdarzeń niepożądanych, przede wszystkim trzeba ludzi wszystkiego bardzo dokładnie nauczyć. Oczywiście zdarzenie niepożądane wiąże się z bezpieczeństwem pacjenta, ale jeżeli personel nie będzie czuł się bezpieczny, to po pierwsze, nie będzie chciał zgłaszać tych zdarzeń, a po drugie, będzie robił wszystko, ażeby w jakikolwiek sposób – tutaj zresztą też to padało – te zgłaszane zdarzenia były wykazywane w sposób bardzo oględny. A przecież nie o to chodzi. Ja rozumiem, że my powinniśmy teraz przede wszystkim wyciągnąć wnioski z doświadczeń, jakie już mają szpitale w związku z rejestracją zakażeń. Dlaczego my mamy tu problem? Dlatego, że od samego początku personel nie został bardzo dobrze wyedukowany i od początku nie było jasnego przekazu, że jeżeli zostanie wykazana większa liczba zakażeń przez szpital, to wcale nie będzie oceniany szpital bardziej negatywnie, poprzez

tę liczbę zakażeń. A niestety w wielu szpitalach do dzisiejszego dnia taki trend panuje. Dlatego też jeżeli my na dzisiejszym posiedzeniu zgodzimy się z tym, żeby skierowane były restrykcje, sankcje w stosunku do personelu medycznego, to znaczy, że my zmierzamy w złym kierunku.

W związku z moją krótką wypowiedzią mam też konkretne pytanie, co do art. 62. Jeżeli w tym artykule mamy taką terminologię, jak „kodeks karny”, „przestępstwo”, „dopuszczenie się przestępstwa”, „sprawca”, „organ powoływany do ścigania przestępstw” i „kara”, to czy my stygmatyzujemy personel, czy nie? W mojej ocenie tym zapisem bardzo. I każdy z personelu medycznego po przeczytaniu tego artykułu dziesięć razy się zastanowi, czy warto w ogóle w tej kwestii się odezwać. Dlatego też... Tu pani dyrektor powiedziała bardzo ważną rzecz, a mianowicie, że CMJ przez wiele lat prowadziło dialog, lekarze i personel uczyli się podstawowych procedur jakości, które były w szpitalach wprowadzane. Kto teraz ten dialog ma prowadzić? Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia i jego pracownicy? Poprzez ocenę, poprzez wydawanie akredytacji i poprzez późniejsze kontraktowanie procedur? Przecież to jest jawna sprzeczność, jawna sprzeczność interesu. Dlatego w mojej ocenie pomysł przeniesienia kompetencji centrum monitorowania jakości do Narodowego Funduszu Zdrowia jest po prostu absurdalny. Jest to kolejny element centralizacji systemu, powierzenia w jedne ręce decyzji wszelakich, dotyczących i kontraktowania, i standardów, i kontroli oraz nadzoru. Co do tego zasadniczego punktu, z takim podejściem ja osobiście absolutnie się nie zgadzam. To jest pierwsza rzecz.

Druga rzecz. Tak, bardzo ważna jest kwestia autoryzacji. Bardzo dziękuję, że pan profesor zwrócił na to uwagę, bo tak jak powiedziała również pani senator, to ludzie tworzą system, i to ludzie muszą być przekonani do tego, że wszystkie procedury, które mają wykonać, znają dobrze i że te procedury nie będą działały na ich niekorzyść. No więc to jest druga również bardzo ważna kwestia.

Trzecia to podnoszony tu temat kamienia milowego. Jasno chcę zdementować wagę tej ustawy, jeżeli chodzi o kamień milowy, ponieważ kamień milowy jest realizowany nie wtedy, kiedy jest przyjmowana ustawa, tylko kiedy jest wdrażana, a jeżeli wdrożenie tej ustawy ostatecznie zamyka się w 2027 r., to znaczy, że nie

jest ona żadnym kamieniem milowym, związanym z dostępnością środków z Unii Europejskiej, z KPO. Więc proszę nie opowiadać takich rzeczy, że jest to jeden z ważniejszych kamieni milowych, bo tak nie jest.

I jeszcze kwestia dopisanych tematów i tzw. wrzutek, które jak zwykle się pojawiają, to już jest standard, jeżeli chodzi o przyjmowanie naszych ustaw.

No, ale jeżeli chodzi o ten art. 89, to już jest kuriozum, Panie Ministrze. To już jest kuriozum, żeby minister sportu... Jeżeli jestem w błędzie, to proszę sprostować, ale mam informację, że to minister sportu przyniósł taką poprawkę do Sejmu, aby właśnie ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia przeznaczyć kwotę – najpierw była proponowana kwota 20 milionów, która została zwiększona do 50 milionów – na, jak tu jest pięknie zapisane, kreowanie postaw zdrowotnych, czytaj: organizacje półkolonii. Czy nie uważa pan, Panie Ministrze, że to wydzieranie środków z Narodowego Funduszu Zdrowia zaczyna się stawać jakąś obsesją? Wszystko, co potrzeba gdzieś z boku załatwić, jest łatane ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, czyli po prostu z naszych składek. Najpierw państwo zmieniliście ustawę, ustalając podatek 9-procentowy, obecnie obciążenie mega dla wszystkich przedsiębiorstw w związku ze składką zdrowotną. Rozumieliśmy, że jest potrzeba zwiększenia składki, no bo rzeczywiście wyzwania w ochronie zdrowia są ogromne. No ale później uszczupliliście budżet, poprzez przeniesienie wszystkich zadań z budżetu Ministerstwa Zdrowia do Narodowego Funduszu Zdrowia. A teraz co rusz słyszymy, że dodatkowo świadczenia zdrowotne są okrojone przez tego typu wrzutki. Czy pan minister jako lekarz dobrze się czuje z takim zapisem? Bo ja, również jako lekarz, fatalnie.

Na zakończenie jeszcze oczywiście o tym, jaka jest ta ustawa pod względem prawnym. Tak jak powiedziałam na początku, opinia jest po prostu druzgocąca. Wielokrotnie mieliśmy tu do czynienia z zapisami, z którymi Biuro Legislacyjne się nie zgadzało. Rozumieliśmy różne, jakieś nadzwyczajne sytuacje, kiedy może trzeba było troszeczkę to prawo przygiąć, ale nie możemy przyjmować ustawy, która od początku do końca, właściwie w każdym artykule jest skrytykowana. Jeżeli w 6 ważnych wątkach, najważniejszych tej ustawy, jest złamana konstytucja,

to właściwie taka ustawa w ogóle nie powinna być przedmiotem naszej rozmowy.

Będę stawiała wniosek o odrzucenie tej ustawy w całości, ale wysłucham pana ministra, co jeszcze powie w tej kwestii. Dziękuję.

**SEKRETARZ STANU  
W MINISTERSTWIE ZDROWIA  
WALDEMAR KRASKA**

Dziękuję, Pani Przewodnicząca.

Szanowna Komisjo! Szanowni Państwo!

Postaram się bez emocji, aczkolwiek myślę, że trudno chwilami nie podchodzić do tego emocjonalnie, szczególnie, że... Zerkam w kierunku pani profesor, mojej koleżanki z Senatu – mam wrażenie, jakby pani świadomie nie czytała tych ustaw, które są procedowane, bo w przypadku ustawy o onkologii było podobnie. W związku z tym, o czym pani powiedziała przed chwilą, że ta ustawa nie ma żadnych wskaźników, jeżeli chodzi o jakość, nie ma tych mierników, no to pani zaprzecza temu, co jest, bo ta ustawa to posiada. Dokładnie art. 4 mówi o miernikach, wskaźnikach jakości. Mowa o miernikach klinicznych, takich jak długość hospitalizacji, efekt leczniczy, powtórna hospitalizacja, zgony.

Pani Profesor, ja powiem szczerze, staram się zawsze być spokojny i mówić bez emocji, ale jeżeli pani mówi, że takiej rzeczy nie ma w tej ustawie, a cały świat się na tym...

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Jeżeli cały świat się na tym opiera, a pani mówi, że tego nie ma, no to naprawdę po prostu tak po ludzku jest mi przykro, Pani Profesor. Przykro, że pani o takich rzeczach mówi i wprowadza w błąd osoby, które oglądają transmisję z tego posiedzenia komisji.

Fundusz Medyczny. No, Fundusz Medyczny, Pani Senator, nie jest tylko dla pacjentów onkologicznych, o czym pani doskonale wie. Rozszerzamy go o pacjentów, jeżeli chodzi o psychiatrię i psychologię, bo tu problem obecnie narasta i musimy te pieniądze także w tym kierunku przekazać. Ja powiem bardzo krótko, bo nie chcę, żeby państwo... bo zaraz będzie, że ja podchodzę do tego emocjonalnie. No, 50 milionów – ta kwestia także w czasie dyskusji w Sejmie była podnoszona – to są pieniądze, które będą przeznaczone z Narodowego Funduszu Zdrowia. Dodatkowo będzie 50 milionów od Ministerstwa Sportu. Czyli razem



to będzie 100 milionów. To są pieniądze, które będą wykorzystane w czasie letniego wypoczynku dzieci i młodzieży, skorzysta z tego ok. 300 tysięcy dzieci. To są pieniądze, które będą wykorzystane na to, aby w czasie letniego wypoczynku mogła być udzielona porada, czy to rehabilitacyjna, czy też psychologiczna, czy dietetyczna. I to nie są pieniądze na sport, tylko na to, żeby młodzież i dzieci skorzystały w czasie letniego wypoczynku, ale myślę, że także ich rodzice, którzy będą obecni w czasie tych badań... No, wiemy, jakim obecnie problemem, szczególnie po pandemii, jest otyłość wśród najmłodszych, wśród młodzieży i dzieci. Więc myślę, że tutaj te porady, które będą udzielane, no, będą dobrymi poradami. Można oczywiście mówić, że kolejne pieniądze są przeznaczane... W czasie debaty sejmowej to było bardziej dobitnie powiedziane. Myślę, że każdy z nas wie, że inwestowanie pieniędzy w profilaktykę zdecydowanie się zwraca, i to jest bardzo ważne.

Pani przewodnicząca mówiła, że są wrzutki. No, pani też jest w parlamencie dość długo i wie, że nie tylko za tej kadencji, ale praktycznie w każdej kadencji w ustawach pewne dodatkowe wrzutki są robione, bo taka jest jakby...

*(Przewodnicząca Beata Małecka-Libera: Ale, Panie Ministrze, proszę o argumenty, a nie o tym, co było 10 lat temu. Błagam, no...)*

Za państwa rządów też to było robione.

*(Senator Alicja Chybicka: Ale nie żyjemy polityką historyczną...)*

Ja wiem, że żyjemy teraz polityką wyborczą. Okej, no, okej, możemy wszystkim krytykować.

*(Przewodnicząca Beata Małecka-Libera: Ale proszę, skupmy się na ustawie. I proszę...)*

Jasne.

*(Przewodnicząca Beata Małecka-Libera: ... pana ministra, żeby odpowiadał merytorycznie.)*

Ja odpowiadam merytorycznie, Pani Przewodnicząca. W którym miejscu nie?

*(Przewodnicząca Beata Małecka-Libera: No, to, że 10 lat temu coś było, nie jest merytoryczne.)*

A nie, to pani mówiła o wrzutkach. No, ja nie mówiłem o wrzutkach.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

No bo to są wrzutki, Panie Ministrze. No proszę, naprawdę...

*(Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Waldemar Kraska: A ja mówiłem o tym, że kiedyś też były wrzutki.)*

Ja naprawdę rozumiem zdrowie publiczne i wiem, co to jest profilaktyka. Wrzucenie 50 milionów na półkolonie to nie jest program profilaktyczny ani zdrowotny. I myślę, że pan minister tyle rozumie. Dziękuję.

**SEKRETARZ STANU  
W MINISTERSTWIE ZDROWIA  
WALDEMAR KRASKA**

Czyli dzieci z tego nie skorzystają, rozumiem, okej. Bo mamy tu inne zdania.

Pan prezes przedstawił nam spot. Uważam, że państwo chyba też nie doczytaliście, jaka jest definicja, jeśli chodzi o zdarzenie medyczne. Postaram się dokładnie ją przytoczyć i zaraz odniosę się także do tego spotu, który został przedstawiony. Zdarzenie niepożądane, czyli „zdarzenie zaistniałe w trakcie udzielania lub w efekcie udzielania bądź zaniechania udzielania świadczenia opieki zdrowotnej, powodujące lub mogące spowodować negatywny skutek dla zdrowia lub życia pacjenta, w szczególności zgon, uszczerbek na zdrowiu lub rozstrój zdrowia, chorobę, zagrożenie życia, konieczność hospitalizacji albo jej przedłużenia, a także uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia płodu; nie stanowi zdarzenia niepożądanego zdarzenie, którego skutek jest przewidywanym skutkiem prawidłowo udzielonego świadczenia opieki zdrowotnej”. Prawidłowo udzielonego świadczenia opieki zdrowotnej...

Pan prezes podzielił – ja jestem też lekarzem – nasze środowisko na lekarzy dobrych i złych. Nie wiem, jakie pan przyjął... Ja pewnie jestem w tej kategorii jako ten zły lekarz. Pewnie jakieś wyznaczniki pan przewodniczący przyjął. No, jest to dla mnie nie do przyjęcia, że mój przedstawiciel, na którego ja jako lekarz płacę miesięczną składkę, dzieli... ocenia mnie jako złego lub dobrego lekarza. Myślę, że to nie jest w gestii Izby Lekarskiej. Ten spot na pewno jest zrobiony profesjonalnie, ale wyrządza dużą krzywdę, także osobom, które udzielają świadczeń, a także sieje dużą niepewność wśród pacjentów. I myślę, że to jest to większe zło, które niestety ten spot wyrządza. Zrobiony jest profesjonalnie, podejrzuwam, że za duże pieniądze. Pan

przewodniczący raczej powiedzieć może, ile on kosztował, jestem ciekawy...

*(Przewodnicząca Beata Małecka-Libera: Panie Ministrze, czy mamy teraz mówić o reklamach? Bo możemy ten wątek pociągnąć. Ile Ministerstwo Zdrowia wydało pieniędzy na reklamy?)*

Pani Przewodnicząca... Pani Przewodnicząca, ale był puszczonego spot czy nie?

*(Przewodnicząca Beata Małecka-Libera: Był. I?)*

*(Prezes Naczelnej Izby Lekarskiej Łukasz Jankowski: Jeżeli mogę się tylko odnieść... Ja myślę, że jesteśmy przyzwyczajeni...)*

*(Przewodnicząca Beata Małecka-Libera: Zazwyczaj będziemy dyskutować.)*

*(Prezes Naczelnej Izby Lekarskiej Łukasz Jankowski: A, dziękuję bardzo.)*

Szanowni Państwo, możemy nie zgadzać się z tą ustawą, możemy podnosić, że ona jest niekonstytucyjna. Wielokrotnie, w wielu aspektach przy poprzednich ustawach legislatorzy taki wątek podnosili. W czasie prac sejmowych takiego aspektu nie było. Nie jestem prawnikiem, więc trudno mi w tej chwili rozstrzygać kwestie prawne. Ale myślę, że emocje, które są wokół tej ustawy, te niepotrzebne emocje, które są wyrażane, no, niestety one także oddziałują na naszych pacjentów. Myślę, że one nie powinny mieć miejsca, powinniśmy mówić merytorycznie. Jesteśmy w bardzo złym okresie, ja mam tego pełną świadomość, że jesteśmy w okresie wyborczym i ta ustawa jest może w złym momencie procedowana, ale myślę, że warto ją przedyskutować, przeprocedować. Wiele miesięcy była dyskutowana z różnymi środowiskami. To nieprawda, że środowiska pacjenckie miały do niej negatywne opinie. Myślę, że pan rzecznik się do tego odnosił, bo on dyskutował z organizacjami pacjenckimi. Myślę, że pewne rzeczy zawsze będzie można ewentualnie później poprawić, ale teraz proszę państwa senatorów i izbę senacką, aby tę ustawę przyjąć, bo to jest ustawa, która jest oczekiwana przez pacjentów. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.

Panie Ministrze, nie odpowiedział pan na kilka pytań. Rozumiem, że te, które zostały zadane,

jak np., który z ekspertów napisał tę ustawę, albo dotyczące odniesienia się do art. 62... Odpowiedzi chcielibyśmy dostać na piśmie, dobrze?

**SEKRETARZ STANU  
W MINISTERSTWIE ZDROWIA  
WALDEMAR KRASKA**

Pani Przewodnicząca, ustawa w żadnym momencie, w żadnym artykule nie zaostrza żadnej kary, jeżeli chodzi o prace pracowników służby zdrowia. Proszę mi pokazać taki fragment, w którym jest mowa o zaostrzeniu. Pytam, bo pani powiedziała, że stygmatyzujemy lekarzy, personel medyczny. Prawda? W którym miejscu, w którym miejscu zaostrzamy przepisy?

*(Przewodnicząca Beata Małecka-Libera: Ale ja jasno powiedziałam, przytoczyłam artykuł, art. 62.)*

W żadnym miejscu nie zaostrzamy, a wręcz odwrotnie – łagodzimy.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Ja powiedziałam, że stygmatyzujemy, a to jest różnica, Panie Ministrze, i jasno wykazałam to poprzez słownictwo, które jest tam użyte.

Pan prezes Jankowski ad vocem.

**PREZES NACZELNEJ IZBY LEKARSKIEJ  
ŁUKASZ JANKOWSKI**

Nie tylko ad vocem. Byliśmy przed chwilą, wszyscy państwo i ja też, świadkami kolejnego epizodu, kiedy merytoryczna dyskusja ze środowiskiem lekarskim zamienia się w personalny atak. Wcześniej to rzecznik Ministerstwa Zdrowia, teraz pan minister, moją prośbę o merytoryczne argumenty odwrócił w personalny atak czy też personalnie zwrócił się do mnie. Myślę, że reprezentując środowisko lekarskie, przedstawiłem państwu zarówno apel Naczelnej Rady Lekarskiej, jak i nasze stanowisko, a także merytoryczne poprawki. Jeżeli chodzi o personalne animozje czy personalne wycieczki, to ponawiam prośbę o dialog, i to dialog merytoryczny, ze środowiskiem.

No bo to do niczego nie prowadzi, Panie Ministrze. A mówienie o tym, że prowadzicie państwo

dialog, a następnie pokazywanie tego typu wystąpienie w przestrzeni publicznej, jak wystąpienie państwa rzecznika czy pana ministra, nie buduje zaufania między nami. My przedstawiliśmy merytoryczne poprawki, podobnie jak organizacje pacjenckie, i prosimy o odniesienie się do tego.

A czy pan minister jest lekarzem dobrym, czy złym... Wyraźnie powiedziałem, że nie wszyscy lekarze są lekarzami dobrymi, jest odsetek lekarzy, którzy są lekarzami złymi, i mogą to rozwinąć. To ci lekarze, którzy trafiają do rzecznika odpowiedzialności zawodowej i w związku z którymi my wyciągamy wnioski. Jeżeli ktoś dokonuje rażącego niedbalstwa, czegoś rażącego – zresztą w mojej wypowiedzi o tym powiedziałem – np. przychodzi pijany do pracy czy rażąco zaniedbuje swoje obowiązki, to trzeba powiedzieć wprost: tacy lekarze są źli. I my jako środowisko lekarskie również powinniśmy w stosunku do tych naszych kolegów wyciągać konsekwencje. Tak że proszę, Panie Ministrze, nie brać do siebie tych uwag, ja staram się cały czas rozmawiać o ustawie i o merytoryce. Bardzo dziękuję.

**PRZEWODNICZĄCA**  
**BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję.  
Pani senator ad vocem. Proszę.

**SENATOR**  
**ALICJA CHYBICKA**

Bardzo, bardzo mi jest przykro, że pan minister nie zrozumiał, co ja do niego mówię, bo jeśli pan widzi tutaj gdzieś *quality of life* albo *event-free survival*... Może ja przetłumaczę: *event-free survival* to jest czas przeżycia wolnego od zdarzeń, a *quality of life* to jest jakość życia. Tu ani słowa nie ma na ten temat, w tej czwórce, w tym art. 4. Ja czytałam ustawę, Panie Ministrze, bo ja nie mam w zwyczaju nie czytać, więc jeśli pan to gdzieś tu widzi, to proszę mi to pokazać. Dziękuję.

**PRZEWODNICZĄCA**  
**BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Proszę bardzo, Pani Senator.

**SENATOR**  
**EWA MATECKA**

Dziękuję bardzo, Pani Przewodnicząca.

Panie Ministrze, wszelkie zmiany, które dokonywane są w obszarze ochrony zdrowia, muszą być budowane na zaufaniu, wzajemnym zaufaniu, a w szczególności zaufaniu pacjentów do tychże zmian. W 2020 r. po wykonaniu w Sejmie przez panią poseł Lichocką pewnego gestu została jednak podjęta decyzja przez pana prezydenta o utworzeniu Funduszu Medycznego, z przeznaczeniem na leczenie osób chorych na nowotwory i choroby rzadkie. Tak była argumentowana ta ustawa przez przedstawiciela prezydenta w 2020 r. Dokładnie to pamiętam, brałam wtedy udział w dyskusji, uzasadniałam, że tak późne wprowadzanie, w październiku czy listopadzie 2020 r., nie gwarantuje realizacji tej ustawy, szczególnie w 2020 r. i w latach następnych. I dzisiaj mówię o tym zaufaniu dlatego, że chorzy na nowotwory oto dowiadują się, że Fundusz Medyczny nie jest przeznaczony tylko dla chorych na nowotwory. Oczywiście, dlaczego tak jest? Poprzez zmiany i nowelizacje, które są wprowadzane w odniesieniu do Funduszu Medycznego. Dzieje się teraz w Funduszu Medycznym tak, że mniejszą wagę przywiązuje się do celu, jaki pierwotnie przyświecał utworzeniu Funduszu Medycznego, a wrzuca się tam wiele innych spraw. A to szczepienia, które oczywiście są bardzo potrzebne i tego nie podważamy, a to inne zadania, które proponuje się teraz w tej zmianie. Chorzy na nowotwory od pana, Panie Ministrze, dowiadują się, że Fundusz Medyczny nie jest przeznaczony li tylko dla chorych na nowotwory. Czegoś takiego się nie spodziewałam. Dziękuję.

**PRZEWODNICZĄCA**  
**BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję.

Ja myślę, że najwyższa pora, żeby pacjenci się dowiedzieli, że mają coraz mniej środków na świadczenia zdrowotne, i jasno chcą podkreślić, że tak się dzieje od dłuższego czasu. A to, co zostało ostatnio zrobione, czyli zniesienie finansowania przez Ministerstwo Zdrowia i przerzucenie zadań do Narodowego Funduszu Zdrowia, pomijając już to, że finansowana jest

z Narodowego Funduszu Zdrowia Agencja Badań Medycznych... A teraz jeszcze dodatkowo pan minister chce mi udowodnić, że finansując ze świadczeń zdrowotnych półkolonie, zmniejszymy otyłość i podniesiemy profilaktykę. Naprawdę, Panie Ministrze, tego typu argumentacja jest, jak myślę, chyba nie na takim poziomie, jaki na posiedzeniu komisji powinniśmy prezentować. Do tego wszystkiego te wszystkie zadania, które wykraczają poza tę ustawową materię, absolutnie świadczące o tym, w jaki sposób ta ustawa została przygotowana. No i co do zasady absolutnie nie zgadzam się na to, aby akredytacja, wieloletni dorobek CMJ, została zaprzeczona. To, że te zadania częściowo zostaną przeniesione do Narodowego Funduszu Zdrowia, rodzi absolutny konflikt interesów.

Dyskusja... Jeszcze po jednym zdaniu w takim razie.

Proszę bardzo, pan minister, potem pani prezes i zamykamy dyskusję.

#### RZECZNIK PRAW PACJENTA BARTŁOMIEJ CHMIELOWIEC

Pani Przewodnicząca, ja chciałbym merytorycznie odnieść się do tych wszystkich zarzutów związanych z niekonstytucyjnością, zwłaszcza z uwagi na fakt, że są to zarzuty do tej części, którą przygotowywał m.in. rzecznik praw pacjenta i moi współpracownicy. Radykalnie nie zgadzamy się z opinią Biura Legislacyjnego, więc jeśli mógłbym się merytorycznie odnieść, to bardzo bym prosił.

*(Przewodnicząca Beata Małecką-Libera: Proszę bardzo.)*

Dziękuję bardzo, Pani Przewodnicząca.

Po pierwsze, pojawia się zarzut, że art. 68 pkt 6 opinowanej ustawy narusza zasadę wykonywania inicjatywy ustawodawczej rozpatrywania projektu ustawy w 3 czytaniach. Szanowny Panie Mecenasie, ja chciałbym zauważyć, że przywołany przepis art. 68 pkt 6 ustawy jest zawarty w obecnie obowiązującej ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta i ta poprawka ma jedynie charakter redakcyjno-legislacyjny. Notabene, została zgłoszona przez prawników Biura Legislacyjnego Sejmu. A dlaczego została zgłoszona? Ano dlatego, że jest uchylany rozdział XIII ustawy o prawach pacjenta i w związku z tym trzeba redakcyjnie

doprecyzować ten przepis. Więc ja traktuję tę uwagę jako oczywistą pomyłkę, Panie Mecenasie, bo ten przepis jest i obecnie funkcjonuje w obecnie obowiązującej ustawie.

Pojawił się zarzut dotyczący niezgodności z konstytucją art. 40a ust. 6 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, czyli kwestia dotycząca powołania pełnomocnika, art. 67 ust. 5u, art. 67u ust. 5 pkt 1, czyli kwestie dotyczące wzoru wniosku oraz art. 23a ust. 2 ustawy o działalności leczniczej, czyli zapisów związanych z monitoringiem.

Po pierwsze, Szanowni Państwo, w naszej ocenie nie jest to absolutnie materia prawa powszechnie obowiązującego. Trzeba mieć na uwadze obecnie obowiązujące akty prawne. Mianowicie art. 23 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej mówi o tym, że sprawy „dotyczące sposobu i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmiot wykonujący działalność leczniczą, nieuregulowane w ustawie lub statucie, określa regulamin organizacyjny ustalony przez kierownika”. W związku z tym m.in. właśnie w tymże regulaminie będą ustalone kwestie dotyczące funkcjonowania pełnomocnika do spraw praw pacjenta, a co za tym idzie, w naszej ocenie absolutnie nie jest to materia prawa powszechnie obowiązującego, jest to akt stricte związany z wewnętrznymi uregulowaniami.

Druga kwestia dotyczy zakresu związane go z wzorem wniosku, czyli tego, że tenże wzór wniosku powinien zostać określony w drodze rozporządzenia. Również z tym zakresem zarzutów konstytucyjnych się nie zgadzamy, dlatego że wzór wniosku nie jest elementem obligatoryjnym, czyli obowiązkowym. Innymi słowy, pacjent może skorzystać z tego wniosku, który będzie publikowany na stronie rzecznika praw pacjenta, ale równie dobrze może złożyć do Biura Rzecznika Praw Pacjenta wniosek napisany odręcznie i ten wniosek zostanie rozpatrzony. Skąd pomysł, aby ten wzór wniosku został zawarty na stronie rzecznika praw pacjenta? No, chodzi o to, żeby pacjentowi pomóc, chodzi o to, żeby ułatwić, chodzi o to, aby pacjent mógł skutecznie złożyć wniosek, korzystając z pewnego wzoru, z pewnego mechanizmu ułatwiającego złożenie tego wniosku. Ale nie jest to w żaden sposób akt prawa powszechnie obowiązującego. Dlatego, jak powiedziałem, nie kształtuje to praw i obowiązków jednostki. Jest to po prostu dobrowolny wniosek, który jest stosowany



m.in. w Funduszu Kompensacyjnym Szczepień Ochronnych. Notabene, ponad 99% wniosków zostało złożonych w ten sposób, ale 1% wniosków został złożony w innej formie, oczywiście te wnioski były rozpatrywane. Abstrahując od zarzutów niekonstytucyjności takiego rozwiązania, mogą państwu powiedzieć, jaka byłaby konsekwencja przyjęcia rozwiązania, gdyby tenże wzór miał być zawarty w rozporządzeniu, chociażby ministra zdrowia. Po pierwsze, byłby to wzór obowiązujący, co oznaczałoby, że każdy wniosek pacjenta, który nie zostałby złożony na wzorze, musiałby być przez nas odrzucony albo musielibyśmy wzywać pacjenta do tego, żeby złożył wniosek na konkretnie obowiązującym wzorze. W mojej ocenie, Szanowni Państwo, organy administracji, a w szczególności tego typu organy jak rzecznik praw pacjenta, nie powinny tworzyć barier o charakterze administracyjno-formalno-prawnym, raczej powinny wychodzić naprzeciw oczekiwaniom pacjentów.

Kolejna kwestia to jest kwestia dotycząca monitoringu. I znowu, Szanowny Panie Mecenasie, pragnę zwrócić uwagę, że art. 23a ust. 2 ustawy o działalności leczniczej, już teraz obowiązujący, mówi o tym, że kierownik podmiotu wykonującego działalność leczniczą może określić w regulaminie organizacyjnym sposób obserwacji pomieszczeń za pomocą urządzeń umożliwiających rejestrację obrazu, czyli monitoring. To, co obecnie jest procedowane w ustawie o jakości i bezpieczeństwie pacjenta, jest kwestią rozszerzenia katalogu miejsc, w którym ten monitoring mógłby być prowadzony. Chcę zauważyć również, że kwestia dotycząca zagadnień związanych z ochroną danych osobowych była konsultowana m.in. z prezesem Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Zgodnie z opinią z 23 stycznia 2023 r. sposób unormowania tych zagadnień w projekcie ustawy o jakości i bezpieczeństwie pacjenta organ właściwy w sprawach ochrony danych osobowych uznaje za wyczerpujący. Przepis, jak powiedziałem, obecnie już obowiązuje. Na marginesie chcę dodać, że wszedł on w życie 4 maja 2019 r. na mocy ustawy o zmianie niektórych ustaw w związku z zapewnieniem stosowania rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady, czyli tej obszernej ustawy, która wprowadzała do naszego porządku prawnego kwestie związane z RODO. Wówczas ta ustawa była opiniowana przez Kancelarię Senatu i Biuro Legislacyjne. Mam tu przed sobą tę opinię

– jest to opinia z 6 marca 2019 r. – i w tej opinii nie ma ani słowa o tym, że tenże przepis miałby być niekonstytucyjny.

Kolejna kwestia, która pojawiła się w zarzutach, związana jest z tym, że świadczenia opieki zdrowotnej, które nie są finansowane ze środków publicznych, czy zdarzenia niepożądane występujące w podmiotach prywatnych, nie mogłyby być podstawą do tego, żeby wystąpić z wnioskiem do rzecznika praw pacjenta o wypłatę należnych świadczeń. W naszej ocenie to unormowanie nie jest w żadnym razie sprzeczne z konstytucją. Należy podkreślić, że zakaz dyskryminacji wynikający z art. 32 ust. 2 konstytucji nie jest tożsamy z zakazem różnicowania sytuacji podmiotów prawa, lecz oznacza zakaz nieuzasadnionego, różnego kształtowania sytuacji podobnych podmiotów prawa w procesie stosowania prawa. A co za tym idzie, w naszej ocenie, z taką sytuacją nie mamy do czynienia w analizowanym przypadku. Pragnę zauważyć, że konsekwencja przyjętych rozwiązań jest konsekwencją tego, jak funkcjonuje obecny system ochrony zdrowia, innymi słowy, środki funduszu będą pochodzić z odpisu przekazywanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia, a zatem powinno to dotyczyć świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych w tym samym trybie. Gdyby przyjąć takie rozwiązanie, że zdarzenia niepożądane, błędy medyczne, ściślej, błędy lekarskie, sytuacje, które powstały w podmiotach prywatnych, również można byłoby zgłaszać, to w konsekwencji doszłoby do sytuacji, w której państwo ze składek zdrowotnych zmniejszałoby zobowiązania placówek prywatnych. No, w takiej sytuacji to pewnie tak, to być może byłby to zarzut związany z niekonstytucyjnością.

Kolejny zarzut: dlaczego to rozwiązanie dotyczy tylko i wyłącznie tych sytuacji, tych zdarzeń niepożądanych, które występują w placówkach szpitalnych? Jak rozumiem, w domyśle: dlaczego nie dotyczą tych sytuacji, które miałyby występować, jeżeli chodzi o kwestie ambulatoryjnej opieki zdrowotnej czy podstawowej opieki zdrowotnej. Szanowni Państwo, to rozwiązanie jest w pełni świadome i dotyczy tego, że najcięższe, najbardziej niepożądane zdarzenia występują właśnie w trakcie hospitalizacji. Jeżeli mamy do czynienia z potencjalnymi błędami medycznymi, zdarzeniami niepożądanymi w innych placówkach, takich jak podstawowa opieka zdrowotna czy ambulatoryjna opieka specjalistyczna, to one

nie niosą tak daleko idących konsekwencji, jak ma to miejsce, jeśli chodzi o hospitalizację w placówkach szpitalnych...

*(Wypowiedzi w tle nagrania)*

Dla przykładu... Dla przykładu, Pani Przewodnicząca... Ja podam przykłady najczęstszych zdarzeń niepożądanych na podstawie literatury fachowej. Ciała obce pozostawione w polu operacyjnym; niewłaściwe: pacjent, strona operowana, procedura operacyjna; odcewnikowa infekcja łożyska naczyniowego; uszkodzenie ciała powstałe w wyniku zabiegu operacyjnego; sepsa po zabiegu operacyjnym; zatorowość płucna lub zakrzepica żył głębokich po zabiegu operacyjnym; samobójstwo w szpitalu, niewłaściwe podanie leku upadki w szpitalu...

#### PRZEWODNICZĄCA BEATA MAŁECKA-LIBERA

Przepraszam, Panie Ministrze, tak, oczywiście szpital jest miejscem szczególnym, ale jednak uważamy, że dotyczyć to powinno wszystkich placówek. No, Panie Ministrze, zgodzi się pan z tym, że jeżeli w POZ nie zostaną wykonane należyte badania diagnostyczne albo pomyłone zostaną wyniki badań... To co? To ma mniejsze znaczenie i pacjent w ogóle nie trafi na odpowiednie leczenie? Nie, Panie Ministrze, co do tego naprawdę nie będzie zgody, i bardzo prosimy, żeby pan nie rozdzielał wagi diagnostyki i leczenia poszczególnych pracowników, czy on pracuje w szpitalu, czy w innym miejscu.

#### RZECZNIK PRAW PACJENTA BARTŁOMIEJ CHMIELOWIEC

Pani Przewodnicząca, ja nie rozdzielam tej wagi, tylko wskazuję na motywy, dlaczego zostało przyjęte takie rozwiązanie.

Znowu na marginesie tylko dodam, że to rozwiązanie jest tożsame z rozwiązaniem funkcjonującym w naszym porządku prawnym od 2012 r. Bowiem wojewódzkie komisje do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych również zajmują się tylko i wyłącznie przypadkami zdarzeń niepożądanych, które wystąpiły w szpitalach. No więc też w związku z powyższym nie widzimy tutaj za zasadne uznanie argumentacji, że miały to być przepis niezgodny z konstytucją.

*(Przewodnicząca Beata Małecka-Libera: Ale ma to być ustawa kompleksowa.)*

Szanowna Pani Przewodnicząca, chcę zwrócić uwagę na jedną rzecz, mianowicie my zbyt często w naszym systemie ochrony zdrowia chcielibyśmy coś zrobić od razu w sposób idealny. Już sama ta ustawa jest gigantycznym wyzwaniem organizacyjnym, są kwestie związane z pewną przyjętą strategią... Stąd też m.in. pewne zapisy tej ustawy, a są one kompleksowe, wchodzi w życie w pewnym odstępie czasowym, po to, żeby można było się do nich przygotować, chociażby zbudować system informatyczny w zakresie rejestru zdarzeń niepożądanych. Dlatego też nie można wykluczyć, że kiedy przyjmiemy te rozwiązania i zobaczymy, jakie mamy doświadczenia, jakie będzie obciążenie tego systemu, ile ten system będzie kosztował... Nie można wykluczyć, że nastąpią pewne zmiany, związane również z nowelizacją tejże ustawy, i wtedy być może będzie można przesądzić o tym, aby również zdarzenia niepożądane, które występują bardzo sporadycznie, jeżeli chodzi o częstotliwość, w wyniku których dochodzi do szkód, jeżeli chodzi o pacjentów, aby te zdarzenia występujące w POZ czy w AOS, mogły również być objęte Funduszem Kompensacyjnym Zdarzeń Medycznych.

Art. 79 ust. 6 opinowanej ustawy. Tutaj jest zarzut związany z tym, że z mocy prawa nastąpi umorzenie tych postępowań, które nie zakończą się przed wojewódzkimi komisjami. Z tym zarzutem nie możemy się w żaden sposób zgodzić m.in. dlatego, że w tejże ustawie, o czym nie ma mowy w opinii Biura Legislacyjnego Senatu, są rozwiązania gwarantujące zabezpieczenie tychże pacjentów. Po pierwsze, jest przepis mówiący o tym, że komisje mają do końca obecnego roku rozstrzygnąć wszystkie postępowania, które są prowadzone. Może zdarzyć się tak, że niektóre z tych postępowań będą zawieszono i nie zostaną rozstrzygnięte z uwagi na fakt, że jednocześnie toczy się bądź postępowanie przed sądem w ramach postępowania karnego, bądź postępowanie z tytułu przedmiotu odpowiedzialności zawodowej, ale w ramach tych postępowań chociażby kwestie dotyczące postępowania mediacyjnego w postępowaniu dotyczącym odpowiedzialności zawodowej czy kwestie dotyczące obowiązku naprawienia szkody, jeśli chodzi o postępowanie karne... Stosowne zadośćuczynienie bądź odszkodowanie pacjent będzie mógł uzyskać.



Po drugie, ustawa o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta przewiduje, że wszystkie te postępowania, które będą umorzony... Jednocześnie stosowany będzie do nich przepis mówiący o tym, że nastąpi przerwanie biegu terminu przedawnienia. Przerwanie biegu terminu przedawnienia zgodnie z art. 126 kodeksu cywilnego powoduje, że termin przedawnienia biegnie niejako na nowo. To oznacza, że te wszystkie osoby będą mogły skutecznie dochodzić swoich roszczeń na drodze postępowania cywilnego.

Po trzecie, rozstrzygnięcie wojewódzkiej komisji do spraw zdarzeń medycznych nie kreuje żadnego zobowiązania finansowo-prawnego, tzn. to rozstrzygnięcie nie spowoduje, że pacjentowi zostanie przyznane jakiegokolwiek zadośćuczynienie czy odszkodowanie, i nie jest prejudykatem w postępowaniu sądowym. To oznacza, że to jest tylko iluzoryczna możliwość uzyskania odszkodowania bądź zadośćuczynienia, jeżeli szpital zaproponuje w określonej wysokości kwotę odszkodowania... Mieliśmy do czynienia z sytuacjami, w których to były propozycje kwot rzędu 1 zł czy 100 zł. Stąd w naszej ocenie ze wszech miar pożądaną jest to, aby tego stanu rzeczy nie przeciągać w nieskończoność, aby te postępowania wojewódzkich komisji nie trwały nieskończenie długo.

Chcę też podkreślić, że rozwiązanie polegające na umorzeniu z mocy prawa określonych postępowań przed sądami lub innymi organami państwa w związku z wejściem w życie nowych przepisów prawa likwidujących dany organ lub tryb rozpatrywania sprawy można znaleźć w wielu obowiązujących ustawach. I tak np. w art. 397 ust. 1–3 ustawy o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich, w art. 204 ustawy o działalności leczniczej, w art. 131 ust. 4 ustawy o zbiorowym zarządzaniu prawami autorskimi i prawami pokrewnymi czy w końcu w art. 11 ust. 1 ustawy – Prawo o ustroju sądów powszechnych, ustawy o Sądzie Najwyższym oraz niektórych innych ustaw. Innymi słowy, to nie jest nowa instytucja. Wzorowana jest ona na rozwiązaniach już przyjętych w obowiązującym porządku prawnym.

I na koniec argument, jaki pojawił się w opinii Biura Legislacyjnego Kancelarii Senatu, pytanie, dlaczego inna instytucja nie mogłaby przejąć prowadzenia tychże spraw. Szanowny Panie Mecenasiu, to było szeroko analizowane, konsultowane. Takiej instytucji nie ma.

Postępowania przed wojewódzkimi komisjami do spraw zdarzeń medycznych są oparte na diametralnie różnym schemacie, przepisach. Tutaj mamy odpowiednie przystosowanie przepisów kodeksu postępowania cywilnego, tutaj mamy przepisy kodeksu postępowania administracyjnego... Nie ma takiej instytucji, nie ma takiego organu, który mógłby przejąć i kontynuować prowadzenie tych postępowań, stąd też konieczność zawarcia w ustawie przepisu mówiącego o umorzeniu tych postępowań, które nie będą do końca 2023 r. rozstrzygnięte.

Szanowna Pani Przewodnicząca, mam pytanie, czy mógłbym się jeszcze odnieść do dyskusji i argumentów, które się tu pojawiły. Jestem do tego przygotowany.

(Przewodnicząca Beata Małecko-Libera: Bardzo proszę, Panie Ministrze, tylko w miarę skrótowno, ponieważ niestety goni nas czas.)

Dziękuję bardzo, Pani Przewodnicząca.

Jeżeli chodzi o kwestię dotyczącą rejestru zdarzeń niepożądanych, a jest to, jak rozumiem, jedna z tych kwestii, które budzą najwięcej kontrowersji, to chcę powiedzieć, że w krajach Europy Zachodniej nie ma jednego modelu, który moglibyśmy zastosować czy wskazać jako typowy, zwykle stosowany w regulacjach dotyczących rejestru zdarzeń niepożądanych. Są regulacje, które mówią o tym, że ten rejestr jest obowiązkowy, ale są i mówiące o tym, że jest dobrowolny. Są regulacje, które mówią o tym, że zdarzenia niepożądane zgłasza tylko i wyłącznie personel medyczny, ale są i mówiące o tym, że zgłaszają je również pacjenci. W obecnie obowiązującej ustawie... W tym projekcie ustawy zostały przyjęte rozwiązania mówiące o tym, że zdarzenia niepożądane będzie zgłaszał personel medyczny, jak również będą je zgłaszali pacjenci – do rzecznika praw pacjenta. To się zresztą już dzieje. Niezależnie od tego, że ta ustawa jeszcze nie weszła w życie, my takie rozwiązania systemowe już wprowadziliśmy – po to, żeby jak najlepiej przygotować się do wejścia w życie ustawy. To pierwsza sprawa.

Po drugie, nie ma jednolitych regulacji co do tego, jak zgłoszenie zdarzeń niepożądanych miałoby wyglądać, tzn. czy ma być dokonywane tylko anonimowo, czy ma być dokonywane z podaniem imienia i nazwiska osoby zgłaszającej. Np. we Francji są rozwiązania analogiczne do tych przyjętych, tak że tam zgłoszenie wymaga podania imienia i nazwiska. Takie rozwiązania

przyjęto we Francji, ale są również takie rozwiązania, które przewidują zgłaszanie bądź anonimowe, bądź z podaniem imienia i nazwiska.

Po trzecie w końcu, zaprojektowane propozycje wprowadzają rozwiązania, które mają ochronić personel medyczny przed różnego rodzaju negatywnymi konsekwencjami. Pierwsze z takich rozwiązań jest takie, że kierownik bądź inne osoby uczestniczące w analizie zdarzeń niepożądanych nie mogą w żaden sposób udostępniać danych osobowych osoby, która takie zdarzenie niepożądane zgłosiła. Zresztą jest to zagrożone sankcją karną. To jest art. 61 tejże ustawy i to jest jedyny przepis, który cokolwiek penalizuje. Tenże przepis wskazuje, że w sytuacji, w której kierownik bądź inne osoby udostępniły, przekazały dane osobowe personelu medycznego, który zgłosił zdarzenie niepożądane, podlegają oni odpowiedzialności karnej – do 2 lat. Są też przepisy chroniące personel medyczny przed negatywnymi konsekwencjami w ramach ewentualnych działań wewnętrznych, czyli przepisy, które mówią o tym, że nie można będzie pracownika zwolnić, rozwiązać umowy o pracę, nie można będzie mu zaproponować niekorzystnych warunków umowy o pracę, nie można go pozbawić premii, nie będzie można rozwiązać kontraktu... Te wszystkie gwarancje są tu zawarte. To, co wywołuje dyskusję, to to, czy art. 62 ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta w sposób dostateczny, jeśli tak mogę powiedzieć, odpowiada na postulaty środowiska medycznego dotyczące zwolnienia z odpowiedzialności karnej, a jeśli tak, to w jakim zakresie. Być może tej dyskusji nie byłoby, gdyby takiej propozycji nie było. Być może tej dyskusji nie byłoby... Ta propozycja dotyczy sfery regulacji odpowiedzialności karnej. A skoro tak, to w jakim zakresie dotyczy ona personelu medycznego? Ta dyskusja toczy się, jak wiemy, od wielu lat. Ja nie wykluczam, Szanowna Pani Przewodnicząca, że być może trzeba byłoby w sposób szczególny uregulować tę kwestię w ustawie o zawodzie lekarza. Ale to oznaczałoby odejście od przyjętych reguł odpowiedzialności karnej dotyczących ogółu społeczeństwa, zawartych w ustawie – Kodeks karny.

Chciałbym wyraźnie podkreślić, że my robimy pierwszy krok. Jak tu już była mowa, przewijało się to w wypowiedziach różnych ekspertów, to jest pierwszy krok w celu poprawy bezpieczeństwa pacjenta. Oczywiście, że w ślad

za tym muszą mieć miejsce kolejne kroki – kolejne kroki dotyczące edukacji, kolejne kroki dotyczące strategii bezpieczeństwa, kolejne kroki dotyczące tworzenia zaplecza eksperckiego, tak żeby wspomóc placówki szpitalne w realizacji tejże ustawy.

Na zakończenie, Szanowna Pani Przewodnicząca, odniosę się do uwag pani prezes. No, z racji tego, że są mi bardzo bliskie kwestie związane ze środowiskiem organizacji pacjenckich... Padł zarzut, że ta ustawa, że ostateczna wersja ustawy jest odmienna od tego, co było zaprezentowane w 2022 r. Ale zrzęb tej ustawy jest tym samym kształcie. Faktycznie pojawiły się poprawki takie jak chociażby poprawka dotycząca art. 89, ale ta poprawka pojawiła się na etapie prac w Sejmie. W związku z powyższym nie sposób czynić zarzutu, że nie była ona dyskutowana ze środowiskiem organizacji pacjentów. To, czy te postulaty zostały uwzględnione... Czy został uwzględniony postulat, aby inne placówki, nie tylko szpitale, zostały objęte ustawą o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta? Tak, został uwzględniony. Takie placówki mają o 1 rok dłuższy okres *vacatio legis*, ażeby dostosować się do wymogów stawianych w tej ustawie. Czy został uwzględniony postulat, aby zwolnić z opłaty od złożenia wniosku, która zgodnie z ustawą wynosi 300 zł, osoby, które są w stanie ubóstwa bądź nie są w stanie tejże opłaty ponieść bez negatywnych konsekwencji finansowych? Nie trzeba było tego postulaty uwzględniać, gdyż on jest już uwzględniony w ustawie o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta. Dlaczego? Dlatego że do tych postępowań będzie stosowany art. 267 kodeksu postępowania administracyjnego, który umożliwi organowi, czyli rzecznikowi praw pacjenta, zwolnienie z tejże opłaty osoby, które nie będą w stanie tej opłaty ponieść. Z doświadczeń, które mamy w ramach funkcjonowania Funduszu Kompensacyjnego Szczepień Ochronnych... W tym przypadku zwolniliśmy z opłaty, analogicznej opłaty wynoszącej 300 zł, ponad 100 pacjentów, którzy zawnioskowali o...

(Przewodnicząca Beata Małecko-Libera: Ja tylko poproszę pana ministra o bardziej zwięzłą wypowiedź. Dobrze?)

Już kończę, Pani Przewodnicząca.

I ostatnia kwestia. Było tu pytanie o profesjonalnego pełnomocnika. Tak, ta kwestia została uwzględniona w toku prac rządowych, przy czym, co powiem wprost, ja się z nią

merytorycznie nie zgadzam. Były podniesione zarzuty co do niekonstytucyjności... Dlaczego się z nią nie zgadzam? Ano dlatego, że cały projekt jest tak skonstruowany, ażeby pacjent mógł korzystać z dobrodziejstwa tej ustawy, nie korzystając z usług profesjonalnego pełnomocnika, bo te usługi są niezwykle drogie. I po to właśnie na początku była taka propozycja przepisu. No ale on został zlikwidowany i obecnie pacjent składający wniosek będzie mógł mieć profesjonalnego pełnomocnika. Dziękuję uprzejmie.

PRZEWODNICZĄCA  
**BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.  
Czy pan mecenas chce się do tego odnieść?  
(Wypowiedź poza mikrofonem)  
Momencik...  
Proszę bardzo.

GŁÓWNY LEGISLATOR  
W BIURZE LEGISLACYJNYM  
W KANCELARII SENATU  
**PIOTR MAGDA**

Tak, oczywiście.  
Bardzo dziękuję panu rzecznikowi za zwrócenie uwagi w zakresie dotyczącym art. 32 ust. 2b zmienianej ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Zgłoszoną w tym zakresie uwagę pana rzecznika przyjmuję i do wiadomości, i do stosowania, i wyłącznie w tym zakresie odstępuję od zgłoszonej uwagi. Rzeczywiście zmiana tego przepisu jest konsekwencją legislacyjną uchylecia stosownego rozdziału w tej ustawie. W pełni natomiast podtrzymuję inne uwagi dotyczące problematyki poruszonej przez pana rzecznika.

I tak jednozdaniowo, w odniesieniu do problematyki szczegółowych zasad działania pełnomocników do spraw pacjenta... Z całą pewnością problematyka rangi zasad stanowi materię o charakterze powszechnie obowiązującym. Nie jest to materia o charakterze wewnętrznym, nie jest możliwe normowanie szczegółowych zasad nawet w drodze rozporządzenia, a co dopiero w drodze aktu normatywnego o charakterze wewnętrznym, jakim jest regulamin organizacyjny podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

W zakresie dotyczącym kwestii świadczenia kompensacyjnego podtrzymuję swoją opinię, że osoby pozbawione tego świadczenia są podmiotami podobnymi w rozumieniu orzecznictwa Trybunału Konstytucyjnego. Podane przez pana rzecznika przykłady dostarczyły raczej argumentów na rzecz niekonstytucyjności proponowanego rozwiązania, abstrahując od faktu, iż nie zostało ono w żaden sposób wyjaśnione w uzasadnieniu.

W odniesieniu natomiast do problematyki wojewódzkich komisji podzielam pogląd pana rzecznika, że przypadki, których będzie dotyczyć umorzenie, będą z całą pewnością stosunkowo nieliczne, niemniej jednak zauważam, że w takim przypadku projektuje się specjalne przepisy przejściowe, które przewidywałyby możliwość kontynuacji tych postępowań na dotychczasowych zasadach, albo też przewiduje się odpowiednie stosowanie dotychczasowych przepisów. Jeszcze raz bardzo dziękuję za przedstawione wyjaśnienia.

PRZEWODNICZĄCA  
**BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję.  
Jeszcze pani prezes. Ale minuta...

PREZES ZARZĄDU OGÓLNOPOLSKIEJ  
FEDERACJI ONKOLOGICZNEJ  
**DOROTA KORYCIŃSKA**

Tak, tak, ja krótko.

Bardzo dziękuję panu ministrowi, rzecznikowi praw pacjenta za te informacje, za to, że część postulatów organizacji pacjentów została zaakceptowana. Chciałabym się odnieść do wypowiedzi pana ministra o tym, że pacjenci oczekują ustawy o jakości. Panie Ministrze, ja prowadzę 2 organizacje pacjentów od bardzo wielu lat i jeszcze nikt w ministerstwie mnie nie pytał, czego ja oczekuję. Ale mogę powiedzieć tak. Pacjenci oczekują ustawy o bezpieczeństwie pacjenta i jakości opieki, natomiast my oczekujemy, że ta ustawa będzie bardzo wysokiej jakości. Chciałabym jeszcze powiedzieć panu rzecznikowi tak. Panie Rzeczniku, my nie konsultowaliśmy zrębów ustawy, bo nam nikt nie mówił o żadnych zrębach – my konsultowaliśmy

w zeszłym roku projekt ustawy o jakości opieki i bezpieczeństwie pacjenta, który dzisiaj radykalnie się zmienił. Ten art. 89 jest szalenie istotny i uważam, że przede wszystkim ten artykuł powinien być przedyskutowany z organizacjami pacjentów. Ja oczekuję, że tak się właśnie stanie, że my jako organizacja pacjentów usłyszymy informację, dlaczego został dokonany do projektu taki wpis i jaki on ma związek z ustawą o jakości i bezpieczeństwie pacjenta. Tu jest taki zapis: „finansowanie kosztów kreowania postaw zdrowotnych i edukacji zdrowotnej”. Czy w związku z tym mam rozumieć, że zapisy o tym, że edukacja zdrowotna ma być realizowana w ramach edukacji szkolnej, są już nieważne? Chciałabym zauważyć, że w Narodowej Strategii Onkologicznej nie ma żadnej informacji o tym, to nie jest realizowane, choć miało być. Chcę się też dowiedzieć, jakie cele są stawiane w ramach tego „kreowania postaw zdrowotnych” i jak one będą mierzalne. Krótko mówiąc, nas interesuje efektywność tego, co jest zawarte w art. 89. Oczekuję dyskusji, rozmowy i wyjaśnień organizacjom pacjentów również na temat tego, jak wyglądają finanse Narodowego Funduszu Zdrowia i jak będą wyglądać zasoby funduszu zapasowego, z którego to ma być finansowane. Krótko mówiąc, chodzi o to, czego możemy oczekiwać po zabraniu kolejnej puli środków finansowych i przekazaniu jej na realizację celów, które od ułatwienia dostępności opieki zdrowotnej itp. są w tej chwili – tak mi się wydaje – dosyć odległe. Dziękuję bardzo.

PRZEWODNICZĄCA  
**BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.

Myślę, że wyczerpaliśmy wszystkie wątki w dyskusji.

Na zakończenie chcę tylko odnieść się do wypowiedzi pana ministra. Ustawa, tak jak pan minister powiedział, ma być pierwszym krokiem w celu budowania zaufania, ale wydaje mi się, po dzisiejszej dyskusji, że to zaufanie na razie chyba nie jest budowane. Wątpliwości, które wyrażają pracownicy medyczni... Dotarło do mnie wiele głosów także ze strony dyrektorów szpitali. Ten wątek nie był w ogóle poruszony. Oni obawiają się o to, czy na pewno podołają, sprostają realizacji tej ustawy, chociażby ze względu na

ograniczenia personalne, a to właśnie personelowi narzucone zostaną dodatkowe zadania. To też jest bardzo ważny temat, o którym jeszcze w ogóle nie rozmawialiśmy. Budowanie zaufania wydaje się najważniejsze. Chcąc poprawiać jakość opieki zdrowotnej i bezpieczeństwo pacjentów, zawsze musimy zaczynać od tego, kto będzie wpływał na tę jakość, czyli od personelu medycznego. A tutaj... No, mam dużą wątpliwość. Ten element nie został odpowiednio mocno przedyskutowany, a także wsparty. Działania w celu wsparcia personelu medycznego widzimy coraz mniej.

Pytanie ostatnie, które zadała pani prezes... Myślę, że będzie bardzo dobrze, jeżeli pan minister odpowie pisemnie na to pytanie. Bardzo proszę odpowiedź przekazać na ręce Komisji Zdrowia. I kwestia funduszu medycznego... Tak?

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Panie Ministrze, nie, nie. Już nie będziemy rozwijać dyskusji.

Czy pan minister...

*(Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Waldemar Kraska: A czy ja mogę dwa zdania?)*

Panie Ministrze, ale góra 5 minut, bo...

*(Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Waldemar Kraska: Krócej, krócej.)*

Dobrze.

SEKRETARZ STANU  
W MINISTERSTWIE ZDROWIA  
**WALDEMAR KRASKA**

Ja zawsze mówię krótko.

Pani Przewodnicząca! Szanowni Państwo!

Zwrócę się do pana prezesa Łukasza Jankowskiego. Moja wypowiedź nie miała cech ataku personalnego, Panie Prezesie. Ja jestem zawsze daleki od tego. Kto mnie zna, wie, że ja nigdy nikogo nie oceniam i nie atakuję personalnie. Jeżeli pan się poczuł urażony, to oczywiście przepraszam, ale nie był to mój cel. Ja naprawdę staram się, także jako lekarz, wchodzić w problematykę środowiska... Pracując w Ministerstwie Zdrowia, patrzę na te tematy także z perspektywy mojej ponadtrzydziestoletniej pracy jako lekarza, pracy niełatwej. Doskonale o tym wiemy, że ta praca jest trudna, coraz trudniejsza, szczególnie w sytuacji, jaką mamy obecnie. Myślę, że to, czego nam brakuje, to dialog między ministerstwem a izbą lekarską. Ja mam państwa projekt

uchwały na temat zdarzeń niepożądanych i systemu kompensacji. Myślę, że wiele rzeczy jest tu wspólnych... Myślę, że gdybyśmy zasiedli razem przy stole i porozmawiali bardziej bezpośrednio, a może mniej za pomocą Twittera, to wiele rzeczy byśmy mogli wspólnie wypracować. Ja ze swojej strony, Panie Prezesie, deklaruję, jeżeli pan oczywiście uważa mnie i Ministerstwo Zdrowia za partnera, chęć do takiego dość systematycznego spotkania się i rozmowy, także o sprawach bieżących, które są czasem do rozwiązania tu i teraz. Jestem gotowy do takiego dialogu i taką współpracę deklaruję. Czy to u państwa w izbie, czy u nas w Ministerstwie Zdrowia – to już dla mnie nie ma znaczenia. Tak że z mojej strony taka deklaracja jest.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Bardzo dziękuję, Panie Ministrze, za tę deklarację.

Myślę, że wszystkim nam... Rozmawiamy w gronie senatorów Komisji Zdrowia i też widzimy potrzebę takiego dialogu, ale niestety mamy wiele dowodów na to, że dialogu tak naprawdę nie ma. Tę deklarację wszyscy przyjmujemy, zapewne także pan prezes. Pytanie, co stoi na

przeszkodzie i powoduje, że tego dialogu jak dotychczas nie było... Ale to pozostawiam jako dygresję.

Zakończywszy część dyskusyjną, przystępujemy do głosowania.

Został przeze mnie zgłoszony wniosek o odrzucenie ustawy w całości. Ten wniosek podtrzymuję i poddaję pod głosowanie.

Proszę bardzo. Kto z państwa jest za przyjęciem wniosku o odrzucenie ustawy w całości?

Kto jest przeciw?

Kto się wstrzymał?

Proszę o wyniki.

4 – za, 1 – przeciw, nikt się nie wstrzymał.

Wniosek został przyjęty.

Na tym kończymy posiedzenie...

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Sprawozdawcą będę ja, jeżeli nie będzie sprzeciwu moich kolegów.

To wszystko w takim razie. Bardzo dziękuję państwu za obecność, a przede wszystkim bardzo dziękuję panu mecenasowi, który przygotował dla nas tę opinię. Jak myślę, wszyscy bardzo dokładnie ją przeczytaliśmy i byliśmy mocno skonfundowani, że ustawa aż tak bardzo wykraczająca poza wszelkie normy prawa przekazana nam została do procedowania.

Dziękuję bardzo.

*(Koniec posiedzenia o godzinie 13 minut 24)*



**Kancelaria Senatu**

Opracowanie:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk i łamanie:

Centrum Informacyjne Senatu, Dział Wydawniczy