



SENAT
RZECZYPOSPOLITEJ
POLSKIEJ

X kadencja

Zapis stenograficzny

z posiedzenia
Komisji Zdrowia (122.)

28 czerwca 2023 r.

Porządek obrad:

1. Rozpatrzenie ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw (druk senacki nr 1020, druki sejmowe nr 3259, 3369 i 3369-A).

(Początek posiedzenia o godzinie 13 minut 20)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodnicząca
Beata Małecka-Libera)

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dobrze, zaczynamy trzecie dzisiaj posiedzenie Komisji Zdrowia.

Tym razem będziemy mówić o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw. Jest to część tej ustawy, która wcześniej w całości była procedowana jako ustawa o jakości. Część tych zapisów została wyjęta i one będą teraz przedmiotem obrad.

Bardzo proszę, Panie Ministrze, o przedstawienie tego projektu.

**PODSEKRETARZ STANU
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
PIOTR BROMBER**

Panie Przewodnicząca! Panie i Panowie! Zaproszeni Goście!

Poselski projekt ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw koncentruje się przede wszystkim na zmianie obecnego modelu pozasądowego dochodzenia roszczeń przez pacjentów w związku z występowaniem zdarzeń niepożądanych w trakcie leczenia. Należy podejmować działania, które ostatecznie pozwolą na wyeliminowanie w jak największym stopniu tych zdarzeń. Celem przedstawionego projektu jest przede wszystkim zagwarantowanie pacjentowi, jeżeli dojdzie do takiego zdarzenia, skutecznej ścieżki prawnej, za pomocą której poszkodowany pacjent będzie mógł uzyskać

odpowiednie świadczenie pieniężne, rekompensatę danej szkody.

Ustawa jest mocno propacjencka. Ona jest też istotna, nawet można by użyć tutaj sformułowania, że jest pilna, w kontekście pewnej rewizji obecnych rozwiązań. Przedstawiona ustawa ma wprowadzić zasadnicze zmiany w zakresie, o którym wspomniałem. Przewiduje ona likwidację wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych. W ich miejsce ma być utworzony Fundusz Kompensacyjny Zdarzeń Medycznych, który będzie działał przy Rzeczniku Praw Pacjenta. Rzecznik w prostym i szybkim postępowaniu będzie wypłacał osobom, które złożą wniosek i spełnią określone wymagania ustawowe, świadczenia kompensacyjne bez konieczności udowadniania winy jakiegokolwiek osoby. Świadczenia w wysokości do 200 tysięcy zł odpowiadają kwotom możliwym do uzyskania na drodze sądowej. Będą one corocznie waloryzowane o wskaźnik inflacji. W razie śmierci pacjenta odszkodowanie otrzymają członkowie jego najbliższej rodziny. Osoby, które w wyniku zdarzenia medycznego doznały poważnych następstw zdrowotnych, otrzymają ponadto priorytetowy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Ustawa uwzględnia rozwiązania wypracowane w toku prac nad rządowym projektem ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta, które w tym zakresie spotkały się z pozytywnym odbiorem. W ustawie wspierane są przede wszystkim... Bazujemy na przykładach innych krajów, bazujemy też na doświadczeniu związanym z funduszem kompensacyjnym szczepień. Przypomnę, że niedawno utworzyliśmy też fundusz kompensacyjny w zakresie badań klinicznych. Ten fundusz kompensacyjny byłby dopełnieniem tego typu rozwiązań

dla pacjentów i, co często podkreśla obecny tutaj rzecznik praw pacjenta, byłoby to rozwiązanie unikatowe nawet w skali Europy. Moglibyśmy się wówczas, można powiedzieć wprost, pochwalić rozwiązaniami najdalej idącymi i najbardziej propacjenckimi.

Przewidziane w ustawie rozwiązania dotyczące finansowania funduszu gwarantują jego stabilność, zapewniają środki na wypłaty świadczeń kompensacyjnych dla wszystkich uprawnionych osób. Co ważne, o każdym ustalonym zdarzeniu medycznym i wypłacie świadczenia kompensacyjnego rzecznik będzie informował podmiot wykonujący działalność leczniczą. Ponadto ustawa przewiduje wprowadzenie nowego zadania dla rzecznika praw pacjenta, który będzie zbierał od pacjentów informacje o tych zdarzeniach medycznych i będzie wypracowywał na tej podstawie rekomendacje, tworzył analizy, raporty w tym zakresie. Wprowadza się w przepisach ustawowych stanowiska pełnomocnika do spraw pacjenta w podmiocie leczniczym, uproszczone i bezpieczniejsze zasady identyfikacji pacjentów w szpitalach, zmiany związane ze stosowaniem monitoringu wizyjnego i obowiązkiem powiadamiania bliskich pacjenta niesamodzielnego o jego planowanym wypisie ze szpitala. Bardzo dziękuję.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.

Panie Ministrze, rzeczywiście to, co pan powiedział, jest po prostu kopią tego, co było w ustawie o jakości. Został z niej tylko wycięty fragment i przeniesiony do ustawy o prawach pacjenta.

Jak państwo pamiętacie – mam nadzieję, że pan minister pamięta – od początku postulowaliśmy, żeby te zapisy były w ustawie o Rzeczniku Praw Pacjenta. I tak się dzieje. Zmienia się tylko to, że nie jest to projekt rządowy, tylko posełski. Zresztą widziałam drogę dojścia do tego, to, w jaki sposób doszło do przejęcia przez panią poseł tej ustawy. Żałuję, że nie ma jej dzisiaj tutaj i nie ona rekomenduje tę zmianę. No ale rozumie, jak to wygląda.

Ustawa jako taka nie budziła wątpliwości ani wtedy, ani dzisiaj. Oczywiście są różne tam drobne rzeczy, do których się będziemy odnosić.

Ale przede wszystkim bardzo proszę o opinię pana mecenasa.

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

Dziękuję uprzejmie.

Pani Przewodnicząca! Wysoka Komisjo! Szanowni Państwo!

Trzeba uczciwie powiedzieć, że rozpatrywana ustawa uległa bardzo pozytywnej modyfikacji w stosunku do jej wersji przewidzianej w odrzuconej przez Senat ustawie o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta, czego wynikiem jest wyłącznie jedno zastrzeżenie natury konstytucyjnej i tylko jedno zastrzeżenie natury legislacyjnej.

Zastrzeżenie natury konstytucyjnej stanowi powtórzenie omawianej już przez Wysoką Komisję uwagi odnoszącej się do dodawanego art. 67q ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, który w ocenie Biura Legislacyjnego jest niezgodny z konstytucyjną zasadą równości w związku z art. 68 ust. 1 i 2 konstytucji przez to, że wyłącza prawo do świadczenia kompensacyjnego w związku ze zdarzeniem medycznym będącym następstwem udzielenia lub zaniechania udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, które nie jest finansowane ze środków publicznych, jak również wyłącza prawo do tego świadczenia w odniesieniu do zdarzenia medycznego, które odnosi się do świadczenia opieki zdrowotnej finansowanego ze środków publicznych w innym niż szpital podmiocie wykonującym działalność leczniczą. Stosownie bowiem do art. 67q zmienianej ustawy przepisy dodawanego przez rozpatrywaną ustawę rozdziału 13b „Kompensacja szkód wynikających ze zdarzeń medycznych” stosuje się wyłącznie do zdarzeń medycznych będących następstwem udzielania lub zaniechania udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w szpitalu. Odnosząc się do dokonanego zróżnicowania osób uprawnionych do tego świadczenia, pragnę jedynie przypomnieć, że dokonywanie zróżnicowania według kryterium źródła finansowania świadczenia opieki zdrowotnej, jak również ze względu na kryterium rodzaju podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w którym jest

udzielane świadczenie opieki zdrowotnej, nie oznacza, że osoby nieobjęte zakresem tego świadczenia oraz osoby nim objęte nie są podmiotami podobnymi w rozumieniu orzecznictwa Trybunału Konstytucyjnego. Niestety w tym zakresie dochodzi naszym zdaniem do niedopuszczalnej konstytucyjnie dyskryminacji, jeżeli zważyć, z jednej strony, iż uprawnienie do świadczenia kompensacyjnego wiąże się z prawem do ochrony zdrowia gwarantowanym wedle art. 68 ust. 1 konstytucji każdemu, z drugiej zaś, jeżeli zważyć, że art. 68 ust. 2 zdanie pierwsze konstytucji stanowi, że obywatelom niezależnie od ich sytuacji materialnej władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Na marginesie należy dodać, że przedstawione w uzasadnieniu projektu rozpatrywanej ustawy rozważania dotyczące istoty świadczeń szpitalnych, które są finansowane ze środków publicznych, mające, jak rozumiem, uzasadnić konstytucyjność proponowanego rozwiązania, zwłaszcza argument, że w ramach hospitalizacji są realizowane najbardziej skomplikowane procedury medyczne, które wiążą się z największym ryzykiem zaistnienia poważnej szkody, są w naszym przekonaniu prawnie nieadekwatne do postawionej tezy o konstytucyjności proponowanego rozwiązania. Z kolei zawarte w uzasadnieniu kategoriyczne stwierdzenie, że jest to rozwiązanie, które nigdy nie budziło zastrzeżeń, w tym natury konstytucyjnej pod kątem art. 32 konstytucji, jest, jak chcę wierzyć, nieporozumieniem, jeżeli zważyć zarówno na podnoszoną w doktrynie prawa ocenę obowiązującego art. 67a ust. 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta właśnie w świetle konstytucyjnej zasady równości, jak również opinię Biura Legislacyjnego dotyczącą analogicznego unormowania, która została już wyrażona podczas senackich prac nad ustawą z dnia 9 marca bieżącego roku o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta. W związku z tym rekomenduję Wysokiej Komisji przyjęcie poprawki, która przedmiotową niekonstytucyjność zlikwiduje.

W zakresie spraw legislacyjnych należy jedynie zaznaczyć, że art. 9 ust. 1 ustawy stanowi, że świadczenie kompensacyjne przyznaje się w odniesieniu do zdarzenia medycznego zaistniałego po dniu wejścia w życie niniejszej ustawy, ale na mocy ust. 2 tego artykułu wniosek o przyznanie tego świadczenia może być złożony

również wtedy, gdy zdarzenie medyczne miało miejsce przed dniem wejścia w życie, jeżeli, cytuję, „wnioskodawca dowiedział się o zakażeniu biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzeniu ciała lub rozstroju zdrowia albo o śmierci pacjenta po dniu wejścia w życie niniejszej ustawy”, co zapewne w sposób niezamierzony nie obejmuje zakresem regulacji dnia wejścia w życie tej ustawy. Dziękuję.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.
Otwieram dyskusję.
Kto z państwa... Pani senator Chybicka. Proszę.

**SENATOR
ALICJA CHYBICKA**

Dziękuję, Pani Przewodnicząca.
Szanowni Państwo!
Dla mnie też jest to po prostu wyjęty ten dobry fragment ustawy o jakości. No szkoda, że znowu są te niekonstytucyjności i poprawki legislacyjne.

Ja w imieniu Komisji Zdrowia, jeśli pani przewodnicząca pozwoli, przejmuję poprawki. Pozostałe zapisy rzeczywiście są dla pacjenta dobre, a wszelka ochrona pacjentów jest rzeczą jak najbardziej korzystną. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję.
Proszę bardzo, Pani Senator.

**SENATOR
AGNIESZKA GORGOŃ-KOMOR**

Ja mam tylko jedno zastrzeżenie – nie będzie tak dobrze – co do kompetencji pana rzecznika praw pacjenta odnośnie do upoważnienia do rekomendacji. Jeśli mam dobrą wiedzę, to rzecznik praw pacjenta nie wykonuje zawodu medycznego, a te rekomendacje powinny być ustalane

przez przedstawicieli zawodów medycznych, towarzystwa naukowe. Proszę mi wyjaśnić ten aspekt tej ustawy. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.
Pan prezes.

**WICEPREZES
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
KLAUDIUSZ KOMOR**

Klaudiusz Komor, Naczelna Izba Lekarska.

My mamy kilka szczegółowych uwag. One są ogólnie drobne, poza tą jedną, o której pan mecenas tutaj wspomniał, a która jest dla nas kluczowa. Otóż może być taka paradoksalna sytuacja, że człowiek nieubezpieczony leczony w szpitalu publicznym będzie miał dostęp do tego świadczenia, a człowiek ubezpieczony, który będzie leczony w prywatnym – nie. A tak naprawdę to powinno zależeć od tego, czy się płaci składkę, czy nie, bo argument, że to z naszych składek będą te odszkodowania, jest jak najbardziej słuszny. No więc powinno to być dostępne dla wszystkich, którzy te składki płacą. O przedstawienie szczegółowych uwag prosiłbym bardzo pana mecenasa.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Tak, to jest bardzo istotny element i mam nadzieję, że pan minister weźmie pod uwagę te argumenty przedstawione na dzisiejszym posiedzeniu komisji.

Czy ktoś jeszcze?

(Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej Klaudiusz Komor: Jeszcze pan mecenas...)

Proszę.

**KOORDYNATOR ZESPOŁU
RADCÓW PRAWNYCH
W BIURZE NACZELNEJ IZBY LEKARSKIEJ
MICHAŁ KOZIK**

Jeszcze raz dzień dobry.

Michał Kozik, radca prawny, Naczelna Izba Lekarska.

Pomijamy temat tego, komu się należy świadczenie kompensacyjne, bo ta sprawa była tu już poruszona. Rzeczywiście mamy postulat, aby zdecydowanie poszerzyć krąg podmiotów uprawnionych.

Wysoka Komisjo, mamy propozycję dotyczącą liczebności zespołu, który będzie rzecznikowi praw pacjenta opiniował te wszystkie przypadki. Na dzisiaj propozycja w ustawie jest taka, że ten zespół będzie liczył co najmniej 20 członków, w tym co najmniej 15 lekarzy. Przeprowadziliśmy z rzecznikiem prac pacjenta dyskusję, w której padło zapewnienie, że w miarę potrzeb ta liczba 20 osób będzie zwiększana, bo naszym zdaniem to mało. Jeżeli to jest grupa, która ma obsłużyć wszystkie przypadki szpitalne, wszystkie roszczenia z całego kraju, czyli zastąpić 16 komisji wojewódzkich, które obecnie działają, to nam się wydaje, że te 20 osób... Zakładamy, że to będą osoby czynne zawodowo, czyli osoby, które nie tylko będą pracowały w tej komisji, ale poza pracą w tej komisji będą też po prostu leczyły ludzi. A więc przyjmujemy wyjaśnienie, że ta liczba, co najmniej 20 członków, będzie w miarę potrzeb zwiększana, ale proponujemy w związku z tym, żeby ustawa zachowywała proporcje członków będących lekarzami do ogólnej liczby członków komisji. Obecnie w propozycji jest to 75%. Poprawka słaby w tym kierunku, że w skład zespołu wchodzi co najmniej 20 członków powoływanych przez rzecznika, tak jak teraz, i drugie zdanie: co najmniej 75% członków zespołu stanowią osoby wykonujące zawód lekarza. W związku z tym jeśli w pewnym momencie rzecznik zwiększy liczebność zespołu do 100 osób, to 75 z nich to będą lekarze, a reszta to mogą być inne osoby. Chcielibyśmy, dla zapewnienia... Mamy świadomość tego, że większość rozpatrywanych spraw, jeśli mówimy o błędach, nazwijmy to, czy zdarzeniach szpitalnych, to będzie to próba oceny działalności lekarzy. I tych lekarzy tam po prostu potrzeba.

Wysoka Komisjo! Proponuję też poprawkę dotyczącą art. 67x. Identyczna poprawka dotycząca art. 67zg. Chodzi mianowicie o sytuację, że Rzecznik Praw Pacjenta może, nie chcę użyć słowa innego, niż jest w ustawie, odwołać członka tego zespołu, tego dwudziestego... Przesłanka, która nam się nie podoba i wydaje nam się zbyt uznaniowa, to jest przesłanka, która mówi, że może go odwołać w razie zaistnienia

okoliczności, które wpływają na niezależne sprawowanie funkcji członka zespołu. Ta przesłanka wydaje nam się bardzo niedookreślona, a przecież w ustawie jest możliwość wyłączenia członka zespołu od rozpatrywania indywidualnej sprawy, jeżeli miałby on być związany z jedną ze stron albo... Wydaje nam się, że to jest wystarczająca gwarancja obiektywnej i bezstronnej pracy tej komisji, bez potrzeby odwoływania się do wykreślenia takiej osoby czy odwoływania jej z funkcji w tym zespole.

Szanowni Państwo, ostatnia poprawka dotyczy art. 67zc. To jest sytuacja, w której Rzecznik Praw Pacjenta decyduje się przyznać świadczenie kompensacyjne, określa jego kwotę i pacjent... Oczekuje się, że pacjent czy też wnioskodawca, bo to może być również rodzina zmarłego pacjenta, wyrazi pogląd, czy tę kwotę przyjmuje, czy też nie przyjmuje. Na to jest zgodnie z ustawą 30 dni. Chcielibyśmy nieco odwrócić regułę. Jeśli pacjent wybrał nie drogę sądową, tylko drogę dochodzenia swoich roszczeń przed rzecznikiem – czyli pacjent twierdzi, że doszło do zdarzenia medycznego, Rzecznik Prac Pacjenta podzielił ten pogląd, powiedział „było zdarzenie medyczne” i przyznał to świadczenie kompensacyjne – to jeżeli pacjent w ciągu 30 dni nie zareaguje, to znaczy... Powinno to być równoznaczne z tym, że pacjent przyjmuje to rozwiązanie, skoro złożył taki wniosek do rzecznika. Ustawa przyjęła odwrotne rozwiązanie, czyli po przyznaniu tego świadczenia trzydziestodniowe milczenie pacjenta oznacza, że pacjent odrzucił tę kwotę. Wydaje się, że nasza propozycja budowałaby troszeczkę ten system i dawała jakąś konsekwencję... Ale, jak mówię, zostawiamy to do oceny państwa...

(*Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej Klaudivsz Komor: Przesłaliśmy oczywiście te poprawki...*)

Poprawki za minutkę prześlemy do pana mecenasa.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Problem w tym, że nie były przesłane, tylko dopiero będą. Ale rzeczywiście wydaje się, że one są zasadne i uszczegółwiają te problemy.

Czy ktoś jeszcze chce zabrać głos? Proszę bardzo, pan minister.

**RZECZNIK PRAW PACJENTA
BARTŁOMIEJ CHMIELOWIEC**

Dziękuję bardzo, Pani Przewodnicząca. Wysoka Komisjo!

Co do zgłoszonych uwag to w pierwszej kolejności odniosę się do kwestii dotyczącej zarzutu niekonstytucyjności. Jeśli chodzi o art. 67q ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, jeśli chodzi o ten projekt... Szanowna Pani Przewodnicząca! Wysoka Komisjo! Jeżeli chodzi o kwestie związane z interpretacją tego przepisu, to w naszej ocenie nie istnieją podstawy do stawiania tezy, że ten przepis jest niekonstytucyjny. Ja pamiętam jeden z pierwszych wykładów, kiedy studiowałem prawo, gdy jeden z profesorów powiedział, że prawo nie jest matematyką, gdzie są jednoznaczne twierdzenia i jednoznaczne stwierdzenia, jednoznaczne wyrażenia matematyczne, a interpretacja przepisów prawa niejednokrotnie jest kwestią subiektywną opartą na swoim doświadczeniu, również zawodowym, również na pewnej perspektywie związanej z zapatrywaniem się na pewne kwestie. Stąd też nie możemy się zgodzić z tą argumentacją, w szczególności jeżeli chodzi o zakaz dyskryminacji związany z art. 32 konstytucji. On nie jest tożsamy z zakazem różnicowania sytuacji podmiotów prawa i w naszej ocenie z taką sytuacją nie mamy do czynienia w tym przypadku. W naszej ocenie nie można tu mówić o niezgodności z art. 68 ust. 1 konstytucji, czyli prawem do ochrony zdrowia. Ustawa nie ogranicza w żaden sposób prawa obywateli do ochrony zdrowia. Zabezpiecza tu w ramach specjalnej finansowej kompensaty interesy określonej kategorii osób poszkodowanych, które doznały szkody. Trzeba też mieć na uwadze to, że większość szpitali prywatnych ma kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia, a istotna część udzielanych w nich świadczeń jest finansowana ze środków publicznych.

Jeżeli chodzi o kwestie dotyczące zarzutu niekonstytucyjności w zakresie tego, że świadczenia będą realizowane tylko w szpitalu, to znowu nie możemy się zgodzić z zarzutem naruszenia art. 68 ust. 2 konstytucji, bowiem przepisy tej ustawy w żaden sposób nie ograniczają dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Norma ta nie dotyczy tejże kwestii, lecz, znowu, statuuje uprawnienie do naprawienia szkody ze środków powołanego w tym celu funduszu celowego.

Od strony merytorycznej: dlaczego te przepisy zostały tak skonstruowane? Przede wszystkim w trakcie hospitalizacji w szpitalach realizowane są najbardziej skomplikowane procedury medyczne. To w szpitalach dochodzi do szkód najcięższych i spraw najbardziej medialnych, które są znane opinii publicznej. To w końcu szpitalu realizowane są przez całą dobę świadczenia zdrowotne polegające na kompleksowości, wszystkie te, które nie mogą być zrealizowane w ramach świadczeń ambulatoryjnych lub świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej. I w końcu argument dotyczący tego, jak fundusz kompensacyjny był wprowadzany w krajach Europy Zachodniej. Są dwa różne, skrajne doświadczenia. Są doświadczenia Danii, gdzie fundusz został wprowadzony w 1992 r. i pierwotnie obejmował tylko i wyłącznie te szpitale, które były własnością bądź to państwa, bądź samorządu terytorialnego. Z czasem, sukcesywnie były dokładane kolejne elementy: po 12 latach podstawowa opieka zdrowotna, a potem, ciekawostka, ale bardzo pozytywny aspekt, w 2021 r., Dania objęła swoim systemem również przypadki błędów medycznych dotyczące obywateli Danii, które były popełnione w innych państwach. Mam nadzieję, że kiedyś też tak się stanie, jeżeli chodzi o Fundusz Kompensacyjny Zdarzeń Medycznych. Obecnie w Danii co roku jest ponad 20 tysięcy wniosków ze strony pacjentów, co jest wielkim sukcesem. Przekładając to na polskie realia, czyli sześciokrotnie większą populację pacjentów, możemy szacować, że w szczytowym okresie do funduszu kompensacyjnego będzie trafiało ponad 250 tysięcy wniosków. Stąd też potrzeba sukcesywnego wdrażania tego typu rozwiązań, krok po kroku, aby się nie okazało, że już na samym początku fundusz będzie niewydolny. Jest też negatywny przykład Belgii, która zdecydowała się objąć od razu cały system ochrony zdrowia działaniem funduszu kompensacyjnego i niestety w 2012 r., kiedy ten fundusz był wprowadzany, okazał się w tym zakresie niewydolny. W związku z tym w naszej ocenie proponowane rozwiązania są racjonalne. Zgadzamy się tutaj, ja się zgadzam, z panią przewodniczącą, z panią senator Chybicką i z państwem, że doelowo fundusz powinien obejmować cały system ochrony zdrowia. Tylko zrobmy to krok po kroku. Nie skaczymy od razu na głęboką wodę, mówiąc kolokwialnie. Tu chodzi nie tylko o wydajność pracowników, radców prawnych w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta, ale też chodzi o wydajność

ekspertów medycznych, którzy będą nas wspierać, jeżeli chodzi o opiniowanie tego typu sytuacji.

Jeżeli chodzi o uwagi pani senator Gorgoń i jeżeli chodzi o uwagi Naczelnej Izby Lekarskiej, to ja chcę zauważyć, że rzecznik praw pacjenta nie będzie wydawał rekomendacji klinicznych. Obecnie rekomendacje kliniczne może wydawać minister zdrowia na podstawie odrębnych przepisów. Ale omawiane rekomendacje będą dotyczyły kwestii procesu leczniczego czy organizacyjnego, co zresztą Rzecznik Praw Pacjenta robi od blisko 15 lat, czyli w tych sytuacjach, w których stwierdza naruszenia praw pacjenta, wydaje zalecenia dla placówki medycznej. Takich zaleceń wydajemy rocznie kilkanaście tysięcy w stosunku do różnych placówek, ale one dotyczą li tylko procesu organizacyjnego, procesu związanego z organizacją świadczeń i związanego z popełnionymi tam błędami.

Jeżeli chodzi o uwagę Naczelnej Izby Lekarskiej dotyczącą liczebności zespołu, to pragnę zauważyć, Panie Prezesie, Panie Mecenasie, że my uwzględniliśmy w toku konsultacji społecznych, po konsultacjach z panią poseł Szczurek-Żelazko dokładnie państwa postulat sprzed kilku miesięcy. To państwo jako Naczelna Izba Lekarska postulowaliście, że zespół powinien mieć co najmniej 20 członków, w tym 15 lekarzy, i właśnie taki zapis znajduje się teraz w ustawie. Stąd teraz nie rozumiem tej uwagi. Na marginesie tylko powiem, że od początku wskazywałem, i dalej to podtrzymuję, że propozycja... Ustawa zawiera sformułowanie „co najmniej”, czyli nie mniej niż, i od początku wskazuję, że szacujemy, że liczba osób, które nas będą wspierać, to będzie najprawdopodobniej kilkadziesiąt. To będą oczywiście lekarze różnych specjalizacji. Szacujemy, że 15% spraw będzie dotyczyło ginekologii i położnictwa, więc tu potrzebujemy najwięcej specjalistów, nie tylko lekarzy ginekologów, ale również położnych, również pielęgniarek. Ale mogą się zdarzyć tak sytuacje związane z tak niszowymi specjalizacjami, jak chociażby kardiologia dziecięca, i tutaj nie jesteśmy w stanie nawet oszacować, jaka liczba specjalistów będzie potrzebna. Ja mogę zapewnić, że będziemy sukcesywnie dopraszać do zespołu kolejnych ekspertów. Przy czym samo uczestnictwo w zespole nie wiąże się z żadnym wynagrodzeniem, dopiero sporządzenie opinii będzie się wiązało z wynagrodzeniem. Notabene wynagrodzenie, biorąc pod uwagę to, jakie kwoty są przewidziane, to jest raczej wynagrodzenie

symboliczne, a posiedzenia powinny być traktowane jako pewna nobilitacja. Ja tylko powiem, że już teraz prowadzimy rozmowy z kilkudziesięcioma ekspertami, w tym z wybitnymi profesorami i konsultantami wojewódzkimi, zarówno byłymi konsultantami, jak i obecnymi.

I ostatnia kwestia... Nie, nie ostatnia. Jeszcze dwie, przepraszam. Kolejna kwestia... Nie, ostatnia. To jest uwaga Naczelnej Izby Lekarskiej dotycząca tego, abyśmy odwrócili założenie związane z tym, że pacjent musi po raz kolejny potwierdzać, że przyjmuje świadczenie. Faktycznie, pierwotnie rządowy projekt ustawy zawierał te propozycje, które przedstawił pan mecenas, jednak otrzymaliśmy opinię z Rządowego Centrum Legislacji i Rady Legislacyjnej przy panu premierze, że tego typu rozwiązanie byłoby rozwiązaniem niekonstytucyjnym i że na końcu musimy pozostawić pacjentowi tę podmiotowość co do podjęcia decyzji. Chodzi o to, żeby, skoro jest to system alternatywny, na samym końcu pacjent, mając świadomość, jaką kwotę świadczenia otrzyma, jeszcze raz potwierdził, że faktycznie przyjmuje to świadczenie bądź też rezygnuje z niego i udaje się jednak na drogę sądową.

Mam nadzieję, że wyczerpałem...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

A, jeszcze ostatnia... Przepraszam. Faktycznie, dobrze sobie zapisałem. Jeszcze ostatnia kwestia, dotycząca przesłanki odwołania członka zespołu. Panie Mecenasie, za całość procesu będzie odpowiadał Rzecznik Praw Pacjenta w ramach wydawania decyzji administracyjnej. Analogiczne rozwiązania są zawarte w ustawie o badaniach klinicznych. Tam również była sugestia ze strony prawników, że powinny zostać doprecyzowane przesłanki, w związku z którymi rzecznik mógłby odwołać członka zespołu. W naszej ocenie te przesłanki są dosyć precyzyjnie określone. Na marginesie powiem tylko, że w 2012 r., kiedy była bardzo szczytna idea, żeby stworzyć taki system alternatywny, m.in. w mojej ocenie, co się potwierdziło w praktyce, został popełniony błąd przez prawników, którzy konstruowali te rozwiązania, polegający na tym, że de facto nikt nie może odwołać członka wojewódzkiej komisji, jeżeli on swoje prace wykonuje nierzetelnie, nie przykłada się, nie stawia się na czas bądź w inny sposób dokonuje obstrukcji. Żebyśmy mieli jakiegokolwiek narzędzie, to musimy mieć tego typu przesłankę ogólną. Ja mogę też powiedzieć o doświadczeniach związanych z funduszem kompensacyjnym szczepień

ochronnych, gdzie są tak wybitni eksperci, jak pan profesor Hryniewiecki, jak pan profesor Samoliński. Tam nigdy nie mieliśmy do czynienia z taką sytuacją, a są tam analogiczne przesłanki co do odwołania członka zespołu. Wszystko zależy od ułożenia współpracy. Dziękuję bardzo.

PRZEWODNICZĄCA

BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dziękuję bardzo, Panie Ministrze, za wyczerpujące wyjaśnienia.

Mogę tylko powiedzieć, że różnimy się nieco w podejściu do sprawy, ponieważ nasze stanowisko jest takie, że wszyscy są równi wobec prawa i to, że niektórzy pacjenci nie będą mogli skorzystać ze świadczenia zdrowotnego ze środków publicznych, nie zawsze jest podyktowane tylko i wyłącznie ich wolą. Czasami jest po prostu tak, że pacjent jest zmuszony pójść do gabinetu prywatnego, bo, jak wiemy, dostępność do świadczeń jest ograniczona, są duże kolejki. W momencie, kiedy zezwalamy mu na to, bo przecież prawo działa i są podmioty prywatne, to jednak tę ochronę i ewentualnie wypłacenie tego świadczenia uważamy za absolutnie zgodne z prawem. Wszyscy w tym momencie jesteśmy zgodni, że wszyscy jesteśmy równi w stosunku do dostępności do świadczeń i do realizowanego prawa. To jest pierwsza moja dygresja.

Tak się zastanawiałam w czasie tego, co pan mówił, że może po prostu zamiast stopniowego rozszerzenia, tak jak pan tutaj mówił, tego, że w przyszłości to będzie rozszerzane, trzeba by było zrobić jakąś analizę na podstawie pilotażu. Wtedy byśmy wiedzieli dużo wcześniej, w jaki sposób to jest realizowane. Ale to jest taka moja dygresja. Ja będę jednak podtrzymywała rację przedstawioną przez pana mecenasa.

Co do poprawek zgłoszonych tutaj przez izbę lekarską to chciałabym usłyszeć opinię pana mecenasa, a potem pana ministra, czy jest za, czy przeciw. Później przystępujemy do głosowania.

Proszę bardzo.

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

Pani Przewodnicząca, z wyłączeniem jednej z poprawek zgłoszonych przez Naczelną

Izbę Lekarską, która ma charakter prawny, pozostałe mają charakter merytoryczny. Proponuję, aby przyjąć w stosunku do nich ścieżkę tożsamą z tą dotyczącą poprzednio omawianych ustaw.

Przyznaję, że stanowisko zaprezentowane przez pana ministra, rzecznika praw pacjenta przekonuje mnie w odniesieniu do złożenia pozytywnego oświadczenia o przyjęciu świadczenia kompensacyjnego z uwagi na fakt, że jest to alternatywny sposób uzyskania zadośćuczynienia w stosunku do postępowania sądowego. W tym zakresie popieram stanowisko prawne wyrażone przez pana rzecznika praw pacjenta. Dziękuję.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.

Sluchając tej wypowiedzi, też rozwiałam swoje wątpliwości. Jednak kwestia tych 75% i kwestia odwoływania członków są w dalszym ciągu na stole, że tak powiem, a więc te 2 poprawki, podobnie, jak to było na poprzednich posiedzeniach komisji, będą zgłoszone w czasie drugiego czytania i ewentualnie uzupełnione.

Przystępujemy do głosowania.

Kto jest za przyjęciem poprawek zgłoszonych i przygotowanych przez Biuro Legislacyjne i przejętych przez komisję...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Proszę bardzo, Panie Mecenasiu.

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

Ja tylko chciałbym zwrócić uwagę, że te poprawki nie mają tożsamego charakteru. Pierwsza ma charakter konstytucyjny, a druga ma charakter wybitnie legislacyjny. Dziękuję.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Tak jest. Ale ta konstytucyjna jest ogromnie ważna i w takim razie pierwsza będzie poprawka konstytucyjna. Poddajemy ją pod głosowanie.

Kto z państwa jest za przyjęciem tej poprawki?

Kto jest przeciw?

Kto się wstrzymał?

5 głosów za. Jednogłośnie.

Dziękuję.

I kolejne.

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

Poprawka ma charakter legislacyjny. Dotyczy przepisu przejściowego. Dziękuję.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.

Poddaję ją pod głosowanie.

Kto z państwa jest za?

Kto jest przeciw?

Kto się wstrzymał?

5 osób za. Jednogłośnie.

W takim razie przystępujemy do głosowania nad całością ustawy z przyjętymi poprawkami, mając w pamięci jeszcze 2 poprawki, które powinny być rozpatrywane w czasie drugiego czytania.

Kto z państwa jest za przyjęciem ustawy z przyjętymi poprawkami?

Kto jest za?

Kto jest przeciw?

I kto się wstrzymał?

5 głosów za. Jednogłośnie.

Na sprawozdawcę wyznaczamy panią senator Alicję Chybicką. Czy pani senator się zgadza?

**SENATOR
ALICJA CHYBICKA**

Tak, zgadzam się.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.

Zamykam posiedzenie.

Kancelaria Senatu

Opracowanie:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk i łamanie:

Centrum Informacyjne Senatu, Dział Wydawniczy