

STANOWISKO Nr 6/23/P-IX
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 16 stycznia 2023 r.

**w sprawie rządowego projektu ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i
bezpieczeństwie pacjenta**

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się ze skierowanym do prac parlamentarnych rządowym projektem ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (druk sejmowy nr 2898) wnioskuje o odrzucenie tego projektu w całości, ewentualnie o skierowanie go do prac w podkomisji, gdzie możliwe będzie prowadzenie w pełni merytorycznej dyskusji nad całością zaproponowanych rozwiązań i omawianie zgłaszanych przez liczne organizacje działające w obszarze ochrony zdrowia zastrzeżeń, uwag i poprawek. Ustawa w brzmieniu zaproponowanym przez Radę Ministrów nie realizuje zamierzeń w zakresie poprawy jakości w ochronie zdrowia, nie spełnia oczekiwań pacjentów co do stworzenia skutecznego systemu kompensacji szkód medycznych ani oczekiwań środowisk medycznych związanych z bezpieczeństwem wykonywania zawodu.

Samorząd lekarski wskazuje, że przedstawiony Parlamentowi projekt ustawy znacząco różni się od projektu, który był poddany konsultacjom publicznym w lipcu 2021 r. Liczne i istotne zmiany w treści obecnego projektu ustawy w stosunku do jej wersji przedstawionej do konsultacji publicznych w lipcu 2021 r. oraz brak konferencji uzgodnieniowej sprawia, że projekt – z którym wiązano wielkie nadzieje – nie spełnia tych oczekiwań i nie powinien być przyjmowany przez Parlament w zaproponowanym brzmieniu. Niewątpliwie jest to projekt ustawy wywołujący szczególnie doniosłe skutki społeczne, prawne i organizacyjne dla całego sektora ochrony zdrowia, dlatego prace nad nim nie powinny pomijać stanowiska żadnego z interesariuszy, w tym środowiska lekarskiego.

Niezależnie od przedstawionej powyżej negatywnej oceny projektu ustawy Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej przedstawia poprawki do projektu ustawy, których uwzględnienie pozwoliłoby w pewnym zakresie przybliżyć rozwiązania zawarte w projekcie ustawy do oczekiwań środowiska lekarskiego.

Poprawka do art. 6

Artykuł 6 ustawy powinien otrzymać następujące brzmienie:

„Art. 6. Autoryzacja jest warunkiem realizacji przez podmiot wykonujący działalność leczniczą umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zawartej z Funduszem, na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach, z wyłączeniem:

- 1) umów dotyczących programów pilotażowych, o których mowa w art. 48e tej ustawy;*
- 2) umów dotyczących ambulatoryjnej opieki specjalistycznej;*
- 3) umów dotyczących leczenia stomatologicznego;*
- 4) umów dotyczących podstawowej opieki zdrowotnej.”*

Uzasadnienie: Nie jest uzasadnione nakładanie na wszystkie podmioty wykonujące działalność leczniczą, które chcą realizować umowę z NFZ, obowiązku uzyskania autoryzacji. Autoryzacja – jako warunek realizacji świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie powinna dotyczyć placówek AOS, POZ i leczenia stomatologicznego. Są to umowy realizowane najczęściej przez niewielkie placówki medyczne – stawianie przed nimi wymogu uzyskiwania autoryzacji jest nadmiernym dla nich obciążeniem. Ponadto koszty wykonania procedury autoryzacyjnej przez NFZ – w tym wizyty autoryzacyjnej pracowników NFZ w danej placówce - jest niewspółmiernie duży.

Poprawka do art. 9

W art. 9 ustęp 4 powinien otrzymać brzmienie:

„4. Prezes Funduszu określa harmonogram składania wniosków o autoryzację, uwzględniając zakresy świadczeń, liczbę podmiotów udzielających tych świadczeń na terenie działania poszczególnych oddziałów wojewódzkich Funduszu oraz termin obowiązywania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w tych zakresach, a także biorąc pod uwagę konieczność zapewnienia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Harmonogram określa się tak, aby termin na złożenie wniosku o autoryzację wynosił co najmniej 6 miesięcy od daty ogłoszenia harmonogramu. Prezes Funduszu udostępnia harmonogram w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Funduszu”.

Uzasadnienie: podmioty objęte obowiązkiem uzyskania autoryzacji powinny mieć odpowiedni czas na przygotowanie się do procedury autoryzacyjnej. Ustawa powinna więc gwarantować określony czas na takie przygotowanie się, zwłaszcza, że przewidziana w projekcie ustawy autoryzacja to proces, któremu wcześniej podmioty nie musiały się poddawać.

Poprawka do art. 18 ust. 4

Art. 18 ustęp 4 powinien otrzymać brzmienie:

„4. W ramach wewnętrznego systemu podmiot wykonujący działalność leczniczą gromadzi dane o wszystkich zdarzeniach niepożądanych, które wystąpiły w związku z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej w tym podmiocie, o których wystąpieniu podmiot wykonujący działalność leczniczą się dowiedział”.

Uzasadnienie:

Nie można na podmiot wykonujący działalność leczniczą nakładać bezwzględnego obowiązku gromadzenia danych o zdarzeniach niepożądanych, ponieważ ze specyfiki wykonywania świadczeń zdrowotnych wynika, że o niektórych zdarzeniach niepożądanych podmiot, który udzielał świadczeń zdrowotnych, nie wie. Dzieje się tak np. w przypadku, gdy o powikłaniach pacjent dowiaduje się z badań diagnostycznych wykonywanych w innej placówce medycznej, zwłaszcza w pewien czas po udzieleniu mu pierwszego świadczenia zdrowotnego. Do wewnętrznego systemu powinny zatem trafiać tylko te informacje o zdarzeniach niepożądanych, które zostały zidentyfikowane w danej placówce medycznej.

Poprawka do art. 19

W art. 19 w ustępie 2 punkt 1 powinien otrzymać brzmienie:

„2. Do zadań osoby odpowiedzialnej należy:

- 1) przesyłanie do Rejestru Zdarzeń Niepożądanych, o którym mowa w art. 25 ust. 1, informacji, o których mowa w:
 - a) art. 25 ust. 1 pkt 1–3, nie później niż w ciągu 7 dni od momentu, w którym podmiot wykonujący działalność leczniczą dowiedział się o zaistnieniu zdarzenia niepożądanego,*
 - b) art. 25 ust. 1 pkt 4, w terminie 40 dni od momentu, w którym podmiot wykonujący działalność leczniczą dowiedział się o zaistnieniu zdarzenia niepożądanego,*
 - c) zawartych w zbiorczej analizie, o której mowa w art. 23 ust. 5, w terminie 40 dni od momentu, w którym podmiot wykonujący działalność leczniczą dowiedział się o zaistnieniu zdarzenia niepożądanego.”**

Uzasadnienie :

Rządowy projekt ustawy zakłada, że dane do Rejestru Zdarzeń Niepożądanych zostaną zgłoszone w ciągu 72 godzin od zaistnienia zdarzenia niepożądanego. Jak wyjaśniono wcześniej czas potrzebny do zgłoszenia musi być liczony nie od chwili zaistnienia zdarzenia niepożądanego, lecz od momentu, w którym podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych dowiedział się o takim zdarzeniu niepożądanym np. z wyników badań diagnostycznych wykonanych uzyskanych kilka dni, tygodni czy nawet miesięcy po wykonanej procedurze medycznej.

Ponadto przewidziany w rządowym projekcie czas 72 godzin jest nierealny do dotrzymania w warunkach przeciążenia pracą i ograniczonych zasobów kadrowych placówek medycznych. Do tego w sytuacji, gdyby podmiot udzielający świadczeń

zdrowotnych pozyskał wiedzę o zdarzeniu niepożądanym w piątek w godzinach popołudniowych, wówczas na dokonanie zgłoszenia do Rejestru Zdarzeń Niepożądanych w ciągu 72 godzin miałby do dyspozycji tylko 1 dzień roboczy (poniedziałek) – jest to zdecydowanie za krótki czas.

Poprawka do art. 19

W art. 19 w ustępie 2 punkt 3 powinien otrzymać brzmienie:

„3) przeprowadzenie analizy przyczyn źródłowych – w odniesieniu do zdarzeń bardzo ciężkich i ciężkich;

(uwaga dodatkowa: przyjęcie tej poprawki będzie skutkowało uchYLENIEM lub odpowiednią zmianą art. 23 ust. 4)

Uzasadnienie:

Nie jest celowe, a nawet wykonalne, nałożenie na podmioty wykonujące działalność leczniczą dokonywania analizy przyczyn źródłowych w odniesieniu do wszystkich zdarzeń niepożądanych w tym nawet lekkich i umiarkowanych. Proponuje się zatem ograniczyć ten obowiązek do zdarzeń ciężkich i bardzo ciężkich, których definicję zawarto w art. 22 ust. 3 projektu ustawy.

Poprawka do art. 19 ust. 3

W art. 19 ustęp 3 powinien otrzymać brzmienie:

„3. W przypadku niewypełnienia obowiązku, o którym mowa w ust. 2 pkt 1 lit. a lub art. 20 ust. 1 i 2, Prezes Funduszu z urzędu, w drodze decyzji, może stosować wobec podmiotu wykonującego działalność leczniczą karę pieniężną w wysokości nie wyższej niż 10 000 złotych, a w przypadku lekarza, pielęgniarki lub fizjoterapeuty wykonujących zawód w ramach działalności leczniczej jako praktyka zawodową, o której mowa w art. 5 ustawy z dnia 2011 r. o działalności leczniczej - karę pieniężną w wysokości nie wyższej niż 1.000 złotych. Łączną wysokość kar pieniężnych nałożonych na dany podmiot w roku kalendarzowym nie może przekraczać 30 000 złotych, a w przypadku lekarza, pielęgniarki lub fizjoterapeuty wykonujących zawód w ramach działalności leczniczej jako praktyka zawodową, o której mowa w art. 5 ustawy z dnia 2011 r. o działalności leczniczej – 3.000 złotych. Ustalając wysokość kary pieniężnej Prezes Funduszu bierze pod uwagę stopień i skalę naruszenia obowiązków, o których mowa w ust. 2 pkt 1 lit. a lub art. 20 ust. 1 i 2, przez podmiot wykonujący działalność leczniczą, przyczyny naruszenia tych obowiązków, oraz dotychczasowy sposób realizacji tych obowiązków. W zakresie nieuregulowanym w niniejszym rozdziale do nakładania kary pieniężnej stosuje się przepisy działu IVA ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2022 r. poz. 2000 i 2185).”

Uzasadnienie:

Wysokość kary pieniężnej za niezgłoszenie danych do rejestru zdarzeń niepożądanych powinna być uzależniona od wielkości prowadzonej działalności

lecniczej. Nie można w ten sam sposób egzekwować obowiązków od dużego szpitala zatrudniającego znaczną liczbę personelu: medycznego i administracyjnego, jak i jednoosobowej działalności prowadzonej przez lekarza, lekarza dentystę, pielęgniarkę, położną czy fizjoterapeutę.

Konieczne jest także wyznaczenie górnego rocznego limitu kar pieniężnych, które NFZ może nałożyć na dany podmiot w ciągu roku kalendarzowego. Wystarczające będzie ustalenie górnego rocznego limitu kar w wysokości 3-krotności kary, którą można nałożyć za jedno naruszenie obowiązków.

Aby uniknąć całkowitej dowolności w nakładaniu kar pieniężnych, konieczne jest także ustalenie na poziomie ustawowym kryteriów, którymi Prezes NFZ musi się kierować ustalając wysokość kary. Celowe jest, aby Prezes NFZ brał pod uwagę m.in. stopień i skalę naruszenia obowiązków zgłaszania zdarzeń niepożądanych, badając np. czy dotyczyło to niezgłoszenia wielu zdarzeń niepożądanych, czy tylko jednego zdarzenia niepożądanego, czy przekroczenie terminu zgłoszenia było znaczne czy tylko niewielkie. Ponadto trzeba brać pod uwagę dotychczasowe wypełnianie obowiązków przez podmiot, tak aby najwyższej kary nie otrzymywał podmiot, który dopuścił się naruszenia dopiero po raz pierwszy.

Poprawka do art. 20 ust. 3

W art. 20 ustęp 3 punkt 3 powinien otrzymać brzmienie:

„3) dane dotyczące zgłoszenia:

a) imiona i nazwiska oraz stanowiska osób z personelu podmiotu wykonującego działalność leczniczą uczestniczących w zdarzeniu niepożądanym,

b) nazwę zdarzenia wraz z kryterium, o którym mowa w art. 22 ust. 3,

c) czas zaistnienia zdarzenia niepożądanego,

d) miejsce wystąpienia zdarzenia niepożądanego przez wskazanie miejsca udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, zgodnie ze strukturą podmiotu wykonującego działalność leczniczą ujawnioną w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą,

e) opis okoliczności, w jakich doszło do zdarzenia niepożądanego.”

Uzasadnienie:

Zgłoszenia zdarzenia niepożądanego dokonuje personel medyczny podmiotu wykonującego działalność leczniczą. W treści zgłoszenia powinno być wskazane nie tylko, kto dokonuje zgłoszenia (osoba zgłaszająca), ale także powinni być wskazani wszyscy członkowie personelu medycznego, którzy brali udział w udzieleniu świadczenia zdrowotnego, które doprowadziło do zdarzenia niepożądanego. Wiadomo, że w wielu przypadkach pacjent korzysta ze świadczeń udzielanych przez wiele osób (np. zabieg operacyjny wymaga udziału operatora, asysty, anestezjologa, instrumentariuszek). Nie ma żadnego uzasadnienia, aby zmuszać każdą z osób uczestniczących w opiece medycznej nad pacjentem do dokonywania osobnego

zgłoszenia zdarzenia niepożądanego – prowadziłoby to do wielokrotnego umieszczania w rejestrze tego samego zdarzenia, co jest niecelowe. Stąd za wystarczające należy uznać zgłoszenie przez jedną osobę, w którym ujawnione zostały dane pozostałego personelu medycznego, który w tym wypadku nie będzie musiał dokonywać osobnego zgłoszenia.

Poprawka do art. 21 ust. 6

W art. 21 ustęp 6 powinien otrzymać brzmienie:

„6. Ochrona przed działaniem represyjnym nie przysługuje osobie, która:

1) podczas zdarzenia niepożądanego była w stanie nietrzeźwości, po użyciu alkoholu, pod wpływem środka odurzającego, substancji psychotropowej, środka zastępczego lub nowej substancji psychoaktywnej, albo gdy spowodowany przez nią negatywny skutek u pacjenta został wyrządzony umyślnie;

2) zgłasza zdarzenie niepożądane, wiedząc, że zdarzenie nie zaistniało, albo świadomie wprowadza w błąd co do przebiegu zdarzenia niepożądanego.”

Uzasadnienie:

W treści zgłoszenia zdarzenia niepożądanego nie wskazuje się osób odpowiedzialnych za wystąpienie zdarzenia niepożądanego. Zgłoszenie nie powinno zatem zawierać oceny zawinienia poszczególnych członków personelu medycznego.

Nie powinno się także pozbawiać ochrony przed działaniami represyjnymi osób, które zgłosiły zdarzenie niezgodnie z prawdą, ponieważ pozbawi to ochrony osoby, które zgłosiły zdarzenie niepożądane zgodnie ze swoją najlepszą wiedzą, ale ich zgłoszenie nie było zgodne z prawdą (tj. przebieg zdarzenia był inny, ale osoba zgłaszająca nie mogła tego wiedzieć). Proponuje się zatem pozbawić ochrony przed działaniami represyjnymi tylko taką osobę, która „świadomie wprowadza w błąd co do przebiegu zdarzenia niepożądanego”.

Poprawka do art. 22

W art. 22 w ustępie 3 proponuje się wykreślenie punktu 4.

Uzasadnienie:

Art. 22 ust. 3 pkt 4 zawiera definicję zdarzenia niepożądanego lekkiego. Definicja ta wskazuje, że jest to zdarzenie inne niż określone w pkt 1–3 (bardzo ciężkie, ciężkie, umiarkowane) niepowodujące uszczerbku na zdrowiu. Jeśli zdarzenie lekkie nie powoduje uszczerbku na zdrowiu, to nie jest w ogóle zdarzeniem niepożądanym w rozumieniu definicji zdarzenia niepożądanego z art. 2 pkt 8 projektu ustawy, który wskazuje, że jest to zdarzenie zaistniałe w trakcie lub w efekcie udzielenia bądź zaniechania udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, powodujące lub mogące spowodować negatywny skutek dla zdrowia lub życia pacjenta.

Poprawka do art. 62

Art. 62 powinien otrzymać następujące brzmienie:

„Art. 10. 1. Nie popełnia przestępstwa sprawca czynu zabronionego określonego w art. 156 § 2, art. 157 § 3 lub art. 160 § 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny (Dz. U. z 2022 r. poz. 1138), jeżeli dopuścił się tego czynu udzielając świadczenia zdrowotnego, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 10 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, chyba że czyn ten był skutkiem rażącego niezachowania należytej ostrożności wymaganej w danych okolicznościach, bezpośrednio powodującego możliwe do przewidzenia zdarzenie niepożądane.

2. Przepisu ust. 1 nie stosuje się, jeżeli po zidentyfikowaniu zdarzenia niepożądanego związanego z czynem, o którym mowa w ust. 1, nie dokonano niezwłocznie zgłoszenia o zdarzeniu niepożądanym do systemu wewnętrznego, mimo, że sprawca powziął informację o zdarzeniu niepożądanym.

3. Przepisu ust. 1 nie stosuje się, jeżeli sprawca w czasie popełnienia przestępstwa był w stanie nietrzeźwości, po użyciu alkoholu lub pod wpływem środka odurzającego, lub innego podobnie działającego środka.”

Uzasadnienie:

Samorząd lekarski uważa, że w razie ujawnienia się zdarzenia niepożądanego personel medyczny powinien dokonać zgłoszenia o tym zdarzeniu do wewnętrznego systemu prowadzonego przez kierownika danego podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

Według danych przekazanych przez Prokuraturę Krajową, w latach 2018 – 2022 (2 kwartały), spośród 15 504 spraw, które wpłynęły w tym okresie, jedynie w 5% przypadków zakończyły się one aktem oskarżenia i wnioskiem o wydanie wyroku skazującego.

Obecnie personel medyczny coraz bardziej obawia się odpowiedzialności karnej z tytułu podjęcia działań leczniczych wobec swoich pacjentów. Im większa presja na odpowiedzialność karną, tym lekarze gorzej pracują – lekarz zaczyna w swojej pracy zawodowej wykazywać postawy bezpieczne dla siebie pod względem prawnym, ale niekoniecznie najlepsze dla poprawy zdrowia pacjenta. Może odstępować od bardziej ryzykownych działań terapeutycznych w obawie o zakwalifikowanie ich w razie niepowodzenia terapeutycznego jako przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu pacjenta.

Obecnie istniejąca groźba sankcji karnej powoduje, że lekarze zaczynają rezygnować z kształcenia się w specjalizacjach, w których ryzyko niepowodzenia leczniczego jest podwyższone np. w specjalizacjach zabiegowych. Lekarze rezygnują też z pracy w szpitalach – gdzie ryzyko wystąpienia poważnych zdarzeń niepożądanych jest znacznie wyższe – na rzecz pracy w warunkach ambulatoryjnych. Do tego jedną z istotnych przyczyn emigracji lekarzy jest aktualnie poszukiwanie za granicą warunków pracy wolnych od ciągłej presji związanej z zagrożeniem surową odpowiedzialnością karną.

Zaproponowane przez rządowy projekt ustawy rozwiązanie nie jest wystarczające i zupełnie nie odpowiada oczekiwaniom środowiska medycznego w zakresie łagodzenia ryzyka odpowiedzialności karnej za czyny nieumyślne. Art. 62 ust. 1 rządowego projektu ustawy ma kilka zasadniczych wad. Po pierwsze, przepis mówi o nadzwyczajnym złagodzeniu kary, a nie o zwolnieniu od odpowiedzialności karnej za te czyny. Oznacza to, że w stosunku do personelu medycznego trzeba będzie przeprowadzić całe postępowanie karne, skierować do sądu akt oskarżenia i oczekiwać na wydanie wyroku przez sąd karny, który będzie mógł (ale nie będzie musiał) nadzwyczajnie złagodzić karę. Po drugie, zakresem tego przepisu nie są objęte czyny z art. 156 § 2 kodeksu karnego, czyli nieumyślne spowodowanie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, co oznacza, że lekarze i inny personel medyczny nie będą w żaden sposób chronieni przed odpowiedzialnością karną za wywołanie tego rodzaju uszczerbku na zdrowiu. Po trzecie, chroniony będzie jedynie ten kto zgłosił zdarzenie do wewnętrznego rejestru, a zatem nie cały personel biorący udział w udzielaniu świadczeń zdrowotnych pacjentowi.

Dlatego samorząd lekarski proponuje nowe brzmienie art. 62 ustawy, w którym przewiduje się, że personel medyczny nie popełnia przestępstwa, o którym mowa w art. 156 § 2, art. 157 § 3 lub art. 160 § 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny. Warunkiem koniecznym do zastosowania tego przepisu będzie dopuszczenie się czynu w czasie udzielania świadczenia zdrowotnego (chyba że czyn ten był skutkiem rażącego niezachowania należytej ostrożności wymaganej w danych okolicznościach) bezpośrednio powodującego możliwe do przewidzenia zdarzenie niepożądane. Przepis nie będzie stosowany do sprawców, którzy w czasie popełnienia przestępstwa byli w stanie nietrzeźwości, po użyciu alkoholu lub pod wpływem środka odurzającego, lub innego podobnie działającego środka. Przepisu tego nie zastosuje się również, jeżeli po zidentyfikowaniu zdarzenia niepożądanego nie dokonano niezwłocznie zgłoszenia do wewnętrznego rejestru, mimo, że sprawca powziął informację o zdarzeniu niepożądanym. Nie wymaga się jednak od sprawcy samodzielnego zgłoszenia – wystarczające jest zgłoszenie zdarzenia przez któregośkolwiek z członków personelu medycznego biorącego udział w udzielaniu świadczenia zdrowotnego pacjentowi. Niezasadne jest oczekiwanie, aby każdy z członków personelu medycznego dokonywał zgłoszenia tego samego zdarzenia niepożądanego – doszłoby wówczas do wielokrotnego zgłoszenia tego samego przypadku.

Poprawka do art. 67

W art. 67 zmiana 7 dotycząca dodania nowego rozdziału do ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w art. 67s ustęp 2 powinien otrzymać brzmienie:

„art. 67s ust. 2. Wysokość świadczenia kompensacyjnego, o którym mowa w ust. 1, podlega co roku waloryzacji w stopniu odpowiadającym wskaźnikowi cen towarów i usług konsumpcyjnych ogółem za okres poprzedniego roku obliczonemu na podstawie średniorocznego wskaźnika cen towarów i usług konsumpcyjnych, ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego na podstawie art. 94 ust. 1 pkt 1 lit. a ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń

Spółecznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 504, 1504 i 2461), z zaokrągleniem do pełnych złotych w górę.”

Uzasadnienie:

Dokonywanie waloryzacji świadczenia kompensacyjnego co 5 lat – jak proponuje rządowy projekt ustawy - przy aktualnym stopniu inflacji spowoduje, że przyznawane świadczenia kompensacyjne nie będą alternatywą dla sądowego dochodzenia roszczeń. Istnieje ryzyko, że świadczenia kompensacyjne będzie tak samo nieatrakcyjne dla poszkodowanych jak wojewódzkie komisje do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych.

Poprawka do art. 67

W art. 67 zmiana 7 dotycząca dodania nowego rozdziału do ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w art. 67x ustęp 4 powinien otrzymać brzmienie:

„4. W skład Zespołu wchodzi co najmniej 30 członków, powoływanych przez Rzecznika, w tym co najmniej 15 członków wykonujących zawód lekarza.”

Uzasadnienie: rządowy projekt ustawy zakłada, że Zespół będzie liczył tylko 9 członków i nie gwarantuje, że w skład Zespołu wejdą lekarze. Jest to rozwiązanie błędne. Niewielka liczba członków Zespołu ograniczy możliwość sprawnego i terminowego rozpoznawania spraw. Ponadto – z uwagi na to, że zdecydowana większość zgłoszeń dotyczy zdarzeń medycznych związanych z działalnością lekarzy, do ich opiniowania wymagane jest obligatoryjne włączenie lekarzy w skład Zespołu.

SEKRETARZ

Grzegorz Wrona

PREZES

Łukasz Jankowski