



RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Pacjenta
Krystyna Barbara Kozłowska
RzPP-ZPR-410-2-2/EPO/2013

Warszawa, 18 kwietnia 2013 r.

Pan
Bartosz Arłukowicz
Minister Zdrowia
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

Wzajemny Panie Ministrze;

W nawiązaniu do pisma o sygn. MZ-OZZ-0212-31241-2/EW/13, w związku z pracami nad projektem ustawy o zmianie ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r., poz.159, z późn. zm.), niniejszym w załączeniu przesyłam proponowane zmiany przez Rzecznika Praw Pacjenta wraz z uzasadnieniem w formie jednolitego tekstu oraz zawarte w tabeli.

Izabela Jakubczak-Rak
z upoważnienia
RZECZNIKA PRAW PACJENTA
ZASTĘPCA RZECZNIKA PRAW PACJENTA
Izabela Jakubczak-Rak

Załączniki:

1. uzasadnienie proponowanych zmian do ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
2. tabela przedstawiająca proponowane zmiany do ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz innych ustawy.

Uzasadnienie proponowanych zmian do Ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta oraz o zmianach innych ustaw

Zmiana przepisu art. 4 ust. 1 i 2 Ustawy polegająca na zmianie wyrażenia „zawinionego naruszenia praw pacjenta” na sformułowanie „naruszenia praw pacjenta”. Propozycja zmiany Ustawy w tym zakresie wynika z dążenia do wzmocnienia i do rozszerzenia ochrony prawnej pacjentów w zakresie dotyczącym roszczeń cywilnych, których źródłem jest naruszenie praw pacjenta. Należy bowiem zauważyć, że obecna regulacja ustawowa w tym przedmiocie umożliwia pacjentom dochodzenie zadośćuczynienia jedynie w przypadku wykazania winy podmiotu naruszającego prawa pacjenta. Ciężar dowodu w tym zakresie spoczywa na pacjencie, co ze względu na złożoność przedmiotu ochrony sprawia pacjentom znaczące problemy w skutecznym dochodzeniu roszczeń. W związku z tym uzasadnionym wydaje się przyjęcie w tym zakresie rozwiązania, które powodowałoby powstanie odpowiedzialności już na etapie stwierdzenia bezprawności czynu polegającego na naruszeniu danego z praw pacjenta.

Zmiana przepisu art. 46 ust. 4 ustawy. W obecnym brzmieniu zobowiązuje, aby jeden z zastępców Rzecznika Praw Pacjenta posiadał co najmniej wykształcenie wyższe w dziedzinie nauk medycznych i tytuł zawodowy magistra lub równorzędny. Proponuje się, aby przepis brzmiał „Jeden z zastępców Rzecznika jest obowiązany posiadać co najmniej wykształcenie wyższe w dziedzinie nauk medycznych lub prawnych i tytuł zawodowy magistra lub równorzędny”.

W zakresie zmian przepisów dotyczących opracowywania przez konsultantów krajowych w porozumieniu z konsultantami wojewódzkimi listy lekarzy, którzy w danej dziedzinie medycyny pracy, mogą być członkami Komisji Lekarskiej, należy poza zobowiązaniem konsultantów krajowych do przedstawienia przynajmniej po jednym lekarzu z danej dziedziny medycyny dla każdego województwa, w przypadku braku możliwości uzyskania opinii w rozsądnym terminie, należy stworzyć możliwość zasięgnięcia opinii lekarza z danej dziedziny medycyny lub konsultanta wojewódzkiego także z innych województw. Ponadto, należy wyszczególnić, informacje umożliwiające kontakt ze wskazanym lekarzem, jako kontakt korespondencyjny i telefoniczny. Proponowana zmiana podyktowana jest vacatem na stanowiskach konsultantów wojewódzkich w danych dziedzinach w niektórych województwach oraz mogącym wystąpić niedoborem w województwie lekarzy w danej dziedzinie medycyny.

Zgodnie z art. 52 ust. 2 Ustawy, Rzecznik Praw Pacjenta dysponuje kompetencjami do podjęcia działań wyjaśniających, w szczególności do zbadania, nawet bez uprzedzenia, każdej sprawy na miejscu. Dotychczas powyższe działania mogą być podejmowane wyłącznie w toku prowadzenia postępowania wyjaśniającego.

Niezależnie od powyższego w celu skutecznego wypełniania ustawowych zadań zaobserwowano potrzebę podejmowania działań kontrolnych planowanych z urzędu, zarówno w ramach bieżącego i zapobiegawczego nadzoru nad przestrzeganiem praw pacjenta, jak również w celu weryfikacji realizacji rozstrzygnięć administracyjnych wydanych przez Rzecznika Praw Pacjenta. Tryb przeprowadzania kontroli, niezależnie od prowadzonych postępowań, powinien być uregulowany w celu zapewnienia przejrzystości działań oraz zabezpieczenia interesów wszystkich stron. Dotychczasowe doświadczenia wskazują na konieczność wprowadzenia przepisów, które w szczególności:

- 1) umożliwią upoważnianie przez Rzecznika Praw Pacjenta osób niebędących pracownikami Biura Rzecznika do udziału w kontroli ze względu na posiadaną wiedzę, doświadczenie lub inne potrzeby związane z przeprowadzeniem określonej kontroli;
- 2) przyznają szczególną ochronę prawną osobom dokonującym czynności kontrolnych przy wykonywaniu swoich zadań, przewidzianą w odrębnych przepisach dla funkcjonariuszy publicznych;
- 3) zapewnią kontrolującym lub osobom upoważnionym do udziału w kontroli uprawnienia do: wstępu na grunt oraz do budynków, lokali, pomieszczeń kontrolowanego podmiotu leczniczego, żądania udostępnienia dokumentacji medycznej, ich odpisów i wyciągów a także sporządzania z nich notatek, żądania od kontrolowanego lub osób przez niego upoważnionych ustnych wyjaśnień dotyczących przedmiotu kontroli;
- 4) zobowiążą każdą placówkę oraz indywidualną praktykę do przekazywania Rzecznikowi Praw Pacjenta informacji i dokumentów na żądanie Rzecznika. Żądanie powinno zawierać m.in. wskazanie zakresu żądanej informacji, wskazanie celu żądania, wskazanie terminu udzielenia odpowiedzi, pouczenie o sankcjach za nieudzielenie lub udzielenie nieprawdziwych informacji;
- 5) zapewnią korzystanie przez kontrolującego w toku kontroli z pomocy funkcjonariuszy innych organów kontroli państwowej lub Policji;
- 6) umożliwią utrwalanie przebiegu kontroli lub poszczególnych jej czynności za pomocą urządzeń rejestrujących obraz lub dźwięk;
- 7) uregulują obowiązki kontrolowanego do zapewniania kontrolującemu oraz osobom upoważnionym do udziału w kontroli warunków i środków niezbędnych

do sprawnego przeprowadzenia kontroli, a w szczególności do: zapewniania wydzielonego miejsca do przechowywania dokumentów i zabezpieczonych przedmiotów; udostępnienia środków łączności, którymi dysponuje, w zakresie niezbędnym do wykonywania czynności kontrolnych, dokonywania potwierdzenia za zgodność z oryginałem sporządzonych kopii dokumentów i wydruków (a w przypadku odmowy potwierdzenia za zgodność z oryginałem potwierdza je kontrolujący, o czym czyni wzmiankę w protokole kontroli).

W zakresie rozszerzenia katalogu przypadków, w których Rzecznik Praw Pacjenta może nałożyć na podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych karę pieniężną należy również uwzględnić sytuację, gdy po stwierdzeniu naruszenia praw pacjenta w postępowaniu wyjaśniającym podmiot leczniczy nie podjął w terminie 30 dni działań niezbędnych do zaniechania dalszego naruszania prawa pacjenta lub usunięcia skutków takiego naruszenia.

Ponadto, nałożenie kary przez Rzecznika Praw Pacjenta na podstawie art. 69 ustawy powinno obejmować nie tylko fakt nieprzekazania informacji i dokumentów, ale również przekazanie informacji nieprawdziwych lub wprowadzających w błąd, stosowanie do art. 61 ust 4.

Dodatkowo w art. 69 stanowiącym podstawę do wydania decyzji o nałożeniu kary, powinien zostać określony termin, po którego bezskutecznym upływie, Rzecznik Praw Pacjenta może karę nałożyć.

Postuluje się ponadto uzupełnienie katalogu kar pieniężnych o karę, która będzie mogła być orzeczona w przypadku zawierania porozumień przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych, powodujących utrudnienie bądź uniemożliwienie korzystania przez pacjentów ze świadczeń, w tym między innymi powodujących uniemożliwienie zawarcia kontraktu na świadczenie usług zdrowotnych – aby niniejszy czyn stanowił naruszenie praw pacjentów i podlegał karze nakładanej na poszczególne podmioty lecznicze oraz wyższej karze nakładanej na organizatora porozumienia

W kontekście pojawiających się problemów interpretacyjnych art. 27 pkt 3 w zw. z art. 26 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, w zakresie możliwości uzyskania oryginału dokumentacji medycznej przez pacjenta, uzasadniona wydaje się propozycja doprecyzowania regulacji w taki sposób, aby jednoznacznie wskazywała pacjenta lub osobę przez niego upoważnioną jako podmiot uprawniony do uzyskiwania oryginału dokumentacji.

W zakresie proponowanej przez Ministerstwo Zdrowia zmiany przepisów dotyczących wypożyczenia na zewnątrz podmiotom uprawnionym oraz pacjentowi oryginału dokumentacji medycznej, z zastrzeżeniem zwrotu po jej wykorzystaniu w ten sposób, że oryginał dokumentacji medycznej udostępniany jest jedynie do wglądu natomiast wydany na

zewnątrz jedynie w szczególnych przypadkach, gdy na podstawie odrębnych przepisów wymagane jest posługiwanie się oryginałem dokumentacji medycznej, wskazać należy, iż powyższe rozwiązanie ogranicza przyznane pacjentowi prawo do dostępu do dokumentacji medycznej, która go dotyczy. Z tego też względu rozwiązanie tego typu nie może być zaakceptowane przez Rzecznika Praw Pacjenta.

Ponadto, zasadna wydaje się zmiana ustawy polegająca na dodaniu nowego, jednoznacznego przepisu wskazującego, iż Rzecznik Praw Pacjenta za uzyskanie dokumentacji medycznej w sposób określony w art. 27 pkt 2 ustawy, tj. w formie wyciągów, odpisów lub kopii, w związku z wykonywaniem ustawowych zadań, nie ponosiłby opłat.

W obecnym stanie prawnym Rzecznik Praw Pacjenta może wystąpić do świadczeniodawcy o udostępnienie oryginałów dokumentacji medycznej, a jej kopię wykonać we własnym zakresie ponosząc przy tym znacznie mniejsze koszty aniżeli za kopię wykonaną i przesłaną przez świadczeniodawcę.

Podkreślić również należy, iż w ramach prowadzonych przez Rzecznika Praw Pacjenta postępowań wyjaśniających, z uwagi na ich charakter, dokumentacja medyczna często jest niezbędnym materiałem dowodowym, pozwalającym na merytoryczne zakończenie sprawy. Wskazać należy na zmianę zaproponowaną przez Ministerstwo Zdrowia, aby w przypadku usunięcia z ustawy zapisu umożliwiającego uzyskanie „na zewnątrz” oryginału dokumentacji medycznej zmniejszyć maksymalną kwotę jaką świadczeniodawca może obciążyć za wykonanie kopii dokumentacji.

Praktyka stosowania ustawy wskazuje również na problemy z dostępem do dokumentacji medycznej pacjenta, który nie miał możliwości (np. stan nagły z wyłączeniem świadomości) upoważnienia kogokolwiek do dostępu do jego dokumentacji medycznej. W takim przypadku pod rozwagę należy wziąć wprowadzenie regulacji przewidującej, iż jeśli pacjent w momencie przyjęcia do szpitala nie wyrazi pisemnego oświadczenia woli w zakresie dostępu do jego dokumentacji medycznej (tj. nie wskaże osoby upoważnionej lub oświadczy, iż nie upoważnia nikogo) prawo do dostępu do jego dokumentacji medycznej przysługuje małżonkowi, zstępnym, wstępnym, rodzeństwu oraz osobie pozostającej we wspólnym pożyciu. Tak określony krąg podmiotów wydaje się wyeliminować wskazane sytuacje. Podkreślenia również wymaga, iż jak wskazano przepis miałby zastosowanie jedynie w przypadku, gdy pacjent nie upoważnił nikogo do dostępu do jego dokumentacji medycznej lub nie oświadczył, iż nikogo nie upoważnia. W przypadku wskazania osoby upoważnionej lub oświadczeniu o braku upoważnienia przepis nie miałby

zastosowania, w związku z czym ww. osoby nie miałyby dostępu do dokumentacji medycznej pacjenta.

Mając powyższe na uwadze należy zatem przyjąć, iż tak sformułowana regulacja stanowiłaby pewne zabezpieczenie prawa do dostępu do dokumentacji medycznej pacjenta dla wskazanych osób, nie miałyby natomiast charakteru bezwzględne.

W odniesieniu do nieuwzględnienia przez Ministra Zdrowia propozycji umożliwienia dochodzenia roszczeń przed wojewódzkimi komisjami do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych we wszystkich podmiotach leczniczych, nie można zgodzić się, że we wszystkich przypadkach w szpitalach wykonywane są bardziej skomplikowane procedury medyczne niż w innych podmiotach leczniczych. W tym względzie należy wskazać, że przepis § 3 ust. 1 *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2011 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej* (Dz. U. Nr 111, poz. 653 z późn. zm.) określa, że świadczenia gwarantowane obejmują w szczególności procedury zabiegowe ambulatoryjne. Wykaz świadczeń gwarantowanych oraz warunki ich realizacji w przypadku procedur zabiegowych ambulatoryjnych określa załącznik nr 3 do ww. rozporządzenia. W wielu przypadkach procedury te łączą się z koniecznością dokonania skomplikowanych czynności medycznych. Są one wykonywane nie tylko w szpitalach ale również w innych podmiotach medycznych. Ponadto wiele z nich jest związanych z zastosowaniem metod inwazyjnych, a tym samym w wyniku ich przeprowadzenia może dojść do zakażenia pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta albo śmierci pacjenta.

Wprowadzenie sankcji za nieprzekazanie w terminie 30 dni stanowiska przedstawionego przez kierownika podmiotu leczniczego prowadzącego szpitala i ubezpieczyciela. Z przepisu art. 67d ust. 6 *in fine ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (Dz. U. z 2012 r., poz. 159, z późn. zm.) wynika, że kierownik podmiotu leczniczego prowadzącego szpital i ubezpieczyciel przedstawiają stanowisko w terminie 30 dni od dnia otrzymania wniosku wraz z dowodami na poparcie swojego stanowiska. Zgodnie z ostatnim zdaniem tego przepisu, nieprzedstawienie stanowiska jest równoznaczne z akceptacją wniosku w zakresie dotyczącym okoliczności w nim wskazanych oraz proponowanej wysokości odszkodowania i zadośćuczynienia. Z wykładni literalnej tego przepisu wynika, że stanowisko kierownika podmiotu leczniczego prowadzącego szpital i ubezpieczyciela może być nadesłana po upływie 30 dni. Upływ tego terminu nie rodzi automatycznie sankcji o której mowa w art. 67d ust. 6 *ww. ustawy*. Tym samym uznać należy, że zastosowany przez ustawodawcę termin 30 dni na przekazanie

stanowiska nie jest terminem zawitym, którego nie dochowanie skutkuje akceptacją wniosku pacjenta lub jego spadkobiercy.

Niemniej jednak przyjęcie przedmiotowej wykładni może rodzić negatywne konsekwencje w zakresie procedowania wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych. Przedstawienie przez kierownika podmiotu leczniczego prowadzącego szpital i ubezpieczyciela stanowiska po upływie wskazanego terminu 30 dni może mieć wpływ na szybkość przeprowadzonego postępowania, ponieważ wojewódzkie komisje do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych musiałyby czekać na przekazanie stanowiska szpitala w bliżej nie określonym terminie. Natomiast wojewódzka komisja zgodnie z art. 67j ust. 2 *ww. ustawy* wydaje orzeczenie, nie później niż w terminie 4 miesięcy od dnia złożenia wniosku.

Ponadto wątpliwości może budzić sytuacja, w której stanowisko kierownika podmiotu leczniczego prowadzącego szpital i ubezpieczyciela wpłynie po wydaniu orzeczenia przez wojewódzką komisję do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, która stosownie do dyspozycji art. 67d ust. 6 *ww. ustawy* zaakceptowała wniosek pacjenta lub jego spadkobiercy w zakresie dotyczącym okoliczności w nim wskazanych oraz proponowanej wysokości odszkodowania i zadośćuczynienia.

Wobec powyższego postuluje się zmianę przepisu art. 67d ust. 6 przez nadanie jemu następującego brzmienia:

„6. Kompletny i należycie opłacony wniosek wojewódzka komisja do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, o której mowa w art. 67e ust. 1, przekazuje niezwłocznie kierownikowi podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, z działalnością którego wiąże się wniosek, oraz ubezpieczycielowi, o którym mowa w art. 67i ust. 2 pkt 2. Kierownik tego podmiotu i ubezpieczyciel przedstawiają stanowisko w terminie 30 dni od dnia otrzymania wniosku wraz z dowodami na poparcie swojego stanowiska. Nieprzedstawienie stanowiska w powyższym terminie jest równoznaczne z akceptacją wniosku w zakresie dotyczącym okoliczności w nim wskazanych oraz proponowanej wysokości odszkodowania i zadośćuczynienia.”

Zgodnie z art. 67o *ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* w zakresie nieuregulowanym przepisami art. 67a–67m do postępowania przed wojewódzką komisją stosuje się odpowiednio przepisy art. 50, 51, 53¹, 102, 131, 133–143, 150, 156, 157–158, 162, 164–172, 173–174, art. 180 § 1 pkt 1 i 3, art. 181 pkt 2, art. 206 § 1, art. 207 § 1, art. 210–213, 216, 217, 224, 225, 227–237, 240–242, 244–257, 258–273, 277, 280–289, 299–300, 316, 350, 353, 424⁵ i 424⁸–424¹² Kodeksu postępowania cywilnego.

Wobec powyższych zastrzeżeń postuluje się usunięcie katalogu zamkniętego przepisów Kodeksu postępowania cywilnego jakie stosuje się do postępowania przed komisją wojewódzką i uregulowanie możliwości stosowania ww. przepisów odpowiednio w zakresie nieuregulowanym w *ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*.

Postuluje się wprowadzenie nowego przepisu, który dawałby podstawę wojewodzie do złożenia wniosku do Ministra Zdrowia lub Rzecznika Praw Pacjenta w zakresie powołania dodatkowego członka komisji. Powyższe uzasadnione jest znaczną ilością spraw wpływających do niektórych komisji, tj. orzekających w województwie mazowieckim, śląskim i małopolskim.

Odnosząc się do przedstawionej propozycji Ministra Zdrowia w zakresie zmiany redakcji przepisu określającego, iż komisja „powinna wydać orzeczenie w terminie 4 miesięcy od dnia złożenia wniosku” należy wskazać, iż niniejsza zmiana może powodować niezasadne przedłużanie prac komisji. Wskazać należy na uzasadnienie projektu ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw powołującej do życia wojewódzkie komisje do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, zgodnie z którym rozpatrzenie sprawy powinno trwać nie dłużej niż 3 miesiące. Proponowana zmiana Ministerstwa Zdrowia polegająca na wprowadzeniu 4 miesięcy jako terminu instrukcyjnego stanowi zaprzeczenie zasadności powołania wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych jako alternatywy dla sądów powszechnych w zakresie szybszego dochodzenia odszkodowania lub zadośćuczynienia.

Minister Zdrowia proponuje aby wprowadzić możliwość przekazania wniosku do rozpatrzenia przez inną komisję w sytuacji, gdy nie jest możliwe zebranie w danej komisji składu orzekającego w wymaganej liczbie koniecznej do rozpatrzenia sprawy (np. z powodu wyłączenia z udziału w postępowaniu).

Niemniej jednak powyższe rozwiązanie może doprowadzić do przesyłania spraw z jednej komisji do drugiej. Należy stworzyć katalog przesłanek uprawniających przekazanie sprawy do innej komisji z przyczyn obiektywnych niezależnych od członków komisji lub też rozważyć możliwość oddelegowania członka do pracy na rzecz innej komisji.

W zakresie uregulowania kwestii rozpatrywania wniosku pod względem formalnym przez przewodniczącego wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych bez zwoływania w tym celu posiedzenia i propozycji, aby przewodniczącym była osoba posiadająca wykształcenie wyższe, należy zauważyć, że w takim przypadku przewodniczącym komisji nie zostanie osoba posiadająca inne wykształcenie niż prawnicze.

Powyższe może nosić cechy dyskryminacji członków komisji w zakresie sprawowania funkcji przewodniczącego, posiadających wykształcenie inne niż prawnicze. W związku z tym proponuje się, aby poza powołaniem przewodniczącego komisji powołany był jego zastępca (wiceprzewodniczący) przy czym z warunkiem, iż jedna z tych osób posiadałaby wykształcenie prawnicze niezbędne do rozpatrzenia wniosków pod względem formalnym.

Postulat Ministra Zdrowia w pkt 13 zestawienia propozycji zmian w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta określa katalog zamknięty informacji jakie wojewódzkie komisje będą przekazywały Rzecznikowi Praw Pacjenta. Wydaje się, że przepis powinien zawierać zwrot „w szczególności” co umożliwiłoby pozyskiwanie przez Rzecznika Praw Pacjent również innych informacji niż wskazanych w tym punkcie.

Nu mer proj ektu	Tytuł	Informacje o przyczynach i potrzebie wprowadzenia rozwiązań planowanych w projekcie	Istota rozwiązań ujętych w projekcie	Organ odpowiedzialny za opracowanie projektu	Osoba odpowiedzialna (imię, nazwisko, stanowisko lub funkcja) za opracowanie projektu	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
1.	Ustawa o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz o zmianie innych ustaw	Projekt proponowanych zmian ustawy o zmianie ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r., poz. 159, z późn. zm.), jest wynikiem obserwacji problemów w stosowaniu regulacji dotyczących praw pacjenta w obecnie obowiązującym kształcie zarówno po stronie pacjentów, jak również podmiotów prowadzących działalność leczniczą oraz osób udzielających świadczeń zdrowotnych.	1) zmiana regulacji art. 4 ust. 1 i 2 ustawy polegająca na zmianie wyrażenia „zawinione naruszenia praw pacjenta” na wyrażenie „naruszenia praw pacjenta”; 2) doprecyzowanie regulacji dotyczącej udostępniania dokumentacji medycznej przez zmianę art. 27 ustawy w taki sposób, aby wprowadzić regulację jednoznacznie umożliwiającą pacjentowi lub osobie upoważnionej dostęp do dokumentacji medycznej w taki sam sposób (we wszystkich formach jej udostępniania), jak podmiotom i organom wymienionym w art. 26 ust. 3; 3) wprowadzenie regulacji przewidującej, iż jeśli pacjent w momencie przyjęcia do szpitala nie wyrazi pisemnego oświadczenia woli w zakresie dostępu do jego dokumentacji medycznej (tj. wskaże osobę upoważnioną do dostępu do dokumentacji medycznej lub oświadczy iż nie wyraża zgody na udostępnianie jego dokumentacji medycznej), przyjmuje się, że prawo do dokumentacji medycznej przysługuje małżonkowi, zastępnym, wstępnym, rodzeństwu oraz osobie	Minister Zdrowia	Sławomir Neumann, Sekretarz Stanu		Ponadto zaobserwowano ograniczenia możliwości podejmowania skutecznych działań przez Rzecznika Praw Pacjenta mających na celu ochronę praw pacjenta oraz zapobieganie naruszeniom wynikającym z braku posiadania kompetencji ustawowych				Minister Zdrowia	

1. Numer projektu	2. Tytuł	3. Informacje o przyczynach i potrzebie wprowadzenia rozwiązań planowanych w projekcie	4. Istota rozwiązań ujętych w projekcie	5. Organ odpowiedzialny za opracowanie projektu	6. Osoba odpowiedzialna (imię, nazwisko, stanowisko lub funkcja) za opracowanie projektu	7. Organ odpowiedzialny za przedłożenie projektu RM
		<p>do określonych działań.</p> <p>Celem wprowadzenia zmian jest zwiększenie ochrony pacjentów w zakresie przysługujących im praw, ułatwienie możliwości dochodzenia roszczeń oraz podniesienie skuteczności działań podejmowanych przez Rzecznika Praw Pacjenta.</p>	<p>4) pozostającej we wspólnym pojęciu; zmiana art. 28 przez wskazanie, iż Rzecznika Praw Pacjenta nie ponosi opłaty za wydanie kopii, odpisów oraz wyciągów dokumentacji medycznej w związku z prowadzonym postępowaniem;</p> <p>5) w zakresie proponowanej przez Ministerstwo Zdrowia zmiany przepisów dotyczących wypożyczenia na zewnątrz podmiotom uprawnionym oraz pacjentowi oryginału dokumentacji medycznej, z zastrzeżeniem zwrotu po jej wykorzystaniu w ten sposób że oryginał dokumentacji medycznej udostępniany jest jedynie do wglądu, natomiast wydany na zewnątrz jedynie w szczególnych przypadkach gdy na podstawie odrębnych przepisów wymagane jest postępowanie się oryginałem dokumentacji medycznej, wskazać należy, iż powyższe rozwiązanie ogranicza przyznane pacjentowi prawo do dostępu do dokumentacji medycznej, którego dotyczy. Z tego też względu rozwiązanie tego typu, nie może być zaakceptowane przez Rzecznika Praw Pacjenta.</p>			

1. Numer projektu	2. Tytuł	3. Informacje o przyczynach i potrzebie wprowadzenia rozwiązań planowanych w projekcie	4. Istota rozwiązań ujętych w projekcie	5. Organ odpowiedzialny za opracowanie projektu	6. Osoba odpowiedzialna (imię, nazwisko, stanowisko lub funkcja) za opracowanie projektu	7. Organ odpowiedzialny za przedłożenie projektu RM
			<p>Ponadto, proponuję się zmniejszenie maksymalnej kwoty jaką świadczeniodawca może obciążyć za wykonanie kopii dokumentacji;</p> <p>6) uprawnienie Rzecznika Praw Pacjenta do podejmowania działań kontrolnych planowanych z urzędu, zarówno w ramach bieżącego i zapobiegawczego nadzoru nad przestrzeganiem praw pacjenta, jak również w celu weryfikacji realizacji rozstrzygnięć administracyjnych wydanych przez Rzecznika Praw Pacjenta. Tryb przeprowadzania kontroli, niezależnie od prowadzonych postępowań, powinien być uregulowany w celu zapewnienia przejrzystości działań oraz zabezpieczenia interesów wszystkich stron;</p> <p>7) uzupełnienie katalogu kar pieniężnych o karę, która będzie mogła być orzeczona:</p> <p>a) w przypadku gdy po stwierdzeniu naruszenia prawa pacjenta w postępowaniu wyjaśniającym, podmiot leczniczy nie podjął w terminie 30 dni działań niezbędnych do zaniechania</p>			

1. Numer projektu	2. Tytuł	3. Informacje o przyczynach i potrzebie wprowadzenia rozwiązań planowanych w projekcie	4. Istota rozwiązań ujętych w projekcie	5. Organ odpowiedzialny za opracowanie projektu	6. Osoba odpowiedzialna (imię, nazwisko, stanowisko lub funkcja) za opracowanie projektu	7. Organ odpowiedzialny za przedłożenie projektu RM
			<p>dalszego naruszania prawa pacjenta lub usunięcia skutków takiego naruszenia,</p> <p>b) w przypadku zawierania porozumień przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych powodujących utrudnienie bądź uniemożliwienie korzystania przez pacjentów ze świadczeń, w tym m.in. powodujących uniemożliwienie zawarcia kontraktu na świadczenie usług zdrowotnych – proponuje się, aby niniejszy czyn stanowił naruszenie praw pacjentów i podlegał karze nakładanej na poszczególne podmioty lecznicze oraz wyższej karze nakładanej na organizatora porozumienia,</p> <p>c) w przypadku przekazania informacji nieprawdziwych lub wprowadzających w błąd żądanych przez Rzecznika Praw Pacjenta,</p> <p>8) dodatkowo w art. 69 stanowiącym podstawę do wydania decyzji o nałożeniu kary, powinien zostać określony termin po którego bezskutecznym upływie Rzecznik Praw Pacjenta może karę nałożyć;</p>			

1. Numer projektu	2. Tytuł	3. Informacje o przyczynach i potrzebie wprowadzenia rozwiązań planowanych w projekcie	4. Istota rozwiązań ujętych w projekcie	5. Organ odpowiedzialny za opracowanie projektu	6. Osoba odpowiedzialna (imię, nazwisko, stanowisko lub funkcja) za opracowanie projektu	7. Organ odpowiedzialny za przedłożenie projektu RM
			<p>9) usystematyzowanie zamiennego używania w ustawie pojęć: komisja i skład orzekający;</p> <p>10) umożliwienie dochodzenia roszczeń przed wojewódzkimi komisjami do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych we wszystkich podmiotach leczniczych, nie tylko w szpitalach;</p> <p>11) wprowadzenia możliwości odwołania członka komisji w przypadku utraty zaufania organu powołującego;</p> <p>12) wprowadzenie regulacji zobowiązujących w zakresie wprowadzenia obowiązku przekazywania Rzecznikowi Praw Pacjenta informacji dotyczących prac komisji oraz wniosków wpływających do komisji oraz sposobu ich rozpatrzenia, proponując się aby katalog przekazywanych informacji, poprzedzony został w „szczegółności”- powyższe umożliwi uzyskanie szerszych informacji aniżeli wskazane w pkt 13 przesłanego przez Ministra Zdrowia zestawienia propozycji zmian ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;</p> <p>13) odnosząc się do przedstawionej propozycji</p>			

1. Numer projektu	2. Tytuł	3. Informacje o przyczynach i potrzebie wprowadzenia rozwiązań planowanych w projekcie	4. Istota rozwiązań ujętych w projekcie	5. Organ odpowiedzialny za opracowanie projektu	6. Osoba odpowiedzialna (imię, nazwisko, stanowisko lub funkcja) za opracowanie projektu	7. Organ odpowiedzialny za przedłożenie projektu RM
			<p>przez Ministerstwo Zdrowia w zakresie zmiany redakcji przepisu określającego, iż „komisja powinna wydać orzeczenie w terminie 4 miesięcy od dnia złożenia wniosku”, należy wskazać, iż niniejsza zmiana może powodować niezasadne przedłużanie prac komisji.</p> <p>14) postuluje się zmianę przepisu art. 67d ust. 6 przez nadanie jemu następującego brzmienia: „6. <i>Kompletny i należyście opłacony wniosek wojewódzka komisja do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, o której mowa w art. 67e ust. 1, przekazuje niezwłocznie kierownikowi podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, z działalnością którego wiąże się wniosek, oraz ubezpieczycielowi, o którym mowa w art. 67i ust. 2 pkt 2. Kierownik tego podmiotu i ubezpieczyciel przedstawiają stanowisko w terminie 30 dni od dnia otrzymania wniosku wraz z dowodami na poparcie swojego stanowiska. Nieprzedstawienie stanowiska w powyższym terminie jest równoznaczne z akceptacją wniosku w zakresie dotyczącym</i></p>			

1. Numer projektu	2. Tytuł	3. Informacje o przyczynach i potrzebie wprowadzenia rozwiązań planowanych w projekcie	4. Istota rozwiązań ujętych w projekcie	5. Organ odpowiedzialny za opracowanie projektu	6. Osoba odpowiedzialna (imię, nazwisko, stanowisko lub funkcja) za opracowanie projektu	7. Organ odpowiedzialny za przedłożenie projektu RM
			<p><i>okoliczności w nim wskazanych oraz proponowanej wysokości odszkodowania i zadośćuczynienia.</i></p> <p>15) Minister Zdrowia proponuje aby wprowadzić możliwość przekazania wniosku do rozpatrzenia przez inną komisję w sytuacji, gdy nie jest możliwe zebranie w danej komisji składu orzekającego w wymaganej liczbie koniecznej do rozpatrzenia sprawy (np. z powodu wyłączenia z udziału w postępowaniu). Niemnie jednak powyższe rozwiązanie może doprowadzić do przesyłania spraw z jednej komisji do drugiej. Należy stworzyć katalog przesłanek uprawniających przekazanie sprawy do innej komisji z przyczyn obiektywnych, niezależnych od członków komisji lub też rozważyć możliwość oddelegowania członka do pracy na rzecz innej komisji.</p> <p>16) w zakresie regulowania kwestii rozpatrywania wniosków pod względem formalnym przez przewodniczącego wojewódzkiej komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych bez zwoływania</p>			

1. Numer projektu	2. Tytuł	3. Informacje o przyczynach i potrzebie wprowadzenia rozwiązań planowanych w projekcie	4. Istota rozwiązań ujętych w projekcie	5. Organ odpowiedzialny za opracowanie projektu	6. Osoba odpowiedzialna (imię, nazwisko, stanowisko lub funkcja) za opracowanie projektu	7. Organ odpowiedzialny za przedłożenie projektu RM
			<p>w tym celu posiadzenia i propozycji, aby przewodniczącym była osoba posiadająca wykształcenie wyższe, należy zauważyć że w takim przypadku przewodniczącym komisji nie zostanie osoba posiadająca inne wykształcenie niż prawnicze. Proponuje się aby poza powołaniem przewodniczącego komisji, powołany był jego zastępca (wiceprzewodniczący) przy czym z warunkiem, iż jedna z tych osób posiadałaby wykształcenie prawnicze, konieczne do rozpatrzenia wniosku pod względem formalnym.</p> <p>17) w postępowaniu przed wojewodzką komisją do spraw orzekania medycznych postuluje się wprowadzenie możliwości odpowiedniego stosowania przepisów <i>Kodeksu postępowania cywilnego</i>, w zakresie nieuregulowanym przepisami ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.</p> <p>18) proponuje się wprowadzenie nowego przepisu, który dawałby podstawę wojewodzie do złożenia wniosku do Ministra Zdrowia lub Rzecznika Praw Pacjenta w zakresie powołania</p>			

1. Numer projektu	2. Tytuł	3. Informacje o przyczynach i potrzebie wprowadzenia rozwiązań planowanych w projekcie	4. Istota rozwiązań ujętych w projekcie	5. Organ odpowiedzialny za opracowanie projektu	6. Osoba odpowiedzialna (imię, nazwisko, stanowisko lub funkcja) za opracowanie projektu	7. Organ odpowiedzialny za przedłożenie projektu RM
			<p>19) w zakresie zmian przepisów dotyczących opracowywania przez konsultantów krajowych w porozumieniu z konsultantami wojewódzkimi listy lekarzy, którzy w danej dziedzinie medycyny pracy, mogą być członkami Komisji Lekarskiej, w przypadku braku możliwości uzyskania opinii przez wojewódzką komisję w rozsądnym terminie, należy stworzyć możliwość zasięgnięcia opinii lekarza z danej dziedziny medycyny lub konsultanta wojewódzkiego także z innych województw. Ponadto, należy wyszczególnić, informacje umożliwiające kontakt ze wskazanym lekarzem, jako kontakt korespondencyjny i telefoniczny;</p> <p>20) zmiana przepisu art. 46 ust. 4 - w obecnym brzmieniu zobowiązuje aby jeden z zastępców Rzecznika posiadał co najmniej wykształcenie wyższe w dziedzinie nauk medycznych i tytuł zawodowy magistra lub równorzędny. Proponuje się aby przepis brzmiał: „<i>Jeden z zastępców Rzecznika jest obowiązany</i>”</p>			

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
Numer projektu	Tytuł	Informacje o przyczynach i potrzebie wprowadzenia rozwiązań planowanych w projekcie	Istota rozwiązań ujętych w projekcie	Organ odpowiedzialny za opracowanie projektu	Osoba odpowiedzialna (imię, nazwisko, stanowisko lub funkcja) za opracowanie projektu	Organ odpowiedzialny za przedłożenie projektu RM
			<p><i>posiadać co najmniej wykształcenie wyższe w dziedzinie nauk medycznych lub prawnych i tytuł zawodowy magistra lub równorzędny.</i></p>			