

Warszawa, 20 lipca 2023 r.

Protokół siódmego posiedzenia Parlamentarnego Zespołu ds. Badań Naukowych i Innowacji w Ochronie Zdrowia

W dniu 20 lipca 2023 r. w gmachu Senatu odbyło się posiedzenie Parlamentarnego Zespołu ds. Badań Naukowych i Innowacji w Ochronie Zdrowia. Otwierając posiedzenie, **przewodnicząca Zespołu senator dr n. med. Agnieszka Gorgoń-Komor** poinformowała, że w trakcie spotkania przedstawiciele samorządów medycznych postarają się odpowiedzieć na pytanie, czy prawa pacjenta i prawa medyka są innowacją, czy też może faktem, zwłaszcza w kontekście nagłośnionych przez media wydarzeń dotyczących praw pacjentów i błędów lekarskich.

Na pytanie Przewodniczącej Zespołu, na czym polega promowana przez **Naczelną Izbę Lekarską** zasada *no-fault*, i czy w jej świetle prawa pacjenta są nadal aktualne, **wiceprezes Izby, Klaudiusz Komor** przybliżył główne założenia wspomnianej zasady. Przekazał, że uderzając w bezpieczeństwo lekarzy, tak naprawdę uderza się w bezpieczeństwo pacjenta, a przecież każdy ma prawo do leczenia zgodnego z zasadami najnowszej wiedzy medycznej, a także z etyką medyczną. Wyjaśnił, że zasada *no-fault* opiera się na trzech filarach związanych z prawami pacjenta. Pierwszym z nich jest prawo do korzystania przez pacjenta z najnowszej wiedzy medycznej, opartej na faktach, badaniach i rejestrach zdarzeń medycznych z przeszłości, pozwalających wyciągać wnioski zarówno z błędów lekarskich jak i zdarzeń zakończonych sukcesem. Drugim filarem systemu *no-fault* jest szybki system kompensacyjny, czyli prawo pacjenta do uzyskania odszkodowania za każdy błąd, bez względu czy był on zawiniony czy niezawiniony. Powikłania po zabiegu, nawet jeśli był on wykonany bez błędu mogą się zdarzyć zawsze, dlatego ważne jest, aby pacjent szybko otrzymał świadczenie, pozwalające mu na leczenie powikłań czy rehabilitację. Trzeci filar zasady *no-fault* ma pozwolić lekarzowi na podejmowanie decyzji o formie leczenia, zwłaszcza w przypadku zabiegów ratujących życie pacjenta, bez presji odpowiedzialności karnej. W Polsce nie ma sztywnych standardów postępowania, to lekarz odpowiada za swoje

decyzje. Taka sytuacja powoduje stres, bowiem, w przypadku wystąpienia nawet niezawinionych powikłań, lekarz może zostać pociągnięty do odpowiedzialności karnej i może mieć wpływ, na decyzje, jakie lekarz podejmuje, rezygnując czasami ze skutecznej, ale nie stuprocentowo pewnej formy leczenia. Tam gdzie potrzebna jest pilna pomoc i szybkie działanie, brak stresu jest najważniejszy i dla dobra pacjenta i dla dobra lekarza. Wiceprezes Naczelnej Izby Lekarskiej dodał, że zasada *no-fault* nie dotyczy przypadków, w których leczenie kończy się śmiercią pacjenta lub kiedy lekarz w trakcie wykonywania procedury medycznej popełnił rażące zaniedbanie lub był pod wpływem alkoholu bądź środków odurzających. Dodał, że zasada *no-fault* dotyczy kar przewidzianych w Kodeksie karnym. Zawsze jednak pozostawia się pacjentowi możliwość skarżenia lekarza na drodze cywilnej i poprzez organy odpowiedzialności zawodowej. Wprowadzenie w Polsce zasady *no-fault* byłoby ponadto remedium na decyzje wielu lekarzy o wyjeździe z kraju i mogłoby doprowadzić do zmniejszenia problemów kadrowych w takich specjalizacjach jak chirurgia, ginekologia czy na szpitalnych oddziałach ratunkowych.

Prezes Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych Monika Pintał-Ślimak odnosząc się do zasady *no-fault* podkreśliła, że dotyczy ona wszystkich zawodów medycznych. Na pytanie Przewodniczącej Zespołu o obowiązek zachowania przez diagnostów laboratoryjnych tajemnicy zawodowej, Prezes KIDL przekazała, że zgodnie z obowiązującymi przepisami, są oni zobowiązani do jej zachowania w zakresie wyników badań pacjenta, ale również jego sytuacji socjalnej czy materialnej. Z tajemnicy zawodowej diagności są zwolnieni przed organami instytucji państwowych, np. przed sądami. Są również z niej zwolnieni w przypadku wyników badań, dotyczących czynników zakaźnych, które są zobowiązani przekazywać do Sanepidu. Pani Prezes zwróciła uwagę na potrzebę wprowadzenia porady diagnostycznej, istotnej zwłaszcza w przypadku gdy pacjent otrzymuje niepokojące wyniki badania, a czas oczekiwania na wizytę u lekarza specjalisty jest długi. Dodała, że diagności laboratoryjni powinni móc ostrzegać pacjentów przed pojawiającymi się w przestrzeni publicznej ogólnodostępnymi komercyjnymi badaniami, które nie mają nic wspólnego z badaniami medycznymi. Wspomniała również, że Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych zwróciła się do Ministra Zdrowia z prośbą o uregulowanie zasad postępowania z materiałem genetycznym pobieranym do badań, szczególnie w kontekście wysyłania go poza granice Polski.

Andrzej Tytuła, wiceprezes Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych odnosząc się pytania Przewodniczącej Zespołu o to, w jakim zakresie pielęgniarka i położna mogą udzielać informacji o stanie zdrowia pacjenta i czy mają prawo odmówić przekazania takiej informacji

wspomniał o stereotypie, według którego panuje przekonanie, że za cały proces leczenia odpowiada lekarz i tylko on jest upoważniony do jej udzielania. Tymczasem zawód pielęgniarki i położnej jest zawodem samodzielnym i charakteryzuje się, wraz z rozwojem nauki, coraz większą ilością kompetencji m.in. samodzielnym wypisywaniem recept czy ordynowaniem leków. Pacjent ma prawo do rzetelnej informacji, a pielęgniarka ma prawo do jej udzielenia w zakresie opieki i pielęgnacji oraz procesu leczniczego w obszarze posiadanych przez nią kompetencji. Pielęgniarki mają też prawo poinformować członków rodziny o ogólnym stanie pacjenta.

Do **Wiceprezesa Krajowej Izby Fizjoterapeutów Rafała Trąbki** przewodnicząca Zespołu, senator Agnieszka Gorgoń-Komor zwróciła się z pytaniem o przybliżenie sytuacji, w których fizjoterapeuta może odmówić świadczenia rehabilitacyjnego pacjentowi lub zlecającemu je lekarzowi. W odpowiedzi pan wiceprezes przekazał, że ze względu na niewydolny system służby zdrowia i czas jaki upływa od zlecenia rehabilitacji do jej rozpoczęcia, jak również możliwość zmiany stanu zdrowia, fizjoterapeuci muszą kierować się przede wszystkim przeciwwskazaniami. Jeśli pojawiają się jakieś wątpliwości odnośnie do stanu zdrowia pacjenta, podejmowane są zmiany w zakresie procedur. Dodatkowo specjaliści rehabilitacji mogą kierować ich na określone zabiegi. Poinformował, że wraz z Ministerstwem Zdrowia opracowywane są prawidłowe schematy działania, aby skutecznie przeprowadzić pacjenta wymagającego fizjoterapii przez system ochrony zdrowia. Wspomniał również, że nie powinno się omijać ścieżki lekarz-fizjoterapeuta-ocena funkcjonalna, i nie powinno się iść na skróty, co często ma miejsce w fizjoterapii komercyjnej, choć i tu wymagane są aktualne badania i dokumenty medyczne. Pamiętać trzeba też, że kompetencje fizjoterapeutów stale rozszerzają się w ramach specjalizacji z fizjoterapii (np. ocena i interpretacja obrazu radiologicznego, usg).

Senator Agnieszka Gorgoń-Komor przypomniała, że w grudniu 2020 r. procedowana była w Senacie ustawa o zawodzie farmaceuty, która rozszerzała katalog świadczeń zdrowotnych, pozwalających farmaceutom brać czynny udział w działaniach związanych z profilaktyką (szczepienia), promocja zdrowia i farmakoterapią. Zwróciła się do przedstawiciela Naczelnej Rady Aptekarskiej z pytaniem o ocenę prawa do uzyskania recepty farmaceutycznej w kontekście nowych przepisów.

Marek Tomków - Wiceprezes Naczelnej Rady Aptekarskiej przekazał, że w ostatnich latach recepta farmaceutyczna mocno zmieniła swoją wartość – od wystawiania jej wyłącznie w nagłym zagrożeniu zdrowia lub życia do wystawiania jej w sytuacji, gdy utrudniony jest dostęp do lekarza, jak to miało miejsce w pandemii. Obecnie jest również

wystawiana w przypadku szczepionki przeciwko grypie. Trwają starania, aby stała się ona receptą refundowaną. Przypomniał, że we wspomnianej przez panią senator ustawie znajdują się przepisy dotyczące recepty kontynuowanej, pozwalającej mieć nadzór nad farmakoterapią pacjenta. Recepta kontynuowana pozwoli również, w przeciwieństwie recepty wystawianej na rok i wykupowanej przez pacjenta od razu, na uniknięcie marnotrawienia leków w przypadku zmiany leczenia lub zgonu pacjenta. Przekazał, że farmaceuci obecnie po raz pierwszy rozpoczynają etap udzielania świadczeń, takich jak mierzenie poziomu cukru, ciśnienia, ważenie pacjentów, pobieranie wymazów czy szczepienia, jakie miały miejsce w trakcie pandemii.

Małgorzata Rozenek-Majdan, przewodnicząca Komitetu Obywatelskiego Tak dla In vitro oraz Prezes Fundacji MRM, zajmującej się szerzeniem informacji na temat leczenia niepłodności w Polsce wyraziła uznanie dla działań podejmowanych w zakresie poprawy sytuacji pacjentów. Podkreśliła, że atak na lekarza jest tak naprawdę atakiem na pacjenta. Widać to zwłaszcza w ginekologii i położnictwie, które wymagają jak najszybszej regulacji i dostosowania niektórych zachowań i standardów oraz metod leczenia do ciągle rozwijającego się rynku medycznego.

Bartłomiej Chmielowiec, Rzecznik Praw Pacjenta zgodził się, ze stwierdzeniem, że bezpieczny lekarz, fizjoterapeuta, pielęgniarka to bezpieczny pacjent i są to nierozdzielne ze sobą zależności. Podkreślił, że od 2018 roku Rzecznik Praw Pacjenta zabiega o wprowadzenie w Polsce systemu *no-fault* oraz o analizowanie zdarzeń niepożądanych, które powinny być wpisywane w specjalny rejestr. Rokrocznie udzielanych jest około 360 mln świadczeń medycznych, nie ma więc możliwości, aby przy takiej ich liczbie nie dochodziło do błędów i niepożądanych zdarzeń. Błąd medyczny wpisuje się w naturę udzielania świadczeń i nie da się go całkowicie uniknąć. Ważne jest, aby wyciągać wnioski na przyszłość i starać się poprawiać te sytuacje, w czym pomóc ma prowadzony rejestr. Zdaniem Bartłomieja Chmielowca, można uniknąć do 50% zdarzeń ciężkich i niepożądanych. Jednak w przypadku ich wystąpienia ważne jest należyte poszkodowanym zadośćuczynienie. Rzecznik podziękował za przyjęcie przez Senat nowelizacji ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, stanowiącej według niego krok do wprowadzenia w Polsce zasady *no-fault*. Poinformował, że Urząd Rzecznika Praw Pacjenta będzie prowadził rejestr zdarzeń niepożądanych, a na podstawie analizy poszczególnych przypadków będzie rozpatrywał wnioski o przyznanie świadczenia kompensacyjnego. Ma to na celu umożliwienie odejścia od długotrwałych procesów cywilnych i prowadzenie sprawy pomiędzy pacjentem a organem mającym stać na straży praw pacjenta oraz ekspertami. Rzecznik wyraził nadzieję, że wraz z

wejściem w życie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz mechanizmów funduszu kompensacyjnego uda się, wzorem krajów skandynawskich, uniknąć w znacznej mierze procesów karnych i cywilnych. Dodał, że zwolnienie zawodów medycznych z odpowiedzialności karnej to kwestia drażliwa i wymaga przekonania opinii publicznej. W Polsce widać zaniedbania w zakresie tworzenia strategii bezpieczeństwa pacjenta. Najważniejszym problemem jest dostępność do świadczeń zdrowotnych, ale również jakość tych świadczeń, nierozzerwalnie związana z bezpieczeństwem. Dlatego przygotowanie strategii jest konieczne i ważna jest w tej sprawie współpraca pomiędzy wszystkimi zawodami medycznymi

Na pytanie Przewodniczącej Zespołu, senator Agnieszki Gorgoń-Komor dlaczego fundusz kompensacyjny przewidziany jest tylko dla pacjentów szpitali publicznych, Rzecznik Praw Pacjenta wyjaśnił, że jego założenie opiera się on na wzorcach z Danii, która ma pozytywne doświadczenia z działaniem takiego funduszu od 1992 roku - w pierwszej kolejności objęte nim zostały szpitale publiczne i samorządowe, potem pozostałe placówki POZ, lecznictwo wojskowe, aż w końcu zdarzenia, które spotkały obywateli duńskich poza granicami kraju. Ten model się sprawdził, w przeciwieństwie do bardzo rozbudowanych, obowiązujących w innych krajach, które nie udźwignęły finansowo kosztów systemu. Poza tym to w szpitalach dochodzi najczęściej do poważnych zdarzeń, generujących poważne konsekwencje.

Dr Monika Potocka, Rzecznik Praw Lekarza przy Naczelnej Izbie Lekarskiej przekazała, że w Biurze Rzecznika Praw Lekarza obserwuje się zwiększenie liczby postępowań karnych przeciwko lekarzom. Wiele z nich wszczynanych jest przez organy ścigania z powodu powikłań, nie będących wynikiem błędów medycznych. W związku z nagłośnieniem takich spraw, często dochodzi do hejtu lekarza w przestrzeni medialnej, i nawet umorzenie postępowania przez prokuratora nie rekompensuje strat psychicznych i wizerunkowych, które ponosi lekarz. Nikt nie chce być leczony przez lekarza zestresowanego i przerażonego, dlatego dobrze byłoby aby obecny system prawny nie był w stosunku do lekarza opresyjny. System *no-fault* jest remedium na tę sytuację. Pani Rzecznik zwróciła również uwagę jak ważne jest, aby przedstawiciele zawodów lekarskich mogli brać udział w procesach związanych z przedstawianiem swoich stanowisk przed podmiotami administracji państwowej, zwłaszcza w zakresie programów polityki zdrowotnej. Przykładem takiego podmiotu jest Rada Przejrzystości, w której skład wchodzi przedstawiciel Ministerstwa Zdrowia, Przedstawiciel Rzecznika Praw Pacjenta, ale brak jest przedstawiciela samorządu lekarzy. Dlatego jako Rzecznik Praw Lekarza zwróciła się do Ministra Zdrowia o

uzupełnienie składu Rady. Ponadto przedstawiciele poszczególnych grup zawodowych powinni być uwzględnieni w ciałach decyzyjnych na poziomie centralnym.

W drugiej części posiedzenia, w panelu eksperckim, przedstawione zostały trzy referaty.

Pierwszy z nich, *Prawo do prokreacji w ujęciu prawnowyrównawczym*, zaprezentowany został przez **prof. dr hab. Katarzynę Bagan-Kurlutę, z Katedry Prawa Prywatnego Międzynarodowego i Prawa Medycznego Uniwersytetu w Białymstoku**. Swój referat pani profesor oparła o doświadczenia izraelskie, gdyż tam 90% wszystkich reprodukcyjnych procedur medycznych dostępnych na świecie jest refundowanych przez państwo. Ponadto proces sztucznej prokreacji w Izraelu nie odbiega czasowo od tego, co się dzieje w Polsce, a oba te kraje znajdują się pod silnym wpływem religii.

Pani profesor zwróciła uwagę, że prawo do prokreacji jest prawem każdego człowieka. Jego źródłem jest w Polsce Konstytucja. Prawa do prokreacji można upatrywać w prawie do gwarantowanej prywatności oraz w prawie do ochrony zdrowia. Jednak ograniczają je przepisy niektórych ustaw. Prawo do prokreacji można odnaleźć również w religii i w zależności od podporządkowania państwa religii jest ono różne – od bardzo restrykcyjnego do uregulowanego szczegółowymi przepisami cywilnymi. W krajach muzułmańskich sztuczna prokreacja obwarowana jest wieloma ograniczeniami, w Izraelu uznawana jest za rzecz naturalną, choć określoną zasadami religijnymi. Zakres sztucznej prokreacji obejmuje wiele elementów, m.in. takich jak aborcja eugeniczna, prenatalne badania genetyczne, badania przesiewowe noworodków, selekcję partnerów reprodukcyjnych, liczbę dzieci, surogacje czy procedury sztucznego zapłodnienia. W Izraelu prawie wszystkie prokreacyjne procedury medyczne są finansowane przez państwo, co czyni je finansowo dostępnymi dla wszystkich. Od niepłodnych mężczyzn i kobiet wręcz oczekuje się, że skorzystają z procedur medycznych, aby zostać rodzicami. Jediną przeszkodą są przeszkody religijne, wyznaczone ścisłymi zasadami. Pani profesor zwróciła również uwagę, że w Izraelu powstała idea testamentu biologicznego, pozwalającego na pozostawienie po sobie biologicznej spuścizny w ramach prawa do ciągłości biologicznej.

Odnosząc się do wystąpienia pani profesor, **senator Agnieszka Gorgoń-Komor** przypomniała, że w Polsce metoda zapłodnienia in vitro jest dozwolona tylko komercyjnie, mimo, iż Konstytucja gwarantuje nam równy dostęp do świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych.

O *prawach pacjenta w medycynie estetycznej* mówiła **adv. dr Agnieszka Zemke-Górecka z Uniwersytetu w Białymstoku - ekspert Stowarzyszenia Lekarzy Medycyny**

Estetycznej, arbiter Krajowej Izby Gospodarczej. Przekazała, że w tej dziedzinie panuje ogromny chaos terminologiczny, zarówno w kwestii określenia świadczeniobiorcy (klienta, pacjenta, konsumenta) jak również nazwania formy świadczonych usług (branża beauty, rynek beauty, zabiegi estetyczne, medycyna estetyczna itp.). Stanowisko Naczelnej Rady Lekarskiej mówi, że medycynę estetyczną stanowią świadczenia zdrowotne, wiążące się z ingerencją w tkanki ludzkie, udzielane przez lekarzy i lekarzy dentyków, służące przywracaniu lub poprawie fizycznego i psychicznego samopoczucia oraz społecznego funkcjonowania pacjenta, poprzez zmianę jego wyglądu. Dodatkowo do katalogu umiejętności zawodowych lekarzy i lekarzy dentyków została wprowadzona kategoria medycyny estetyczno-naprawczej, co wpisuje się w pojęcie świadczenia zdrowotnego, określonego uchwałą Naczelnej Rady Lekarskiej z 29.01.2021 r. Od tego, jak określana będzie osoba korzystająca z medycyny estetycznej będzie zależał określony zakres praw i obowiązków. Jeżeli stwierdzimy, że osoba korzystająca z medycyny estetycznej jest pacjentem, to znaczy, że korzysta z katalogu praw pacjenta, takich jak wykonanie z należytą starannością zabiegu przez profesjonalistę – lekarza bądź lekarza dentyka w zakresie dla niego dopuszczalnym, zgodnie z zasadami etyki zawodowej określonymi przez właściwe samorządy zawodów medycznych. Od lekarzy oczekuje się ponadto kompetencji i udzielania informacji, również z uwzględnieniem kryterium ryzyka w przypadku zabiegów medycyny estetycznej o charakterze nielecniczym. Informacja ta ma na celu uzyskanie świadomej zgody pacjenta na działanie medyczne. Medycyna estetyczna jest jedną z obszerniejszych dziedzin i łączy w sobie różne obszary medycyny, a połączenie tych obszarów daje możliwość wykonywania zabiegów. Dlatego osoba wykonująca zabieg z zakresu medycyny estetycznej winna rozważyć czy posiada dostateczną wiedzę, doświadczenie i umiejętności aby go wykonać, a przede wszystkim czy będzie w stanie udzielić pomocy w przypadku ewentualnego wystąpienia komplikacji po nim. Każdy, kto chce uzyskać świadczenie zdrowotne, również z zakresu medycyny estetycznej, musi uzyskać informacje o tym, jaki jest rodzaj świadczenia, czy są inne możliwe do wykonania w tym zakresie, jakie są powikłania, również te rzadkie, muszą być również przeprowadzone niezbędne badania i przeprowadzony wywiad z pacjentem. Istnieje również kwalifikowany obowiązek odebrania świadomej zgody. Pani doktor zwróciła na koniec uwagę na jeszcze jeden aspekt dopuszczalności zabiegów medycyny estetycznej. Dotyczy on osób niepełnoletnich, nieposiadających zdolności do czynności prawnych. Wskazała, że w tej sprawie obecne regulacje wymagają zmiany. Dodała też, że tematów kontrowersyjnych w medycynie estetycznej jest bardzo dużo, natomiast skala

wykonywanych zabiegów i miejsca, w których są wykonywane, wymagają interwencji ustawodawcy.

Przewodnicząca Zespołu, senator Agnieszka Gorgoń-Komor wspomniała, że w Polsce zabiegi z zakresu medycyny estetycznej chcą wykonywać kosmetologowie, czyli osoby, które nie posiadają przygotowania medycznego. Trzeba zadać pytanie, czy taki stan wymaga regulacji prawnych, czy bardziej ludzkiego rozsądku. Na pewno konieczne jest stworzenie katalogu zabiegów, które mogą przeprowadzać osoby z konkretnym wykształceniem, wiedzą i umiejętnościami, i to powinno przynajmniej częściowo uporządkować rynek zabiegów estetycznych.

Ostatni referat dotyczący *praw pacjenta z niepełnosprawnością do opieki sprawowanej przez osobę najbliższą* zaprezentowała **prof. Katarzyna Małyś-Sulińska z Katedry Prawa Samorządu Terytorialnego Uniwersytetu Jagiellońskiego**. Przekazała, że pacjent z niepełnosprawnością wymaga stałego, częstego dostępu do świadczeń zdrowotnych, służących zarówno przywracaniu lub poprawianiu stanu zdrowia, jak i długotrwałej i nieprzerwanej opieki pielęgnacyjnej. Osobie, która nie wymaga hospitalizacji, taka opieka może być świadczona w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym, w domu pomocy społecznej lub w domu rodzinnym. Z wielu względów, również kosztów, jakich taka opieka wymaga, powinno się odchodzić od opieki instytucjonalnej na rzecz świadczenia opieki w środowisku domowym. Choć najbliżsi pacjenta są obciążeni obowiązkiem alimentacyjnym, polegającym nie tylko na zapewnieniu mu środków utrzymania, ale również podejmowania osobistych starań opieki pielęgnacyjnej, to nie zawsze są w stanie pogodzić opiekę alimentacyjną z własną pracą zarobkową. Dlatego zasadne jest tworzenie przez ustawodawcę instytucji i przepisów, mających na celu wsparcie opiekunów osób z niepełnosprawnością. W chwili obecnej w katalogu świadczeń dla opiekunów osób z niepełnosprawnością są trzy różne świadczenia – świadczenie pielęgnacyjne, specjalny zasiłek opiekuńczy i zasiłek dla opiekuna. Zostały one skierowane przez ustawodawcę do różnych grup opiekunów. Pani profesor przybliżyła zasady przyznawania powyższych świadczeń. Poinformowała też, że w aktualnym systemie świadczeń opiekuńczych opiekunowie mają bezwzględny zakaz podejmowania pracy zawodowej i aktywności zarobkowej. W roku 2024 ta sytuacja ma się zmienić, wprowadzony zostanie bowiem nowy system wsparcia zarówno osób z niepełnosprawnością jak i ich opiekunów. Wprowadzi on dodatkowo nowe rozwiązanie w postaci możliwości objęcia ubezpieczeniami emerytalnym i rentowym oraz ubezpieczeniem zdrowotnym opiekuna osoby z niepełnosprawnością, jeśli nie podejmuje on zatrudnienia ani innej aktywności zarobkowej.

Pani profesor zwróciła uwagę, że opiekunowie osób z niepełnosprawnością traktowani są przez ustawodawcę w różny sposób, choć nie ma to żadnego uzasadnienia. Ponadto wszystkie świadczenia dla opiekunów osób z niepełnosprawnością, którzy nie podejmują aktywności zarobkowej są niższe od minimalnego wynagrodzenia. Zwróciła się z postulatem o całościową reformę wsparcia osób z niepełnosprawnością i ich opiekunów.

Przewodnicząca Zespołu, senator Agnieszka Gorgoń-Komor przypomniała, że Senat jest bardzo zaangażowany w problemy osób z niepełnosprawnością, i choć podejmowane były różne działania, to wciąż istnieje potrzeba poprawy sytuacji.

W trakcie dyskusji, zawierającej wiele opinii odnoszących się do przedstawionych referatów, poruszono również problem braku ochrony ubezpieczeniowej w gabinetach kosmetycznych wykonujących zabiegi z zakresu medycyny estetycznej. **Senator prof. Alicja Chybicka** podkreśliła, że zawsze najważniejszy powinien być pacjent i jego dobro, także dla decydentów, zwłaszcza w finansowaniu nowych terapii. Zdrowie społeczeństwa powinno stać się priorytetem. W jej opinii, za działania niepożądane nie powinien odpowiadać lekarz, który podał lek. Zwróciła uwagę na potrzebę wprowadzenia dobrej ustawy o jakości leczenia, zamiast penalizowania działalności lekarzy na rzecz dobra pacjenta. Zdaniem **senator Agnieszki Gorgoń-Komor** widmo kary dla lekarza za niepożądane skutki leczenia blokuje często ich działania i ogranicza katalog możliwych terapii, a system musi dążyć do tego, by można było szybciej ratować zdrowie na każdym etapie, bez niepotrzebnego lęku.

BSS (D.W.)