



SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
VI kadencja

Druk nr 283
Warszawa, 18 stycznia 2008 r.

Pan
Bronisław Komorowski
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Na podstawie art. 118 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. i na podstawie art. 32 ust. 2 regulaminu Sejmu niżej podpisani posłowie wnoszą projekt ustawy:

- o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta oraz o Rzeczniku Praw Pacjenta.

Do reprezentowania wnioskodawców w pracach nad projektem ustawy upoważniamy pana posła Jerzego Ziętka.

(-) Tadeusz Arkit; (-) Paweł Arndt; (-) Andrzej Biernat; (-) Bogdan Bojko; (-) Krzysztof Brejza; (-) Jacek Brzezinka; (-) Jerzy Budnik; (-) Bożenna Bukiewicz; (-) Andrzej Buła; (-) Marek Cebula; (-) Stanisław Chmielewski; (-) Janusz Chwierut; (-) Czesław Czechyra; (-) Andrzej Czerwiński; (-) Zdzisław Czucha; (-) Andrzej Czuma; (-) Alicja Dąbrowska; (-) Ewa Drozd; (-) Janusz Dzięcioł; (-) Waldy Dzikowski; (-) Jerzy Feliks Fedorowicz; (-) Arkady Fiedler; (-) Krzysztof Gadowski; (-) Łukasz Gibała; (-) Artur Gierada; (-) Tomasz Głogowski; (-) Mariusz Grad; (-) Agnieszka Hanajczyk; (-) Michał Jaros; (-) Andrzej Kania; (-) Włodzimierz Karpiński;

(-) Jarosław Katulski; (-) Magdalena Kochan; (-) Witold Kochan;
(-) Domicela Kopaczewska; (-) Tadeusz Kopeć; (-) Jacek Kozaczyński;
(-) Agnieszka Kozłowska-Rajewicz; (-) Jacek Krupa; (-) Tomasz Kulesza;
(-) Izabela Leszczyna; (-) Beata Małecka-Libera; (-) Janusz Mikulicz;
(-) Aldona Młyńczak; (-) Jan Musiał; (-) Witold Namyślak; (-) Tomasz
Piotr Nowak; (-) Andrzej Nowakowski; (-) Danuta Olejniczak; (-) Andrzej
Orzechowski; (-) Witold Pahl; (-) Kazimierz Plocke; (-) Sławomir Preiss;
(-) Norbert Raba; (-) Damian Raczkowski; (-) Grzegorz Roszak;
(-) Arkadiusz Rybicki; (-) Andrzej Ryszka; (-) Jan Rzymelka; (-) Henryk
Siedlaczek; (-) Krystyna Skowrońska; (-) Joanna Skrzydlewska; (-) Paweł
Suski; (-) Miron Sycz; (-) Grzegorz Sztolcman; (-) Iwona Śledzińska-
Katarasińska; (-) Irena Tomaszak-Zesiuk; (-) Łukasz Tusk; (-) Krzysztof
Tyszkiewicz; (-) Cezary Urban; (-) Jarosław Urbaniak; (-) Monika
Wielichowska; (-) Radosław Witkowski; (-) Norbert Wojnarowski; (-) Adam
Wykręt; (-) Jacek Zacharewicz; (-) Ryszard Zawadzki; (-) Hanna
Zdanowska; (-) Marek Zieliński; (-) Wojciech Ziemniak; (-) Stanisław
Żmijan

Ustawa
z dnia2008 r.
o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta oraz o Rzeczniku Praw
Pacjenta

Rozdział 1
Przepisy ogólne

Art. 1. 1. Ustawa określa:

- 1) prawa i obowiązki pacjenta w związku z udzielanymi świadczeniami zdrowotnymi;
- 2) zasady udostępniania pacjentowi dokumentacji medycznej;
- 3) obowiązki podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych związane z prawami pacjenta, o których mowa w pkt 1 i 2;
- 4) zasady funkcjonowania Rzecznika Praw Pacjenta;
- 5) postępowanie w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów.

2. Przepisy ustawy nie naruszają przepisów dotyczących:

- 1) praw pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez szpital psychiatryczny na zasadach określonych w przepisach ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz. 535, z późn. zm.¹⁾);
- 2) uprawnień pacjentów będących świadczeniobiorcami w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.²⁾);
- 3) praw pacjentów wynikających z ustawy z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach (Dz. U. Nr 126, poz. 1384, z późn. zm.³⁾).

¹⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1997 r. Nr 88, poz. 554, Nr 113, poz. 731, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, z 1999 r. Nr 11, poz. 95, z 2000 r. Nr 120, poz. 1268, z 2005 r. Nr 141, poz. 1183, Nr 167, poz. 1398, Nr 175, poz. 1462 oraz z 2007 r. Nr 112, poz. 766, Nr 121, poz. 831.

²⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2005 r. Nr 94, poz. 788, Nr 132, poz. 1110, Nr 138, poz. 1154, Nr 157, poz. 1314, Nr 164, poz. 1366, Nr 169, poz. 1411 i Nr 179, poz. 1485, z 2006 r. Nr 75, poz. 519, Nr 104, poz. 708 i 711, Nr 143, poz. 1030, Nr 170, poz. 1217, Nr 191, poz. 1410 i Nr 227, poz. 1658, oraz z 2007 r. Nr 64, poz. 427, Nr 82, poz. 559, Nr 115, poz. 793, Nr 133, poz. 922 i Nr 166, poz. 1172.

³⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2003 r. Nr 45, poz. 391, Nr 199, poz. 1938, z 2004 r. Nr 96, poz. 959, Nr 173, poz. 1808, Nr 210, poz. 2135 oraz z 2006 r. Nr 220, poz. 1600.

Art. 2. Ochrona praw pacjenta jest zadaniem organów władzy publicznej, w szczególności Rzecznika Praw Pacjenta, podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych oraz osób wykonujących zawód medyczny w rozumieniu ustawy z dnia 2008 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr ... poz. ...).

Art. 3. Użyte w ustawie określenia oznaczają:

- 1) opiekun faktyczny - osobę wykonującą, bez obowiązku ustawowego, stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo swój stan psychiczny opieki takiej wymaga;
- 2) pacjent – osobę korzystającą ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych;
- 3) podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych – zakład opieki zdrowotnej oraz indywidualną praktykę lekarską, indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską, grupową praktykę lekarską oraz indywidualną praktykę pielęgniarek, położnych, indywidualną specjalistyczną praktykę pielęgniarek, położnych oraz grupową praktykę pielęgniarek, położonych;
- 4) świadczenie zdrowotne – świadczenie zdrowotne w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 2008 r. o zakładach opieki zdrowotnej;
- 5) szpital – szpital w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 2008 r. o zakładach opieki zdrowotnej.

Art. 4. 1. W przypadku korzystania ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez szpital, pacjent ma prawo do:

- 1) dodatkowej opieki pielęgnacyjnej sprawowanej przez osobę bliską lub inną osobę wskazaną przez siebie;
- 2) kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z osobami z zewnątrz;
- 3) opieki duszpasterskiej;
- 4) przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie.

2. Przez dodatkową opiekę pielęgnacyjną, o której mowa w ust. 1 pkt 1, rozumie się także opiekę sprawowaną nad ciężarną w warunkach porodu.

3. W przypadku zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów w szpitalu, kierownik szpitala lub upoważniony lekarz może ograniczyć prawa pacjenta, o których mowa w ust. 1 pkt 1- 3.

4. Przepisy ust. 1 – 3 stosuje się również w przypadku korzystania przez pacjenta ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych będące stacjonarnymi zakładami opieki zdrowotnej w rozumieniu ustawy z dnia ... 2008 r. o zakładach opieki zdrowotnej.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:

- 1) zakres spisu przedmiotów oddanych do depozytu,
- 2) sposób zabezpieczenia przedmiotów oddawanych do depozytu,
- 3) sposób i warunki prowadzenia i przechowywania księgi depozytów

- uwzględniając zapewnienie właściwej realizacji prawa pacjenta, o którym mowa w ust. 1 pkt 4.

Art. 5. 1. Szpital ponosi koszty realizacji praw pacjenta, o których mowa w art. 4 ust. 1 pkt 3 i 4, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej.

2. Pacjent ponosi koszty realizacji prawa, o którym mowa w art. 4 ust. 1 pkt 1 i 2, jeżeli realizacja tego prawa skutkuje kosztami poniesionymi przez szpital.

3. Wysokość opłaty rekompensującej koszty, o których mowa w ust. 2, ustala kierownik szpitala, uwzględniając rzeczywiste koszty realizacji prawa, o którym mowa w art. 4 ust. 1 pkt 1 i 2 .

4. Informacja o wysokości opłaty, o której mowa w ust. 3, oraz sposobie jej ustalenia jest jawna i udostępniana w sposób zwyczajowo przyjęty na danym obszarze oraz w lokalu podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych.

Art. 6. Pacjent jest obowiązany do:

- 1) przestrzegania przepisów porządkowych ustalonych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych;
- 2) stosowania się do zaleceń osób wykonujących zawód medyczny, udzielających świadczeń zdrowotnych.

Art. 7. 1. W razie zawinionego naruszenia praw pacjenta, sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 Kodeksu cywilnego.

2. W razie zawinionego naruszenia prawa pacjenta do umierania w spokoju i godności, sąd może, na żądanie najbliższego członka rodziny, innego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego, zasądzić odpowiednią sumę pieniężną na wskazany przez nich cel społeczny na podstawie art. 448 Kodeksu cywilnego.

Rozdział 2

Prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych

Art. 8. 1. Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, a w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń – do korzystania z rzetelnej, opartej na kryteriach medycznych, procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń.

2. Pacjent ma prawo żądać, aby osoba wykonująca zawód medyczny udzielająca mu świadczeń zdrowotnych zasięgnęła opinii innej osoby wykonującej zawód medyczny lub zwołała konsylium lekarskie.

Art. 9. 1. Pacjent ma prawo do udzielenia mu świadczeń zdrowotnych w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego w rozumieniu przepisów o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

2. Pacjent ma prawo do uzyskania świadczeń zdrowotnych w sytuacji porodu.

Art. 10. Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych ze szczególną starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych osoby wykonujące zawód medyczny kierują się zasadami etyki zawodowej określonymi przez właściwe samorzady zawodów medycznych.

Rozdział 3

Prawa pacjenta do informacji

Art. 11. 1. Pacjent ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia.

2. Pacjenta ma prawo do informacji o rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych.

3. Pacjent ma prawo do uprzedniej wcześniejszej informacji o zamiarze odstąpienia przez lekarza od leczenia pacjenta i wskazania mu przez tego lekarza możliwości uzyskania świadczenia zdrowotnego u innego podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych.

Art. 12. Pacjent ma prawo do ogólnodostępnej informacji o prawach pacjenta. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia informacje o prawach pacjenta poprzez podanie ich do publicznej wiadomości w sposób zwyczajowo przyjęty oraz umieszczenie w miejscu ogólnodostępnym.

Art. 13. Osoby wykonujące zawód medyczny, udzielające świadczeń zdrowotnych są obowiązane informować pacjenta o jego prawach.

Art. 14. W celu realizacji prawa, o którym mowa w art. 11 ust. 2, podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych podaje do wiadomości publicznej informacje o zakresie i rodzajach udzielanych świadczeń zdrowotnych. Treść i forma tych informacji nie mogą mieć cech reklamy.

Art. 15. 1. W celu realizacji prawa, o którym mowa w art. 11 ust. 1, osoby wykonujące zawód medyczny, udzielające świadczeń zdrowotnych, udzielają pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu lub osobie upoważnionej przez pacjenta przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.

2. Osoby wykonujące zawód medyczny, udzielające świadczeń zdrowotnych, mogą udzielać informacji, o której mowa w ust. 1, osobom innym niż wymienione w tym przepisie tylko za uprzednią zgodą pacjenta.

3. Na żądanie pacjenta osoby wykonujące zawód medyczny, udzielające świadczeń zdrowotnych nie udzielają pacjentowi informacji, o której mowa w ust. 1.

4. Jeżeli pacjent nie ukończył 16 lat lub jest nieprzytomny bądź niezdolny do zrozumienia znaczenia informacji, osoby wykonujące zawód medyczny, udzielające świadczeń zdrowotnych udzielają informacji przedstawicielowi ustawowemu, a w razie jego braku lub gdy porozumienie się z nim jest niemożliwe - opiekunowi faktycznemu pacjenta.

5. Pacjentowi, który nie ukończył 16 lat, osoba wykonująca zawód medyczny, udzielająca świadczeń zdrowotnych, udziela informacji w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu diagnostycznego lub terapeutycznego i wysłuchuje jego zdania.

6. W sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomyślne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta, opiekuna faktycznego lub osobę upoważnioną przez pacjenta. Na żądanie pacjenta lekarz ma jednak obowiązek udzielić mu żądanej informacji.

Rozdział 4

Prawo pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych

Art. 16. Pacjent ma prawo do zachowania przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym udzielające mu świadczeń zdrowotnych, w tajemnicy informacji z nim związanych, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego.

Art. 17. 1. W celu realizacji prawa, o którym mowa w art. 16, osoby wykonujące zawód medyczny są obowiązane zachować w tajemnicy informacje związane z pacjentem, w szczególności ze stanem zdrowia pacjenta. Dotyczy to także informacji uzyskanych od pacjenta.

2. Przepisu ust. 1 nie stosuje się w przypadku, gdy:

- 1) tak stanowią przepisy odrębnych ustaw;
- 2) zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób;
- 3) pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy;
- 4) zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innym osobom wykonującym zawód medyczny, uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń;

- 5) jest to niezbędne do praktycznej nauki zawodów medycznych;
- 6) jest to niezbędne dla celów naukowych.

3. Osoby wykonujące zawód medyczny udzielające świadczeń zdrowotnych, z wyjątkiem przypadków, o których mowa w ust. 2 pkt 1-3, 5 i 6, są związane tajemnicą również po śmierci pacjenta.

4. Nie można podać do publicznej wiadomości danych umożliwiających identyfikację pacjenta, bez jego zgody.

Rozdział 5

Prawo pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych

Art. 18. Przepisy niniejszego rozdziału stosuje się do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody, jeżeli przepisy odrębnych ustaw nie stanowią inaczej.

Art. 19. Pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody, po uzyskaniu informacji w zakresie określonym w art. 15.

Art. 20. 1. W celu realizacji prawa, o którym mowa w art. 19, udzielenie świadczenia zdrowotnego wymaga uzyskania zgody pacjenta. Zgoda pacjenta nie jest wymagana w przypadku wykonywania przez diagnostę laboratoryjnego czynności i zabiegów przeprowadzanych na zlecenie lekarskie.

2. Jeżeli pacjent jest małoletni lub niezdolny do świadomego wyrażenia zgody, wymagana jest zgoda jego przedstawiciela ustawowego, a gdy pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego lub porozumienie się z nim jest niemożliwe - zgoda sądu opiekuńczego.

3. Jeżeli zachodzi potrzeba przeprowadzenia badania osoby, o której mowa w ust. 2, zgodę na przeprowadzenie badania może wyrazić także opiekun faktyczny.

4. W przypadku osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej zgodę wyraża przedstawiciel ustawowy tej osoby. Jeżeli osoba taka jest w stanie z rozeznanem wypowiedzieć opinię w sprawie badania, konieczne jest ponadto uzyskanie zgody tej osoby.

5. Jeżeli pacjent ukończył 16 lat, wymagana jest także jego zgoda na udzielenie świadczeń zdrowotnych.

6. Jeżeli jednak małoletni, który ukończył 16 lat, osoba ubezwłasnowolniona albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznaniami, sprzeciwia się czynnościom medycznym, poza zgodą jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego albo w przypadku niewyrażenia przez nich zgody wymagana jest zgoda sądu opiekuńczego.

7. Jeżeli ustawa nie stanowi inaczej, zgoda osób wymienionych w ust. 1, 2 i 4 może być wyrażona ustnie albo nawet poprzez takie ich zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się świadczeniom zdrowotnym.

8. Jeżeli pacjent, o którym mowa w ust. 2, nie ma przedstawiciela ustawowego ani opiekuna faktycznego albo porozumienie się z tymi osobami jest niemożliwe, po przeprowadzeniu badania takiego pacjenta, można przystąpić do udzielania dalszych świadczeń zdrowotnych dopiero po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego, chyba że przepisy innych ustaw stanowią inaczej.

9. Udzielenie świadczenia zdrowotnego jest możliwe bez zgody przedstawiciela ustawowego pacjenta bądź zgody właściwego sądu opiekuńczego, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia.

10. W przypadku, o którym mowa w ust. 9:

- 1) osoba wykonująca zawód medyczny, udzielająca świadczeń zdrowotnych, ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii lekarza; w przypadku lekarza powinien być to lekarz w miarę możliwości tej samej specjalności;
- 2) diagnosta laboratoryjny wykonuje świadczenia zdrowotne na pisemne zlecenie lekarza leczącego pacjenta.

11. O wykonywanych czynnościach w przypadku, o którym mowa w ust. 9, osoba udzielająca świadczeń zdrowotnych niezwłocznie zawiadamia przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego lub sąd opiekuńczy oraz dokonuje adnotacji w dokumentacji medycznej pacjenta.

12. Sądem opiekuńczym właściwym miejscowo dla udzielania zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych jest sąd, w którego okręgu świadczenia te mają być udzielone.

Art. 21. 1. Wykonanie zabiegu operacyjnego lub innej procedury medycznej w rozumieniu art. 5 pkt 42 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta wymaga jego pisemnej zgody.

2. Przed wyrażeniem zgody przez pacjenta lekarz ma obowiązek udzielenia mu informacji zgodnie z art. 15.

3. Wykonanie zabiegu lub procedury, o których mowa w ust. 1, wobec pacjenta małoletniego, ubezwłasnowolnionego bądź niezdolnego do świadomego wyrażenia pisemnej zgody, wymaga uzyskania zgody jego przedstawiciela ustawowego, a gdy pacjent nie ma przedstawiciela lub gdy porozumienie się z nim jest niemożliwe - zgody sądu opiekuńczego.

4. Jeżeli pacjent ukończył 16 lat, wymagana jest także jego pisemna zgoda. Jeżeli jednak małoletni, który ukończył 16 lat, osoba ubezwłasnowolniona albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznaniami, sprzeciwia się czynnościom medycznym, poza zgodą jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego albo w przypadku niewyrażenia przez nich zgody wymagana jest zgoda sądu opiekuńczego.

5. Jeżeli przedstawiciel ustawowy pacjenta małoletniego, ubezwłasnowolnionego bądź niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody nie zgadza się na wykonanie czynności wymienionych w ust. 1, a niezbędnych dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia, czynności takie mogą być wykonane po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego.

6. Wykonanie czynności, o których mowa w ust. 1, bez zgody przedstawiciela ustawowego pacjenta bądź zgody właściwego sądu opiekuńczego, jest dopuszczalne gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. W takim przypadku lekarz wykonujący czynności, o których mowa w ust. 1, ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności. O wykonywanych czynnościach lekarz niezwłocznie zawiadamia przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego lub sąd opiekuńczy.

7. O okolicznościach, o których mowa w ust. 3-6, lekarz dokonuje odpowiedniej adnotacji w dokumentacji medycznej pacjenta.

Art. 22. 1. Jeżeli w trakcie wykonywania zabiegu operacyjnego albo stosowania innej procedury medycznej w rozumieniu art. 5 pkt 42 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wystąpią okoliczności, których nieuwzględnienie groziłoby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkim uszkodzeniem ciała lub ciężkim rozstrojem zdrowia, a nie ma możliwości niezwłocznie uzyskać zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, lekarz ma prawo, bez uzyskania tej zgody, zmienić zakres zabiegu bądź procedury medycznej w sposób umożliwiający uwzględnienie tych okoliczności. W takim przypadku lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

2. O okolicznościach, o których mowa w ust. 1, lekarz dokonuje odpowiedniej adnotacji w dokumentacji medycznej oraz informuje pacjenta, przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego albo sąd opiekuńczy.

Rozdział 6

Prawo poszanowania intymności i godności osobistej pacjenta

Art. 23. 1. Pacjent ma prawo do intymności i poszanowania godności osobistej, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych.

2. Prawo do poszanowania godności osobistej obejmuje także prawo do umierania w spokoju.

Art. 24. 1. W celu realizacji prawa, o którym mowa w art. 23 ust. 1, osoba wykonująca zawód medyczny, udzielająca świadczeń zdrowotnych, podczas udzielania tych świadczeń ma obowiązek postępować w sposób zapewniający poszanowanie intymności i godności osobistej pacjenta.

2. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych mogą uczestniczyć tylko niezbędne, ze względu na rodzaj świadczenia, osoby wykonujące zawód medyczny. Uczestnictwo innych osób wymaga zgody pacjenta i osoby wykonującej zawód medyczny, udzielającej danego świadczenia zdrowotnego.

3. Lekarz leczący pacjenta ma obowiązek dbać, aby inne osoby wykonujące zawód medyczny przestrzegały w postępowaniu z pacjentem zasady określonej w ust. 1.

4. Przepis ust. 2 zdanie 2 stosuje się także do zakładów opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 2 pkt 2 ustawy z dnia 2008 r. o zakładach opieki zdrowotnej, lekarzy oraz innych osób wykonujących zawód medyczny w przypadku konieczności przeprowadzenia demonstracji o charakterze wyłącznie dydaktycznym.

Rozdział 7

Prawo pacjenta do dokumentacji medycznej

Art. 25. 1. Pacjent ma prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia.

2. Dane zawarte w dokumentacji medycznej podlegają ochronie określonej w przepisach ustawy i przepisach odrębnych.

Art. 26. W celu realizacji prawa, o którym mowa w art. 25 ust. 1, podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest obowiązany prowadzić i udostępniać dokumentację medyczną pacjentów w sposób określony w niniejszym rozdziale oraz zapewnić ochronę danych zawartych w tej dokumentacji.

Art. 27. Dokumentacja medyczna zawiera co najmniej:

- 1) oznaczenie pacjenta, pozwalające na ustalenie jego tożsamości:
 - a) nazwisko i imię (imiona),
 - b) datę urodzenia,
 - c) oznaczenie płci,
 - d) adres zameldowania lub pobytu,
 - e) numer PESEL, jeżeli został nadany, w przypadku noworodka - numer PESEL matki, w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL - rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość,
 - f) w przypadku gdy pacjentem jest osoba małoletnia - nazwisko i imiona jej rodziców lub jej przedstawiciela ustawowego, adres ich zameldowania lub pobytu;

2) oznaczenie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych ze wskazaniem komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych;

3) opis stanu zdrowia pacjenta, o którym mowa w pkt 1, lub udzielonych mu świadczeń zdrowotnych;

4) datę sporządzenia.

Art. 28. 1. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta.

2. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną również:

- 1) zakładom opieki zdrowotnej, jednostkom organizacyjnym tych zakładów i osobom wykonującym zawód medyczny poza zakładami opieki zdrowotnej, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych;
- 2) organom władzy publicznej, Narodowemu Funduszowi Zdrowia oraz organom samorządu zawodów medycznych i konsultantom krajowym i wojewódzkim, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez te podmioty ich zadań, w szczególności kontroli i nadzoru;
- 3) ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, sądom i prokuraturom oraz sądom i rzecznikom odpowiedzialności zawodowej, w związku z prowadzonym postępowaniem;
- 4) uprawnionym na mocy odrębnych ustaw organom i instytucjom, jeżeli badanie zostało przeprowadzone na ich wniosek;
- 5) organom rentowym oraz zespołom do spraw orzekania o niepełnosprawności, w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem;
- 6) podmiotom prowadzącym rejestry usług medycznych, w zakresie niezbędnym do prowadzenia rejestrów;
- 7) zakładom ubezpieczeń, za zgodą pacjenta;
- 8) osobom wykonującym zawód lekarza, lekarza dentystry, pielęgniarki albo położnej, w związku z prowadzeniem procedury oceniającej podmiot udzielający świadczeń

zdrowotnych na podstawie przepisów o akredytacji w ochronie zdrowia, w zakresie niezbędnym do jej przeprowadzenia.

3. Dokumentacja medyczna może być udostępniona także szkole wyższej lub jednostce badawczo-rozwojowej do wykorzystania dla celów naukowych, bez ujawniania nazwiska i innych danych umożliwiających identyfikację osoby, której dokumentacja dotyczy.

Art. 29. Dokumentacja medyczna jest udostępniana:

- 1) do wglądu w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych;
- 2) poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów lub kopii;
- 3) poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeśli uprawniony organ żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji.

Art. 30. 1. Za udostępnienie dokumentacji medycznej w sposób określony w art. 29 pkt 2, podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych pobiera opłatę.

2. Przepis ust. 1 nie narusza uprawnień organów rentowych określonych w art. 77 ust. 5 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2007 r. Nr 11, poz. 74, z późn. zm.⁵⁾ i art. 121 ust. 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2004 r. Nr 39, poz. 353, z późn. zm.⁶⁾).

3. Opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej w sposób określony w art. 28 pkt 2 ustala podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych.

4. Maksymalna wysokość opłaty za:

- 1) jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej - nie może przekraczać 0,002 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej "Monitor Polski" na podstawie

⁵⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2007 r. Nr 17, poz. 95, Nr 21, poz. 125 i Nr 115, poz. 793

⁶⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2004 r. Nr 64, poz. 593, Nr 99, poz. 1001, Nr 120, poz. 1252, Nr 121, poz. 1264, Nr 144, poz. 1530, Nr 191, poz. 1954, Nr 210, poz. 2135 i Nr 236, poz. 2355, z 2005 r. Nr 167, poz. 1397 i Nr 169, poz. 1412 i 1421, z 2006 r. Nr 104, poz. 708 i 711 i Nr 208, poz. 1534 oraz z 2007 r. Nr 17, poz. 95 i Nr 82, poz. 558.

art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych;

- 2) jedną stronę kopii dokumentacji medycznej - nie może przekraczać 0,0002 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt 1;
- 3) sporządzenie wyciągu, odpisu lub kopii dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych, jeżeli zakład prowadzi dokumentację medyczną w formie elektronicznej - nie może przekraczać 0,002 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt 1.

Art. 31. 1. Dokumentacja medyczna jest przechowywana przez okres 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu, z wyjątkiem:

- 1) dokumentacji medycznej w przypadku zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia, która jest przechowywana przez okres 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nastąpił zgon;
- 2) zdjęć rentgenowskich przechowywanych poza dokumentacją medyczną pacjenta, które są przechowywane przez okres 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wykonano zdjęcie;
- 3) skierowań na badania lub zleceń lekarza, które są przechowywane przez okres 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym zrealizowano świadczenie będące przedmiotem skierowania lub zlecenia.

2. Po upływie okresów wymienionych w ust. 1 dokumentację medyczną niszczy się w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego dotyczyła.

Art. 32. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, określi, w drodze rozporządzenia, rodzaje i zakres dokumentacji medycznej oraz sposób jej przetwarzania, uwzględniając konieczność zapewnienia realizacji prawa dostępu do dokumentacji medycznej, rzetelnego jej prowadzenia oraz ochrony danych i informacji dotyczących stanu zdrowia pacjenta.

2. Minister właściwy do spraw wewnętrznych, Minister Sprawiedliwości, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia oraz po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady

Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych i Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, oraz Minister Obrony Narodowej w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Rady Lekarskiej Wojskowej Izby Lekarskiej, każdy w zakresie swojego działania, określi, w drodze rozporządzenia, rodzaje i zakres dokumentacji medycznej oraz sposób jej przetwarzania, uwzględniając konieczność zapewnienia realizacji prawa dostępu do dokumentacji medycznej, rzetelnego jej prowadzenia oraz ochrony danych i informacji dotyczących stanu zdrowia pacjenta.

Rozdział 8

Prawo pacjenta do zgłoszenia sprzeciwu od orzeczenia lekarza

Art. 33. 1. Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy mogą wnieść sprzeciw, w przypadku gdy nie zgadzają się z rozpoznaniem dokonany przez lekarza orzekającego o stanie zdrowia pacjenta, jeżeli to orzeczenie ma wpływ na jego prawa lub obowiązki wynikające z przepisów prawa.

2. Sprzeciw, o którym mowa w ust. 1, wnosi się do Komisji Lekarskiej działającej przy okręgowej radzie lekarskiej.

3. Sprzeciw, o którym mowa w ust. 1, wymaga uzasadnienia.

4. W skład Komisji Lekarskiej wchodzi trzech lekarzy wskazanych przez Okręgową Radę Lekarską okręgowej izby lekarskiej, w tym jeden tej samej specjalności, co lekarz, o którym mowa w ust. 1.

5. Komisja Lekarska na podstawie dokumentacji medycznej oraz, w miarę potrzeby, po przeprowadzeniu badania pacjenta:

1) zmienia rozpoznanie albo

2) potwierdza rozpoznanie.

6. Komisja Lekarska wydaje orzeczenia bezwzględną większością głosów w obecności pełnego składu tej komisji.

7. Od rozstrzygnięcia Komisji Lekarskiej nie przysługuje odwołanie.

8. Do postępowania przed Komisją Lekarską nie stosuje się przepisów kodeksu postępowania administracyjnego.

9. Koszty działania Komisji Lekarskich finansuje się z budżetu państwa, z części będącej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia.

10. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, sposób działania Komisji Lekarskiej uwzględniając efektywność realizacji praw pacjenta.

Rozdział 9

Rzecznik Praw Pacjenta

Art. 34. Ustanawia się Rzecznika Praw Pacjenta, zwanego dalej „Rzecznikiem”.

Art. 35. 1. Rzecznik stoi na straży praw pacjenta określonych w ustawie i innych przepisach prawa.

2. Rzecznik współdziała z władzą publiczną w celu zapewnienia pacjentom poszanowania ich praw. W szczególności Rzecznik współdziała z ministrem właściwym do spraw zdrowia.

Art. 36. 1. Kadencja Rzecznika trwa 5 lat, licząc od dnia złożenia ślubowania.

2. Kadencja Rzecznika wygasa w razie jego śmierci albo odwołania.

3. Ta sama osoba nie może być Rzecznikiem po raz drugi.

Art. 37. 1. Rzecznika powołuje Sejm, za zgodą Senatu, spośród kandydatów zgłoszonych przez Marszałka Sejmu, Marszałka Senatu, grupę co najmniej 35 posłów lub 15 senatorów. Szczegółowy tryb zgłaszania kandydatów na Rzecznika określa regulamin Sejmu.

2. Uchwałę Sejmu o powołaniu Rzecznika Marszałek Sejmu przesyła niezwłocznie Marszałkowi Senatu.

3. Senat podejmuje uchwałę w sprawie wyrażenia zgody na powołanie Rzecznika w terminie miesiąca od dnia otrzymania uchwały Sejmu, o której mowa w ust. 2. Niepodjęcie uchwały przez Senat w ciągu miesiąca oznacza wyrażenie zgody na treść uchwały Sejmu w sprawie powołania Rzecznika.

4. Jeżeli Senat nie wyrazi zgody na powołanie Rzecznika, Sejm powołuje na to stanowisko inną osobę. Przepisy ust. 1-3 stosuje się odpowiednio.

5. Dotychczasowy Rzecznik pełni swoje obowiązki do czasu złożenia ślubowania przez nowego Rzecznika.

Art. 38. Przed przystąpieniem do wykonywania obowiązków Rzecznik składa przed Sejmem następujące ślubowanie:

"Ślubuję uroczyście, że przy wykonywaniu powierzonych mi obowiązków Rzecznika Praw Pacjenta będę strzec praw pacjenta, kierując się wyłącznie przepisami prawa, dobrem pacjenta i dobrem ochrony zdrowia. Ślubuję, że powierzone mi obowiązki będę wypełniać bezstronnie, z najwyższą sumiennością i starannością, że będę strzec godności powierzonego mi stanowiska oraz dochowam tajemnicy państwowej i służbowej." Ślubowanie może być złożone z dodaniem słów "Tak mi dopomóż Bóg".

Art. 39. 1. Rzecznik jest w swojej działalności niezależny od innych organów państwowych i odpowiada jedynie przed Sejmem na zasadach określonych w ustawie.

2. Rzecznik nie może być bez uprzedniej zgody Sejmu pociągnięty do odpowiedzialności karnej ani pozbawiony wolności. Rzecznik nie może być zatrzymany lub aresztowany, z wyjątkiem ujęcia go na gorącym uczynku przestępstwa i jeżeli jego zatrzymanie jest niezbędne do zapewnienia prawidłowego toku postępowania. O zatrzymaniu niezwłocznie powiadamia się Marszałka Sejmu, który może nakazać natychmiastowe zwolnienie zatrzymanego.

3. Rzecznik nie może zajmować innego stanowiska ani wykonywać innych zajęć zawodowych, a także nie może prowadzić działalności publicznej nie dającej się pogodzić z obowiązkami i godnością jego urzędu.

4. Po zaprzestaniu wykonywania obowiązków Rzecznik ma prawo powrócić na stanowisko zajmowane poprzednio lub stanowisko równorzędne z poprzednio zajmowanym.

Art. 40. 1. Sejm, za zgodą Senatu, odwołuje Rzecznika przed upływem kadencji, jeżeli:

- 1) zrzekł się sprawowania urzędu;
- 2) stał się trwale niezdolny do pełnienia obowiązków na skutek choroby lub utraty sił, stwierdzonych orzeczeniem lekarskim;
- 3) sprzeniewierzył się złożonemu ślubowaniu.

2. Sejm podejmuje uchwałę w sprawie odwołania Rzecznika na wniosek Marszałka Sejmu, Marszałka Senatu, grupy co najmniej 35 posłów lub co najmniej 15 senatorów.
3. Uchwałę Sejmu o odwołaniu Rzecznika Marszałek Sejmu przesyła niezwłocznie Marszałkowi Senatu.
4. Senat podejmuje uchwałę w sprawie wyrażenia zgody na odwołanie Rzecznika w terminie miesiąca od dnia otrzymania uchwały Sejmu, o której mowa w ust. 3. Niepodjęcie uchwały przez Senat w tym terminie oznacza wyrażenie zgody.

Art. 41. 1. Rzecznik podejmuje działania z własnej inicjatywy lub na wniosek, biorąc pod uwagę w szczególności uzyskane informacje wskazujące na naruszenie praw pacjenta.

2. Rzecznik jest organem w postępowaniu w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów prowadzonym na podstawie przepisów rozdziału 10.

Art. 42. 1. W sprawach karnych i w sprawach o wykroczenia Rzecznik może występować przed sądami powszechnymi jako oskarżyciel posiłkowy.

2. W sprawach cywilnych Rzecznik może:

- 1) spowodować wszczęcie postępowania;
- 2) brać udział w toczącym się postępowaniu.

3. Rzecznik może występować przed sądami odpowiedzialności zawodowej zawodów medycznych oraz sądami administracyjnymi jako strona.

Art. 43. Rzecznik może:

- 1) zwrócić się do organów władzy publicznej, organizacji lub instytucji o złożenie wyjaśnień i udzielenie niezbędnych informacji, a także o udostępnienie akt i dokumentów, w tym zawierających dane osobowe;
- 2) zwrócić się do właściwych organów, w tym Rzecznika Praw Obywatelskich, Rzecznika Praw Dziecka, organizacji lub instytucji o podjęcie na rzecz pacjenta działań z zakresu ich kompetencji;

3) opiniować projekty aktów prawnych dotyczących zakresu jego działania.

Art. 44. Rzecznik współpracuje z organizacjami pozarządowymi, do których celów statutowych należy ochrona praw pacjenta.

Art. 45. 1. Rzecznik przedstawia właściwym organom władzy publicznej, organizacjom i instytucjom oceny i wnioski zmierzające do zapewnienia skutecznej ochrony praw pacjenta.

2. Rzecznik może również występować do właściwych organów z wnioskami o podjęcie inicjatywy ustawodawczej bądź o wydanie lub zmianę aktów prawnych.

3. Organy, instytucje i organizacje, do których Rzecznik zwrócił się z wnioskami określonymi w ust. 1 i 2, są obowiązane ustosunkować się do tych wniosków w terminie 30 dni od daty ich otrzymania.

Art. 46. 1. Rzecznik przedstawia corocznie Sejmowi i Senatowi informację o swojej działalności i uwagi o stanie przestrzegania praw pacjenta.

2. Informacja Rzecznika jest podawana do wiadomości publicznej.

Art. 47. 1. Rzecznik wykonuje swoje zadania przy pomocy Biura Rzecznika Praw Pacjenta.

2. Zadania i organizację Biura Rzecznika Praw Pacjenta określa statut nadawany przez Marszałka Sejmu.

Art. 48. Wydatki związane z funkcjonowaniem Rzecznika są ujmowane w ustawie budżetowej i pokrywane z budżety państwa.

Rozdział 10

Postępowanie w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów

Art. 49. 1. Przez praktykę naruszającą zbiorowe prawa pacjentów rozumie się bezprawne, bezpośrednie lub pośrednie zorganizowane działania lub zaniechania podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych mające na celu pozbawienie pacjentów praw określonych w przepisach ustawy oraz ustaw wymienionych w art. 1 ust. 2, lub ograniczenie tych praw, w szczególności

podejmowane celem osiągnięcia korzyści majątkowej. Nie jest zbiorowym prawem pacjentów suma praw indywidualnych.

2. Ochrona zbiorowych praw pacjentów przewidziana w ustawie nie wyłącza ochrony wynikającej z innych ustaw, w szczególności z przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji, przepisów o ochronie konkurencji i konsumentów oraz przepisów o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym.

Art. 50. Stroną postępowania jest każdy, kto wnosi o wydanie decyzji w sprawie praktyki naruszającej zbiorowe prawa pacjentów, lub wobec kogo zostało wszczęte postępowanie o stosowanie takiej praktyki.

Art. 51. 1. Rzecznik, w drodze decyzji, odmawia wszczęcia postępowania, jeżeli działanie lub zaniechanie w sposób oczywisty nie spełnia przesłanek określonych w art. 47 ust. 1 lub jeżeli wnoszący o wydanie decyzji w sprawie praktyki naruszającej zbiorowe prawa pacjentów nie uprawdopodobnił pozbawienia pacjentów praw określonych w przepisach ustawy oraz ustaw wymienionych w art. 1 ust. 2, lub ograniczenia tych praw.

2. Rzecznik może odmówić, w drodze decyzji, wszczęcia postępowania, jeżeli uzna to za uzasadnione.

Art. 52. W przypadku wydania przez Rzecznika decyzji o uznaniu praktyki za naruszającą zbiorowe prawa pacjentów nakazuje on jej zaniechanie oraz wskazuje działania niezbędne do usunięcia naruszenia przepisów ustawy lub ustaw wymienionych w art. 1 ust. 2, wyznaczając terminy dla podjęcia tych działań. Decyzji nadaje się rygor natychmiastowej wykonalności.

Art. 53. Decyzje Rzecznika są ostateczne. W zakresie nieuregulowanym w przepisach niniejszego rozdziału do decyzji Rzecznika stosuje się przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego.

Art. 54.1. Na decyzje Rzecznika przysługuje skarga do sądu administracyjnego.

2. Sąd administracyjny rozpatruje skargę niezwłocznie.

Art. 55. W postępowaniu o ochronę zbiorowych praw pacjentów, Rzecznik ma prawo żądać dokumentów oraz wszelkich informacji dotyczących okoliczności stosowania praktyk, co do których istnieje uzasadnione podejrzenie, iż wywołują takie zagrożenie

Rozdział 11

Kary pieniężne

Art. 56. Rzecznik nakłada na podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, w drodze decyzji, karę pieniężną do wysokości 500 000 złotych w przypadku niepodjęcia działań określonych w decyzji, o której mowa w art. 52, w terminie w niej wskazanym.

Art. 57. W przypadku nieprzekazania na żądanie Rzecznika dokumentów oraz informacji, o których mowa w art. 55, Rzecznik nakłada, w drodze decyzji, na podmiot do którego skierowano żądanie, karę pieniężną w wysokości 50 000 złotych.

Art. 58. Przy ustalaniu wysokości kar pieniężnych, o których mowa w art. 56 i 57, należy uwzględnić w szczególności okres, stopień oraz okoliczności naruszenia przepisów ustawy, a także uprzednie naruszenie przepisów ustawy.

Art. 59. 1. Środki finansowe pochodzące z kar pieniężnych, o których mowa w art. 56 i 57, stanowią dochód budżetu państwa.

2. Karę pieniężną uiszcza się w terminie 14 dni od dnia uprawomocnienia się decyzji Rzecznika.

3. W razie upływu terminu, o którym mowa w ust. 2, kara pieniężna podlega ściągnięciu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.

Rozdział 12

Przepis końcowy

Art. 60. Ustawa wchodzi w życie z dniem określonym w ustawie z dnia 2008 r. - Przepisy wprowadzające ustawy z zakresu ochrony zdrowia.

Uzasadnienie

Przedkładany projekt ustawy o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta oraz o Rzeczniku Praw Pacjenta stanowi część pakietu zmian legislacyjnych, które zastąpić mają obecnie obowiązującą ustawę z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89). Ze względu na konieczność dokonania znaczących zmian w zakresie organizacji i funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej, zasadne i celowe jest przygotowanie nowej ustawy, a nie jej kolejnej nowelizacji. Przemawiają za tym również istotne zmiany zachodzące w całym systemie ochrony zdrowia, w jakim działają zakłady opieki zdrowotnej i inne podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych. Jednocześnie, z uwagi na bardzo obszerny i różnorodny zakres zagadnień zawartych obecnie w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej uznano za zasadne podzielenie ich i uregulowanie w odrębnych aktach prawnych.

Przedkładana ustawa o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta oraz o Rzeczniku Praw Pacjenta ma charakter aktu normatywnego porządkującego w polskim systemie prawnym kwestie praw pacjenta. Po raz pierwszy na poziomie jednego aktu powszechnie obowiązującego - ustawy – formułuje się najważniejsze prawa pacjenta. Stanowiło to potencjalną trudność zarówno dla pacjentów, jak i podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych do zapoznania się z treścią rzeczonych praw, a w dalszej konsekwencji ich przestrzegania. Forma projektu stanowi zabieg logiczny i uzasadniony z punktu widzenia podmiotów uczestniczących w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych.

W projekcie wprowadza się legalną definicję pojęcia „pacjent”, której w obowiązujących przepisach prawa nie ma. Jak wskazuje doświadczenie Biura Praw Pacjenta przy Ministrze Zdrowia, brak powyższej definicji bardzo utrudnia zgłaszającym się do niego osobom zrozumienie, że w prezentowanym stanie faktycznym (kiedy osoby te czuły się pokrzywdzone) niejednokrotnie nieuprawniona jest interpretacja, iż w danej sytuacji doszło do naruszenia praw pacjenta. Dla zilustrowania przedstawionych sytuacji można podać kilka przypadków, np.: osoby pozbawione wolności korzystające z jednostek więziennej służby zdrowia na terenie zakładu karnego bądź aresztu śledczego, osoby, które skarżą się na postępowanie biegłych lekarzy wydający opinię w procesach toczących się przed sądami powszechnymi, bądź osoby będące w relacji z lekarzami orzecznikami Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Prezentowana w projekcie legalna definicja terminu „pacjent” określająca w jasny sposób zakres rzeczowego pojęcia ma zasadnicze znaczenie przy dokonywaniu wykładni czy w danym stanie faktycznym mamy do czynienia z naruszeniem praw pacjenta.

Z punktu widzenia realizacji praw pacjenta niezmiernie istotne jest wprowadzenie jednoznacznej i klarownej zasady odpłatności za koszty realizacji niektórych z praw pacjenta. Przyjęte rozwiązanie powinno być znacznie bardziej czytelne – szczególnie dla pacjentów i ich rodzin – niż art. 19 ust. 4 obowiązującej ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej. Jednocześnie zgodnie z ideą transparentności wprowadza się wymóg zapewnienia jawności i dostępności informacji o wysokości opłat, co pozwoli zapobiegać ponoszeniu przez pacjentów nieformalnych opłat.

Uregulowanie w ustawie o prawach pacjenta także jego obowiązków uzasadnione jest z punktu widzenia kompletności relacji pomiędzy pacjentem, a podmiotem udzielającym świadczeń zdrowotnych. Równie istotna dla sprawnego przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych oraz ich skuteczności, jak znajomość i przestrzeganie praw, jest wiedza na temat nałożonych na pacjenta obowiązków. Większość regulacji stanowi jednak uszczegółowienie praw pacjenta, którymi są

- 1) prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej,
- 2) prawo do udzielenia mu świadczeń zdrowotnych w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego w rozumieniu przepisów o Państwowym Ratownictwie Medycznym,
- 3) prawo do informacji o swoim stanie zdrowia,
- 4) prawo do informacji o rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych,
- 5) prawo do zachowania przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym udzielające mu świadczeń zdrowotnych, w tajemnicy informacji związanych z pacjentem (w tym dotyczących jego stanu zdrowia),
- 6) prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody,
- 7) prawo do pisemnej zgody na wykonanie zabiegu operacyjnego lub innej procedury medycznej w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta,

- 8) prawo do intymności i poszanowania godności osobistej,
- 9) prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia,
- 10) prawo do zgłoszenia sprzeciwu od orzeczenia lekarza.

W projekcie proponuje się nowe rozwiązania uprawniające pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego do wniesienia sprzeciwu, w przypadku gdy nie zgadzają się z rozpoznaniem dokonany przez lekarza orzekającego o stanie zdrowia pacjenta, jeżeli to orzeczenie ma wpływ na jego prawa lub obowiązki wynikające z przepisów prawa. Sprzeciw wnosi się do Komisji Lekarskiej działającej przy okręgowej radzie lekarskiej. Od rozstrzygnięcia Komisji Lekarskiej nie przysługuje odwołanie. Do postępowania przed Komisją Lekarską nie stosuje się przepisów kodeksu postępowania administracyjnego.

Natomiast art. 32 ust. 10 nakłada na ministra właściwego do spraw zdrowia obowiązek określenia sposobu działania Komisji Lekarskiej działającej przy okręgowej radzie lekarskiej rozpatrującej sprzeciw pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego od rozpoznania dokonanego przez lekarza.

Proponuje się także wprowadzenie instytucji Rzecznika Praw Pacjenta stojącego na straży praw pacjenta określonych w ustawie i innych przepisach prawa. Rzecznika powołuje na 5 – letnią Sejm, za zgodą Senatu, spośród kandydatów zgłoszonych przez Marszałka Sejmu, Marszałka Senatu, grupę co najmniej 35 posłów lub 15 senatorów. Rzecznik jest w swojej działalności niezależny od innych organów państwowych i odpowiada jedynie przed Sejmem. W sprawach karnych i w sprawach o wykroczenia Rzecznik będzie mógł występować przed sądami powszechnymi jako oskarżyciel posiłkowy. W sprawach cywilnych Rzecznik będzie mógł spowodować wszczęcie postępowania lub brać udział w toczącym się postępowaniu. Rzecznik będzie mógł występować także przed sądami odpowiedzialności zawodowej zawodów medycznych jako strona. Ponadto Rzecznik będzie mógł zwrócić się do organów władzy publicznej, organizacji lub instytucji o złożenie wyjaśnień i udzielenie niezbędnych informacji, a także o udostępnienie akt i dokumentów, w tym zawierających dane osobowe, zwrócić się do właściwych organów, w tym Rzecznika Praw Obywatelskich, Rzecznika Praw Dziecka, organizacji lub instytucji o podjęcie na rzecz pacjenta działań z zakresu ich kompetencji, opiniować projekty aktów prawnych dotyczących zakresu jego działania. Proponuje się również, aby Rzecznik przedstawiał właściwym organom władzy publicznej, organizacjom i instytucjom oceny i wnioski zmierzające do zapewnienia skutecznej ochrony praw pacjenta. Rzecznik będzie

mógł również występować do właściwych organów z wnioskami o podjęcie inicjatywy ustawodawczej bądź o wydanie lub zmianę aktów prawnych. Ponadto Rzecznik ma być organem w postępowaniu w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów. Przez praktykę naruszającą zbiorowe prawa pacjentów rozumie się bezprawne, bezpośrednie lub pośrednie zorganizowane działania lub zaniechania podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych mające na celu pozbawienie pacjentów praw określonych w przepisach ustawy oraz innych ustaw, lub ograniczenie tych praw, w szczególności podejmowane celem osiągnięcia korzyści majątkowej. Stroną postępowania o naruszenie zbiorowych praw pacjentów będzie każdy, kto wnosi o wydanie decyzji w sprawie praktyki naruszającej zbiorowe prawa pacjentów, lub wobec kogo zostało wszczęte postępowanie o stosowanie takiej praktyki.

Projekt ustawy nie zawiera przepisów technicznych w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. Nr 239, poz. 2039 oraz z 2004 r. Nr 65, poz. 597) i w związku z tym nie podlega przedmiotowej notyfikacji.

Ponadto art. 4 ust. 5 projektu zawiera upoważnienie ustawowe dla ministra właściwego do spraw zdrowia do unormowania kwestii związanych z zakresem spisu przedmiotów oddanych do depozytu przez pacjenta korzystającego ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez szpital oraz ze sposobem zabezpieczenia przedmiotów oddawanych do depozytu i warunków prowadzenia i przechowywania księgi depozytów.

Akty wykonawcze, o którym mowa w art. 32 uregulują rodzaje i zakres dokumentacji medycznej oraz sposób jej przetwarzania, uwzględniając konieczność zapewnienia realizacji prawa dostępu do dokumentacji medycznej, rzetelnego jej prowadzenia oraz ochrony danych i informacji dotyczących stanu zdrowia pacjenta.

Ocena Skutków Regulacji

Projektowana regulacja nie będzie miała istotnego wpływu na sektor finansów publicznych.

Projektowana regulacja nie będzie miała istotnego wpływu na rynek pracy.

Projektowana regulacja nie będzie miała bezpośredniego wpływu na konkurencyjność gospodarki oraz na przedsiębiorczość, w tym rozwój przedsiębiorstw.

Projektowana regulacja nie będzie miała bezpośredniego wpływu na sytuację i rozwój regionów.

Regulacja nie będzie miała bezpośredniego wpływu na ochronę zdrowia i zmniejszenie ryzyka chorób.

Regulacja jest zgodna z prawem Unii Europejskiej.

Na podstawie przepisów ww. ustawy minister właściwy do spraw zdrowia wyda następujące rozporządzenia:

1. Art. 4 ust. 5 – rozporządzenie, w którym zostaną określone: zakres spisu przedmiotów oddanych do depozytu, sposób zabezpieczenia przedmiotów oddawanych do depozytu, sposób i warunki prowadzenia i przechowywania księgi depozytów - uwzględniając zapewnienie właściwej realizacji prawa pacjenta.
2. Art. 32 ust. 1 – rozporządzenie, w którym (po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych) określone zostaną rodzaje i zakres dokumentacji medycznej oraz sposób jej przetwarzania, uwzględniając konieczność zapewnienia realizacji prawa dostępu do dokumentacji medycznej, rzetelnego jej prowadzenia oraz ochrony danych i informacji dotyczących stanu zdrowia pacjenta.
3. Art. 33 ust. 10 – rozporządzenie, w którym zostanie określony sposób działania Komisji Lekarskiej uwzględniając efektywność realizacji praw pacjenta.

Ponadto na podstawie ww. przepisów ww. ustawy Ministrowie: właściwy do spraw wewnętrznych, Obrony oraz Sprawiedliwości (każdy w zakresie swojego działania), w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, wydadzą następujące rozporządzenia:

Art. 32 ust. 2 – rozporządzenie, w którym (po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych i Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, w której zostaną określone rodzaje i zakres dokumentacji medycznej oraz sposób jej przetwarzania, uwzględniając konieczność zapewnienia realizacji prawa dostępu do dokumentacji medycznej, rzetelnego jej prowadzenia oraz ochrony danych i informacji dotyczących stanu zdrowia pacjenta.

Warszawa, 25 stycznia 2008 r.

BAS-WAEM-145/08

Pan
Bronisław Komorowski
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Opinia prawna

w sprawie zgodności z prawem Unii Europejskiej poselskiego projektu ustawy o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta oraz o Rzeczniku Praw Pacjenta (przedstawiciel wnioskodawców: poseł Jerzy Ziętek)

Na podstawie art. 34 ust. 9 uchwały Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 30 lipca 1992 roku – Regulamin Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej (tekst jednolity: Monitor Polski z 2002 r., Nr 23, poz. 398, ze zmianami) sporządza się następującą opinię:

1. Przedmiot projektu ustawy

Projekt określa: prawa i obowiązki pacjenta w związku z udzielanymi świadczeniami zdrowotnymi, odnoszące się do praw pacjenta obowiązki podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, zasady powoływania Rzecznika Praw Pacjenta oraz jego zadania, postępowanie w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjenta.

Projekt zawiera regulacje istniejące już w ustawach obowiązujących – z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, ze zmianami), z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2005 r. Nr 226, poz. 1943, ze zmianami), z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2001 r. Nr 57, poz. 602, ze zmianami). Są to przepisy odnoszące się do praw pacjenta oraz odpowiadających tym prawom obowiązków związanych z wykonywaniem zawodów medycznych (przepisy rozdziału 1a ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, rozdziału 5 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, rozdziału 4 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej).

Projekt bardziej szczegółowo – niż obowiązujące przepisy – reguluje: zasady ponoszenia kosztów realizacji praw pacjenta, prawo pacjenta do żądania zasięgnięcia opinii innej osoby wykonującej zawód medyczny lub zwołania konsylium lekarskiego, zasady wyrażenia zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych. Rozdział 7 proponowanej ustawy zawiera przepisy określające zasady prowadzenia i udostępniania dokumentacji medycznej oraz zobowiązuje podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych do zapewnienia ochrony danych zawartych w dokumentacji. Ponadto w projekcie przewidziano prawo pacjenta do zgłoszenia sprzeciwu od orzeczenia lekarza.

Projekt wprowadza – dla potrzeb proponowanej ustawy – definicje legalne pojęć, w tym definicje pojęć „pacjent” oraz „podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych”, oraz odsyła do definicji, które mają znaleźć się w innej proponowanej ustawie – o zakładach opieki zdrowotnej, będącej, zgodnie z deklaracją wnioskodawcy, częścią proponowanego pakietu ustaw z zakresu ochrony zdrowia.

Przepis końcowy projektu zakłada, że wejście w życie proponowanej ustawy zostanie określone w ustawie wprowadzającej ustawy z zakresu ochrony zdrowia.

2. Stan prawa Unii Europejskiej w materii objętej projektem

Zakres polityki i działań Wspólnoty w dziedzinie ochrony zdrowia został określony w art. 152 Traktatu ustanawiającego Wspólnotę Europejską (TWE) w tytule XIII „Zdrowie publiczne”. Działanie Wspólnoty uzupełnia polityki krajowe nakierowane na poprawę zdrowia publicznego, zapobieganie chorobom i dolegliwościom ludzkim oraz usuwanie źródeł zagrożeń dla zdrowia ludzkiego.

Prawa pacjenta – w szczególności godność osoby – należą do katalogu praw człowieka; odnosząc się do treści projektu można więc wskazać art. 6 Traktatu o Unii Europejskiej (TUE), zgodnie z którym Unia opiera się na zasadach m.in. poszanowania praw człowieka i podstawowych wolności, które są wspólne dla państw członkowskich. Prawa człowieka zostały określone także w Karcie praw podstawowych Unii Europejskiej proklamowanej w Nicei w dniu 7 grudnia 2000 r. (Dz. Urz. WE C 364 z 18 grudnia 2000 r., str. 1). Należy zaznaczyć, że dokument ten nie stanowi samodzielnego, wiążącego źródła prawa UE. Jest jednak wykorzystywany w praktyce legislacyjnej i stosowaniu prawa.

Ze względu na kwestie ochrony danych osobowych pacjenta, przetwarzanych w związku z procedurami medycznymi i zawartych w dokumentacji medycznej, należy wskazać dyrektywę 95/46/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 24 października 1995 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w zakresie przetwarzania danych osobowych i swobodnego przepływu tych danych (Dz. Urz. WE L 281 z 23.11.1995 r., str. 31, ze zmianami; Dz. Urz. UE Polskie wydanie specjalne, rozdz. 13, t. 15, s. 355).

Zgodnie z art. 1 ust. 1 dyrektywy 95/46/WE państwa członkowskie są zobowiązane chronić podstawowe prawa i wolności osób fizycznych, w szczególności ich prawo do prywatności w odniesieniu do przetwarzania danych osobowych.

3. Analiza przepisów projektu pod kątem ustalonego stanu prawa Unii Europejskiej

Zagadnienie ochrony praw pacjenta nie jest przedmiotem regulacji art. 152 TWE ani aktów prawa pochodnego w tym zakresie.

Biorąc pod uwagę treść przepisów projektu należy rozważyć dwie kwestie: 1) ochrony praw pacjenta jako wyraz ochrony praw podstawowych, 2) ochrony danych osobowych.

1) W art. 23 projektu stwierdza się, że „pacjent ma prawo do intymności i poszanowania godności osobistej”. Także inne przepisy projektu formułują prawa pacjenta: art. 11-15 określają prawo pacjenta do informacji o stanie zdrowia, a art. 25 – prawo do dostępu do dokumentacji medycznej, art. 16 określa prawo do zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego, rozdział 5 projektu reguluje tryb wyrażenia przez pacjenta zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych. Zgodnie z art. 6 ust. 1 TUE, Unia opiera się na zasadach m.in. poszanowania praw człowieka i podstawowych wolności, które są wspólne dla państw członkowskich. Unia szanuje prawa człowieka zagwarantowane w europejskiej Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności, podpisanej w Rzymie 4 listopada 1950 r., oraz wynikające z tradycji konstytucyjnych wspólnych dla państw członkowskich, jako zasady ogólne prawa wspólnotowego (art. 6 ust. 2 TUE).

Z kolei w art. 3 ust. 2 Karty praw podstawowych UE stwierdza się m.in., że w dziedzinie medycyny i biologii musi być szanowana swobodna i świadoma zgoda osoby zainteresowanej wyrażona zgodnie z procedurą określoną przez prawo (prawo do integralności osoby ludzkiej).

Przepisy projektu respektują przytoczone postanowienia Karty oraz Traktatu o Unii Europejskiej.

2) Przepisy art. 16 i 17 oraz rozdziału 7 projektu odnoszą się do zagadnienia ochrony danych i informacji o pacjencie, uzyskiwanych przez osoby wykonujące zawód medyczny i podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych. Chodzi tu o kwestie: obowiązku zachowania w tajemnicy wszelkich informacji dotyczących pacjenta, prawa pacjenta do dostępu do informacji i dokumentacji medycznej, ochrony danych osobowych. Przepisy dotyczące zasad ochrony danych osobowych przetwarzanych w związku z wykonywaniem działań w zakresie ochrony zdrowia, przepisy dotyczące informowania o dokumentacji medycznej osób, których te dane dotyczą oraz przepisy dotyczące obowiązku zachowania tajemnicy zawodowej są zawarte w obowiązujących ustawach (w szczególności art. 31 oraz 40 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, art. 20 i art. 21 ustawy o zawodach pielęgniarzy i położnej, art. 18 oraz art. 32f ustawy o zakładach opieki zdrowotnej). Przepisy projektu nie wprowadzają zasadniczych modyfikacji w obowiązujących regulacjach.

Przytoczone przepisy projektu nie naruszają dyrektywy 95/46/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 24 października 1995 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w zakresie przetwarzania danych osobowych i swobodnego przepływu tych danych. Przepis art. 8 ust. 1 dyrektywy zakazuje przetwarzania m.in. danych osobowych dotyczących zdrowia, jednak art. 8 ust.

3 zezwala na przetwarzanie danych osobowych, jeśli jest to wymagane m.in. „dla celów medycyny prewencyjnej, diagnostyki medycznej, świadczenia opieki lub leczenia,[...] jak również [...] gdy dane są przetwarzane przez pracownika służby zdrowia [...], podlegające[go] obowiązkowi zachowania tajemnicy zawodowej lub przez inną osobę również zobowiązaną do zachowania tajemnicy”. Są także zgodne z art. 12 dyrektywy, dotyczącym prawa dostępu do danych osoby, której dane dotyczą.

Ochrona danych osobowych należy do praw chronionych Kartą praw podstawowych UE. Zgodnie z Kartą (art. 8) każdy ma prawo do ochrony dotyczących go danych osobowych. Dane muszą być rzetelnie przetwarzane w określonych celach za zgodą osoby zainteresowanej lub na innej podstawie prawnej. Każdy ma prawo dostępu do zebranych danych, które go dotyczą.

Proponowane regulacje nie osłabiają obowiązującego reżimu ochrony danych osobowych, nie naruszają dyrektywy 95/46/WE Parlamentu Europejskiego i Rady oraz respektują postanowienia Karty praw podstawowych UE.

4. Konkluzja

Projekt ustawy o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta oraz o Rzeczniku Praw Pacjenta jest zgodny z prawem Unii Europejskiej.

Sporządził: Zespół Prawa Europejskiego

Akceptował: Dyrektor Biura Analiz Sejmowych

Michał Królikowski

Deskrytory bazy REX: Unia Europejska, projekt ustawy, pacjenci, ochrona zdrowia, świadczenia zdrowotne, tajemnica zawodowa, lekarze, pielęgniarstwo, medycyna, prawa człowieka.

Warszawa, 25 stycznia 2008 r.

BAS-WAEM-146/08

Pan
Bronisław Komorowski
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Opinia prawna

w sprawie stwierdzenia – w trybie art. 95a ust. 3 Regulaminu Sejmu – czy poselski projekt ustawy o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta oraz o Rzeczniku Praw Pacjenta (przedstawiciel wnioskodawców: poseł Jerzy Ziętek) jest projektem ustawy wykonującej prawo Unii Europejskiej

Projekt określa: prawa i obowiązki pacjenta w związku z udzielanymi świadczeniami zdrowotnymi, odnoszące się do praw pacjenta obowiązki podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, zasady powoływania Rzecznika Praw Pacjenta oraz jego zadania, postępowanie w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjenta. Projekt reguluje zasady ponoszenia kosztów realizacji praw pacjenta, zasady wyrażenia zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz przewiduje prawo pacjenta do zgłoszenia sprzeciwu od orzeczenia lekarza. Zawiera przepisy określające zasady prowadzenia i udostępniania dokumentacji medycznej, zobowiązując podmioty odpowiedzialne do ochrony danych zawartych w dokumentacji.

Projekt ustawy jest zgodny z prawem Unii Europejskiej.

Projekt ustawy o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta oraz o Rzeczniku Praw Pacjenta **nie jest projektem ustawy wykonującej prawo Unii Europejskiej.**

Sporządził: Zespół Prawa Europejskiego

Akceptował: Dyrektor Biura Analiz Sejmowych

Michał Królikowski

Deskryptory bazy REX: Unia Europejska, projekt ustawy, pacjenci, ochrona zdrowia, świadczenia zdrowotne, tajemnica zawodowa, lekarze, pielęgniarstwo, medycyna, prawa człowieka.

Warszawa, dnia 23 stycznia 2008 r.

Jerzy Ziętek
Poseł na Sejm RP
Przedstawiciel wnioskodawców

Szanowny Pan
Bronisław Komorowski
Marszałek Sejmu RP

UZUPEŁNIENIE BRAKÓW UZASADNIENIA PROJEKTU USTAWY

W odpowiedzi na pismo Pana Marszałka z dnia 23 stycznia 2008 r., działając jako przedstawiciel wnioskodawców projektu ustawy o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta oraz o Rzeczniku Praw Pacjenta, złożonego w dniu 18 stycznia 2008 r., uzupełniam uzasadnienie projektu ustawy w ten sposób, że po zdaniu „Projektowana regulacja nie będzie miała istotnego wpływu na sektor finansów publicznych.” dodaje się zdania:

„Skutki finansowe związane z wejściem w życie projektowanej ustawy wynikać będą z powołania Rzecznika Praw Pacjenta. Szacuje się, iż w pierwszym roku funkcjonowania ustawy, tj. w 2009 r., w ustawie budżetowej należy przewidzieć ok. 10 mln zł. na ten cel. Powyższa kwota będzie obciążeniem dla budżetu państwa. Zakłada się, iż z uwagi na przypisywane Rzecznikowi uprawnienia związane m.in. z byciem organem w postępowaniu w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów, z występowaniem przed sądami jako oskarżyciel posiłkowy oraz występowaniem przed sądami odpowiedzialności zawodowej zawodów medycznych oraz sądami administracyjnymi jako strona, Biuro Rzecznika Praw Pacjenta zatrudniać będzie ok. 100 pracowników. Obecnie Biuro Praw Pacjenta działa przy Ministrze Zdrowia i zatrudnia 30 pracowników. Roczny koszt funkcjonowania biura wynosi ok. 1,9 mln zł. Wskazać jednakże należy, iż uprawnienia Rzecznika są znacznie ograniczone i sprowadzają się jedynie do roli udzielania wyjaśnień i pomocy

w sprawie skarg pacjenta. Nie jest on natomiast stroną w postępowaniu sądowym. Wysokość wynagrodzenia Rzecznika Praw Pacjenta będzie podlegać ograniczeniom wynikającym z *ustawy z dnia 31 lipca 1981 r. o wynagrodzeniu osób zajmujących kierownicze stanowiska państwowe.*”

Z poważaniem,

Warszawa, dnia 08 lutego 2008 r.

NL. 0220-6,7,8/2008

Pan
Lech Czapla
Zastępca Szefa Kancelarii Sejmu

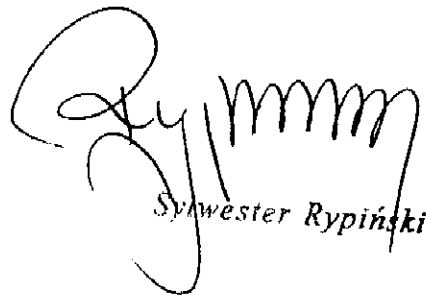


W związku z otrzymanymi do opinii, przy piśmie z dnia 22 stycznia 2008 r., znak: PS-28/08, projektami ustaw:

- 1) o zakładach opieki zdrowotnej,
- 2) o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta oraz o Rzeczniku Praw Pacjenta,
- 3) o dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych

uprzejmie informuję, że z punktu widzenia wykonawcy, nie zgłaszam uwag do przedłożonych projektów.

z poleceniem

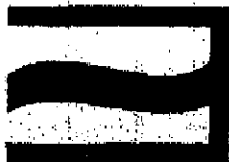


Sylwester Rypiński

WYDZIAŁ PREZYDIALNY

L.dz.

Data wpływu 11.02.08r



NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Main Chamber of Nurses and Midwives

NRPiP/XIII/55/08

Warszawa, 22 lutego 2008 r.

Pan
Lech Czapla
Zastępca Szefa
Kancelarii Sejmu

Szanowny Panie Ministrze,

W nawiązaniu do pisma z dnia 22 stycznia 2008 roku (PS-28/08) dotyczącego zgłaszania opinii do poselskich projektów ustaw:

- 1) o zakładach opieki zdrowotnej,
- 2) o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta oraz o Rzeczniku Praw Pacjenta,
- 3) o dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych.

uprzejmie informuję, iż opinie do powyższych projektów zostaną przesłane niezwłocznie po posiedzeniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, które odbywać się będzie w dniach 11-13 marca 2008 r.

Z poważaniem

Elżbieta Buczłowska

Przew. NRPiP

WYDZIAŁ PREZYDIALNY

L.dz.

Data wpływu 22.02.2008



Warszawa 21 lutego 2008 r.

Pan
Lech CZAPLA
ZASTĘPCA SZEFA
KANCELARII SEJMU

Szanowny Pani Ministrze,

W imieniu Izby Gospodarczej „FARMACJA POLSKA” uprzejmie dziękuję za przesłanie do zaopiniowania kluczowych dla sektora ochrony zdrowia poselskich projektów ustaw:

1. o zakładach opieki zdrowotnej
2. o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta oraz Rzeczniku Praw Pacjenta
3. o dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych.

Jednocześnie informuję, iż po zapoznaniu się z ww. projektami Izba nie zgłasza uwag merytorycznych do rozwiązań zaproponowanych w przekazanych ustawach, ponieważ są one bardzo szczegółowe i bezpośrednio nie wiążą się z działalnością naszej branży.

Przy tej okazji pragnę dodać, że Izba podejmując wielokrotnie dyskusję nt. naprawy systemu opieki zdrowotnej zwracała uwagę, iż wszelkie wprowadzane zmiany muszą uwzględniać przede wszystkim pacjenta, którego szeroko rozumiane bezpieczeństwo, w każdym proponowanym rozwiązaniu musi być celem nadrzędnym.

Założenia programowe, w których mówi się o zwiększeniu dostępności obywateli do świadczeń medycznych, uszczelnianiu systemu ochrony zdrowia oraz likwidacji zadłużenia zakładów opieki zdrowotnej poprzez przekształcenie szpitali w podmioty z większościowym kapitałem samorządów oceniane w kategorii postulatów w połączeniu z zaproponowanymi rozwiązaniami prawnymi inicjują szeroką dyskusję, która już sama w sobie stanowić będzie pewien postęp w porównaniu z trwającą w latach ubiegłych stagnacją. Ponadto stabilność finansowa zakładów opieki zdrowotnej – może nie bezpośrednio – ale ma ogromny wpływ na działalność całego sektora farmaceutycznego.

Sprawnie działający system opieki zdrowotnej oparty na stabilnym systemie finansowym to również ułatwiony dostęp pacjenta do leczenia farmakologicznego.

L.dz.

Data wpływu 27.02.2008

IZBA GOSPODARCZA „FARMACJA POLSKA”

Stowarzyszenie Producentów, Hurtowników i Importerów Leków

01-541 Warszawa, ul. Czarnieckiego 57, tel./fax: (0 22) 839 77 37, 839 99 10, e-mail: info@farmacja-polska.org.pl

BRE BANK S.A. Oddział w Warszawie, ul. Królewska 14, 00-065 Warszawa, Nr 11401010-00-504054-PKNCURR01-66

1 STR. 1 22 LUT. 2008 12:57

OD : IZBA GOSPODARCZA „FARM. POLSKA” NR FAKSU : 02282839910

które w konsekwencji stanowi o sukcesie udzielanego świadczenia. Rozumiejąc w pełni potrzebę uporządkowania wielu krytycznych obszarów w ochronie zdrowia pragniemy podkreślić, że odpowiedzialność Państwa za zdrowie i życie obywateli stanowi podstawę do działań, których głównym beneficjentem powinien być pacjent.

Z zadowoleniem przyjęliśmy propozycję uregulowań, które koncentrują się na ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta, nadzieję budzi również propozycja powołania instytucji Rzecznika Praw Pacjenta niezależnego od innych organów państwowych i kontrolowanego przez Sejm RP.

Z wyrazami szacunku,

W imieniu Zarządu Izby Gospodarczej
„FARMACJA POLSKA”

Prezes 
Irena REJ



Związek Województw Rzeczypospolitej Polskiej

Warszawa, 25 lutego 2008 r.

ZW/0714/70/08

Szanowny Pan
Lech Czapla
Zastępca Szefa
Kancelarii Sejmu

Szanowny Panie Ministrze,

Uprzejmie przesyłam do dalszego wykorzystania opinie dotyczące poselskich projektów ustaw:

- o zakładach opieki zdrowotnej
- o dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych
- o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta oraz o Rzeczniku Praw Pacjenta

otrzymane z województw: opolskiego, śląskiego i zachodniopomorskiego.

Z wyrazami szacunku
Dyrektor Biura ZWRP
/-/ Bogdan Ciepielewski

WYDZIAŁ PREZYDENTA

L.dz.

Data wpływu 25-02-2008

Opinia z woj. opolskiego

Opinia o projekcie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

Po zapoznaniu się z projektem ustawy o zakładach opieki zdrowotnej stwierdzam, że projekt ten nie zmienia merytorycznej materii prawnej w sposób dający nadzieję na poprawę stanu ochrony zdrowia w zakresie lecznictwa szpitalnego. Wbrew zapowiedziom, zawiera starannie stonowane treści, które od dawna pojawiają się w rozmowach organizatorów ochrony zdrowia wszelkich zabarwień politycznych. Większość z proponowanych "nowości" jest stosowana na bazie obowiązującego dzisiaj prawa, oczywiście przy starannej jego falandyzującej interpretacji. Pierwotnie bardziej radykalne zapowiedzi, zostały złagodzone, jak sądzę zgodnie z sondażami społecznymi, a głównie sondażami internetowymi.

Projekt wyraźnie został stworzony doraźnie przez trzech autorów, biegłego w starej ustawie i czytanego w prasie medycznej, biegłego w Kodeksie Prawa Handlowego i zapewne prezesa spółki medyczne, autora statutu spółki. Tekst jest kompilacją tych trzech składowych.

Klika przykładów przeciw temu projektowi:

1. Wyłączenie możliwości funkcjonowania zoz w formie spółki cywilnej naruszać może równość podmiotów wobec prawa, co czyni zapis niezgodny z ustawą zasadniczą i prawem UE.
2. Propozycja fakultatywna wprowadzenia anglosaskiego modelu konsultanckiego możliwa jest jedynie w dużych ośrodkach akademickich i instytutach, gdzie powinna zostać zastosowana, bo doprowadzi do rozbicie układów, nie może być zastosowana w małych ośrodkach, ze względu na niedobór kadry.
3. Nie do przyjęcia jest pobieranie opłat za podwyższony standard w szpitalu, bo po pierwsze generalnie nie ma takich możliwości, a po drugie różnicuje to pacjentów na lepszych i gorszych w publicznym zoz. Możliwy jest taki wariant w komercyjnym wariacie szpitala, gdzie chory za wszystko sam płaci.
4. Zasoby materialne szpitali publicznych w dniu przekształcenia w spółkę stają się jej własnością, ten zapis zgodny z wypowiedzią znanej posłanki ubiegłej kadencji staje się rzeczywistością, jako symbol rozdrapywania przez kapitał resztek zasobów materialnych publicznej ochrony zdrowia stanie się poważnym problemem politycznym, na miarę reelekcji parlamentarnej. I na nic tłumaczenie, że po likwidacji spółki majątek wraca w ręce publiczne, kiedy istnieją sposoby pozbycia się majątku spółki w czasie jej istnienia.
5. Dlaczego minimalny udział publiczny w spółce określono na poziomie 51%, a nie zapisano zabezpieczenia formułą uniemożliwiającą wrogie jej przejęcie.
6. Rezygnacja z powoływania rady społecznej przy sp zoz jest błędem, gdyż ta dziwna struktura jednak się sprawdziła, często jest pomocna. Należało ją zachować, a nawet wprowadzić niewielkie diety dla radnych tych rad. Sądzę, że ich likwidacja spowodowana jest wrodzoną niechęcią polityków liberalnych do pracy bez gratyfikacji.
7. Brakuje w projekcie przekonywujących zapisów, które umożliwią władzy publicznej realizację zapisu konstytucji, dotyczącego zapewnienia równego dostępu świadczeń zdrowotnych wszystkim obywatelom. Ten fakt otwiera drogę do Trybunału Konstytucyjnego dla tego projektu ustawy.
8. Zapis, że sp zoz pokrywa ujemny wynik finansowy we własnym zakresie to jawny żart kabaretowy, jeszcze w towarzystwie zapisu, że przechodzi ten fant na organ założycielski. W Kluczborku jest zoz w formie spółki, proszę tam zadzwonić i spytać

Starosty Kluczborskiego, ile milionów zalega on z racji zadłużenia pochodzącego z działalności protoplasty tej spółki?. **Przecież misją tego projektu jest próba odcięcia szpitali od kategorii finansowej, która nazywa się długiem publicznym.** To się uda tylko na krótką metę.

9. Ograniczenie zaciągania zobowiązań do wysokości kapitału zakładowego, uniemożliwia na starcie zoz-owi zakup nowoczesnego sprzętu medycznego, otwierając drogę do szybkiej marginalizacji zakładu lub oddają go w ręce czekających na takie sytuacje „inwestorów”, o czym informowała obywateli pewna postanka na podglądzie.
10. Wreszcie zapis o zwolnieniu zoz-u na okres 3 lat z podatku dochodowego od osób prawnych obnaża **komercyjnego ducha projektu ustawy**. Zysk przy nieoszacowanych stawkach NFZ za usługi zdrowotne, może być dokonany tylko kosztem pacjenta, lub pracownika, który zapewne zgodzi się na głodową pensję i opt-out, byle zachować pracę. Już w pierwszym art. projektu określono cel zoz-u, którym jest „działalność gospodarcza”. Jest to naciągana z filozoficznego punktu widzenia interpretacja. Usługa zdrowotna, jako usługa niechciana, podobnie jak usługa prawna, nie jest wartością rynkową. Czy ktoś widział prywatny sąd prowadzący działalność gospodarczą?

Znalazłem również zapisy, które można uznać za krok w odpowiednim kierunku:

1. Ustanowienie jednorodnego organu założycielskiego w regionie dla wszystkich szpitali, jest kapitalnym postępem w kierunku tworzenia zdroworozsądkowej regionalnej sieci szpitali, oby publicznych. Regiony już mają wiedzę, które jednostki pozostawić w sieci, a które dać do prywatyzacji. To faktyczne uszczelnienie systemu finansowania usług stacjonarnych. Nastąpi konsolidacja oddziałów, szpitali i jednostek organizacyjnych. Na to czekają organizatorzy opieki zdrowotnej w regionach. Niewiele czasu upłynie do momentu sprzężenia się sieci regionalnych szpitali publicznych w krajową sieć szpitali publicznych, którą minister okraśli jednostkami klinicznymi i instytutami.
2. Umożliwienie wspólnego zarządcy dla więcej niż jednego zakładu opieki zdrowotnej w szczególnych przypadkach jest również krokiem do przodu. Jest wzorowane na sprawdzonej przez Niemców zasadzie konsolidacji zarządzania szpitalami, również przez prywatyzację zarządzania, którą zastosowano przejmując zasoby szpitalne na terenie NRD. Na określonym etapie zarządzania szpitalami jest to sprawdzona i skuteczna metoda.
3. Możliwość łączenia się zoz-ów jest również pozytywnym zapisem, który umożliwi dojrzałym organizatorom ratowanie sąsiadujących ze sobą słabych jednostek szpitalnych przez konsolidację oddziałów, całych szpitali i reorganizację kontraktów z płatnikiem.

Cały projekt ustawy nie wnosi wartości formalnoprawnych pozwalających na nadanie uzdrawiającego kierunku rozwoju szpitalnictwa polskiego. Nie spełnia oczekiwań społecznych, oczekiwań menadżerów i wymogów konstytucji, nie daje również przesłanek na spokój społeczny w kategorii bezpieczeństwa zdrowotnego. Przez odcięcie od instytucji długu

publicznego, szpitale zaczną upadać, cofać się w technologiach medycznych, krótkotrwały romans z kapitałem doprowadzi do utraty najlepszych zasobów materialnych szpitalnictwa publicznego i zmusi wkrótce władze publiczne do budowy nowych samorządowych szpitali. Tak jak to miało miejsce w gminie Deming w Stanie Nowy Meksyk. Dlatego też w USA jest 40% szpitali publicznych, które zaspokajają podstawowe potrzeby zdrowotne zwykłych obywateli. Warto przeczytać Nolena „Jak zostałem chirurgiem”.

Projekt powinien wrócić do ministra i stać się przedmiotem wszechstronnej dyskusji przy udziale wszelkich opcji społecznych. Szczególnie obecnie, kiedy niemal wszyscy uczestnicy rynku zdrowia uznali, że nie forma własności, lecz skuteczność zarządzania decyduje o wyniku finansowym podmiotu gospodarczego.

Uwagi do projektu ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta.

Projekt nie wnosi nowych wartości, gdyż stanowi próbę usystematyzowania i zgromadzeniu w jednym dokumencie praw pacjenta i zapisów o rzeczniku, zawartych w licznych innych dokumentach prawnych. I to jest jego zaletą. Nie wnosi jednak żadnych delegacji odnoszących meritum problemów do środków budżetowych. W zapisach tego projektu umieszczono chałupniczy pomysł zawarty w art.33 a stanowiący, że odwołanie od orzeczenia lekarskiego pacjent będzie kierował do komisji lekarskiej. Jest to zapis nieeuropejski, odwołanie od orzeczenia chory winien kierować do sądu. To jest główny słaby punkt tego projektu.

Uwagi do projektu ustawy o dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych.

Projekt w całości jest chybiony, gdyż:

1. Wzrost poziomu finansowania szpitali jest możliwy bez wprowadzania ubezpieczeń zdrowotnych i bez podnoszenia składki zdrowotnej.
2. Wprowadzenie dodatkowych dobrowolnych ubezpieczeń różnicuje społeczeństwo na tych których stać i tych których nie stać na dodatkowe ubezpieczenia.
3. Płacenie dodatkowego dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego nie gwarantuje płacącemu produktu za który zapłacił. Polskie szpitale nie są przygotowane do oferty lepszej bazy hotelowej płatnikom dodatkowych ubezpieczeń.
4. Droga składki dodatkowej jest już w projekcie ustawy ciemista i nie wiadomo kiedy, gdzie i w jakiej okrojonej przez biurokrację kwocie dotrze.
5. Powoływanie po raz drugi niepotrzebnej instytucji UNUZ jest nieporozumieniem. Projekt pisał prawdopodobnie młody absolwent zarządzania zdrowiem, który w książce wyczyta o strukturze UNUZ i wpisał go na przedce do projektu. Ja pamiętam

funkcjonowanie tego urzędu, miałem wielokrotnie bliski kontakt z nim i pamiętam argumenty za jego rozwiązaniem, a są one nadal są aktualne.

Andrzej Mazur

UWAGI
do projektu ustawy o zakładach opieki zdrowotnej

Generalnie projektu ustawy jest bardzo obszernym dokumentem, można wręcz powiedzieć „przewodnikiem po zakładach opieki zdrowotnej”. Zawiera szczegółowe opisy poszczególnych czynności, dotyczących zoz-ów, które konsumują niektóre wcześniejsze zapisy rozporządzeń wykonawczych a nawet niezbędnych elementów, właściwych dla umów, które są oczywiste bo wynikają wprost z regulacji kodeksowych.

Ponadto niepotrzebne wydają się być niektóre określenia zamieszczone na końcu danej normy prawnej, informujące jakim celem ma służyć regulacja, np. zapis mówiący, iż: „minister (...) określi w drodze rozporządzenia skład komisji konkursowej, tryb ogłaszania konkursu (...) zakres i tryb składania ofert, mając na względzie sprawne i rzetelne przeprowadzenia konkursu”, itp.

Zakres spraw przekazanych do unormowania określa się w sposób precyzyjny, usystematyzowany a nie obrazowy. Przepis nie powinien zawierać wypowiedzi, które nie służą wyrażaniu norm prawnych nie mają formy normatywnej a w szczególności nie powinien zawierać postulatów, zaleceń oraz uzasadnień do formułowanych norm.

Ponadto przedstawiam poniżej swoje spostrzeżenia :

Art 6 – wstawić po wyrazach przepisów słowo „ustawy” i przywołać jej pełne brzmienie.

Art. 7 – kto i na podstawie jakich uregulowań stwierdzi działalność „uciążliwą” dla pacjenta lub przebiegu leczenia, nieprecyzyjne określenie. Jak rozumieć działalność uciążliwą.

Art.9 ust.3 - przepis nieczytelny, usystematyzować jednostkami redakcyjnymi podmioty mogące tworzyć zoz-y. Ponadto przepis zawiera pewną niekonsekwencję , bowiem daje przyzwolenie spółce cywilnej jako mniemającej osobowości prawnej do tworzenia i prowadzenia zakładów opieki zdrowotnej w formach przewidzianych dla działalności gospodarczej z wyjątkiem prowadzenia jej w ramach spółki cywilnej.

Art.25 ust.1 pkt 3 - powinna to być regulacja porządkowa zawarta w regulaminie porządkowym a nie w ustawie, przecież takie postępowanie jest oczywiste.

Art. 25 ust.3 - ostatnie zdanie jest uproszczeniem postępowania, dlatego proponuje się zapis „ w przypadku zaistnienia przeszkody uniemożliwiającej uzyskanie oświadczenia, lekarz sporządza adnotację w dokumentacji medycznej”.

Art. 31 ust.3 :

- wyrazy „ potrzebne do kontynuacji leczenia” przenieść do art. 31, ust.1 do zakresu świadczeń udzielanych przez zakład opiekuńczo-leczniczy,
- wykreślić wyraz „ oraz” przed wyrazem „produkty lecznicze”.

Art. 32 ust.3 - niepotrzebne ostatnie zdanie informujące " o zapewnieniu przejrzystości skierowania" o czym mowa wyżej, bowiem nie służy ono wyrażeniu normy prawnej. Ustawodawca posiada instrumenty prawne, za pomocą których precyzuje wymagane kryteria i nie musi zapowiadać wcześniej czemu to robi.

Art.39 ust.2 - wyrazy „Państwowe Ratownictwo Medyczne” powinny być użyte w dopełniaczu i w cudzysłowie.

Art. 46 ust.4 - brakuje literki „w” przed wyrazem „przypadku”.

Art.56 ust.3 - zbędne ostatnie zdanie od słów „ kierując się zasadą ograniczenia obowiązków informacyjnych kierownika” bowiem nie służy ono wyrażeniu normy prawnej,

Art. 61 ust.14 – zbędne ostatnie zdanie od słów „ kierując się zapewnieniem zasad przejrzystości...”, podobnie jak poprzednio nie ma potrzeby informowania o intencjach ustawodawcy, bowiem zdanie nie służy wyrażeniu normy prawnej.
W zapowiadany rozporządzeniu będą zawarte kryteria spełniające zasady przejrzystości i równości.

Art. 67 ust.2 - zbędne ostatnie zdanie od słów „ kierując się koniecznością zapewnienia odpowiedniej wiedzy i doświadczenia” ,podobnie jak poprzednio nie ma potrzeby informowania o intencjach ustawodawcy, bowiem zdanie nie służy wyrażeniu normy prawnej. Zbędna zapowiedź, czym będzie się kierował minister w konstrukcji dodatkowych wymagań dla kadry zarządzającej.

Art. 72 ust.1, pkt 1 – chyba powinno być „ wymagania określone w art. 67 ust.1 pkt 1”, pominięto „ust.1”

Art. 91 ust.5 - zamiast wyrazu” obowiązany” powinien być wyraz „zobowiązany”.

Art. 91 ust.7 - a co z wykreśleniem zakładu z Krajowego Rejestru Zakładów Opieki Zdrowotnej w oparciu o art. 109 ust.1 projektu

Art.101 ust.4 - zbędne ostatnie zdanie od słów “ mając na względzie konieczność ujednolicenia dokumentacji” podobnie jak poprzednio, bowiem zdanie nie służy wyrażeniu normy prawnej.

Art.104 ust.2 - w miejsce wyrazu "pracownia” powinno być „pracownika”.

Art. 108 pkt 3 - zbędne ostatnie zdanie od słów” kierując się koniecznością", podobnie jak poprzednio, bowiem zdanie nie służy wyrażeniu normy prawnej.

Art.14 - zbędne ostatnie podobnie w art. zdanie od słów” uwzględniając zapewnienie przejrzystości.....” ,podobnie jak poprzednio, bowiem zdanie nie służy wyrażeniu normy prawnej.

Art. 116 ust.5 - ostatnie zdanie zbędne z powodów jak wyżej.

Art. 117 ust.3 - wyrazy „ poczynione spostrzeżenia” zastąpić wyrazami „wyniki kontroli”,

Art. 117 ust.4 - w miejsce wyrazów „ wydawanie decyzji administracyjnych nakazujących” powinno być „ wydać decyzję administracyjną nakazującą”,

Art. 117 ust.5 - ostatnie zdanie zbędne z powodów jak wyżej , nie zawiera formy normatywnej.

Art. 119 ust.1 - w miejsce wyrazów „ działań zmierzających do zapewnienia dostępu” powinno być „ działań zapewniających dostęp”.

Szczecin 2008-01-28

Pan
Marek Hok
Członek Zarządu Województwa
Zachodniopomorskiego.

Dotyczy: projektu ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

Przygotowany projekt nowej ustawy o zakładach opieki zdrowotnej w przeważającej części dotyczy przekształcania szpitali w spółki prawa handlowego i przewiduje, że większościowy udział w szpitalach- -spółkach ma należeć do samorządów województw. Takiego prawa nie będą mieć powiaty i gminy, do których obecnie należy większość zakładów opieki zdrowotnej.

Z całą pewnością zmierza to do likwidacji części szpitali powiatowych. Stanowi to również ogromne ryzyko finansowe i organizacyjne dla samorządów województw. Nacisk ustawodawcy na prowadzenie szpitali w formie spółek prawa handlowego może stać się dla województw dużym obciążeniem finansowym i może się również okazać, że samorzady województw nie będą zainteresowane przekształceniem szpitali w spółki, bo nie będzie ich stać na spłatę ich długów.

Projekt ustawy nie precyzuje kompetencji organów uprawnionych do podejmowania określonych czynności wobec zozów. Ustawodawca posługuje się wyrażeniem „podmiot który utworzył zakład” – brak wyraźnego określenia który z organów samorządu województwa jest właściwy (zarząd czy sejmik) – np. przepisy o nadaniu statutu lub udzielaniu zgody na udostępnienie oddziału klinicznego (art. 24 ust. 2)

Ustawodawca nie precyzuje jakie dotacje może otrzymywać zoz – pisze się o „budżetowych” – jednakże w świetle ustawy o finansach publicznych taki rodzaj dotacji nie istnieje – są dotacje z budżetu (czyjego?) – zgodnie z najnowszym orzecznictwem zoz może otrzymywać dotacje celowe (obecny art. 55) .

Poprzednia ustawa, aczkolwiek, niedoskonała stworzyła pewne praktyki i ugruntowała orzecznictwo w określonych zagadnieniach. Nowe uregulowania zmierzają do przetransportowania przepisów Kodeksu spółek handlowych , jednakże tak „po swojemu” i wybiórczo.

Oceniając projekt ustawy pod kontem zachowania zasad wynikających z technik prawodawczych, należy zwrócić uwagę, iż ustawa jest nieczytelna poprzez wiele odwołań do innych przepisów. Należy podkreślić, iż zakres materii zawartej w jednym akcie prawnym jakim jest ustawa wydaje się zbyt szeroki – jest to swoiste Prawo o zakładach opieki zdrowotnej – gdyż wiele regulacji dotąd zawartych w odrębnych ustawach (Kodeks spółek handlowych, o zawodzie lekarza , udzielanie świadczeń zdrowotnych itp.) w części zostało doklejonych do nowego projektu.

Małgorzata Jurgiel

radca prawny

Projekt ustawy o zakładach opieki zdrowotnej – uwagi

1. Majątek szpitali powiatowych przejmie samorząd województwa. Powiaty boją się, że marszałek będzie inwestował w duże, wojewódzkie szpitale kosztem restrukturyzacji i ograniczania działalności tych mniejszych. Samorządowcy obawiają się masowej likwidacji placówek powiatowych. Samorządy wojewódzkie nie będą zainteresowane przekształceniem szpitali w spółki, bo nie będą ich stać na spłatę ich długów.
2. Każdy szpital będzie mógł funkcjonować w formie spółki prawa handlowego - spółki akcyjnej lub z ograniczoną odpowiedzialnością. Jednak zmiana formy organizacyjno-prawnej SP ZOZ nie będzie obligatoryjna. Szpitale nie będą mogły prowadzić spółki cywilne. Spółki cywilne stracą również prawo zakładania niepublicznych ZOZ-ów. Większość POZ będzie zmuszona do zmian.
3. Spółka prawa handlowego będzie musiała przejąć wszelkie zobowiązania przekształcanego SP ZOZ-u, w tym ewentualne zadłużenie starej jednostki. Grunty Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego mają być przekazywane spółkom na własność. Na własność spółki - nieodpłatnie - mają też przejść budynki i urządzenia użytkowane dotychczas przez szpital. Prawdziwa rewolta i hojna ręka rządu do samowolki gruntami i nieruchomościami (*może p. Sawicka na ławce w parku z agentem CBA miała rację, że niedługo zarobi krocie na zoz-ach*).
4. Według projektodawców szpital prowadzony w formie spółki powinien dysponować kapitałem zakładowym w wysokości minimalnie 5 mln zł. Ma to zagwarantować "powstawanie silnych finansowo podmiotów". Jego siłę na pewno osłabią wszystkie przejęte zobowiązania. Co z poręczeniami kredytów lub obligacjami?
5. W projekcie przewidziano, że minimalny udział Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego w spółce, która prowadzi publiczny zakład opieki zdrowotnej będzie wynosił 51%. Jeżeli wartość ta zmniejszy się, a tym samym organ władzy publicznej przestanie dysponować pakietem większościowym, wówczas szpital straci status zakładu publicznego. Natomiast w przypadku szpitali klinicznych proponuje się ustalenie wysokości udziału - publicznej uczelni medycznej - w spółce na poziomie minimalnie 75%. Według projektodawców zróżnicowanie ZOZ-ów w tym zakresie uzasadnione jest "szczególnym charakterem i znaczeniem szpitali klinicznych, które udzielają wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych, dysponują specjalistyczną aparaturą i sprzętem, a także doskonale wykwalifikowaną kadrą medyczną. Dodatkowo wykonują one zadania dydaktyczne, naukowe i badawcze". Jest to słabe uzasadnienie, bo wiele szpitali wojewódzkich ma lepszy status niż kliniczne, jedyna różnica to zadania dydaktyczno-naukowe.
6. Z dniem przekształcenia pracownicy SP ZOZ-u z mocy prawa staną się pracownikami spółki. Jednak stosunki pracy z tymi osobami będą wygasać w terminie 6 miesięcy od dnia przekształcenia, jeżeli nie zostaną z nimi nawiązane nowe stosunki pracy na dalszy okres. A gdzie programy osłonowe dla zwalnianych pracowników.

7. Zrezygnowano z powoływania w publicznym ZOZ rady społecznej. „Członkowie rady nie uczestniczą w podejmowaniu istotnych dla funkcjonowania zakładu decyzji, natomiast obowiązek uzyskania ich opinii w niektórych sprawach powoduje jedynie wydłużenie procedur postępowania” - słuszny kierunek, natomiast oszczędności nie będą tu znaczące.
8. Jeżeli zakład nie będzie w stanie we własnym zakresie pokryć ujemnego wyniku finansowego, wówczas zobowiązania finansowe placówki będzie mógł regulować podmiot, który utworzył ZOZ. Jednak tego typu wsparcie nie będzie mogło przeciągać się w czasie i trwać dłużej niż 6 miesięcy. Zgodnie z projektem zakład będzie zobligowany do opracowania programu naprawczego. Podmiot tworzący nie będzie mógł pokrywać ujemnego wyniku finansowego zakładu częściej niż raz na 3 lata. W tej chwili wiele zakładów czerpie korzyści finansowe od organu tworzącego bez żadnych ograniczeń.
9. Jeżeli ani zakład, ani organ założycielski nie będzie mógł pokryć ujemnego wyniku finansowego placówki, wówczas podmiot tworzący będzie zobowiązany zmienić formę zakładu lub go zlikwidować.
10. Szpital się przekształcił po wyrażeniu zgody przez pracowników. Nie odnotowano dotychczas problemów w tym zakresie, bowiem zachętą jest pozyskanie udziałów. Jednak kontraktowi pracownicy szpitali nie będą mieli prawa do bezpłatnych akcji spółek, co jest krzywdzące dla zdecydowanej większości pracowników.
11. W projekcie przewidziano również wprowadzenie obowiązku zawierania przez każdy zakład opieki zdrowotnej - niezależnie od tego, czy udziela świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych czy też na zasadach wyłącznie komercyjnych - umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej przez osoby udzielające tych świadczeń w zakładzie. Nawet minimalne kwoty ubezpieczenia będą poważnie obciążały budżet jednostek. Podobna sytuacja będzie w przypadku obowiązku posiadania systemu zarządzania jakością ISO.
12. Zdaniem większości prawników w żadnym przypadku nie należy wyprowadzać majątku szpitali (budynki i aparatura) poza jednostki samorządu, natomiast dobrym rozwiązaniem jest możliwość dzierżawienia tego majątku przez spółki prawa handlowego w celu zapewnienia ochrony zdrowia mieszkańców gminy, powiatu, województwa, kraju. Takie rozwiązanie gwarantuje, że budynki i aparatura nie zostaną nigdy zlicytowane przez komornika, natomiast spółki prawa handlowego nie będą mogły się zadłużać bo nikt im nie da niczego na kredyt. W razie bankructwa takiej spółki można szybko powołać nową i na bazie budynków i sprzętu, które przecież będą należały do samorządu kontynuować funkcjonowanie szpitala.
13. przejęcie nowych szpitali to wzrost zatrudnienia w administracji marszałka, w naszym przypadku będzie to jeszcze raz tyle łóżek szpitalnych.

14. skoro marszałek ma mieć tylko szpitale to co z zakładami ambulatoryjnymi, wompami i ratownictwem medycznym?
15. za mało jest info temat skierowań do ZOL, od lat to marszałek wydaje decyzje, nie ma definicji lekarza leczącego, a w zamian ustawa podaje lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, potrzeba więcej szczegółów.
16. realizacja art. 68 konstytucji RP poprzez odpowiednie rozmieszczenie terytorialne zoz, w jaki sposób i jakimi kryteriami lub wskaźnikami.
17. nowe rozporządzenie o dostosowaniu fachowo-sanitarnym, czy wydłuży się również czas dostosowania dla zoz do tychże wymogów.
18. ujednoczony plan kont/rachunek kosztów dla wszystkich zoz, nie będziemy musieli wprowadzać naszego wewnętrznego planu kont.

Sp. Dorota Łabinowicz

28.01.2008 r.

Sergiusz Karpiński
Tel. 516 069 166
Mail: serkar@31.pl

Art. 2 pkt 2 (działalność gospodarcza polegająca na realizacji zadań dydaktycznych i badawczych). Nie wydaje się aby właściwe było narzucenie zoz-om jako głównego obowiązku prowadzenia działalności gospodarczej, a już szczególnie poprzez dydaktykę i badania naukowe.

Art. 3 ust. 3 (słowniczek):

pkt 2 (określenie likwidacji) Dlaczego wprowadza się definicję pojęcia „likwidacja”, a nie ma definicji „przekształcenia”?

pkt 3 (definicja niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej) Definiuje się nzoż poprzez określenie rodzaju podmiotu, który go utworzył, przy czym przywołany przepis określa formy prowadzenia działalności z zakresu ochrony zdrowia przez niektóre podmioty prawa handlowego. Nie jestem pewien, czy podane formy wyczerpują pełen asortyment podmiotów.

pkt 6 (definicja publicznego zakładu opieki zdrowotnej) Uwagi podobne do powyższych, przy czym w obu przypadkach przymiotnik „publiczny” lub „niepubliczny” zoz odnosi się do cech organu założycielskiego, a nie do samego zoz-u.

Art. 4 (zasady prowadzenia kształcenia i dokształcania kadr medycznych) Może zamiast odwoływać się do „odrębnych przepisów” po prostu przywołać te przepisy?

Art.5 ust. 1. (nakaz użycia w nazwie określenia „zakład opieki zdrowotnej”) Wydaje się, że w zupełności wystarczyłoby użycie w nazwie określenia opisującego rodzaj zoz-u, przy zastrzeżeniu, że nazwy te przysługują zoz-om spełniającym warunki niezbędne do zakwalifikowania do danej grupy zoz-ów.

Art. 6 (nakaz udzielenia pomocy medycznej) Zbyt ogólne przywołanie przepisów o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

Art. 9 ust. 6. (wyłączność samorządu wojewódzkiego na prowadzenie szpitala) Przepis absolutnie nietrafny, gdyż musiałby dotyczyć wyłącznie nieprzekształconych szpitali (spzoz-ów i jednostek budżetowych), a więc chyba najgorszych. Jeżeli z tego przepisu miałyby wynikać obowiązki przekazania województwom także spółek miejskich i powiatowych prowadzących szpitale, to napotka to zdecydowany opór dotychczasowych właścicieli. Poza tym co zrobić w przypadku, gdy spółka prowadzi nie tylko szpital, ale i inne formy jednostek udzielających świadczeń zdrowotnych? Czy trzeba je będzie wydzielić? Istotą przekształcenia spzoz-u w spółkę winna być możliwość dzielenia się własnością i odpowiedzialnością. Nic nie stoi na przeszkodzie, by część udziałów lub akcji szpitala wojewódzkiego na terenie miasta została wykupiona przez to miasto, by miasto miało możliwość dokapitalizowania tego szpitala, by wreszcie mogło także uczestniczyć w podejmowaniu przez szpital najistotniejszych decyzji.

Art. 11 ust 1 (co nie w ustawie, to w statucie) Wystarczyłoby napisać, że statut podstawą działalności zoz-u jest jego statut. Tym bardziej, że w kolejnych ustępach określa się zakres spraw regulowanych przez statut.

ust. 3 i 4 (definiowanie systemu ordynatorskiego i konsultanckiego) Definicje tych systemów powinny być przeniesione do odrębnych przepisów, bo tak naprawdę nie mają nic wspólnego z materią statutową.

Art. 13 ust. 2 pkt 2 (nakaz umieszczenia w regulaminie porządkowym organizacji zoz-u) Wymóg umieszczenia w regulaminie „zakresu czynności osób udzielających świadczeń zdrowotnych” jest chyba zbyt dużym uszczegółowieniem. Przecież w dużych jednostkach są to setki osób!

Art. 14 ust. 1. (nakaz ustalenia planu ewakuacji) Należy zmienić szyk: „Kierownik zakładu opieki zdrowotnej, z wyjątkiem przychodni liczącej do 6 gabinetów (...)”

ust. 3 (aktualizacja) Czy rzeczywiście niezbędna jest coroczna aktualizacja takiego planu?

Art. 15 – 17 (zamówienia na świadczenia zdrowotne) Bardzo szczegółowo opisuje się tryb udzielenia zamówienia, choć jednocześnie upoważnia się (art. 16 ust. 3) ministra zdrowia do wydania rozporządzenia w tej sprawie. W art. 17 ust. 6 ponownie upoważnia się ministra finansów do wydania tego samego rozporządzenia, co w art. 8 ust. 3.

Art. 20 (wymóg posiadania apteki szpitalnej) Nie wiem, czy „posiadanie” 150 łóżek jest kategorią prawną, czy nie powinno być „zgłoszonych w rejestrze” lub w innym dokumencie prawnym.

Art. 29 ust. 1. (czasowe zaprzestanie działalności) Objęcie tym zapisem wszystkich, a więc także nieudzielających świadczeń medycznych, jednostek i komórek organizacyjnych szpitala jest chyba nieuzasadnione. Na czasowe zamknięcie np. kuchni szpitalnej, przy zapewnieniu żywienia dla pacjentów zgoda wojewody byłaby przesadą.

Art. 31 (definicje zakładu opiekuńczo-leczniczego i pielęgnacyjno-opiekuńczego) Wydaje się, że definicje obu form winny być zapisane w odrębnych przepisach (artykułach).

Art. 36 (rozporządzenie o wyposażeniu pomieszczeń) Zapewnienie „poszanowania praw pacjenta” winno wynikać z przepisów ustawy o prawach pacjenta.

Art. 46 ust.2 (informowanie o przejściu udziału) Czym różni się „część udziału” od „ułamkowej części udziału”?

ust. 4 (zarząd spółki jako kierownik zakładu) Oba zdania tego ustępu stanowią odrębne przepisy i winny być ujęte w różnych ustępach.

ust. 5 i dalsze (kapitał zakładowy spółki) Odwołanie się do ust. 2 jest nieprecyzyjne, gdyż mowa tam, w różnych kontekstach, o dwóch rodzajach spółek.

ust. 10 – po słowie „jest” należy wstawić przecinek.

Art. 48 ust. 1. (minima kapitałów zakładowych) Z przepisu tego nie wynika możliwość obejmowania udziałów lub akcji innej jednostki samorządu terytorialnego. Czy w przypadku spółki, w której po 50% udziałów miałyby województwo i miasto, na terenie którego spółka działa spełniony byłby warunek przepisu? Czy w przypadku spółki, w której 60% udziałów miałyby uczelnia medyczna, a po 20% województwo i miasto, na Terenia których spółka działa, byłaby to sytuacja niedopuszczalna? Pytania te rodzą się w świetle ust. 5, w którym wyróżnia się spółki jednoosobowe.

ust. 3. (zgoda ministra na przekształcenie) Proponuję brzmienie: „Uchwała senatu i zarządzenie dyrektora, o których mowa w ust. 2, w sprawie likwidacji lub ograniczenia zakresu udzielanych przez zakład świadczeń zdrowotnych wymaga (...)”. Kwestia „istotne ograniczenie” jest nieprecyzyjna i może budzić kontrowersje.

ust. 4 (następstwa braku zgody ministra) Czy to oznacza, że w przypadku nieudzielenia zgody na ograniczenia działalności minister przejmuje finansowanie zakładu?

ust. 5 (opinia wojewody) Proponuje zapisać ten przepis bezpośrednio po ust. 1 albo wraz z ust. 1 zapisać jako odrębny artykuł.

Art. 52 ust. 2 (przekształcenia spółek) Czy naprawdę chodzi o to, że spółki mogą się łączyć, ale nie mogą się dzielić (z wcześniejszych przepisów wynika, że nie mogą tworzyć spółek-córek)?

Art. 55 ust. 4 (zgoda organu założycielskiego na przekształcenie) Czy nie należałoby zapisać, że nierozpatrzenie wniosku w terminie 30 dni oznacza zgodę?

ust. 5 (doręczenie kwestionariusza) Proponuje zamiast „doręczyć” wpisać „złożyć”.

Art. 56 (kwestionariusz) Przepisy tego artykułu, wraz z ust. 5 poprzedniego powinny stanowić odrębny przepis dotyczący w całości kwestionariusza. Ustępy 6 – 8 poprzedniego artykułu powinny następować po nim.

Art. 58 ust. 5 (dzień wydania decyzji) Zamiast „wydawana jest w dniu poprzedzającym dzień przekształcenia” wpisać „wydawana jest nie później niż w dniu poprzedzającym dzień przekształcenia”. Obecny zapis oznacza, że decyzja musi zapaść dokładnie ostatniego dnia miesiąca, w którym wpisano spółkę do rejestru przedsiębiorców, co nie zawsze może być wykonalne.

Art. 59 ust 3 zdanie drugie (powołanie pierwszego zarządu) Z przepisu wynika, że zarząd spółki jest jednoosobowy. Czy takie są rzeczywiste intencje ustawodawcy?

Art. 64 ust. 1 pkt 2 (wpis do rejestru) po określeniu „w rejestrze,” należy dodać: „o którym mowa w art.109,”.

Art. 67 ust. 1 (kwalifikacje kierownika) Proponuję pkt 1 przenieść na koniec zestawu wymagań.

ust. 2 (upoważnienie dla ministra zdrowia) przecinek występujący po słowie „zdrowia” należy przenieść za słowo „określi”.

Art. 72 (odwołanie kierownika) Każda próba enumeratywnego wypisania okoliczności pozwalających na odwołanie kierownika zoz-u narażona jest na konflikt z rzeczywistością. Wśród wymienionych przypadków brakuje np. wniosku kierownika bądź osiągnięcia przez niego wieku emerytalnego.

Art. 73 ust. 1 (członek zarządu) Przepis oderwany od zakładów opieki zdrowotnej. Nieuzasadniony, jeżeli nie występuje w Kodeksie spółek handlowych.

ust. 3 (kierownik medyczny) Po raz pierwszy pojawia się termin „kierownik medyczny” nie wyjaśniając jego charakteru.

Art. 74 ust. 2 (powierzenie zarządzania) Wprowadzenie punktu drugiego uważam za zbędne. Trudno mi sobie wyobrazić sytuację, gdy załoga będzie chciała zarządcy. A jeśli nawet, to i w tym przypadku podmiot tworzący może przejąć inicjatywę wprowadzenia zarządu. W trakcie prac nad projektem mogą padać pytania dlaczego, jeżeli wolę taką wyrazi podmiot tworzący, nikt nie pyta o zdanie załogi?

Art. 75 ust. 2 (powołanie kierownika medycznego) W zoz-ie oddanym w zarząd powołuje się kierownika medycznego, przy czym w dalszym ciągu nie wiadomo nic o jego kompetencjach.

ust. 3 (kto powołuje kierownika medycznego) Mimo, że kierownika medycznego powołuje się w każdym zoz-ie oddanym w zarząd, to powołuje go podmiot, który utworzył wyłącznie publiczny zoz. Coś tu nie gra.

Art. 76 (kierownik medyczny) Co oznacza „zarządzanie zakładem pod względem diagnostyczno-lecznym” w oderwaniu od „zwykłego” zarządzania? Jaki jest stopień podległości kierownika medycznego i kierownika?

Art. 77 ust. 1 (rozwiązanie umowy o zarządzanie) Co oznacza określenie „w sposób istotny”? Czy można naruszyć umowę w sposób nieistotny? Czy podane przypadki dotyczą także sytuacji, w której zarządcą jest osoba prawna?

Art. 78 ust. 2 (wspólny zarządca zakładów różnych właścicieli) Na czym miałyby polegać porozumienie właścicieli o wspólnym zarządcy? W jaki sposób takie porozumienie odnosiłoby się do umów o zarządzanie zawarte (niezależnie) z poszczególnymi podmiotami?

Art. 84 ust. 5 (zgoda na obciążenie praw do nieruchomości) Przepis w zdaniu drugim odwołuje się do zgody, o której mowa w ust. 1, choć ustęp ten nie mówi nic o jakiegokolwiek zgodzie.

Art. 89 (zakaz prowadzenia działalności konkurencyjnej) dlaczego z aktualnego brzmienia art. 1 ust. 5 ustawy o zoz-ach skreślono „inne podmioty”? Czy zapis ten wyczerpują pozostałe punkty 1 – 3?

Art. 90 ust. 2 (podział zysku) Czy zapis o przeznaczeniu zysku wyłącznie na działalność statutową nie koliduje z prawem spółek handlowych, z „obdarowywaniem” udziałami lub akcjami pracowników? Jeżeli w spzoz-ach można było dowolnie decydować o podziale zysku, to dlaczego takie ograniczenia nakłada się na spółki?

Art. 94- 107 (doskonalenie zawodowe, w tym specjalizacja) Nie jestem pewien, czy ustawa o zoz-ach jest najwłaściwszym miejscem do regulowania kwestii doskonalenia zawodowego osób wykonujących zawody medyczne.

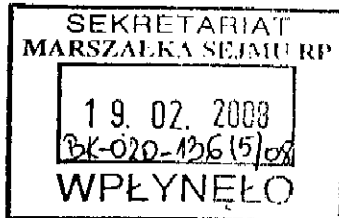
SOLIDARNOŚĆ

Komisja Krajowa

80-855 Gdańsk, ul. Wały Piastowskie 24
tel. (58) 308-4480, (58) 308-4311, fax (58) 308-4219
sekprz@solidarnosc.org.pl

Ldż 3P/357/08

Gdańsk, 19 lutego 2008 r.



Szanowny Pan
Bronisław Komorowski
Marszałek Sejmu RP

Szanowny Panie Marszałku

W załączeniu przesyłam decyzję Prezydium Komisji Krajowej NSZZ „Solidarność” nr 25/08 przyjętą na posiedzeniu w dniu 18 lutego 2008 r. z prośbą o uwzględnienie jej podczas prac Rządu RP.

Z poważaniem

SEKRETARZ
KK NSZZ „Solidarność”
Jacek Rybicki
Jacek Rybicki

Decyzja
Prezydium KK

nr 25/08

ws. opinii o poselskim(PO) projekcie ustawy o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw
pacjenta oraz Rzecznika Praw Pacjenta

Prezydium Komisji Krajowej NSZZ „Solidarność” dostrzega potrzebę uporządkowania zbioru praw pacjenta. Uważa jednak, że aby mogły one być w pełni respektowane, musi poprawić się dostępność do świadczeń medycznych, a zmiany w organizacji pracy oraz unormowanie zasad wynagradzania personelu medycznego są niezbędne.

Inicjatywę powołania Rzecznika Praw Pacjenta oceniamy pozytywnie, ponieważ jest odpowiedzią na postulaty organizacji reprezentujących środowisko pacjentów, które od wielu lat domagają się powołania takiej instytucji.

Nie należy także zapominać o publicznej polityce zdrowotnej państwa, której celem powinno być podnoszenie świadomości pacjentów i personelu medycznego na temat profilaktyki medycznej i praw pacjentów.

Nie możemy pominąć faktu, że system edukacji w dziedzinie prawa medycznego oraz etyki, zarówno na poziomie wyższym, średnim i już w samym miejscu pracy, jest niedoskonały.

Naszym zdaniem tylko wielokierunkowe działania mogą doprowadzić do ograniczenia procesów sądowych w relacjach pacjent- personel medyczny- zakład opieki zdrowotnej, co będzie miało pozytywny wpływ na wzrost zaufania oraz przyniesie pozytywne skutki finansowe dla systemu.

Uwagi szczegółowe:

1. Brak ustawy wprowadzającej lub przepisów przejściowych utrudnia ocenę czy pełny katalog praw aktualnie obowiązujących znalazł się w projekcie
2. Watpliwości budzi tytuł ustawy między innymi ze względu na brak definicji indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta

Art.3

Słowniczek pojęć jest niekompletny :

- nie ma definicji indywidualnych praw pacjenta oraz zbiorowych praw pacjenta
- projektodawca w pkt 4) i 5) odsyła do definicji zawartych w nieistniejących ustawach, a uzasadnienie nie zawiera definicji chociażby przywołującej treść z projektowanej ustawy.

Art. 4

ust.1

- pkt1) wątpliwości budzi wprowadzenie instytucji dodatkowej opieki pielęgnacyjnej z uwagi na brak określenia charakteru tej opieki, ponieważ może mieć ona wpływ na przebieg leczenia. Wskazanie definicji dodatkowej opieki pielęgnacyjnej pozwoliłoby określić: czy ma być to fachowa opieka pielęgnacyjna, czy też opieka w potocznym słowa znaczeniu – osób bliskich choremu.

ust.5

- zdanie – „uwzględniając zapewnienie właściwej realizacji prawa pacjenta, o którym mowa w ust. 1pkt 4” należy wykreślić.

Art.5

- ust.2.obowiązek ponoszenia kosztów realizacji prawa, o którym mowa w art. 4 ust 1 pkt. 1 i 2 jest niejednoznaczny i może rodzić uzasadnione wątpliwości, które koszty zakwalifikować do tzw. opłaty rekompensacyjnej oraz czy domaganie się zwrotu poniesionych kosztów od pacjenta jest właściwe.

Art.11

- ust.2 niewłaściwa forma rzeczownika: Pacjenta, powinno być: Pacjent
- ust.3 należałoby rozważyć czy lepszym rozwiązaniem nie byłoby nałożenie obowiązku wskazania możliwości uzyskania świadczenia zdrowotnego u innego podmiotu, również przez zakład opieki zdrowotnej, w którym lekarz pracuje. Niejasne jest czy projektodawca wskazując na inny podmiot udzielający świadczenia medycznego miał na myśli innego lekarza pracującego w danym zoz czy odrębny zoz.

Art.13 i 14

Obecnie w niektórych oddziałach szpitalnych obowiązuje praktyka przekazywania pacjentom pełnej informacji pisemnej o jego prawach i obowiązkach za potwierdzeniem. Wydaje się, że rozszerzenie tej praktyki byłoby celowe, co powinno znaleźć się w treści tego przepisu.

Art.15 ust.3

Jest uzasadnione aby dokonać zmiany zapisu tego ustępu poprzez rozszerzenie na inne osoby o których mowa w ust. 1. respektowania woli pacjenta- nie udzielania informacji innym osobom, chyba , że on wyrazi na to zgodę.

Art.19 brzmi :

Pacjent ma prawo do wyrażania zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych.

Natomiast w Art. 20 pomija się słowo: określonych.

Wątpliwości budzi więc co oznacza wyrażenie określone świadczenia zdrowotne. (wynikające z uzyskanych informacji, nazwane, itp.?).

W art. 18 również jest mowa tylko o świadczeniu zdrowotnym.

Art. 19 wskazuje na prawo pacjenta do wyrażenia zgody, natomiast art. 20.1 mówi o wymogu uzyskania zgody pacjenta. Niejasne jest powiązanie pomiędzy art. 19 i art. 20.1, tzn. sformułowania obu przepisów w sensie prawnym oznaczają przyznanie pacjentowi prawa do wyrażenia zgody. Art. 19 i 20 mogą być połączone w jeden przepis.

Art. 21 ust. 1 i art. 22 ust. 1

Należałoby rozważyć wyjaśnienie terminu: wykonania zabiegu operacyjnego lub innej procedury medycznej ze środków publicznych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjentów bez odesłania do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Ustawa powinna być czytelna ograniczając wątpliwości interpretacyjne.

Art. 28 ust. 2

Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych powinien mieć obowiązek uzyskać zgodę pacjenta na udostępnienie dokumentacji medycznej lub obowiązek poinformowania go o zamiarze udostępnienia

Rozdział 8 projektu poświęcony jest prawu pacjenta do zgłoszenia sprzeciwu od orzeczenia lekarza.

Z treści regulacji nie wynika czy sprzeciw ten ma charakter kasatoryjny (wydaje się, że nie) i czy ma charakter suspensywny (kwestia istotna z uwagi na konieczność w niektórych przypadkach podjęcia akcji leczniczej). Uznanie suspensywnego charakteru decyzji oznaczałoby zawieszenie procesu leczenia do czasu podjęcia decyzji przez Komisję lekarską. Czy taka intencja rzeczywiście przyświecała projektodawcy?

Jeśli wprowadza się procedurę odwoławczą (Komisja Lekarska) konieczne jest określenie terminów dla dokonania poszczególnych czynności odwoławczych, czy sprzeciw ma być wniesiony niezwłocznie, natychmiast czy po upływie 2, 7 dni. Czy termin ten ma mieć charakter instrukcyjny, zawity czy prekluzyjny? Czy sprzeciw ma być wniesiony pisemnie czy ustnie?

Rozdział 9 projektu powołuje i reguluje funkcjonowanie Rzecznika Praw Pacjenta.

Art. 39 ust. 4

Należałoby dodać, że na takich samych warunkach pracy i płacy.

Art. 41 ust. 1

Brak jest wskazania jaki skutek prawny ma wywołać wniosek i kto ma prawo go wnieść. Czy wniosek jest wiążący i oznacza żądanie podjęcia określonego działania przez Rzecznika?

Zobowiązuje Rzecznika do rozpatrzenia i ewentualnie uwzględnienia lub odrzucenia? Czy też stanowi jedynie impuls o charakterze informacyjnym do podjęcia działań w ramach własnej inicjatywy?

Art. 42 ust. 1

Powstaje pytanie czy Rzecznik będzie występował w roli oskarżyciela posiłkowego ubocznego czy też jako oskarżyciel posiłkowy subsydiarny?

Wydaje się nie uzasadnionym, biorąc pod uwagę charakter instytucji Rzecznika Praw Pacjenta, aby pełnił on rolę oskarżyciela posiłkowego, a także wszczynał postępowania w sprawach cywilnych. (biorąc pod uwagę także możliwości organizacyjne i finansowe)

Jednocześnie zastanowienia wymaga stworzenie możliwości wnoszenia przez Rzecznika kasacji w sprawach cywilnych i karnych z zakresu praw pacjenta.

Powołanie Rzecznika Praw Pacjenta jako instytucji centralnej rodzi pytanie o dalsze funkcjonowanie rzeczników: w strukturach NFZ, szpitalach psychiatrycznych, resorcie zdrowia (czy nastąpi podział zadań i kompetencji?)

Art.44

Należałoby uzupełnić listę o organizacje społeczne i zawodowe.

Rozdział 10 poświęcony jest postępowaniu w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów.

Art.49 ust.1

Jest niejasny, niezrozumiały z uwagi na brak definicji zbiorowych praw pacjenta.

Art. 51 błędnie odsyła do art.47 ust 1. a przesłanki, o których mowa w art. 49 ust 1. są nieczytelne

Art.56

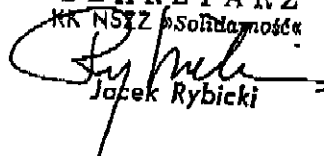
Konieczne jest wskazanie trybu odwoławczego oraz za co kara jest wymierzana.

Gdańsk, 18 lutego 2008 r.

Prezydium KK

NSZZ „Solidarność”

SEKRETARZ
KK NSZZ „Solidarność”


Jacek Rybicki



Lewiatan

member of **BUSINESSEUROPE**

PKPP/91/KT/2008

Warszawa, 21 lutego 2008 r.

Pan Lech CZAPLA
Zastępca Szefa Kancelarii Sejmu

Szanowny Panie Ministrze,

W odpowiedzi na pismo PS - 28 / 08, które wpłynęło do Polskiej Konfederacji Pracodawców Prywatnych Lewiatan przesyłamy w załączeniu opinię do projektu ustawy o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta oraz o Rzeczniku Praw Pacjenta.

Z poważaniem,

Henryka Bochniarz
Prezydent
Polska Konfederacja Pracodawców Prywatnych Lewiatan

Do wiadomości:

Ewa Kopacz – Minister Zdrowia
Michał Boni – Sekretarz Stanu, Kancelaria Prezesa Rady Ministrów

WYDZIAŁ PREZYDIALNY

L.dz. 25.02.2008

Opinia Polskiej Konfederacji Pracodawców Prywatnych Lewiatan do projektu ustawy o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta oraz o Rzeczniku Praw Pacjenta

Zdaniem Polskiej Konfederacji Pracodawców Prywatnych Lewiatan wbrew zapisom zawartym w uzasadnieniu opiniowanego projektu przedstawiona regulacja nie jest kompletnym zestawieniem praw pacjenta. Pominęto w niej, np. prawa związane z uczestnictwem w eksperymentach medycznych, prawa pacjenta związane z transplantacją organów.

Wprowadzając w opiniowanym projekcie pojęcie pacjenta jako osoby korzystającej ze świadczeń odróżniono prawa pacjenta od praw osoby objętej powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym, która jednocześnie korzysta ze świadczeń z opieki zdrowotnej. Uważamy, że proponowane rozwiązanie może w przyszłości rodzić wiele problemów. Na przykład prawo do korzystania ze szpitala w sytuacjach innych niż ratowanie życia, określone w ustawie o finansowaniu świadczeń jako prawo ubezpieczonego, ale realizowane ze skierowaniem lekarza, nie jest prawem pacjenta w myśl opiniowanego projektu. W efekcie mogłoby to oznaczać, że osoba, która korzysta ze świadczeń ambulatoryjnych, gdzie wydaje się stosowne skierowanie, nie jest w tym momencie pacjentem.

W projekcie podjęto też próbę rozróżnienia praw pacjenta i praw osoby objętej powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym (praw należnych z tytułu ubezpieczenia), gdy tymczasem w praktyce takie rozróżnienie jest bardzo trudne. Może to rodzić wiele nieporozumień i wbrew intencjom projektodawców wcale nie poprawi pozycji pacjenta w systemie ochrony zdrowia.

Uwagi szczegółowe

art. 4 ust. 3

PKPP Lewiatan uważa, iż w artykule tym brakuje doprecyzowania sformułowania „upoważniony lekarz”. Brakuje np. informacji o tym kto i w jakim trybie upoważnia takiego lekarza do ograniczania praw pacjenta.

WYDZIAŁ PREZYDIALNY

art. 8 ust. 2

Zdaniem PKPP Lewiatan, obecny zapis nie jest właściwy, gdyż nie zawiera informacji o tym, jak i z czyich środków zostanie sfinansowany proces uzyskiwania opinii innej osoby wykonującej zawód medyczny, czy też proces opiniowania przez konsylium lekarskie. Podane w tym artykule prawo pacjenta do żądania zasięgnięcia opinii innej osoby wykonującej zawód medyczny bez określenia źródeł i procedury sfinansowania takiego prawa, byłoby prawem niemożliwym do egzekwowania. Ponadto obecny zapis nie reguluje jakie osoby mogą wydawać te opinie.

art. 17. ust. 2

Zdaniem PKPP Lewiatan należy uzupełnić zapis w taki sposób, aby ujawnianie danych dla celów praktycznej nauki zawodów, czy też dla celów naukowych, odbywało się bez ujawnienia nazwiska i innych danych umożliwiających identyfikację osoby, czyli w sposób podobny do zapisanego w art. 28.

Ponadto uważamy, iż zakaz ujawniania informacji związanych z pacjentem powinien dotyczyć nie tylko osób udzielających świadczeń, ale również osób, które mają dostęp do danych związanych ze zdrowiem pacjenta.

W przypadku, gdyby dla celów naukowych, czy też dla praktycznej nauki zawodów medycznych ujawnianie danych musiało być związane z identyfikacją osoby, której te dane dotyczą, konieczne jest dodanie, że takie udostępnianie może być tylko za pisemną zgodą pacjenta.

Ponadto uważamy, że należy wprowadzić zapis mówiący o tym, że informacje związane z pacjentem mogą być udostępniane dla celów naukowych, ale tylko wtedy, gdy badania są z zakresu nauk medycznych.

Ponadto uważamy, że informacje związane ze zdrowiem pacjenta mogą być przekazywane innym osobom wykonującym zawód medyczny (ust. 2. pkt 4) tylko wtedy, gdy jest to niezbędne dla dalszego udzielania świadczeń. Zdaniem PKPP Lewiatan samo uczestniczenie w udzielaniu świadczeń nie jest wystarczającym argumentem uprawniającym do nierespektowania prawa pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych, a takie prawo zapisane jest w opiniowanym projekcie. Dlatego też koniecznym jest doprecyzowanie zapisu ust. 2 pkt 4 o konieczność wykazania, że te dane są potrzebne dla dalszego leczenia czy diagnozowania pacjenta, aby nie można było pominąć prawa do tajemnicy informacji.

art. 28 ust. 2

Zdaniem PKPP Lewiatan konieczne jest doprecyzowanie, o jakich organach władzy publicznej jest mowa w tym artykule oraz co to są "podmioty prowadzące rejestr usług medycznych". Ponadto uważamy, iż dokumentacja medyczna może być udostępniana dla potrzeb akredytacji tylko pod warunkiem, że nie zostaną ujawnione dane umożliwiające identyfikację pacjenta.

Uważamy, iż obecny zapis jest bardzo niebezpieczny dla pacjenta, ponieważ na jego podstawie wiele danych dotyczących zdrowia pacjenta może być ujawnianych różnym podmiotom bez zgody pacjenta i w sposób umożliwiający identyfikację osoby. Dlatego też koniecznym jest doprecyzowanie, iż dla przekazania tychże dokumentów niezbędna jest w określonych sytuacjach zgoda pacjenta, natomiast w innych - przekazywanie powinno następować w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta.

Zdaniem PKPP Lewiatan konieczne jest ponadto uzupełnienie zapisów o szczególnym trybie postępowania z danymi dotyczącymi wyników badań genetycznych. Przekazany do konsultacji społecznych projekt, który opiniujemy - nie zawiera takich przepisów.

art. 29 pkt. 3

Zdaniem PKPP Lewiatan w punkcie tym brakuje określenia organów, jakie są uprawnione do żądania udostępnienia oryginałów dokumentacji. W związku z tym niezbędnym jest jego uzupełnienie w tym zakresie.

Ponadto w przedłożonej do zaopiniowania wersji projektu zawarty jest zapis, mówiący o tym, że taki niedookreślony organ może żądać oryginałów dokumentów. Tymczasem nawet nie określono na jakiej podstawie może on zwrócić się z takim żądaniem.

art. 33

Zdaniem Polskiej Konfederacji Pracodawców Prywatnych Lewiatan zapisy dotyczące prawa pacjenta do wnoszenia sprzeciwu wobec rozpoznania wymagają takich zmian, aby nie powstała prawem dopuszczona możliwość masowego zaskarżania rozpoznań.

Poza powyższym zaproponowane w projekcie zapisy zdaniem PKPP Lewiatan są nieprecyzyjne, czego przykładem jest regulacja dotycząca nałożenia na Ministra do spraw zdrowia obowiązku określenia drogą rozporządzenia sposobu działania Komisji Lekarskiej, bez nałożenia obowiązku określenia sposobu finansowania prac takiej Komisji i nadzoru nad wydatkowaniem publicznych środków na jej prace.

Zdaniem PKPP Lewiatan, sam pomysł przyznania pacjentowi prawa wnoszenia sprzeciwu do Komisji Lekarskiej wobec orzeczenia lekarza wymaga ponownego rozważenia, gdyż może on być nadużywany przez osoby niezadowolone z zasadnego orzeczenia lekarskiego. Nadużywanie to w większej skali może powodować niepotrzebne wydatki budżetowe. Bardzo dyskusyjne jest nadanie pacjentowi praw wnoszenia sprzeciwu wobec orzeczenia lekarskiego, które to orzeczenie jest przecież wynikiem posiadania przez lekarzy wiedzy medycznej, której nie ma pacjent.

art. 42

Zdaniem PKPP Lewiatan w przedłożonym do opiniowania projekcie nie podano również jakie prawa przysługują Rzecznikowi Praw Pacjenta w przypadku, gdy bierze on udział w postępowaniu przed sądami w sprawach cywilnych ani na jakiej podstawie wszczynalby on postępowanie przed

sądem cywilnym. Ponadto, gdyby uprawnienia Rzecznika miały być takie, jak podano w art. 42, to koszty pracy takiego urzędu byłyby ogromne. Tymczasem w uzasadnieniu i w OSR podaje się, że nie byłoby istotnych skutków finansowych dla finansów publicznych z tytułu działania Rzecznika.

art. 43

Naszym zdaniem, przyznanie Rzecznikowi prawa do zwracania się do różnych podmiotów podanych w art. 43 o udostępnienie informacji zawierających dane osobowe, musi być uzależnione od posiadania przez niego zgody osoby, których te dane dotyczą.

art. 46 ust 1

Uważamy, że Rzecznik musiałby zarządzać ogromnym biurem i dysponować dużymi środkami publicznymi, aby przedstawiać Sejmowi uwagi o stanie przestrzegania praw pacjenta w taki sposób, aby z tych uwag mogły wynikać istotne wnioski dla polityki państwa. Gdy Rzecznik nie będzie posiadał takich środków, uwagi te będą zdawkowe, niewiele różniące się od danych na temat skarg składanych przez pacjentów. Uważamy, iż analiza skarg nie może być podstawą dla wniosków o przestrzeganiu praw pacjenta w Polsce.

art. 47

W związku z przyznaniem Rzecznikowi prawa do wydatkowania środków publicznych należałoby określić również zasady gospodarki finansowej tego urzędu albo wskazać, kto je ewentualnie ustali. Zdaniem PKPP Lewiatan niezasadnym wydaje się założenie, że zadania określone w tym projekcie są na tyle niewielkie, że nie ma powodów dla określania szczegółowych zasad gospodarowania przez Rzecznika środkami publicznymi.

Zakończenie

Zdaniem Polskiej Konfederacji Pracodawców Prywatnych Lewiatan przedstawiony projekt wymaga jeszcze wielu zmian. Przy czym nie tylko dotyczących kwestii wskazanych powyżej w odniesieniu do konkretnych artykułów, ale również dlatego, że powołując nowy organ, jakim miałby być Rzecznik Praw Pacjenta nie zmieniono uprawnień tych podmiotów, które już obecnie sprawami praw pacjenta zajmują się, a do podmiotów tych zaliczamy: Rzecznika Praw Obywatelskich, Biuro Praw Pacjenta przy Ministrze Zdrowia i Rzecznika Praw Pacjenta przy Prezesie Narodowego Funduszu Zdrowia.

Warszawa, 21 lutego 2008 r.

PKPP//KT/2008

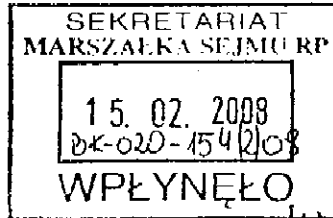


**PREZES
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ**
Konstanty Radziwiłł

NRL/ZRP/EJ/161-21/240 /2008

Warszawa, 2008.02.11

Pan
Bronisław Komorowski
Marszałek sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej



BK-020-136/14/08
BK-020-137/14/08

Szanowny Panie Marszałku,

Przekazuję w załączeniu stanowiska przyjęte przez Naczelną Radę Lekarską na posiedzeniu w dniu 8 lutego br. w sprawie poselskich projektów ustaw:

1. o zakładach opieki zdrowotnej,
2. o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta oraz o Rzeczniku Praw Pacjenta,
3. o dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych.

Pragnę podkreślić, iż Naczelna Rada Lekarska popiera zarówno proces przekształceń publicznych zakładów opieki zdrowotnej, jak również koncepcję dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, uznając, iż pozwoli to w niedługiej przyszłości w sposób zasadniczy zmienić sytuację w ochronie zdrowia, tj. zapewnić pacjentom jak najszerszą i najlepszą opiekę zdrowotną, a jednocześnie polepszyć sytuację finansową pracowników.

Jednakże zaproponowany tryb prac nad ww. projektami ustaw jest nie do przyjęcia. Projekty ustaw, tak istotnych z punktu widzenia obywateli, powinny być poddane jak najszerzym konsultacjom społecznym. Przyjęty tryb prac nad poselskimi projektami tego nie zapewni.

Za szerokimi konsultacjami przemawia także bardzo zła jakość merytorycznych rozwiązań i poziom legislacyjny projektów, bowiem istotą procesu uzgodnień jest uzyskanie jak najlepszej treści.

Przedstawiając powyższe uprzejmie proszę o uwzględnienie ww. stanowisk w toku dalszych prac

WYDZIAŁ PREZYDIALNY

L.dz.

Data wpływu *15.02.08r.*

*Z poważaniem
Konstanty Radziwiłł*

STANOWISKO Nr 2/08/V
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

z dnia 8 lutego 2008 r.

**w sprawie projektu ustawy o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw
pacjenta oraz o Rzeczniku Praw Pacjenta**

Naczelna Rada Lekarska po zapoznaniu się z poselskim projektem ustawy o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta oraz o Rzeczniku Praw Pacjenta, nadesłanym przy piśmie Zastępcy Szefa Kancelarii Sejmu z dnia 22 stycznia 2008 r., znak PS-28/08, z dezaprobatą przyjmuje fakt, że akt prawny o charakterze rozwiązania systemowego nie przechodzi przez rządowy proces legislacyjny, poprzedzony szerokimi konsultacjami. W znaczny sposób ogranicza to możliwość wpływania na jego ostateczny kształt zarówno instytucjom państwowym, jak zainteresowanym organizacjom i obywatelom. Może to również doprowadzić do uchwalenia kontrowersyjnej ustawy, która już w chwili wejścia w życie będzie wymagała licznych zmian. Niezależnie od tego, Rada bardzo krytycznie ocenia merytoryczną zawartość projektu ustawy.

Naczelna Rada Lekarska potwierdza, że w Polsce nie ma jednego aktu prawnego będącego zbiorem praw pacjentów. Są one zapisane w kilku aktach prawnych, między innymi w przepisach: Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, ustawy z dnia 26 października 1995 r. o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej oraz ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, ustawie o diagnostyce laboratoryjnej z dnia 27 lipca 2001 r., a także w wielu innych aktach prawnych.

Rada przypomina, że znaczna część tych przepisów wcześniej została zapisana w Kodeksie Etyki Lekarskiej uchwalonym przez II Krajowy Zjazd Lekarzy w 1991 r.; świadczy to najlepiej o zrozumieniu problematyki praw pacjenta w



środowisku lekarskim.

Wśród podstawowych praw pacjenta znajdują się takie prawa jak:

1. Prawo do ochrony zdrowia.
2. Prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej, opartej na dostępnych metodach i środkach zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, wykonywanych przez lekarzy, lekarzy dentyków, pielęgniarki, położne oraz diagnostów laboratoryjnych z należytą starannością i zgodnie z zasadami etyki zawodowej, a w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń - do korzystania z rzetelnej, opartej na kryteriach medycznych jawnej procedury ustalającej kolejność dostępu do świadczeń.
3. Prawo do natychmiastowej pomocy medycznej w zakładach opieki zdrowotnej (zoz), w sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia.
4. Prawo do intymności i poszanowania godności osobistej w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych.
5. Prawo do umierania w spokoju i godności.
6. Prawo (pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego) do uzyskania przystępnej informacji od lekarza/lekarza dentystry o: swoim stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia, rokowaniu. Lekarz/lekarz dentysta może być zwolniony z tego obowiązku wyłącznie na żądanie pacjenta. Może on udzielać powyższych informacji, innym osobom tylko za zgodą pacjenta.
7. Prawo do wyrażania zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenia innych świadczeń zdrowotnych, po uzyskaniu od lekarza/lekarza dentystry odpowiedniej informacji. Jeżeli obowiązujące przepisy prawa nie stanowią inaczej, zgoda pacjenta może być wyrażona ustnie albo nawet poprzez takie jego zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza/lekarza dentystrę czynnościom medycznym.
8. Prawo do wyrażenia w formie pisemnej zgody na zabieg operacyjny albo na zastosowanie metody leczenia lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko.

9. Prawo do wyrażenia w formie pisemnej zgody (w przypadku niemożności wyrażenia jej w taki sposób, zgody ustnie złożonej w obecności dwóch świadków) na uczestnictwo w eksperymencie medycznym po uprzednim uzyskaniu informacji: o celach, sposobach i warunkach przeprowadzenia eksperymentu, spodziewanych korzyściach leczniczych lub poznawczych, ryzyku oraz o możliwości odstąpienia od udziału w eksperymencie, w każdym jego stadium. W przypadku gdyby natychmiastowe przerwanie eksperymentu mogło spowodować niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia jego uczestnika, lekarz/lekarz dentyista obowiązany jest pacjenta o tym poinformować.
10. Prawo do wyrażenia dobrowolnie świadomej zgody w formie pisemnej na uczestnictwo w badaniu klinicznym (w przypadku niemożności wyrażenia jej w taki sposób, zgody ustnie złożonej w obecności co najmniej dwóch świadków), po wcześniejszym przekazaniu informacji dotyczących istoty, znaczenia, skutków i ryzyka związanego z badaniem klinicznym. Uczestnik badania klinicznego może w każdej chwili wycofać się z badania klinicznego.
11. Prawo do wyrażenia sprzeciwu na pobranie po śmierci komórek, tkanek i narządów oraz cofnięcia tego sprzeciwu w każdym czasie.
12. Prawo do pomieszczenia i wyżywienia odpowiednich do stanu zdrowia pacjenta w zoz-ach przeznaczonych dla osób wymagających całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych.
13. Prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej sprawowanej przez osobę bliską lub inną osobę wskazaną przez pacjenta w zoz-ach.
14. Prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z osobami z zewnątrz w zoz-ach (kontakt osobisty może zostać ograniczony w przypadku zagrożenia epidemicznego lub ze względu na warunki przebywania innych osób chorych w szpitalu).
15. Prawo do opieki duszpasterskiej w zoz-ach.
16. Prawo do wskazania osoby lub instytucji, którą zoz obowiązany jest niezwłocznie powiadomić w razie pogorszenia się stanu zdrowia powodującego zagrożenie życia lub w razie śmierci.
17. Prawo do wypisania ze szpitala, gdy stan zdrowia nie wymaga dalszego leczenia w szpitalu bądź na własne żądanie - w takiej sytuacji pacjent ma prawo do informacji o możliwych następstwach zaprzestania leczenia w szpitalu. Przy wypisie pacjent ma prawo do otrzymania oryginału oraz jednej



kopii karty informacyjnej leczenia szpitalnego z podaniem rozpoznania w języku polskim.

18. Prawo do wyrażenia osobiście lub przez przedstawiciela ustawowego sprzeciwu wobec sekcji zwłok w zoz-ach.
19. Prawo do dostępu do dokumentacji medycznej na wniosek pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego lub osoby przez niego upoważnionej, a w razie śmierci - osoby przez pacjenta upoważnionej do uzyskania dokumentacji w przypadku jego zgonu w formie m.in.: wglądu w zoz-ie lub poprzez odpłatne sporządzenie jej wyciągów, odpisów, kopii.
20. Prawo do ochrony danych zawartych w dokumentacji medycznej oraz innych związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.
21. Prawo do zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem uzyskanych przez personel medyczny w związku z wykonywaniem zawodu z uwzględnieniem wyjątków przewidzianych w przepisach prawa.
22. Prawo do przechowywania wartościowych rzeczy w depozycie zoz-ów przeznaczonych dla osób wymagających całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych.
23. Prawo do uzyskania od lekarza/lekarza dentysty informacji o realnej możliwości uzyskania świadczenia zdrowotnego u innego lekarza/lekarza dentysty lub w zoz-ie, jeżeli lekarz/lekarz dentysta odmówił udzielenia świadczenia.
24. Prawo do otrzymania od farmaceuty w przypadku nagłego zagrożenia zdrowia lub życia bez recepty lekarskiej produktu leczniczego zastrzeżonego do wydawania na receptę w najmniejszym terapeutycznym opakowaniu z wyłączeniem środków odurzających, substancji psychotropowych i prekursorów grupy I-R.
25. Prawo do dostępu do informacji o prawach pacjenta w zoz-ie. Pielęgniarka, położna ma obowiązek poinformować pacjenta o jego prawach.
26. Prawo do złożenia skargi na lekarza i lekarza dentystę do rzecznika odpowiedzialności zawodowej (roz) przy właściwej izbie lekarskiej w przypadku podejrzenia postępowania sprzecznego z zasadami etyki i deontologii zawodowej oraz za naruszenie przepisów o wykonywaniu zawodu lekarza.

27. Prawo do złożenia skargi na pielęgniarkę i położną do roz przy właściwej izbie pielęgniarek i położnych w przypadku podejrzenia postępowania sprzecznego z zasadami etyki zawodowej oraz za zawinione naruszenie przepisów dotyczących wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej.
28. Prawo do złożenia skargi na diagnostę laboratoryjnego do rzecznika dyscyplinarnego w Krajowej Izbie Diagnostów Laboratoryjnych w przypadku podejrzenia postępowania sprzecznego z zasadami etyki zawodowej lub przepisami dotyczącymi wykonywania czynności diagnostyki laboratoryjnej.

Po przeanalizowaniu projektu Rada stwierdza, że wbrew uzasadnieniu nie jest on kompletnym zbiorem praw pacjenta, a sposób przedstawienia praw pacjenta jest chaotyczny (np. pierwszym z opisanych praw jest prawo pacjenta w szpitalu do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej!). Pominięto również prawa pacjenta związane z udziałem w eksperymentach medycznych i z przeszczepianiem narządów. **Najbardziej uderzające jest pominięcie praw ubezpieczonych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego i całkowicie chybiony byłby argument, że te prawa są zagwarantowane w innej ustawie.** Wszystkie prawa wymienione w projekcie są zawarte w innych aktach prawnych i powody dla wybiórczego ich traktowania są niezrozumiałe. Projekt nie podejmuje także próby zagwarantowania dotychczas nie uwzględnianych praw, które są uznawane w innych krajach takich jak np. prawo do wyrażenia woli na wypadek znalezienia się w sytuacji, w której nie jest możliwe wyrażenie woli („advanced will”), prawa do szczególnej ochrony danych genetycznych i innych. Celowe jest również zapisanie prawa pacjentów do odszkodowania za zły wynik leczenia bez konieczności dowodzenia winy. Ten od wielu lat zgłaszany przez organizacje pacjentów i przez samorząd lekarski postulat powinien doczekać się realizacji. Jednym z podstawowych praw pacjenta, o którym projekt nie mówi, wynikającym z art. 68 Konstytucji RP jest prawo do informacji o przysługującym mu zakresie świadczeń.

Rada zwraca również uwagę, że deklarując liczne prawa pacjentów nie można pominąć dokładniejszego określenia również powinności pacjentów.

Wśród spraw szczegółowych Naczelna Rada Lekarska zwraca uwagę na następujące problemy, co nie wyczerpuje długiej listy wad projektu:



1. W art. 4 ust. 3 użyte określenie „upoważniony lekarz” jest niejasne i nie daje odpowiedzi kto i w jakim trybie upoważnia lekarza oraz w jaki sposób fakt tego upoważnienia będzie ujawniany pacjentom.
2. Niezrozumiałe jest, uregulowane w treści art. 5 ust. 2, 3 i 4, nałożenie na szpital obowiązku kredytowania kosztów, które obciążają pacjenta.
3. Użyte w art. 6, i następnym określenie „osoby wykonujące zawód medyczny” jest nieprecyzyjne.
4. W art. 8 ust. 1 użyte określenie „wiedzy medycznej” jest zbyt ogólne, bowiem chodzi o świadczenia dostępne u danego świadczeniodawcy.
5. Prawo pacjenta ujęte w art. 8 ust. 2 - zasięgnięcie opinii innej „osoby wykonującej zawód medyczny” lub zwołanie konsylium lekarskiego na żądanie pacjenta - może być realizowane wyłącznie po określeniu sposobu finansowania.
6. Art. 14 nie jest skorelowany z art. 11 ust. 2, a jego treść jest niezrozumiała.
7. W art. 15 błędnie określono cel informowania pacjenta jako realizację prawa do informacji. Celem informowania jest umożliwienie pacjentowi udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących leczenia.
8. W art. 15 ust. 2 nie przewidziano dostępu do informacji o świadczeniach udzielonych zmarłemu pacjentowi.
9. Prawo pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych musi dotyczyć wszystkich osób, które mają do tych informacji dostęp (art. 16 i 17).
10. W art. 17 ust. 2 pkt 2 zwolnienie z zachowania tajemnicy powinno dotyczyć jedynie poważnego (a nie każdego) niebezpieczeństwa dla zdrowia.
11. W art. 17 ust. 2 pkt 4 zwolnienie z zachowania tajemnicy powinno dotyczyć jedynie informacji niezbędnych dla dalszego leczenia.
12. W odniesieniu do sytuacji opisanych w art. 17 ust. 2 pkt 5-6 brakuje przepisów nakazujących, jeśli to tylko możliwe, depersonalizowanie informacji związanych z pacjentem.
13. Art. 19 powinien być sformułowany w taki sposób, aby było jasne, że świadczeń zdrowotnych nie można udzielać bez zgody pacjenta.
14. Zapis art. 20 ust. 3 jest sprzeczny z ust. 2.
15. Nie negując prawa pacjenta do wglądu do dokumentacji medycznej Rada negatywnie opiniuje umieszczenie wszystkich przepisów dotyczących dokumentacji medycznej w omawianym projekcie. Dokumentacji medycznej



nie prowadzi się jedynie w celu realizacji prawa pacjenta do dostępu do niej (art. 26)! Zapis tego artykułu można by odczytać jako prawo pacjenta także do dostępu do dokumentacji zbiorowej, co naruszałoby prawo innych pacjentów do ochrony swoich danych.

16. Nieuzasadniony jest przepis nakazujący udostępnianie dokumentacji medycznej nieokreślonym „organom władzy publicznej” (art. 28 ust. 2 pkt 2), organom rentowym „w związku z prowadzonym postępowaniem (pkt 5), a także osobom zaangażowanym w akredytację placówek opieki zdrowotnej (pkt 8).
17. Rada negatywnie opiniuje pomysł przyznania pacjentowi prawa do odwołania się od rozpoznania lekarskiego. Rozpoznawanie jest czynnością fachową, a nie decyzją administracyjną. Pacjentowi przysługuje prawo do drugiej opinii lekarskiej, a także prawo do zmiany lekarza/lekarza dentystry. W przypadkach, gdy pacjentowi w związku z określonym stanem zdrowia przysługują określone prawa, należy przewidzieć możliwość odwołania się od następującego po rozpoznaniu orzeczenia dotyczącego tych praw. Taka procedura jest np. przewidziana w postępowaniu rentowym w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych i każde postępowanie związane z prawami obywatela powinno przewidywać możliwość rzetelnego rozpatrzenia odwołania. Jeżeli ustawodawca uznaje, że są inne obszary, w których powinna być możliwość odwołania, powinien ją wprowadzić w przepisach dotyczących danego postępowania. Zaproponowane w art. 33 rozwiązanie narusza istniejący ład prawny i jest nie do przyjęcia.
18. Rada negatywnie opiniuje projekt (cały Rozdział 9) powołania urzędu Rzecznika Praw Pacjenta (RPP). Rolę taką w państwie odgrywa Rzecznik Praw Obywatelskich (RPO), a także Biuro Praw Pacjenta przy Ministerstwie Zdrowia oraz rzecznicy praw pacjenta w Narodowym Funduszu Zdrowia i tworzenie nowej kosztownej instytucji, której kompetencje przynajmniej częściowo pokrywają się z istniejącymi instytucjami nie przyczyni się do lepszej realizacji praw pacjentów. Rada stoi na stanowisku, że znaczna część przypadków naruszania prawa obywateli do dostępu do opieki zdrowotnej jest przede wszystkim spowodowana niskim finansowaniem i złą organizacją systemu ochrony zdrowia, a projekt nic nie mówi o uprawnieniach RPP do



działań wobec płatników i organów odpowiedzialnych za organizację publicznej ochrony zdrowia.

19. Zupełnie niezrozumiałą jest zapis roty ślubowania RPP (art. 38), gdzie RPP zobowiązuje się m. in. do kierowania się nieokreślonym „dobrem ochrony zdrowia”.
20. Zdumienie budzi zapis art. 39 ust. 2 przyznający RPP immunitet formalny w związku ze sprawowaną funkcją. Zakres działania i kompetencje RPP zawarte w opiniowanym projekcie nie uzasadniają, zdaniem Naczelnej Rady Lekarskiej, wprowadzania szczególnych gwarancji niezależności RPP w postaci immunitetu formalnego. Przyznane kompetencje i wynikające z treści projektu usytuowanie hierarchiczne RPP w systemie organów państwa, wydają się ewidentnie wykraczać poza zakres niezbędny do realizacji powierzonego mu zadania.
21. Odnośnie zapisu art. 42 Naczelna Rada Lekarska pragnie zwrócić uwagę, iż nawet przepisy określające kompetencje Rzecznika Praw Obywatelskich nie przyznają mu prawa do samodzielnego wszczynania postępowania cywilnego, RPO może jedynie żądać wszczęcia takiego postępowania. Przyznanie RPP prawa do wzięcia udziału w toczącym się postępowaniu wymaga określenia na jakich prawach Rzecznik miałby w postępowaniu uczestniczyć. Przyznanie Rzecznikowi prawa występowania przed sądami odpowiedzialności zawodowej zawodów medycznych oraz sądami administracyjnymi w charakterze strony jest rozwiązaniem niezrozumiałym, nielogicznym i merytorycznie niepoprawnym.
22. Art. 43 pkt 2 potwierdza pogląd o nakładaniu się kompetencji RPP i innych instytucji (np. RPO).
23. W art. 49 ust. 1 znalazł się zapis, gdzie wśród praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów wymienia się zaniechanie podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych mające na celu pozbawienie praw pacjentów. Pomijając nieprecyzyjność zapisu Rada stwierdza, że z zaniechaniem tego rodzaju polscy pacjenci mają do czynienia na codzień w wyniku złej organizacji i finansowania systemu, a nie wadliwych działań czy zaniechań świadczeniodawców.
24. Rada negatywnie opiniuje zapisy art. 50-59 dotyczące postępowań prowadzonych przez RPP. Tak uproszczone przepisy przyznające RPP prawo



wszczynania i odmowy wszczęcia postępowania (art. 51), nakazywania zaniechania praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów (art. 52), ostateczności decyzji RPP (art. 53) oraz nakładania kar (art. 57 – za samo nieprzekazanie danych kara w wysokości 50000 zł!) budzą obawę o znaczne ryzyko dowolności, nadużyć oraz naruszania praw osób i podmiotów zaangażowanych w ochronę zdrowia. W treści art. 59 mowa jest o uprawomocnieniu się decyzji Rzecznika o nałożeniu kary pieniężnej, podczas gdy w polskim systemie prawa uprawomocniają się jedynie orzeczenia sądów. Powstaje zatem wątpliwość jakiego rodzaju aktem jest decyzja Rzecznika o nałożeniu kary, decyzje administracyjne mogą bowiem uzyskać walor ostateczności, lecz nie prawomocności. Niezrozumiały jest zamiar przyznania RPP uprawnień większych niż ma je RPO, wyposażenia jednoosobowych decyzji RPP w rygor natychmiastowej wykonalności i nieprecyzyjne określenie zakresu przedmiotowego tego nowego trybu odpowiedzialności. Takie rozwiązania, w połączeniu z pominięciem w projekcie uprawnień RPP wobec płatników i władz publicznych, wskazują na jednostronne rozumienie roli RPP, którego działania miałyby przede wszystkim mieć charakter represyjny. Stwierdzenie (w Ocenie Skutków Regulacji (OSR)), iż ustawa nie będzie miała skutków w odniesieniu do finansów publicznych sugeruje ponadto, że RPP byłby jednoosobowym urzędem pełnionym społecznie, pokrywającym koszty działalności z własnej kieszeni.

Zawarte w OSR sformułowanie, iż „Regulacja nie będzie miała bezpośredniego wpływu na ochronę zdrowia i zmniejszenie ryzyka chorób” stanowi negację przez samych autorów proponowanych przepisów oraz celowości ich umieszczenia w pakiecie ustaw dotyczących reformy systemu opieki zdrowotnej.

Naczelna Rada Lekarska pozytywnie ocenia zamiar całościowego i spójnego ujęcia praw pacjenta. Należy jednak podkreślić, że jednocześnie trzeba zapewnić możliwości finansowe i organizacyjne ich realizacji. Zgodnie z Konstytucją jest to obowiązek władzy publicznej.

W związku z wymienionymi uwagami ogólnymi i szczegółowymi Naczelna Rada Lekarska negatywnie ocenia przedstawiony projekt i zwraca się do Marszałka Sejmu o niepodejmowanie dalszych prac nad projektem w jego obecnej formie.

Naczelna Rada Lekarska zwraca się jednocześnie do Rządu RP, aby po dokonaniu odpowiednich zmian, skierował projekt ustawy w przedmiotowej sprawie

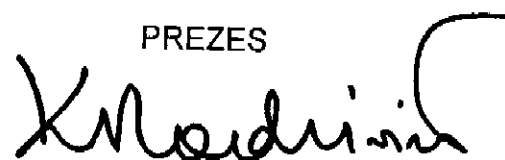


do uzgodnień w trybie wskazanym w Regulaminie prac Rady Ministrów, w tym poddał projekt konsultacjom zewnętrznym, które z uwagi na szczególną doniosłość społeczną i prawną przedmiotowego projektu są absolutnie niezbędne.

SEKRETARZ

Mariusz Janikowski

PREZES



Konstanty Radziwiłł



**GENERALNY INSPEKTOR
OCHRONY DANYCH
OSOBOWYCH**

Michał Serzycki

Warszawa, dnia 19 lutego 2008 r.

DOLiS-033-24/08/5053

Pan

Lech Czapla

Zastępca Szefa

Kancelarii Sejmu

ul. Wiejska 2/4/6

00 – 902 Warszawa

Sejmowy Panie Ministrze!

w odpowiedzi na pismo z dnia 23 stycznia 2008 roku (znak PS-28/08) dotyczące projektów:

- 1) ustawy o zakładach opieki zdrowotnej,
- 2) ustawy o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta oraz o Rzeczniku Praw Pacjenta,
- 3) ustawy o dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych

uprzejmie informuję, iż do projektów tych ustaw zgłaszam następujące uwagi.

ad. 1) Z uwagi na wiążącą administratorów danych zasadę adekwatności przetwarzanych danych w stosunku do celów, w jakich są przetwarzane (art. 26 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych – t. j. Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.), doprecyzowania wymaga pojęcie „dane” (kierownika, zarządu lub zarządcy zakładu opieki zdrowotnej) z art. 109 ust. 8 pkt 13 projektu ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Biorąc pod uwagę, iż pojęcie to ma charakter nicostry i obejmuje swoim zakresem potencjalnie nieograniczony zakres informacji o osobie, niezbędne jest także jego dookreślenie w cytowanym przepisie, by nie powstawały wątpliwości jakie dane osobowe kierowników (członków zarządu lub zarządców) zakładów opieki zdrowotnej winny być zawarte w jawnym Krajowym Rejestrze Zakładów Opieki Zdrowotnej i Jednostek Badawczo – Rozwojowych.

Podobnego skonkretyzowania wymaga sformułowanie „informacja o kadrze dydaktycznej” – zawarte w art. 100 ust. 3 pkt 2 opiniowanego projektu ustawy. W wypadku gdyby „informacja” ta miała obejmować dane osobowe członków kadry dydaktycznej organizatora kształcenia, niezbędnym byłoby jednoznaczne wskazanie w przedmiotowym przepisie, jakie dane tych osób będą przetwarzane we wniosku o wpis do rejestru organizatorów kształcenia.

Niezależnie od powyższego informuję, że art. 46 ust. 8 zdanie drugie powołanego projektu ustawy odsyła do nieistniejącego art. 46 ust. 9 zdanie drugie.

ad. 2) W art. 43 pkt 1 projektu **ustawy o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta oraz o Rzeczniku Praw Pacjenta** w sposób niejasny określono kompetencje Rzecznika Praw Pacjenta do zapoznawania się z aktami i dokumentami zawierającymi dane osobowe. Wobec braku jakichkolwiek wskazówek interpretacyjnych w – dość lakonicznym – uzasadnieniu projektu ustawy, przepis ten – w zaproponowanym brzmieniu – stanowić może podstawę do żądania przez Rzecznika Praw Pacjenta wszelkich akt i dokumentów, a w konsekwencji upoważniać Rzecznika Praw Pacjenta do przetwarzania danych osobowych wszystkich kategorii, w tym także danych szczególnie chronionych w rozumieniu art. 27 ust. 1 ustawy o ochronie danych osobowych. W ocenie organu do spraw ochrony danych osobowych zakres kompetencji Rzecznika Praw Pacjenta do przetwarzania danych osobowych winien być zaś określony bardziej precyzyjnie i – zgodnie z dyspozycją art. 35 ust. 1 opiniowanego projektu ustawy – ograniczony do spraw związanych z ochroną praw pacjenta.

Zachodzi sprzeczność pomiędzy treścią art. 57 projektu **ustawy o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta oraz o Rzeczniku Praw Pacjenta** a dyspozycją art. 58 tego aktu prawnego. Zgodnie bowiem z art. 58, ustalanie przez Rzecznika Praw Pacjenta wysokości kar pieniężnych, o których mowa m.in. w art. 57, powinno następować z uwzględnieniem okresu, stopnia i okoliczności naruszenia przepisów cytowanej ustawy oraz faktu ewentualnego uprzedniego naruszenia jej przepisów. Tymczasem art. 57 za nieprzekazanie Rzecznikowi Praw Pacjenta dokumentów oraz informacji dotyczących okoliczności stosowania praktyk, co do których istnieje uzasadnione podejrzenie, iż wywołują zagrożenie zbiorowych praw pacjentów, przewiduje jednoznacznie oznaczoną sankcję w kwocie 50000 złotych. Zaproponowane brzmienie art. 57 opiniowanego projektu ustawy wyłącza więc możliwość stopniowania przez Rzecznika Praw Pacjenta – w oparciu o przesłanki wskazane

w art. 58 – wysokości kary pieniężnej za naruszenie obowiązku przekazania dokumentów lub informacji.

Niezależnie od powyższego informuję, że art. 51 ust. 1 powołanego projektu ustawy odsyła do art. 47 ust. 1 tejże ustawy dotyczącego zupełnie innych kwestii.

ad. 3) W art. 10 ust. 3 i art. 17 ust. 6 projektu **ustawy o dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych** użyto nieostrego i niezdefiniowanego zwrotu „dane umożliwiające identyfikację świadczeniobiorcy”, a co za tym idzie – wziętą na zasadę adekwatności przetwarzanych danych w stosunku do celów, w jakich są przetwarzane (art. 26 ust. 1 pkt 3 ustawy o ochronie danych osobowych), wymaga stosownego doprecyzowania tego pojęcia, przy odpowiednim zastosowaniu wskazówek zawartych w pkt 1 niniejszego pisma.

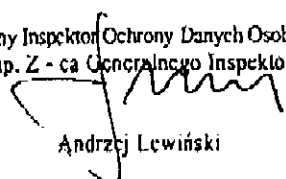
Proponowane w art. 17 pkt 4 projektu **ustawy o dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych** brzmienie art. 188 g ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.) jest wadliwe, albowiem reguły logicznego rozumowania prowadzą do wniosku, iż w prawie Prezesa Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych do ządania udostępnienia mu przez Narodowy Fundusz Zdrowia dokumentów (lub ich kopii) związanych z działalnością Funduszu mieści się uprawnienie do zapoznawania się z ich treścią.

Niezależnie od – opisanych wyżej – rozwiązań wadliwych w świetle przepisów ustawy o ochronie danych osobowych, przedstawiony do zaopiniowania projekt **ustawy o dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych** zawiera następujące błędy o charakterze technicznym:

1. art. 7 pkt 2 w zakresie odesłania do „ust. 3 pkt 2”; art. 8 ust. 1; art. 188 p ust. 1 i art. 188 w ust. 2 w zakresie odesłania do „art. 188 d ust. 3” odsyłają do przepisów nieistniejących,
2. art. 188 z ust. 1 w zakresie odesłania do „art. 188 g, 188 j” odsyła do przepisów dotyczących zupełnie innych kwestii, niż w nim uregulowana.

2 *porozumienie*

Generalny Inspektor Ochrony Danych Osobowych
z up. Z - ca Generalnego Inspektora



Andrzej Lewiński