

NOWELIZACJA USTAWY O PRAWACH PACJENTA I RZECZNIKU PRAW PACJENTA

Lp.	Propozycja zmiany zgłoszona przez Rzecznika Praw Pacjenta
1.	Zmiana regulacji art. 4 ust. 1 i 2 <i>ustawy</i> polegająca na zmianie wyrażenia „zawinionego naruszenia praw pacjenta” na wyrażenie „naruszenia praw pacjenta”.
2.	Doprecyzowanie regulacji dotyczącej udostępniania dokumentacji medycznej przez zmianę art. 27 <i>ustawy</i> w taki sposób, aby wprowadzić regulację jednoznacznie umożliwiającą pacjentowi 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. nie wskaże osoby upoważnionej 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, zstępny, wstępny, rodzeństwu oraz osobie pozostającej we wspólnym pożyciu.
4.	Zmiana regulacji art. 26 ust. 2 <i>ustawy</i> , aby wskazywała jednoznacznie, iż osoba upoważniona do dostępu do dokumentacji ma prawo realizacji przedmiotowego dostępu przez wszystkie przewidziane tryby udostępniania, bez względu na okoliczność, czy jest to dostęp za życia pacjenta, czy po jego śmierci.
5.	Poszerzenie katalogu podmiotów mogących uzyskiwać dostęp do dokumentacji medycznej oraz informacji o pacjencie o studentów nauk medycznych, lekarzy oraz innego personelu medycznego w zakresie niezbędnym do celów dydaktycznych, o którym mowa w art. 36 ust. 4 <i>ustawy</i> z dnia 5 grudnia 1996 r. <i>o zawodach lekarza i lekarza dentysty</i> (Dz.U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634, z późn. zm.).
6.	Zapewnienie możliwości zlecenia przez podmioty lecznicze obsługi przez podmioty trzecie (np. obsługa teleinformatyczna, prowadzenie zewnętrznych archiwów), co wiąże się z umożliwieniem dostępu do informacji o pacjencie oraz dokumentacji medycznej. Dopuszczenie możliwości udzielania dostępu do informacji o pacjencie musi być uwarunkowane obowiązkiem stosowania odpowiednich środków bezpieczeństwa, gwarantujących ochronę praw pacjentów i minimalizujących ryzyko naruszenia tajemnicy informacji z nim związanych.
7.	Wprowadzenie nowej, jednoznacznej regulacji, zgodnie z którą opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów lub kopii, nie pobiera się w przypadku udostępniania dokumentacji medycznej w związku z wykonywaniem ustawowych zadań przez Rzecznika Praw Pacjenta.
8.	Dodanie w art. 26 ust. 3 <i>ustawy</i> regulacji, zgodnie z którą podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną również Rzecznikowi Praw Pacjenta oraz osobom upoważnionym przez Rzecznika Praw Pacjenta w zakresie niezbędnym do wykonywania ustawowych zadań Rzecznika.
9.	Uregulowanie sposobów udostępniania dokumentacji medycznej prowadzonej w formie elektronicznej oraz udostępniania kopii dokumentacji prowadzonej w formie papierowej za pomocą środków porozumiewania się na odległość (transfer danych).
10.	Zmniejszenie maksymalnej kwoty, jaką świadczeniodawca może obciążyć za wykonanie kopii dokumentacji.
11.	Uregulowanie pojęć kopia, odpis oraz wypis z dokumentacji medycznej.
12.	Uregulowanie obowiązku przejęcia przez samorząd zawodowy dokumentacji medycznej po zakończeniu indywidualnej praktyki lekarskiej (np. w wyniku śmierci lekarza) do czasu odbioru jej przez pacjenta oraz w razie powzięcia informacji o niezabezpieczeniu jej przed zniszczeniem, uszkodzeniem, utratą i dostępem osób nieuprawnionych. Samorząd zawodowy powinien otrzymać uprawnienia pozwalające na niezwłoczne zabezpieczenie dokumentacji medycznej. Informacja o przejęciu dokumentacji medycznej przez samorząd zawodowy powinna być zamieszczona w rejestrze podmiotów leczniczych.
13.	Przy ustaleniu maksymalnej opłaty za sporządzenie kopii, odpisu oraz wypisu dokumentacji medycznej należy tak zredagować przepis, aby wynikało z niego, iż w opłacie tej uwzględnia się już podatek od towarów i usług, jeżeli na podstawie odrębnych przepisów usługa udostępnienia dokumentacji medycznej podlega obciążeniu podatkiem od towarów i usług.
14.	Wyposażyć Rzecznika Praw Pacjenta w uprawnienie 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.
15.	<p>Uzupełnienie katalogu kar pieniężnych o karę, która będzie mogła być orzeczona za:</p> <ol style="list-style-type: none"> ponowne podjęcie tych samych działań, które zostały już uznane – na podstawie decyzji ostatecznej – za praktykę naruszającą zbiorowe prawa pacjenta, w takim przypadku, nawet jeśli podmiot leczniczy zaprzestanie dokonywania naruszenia, kara pieniężna zostaje nałożona, naruszenie tego samego prawa pacjenta działaniem lub rodzajem działania, które było już przedmiotem stwierdzenia naruszenia prawa innego pacjenta w postępowaniu wyjaśniającym, zawieranie 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, nieudzielenie informacji lub udzielenie nieprawdziwych lub wprowadzających w błąd informacji żądanych przez Rzecznika Praw Pacjenta, brak współdziałania w toku kontroli prowadzonej przez Rzecznika Praw Pacjenta.
16.	Zmiana przepisu art. 46 ust. 4 <i>ustawy</i> – 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 posiadać co najmniej wykształcenie wyższe w dziedzinie nauk medycznych lub prawnych i tytuł zawodowy magistra lub równorzędny.”</i>
17.	Rozszerzenie katalogu podmiotów, do których Rzecznik może wystąpić o złożenie wyjaśnień i przedstawienia akt każdej sprawy w trybie art. 52 ust. 2 pkt 2 <i>ustawy</i> o wszystkie podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych.
18.	Rozszerzenie katalogu zadań Rzecznika Praw Pacjenta w art. 47 <i>ustawy</i> przez dodanie możliwości podjęcia współpracy z podmiotami udzielającymi świadczeń zdrowotnych w celu zapewnienia pacjentom przestrzegania ich praw.
19.	<p>Uregulowanie sądowej kontroli rozstrzygnięć Rzecznika Praw Pacjenta wydanych na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 1 <i>ustawy</i> w brzmieniu: „na rozstrzygnięcie Rzecznika Praw Pacjenta wnioskodawcy przysługuje skarga do sądu administracyjnego”. W tym zakresie należy wskazać, że Rzecznik Praw Pacjenta dostrzega konieczność jednoznacznego uregulowania kontroli sądów administracyjnych rozstrzygnięć wydanych na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 1 i 2 <i>ustawy</i>. Orzecznictwo sądów administracyjnych w powyższej problematyce jest rozbieżne. W tym zakresie należy wskazać na orzeczenie Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 29 stycznia 2014 r. (sygn. akt VII SA/Wa 2268/13), w którym uwzględnił skargę wnioskodawcy w sprawie zakończonej niestwierdzeniem naruszenia praw pacjenta (art. 53 ust. 1 pkt 1 <i>ww. ustawy</i>). Jednocześnie ten sam Sąd w kolejnym orzeczeniu z dnia 30 stycznia 2014 r. (sygn. akt VII SA/Wa 2380/13) odrzucił skargę na rozstrzygnięcie Rzecznika Praw Pacjenta w przedmiocie niestwierdzenia naruszenia prawa pacjenta jako niedopuszczalną w rozumieniu art. 3 § 2 p.p.s.a.</p> <p>Zgodnie z art. 53 ust. 3 <i>ustawy</i> „w przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, wnioskodawcy przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy. Art. 127 § 3 <i>Kodeksu postępowania administracyjnego</i> stosuje się odpowiednio.” Niemniej jednak przepisy <i>ww. ustawy</i> powinny zagwarantować wnioskodawcy możliwość złożenia również skargi do sądu administracyjnego na rozstrzygnięcie Rzecznika Praw Pacjenta wydane po ponownym rozpatrzeniu sprawy. Sądowa kontrola rozstrzygnięć Rzecznika Praw Pacjenta wydanych na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 1 <i>ww. ustawy</i> w szczególności ma na celu ustalenie, czy Rzecznik Praw Pacjenta przeprowadził postępowanie zgodnie z przepisami <i>Kodeksu postępowania administracyjnego</i>, które stosuje się odpowiednio do postępowania wyjaśniającego w zakresie nieuregulowanym w art. 49 – 53 <i>ww. ustawy</i>. Niniejsza propozycja będzie więc realizacją prawa do sądu, określonego w art. 45 ust. 1 <i>Konstytucji RP</i>, zgodnie z którym każdy ma prawo do sprawiedliwego i jawnego rozpatrzenia sprawy bez nieuzasadnionej zwłoki przez właściwy, niezależny, bezstronny i niezawisły sąd. Zagwarantowanie wnioskodawcy prawa do wniesienia skargi do sądu administracyjnego na rozstrzygnięcie Rzecznika Praw Pacjenta po ponownym rozpatrzeniu sprawy wiąże się z potrzebą zapewnienia mu ochrony prawnej określonych standardów proceduralnych oraz umożliwieniu weryfikacji zastosowanych przepisów prawa materialnego.</p>
20.	W odniesieniu do przepisów związanych z funkcjonowaniem wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych usystematyzowanie zamiennego używania w ustawie pojęć: komisja i skład

	orzekający.
21.	Zmiana zasad dotyczących składów orzekających wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, w szczególności w zakresie parzystej liczby członków, co ma kluczowe znaczenie przy głosowaniu.
22.	Umożliwienie dochodzenia roszczeń przed wojewódzkimi komisjami do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych we wszystkich podmiotach leczniczych, nie tylko w szpitalach.
23.	Wprowadzenia możliwości odwołania członka wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych w przypadku utraty zaufania organu powołującego.
24.	Wprowadzenie regulacji zobowiązujących przewodniczących wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych do przekazywania na bieżąco, przynajmniej każdego miesiąca, informacji Rzecznikowi Praw Pacjenta o prowadzonych sprawach w określonym (ograniczonym) zakresie.
25.	Wprowadzenie regulacji mających na celu ustanowienie wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych administratorem danych oraz upoważnienie wojewody do przetwarzania danych zawartych w tej dokumentacji. Nadanie nowego brzmienia obecnie obowiązującemu art. 67n ustawy tak, aby jednoznacznie wskazane zostały dokumenty, które wojewoda jest obowiązany przechowywać przez okres 10 lat.
26.	Zwolnienie pacjenta z obowiązku podatkowego od kwoty odszkodowania uzyskanej w postępowaniu przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych poprzez wprowadzenie odpowiedniego zwolnienia zawartego w art. 21 ust. 1 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. z 2010 r. Nr 51, poz. 307, z późn. zm.).
27.	Pozostawienie terminu 4 miesięcy na rozpatrzenie wniosku zgłoszonego do wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych.
28.	Postuluje się zmianę przepisu art. 67d ust. 6 ustawy przez nadanie jemu następującego brzmienia: „6. 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 okoliczności w nim wskazanych oraz proponowanej wysokości odszkodowania i zadośćuczynienia.”
29.	W zakresie uregulowania kwestii rozpatrywania wniosków pod względem formalnym przez przewodniczącego wojewódzkiej komisji ds. 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. 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.
30.	W postępowaniu przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych postuluje się wprowadzenie możliwości odpowiedniego stosowania przepisów <i>Kodeksu postępowania cywilnego</i> , w zakresie nieuregulowanym przepisami ustawy.
31.	Proponuje się wprowadzenie nowego przepisu, który dawałby podstawę wojewodzie do złożenia wniosku do Ministra Zdrowia lub Rzecznika Praw Pacjenta w zakresie powołania dodatkowego członka komisji.
32.	Z uwagi na obserwowane przypadki związane z proponowaniem przez szpitale rażąco niskich kwot odszkodowań i zadośćuczynień sięgające niekiedy od kilku do kilkudziesięciu złotych Rzecznik Praw Pacjenta wniósł o rozważenie możliwości wprowadzenia minimalnej wysokości odszkodowania bądź zadośćuczynienia, w tym doprecyzowanie, że propozycja szpitala bądź ubezpieczyciela nie może być rażąco niska w odniesieniu do wysokości poniesionej przez pacjenta szkody.
33.	Wprowadzenie właściwości przemiennej wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, tj. możliwości wniesienia wniosku do komisji ze względu na miejsce zdarzenia lub podmiot rejestrujący (województwo). Obecnie właściwość miejscowa jest określana ze względu na siedzibę szpitala.
34.	Doprecyzowanie, iż zaświadczenie wydawane przez wojewódzką komisję do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych na podstawie art. 67k ust. 4 ustawy związane z nieprzedstawieniem przez ubezpieczyciela w terminie kwoty odszkodowania stanowi tytuł wykonawczy (bezpośrednie egzekucja przez komornika) – bez potrzeby nadawania przez sąd klauzuli wykonawczej. W odniesieniu do powyższej propozycji należy wskazać na wątpliwości Rzecznika Praw Pacjenta, które wzbudziły informacje, przekazane przez jednego z pacjentów. Poinformował on mianowicie

	o otrzymaniu zaświadczenia wojewódzkiej komisji do spraw przekazani o zdarzeniach medycznych, w którym stwierdzono, iż podmiot leczniczy nie przedstawił w terminie propozycji odszkodowania i zadośćuczynienia, w związku z czym został on zobowiązany do wypłaty kwoty wskazanej przez pacjenta, tj. 100 000 zł. Mając na uwadze dyspozycję art. 67k ust. 4. <i>ustawy</i> , zgodnie z którym zaświadczenie stanowi tytuł wykonawczy, pacjent skierował sprawę do komornika sądowego, celem wszczęcia postępowania egzekucyjnego. Dłużnik jednak zaskarżył wszczęcie egzekucji oraz zajęcie wierzytelności, na podstawie czego Sąd Rejonowy w Kraśniku I Wydział Cywilny (sygn. akt I Co 336/12), wydał postanowienie uchylające czynności egzekucyjne. W ocenie sądu bowiem, tytuł wykonawczy nie spełniał wymogów określonych w art. 781 § 2 <i>Kodeksu postępowania cywilnego</i> , tj. nie został zaopatrzony w sądową klauzulę wykonalności. Sąd zważył, iż zastosowanie wykładni celowościowej art. 67 k ust. 4 <i>ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta</i> nakazuje przyjąć, że zaświadczenie wojewódzkiej komisji stanowi tytuł egzekucyjny w rozumieniu art. 777 § 1 pkt 3 <i>Kodeksu postępowania cywilnego</i> , gdyż „sformułowanie, że zaświadczenie Wojewódzkiej Komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych jest tytułem wykonawczym, w zderzeniu ze sformulowaniem, iż zastosowanie do niego znajdują przepisy o nadaniu mu klauzuli wykonalności jest nieścisłością, która w ocenie Sądu wymaga dokonania interpretacji przepisu uwzględnieniem treści art. 776 kpc i art. 777 kpc”. Stanowisko to zostało podtrzymane w postanowieniu Sądu Okręgowego w Lublinie II Wydziału Cywilno Odwoławczego z dnia 24 września 2013 r. (sygn. II Cz 693/13).
35.	Stworzenie katalogu przesłanek uprawniających przekazanie sprawy do innej wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych z przyczyn obiektywnych, niezależnych od członków komisji lub też rozważenie możliwość oddelegowania członka do pracy na rzecz innej komisji.
36.	Stworzenie możliwość zasięgnięcia opinii lekarza z danej dziedziny medycyny lub konsultanta wojewódzkiego także z innych województw.
37.	Określenie warunków i sposobu przekazywania przez konsultantów krajowych listy lekarzy w danej dziedzinie medycyny, którzy mogą być członkami Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta.
38.	Wprowadzenie obowiązku poinformowania przez konsultantów krajowych lekarzy o tym, że zostali wpisani na listę kandydatów na członków Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta.
39.	Wprowadzenie obowiązku udziału lekarza powołanego przez Rzecznika Praw Pacjenta w posiedzeniu Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta – przyczyni się to do zachowania terminu 10 dniowego na wydanie orzeczenia.
40.	Przyznanie prawa do zwolnienia od pracy lekarza w dniu posiedzenia Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta na wzór członków wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych.