



OGÓLNOPOLSKIE POROZUMIENIE ZWIĄZKÓW ZAWODOWYCH

00-924 Warszawa, ul. Kopernika 36/40, tel. (0-22) 551-55-00, fax (22) 551-55-01

NIP: 526-025-13-39

REGON: 001133016

KRS: 0000033976

OPZZ/WT/RG/136/2008

Warszawa, dnia 7 marca 2008r.

Pan

Lech CZAPLA
Zastępca Szefa
Kancelarii Sejmu

W odpowiedzi na przekazany do Ogólnopolskiego Porozumienia Związków Zawodowych:

- poselski projekt ustawy o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta oraz o Rzeczniku Praw Pacjenta –

uprzejmie przekazuję w załączeniu opinię OPZZ do niniejszego projektu ustawy.

Z poważaniem

WYDZIAŁ PREZYDIALNY

L.dz.

Data wpływu 12-03-2008

O p i n i a
Ogólnopolskiego Porozumienia Związków Zawodowych
do poselskiego projektu ustawy o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw
pacjenta oraz o Rzeczniku Praw Pacjenta

Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych przeprowadziło szerokie konsultacje społeczne wśród ogólnokrajowych organizacji członkowskich zrzeszonych w centrali OPZZ do **poselskiego projektu ustawy o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta oraz o Rzeczniku Praw Pacjenta** grupy posłów wnioskodawców Klubu Parlamentarnego Platforma Obywatelska, przekazanego przy piśmie Zastępcy Szefa Kancelarii Sejmu RP z dnia 22 stycznia 2008r. Wynikiem konsultacji społecznych jest przedłożona poniżej opinia do przedmiotowego projektu:

Na wstępie niniejszej opinii – OPZZ zwraca uwagę na kilka aspektów natury ogólnej, dotyczącej zarówno trybu prac nad projektami przekazanymi do zaopiniowania jak też kierunków zmian systemowych stanowiących materię **poselskiego projektu ustawy o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta oraz o Rzeczniku Praw Pacjenta**:

1. Przedłożenie do konsultacji społecznych 3 projektów ustaw systemowych przekazanych przy piśmie Marszałka Sejmu RP z dnia 22 stycznia 2008r. tj.: ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, ustawy o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta oraz o Rzeczniku Praw Pacjenta oraz o ustawy o dodatkowych, dobrowolnych ubezpieczeniach zdrowotnych - jako **projektów poselskich, a nie rządowych** zostało odebrane przez organizacje związkowe zrzeszone w OPZZ jednoznacznie negatywnie. W naszej ocenie projekty ustaw, w szczególności te, które wytyczają bardzo głębokie zmiany w systemie ochrony zdrowia powinny stanowić przedłożenia rządowe i być przez rząd rekomendowane do dalszych prac w Parlamencie.

Wobec powyższego – OPZZ wyraża nadzieję i przekonanie, iż kolejne projekty aktów prawnych reformujących system ochrony zdrowia w Polsce będą przedkładane przez stronę rządową w trybie powszechnie przyjętym jako projekty rządowe.

2. Nie ulega wątpliwości, iż w obecnym porządku prawnym **brakuje kompleksowej regulacji ujmującej całościowo w jednym akcie prawnym problematykę**

opisującą prawa pacjenta. Odrębną kwestią jest decyzja - czy regulacje opisujące prawa pacjenta powinny stanowić część ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (jak obecnie obowiązujące częściowe przepisy zawarte w ustawie o zoz – art. 19, 19a) czy też powinny być zawarte w odrębnym akcie prawnym.

Zdaniem OPZZ zasadnym jest by ta problematyka była wyodrębniona w osobnym akcie normatywnym rangi ustawowej.

3. Odnosząc się ogólnie do przedłożonego poselskiego projektu ustawy o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta oraz o Rzeczniku Praw Pacjenta należy podkreślić, iż **nie ujmuje on całościowo przedmiotowego zagadnienia zarówno w zakresie przepisów dotyczących praw pacjenta jak też drugiego obszaru regulującego organizację i funkcjonowanie w systemie prawnym nowej instytucji – Rzecznika Praw Pacjenta.**

Wobec powyższego jak też biorąc pod uwagę sugestie wskazane w niniejszej opinii - niezbędne jest uzupełnienie tych dwóch obszarów bowiem „niekompletny” katalog praw pacjenta może spowodować więcej szkody niż w przypadku braku ustawy (obecnie Karta Praw Pacjenta reguluje większość przepisów z tego obszaru). Podobnie z powołaniem nowej instytucji Rzecznika Praw Pacjenta – jeśli z założenia zostaną wadliwie skonstruowane podwaliny jego funkcjonowania czyli zakres zadań Rzecznika oraz nie będzie jasno określone jego miejsce w systemie ochrony zdrowia – rola Rzecznika jako instytucji broniącej ustawowych praw pacjentów może być pozorna.

Wnioskujemy, by w trakcie prac legislacyjnych niniejszy projekt ustawy był przedmiotem szczegółowego doprecyzowania tych dwóch obszarów.

4. W ocenie OPZZ **obszar projektu ustawy opisujący prawa pacjenta ujmuje je bardzo chaotycznie**, pomimo pogrupowania tych praw w poszczególne rozdziały. Część praw pacjenta uwzględniona w projekcie jest zbiorem, choć niekompletnym, ale opisanym w katalogu praw obecnie funkcjonującej *Karty Praw Pacjenta*, zawierającej podstawowe unormowania prawne z zakresu tej problematyki i wdrożonej Komunikatem z dnia 11 grudnia 1998r. ówczesnego Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej. Choć do tej pory Karta Praw Pacjenta nie zyskała statusu normatywnego aktu prawnego – zawiera szereg odwołań do obowiązujących aktów prawnych i szeroko normuje pozycję pacjenta w systemie ochrony zdrowia.

W związku z tym niezrozumiałym jest wybiórcze wyodrębnienie w katalogu praw pacjenta niektórych z tych praw oraz pomijanie bądź nieuwzględnianie tych, które powinny być wiodące (np. wynikające z ustawy zasadniczej). Projekt ustawy w takim kształcie nie porządkuje problematyki praw pacjenta, a jedynie utrwała i to w sposób wybiórczy już istniejące przepisy.

OPZZ zdecydowanie opowiada się za ustawowym uregulowaniem praw pacjenta, ale ujmujących je kompleksowo. Obowiązująca *Karta Praw Pacjenta* mogłaby być przykładową podstawą do uzupełnienia tej części ustawy.

Szczegółowe uwagi z tego obszaru – w dalszej części *uwag szczegółowych*.

5. OPZZ popiera ustanowienie nowej instytucji **Rzecznika Praw Pacjenta**, choć przepisy regulujące tę materię w przedłożonym projekcie ustawy zdecydowanie wymagają doprecyzowania i uzupełnienia. Przedłożenie tej części ustawy dotyczącej działalności i funkcjonowania Rzecznika Praw Pacjenta w obecnej wersji budzi wątpliwości (w dalszej części uwag szczegółowych).

Ponadto należy zwrócić uwagę na:

- zasadność **utrzymania nazwy instytucji**, wytyczającej tym samym kierunek działalności **Rzecznika Praw Pacjenta**, a więc osoby – instytucji funkcjonującej w ramach ustanowionego porządku prawnego (a nie np. Rzecznika Pacjenta). Rzecznik Praw Pacjenta analogicznie jak Rzecznik Praw Obywatelskich czy Rzecznik Praw Dziecka – w zakresie swoich uprawnień stoją na straży ustawowych praw w ramach obszaru swojego funkcjonowania.
- konieczność **doprecyzowania przepisów w zakresie współpracy, obszarów działalności i wzajemnych relacji Rzecznika Praw Pacjenta, Biura Praw Pacjenta działającego przy Ministerstwie Zdrowia czy też rzeczników praw pacjenta przy NFZ**. Kompetencje ww. instytucji mogą się częściowo ze sobą pokrywać, stąd wydaje się niezbędnym by każdy z funkcjonujących obecnie podmiotów był odpowiedzialny za określone działania w zakresie praw pacjenta.
- projekt w żadnym z artykułów regulujących funkcjonowanie Rzecznika Praw Pacjenta nie zawiera przepisów o **wymaganiach, jakie ma spełniać osoba pretendująca do funkcji Rzecznika**. Wydaje się, iż należałoby to bezwzględnie wpisać, choćby na wzór wymagań wobec takich instytucji zawartych np. w ustawie z dnia 15 lipca 1987r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich. (Dz. U z 1987r. Nr 21, poz. 123, z późn. zm). W ww. ustawie o RPO wpisano, iż „*Rzecznikiem może być obywatel polski*

wyróżniający się wiedzą prawniczą, doświadczeniem zawodowym oraz wysokim autorytetem ze względu na swe walory moralne i wrażliwość społeczną” – można analogicznie taki przepis powtórzyć w odniesieniu do Rzecznika Praw Pacjenta uszczegóławiając go o aspekty związane z działalnością na rzecz pacjentów.

Regulacje, które są związane z określeniem funkcjonowania w systemie prawnym Rzecznika Praw Pacjenta mogą być po części wzorowane na instytucji Rzecznika Praw Obywatelskich – np. usytuowanie obu instytucji, tryb powołania i odpowiedzialności przed Sejmem RP jest niemal analogiczny.

Niektóre uwagi szczegółowe:

1) **art. 1** – określenie zakresu przedmiotowego projektu ustawy:

- **ust.1 pkt. 5** - ustawa odnosi się do postępowania w sprawach *praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów* - wydaje się także zasadne by także podkreślić znaczenie ochrony *indywidualnych praw pacjentów*.
- **ust. 2** – wydaje się zasadnym dodatkowe uzupełnienie, iż regulacja ustawy nie narusza przepisów zawartych w ustawie z dnia 1 lipca 2005r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U z 2005r. Nr 169, poz. 1411). Ponadto w dalszych artykułach projektu ustawy odnoszących się do praw pacjenta należałoby uzupełnić przepisy związane obszarem przeszczepiania narządów, komórek i tkanek.

2) **art. 3 - słowniczek:** należałoby uzupełnić katalog o definicje: *indywidualnych praw pacjenta, zbiorowych praw pacjenta, osoby bliskiej* (choćby przez wzgląd na tytuł ustawy i dalszą treść projektu ustawy regulującą tę problematykę).

W tym miejscu należy podkreślić, iż z uwagi na fakt, iż projekt w części definicyjnej odnosi się do definicji *szpitala* czy *świadczenia zdrowotnego* w rozumieniu nowoprojektowanej ustawy o zakładach opieki zdrowotnej – obie ustawy powinny wejść w życie jednocześnie.

3) **art. 4** – *uwaga ogólna:* należy rozważyć czy miejsce niniejszego artykułu jest właściwe, gdyż odnosi się bezpośrednio do praw pacjenta (w dalszej części artykułu precyzuje się do czego pacjent ma prawo), zaś prawa pacjenta zawarte są dopiero w rozdziale 2 projektu ustawy (od art. 8). Ponadto niniejszy artykuł zawiera niejasności:

- w **ust. 1** artykuł w całości odwołuje się wyłącznie do *szpitala* wskazując do czego pacjent ma prawo w szpitalu w przypadku korzystania ze świadczeń zdrowotnych,

natomiast w **ust. 4** wskazuje się, że przepisy dotyczą wszystkich *stacjonarnych zakładów opieki zdrowotnej* (wymienionych i zdefiniowanych w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej). Niejasne jest więc dlaczego w **ust. 1** ustawodawca zastosował ograniczenie wyłącznie do szpitali.

- **ust.1 w związku z ust. 5** (zakresem delegacji dotyczącej przechowywania rzeczy pacjenta w depozycie). Wydaje się zasadne jednoznaczne wskazanie, iż przechowywanie wartościowych rzeczy pacjenta w depozycie nie powinno obciążać go żadnymi opłatami.
- **ust. 2 w związku z ust.1 pkt.1** – aby uniknąć nadinterpretacji tego przepisu należy bardzo precyzyjnie wyjaśnić co rozumie się przez „**dodatkową opiekę pielęgnacyjną**” – w **ust. 1 pkt. 1** wskazuje się, iż jest to opieka osób bliskich, natomiast najważniejsze jest rozstrzygnięcie intencji ustawodawcy: **czy opieka ta ma znamiona świadczenia zdrowotnego czy też nie** (z uwagi na dalszy aspekt związany ze współpłaceniem). Dodatkową opieką pielęgnacyjną może być np. opieka pielęgniarki sprawowana całodobowo nad pacjentem (usługa ponadstandardowa?). W celu wyjaśnienia ww. wątpliwości należałoby dodać dodatkowy ustęp doprecyzowujący te przepisy.
- **ust. 3** – nie jest do końca jasne jak należy rozumieć „*upoważnionego lekarza*” mającego prawo do ewentualnego ograniczania praw pacjenta na zasadach wskazanych w tym artykule.

Ponadto należy się zastanowić czy ograniczenia praw pacjenta w przypadku zagrożenia epidemicznego powinny obejmować wszystkie wyłączenia zawarte w **ust. 1 - 3**. Wydaje się zupełnie nieracjonalne i niezasadne, by ograniczeniami tymi objęto również kontakt telefoniczny czy korespondencyjny pacjenta z osobami z zewnątrz.

- 4) **art. 5** – przepisy stanowiące o **dodatkowej opłacie spoczywającej na pacjencie** za koszty realizacji praw pacjenta (o których mowa w **art. 4 ust.1 i 2**), a odnoszące się do *dodatkowej opieki pielęgnacyjnej* sprawowanej przez osobę bliską lub inną osobę wskazaną przez siebie (**ust.1**) czy też do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z osobami z zewnątrz (**ust.2**) – wzbudzają wątpliwości. Nie wiadomo jak należy traktować zwrot „*opłata rekompensująca koszty*”; ponadto zwraca też uwagę szeroka kompetencja kierownika zakładu uprawnionego do ustalenia wysokości tych opłat. Innymi słowy – przepisy mogą być podstawą do nadużyć wobec pacjenta i być wykorzystywane do pobierania od pacjentów opłat

wyższych niż rzeczywiste. W ocenie OPZZ regulacje niniejsze można odebrać jako ingerencję w prawa pacjenta zmierzające do ich ograniczania. Opłaty, o których mowa w tym artykule nie powinny być przerzucane na pacjentów.

- 5) **art. 6 ust.1** – przepisy regulujące **do czego pacjent jest zobowiązany** - wydaje się zasadne by doprecyzować, iż pacjent powinien być uprzednio zapoznany z przepisami porządkowymi, a dopiero w następnej kolejności zobowiązany do ich przestrzegania.
- 6) **art. 7 - uwaga ogólna:** wydaje się, iż miejsce niniejszego artykułu odwołującego się do **naruszenia praw pacjenta** nie jest właściwe – regulacje te powinny być umieszczone po artykułach regulujących prawa pacjenta.
- 7) **od art. 8 – uwaga ogólna:**

W naszej ocenie zasadny jest podział zastosowany od rozdziału 2 do rozdziału 8 zawierający **uporządkowany katalog praw pacjenta**: od praw pacjenta do świadczeń zdrowotnych poprzez prawa do informacji, tajemnicy informacji z nim związanych itd. do praw pacjenta do zgłoszenia sprzeciwu od orzeczenia lekarza.

Przedłożony **katalog wymaga jednak znacznego uzupełnienia**, stąd kilka uwag:

Po pierwsze, na wstępie rozpatrywania praw pacjenta **należałoby bardzo precyzyjnie przejrzeć obowiązujące unormowania prawne, w których prawa pacjenta są fragmentarycznie zawarte**. Wydaje się, że w obecnym projekcie wielu z nich brakuje: choćby **praw pacjenta wynikających z wcześniej wspomnianej ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów**. Przepisy związane z prawami pacjenta wynikające z tej ustawy są bardzo istotne, najważniejsze z nich to m.in.:

- prawo do wyrażania i cofnięcia w każdym czasie sprzeciwu na pobranie po śmierci komórek, tkanek czy narządów;
- prawo do dobrowolnego wyrażania przez lekarzem zgody na pobranie za życia komórek, tkanek czy narządów w celu przeszczepiania określonemu biorcy, jeżeli dawca ma pełną zdolność do czynności prawnych;
- prawo do ochrony danych osobowych dotyczących dawcy/biorcy przeszczepu i objęcia ich tajemnicą;

- prawo pacjenta mającego być biorcą do umieszczania go na liście osób oczekujących na przeszczepienie komórek, tkanek i narządów i ma być wybrany jako biorca w oparciu o kryteria medyczne.

Po drugie, należałoby rozważyć, czy część ustawy regulującej obszar praw pacjenta nie powinna rozpoczynać *Preambuła* nawiązującej do praw pacjenta wynikających z bezpośredniego stosowania Konstytucji RP:

- **każdy obywatel ma prawo do ochrony zdrowia (art.68. ust.1)**
- **każdy obywatel ma prawo do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, na warunkach i w zakresie określonych w ustawie.**

Nie ulega wątpliwości, iż są to **dwa podstawowe prawa pacjenta** wynikające z ustawy zasadniczej i one powinny otwierać katalog praw pacjenta zawartych w przedmiotowej ustawie.

Po trzecie, należałoby dodatkowo rozważyć wyodrębnienie dodatkowego artykułu (nie został on umieszczony w obecnym projekcie) odnoszącego się do **praw dziecka – pacjenta**, respektującego jego prawa szczególne, w tym zagwarantowanie prawa stałej nad nim - dzieckiem (pacjentem) opieki.

Po czwarte, z racji członkostwa Polski w strukturach unijnych, istotne jest także wprowadzenie dodatkowych regulacji odnośnie udzielania świadczeń zdrowotnych w innych krajach unijnych i praw pacjenta z tym związanych - albo poprzez stosowne odwołania np. do przepisów o koordynacji świadczeń zdrowotnych lub stosowne uzupełnienie tych przepisów i włączenie ich do niniejszej ustawy. Te regulacje mogłyby się znaleźć np. w rozdziale 3 – *Prawo pacjenta do informacji*.

Po piąte, należy rozważyć czy prawa pacjenta nie powinny także regulować obszaru związanego z **eksperymentem medycznym**.

- **art. 8 ust. 2** - przepisy tego ustępu są bardzo nieprecyzyjne i należałoby je doprecyzować: wydaje się, że opiekun faktyczny lub przedstawiciel ustawowy (a nie wyłącznie pacjent) powinien mieć prawo żądania zwołania **konsylium lekarskiego**.

Odnośnie **konsylium lekarskiego** – słusznym założeniem jest by pacjent mógł zasięgać opinii innych lekarzy, jednak powinno się doprecyzować jak należy w praktyce rozumieć stosowanie tego przepisu: czy każda osoba wykonująca zawód medyczny ma obowiązek wynikający z tego przepisu? Zasadne jest podkreślenie, by konsylium było składową lekarzy (lub innych osób wykonujących zawód medyczny) o podobnej lub tożsamej specjalności. Ponadto niezwykle istotnym jest podkreślenie,

że fakt żądania przez pacjenta zwołania konsylium lekarskiego powinien być odnotowany w dokumentacji medycznej.

8) **art.9 ust.2** – przepis stanowiący o prawie do uzyskania świadczeń zdrowotnych w sytuacji porodu należy ograniczyć wyłącznie do płci żeńskiej – zamiast „pacjent” wpisać „pacjentka”.

9) **art. 11**: należy doprecyzować niektóre zapisy:

- **ust. 2** – prawo do informacji o zakresie i rodzaju udzielanych świadczeń bardzo ściśle wiąże się z art. 14 i wydaje się zasadne, żeby stanowił on ustęp 2 art.14 – ponadto nie wiadomo czy chodzi o generalne informowanie o rodzaju i zakresie świadczeń opieki zdrowotnej czy też tych świadczeń, które są udzielane w konkretnym zakładzie opieki zdrowotnej.

- **ust. 3** – należy skreślić jedno ze słów: „uprzedniej” lub „wcześniejszej”.

Ponadto jeżeli zawiera się klauzulę, iż „**lekarz ma zamiar odstąpić od leczenia pacjenta**” – zasadne jest, by ta informacja była potwierdzona na piśmie.

W tym kontekście zasadne wydaje się także doprecyzowanie regulacji o obowiązku wskazania pacjentowi przez lekarza innego podmiotu, który mógłby mu udzielić świadczenia zdrowotnego w sytuacji gdy on odstąpi od udzielenia tego świadczenia. Pacjent powinien mieć gwarancję, że nie zostanie pozbawiony możliwości udzielenia mu tożsamyh świadczeń zdrowotnych - nie wydaje się by użyte w przepisie słowo „wskazanie” było dostateczną gwarancją udzielenia mu świadczenia zdrowotnego przez inny podmiot udzielający tych świadczeń. Ponadto nie wiadomo czy chodzi o wskazanie innego podmiotu - odrębnego zakładu opieki zdrowotnej czy też o udzielenie świadczenia zdrowotnego w ramach tego samego zoz-u.

10) **art. 13** – przepis stanowiący, iż **osoby wykonujące zawód medyczny udzielające świadczeń zdrowotnych mają obowiązek informować pacjenta o jego prawach.**

- skonstruowany jest na bardzo dużym poziomie ogólności: nie wiadomo w jakim trybie, kiedy i w jaki sposób, ko ^{go} kogo ma informować oraz co w przypadkach, jeśli tego nie będą wykonywały? Być może należałoby podawać tę informację pacjentom w formie pisemnej, trudno jest bowiem wymagać od pracowników zakładu opieki zdrowotnej, by każdemu z osobna pacjentowi opisywali jego ustawowe prawa, a z kolei od pacjentów – by czytali wszystkie tablice ogłoszeń czy informacyjne.

Może powinny być to ulotki zawierające ustawowe artykuły o prawach pacjenta?

- 11) **art. 15 ust.1** – pacjent powinien mieć także prawo do kompleksowej informacji na temat ewentualnych **kompliakcji czy ryzyku** udzielanych mu świadczeń opieki zdrowotnej.
- **ust.6** – przepisy dotyczące **informacji o stanie zdrowia pacjenta w sytuacjach gdy rokowanie jest dla niego niepomyślne** są w wielu miejscach nieprecyzyjne: np. jakie sytuacje można uznać za wyjątkowe?
Ponadto zasadne wydaje się doprecyzowanie, że lekarz ma obowiązek udzielić pacjentowi nie *żądaney* ale *pełnej* informacji. Należy także włączyć rodzinę do grona podmiotów uprawnionych do informacji o stanie zdrowia pacjenta.
- 12) **art. 17 ust.1** – brzmienie przepisu stanowiącego o konieczności zachowania wszelkich informacji związanych z pacjentem powinno akcentować, iż dotyczy **wszystkich informacji związanych z pacjentem, a nie tylko tych w szczególności dotyczących stanu jego zdrowia**. Zarówno w tym artykule jak też w regulacji art. 16 istotne jest doprecyzowanie by zachowanie tajemnicy do informacji związanej z pacjentem dotyczyło wszystkich tych, którzy się z nim zetknęli tj. np. studentów odbywających praktyczną naukę zawodu a nie tylko mających kontakt z pacjentem z racji udzielania mu świadczeń.
- 13) **art. 19** – przepis jest bardzo niejasny: nie wiadomo bowiem czy nieudzielenie zgody przez pacjenta na wykonywanie wobec niego określonych świadczeń zdrowotnych jest równoznaczne z ich nieudzieleniem oraz czy zgoda na ich udzielanie jest tożsama z decyzją o udzielaniu świadczeń zdrowotnych pacjentowi.
- 14) **art. 20** – wydaje się, iż cała regulacja niniejszego artykułu związana z procedurą wyrażania zgody pacjenta na udzielanie mu określonych rodzajów świadczeń zdrowotnych powinna wymagać formy pisemnej (a nie tylko wobec zabiegów operacyjnych).
- **ust.4** – trudne w praktyce będzie stwierdzenie czy **osoba całkowicie ubezwłasnowolniona** (do której się przepis odnosi) wypowiedziała opinię w sprawie badania „z rozeznanem”.
- 15) **art. 24:**
- **ust. 2 zdanie drugie** – przepis zakłada równoczesną zgodę pacjenta i osoby wykonującej zawód medyczny na uczestnictwo innych osób w czasie udzielania świadczenia zdrowotnego - czy to oznacza nierozłączność tej decyzji, a jeśli jedna z

tych osób się nie zgodzi czy to determinuje w jakiś sposób dalszy przebieg udzielenia świadczenia?

- **ust. 3** - zasadne wydaje się, aby wszystkie osoby, nie tylko wykonujące zawód medyczny, ale mające kontakt z pacjentem na określonym etapie jego leczenia przestrzegały zasady poszanowania jego godności osobistej i intymności.
- **ust. 4** – proponujemy, aby uzupełnić niniejszy przepis poprzez doprecyzowanie wyrażenia zgody przez pacjenta na piśmie (chodzi o przeprowadzanie demonstracji o charakterze dydaktycznym).

16) **art. 25 – 32: rozdział 7 - Prawo pacjenta do dokumentacji medycznej:** poza dwoma pierwszymi artykułami, stanowiącymi o prawie pacjenta do dokumentacji medycznej, którego nie należy kwestionować, zasadne wydaje się umieszczenie tych przepisów w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej.

Niniejszy projekt ustawy jako adresat tych przepisów wydaje się zupełnie niewłaściwym miejscem; przepisy o dokumentacji medycznej są immanentnie związane z organizacją i funkcjonowaniem zakładów opieki zdrowotnej i wyłączenie ich jest do odrębnej (niniejszej) regulacji jest złym rozwiązaniem.

Ponadto większość przepisów zawartych w tym rozdziale jest tożsamy z obecnie obowiązującymi w tym zakresie, poza nieco zwiększonymi stawkami opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej.

Uwagę zwraca art. 28 odnoszący się do udostępniania dokumentacji medycznej różnym podmiotom wymienionym w tym przepisie – należałoby dokonać dokładnej analizy katalogu tych podmiotów.

17) **art. 33** - OPZZ pozytywnie opiniuje wprowadzenie przepisów zakładających pacjentowi **prawo do zgłoszenia sprzeciwu od orzeczenia lekarza**, choć artykuł w wielu miejscach wymaga stosownych uzupełnień np.: w jakiej formie pacjent składa sprzeciw? czy będzie opracowany stosowny wzór dokumentu, na którym pacjent złoży sprzeciw do komisji lekarskiej? Należy także doprecyzować:

- czy właściwą regionalnie do składania ww. sprzeciwu jest okręgowa komisja lekarska właściwa ze względu na miejsce pobytu pacjenta czy może jego zamieszkania;
- Iż, sprzeciw składa się w formie pisemnej;
- tryb i czas rozpatrywania sprzeciwu oraz przebiegu rozpatrywania sprawy wniesionej przez pacjenta;

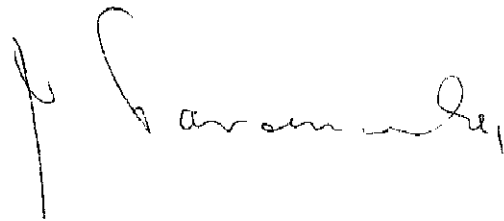
- delegacja, o której mowa w ust. 10 określająca sposób działania Komisji Lekarskiej powinna być znacznie szersza m.in. uzupełniona o funkcjonowanie i finansowanie.
- 20) **art.36 ust.3** – zastrzeżenie, iż ta sama osoba nie może być Rzecznikiem po raz drugi wymaga doprecyzowania: czy np. po kolejnej kadencji czy w ogóle nie może nim być. Może byłoby trafniejsze określenie, iż ta sama osoba nie może być Rzecznikiem więcej niż przez dwie kadencje.
- 21) **art. 38** – w **tekście ślubowania** nie wiadomo jaka do końca jest intencja ustawodawcy zakładająca, iż rzecznik ma się kierować *dobrem ochrony zdrowia*.
- 22) **art. 38 ust. 2 i 3** - poważne wątpliwości budzą zapisy ustępu 2 nadające Rzecznikowi Praw Pacjenta rangę immunitetu: zgodnie z projektem Rzecznik nie może być zatrzymany lub aresztowany (za wyjątkiem sytuacji wskazanych w ustawie), pociągnięty do odpowiedzialności karnej czy też pozbawiony wolności (bez uprzedniej zgody Sejmu – i co oznacza uprzedniej?).
- W ustępie 3 projektodawca wprowadza klauzulę zakazującą RPP „*prowadzenia działalności publicznej nie dającej się pogodzić z obowiązkami i godnością jego urzędu*”. Zapis ten jest trudny do zweryfikowania: w jaki sposób sprawdzić kiedy dana działalność publiczna jest trudna do pogodzenia z obowiązkami Rzecznika i czy nie godzi w godność urzędu ?
- 23) **art. 40** – tryb odwoływania Rzecznika przed upływem kadencji należałoby uzupełnić o zapisy, iż Sejm podejmując uchwałę w sprawie odwołania Rzecznika na wniosek Marszałka Sejmu lub grupy co najmniej 35 posłów, dokonuje tego **większością co najmniej 3/5 głosów w obecności co najmniej połowy ustawowej liczby posłów**.
- 24) **art. 41 ust.1 i 2** - odwołanie się do **zbiorowych praw pacjenta** (w ust. 2) po raz kolejny przywołuje zasadność ich zdefiniowania. Należy mieć na uwadze, iż RPP powinien podejmować także działania w sprawach indywidualnych – tryb kierowania wniosków w sprawach indywidualnych, podejmowania przez Rzecznika inicjatywy czy prowadzenia postępowania może być unormowany analogicznie jak Rzecznika Praw Obywatelskich.

- 25) **art. 42 ust.1 i 2** – niejasne jest czy występowanie RPP w sprawach karnych i w sprawach o wykroczenia (ust.1) dotyczy naruszania indywidualnych czy zbiorowych praw pacjenta.
- należy też w tym miejscu bardzo wyraźnie określić **czy RPP wszczyna postępowanie** (co nie wydaje się właściwe i chyba nie do końca powinno leżeć w jego kompetencjach) **czy też żąda jego wszczęcia**: zapis o tym, iż *może spowodować wszczęcie postępowania* – wydaje się zupełnie niezrozumiały.
 - nie określono czy Rzecznik może wyznaczać pełnomocnika, jeśli występuje przed sądami jako oskarżyciel posiłkowy.
 - w ust. 2 w występowaniu w sprawach cywilnych zabrakło stwierdzenia, iż **Rzecznik może też wyrazić pogląd w danej sprawie**.
 - należy jednoznacznie rozstrzygnąć, czy sprawy z zakresu ubezpieczeń społecznych są także w jego kompetencji, w kontekście kompleksowego zajmowania się sprawami cywilnymi.
- 26) **art.43 pkt.1)** - poważne wątpliwości budzi nadanie RPP uprawnień, w których będzie mógł dysponować takimi dokumentami (uzyskanymi od innych organizacji czy instytucji) w których będą dane osobowe pacjentów -- konieczna jest w tej kwestii opinia Głównego Inspektora Ochrony Danych Osobowych. Ponadto w punkcie 2) zawiąza się instytucje do których RPP może zwrócić się w różnych sprawach.
- 27) **art.44** – Rzecznik powinien współpracować nie tylko z organizacjami pozarządowymi ale także z **partnerami społecznymi, w tym związkami zawodowymi**.
- 28) **art.47** – ustanawia się **Biuro Rzecznika Praw Pacjenta**, przy pomocy którego Rzecznik ma wykonywać swoje obowiązki, ale poza zdawkowym zapisem o ustanowieniu Biura nie dokonano żadnych uszczegółowień.
- Ponadto ani w Uzasadnieniu projektu ustawy ani też w części OSR – Ocena Skutków Regulacji nie przedstawiono skutków finansowych związanych z funkcjonowaniem Rzecznika i działającego w jego imieniu Biura Rzecznika Praw Pacjenta.
- 29) **art. 49** – **zbiorowe prawa pacjentów**: projektodawca posługuje się ogólnikami w określeniu praktyk naruszających te prawa - należałoby je doprecyzować.

- 30) **art. 51** – Rzecznik Praw Pacjenta powinien wnioskować lub apelować o wszczęcie bądź odmowę wszczęcia postępowania, a nie być podmiotem wszczynającym to postępowanie (była też o tym mowa w art.42).
- 31) **art. 53 i 54** – przepis wskazujący, iż decyzje **Rzecznika Praw Pacjenta są ostateczne** sytuuje Rzecznika jako instytucję ponad decyzjami sądów; w drodze jakiej decyzji zapadają takie werdykty? W tym kontekście pozycja Rzecznika działającego de facto poza obrębem decyzji sądowych wydaje się mocno wątpliwa.
- Ponadto w art. 54 wskazuje się, że od decyzji Rzecznika przysługuje skarga do sądu administracyjnego, co wydaje się pozostawać w sprzeczności z art.53.
- 32) **rozdział 11 art. 56 – 59** – należy na wstępie zadać sobie pytanie czy **Rzecznik Praw Pacjenta powinien mieć prawo do nakładania kar pieniężnych?** – w naszej ocenie nie powinien go mieć.
- Bardzo wiele wątpliwości budzą zarówno wysokości tych kar zaproponowane przez ustawodawcę w projekcie ustawy, jak też przepis zawarty w art. 59 ust.2, iż *kary uiszczą się po uprawomocnieniu decyzji Rzecznika*. Czy decyzja Rzecznika ma podlegać uprawomocnieniu? – raczej jest to w kompetencji sądów.
- Proponujemy wykreślenie całego rozdziału 11, który w naszej ocenie stoi w sprzeczności z ustalonym porządkiem prawnym i w sposób zupełnie bezzasadny sytuuje Rzecznika ponad sądami powszechnymi.
- 33) **Ocena Skutków Regulacji** – nie została dołączona do projektu ustawy, zaś ogólne stwierdzenia zawarte w Uzasadnieniu, w szczególności, iż *„projektowana regulacja nie będzie miała istotnego wpływu na sektor finansów publicznych”* są nieprawdziwe. W wielu miejscach projektowanej regulacji wskazuje się, iż działalność Rzecznika Praw Pacjenta i Biura Rzecznika będzie finansowana ze środków publicznych.
- Natomiast określenie, iż **„Regulacja nie będzie miała bezpośredniego wpływu na ochronę zdrowia ludności i zmniejszenie ryzyka chorób”** jest podstawą do zadania pytania o zasadność tworzenia aktu prawnego, który w ocenie projektodawcy nie wniesie pozytywnych zmian w materii jaką reguluje.
- Zapis taki jest zupełnie nie do przyjęcia.**
- Ocenę Skutków Regulacji należy szczegółowo uzupełnić.

Oceniając kompleksowo przedłożony projekt ustawy Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych nie kwestionuje zasadności uregulowania w randze ustawy spraw objętych zakresem przedmiotowym niniejszego projektu, niemniej jednak brak wielu szczegółów sprawia, iż jest to projekt wysoce niedoskonały i wymagający uzupełnienia w większości obszarów w dalszej pracy legislacyjnej.

Łączę wyrazy szacunku

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'P. Karasinski', is written on the page.