



SENAT  
RZECZYPOSPOLITEJ  
POLSKIEJ

X kadencja

# Zapis stenograficzny

z posiedzenia  
Komisji Zdrowia (120.)

28 czerwca 2023 r.

Porządek obrad:

1. Rozpatrzenie ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (druk senacki nr 1015, druki sejmowe nr 3260 i 3357).

(Początek posiedzenia o godzinie 10 minut 01)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodnicząca  
Beata Małecka-Libera)

PRZEWODNICZĄCA  
**BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Rozpoczynamy w takim razie.

Panie Ministrze, udzielam panu głosu. Ponieważ nie ma osoby odpowiedzialnej za ustawę, więc ta odpowiedzialność spada na pana. Proszę bardzo.

PODSEKRETARZ STANU  
W MINISTERSTWIE ZDROWIA  
**PIOTR BROMBER**

Pani Przewodnicząca! Panie i Panowie! Zaproszeni Goście!

Projekt ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta zakłada wprowadzenie rozwiązań m.in. w zakresie jakości w opiece zdrowotnej, która będzie mierzona przez Narodowy Fundusz Zdrowia z wykorzystaniem wskaźników jakości opieki zdrowotnej, mieszczących się w takich 3 obszarach: klinicznych, konsumenckim i zarządczym. Przewiduje autoryzację podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz monitorowanie zdarzeń niepożądanych w oparciu o wewnętrzny system zarządzania jakością i bezpieczeństwem. I tutaj warto podkreślić jest to, że zostawiamy dużą swobodę w tym zakresie dyrektorom, prezesom podmiotów leczniczych. Uznaliśmy, że na tym etapie mamy przestrzeń do wypracowania stosownych rozwiązań. W późniejszym czasie będziemy starali się to ujednoczyć, właśnie korzystając z doświadczenia dyrektorów, prezesów szpitali.

W dalszej kolejności ustawa określa również uprawnienia procesu akredytacji w ochronie zdrowia, a następnie tworzenie i prowadzenie rejestrów podmiotów medycznych.

Ten projekt w dużej mierze bazuje na projekcie rządowym, procedowanym już też m.in. na posiedzeniu komisji senackiej. W trakcie późniejszej dyskusji uwzględniono zdanie opinii publicznej i dokonano podziału na 2 projekty. Dzisiaj oba projekty są procedowane.

Przy tym w ramach rozmawiania o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta istotnym elementem, wokół którego ogniskowała się dyskusja, była właśnie kwestia odpowiedzialności, czyli tzw. no-fault. Tych regulacji w tym projekcie nie ma, aczkolwiek to nie jest tak, że ten temat nie został w ogóle zagospodarowany. Przypomnę, że minister zdrowia Adam Niedzielski powołał zespół, którego pierwsze posiedzenie już się odbyło, któremu przewodniczy prorektor Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, chirurg. W ramach tego zespołu reprezentowane są wszystkie zawody medyczne i środowiska, które są zainteresowane tym tematem. Zakładamy, że zespół wypracuje rozwiązania w tym zakresie.

I de facto te 3 obszary – czyli jakość, bezpieczeństwo, no-fault i fundusz kompensacyjny – cały czas są aktualne, ale uznano, że należy w inny sposób zarządzić tymi obszarami.

Myślę, że na kanwie dyskusji o jakości warto też podkreślić, że w trakcie rozmów na różnych spotkaniach często było podkreślane to, że ta dyskusja toczy się już de facto od dawna. Niektórzy mówią, że czekają na ustawę od 40 lat, niektórzy, że od 15. Myślę, że warto przewartościować ten dyskurs i wprowadzić rozwiązanie w formie ustawy, a bazując na doświadczeniach, w przyszłości dokonywać zmian tej regulacji.

Bardzo dziękuję, Pani Przewodnicząca.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo. Rzeczywiście wypowiedź dosyć zwięzła, krótka. Widocznie pan minister nie ma za wielu argumentów.

Panie Mecenasie, oddaję panu głos w tej sytuacji. Proszę bardzo.

(*Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Piotr Bromber: Pani Przewodnicząca, jeżeli pani pozwoli... Ja przyjąłem pani sposób postępowania, ale też nie będę komentował pani wypowiedzi. Proszę o niekomentowanie moich.*)

Panie Ministrze, przepraszam bardzo, ale ja nie udzieliłam panu głosu. I proszę jednak zachować pewną formę postępowania na posiedzeniu komisji.

Teraz ma głos pan mecenas.  
Proszę bardzo.

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

Dziękuję bardzo.

Pani Przewodnicząca! Państwo Przewodniczący! Wysoka Komisjo! Szanowni Państwo!

Rozpatrywanej ustawie należy postawić 2 zarzuty niezgodności jej przepisów z konstytucją.

Po pierwsze, istnieją podstawy do wyrażenia opinii, że art. 8d ust. 2 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia w brzmieniu określonym przez rozpatrywaną ustawę jest niezgodny z art. 87 konstytucji przez to, że przewiduje unormowanie materii o charakterze powszechnie obowiązującym poza systemem źródeł prawa powszechnie obowiązującego. Przepisy art. 8d ust. 1 i 2 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia przewidują, że usługodawcy oraz dostawcy usług informatycznych dla usługodawców są obowiązani zapewniać, aby ich systemy teleinformatyczne identyfikowały się wzajemnie oraz porozumiewały się między sobą w sposób bezpieczny, zgodnie z wymogami dotyczącymi wspólnych i bezpiecznych otwartych standardów komunikacji, które ma określić minister właściwy do spraw zdrowia, jednakże nie w drodze aktu normatywnego o charakterze powszechnie obowiązującym, lecz w Biuletynie Informacji Publicznej na swojej stronie

podmiotowej. O powszechnie obowiązującym charakterze postanowień tejże informacji przesądza ust. 3 tego artykułu, który stanowi, że podmioty, o których mowa w ust. 1, mają obowiązek stosowania wymogów, o których mowa w ust. 2, w terminie 9 miesięcy od dnia ich zamieszczenia w Biuletynie Informacji Publicznej.

Skoro prawodawca zamierza unormować sytuację prawną omówionych podmiotów, musi uczynić to w drodze aktu normatywnego wskazanego w konstytucji jako źródło prawa powszechnie obowiązującego, a następnie ogłosić go we właściwym dzienniku urzędowym. Pożądana konkretyzacja unormowań ustawowych w tym zakresie powinna zatem nastąpić nie w drodze aktu prawa powielaczowego, lecz w drodze rozporządzenia wydanego przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

Po drugie, uzasadnione jest wyrażenie opinii, że art. 65 rozpatrywanej ustawy jest niezgodny z art. 92 ust. 1 konstytucji – zarówno przez to, że przewiduje zachowanie w mocy obowiązującej dotychczasowych rozporządzeń ministra zdrowia, tworzących rejestry medyczne, pomimo ich niezgodności z art. 20 ust. 1 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia w brzmieniu nadanym przez rozpatrywaną ustawę, jak i przez to, że przewiduje zachowanie mocy obowiązującej aż do dnia 31 grudnia 2027 r., a zatem w okresie rażąco przekraczającym czas niezbędny na wydanie nowych aktów wykonawczych.

Pozostałe zastrzeżenia dotyczące rozpatrywanej ustawy mają charakter legislacyjny i nie odnoszą się do istoty, jej meritum, w związku z tym można je omówić w sposób zwięzły.

Poprawki zaproponowane przez Biuro Legislacyjne zmierzają: do zapewnienia spójności terminologicznej w zakresie posługiwania się określeniem „świadczona opieki zdrowotnej”; do rezygnacji z posługiwania się skrótem „osoba odpowiedzialna” z uwagi na jego wyłącznie jednokrotne zastosowanie; do skorygowania określonego w przepisie przejściowym okresu, do którego odnosi się zawarte w nim unormowanie, mając na uwadze, że przepisy dotyczące akredytacji wchodzi w życie, co do zasady, z dniem 1 stycznia roku następnego; wreszcie do uwzględnienia okoliczności, że działalność podmiotu wykonującego działalność leczniczą może być wykonywana z wykorzystaniem nie tylko rachunku bankowego, lecz także rachunku

w spółdzielczej kasie oszczędnościowo-kredytowej. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo, Panie Mecenasiu.

Ja wcześniej zapoznałam się już dokładnie z tą opinią i chcę powiedzieć, że jako komisja przejmujemy wszystkie zaproponowane przez pana mecenasa poprawki.

Otwieram dyskusję.

Proszę bardzo, kto z państwa chce zabrać głos?

Pani senator Gorgoń-Komor, pan senator Wojciech Konieczny, pani senator Alicja Chybińska i za chwilę również państwo.

**SENATOR  
AGNIESZKA GORGOŃ-KOMOR**

Ja mam 2 krótkie pytania do tej ustawy.

Mianowicie chciałabym zapytać, czy projektowana ustawa, która zakłada, że ten sam podmiot, co finansuje usługi medyczne, będzie kontrolował jakość lub autoryzację... Czy nie ma tutaj właśnie takiej kolizji, że to jest ten sam podmiot? I czy nie powinna być w ustawie zapisana jakaś niezależna jednostka kontrolująca? Bo uważam, że to będzie budziło wiele wątpliwości. Moje stanowisko jest spójne z opinią Porozumienia Zielonogórskiego, Porozumienia Rezydentów OZZL, Naczelnej Izby Lekarskiej, Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy. Chciałabym, żeby pan minister się do tego ustosunkował.

Proszę państwa, tak jak tutaj pan legislator mówił, od wielu lat mówimy o jakości w ochronie zdrowia. Jakość kojarzy się z poprawą rokowań, przeżywalności i lepszą opieką – dla mnie jako lekarza z tym się kojarzy jakość. Też pracowałam w szpitalu, który zdobył akredytację, i z tego kompletnie nic nie wynikało dla podmiotu leczniczego.

Chciałabym, żeby pan minister powiedział, co konkretnie będzie wynikało z tej autoryzacji według ustawy dla podmiotów leczniczych? Czy lepsze finansowanie? Co konkretnie państwo przewidujecie w tej ustawie? Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Proszę bardzo, pan senator.

**SENATOR  
WOJCIECH KONIECZNY**

Dziękuję bardzo.

Panie Ministrze, nie znalazłem tutaj żadnych grup rozwiązań dotyczących finansowania jakości. Czy pan minister może nam określić, w jaki sposób szpitale mają poprawiać jakość, skoro nie są wskazane żadne źródła finansowania tej jakości? Jako przykład podam, że obecne kontrakty na działalność izb przyjęć i szpitalnych oddziałów ratunkowych, proponowane przez Śląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, wahają się od minus 10% do plus 10% w stosunku do tego, jaki ryczałt dobowy był przyznawany. Wiele z tych SOR-ów otrzymuje mniej pieniędzy niż w zeszłym roku. Jak połączymy to z jakością, o której państwo mówicie w ustawie? Gdzie są te środki – bo nie mogłem się tego doszukać – które pozwolą w dobie inflacji, w dobie tych wszystkich zdarzeń, jakie są, poprawić jakość, np. w szpitalnych oddziałach ratunkowych, jeżeli fundusz obniża ich finansowanie? Chciałbym, żeby nam to pan minister wyjaśnił. To pierwsze.

I drugie, chciałbym, żeby się pan minister ustosunkował do opinii o ustawie, która jest dla nas osiągalna, a w której czytam, że projekt nie zakłada wdrożenia nowych obciążeń dla przedsiębiorców. Uwzględnione w projekcie ustawy wymagania funkcjonują już obecnie w systemie opieki zdrowotnej, m.in. w ustawie z dnia 27 sierpnia o świadczeniach opieki zdrowotnej itd. W tym uzasadnieniu napisano jedynie, że ustawa ma za zadanie uproszczenie procesu monitorowania zdarzeń niepożądanych i przewiduje się, że projektowane rozwiązania będą miały wpływ na wzrost konkurencyjności. W dłuższej perspektywie rozwiązania te powinny spowodować zwiększenie zainteresowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą działaniami projakościowymi itd.

Chodzi mi o to, jak pan minister oceni tę opinię, czy zgadza się z tą opinią, że właściwie ta ustawa nic nowego nie wprowadza i można by to było załatwić na podstawie obecnie

funkcjonujących ustaw, w oparciu o rozporządzenia ministra zdrowia czy zarządzenia prezesa NFZ. Bo tak można odczytać opinię, którą państwo przesłaliście nam do tej ustawy. Dziękuję bardzo.

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

Dziękuję.  
Pani senator Chybicka.

**SENATOR**  
**ALICJA CHYBICKA**

Dziękuję, Pani Przewodnicząca.

Ta ustawa to jest fragment poprzednio odrzuconej przez komisję senacką i Senat ustawy, a w efekcie odrzuconej także przez Sejm. Stworzono z tego 2 ustawy – drugą o rzeczniku praw pacjenta. Czyli ta część, która była taka bardziej pozytywna, została wyprowadzona. A w tej ja nie widzę takich wielkich zmian w porównaniu do tego, co było poprzednio zapisane. Nawet kolejność paragrafów, do których były jakieś zastrzeżenia, jest taka sama.

Ja miałam największe zastrzeżenie do art. 4 ust. 1, to znaczy do wskaźników jakości opieki zdrowotnej mieszczących się w zakresie: działalności klinicznej, efektu leczniczego, powtórných hospitalizacji, śmiertelności. Pominięto krzywe przeżycia wolnego od jakiegokolwiek choroby. I właściwie ten zapis powinien się tutaj znaleźć, aczkolwiek ta ustawa jest podobnie zła jak tamta, jest niekonstytucyjna. Ta najbardziej kontrowersyjna część znalazła się w tej ustawie. Nadal fundusz kontroluje się sam, czyli nie ma nadzoru nad wydawaniem pieniędzy. Szpitalom, które są w bardzo trudnej sytuacji w tej chwili, zwiększono biurokrację – muszą wystawić wnioski o autoryzację i mają się do czerwca 2024 r. zautoryzować, czyli mają na to rok. Przy tym sytuacja szpitali pod względem personelu i tego, co się w nich dzieje... No każdy taki dodatkowy obowiązek jest ogromną trudnością.

I wreszcie wracam do art. 4, do tej jakości. Panie Ministrze, ja w takim razie gorąco proszę, ażeby pan przysłał, zgodnie z zapisem ust. 2 tegoż art. 4, że minister właściwy określi, w drodze rozporządzenia, wskaźniki jakości... Proszę

o przysłanie na piśmie tych wskaźników, o których mowa w ust. 1, biorąc pod uwagę specyfikę świadczenia opieki zdrowotnej, którego wskaźnik dotyczy itd., czyli cały ten ustęp. Dlaczego? Dlatego że to jest jakby clou całej tej ustawy, które, jak rozumiem, minister ma i jest gotów przysłać do posiedzenia Senatu, które będzie 12 marca. Ja gorąco proszę, aby to się odbyło przed głosowaniem, dlatego że inaczej cała ta ustawa traci swój sens.

(Głos z sali: 12 lipca.)

12 lipca. A co ja powiedziałam?

(Głos z sali: Marca.)

Przepraszam bardzo, to *lapsus linguae*. 12 lipca.

Tak że generalnie rzecz biorąc, jeśli rzeczywiście gotowe są rozporządzenia i ministerstwo wie, co tak naprawdę oznacza jakość w medycynie – nie ta cała reszta, bo o tym była mowa poprzednio... Ta autoryzacja, ta akredytacja to jest tylko obciążenie dla szpitali. Ale ja tu nadal widzę tylko zupełne ogólniki co do kontroli jakości. A mam taką tabelę, w której światowe organizacje podsumowały... My jesteśmy pod każdym względem na dwudziestym którymś miejscu w Europie, jeśli idzie o jakość opieki medycznej. Wystarczy? Wystarczy. Czyli to jest źle napisane, źle zrobione i właściwie... Chyba że są gotowe rozporządzenia.

Czekam, Panie Ministrze, do posiedzenia Senatu Rzeczypospolitej, bo to zmieni postać rzeczy. Rzeczywiście do tego jest potrzebna książka, jak należy postępować w poszczególnych dziedzinach, aby pacjent, który ma, powiedzmy, raka jelita grubego, był tak samo leczony w Pcimiu Dolnym, jak w Gdańsku, jak we Wrocławiu i jak w Warszawie. Dziękuję bardzo.

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

Dziękuję bardzo.  
Proszę bardzo, pan prezes.

**WICEPREZES**  
**NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ**  
**KLAUDIUSZ KOMOR**

Dziękuję, Pani Przewodnicząca.  
Szanowni Państwo Senatorowie!

Naczelna Izba Lekarska, zresztą jak wszystkie organizacje lekarskie, stoi na stanowisku, że ustawa o jakości i w ogóle rozwiązania dotyczące tego problemu są nam bardzo potrzebne – wbrew temu, co niektóre media donoszą. I dlatego powołaliśmy, jak państwo zresztą wiecie, Forum dla Bezpieczeństwa i Jakości Pacjenta. Trzon tego forum stanowi tzw. POL, czyli Porozumienie Organizacji Lekarskich, w skład którego wchodzi właśnie Porozumienie Zielonogórskie, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy, Porozumienie Rezydentów OZZL i Naczelna Izba Lekarska. I te 4 organizacje przygotowały stanowisko dotyczące tego projektu z konkretnymi poprawkami, które naszym zdaniem, są niezbędne, żeby on był korzystny zarówno dla pacjentów, jak i dla medyków. To stanowisko państwu zostało wczoraj przesłane na skrzynki senackie, więc na pewno państwo je macie.

Poza tym, ponieważ temat akredytacji jest tematem bardzo trudnym i tak naprawdę mało osób dobrze się na tym zna, powołaliśmy specjalny zespół, złożony chyba z najlepszych ekspertów w Polsce, którzy znajdują się na procesie akredytacji, pod przewodnictwem pana Krzysztofa Łandy. I ten zespół przygotował również stanowisko dotyczące samego tematu akredytacji.

A więc jeżeli pani przewodnicząca i szanowna komisja pozwolą, to ja bym prosił, żeby pan Krzysztof Łanda przedstawił króciutko to stanowisko dotyczące akredytacji, a później, jeżeli będzie możliwość, żeby pan mecenas Kozik przedstawił konkretne poprawki, które zgłaszamy do projektu. Czy może tak być, Pani Przewodnicząca?

Dziękuję.

**FUNDATOR FUNDACJI  
WATCH HEALTH CARE  
KRZYSZTOF ŁANDA**

Szanowna Pani Przewodnicząca! Panie Ministrze! Szanowni Państwo!

Ja nie zajmę dużo czasu, jedynie wypunktuję te kwestie, które zostały przedstawione w formie pisemnej w stanowisku. Powiem tylko, że w skład zespołu wchodzi: ja, pan prof. Rafał Niżankowski, pan dr Tomasz Romańczyk, pan dr Piotr Warczyński, pani Halina Kutaj-Wąsikowska oraz jeszcze 1 osoba, ale zapomniałem w tej chwili nazwiska.

W każdym razie, proszę państwa, najważniejszym problemem w Polsce – jeżeli zapytamy, choćby na ulicy, to większość ludzi tak powie – jest dostępność świadczeń zdrowotnych, a więc kolejki do świadczeń zdrowotnych, a nie jakość. Jakość tak naprawdę, jeżeli chodzi o wykonywanie samych świadczeń zdrowotnych w Polsce, jest okej.

Ja pamiętam, jak pracowałem w Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. To były takie początki, pierwsze lata funkcjonowania akredytacji w Polsce. Największą bolączką tego systemu było to, że za przyznaniem akredytacji nie szły dodatkowe środki finansowe dla szpitali, które rzeczywiście dbają o jakość i wybijają się na tle innych szpitali.

Proszę państwa, akredytacja na całym świecie, to jest proces tzw. *peer review*, czyli tak naprawdę oceny rówieśniczej. Lekarze oceniają lekarzy, pielęgniarki pielęgniarki itd.

Ale, proszę państwa, wydaje mi się, że tutaj popełniono pewien błąd, dlatego że nagle Rada Akredytacyjna staje się de facto ciałem politycznym, do którego 6 osób deleguje minister zdrowia, oprócz tego minister obrony, minister spraw wewnętrznych i jeszcze rzecznik praw pacjenta. Proszę państwa, to jest niepotrzebne upolitycznienie, dlatego że rada powinna być ciałem eksperckim, a nie ciałem politycznym. Członkowie i sama Rada Akredytacyjna mają zmieniać standardy akredytacyjne. Standardy akredytacyjne to jest bardzo poważna kwestia. To jest tak samo trudne, a może nawet trudniejsze niż opracowanie zwykłych wskaźników jakościowych. Wymaga bardzo zróżnicowanych kompetencji i pracy w zespole wielodyscyplinarnym. Proszę państwa, zapis o tym, że członek Rady Akredytacyjnej może mieć wykształcenie wyższe... A więc co? W tym momencie elektryk czy prawnik może być wizytatorem w szpitalach? Raczej nie bardzo.

Proszę państwa, moim zdaniem publikacja listy szpitali, które akredytacji nie uzyskały, zdecydowanie jest stygmatyzująca. Akredytacja powinna być generalnie systemem, który motywuje inne szpitale do tego, żeby podchodziły do akredytacji, żeby zaczęły dbać o jakość, żeby poprawiały swoje funkcjonowanie. I teraz: jeśli szpitale bardzo się starają, zmieniają swoje praktyki wewnętrzne, wprowadzają różnego standardy, starają się wypełnić standardy akredytacyjne, ale im się nie uda, to uzyskują



negatywną decyzję ministra. To pokazywanie ich na publicznie dostępnej liście, przynajmniej moim zdaniem i zdaniem zespołu, jest stygmatyzujące i będzie zniechęcać do podejmowania tego wysiłku.

Proszę państwa, minister zdrowia bez żadnych kryteriów w tym projekcie ustawy przyjmuje rekomendację rady lub odrzuca. A więc wtedy, proszę państwa – to jest, biorąc pod uwagę, że ta rada jest strasznie upolityczniona, już przestaje być ciałem eksperckim – mogę sobie wyobrazić, że ktoś odmawia akredytacji: nie, bo nie. Albo, bo ktoś polityczny chce, to przyznamy akredytację jakiemuś szpitalowi, a ktoś polityczny nie chce, to odmówimy tej akredytacji. I to niezależnie od partii, która jest u władzy. Po prostu partie u władzy mogą się zmieniać i te wiatry polityczne mogą różnie wiać, a akredytacja jest procesem eksperckim i nie powinniśmy z tego rezygnować.

Ostatnia kwestia, proszę państwa: proszę zwrócić uwagę na proporcje, na to, jaka jest liczba zapisów dotyczących akredytacji w porównaniu do autoryzacji. A autoryzacja jest znacznie bardziej niebezpieczna dla szpitala czy innej placówki opieki zdrowotnej, bo po prostu można nagle stracić kontrakt z NFZ.

Wydaje mi się, że tutaj po prostu dochodzi do tak naprawdę pewnej kopii tego, co funkcjonuje dzisiaj, która jest gorsza od tego, co funkcjonuje dzisiaj, przez upolitycznienie rady i obniżenie kryteriów czy wymagań odnośnie do samych wizytatorów. A oprócz tego, jak mówię, nie wprowadza niczego nowego, czyli czegoś, czego oczekujemy od lat – od początku XX w. czy końcówki lat dziewięćdziesiątych – czyli zachęty finansowej. Powinna być jakaś pula dystrybuowana do szpitali, które akredytację uzyskały. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję.  
Jeszcze ktoś miał... Tak?  
Proszę bardzo, Panie...

**RADCA PRAWNY  
W BIURZE NACZELNEJ IZBY LEKARSKIEJ  
MICHAŁ KOZIK**

Pani Przewodnicząca! Wysoka Komisjo!

Dziękuję za możliwość zabrania głosu. Zrekapituluję króciutko uwagi, które zgłosiliśmy również na piśmie.

Pierwsze uwagi, które mamy, dotyczą art. 4 i 5 tej ustawy, czyli przewidzianej tam sytuacji ustalania wskaźników jakości opieki zdrowotnej. Mamy 2 zastrzeżenia do tego, co zostało stworzone.

Po pierwsze, art. 5 mówi o tym, w jakim trybie będą ustalone konkretne wskaźniki. Tutaj jest mowa o rozporządzeniu ministra zdrowia. Chcielibyśmy, aby te wskaźniki były ustalone przez ministra zdrowia w drodze rozporządzenia, ale na podstawie wcześniejszej opinii zespołu ekspertów, który minister zdrowia miałby obowiązek powołać, i po zaopiniowaniu tych wskaźników przez Naczelną Radę Lekarską oraz rady odpowiednich samorządów zawodów medycznych. Zgadza się tutaj ze wszystkimi przedmówcami, że te wskaźniki są kluczowe i sposób ich ustalania jest niezwykle ważny. W związku z tym niech to będzie eksperckie, niech to będzie zrobione. Ale pewna praktyka – jak dostajemy rozporządzenia ministra do zaopiniowania w bardzo krótkim terminie – sprawia, że inny tryb może prowadzić do tego, że ten głos środowisk medycznych nie będzie słyszany w tym obszarze.

Po drugie, proszę państwa, mamy wątpliwości co do tego, jak te wskaźniki zostały zdefiniowane w art. 4. Mianowicie chodzi o wskaźnik kliniczny. Już na poziomie ustawowym mówi się m.in. o mierzeniu powtórnych hospitalizacji, o mierzeniu śmiertelności po zabiegach i o tym, że będzie to robione tylko „biorąc pod uwagę specyfikę świadczenia opieki zdrowotnej”. Nam się wydaje, że to jest trochę mało. Trzeba brać pod uwagę nie tylko specyfikę świadczenia, ale również charakter placówki, w jakiej jest udzielane. Inaczej ten sam zabieg będzie miał inną śmiertelność w centrum urazowym, a inną, jak będzie wykonywany w procedurze planowej, mimo że kod ICD będzie prawdopodobnie taki sam w jednym i w drugim przypadku. Tak że prosilibyśmy państwa senatorów o to, żeby tę uwagę wziąć pod rozwagę.

Proszę państwa, jeśli chodzi o autoryzację placówek medycznych i to, że robi to NFZ, to oczywiście usłyszeliście państwo nasz głos o tym, że skupianie w ręku 1 instytucji i płacenia za świadczenia, i wpuszczania podmiotów do systemu jest trudne do przyjęcia.



Proponowalibyśmy, żeby jednak ministerstwo bądź państwo przyjęli inny model, szczególnie widząc pewną dwoistość. Otóż art. 9 tej ustawy przewiduje, że prezes NFZ staje się organem administracji publicznej wydającym decyzje administracyjne. Myśmy strasznie walczyli o to kiedyś, żeby NFZ był organem administracji publicznej, żeby podlegał wszystkim reżimom administracji publicznej, wtedy kiedy chodziło o kontrolę przez NFZ placówek medycznych. Uważaliśmy, że powinna być robiona tak, jak to organy administracyjne kontrolują podmioty, czyli z odpowiednim wyprzedzeniem, z maksymalną liczbą dni. Wówczas spotykaliśmy się z odpowiedzią: nie, nie, NFZ nie jest organem administracji publicznej, to jest przecież kontrakt cywilnoprawny, więc kontrola się odbywa poza trybem. Dzisiaj widzimy, że jednak pojawia się dwoistość tej instytucji, czyli na użytek realizacji świadczeń i ich rozliczania będzie ona partnerem umowy cywilnoprawnej, a na użytek tworzenia autoryzacji będzie organem administracji sprawującym władztwo nad placówką. To nam troszeczkę się klóci. I prosilibyśmy o rozważenie tego postulatu.

Proszę państwa, jeśli chodzi o akredytację, to pan minister Łanda uprzedził nasze uwagi. Zwracam uwagę na 1 dysproporcję w tej ustawie. Przewidziane w art. 4 i 5 wskaźniki monitorowania jakości zostały wyposażone w marchewkę, bo tam jest powiedziane, że jeżeli podmiot spełni te wskaźniki, to prezes NFZ ustali współczynnik korygujący. My prosimy, by dopisać, że to jest współczynnik korygujący wynoszący więcej niż 1, bo chcemy, żeby nagradzać tych, co osiągnęli wysokie wskaźniki, a nie karać tych, którzy mają niski wskaźnik, po jego zbadaniu. Wydaje się, że to jest... Proszę państwa, czyli pewien mechanizm przy tych wskaźnikach jest zaszyty, ale przy mechanizmie akredytacji ta ustawa nie mówi o tej marchewce, tak? Prawdopodobnie to jest jedną z wad. Tutaj mówił pan minister na ten temat.

Myślę, proszę państwa, że tak wstępnie to tyle. Dziękuję bardzo.

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

Dziękuję.

Ja mam pytanie do pana mecenasa: czy to, o czym pan mówił, jak również pan minister

Łanda, macie państwo przygotowane w formie poprawek, czy też są to tylko sugestie, argumenty, komentarze, które przekazujecie nam na posiedzeniu komisji?

**RADCA PRAWNY**  
**W BIURZE NACZELNEJ IZBY LEKARSKIEJ**  
**MICHAŁ KOZIK**

Pani Przewodnicząca, do niektórych z tych wypowiedzi mielibyśmy konkretną poprawkę, a do niektórych nie. Na przykład zmiana...

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

Jeżeli je państwo macie, to proszę o złożenie tych poprawek. Bo inaczej to my nie możemy wykonać żadnego ruchu.

Proszę bardzo, pani prezes Korycińska prosiła o głos. Proszę.

**PREZES ZARZĄDU**  
**OGÓLNOPOLSKIEJ FEDERACJI**  
**ONKOLOGICZNEJ**  
**DOROTA KORYCIŃSKA**

Dzień dobry.

Pani Przewodnicząca! Szanowni Państwo!

W imieniu organizacji pacjentów zrzeszonych w Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej chciałabym zwrócić uwagę na pewien problem. Mamy po prostu negatywne doświadczenie, jeżeli chodzi o ocenę ankiet satysfakcji pacjenta przez podmioty medyczne. Mamy prawo uważać, że te ankiety nie są obiektywnie oceniane, dlatego też mamy poprawkę. Mam nadzieję, że ktoś przejmie naszą poprawkę. Chodzi o to, by wyjąć komponent konsumencki poza wewnętrzny system oceny jakości, żeby nie dochodziło do sytuacji, że podmioty medyczne mogą – brzydko mówiąc – manipulować.

Oto brzmienie naszej poprawki – „W art. 18 wprowadzić następujące zmiany: w ust. 2 po wyrazie «pacjentów» dodać wyrazy «prowadzonych przez Fundusz», w ust. 3 w pkt 6 średnik zastąpić kropką, skreślić pkt 7”. „W art. 20 wprowadzić następujące zmiany: ust. 2 nadać brzmienie: «W przypadku pobytu pacjenta w podmiocie

udzielającym stacjonarnych i całodobowych świadczeń opieki zdrowotnej, zanonimizowane badanie opinii i doświadczeń pacjentów przeprowadza się w dniu wypisu lub po wypisie pacjenta z podmiotu leczniczego przy pomocy ankiety, o której mowa w ust. 1, zamieszczonej w postaci elektronicznej w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Funduszu, w sposób zapewniający swobodę wyrażenia opinii». Dodać ust. 4 w brzmieniu: «Prezes Funduszu w terminie do dnia 30 kwietnia każdego roku publikuje w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Funduszu wyniki badań, opinii i doświadczeń pacjentów». „W art. 54 w pkt 2 lit. b nadać brzmienie: po pkt 22 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkty 23 i 24 w brzmieniu: «23 – monitorowanie wskaźników jakości opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 4 ust. 1 z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwa pacjenta; 24 – prowadzenie badania opinii i doświadczeń pacjentów na podstawie ankiety, o której mowa w art. 20»” itd.

Chciałabym zapytać, czy ktoś z państwa senatorów przejmie poprawkę.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Pani Prezes, w tej chwili właśnie wymieniamy poglądy. Ponieważ, jak widzę, tych poprawek jest mnóstwo, a państwo wcześniej ich nie przesłaliście, my te poprawki... Proszę je złożyć, my się przyjrzymy wszystkim tym poprawkom i ewentualnie, jeżeli będzie taka nasza decyzja, w drugim czytaniu będziemy te poprawki przyjmować.

*(Prezes Zarządu Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej Dorota Korycińska: Dziękuję.)*

Ale nie chcemy tego robić ad hoc, bo też dostajemy je w tej chwili. A więc chcemy zgodnie z prawem zobaczyć razem z naszym prawnikiem, jak to wszystko będzie wyglądało. Ale obiecujemy, że wszystkie propozycje poprawek, które państwo do nas złożyliście, w drugim czytaniu będą analizowane i przegłosowane.

*(Prezes Zarządu Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej Dorota Korycińska: Bardzo dziękuję.)*

Proszę bardzo, pan. Proszę.

A później państwo z lewej strony sali będą zabierać głos.

**RADCA PRAWNY  
KRAJOWEJ RADY  
DIAGNOSTÓW LABORATORYJNYCH  
MACIEJ BEREK**

Pani Przewodnicząca! Wysoka Komisjo!

Maciej Berek, radca prawny, w imieniu Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych.

Opinia krajowej rady o ustawie uchwalonej przez Sejm została na ręce pani przewodniczącej przekazana wczoraj, więc ja odniosę się tylko krótko do kwestii, które są szczególnie istotne z punktu widzenia samorządu diagnostów laboratoryjnych. A ponieważ one też nawiązują do tego, o czym mówili przedstawiciele samorządu zawodu lekarskiego, to zgodnie z prośbą pani przewodniczącej nie będę nadmiernie rozwijał tych kwestii.

Pierwsza kwestia to jest skład Rady Akredytacyjnej. Samorząd diagnostów podkreślał to także na poprzednich etapach pracy. Rada Akredytacyjna jest podmiotem, który ma potwierdzać spełnianie przez podmioty lecznicze standardów – takich, jakie one będą określone. I te standardy muszą obejmować wszystko to, co się mieści w procedurach, które podmioty lecznicze w ramach tej ustawy będą realizować. W związku z tym dla nas oczywiste jest, że w Radzie Akredytacyjnej powinna być zapewniona reprezentacja wszystkich samorządów zawodów medycznych, które są istotne z punktu widzenia funkcji rady.

To, o czym tutaj przedmówcy mówili, że jest przewidziane, że w składzie rady będą 3 przedstawiciele osób wykonujących zawody medyczne bez ustalenia... Po pierwsze, to jest za mała liczba, żeby objąć wszystkie samorządy zawodowe, które są tu istotne. Po drugie, nie ma żadnych kryteriów, jak te 3 osoby będą dobrane. A więc Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych zgłaszała i zgłasza, czyli podtrzymuje prośbę o to, by przepis przekonstruować w taki sposób, aby zapewnić udział w składzie Rady Akredytacyjnej przedstawicielom wszystkich zawodów medycznych, które są tutaj istotne z punktu widzenia – jeszcze raz to podkreślam – funkcji, jaka jest przypisana przez ustawę Radzie Akredytacyjnej.

Druga kwestia, też już dzisiaj podnoszona, to wskaźniki jakości opieki zdrowotnej. Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych podnosiła i podnosi po raz kolejny problem tego, że w tych

wskaźnikach jakości, które mieszczą się w tej części wskaźników zarządczych, nie są uwzględnione wskaźniki związane z minimalnymi normami zatrudnienia. W ocenie rady przedkładającej państwu opinię te minimalne wskaźniki zatrudnienia powinny stanowić element, który będzie określony w tych wskaźnikach, tak jak one będą określone, z tymi zastrzeżeniami, które wcześniej zostały podniesione.

I wreszcie trzecia kwestia, która jest już specyficzna dla samorządu zawodu diagnostów laboratoryjnych, dotyczy definicji personelu zawartej w art. 2 w pkt 2 w lit. a ustawy. Jest to definicja, która obejmuje osoby wykonujące zawód medyczny w zakresie, w jakim uczestniczą one w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej. Ustawa o medycynie laboratoryjnej, będąca tą ustawą, na podstawie której wykonywane są czynności w ramach zawodu diagnosty laboratoryjnego, czynności z zakresu medycyny laboratoryjnej definiuje tak, że część tego, co jest czynnościami z zakresu medycyny laboratoryjnej, nie jest objęta pojęciem „świadczenie opieki zdrowotnej”. W związku z tym, ci diagnosty, którzy wykonują swój zawód, nie będą się mieścić częściowo, przedmiotowo, w definicji personelu. Zwracaliśmy na to uwagę także wcześniej i nie bardzo jest dla nas jasne, dlaczego to pominięcie zostało w uchwalonej przez Sejm ustawie utrzymane. Bardzo dziękuję.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.

Proszę z lewej strony... I proszę się przedstawić, dobrze? Bo wszystko nagrywamy.

**KOORDYNATOR BIURA PRAWNEGO  
W NACZELNEJ IZBIE APTEKARSKIEJ  
KRZYSZTOF BAKA**

Dzień dobry, nazywam się Krzysztof Baka. Jestem radcą prawnym Naczelnej Rady Aptekarskiej.

Pani Przewodnicząca! Wysoka Komisjo!

My jako przedstawiciele samorządu zawodu farmaceuty mamy wnioski o dokonanie, wydawałoby się, drobnej korekty definicji personelu. W ustawie, która została przyjęta 16 czerwca,

w art. 2 w pkt 2 personel został podzielony na 3 kategorie. W lit. a mamy...

(Przewodnicząca Beata Małeczka-Libera: Ale przepraszam, w jakiej ustawie? O której pan ustawie mówi?)

O jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta.

W art. 2 pkt 2 mamy 3 kategorie: osoby wykonujące zawód medyczny, osoby inne, które uzyskały fachowe kwalifikacje do udzielania świadczeń, i farmaceuci. Problem polega na tym, że farmaceuci w naszej ocenie od dawna mieszczą się w kategorii wskazanej w lit. a. W tym momencie to jest dla całego środowiska problem, tak? Bo coś, co było przez lata analizowane i argumentowane, czyli że jesteśmy zawodem wykonującym zawód medyczny... No w tym momencie okazuje się, że jesteśmy odrębną kategorią.

A więc nasza propozycja jest bardzo krótka: to znaczy prosimy państwa, aby farmaceuci znaleźli się w tej lit. a. I mamy przygotowaną poprawkę. Jeżeli jest wątpliwość co do kwestii sprawowania opieki farmaceutycznej, to proponujemy, żeby lit. a brzmiała: „osoby wykonujące zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej w zakresie, w jakim uczestniczą w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej, w tym farmaceuci udzielający świadczeń opieki farmaceutycznej, o których mowa w art. 4 ust. 2 ustawy o zawodzie farmaceuty”.

W takiej prac w Sejmie nasza propozycja nie budziła – wydawało nam się – kontrowersji wśród posłów. Zarzucano nam jedynie pewien puryzm językowy. Proszę państwa, to jest bardzo ważne dla farmaceutów, bo się okazuje, że tak na dobrą sprawę farmaceuci stali się osobami wykonującymi zawód medyczny dopiero 16 kwietnia 2021 r., w momencie kiedy weszła w życie ustawa o zawodzie farmaceuty.

Tak że z punktu widzenia całego dokumentu nie jest to duża zmiana, ale dla środowiska farmaceutów jest ona bardzo ważna. I bardzo prosimy o uwzględnienie tej uwagi. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję.

A więc tak: zapytałam, o którą ustawę chodzi, bo powiedział pan, że przyjęta ustawa. Ta na

razie nie jest przyjęta, jest tylko przegłosowana w Sejmie. To po pierwsze.

Po drugie, czy macie państwo poprawkę?

(Koordynator Biura Prawnego w Naczelnej Izbie Aptekarskiej Krzysztof Baka: Tak.)

Proszę o jej złożenie.

Proszę bardzo, przewodniczący rady pacjentów.

**PRZEWODNICZĄCY  
RADY ORGANIZACJI PACJENTÓW  
ARKADIUSZ NOWAK**

Dzień dobry, pani przewodnicząca.

Szanowni Państwo!

Arkadiusz Nowak, Rada Organizacji Pacjentów przy ministrze zdrowia.

Ja sobie pozwolę na komentarz natury ogólnej, ponieważ w zasadzie trudno wymagać mówienia w imieniu organizacji pacjentów o szczegółach tej ustawy, bowiem pytać pacjentów, czy są za tym, żeby były zwiększone jakość i bezpieczeństwo... No to jest oczywiście pytanie retoryczne. Każdy odpowie, że tak.

A mówimy o ustawie w zasadzie ustrojowej, jeżeli chodzi o kwestie systemu ochrony zdrowia, niezwykle ważnej, która, ponieważ jest konstruowana przez długi czas, siłą rzeczy wzbudza bardzo silne emocje wśród wszystkich interesariuszy systemu ochrony zdrowia.

To przypomina mi sytuację, Pani Przewodnicząca, która doskonale jest pani znana, z roku 2007, kiedy to powstawała ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Wcześniejsi ministrowie, przed panią minister Ewą Kopacz, która powiedziała: „Zróbmy tę ustawę”, uważali, że nie da się takiej ustawy stworzyć, ponieważ ani nie ma takiej potrzeby, ani nie ma powodu, poza tym trudno jest skodyfikować prawa pacjenta w jednym akcie prawnym. A dzięki zaangażowaniu i determinacji pani minister Ewy Kopacz to się udało zrobić.

I dzisiaj mamy analogiczną sytuację. Tworzy się niezwykle ważną ustawę, wokół której istnieje bardzo dużo takich może niepotrzebnych zupełnie emocji, ale nie zawsze. Te emocje często biorą górę nad kwestiami merytorycznymi. A w interesie pacjentów jest to, żeby ustawa była wynikiem szerokiego konsensusu, tak aby można było mówić nie tylko o tym, że uwzględnia dobro pacjenta – jakkolwiek byśmy go definiowali,

to przede wszystkim o dobru pacjenta powinni mówić sami pacjenci – ale również w miarę możliwości interesy i potrzeby wszystkich aktorów systemu ochrony zdrowia. A wiemy, że jest ich bardzo dużo.

W związku z tym my możemy tylko i wyłącznie z dużą determinacją prosić państwa jako parlamentarzystów – i dobrze się składa, że Senat jest izbą szczególnie wysublimowanej refleksji, bowiem ta refleksja jest tu bardzo potrzebna – o to, żeby dać szansę tej ustawie. To po pierwsze.

A po drugie, z równie dużą determinacją prosimy również stronę rządową i posłów o to, żeby nie potępiać w czambuł poprawek tylko i wyłącznie dlatego, że są one wnoszone przez opozycję.

Analizując państwa poprawki, a szczególnie ostatnie, zgłoszone przez porozumienie lekarzy w ramach forum bezpieczeństwa i jakości, które jest przy Naczelnej Radzie Lekarskiej... No trudno odmówić również tym poprawkom, tak jak i wielu innym, działania w interesie środowiska, po to żeby tę jakość i bezpieczeństwo zwiększać. Problem polega tylko na tym, że nie da się stworzyć ustawy idealnej, która by uwzględniała naprawdę wszystkie interesy wszystkich stron.

W związku z tym stwórzmy w miarę idealną, jak tylko się da, ale nie odrzucajmy jej na tym etapie, bo podobnie było z ustawą o prawach pacjenta – ona też nie była idealna. Dzisiaj jest, była poprawiana wielokrotnie i cieszymy się z tego, że istnieje – to taka ogólna refleksja.

Plus oczywiście popieram stanowisko pani Doroty Korycińskiej, jeżeli chodzi o zgłoszone poprawki.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Bardzo dziękuję za tę wypowiedź. Rozumiem, że to jest wypowiedź w imieniu rady pacjentów – bo tak to zabrzmiało.

Ja myślę, że akurat dzisiejsze posiedzenie komisji prowadzę bardzo spokojnie, emocje zostały gdzieś z boku. A rzeczywiście temat jest ważny i myślę, że co do kwestii jakości i bezpieczeństwa to nikt na tej sali wątpliwości nie ma. Ale jeżeli mamy mówić o jakości, to właśnie po to, żeby po wdrożeniu ustawy rzeczywiście ta jakość się poprawiła. To moja pierwsza uwaga.

A druga jest taka: skoro dzisiaj na posiedzeniu komisji w Senacie mamy tak liczne poprawki zgłaszane do ustawy – co raczej jest rzadkością, bo do nas powinna już trafić ustawa przeprocedowana, z przyjętymi merytorycznymi poprawkami... My jesteśmy tą częścią parlamentu, która to jeszcze raz koryguje i sprawdza, także pod kątem prawa i przestrzegania konstytucji. A te poprawki, liczne poprawki, pokazują, ile jest niedoróbek w tej ustawie. I stąd zapewne tak wiele osób zabierających głos i mówiących o kwestiach bardzo istotnych. Bo nie chodzi tylko o to, żeby ustawę przyjąć i powiedzieć: „Pacjencie, jesteś bezpieczny”, ale i o to, żeby rzeczywiście stworzyć wszelkie warunki do tego, żeby to bezpieczeństwo było.

I na koniec: po to tutaj jesteśmy właśnie, żeby tę ustawę poprawiać. Jeśli chodzi o to, czy rząd ją później przyjmie i Sejm przegłosuje, to jest zawsze duży znak zapytania, jednak po to pracujemy, po to przygotowujemy poprawki, po to siedzimy z panem mecenasem, ażeby tę ustawę wspólnie poprawić. A więc taki jest cel dzisiejszej ustawy... dzisiejszego posiedzenia komisji, nie ustawy.

Proszę bardzo, Pani Prezes.

**PREZES ZARZĄDU  
POLSKIEJ KOALICJI  
PACJENTÓW ONKOLOGICZNYCH  
KRYSZYNA WECHMANN**

Szanowna Pani Przewodnicząca! Szanowni Państwo!

Zgadzam się co do tego, co pani przewodnicząca powiedziała. Zgłoszone dzisiaj przez środowisko różne poprawki, myślę, będą konstruktywne. Żeby nie powtarzać za przewodniczącym Arkiem Nowakiem, powiem, że na tę ustawę czekamy faktycznie jako pacjenci od lat, wielu lat. Jeżeli mówimy o zdarzeniach niepożądanych, to były już propozycje, bo one też wywołują sporą dawkę emocji. Nie doszło do rozporządzenia mówiącego o świadczeniach pozasądowych za dane zdarzenia niepożądane, ale myślę, że pracując nad ankietą satysfakcji pacjenta... Dzisiaj koleżanka Korycińska też na to zwróciła uwagę. Myślę, że ta regulacja, te raporty są dla nas jednak bardzo istotne, ważne, ponieważ jest wiele, wiele w opiece zdrowotnej rzeczy... Na przykład ostatnio okazało się, że chirurgia robotyczna,

która ma coraz szersze zastosowanie, w ogóle nie ma żadnych rejestrów. A więc rejestry medyczne, mierzone wskaźniki, i później te raporty analityczne są bardzo, bardzo istotne.

Dlatego będę powtarzać za panem przewodniczącym: żadna ustawa nigdy nie była zupełnie doskonała. A więc liczę jako przedstawicielka pacjentów na to, że ewentualnie po przeanalizowaniu i wprowadzeniu zgłoszonych tu poprawek ta ustawa po latach naszych oczekiwań znajdzie swoje uzasadnienie. Tym bardziej że zaprosiliśmy pana ministra Chmielowca, rzecznika praw pacjenta, na posiedzenie naszej rady, żeby wytłumaczył nam pewne istotne rzeczy związane z tą ustawą. I wszyscy członkowie rady przegłosowali poparcie dla tej ustawy. A więc taki jest głos naszej rady pacjentów. Dziękuję.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.

Czy ktoś z państwa chciałby jeszcze zabrać głos? Wszystko zostało powiedziane.

W związku z tym pora na mnie.

Jak państwo zauważyliście, nie wypowiadałam się pierwsza, żeby nie ukierunkować czy też nie odbierać różnych argumentów. Bardzo byłam ciekawa tej dyskusji za i przeciw. Zgadzam się absolutnie – i bardzo mocno chcę to podkreślić – że ta ustawa jest ustawą oczekiwaną. Sam tytuł mówi, że ustawa nie tylko o jakości, ale także o bezpieczeństwie pacjentów. Ja wiem, że tytułem można bardzo ładnie grać i opowiadać, jak to jest ustawa, która daje to poczucie bezpieczeństwa i zwiększa jakość, tylko że zawartość tej ustawy w takim kształcie, w jakim ona trafiła do Senatu, budzi jednak szereg naszych wątpliwości. I to jasno chcę podkreślić.

Przede wszystkim mówicie państwo o tym, że jest to systemowe rozwiązanie, że jest to ustawa wręcz ustrojowa – tutaj padło takie słowo – która rozwiązuje wszelkie kwestie. Otóż nie rozwiązuje. Ona by rozwiązywała je wtedy, gdyby była połączona również z tym elementem, nad którym w ministerstwie się pracuje, czyli no-fault. Bo jeżeli mówimy o zdarzeniach niepożądanych, to powinniśmy mówić o ich całości. To jest pierwsza moja uwaga.

Druga jest taka, że my nie otrzymaliśmy ustawy w całości. Tak jak powiedziała pani senator,



brakuje nam aktów wykonawczych do tejże ustawy, ogromnie istotnych. Wręcz są one podstawą niektórych artykułów. A więc jeżeli nie otrzymamy tych aktów wykonawczych, tych rozporządzeń, to tak naprawdę do końca nie możemy się wypowiedzieć, jaki jest kształt tej ustawy.

Kolejna rzecz: mówicie państwo bardzo ważne słowa „bezpieczeństwo pacjenta”, tylko proszę pamiętać, że bezpieczeństwo pacjenta, to jest także bezpieczeństwo placówki, ale w tych zapisach, które aktualnie są w ustawie, takiego bezpieczeństwa szpitalom nie gwarantujecie. A jednym z takich elementów jest fakt, że jeżeli szpital nie otrzyma autoryzacji, to przez 12 miesięcy nie będzie mieć kontraktu. Być może dla szeregowego pacjenta nie jest to istotne, ale dla placówki ogromnie, bo ona po roku przestaje de facto istnieć.

Następna rzecz: wdrożenie tej ustawy. Jakoś nie padły tutaj słowa o tym. Dla mnie szokujące jest to, że od 40 lat, jak ktoś na sali powiedział, wszyscy czekają na ustawę i początkowo była to ustawa rządowa, a więc dogłębnie skonsultowana i przygotowana przez prawników. No to w takim razie jest pytanie, dlaczego niektóre artykuły mają wejść w 2017 r...

(Głos z sali: W 2027 r.)

W 2027 r. No to, przyznacie państwo, dość odległy termin, jeżeli mówimy o bezpieczeństwie.

Kolejna rzecz to już kwestia bardziej merytoryczna, dotycząca samego pomysłu na tę ustawę. Otóż ja konsekwentnie nie zgadzam się z centralizacją i nie zgadzam się z przejęciem zadań, które należą do ekspertów, do lekarzy, do pielęgniarek, do personelu medycznego i do specjalistów jakości – bo takowych mamy – którzy przez wiele lat pracowali i pracują w Centrum Monitorowania Jakości i mają swoją wiedzę. Nie zgadzam się na to, aby teraz te decyzje były w rękach urzędnika Narodowego Funduszu Zdrowia.

Następny element, który tutaj również był podnoszony, to jest Rada Akredytacyjna i jej skład, który absolutnie jest składem upolitycznionym.

I to są naprawdę bardzo ważne zarzuty merytoryczne do tej ustawy, chociaż mają podłoże polityczne, bo tak naprawdę w ten sposób cała ustawa i zadania, które będzie realizowała, są upolitycznione.

Standaryzacja – ta kwestia również była podnoszona – musi być oparta o wiedzę. Tutaj

muszą być jasne kryteria. Wszystko musi być opisane dokładnie, tak żebyśmy wiedzieli, w jaki sposób ten element standaryzacji ma postępować.

I to są te rzeczy, o których państwo też mówiliście, a które pokazują, jak wiele jest w tej ustawie w tym momencie do poprawienia. Jeżeli mamy mówić na poważnie o tym, że chcemy tę ustawę poprawić i będziemy rozpatrywać w drugim czytaniu – jeszcze raz to podkreślam – wszystkie zgłoszone przez państwa poprawki, to również oczekuję ze strony ministra woli zastanowienia się nad tymi poprawkami. Bo one – w świetle tego wszystkiego, co tutaj padło – są ogromnie ważne.

I na koniec mam pytanie do pana ministra. Panie Ministrze, dlaczego kolejna ustawa jest niekonstytucyjna? Przecież to stało się jakąś regułą. Wszystkie ustawy, które do nas trafiają, są niezgodne z artykułami zapisanymi w konstytucji. Ja chciałabym wiedzieć, czy to jest przyjęta przez was zasada, że nie zwracacie uwagi na konstytucję, czy że ona jest nieistotna dla państwa? No ja wiem, że jest to projekt posełski, ale sam pan powiedział, że to jest fragment całości, która była już procedowana, czyli projektu rządowego. I w dalszym ciągu są zarzuty o niekonstytucyjność. Panie Ministrze, proszę mi powiedzieć, dlaczego wobec każdej ustawy, która do nas trafia, są zarzuty o niekonstytucyjność. Czy to dla was naprawdę nie jest istotne? Oprócz bezpieczeństwa dla pacjentów i jakości. Dziękuję.

Proszę bardzo.

**PODSEKRETARZ STANU  
W MINISTERSTWIE ZDROWIA  
PIOTR BROMBER**

Pozwolę sobie na wstępie ustosunkować się do pytań, które padły pod moim adresem.

Co do tych współczynników korygujących to one tylko będą na plus. Współczynniki korygujące będą określone zarządzeniem prezesa. I to jest ta wartość dodana dla podmiotów, jeżeli chodzi o lepsze finansowanie. Premia będzie jasnym, czytelnym sygnałem, że warto inwestować w jakość. To po pierwsze.

Po drugie, nie za bardzo rozumiem zarzuty co do upolitycznienia Rady Akredytacyjnej. W art. 48 jest wskazane, kto może być członkiem tej rady. Tam nie ma w żadnym punkcie



wymogu przynależności do jakiegokolwiek partii politycznej. Powiedziane jest, ilu minister wskazuje, powiedziane jest, przez jakie inne ciała będą wskazywani ci kandydaci. Nie wiem, skąd takie założenie czy myślenie, że Rada Akredytacyjna musi być upolityczniona.

Co do autoryzacji i tego, dlaczego to robi NFZ... Ja przypomnę, że w tym roku NFZ obchodzi 20-lecie istnienia. Historia ochrony zdrowia to w dużej mierze też historia NFZ – jednej z bardziej sprawczych instytucji działających w przestrzeni publicznej w ochronie zdrowia. Autoryzacja jest równa wymogom koszykowym, a wymogi koszykowe od 20 lat są weryfikowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Następna kwalifikacja do sieci będzie w 2026 r., więc perspektywa jest dosyć długa.

Wskaźniki wskazane w ustawie – bo tutaj o tych wskaźnikach dużo mówiono – są przykładowe. Szczegółowe będą określone przez ministra zdrowia w rozporządzeniu. I one będą różne dla różnych dziedzin.

Co do tych aktów wykonawczych to ja tylko przypomnę, że do tego pierwszego projektu akty wykonawcze były już dołączone. Tak że przynajmniej taka pogładowa wiedza, myślę, powinna być. W każdym razie możliwość uzyskania takiej wiedzy została stworzona, bo wszystkie rozporządzenia, tak jak powiedziałem, zostały dołączone do tej pierwszej ustawy.

Co do kwestii związanej z ostatnią wypowiedzią pani przewodniczącej... Ja mam... ubolewam – to, myślę, jest adekwatne słowo – że w każdej dyskusji istotnej z perspektywy funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, a w tym przypadku szczególnie, bo my w jakości dostrzegamy wartość dodaną, szansę... A tutaj raczej dyskusja o jakości ukierunkowana jest na zagrożenia, na problem. W naszej ocenie jakość to przede wszystkim zupełnie inna perspektywa dla pacjentów.

Oczywiście że trudno mi się zgodzić z zarzutami niekonstytucyjności – i to chciałbym podkreślić. W tym zakresie ograniczę się tylko do stwierdzenia, że nie zgadzam się z tymi zarzutami. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo. Panie Ministrze, dla nas też jest szansa, jeżeli mówimy o jakości, i też

chcielibyśmy, żeby ta jakość w ochronie zdrowia była jak najlepsza, ale, jak widać, ustawa nie gwarantuje tej jakości. I stąd są właśnie te problemy i stąd są te wszystkie poprawki.

A co do Rady Akredytacyjnej to powiedział pan, Panie Ministrze, że ona nie jest upolityczniona. Ona jest upolityczniona, bo Ministerstwo Zdrowia jest upolitycznione. Jeżeli z Ministerstwa Zdrowia mamy 8 członków takiej rady, plus do tego przedstawiciela MON i jeszcze kogoś – nie pamiętam, kogo – to gdzie są ci specjaliści i eksperci? No, niestety, to jest upolitycznienie.

*(Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Piotr Bromber: Pani Przewodnicząca, tylko...)*

No i, Panie Ministrze, nie odpowiedział pan na moje pytanie o konstytucję. A to, że się pan nie zgadza z tym, że te zapisy są niekonstytucyjne, to mnie nie przekonuje, bo nie jest pan chyba prawnikiem, o ile dobrze wiem, ani konstytucjonalistą...

*(Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Piotr Bromber: Pani...)*

Ale pytanie było inne. Pytanie było: dlaczego państwo notorycznie przynosicie do nas ustawy, które są niezgodne z prawem?

**PODSEKRETARZ STANU  
W MINISTERSTWIE ZDROWIA  
PIOTR BROMBER**

Pani Przewodnicząca, nie będziemy sobie wytykali wykształcenia, bo jeżeli chodzi o wykształcenie w zakresie prawa konstytucyjnego, to, myślę, ja na studiach przynajmniej miałem taki przedmiot. Ale też nie chcę się z panią licytować.

Powiedziałem tylko, że nie zgadzam się z tym zarzutem co do Rady Akredytacyjnej. Tam nie jest napisane, że to mają być pracownicy Ministerstwa Zdrowia, tylko przedstawiciele ministra zdrowia, a minister zdrowia ma tę sposobność, że może ich wskazać z różnych środowisk fachowych i eksperckich. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Myślę, że wyczerpaliśmy część dyskusyjną. Teraz mam takie pytania do pana, Panie Mecenasie.

Pierwsze: czy możemy zrobić tak – i wszystko będzie zgodnie z prawem – że przejmujemy wszystkie poprawki, które strona społeczna złoży i ewentualnie rozpatrzemy w drugim czytaniu?

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

Pani Przewodnicząca, odnosząc się do tego pytania, mam propozycję, ażeby wszystkie zgłoszone poprawki strony społecznej – i ogólne postulaty, i konkretne propozycje brzmienia – zostały przeanalizowane przez Biuro Legislacyjne, które przedstawi komisji szczegółowe propozycje rozwiązań w tym zakresie wraz z rekomendacjami. Dziękuję.

PRZEWODNICZĄCA  
**BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dobrze.

Drugie moje pytanie jest takie. Ponieważ ja na początku powiedziałam, że poprawki przygotowane przez pana mecenasas...

*(Rozmowy na sali)*

Czy te poprawki, które pan przygotował i o których powiedziałam, że je jako komisja przejmujemy, przegłosujemy teraz, czy również w drugim czytaniu?

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

Proponuję je teraz przegłosować.

*(Przewodnicząca Beata Małeczka-Libera: Dobrze.)*

One są przygotowane w postaci kompletnej. Dziękuję.

PRZEWODNICZĄCA  
**BEATA MAŁECKA-LIBERA**

W takim razie jest propozycja, abyśmy przegłosowali poprawki, które zostały przygotowane

przez nasze Biuro Legislacyjne, a które odnoszą się do spraw związanych z praworządnością, czyli z zapisami niezgodnymi z konstytucją, jak również poprawki legislacyjne.

Proszę bardzo, Panie Mecenasie.

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

Dziękuję bardzo.

Zostało zgłoszonych 9 poprawek. Zgodnie z Regulaminem Senatu należy je przegłosować wedle kolejności systematyki ustawy.

Jako pierwsze należy poddać pod głosowanie poprawki nr 1 i 3, które mają charakter legislacyjny i zmierzają do zapewnienia spójności terminologicznej w zakresie posługiwania się określeniem „świadczenie opieki zdrowotnej”. Dziękuję.

PRZEWODNICZĄCA  
**BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Poddaję je pod głosowanie.

Kto z państwa senatorów... Niektórzy są zdalnie, więc bardzo proszę o czujność. Kto z państwa jest za przyjęciem poprawek?

Kto jest przeciw?

I kto się wstrzymał?

*(Głosy z sali: A stanowisko rządu?)*

5 za, jednogłośnie.

Z mojej strony było jeszcze małe niedopatrzenie, Panie Mecenasie, bo nie zapytałam pana ministra.

Może w tej chwili udzielę głosu panu ministrowi i zapytam, jak się odnosi do tych poprawek.

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

*(Głos z sali: Proszę włączyć mikrofon.)*

Ale są kolejne, poprawek jest jeszcze 8. Wszystkie dotyczą kwestii praworządności.

PODSEKRETARZ STANU  
W MINISTERSTWIE ZDROWIA  
**PIOTR BROMBER**

Oceniam negatywnie.

PRZEWODNICZĄCA  
**BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Wszystkie, tak? Dziękuję.  
A więc – widzi pan – niezależnie czy teraz,  
czy później.  
Proszę bardzo.

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

Poprawka nr 2 zmierza do rezygnacji z po-  
sługiwania się skrótem „osoba odpowiedzialna”  
z uwagi na jego wyłącznie jednokrotne zastoso-  
wanie, co wyklucza stosowanie tego środka za-  
sad techniki prawodawczej. Dziękuję.

PRZEWODNICZĄCA  
**BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.  
Poddaję ją pod głosowanie.  
Kto z państwa senatorów jest za?  
Kto jest przeciw?  
I kto się wstrzymał?  
Dziękuję.  
5 za, jednogłośnie.  
Kolejna poprawka.

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

Poprawki nr 4 i 7 zmierzają do tego, aby wy-  
magania dotyczące wspólnych i bezpiecznych  
otwartych standardów komunikacji, jakie po-  
winny spełniać systemy informatyczne usługo-  
dawców oraz dostawców usług informatycznych  
dla usługodawców, były określane w rozporzą-  
dzeniu wydawanym przez ministra zdrowia, nie  
zaś w komunikacie zamieszczanym w Biuletynie  
Informacji Publicznej na stronie interneto-  
wej urzędu tego ministra. Dziękuję.

PRZEWODNICZĄCA  
**BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję.  
Kto z państwa jest za przyjęciem poprawek?

Kto jest przeciw?  
I kto się wstrzymał?  
5 za, jednogłośnie.  
Kolejna poprawka.

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

Poprawka nr 5 zmierza do skorygowania  
określonego w przepisie przejściowym okresu,  
do którego odnosi się zawarte w nim unormo-  
wanie, mając na uwadze, że przepisy dotyczące  
akredytacji podmiotu wykonującego działalność  
lecniczą wchodzi w życie, co do zasady, z dniem  
1 stycznia 2024 r., a zatem użycie sformułowania  
„do dnia 1 stycznia 2024 r.” jest niepoprawne.  
Dziękuję.

PRZEWODNICZĄCA  
**BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję.  
Kto z państwa jest za przyjęciem poprawki?  
Kto jest przeciw?  
I kto się wstrzymał?  
5 za, jednogłośnie.  
Kolejna.

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

Poprawka nr 6 zmierza do uwzględnienia  
dość oczywistej okoliczności, że działalność  
podmiotu może być wykonywana nie tylko z wy-  
korzystaniem rachunku bankowego, lecz także  
rachunku w spółdzielczej kasie oszczędności-  
wo-kredytowej. Dziękuję.

PRZEWODNICZĄCA  
**BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.  
Kto jest za przyjęciem?  
Kto jest przeciw?

I kto się wstrzymał?  
5 za, jednogłośnie.  
Kolejne.

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

Poprawki nr 8 i 9, czyli ostatnie poprawki, zmierzają do skreślenia przepisu zachowującego w mocy dotychczasowe rozporządzenia ministra zdrowia tworzące rejestry medyczne, na rzecz propozycji, aby przepisy ustawy dotyczące tej problematyki weszły w życie po upływie 12 miesięcy od dnia ogłoszenia ustawy, co da stosowny czas na przygotowanie nowych projektów rozporządzeń i na ich wydanie. Dziękuję.

PRZEWODNICZĄCA  
**BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.  
Kto jest za przyjęciem poprawek?  
Kto jest przeciw?  
I kto się wstrzymał?  
5 za, jednogłośnie.  
Wszystko, jeżeli chodzi o poprawki.

Teraz jeszcze raz chcę podkreślić, że to nie są wszystkie poprawki, które będą rozpatrywane przez komisję. Wszystkie poprawki merytoryczne, które zostaną dostarczone do pana mecenaśa, będą na posiedzeniu plenarnym i później na posiedzeniu komisji jeszcze przegłosowane. Mówię to, bo to jest ważne. W tej chwili przyjęliśmy tylko kwestie związane z legislacją i z przestrzeganiem prawa, ale kwestii merytorycznych nie rozpatrzyliśmy pod kątem poprawek na posiedzeniu komisji. Wysłuchaliśmy strony społecznej, dając sobie czas na to, żeby te poprawki dokładnie przeanalizować.

Głosujemy nad całością ustawy wraz z przyjętymi poprawkami.

Kto z państwa jest za przyjęciem tej ustawy w takim kształcie, w jakim ona jest w tej chwili?

Kto jest przeciw?

(Głosy z sali: 4.)

Kto jest przeciw?

Kto się...Tak, kto jest...

(Głosy z sali: ...Wstrzymał.)

Jeszcze raz. Pomyliłam się. Jeszcze raz.

Kto jest za przyjęciem ustawy wraz z przyjętymi poprawkami tylko legislacyjnymi? (o)

Kto jest przeciw? (5)

I kto się wstrzymał? (o)

Dziękuję.

Pan mecenas, proszę.

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

Chciałbym jedynie poinformować, że zgodnie z art. 68 ust. 2a Regulaminu Senatu, jeżeli żaden z poddanych pod głosowanie wniosków dotyczących ustawy nie uzyskał większości, to w sprawozdaniu komisji zamieszcza się wszystkie te wnioski. A zatem wszystkie poprawki konstytucyjne i legislacyjne zostaną zamieszczone w sprawozdaniu komisji. Dziękuję.

PRZEWODNICZĄCA  
**BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.  
Sprawozdawcą będzie pan senator Wojciech Konieczny.

Zamykam posiedzenie komisji.

I ogłaszam 3 minuty przerwy przed kolejnym posiedzeniem.

Dziękuję.

(Zakończenie posiedzenia o godzinie 11 minut 11)



**Kancelaria Senatu**

Opracowanie:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk i łamanie:

Centrum Informacyjne Senatu, Dział Wydawniczy