



SENAT RP

# ZAPIS STENOGRAFICZNY

---

---

---

**Posiedzenie**  
**Komisji Zdrowia (83.)**  
w dniu 11 grudnia 2018 r.

IX kadencja

---

Porządek obrad:

1. Rozpatrzenie ustawy o zmianie niektórych ustaw w związku z e-skierowaniem oraz listami oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (druk senacki nr 1045, druk sejmowy nr 3017, 3068 i 3068-A).
2. Rozpatrzenie ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw (druk senacki nr 1043, druki sejmowe nr 1998 i 3019).

(Początek posiedzenia o godzinie 10 minut 05)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodniczący Waldemar Kraska)

### **Przewodniczący Waldemar Kraska:**

Dzień dobry państwu. Witam państwa na osiemdziesiątym trzecim posiedzeniu senackiej Komisji Zdrowia.

W naszym programie są dzisiaj 2 punkty. Punkt pierwszy to rozpatrzenie ustawy o zmianie niektórych ustaw w związku z e-skierowaniem oraz listami oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej; druk sejmowy nr 3017. Punkt drugi to rozpatrzenie ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta; druki sejmowe nr 1998 i 3019.

Kto z państwa senatorów jest za takim porządkiem? Czy są jakieś uwagi? Nie.

Chciałbym bardzo serdecznie powitać panie i panów senatorów, a także pana ministra Janusza Cieszyńskiego oraz pana ministra Zbigniewa Króla – rozumiem, że pan minister jest do drugiej ustawy – oraz pracowników Ministerstwa Zdrowia i przedstawiciela Naczelnej Izby Lekarskiej... niestety, nazwiska nie potrafię przeczytać, bardzo po lekarzku jest napisane.

Szanowni Państwo, żeby nie przedłużać, przystępujemy do punktu pierwszego, czyli do rozpatrzenia ustawy o zmianie niektórych ustaw w związku z e-skierowaniem oraz listami oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej.

Panie Ministrze, proszę o przedstawienie założeń tej ustawy.

### **Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Janusz Cieszyński:**

Panie Przewodniczący! Szanowne Panie i Panowie Senatorowie! Szanowni Państwo!

Bardzo dziękuję za możliwość przedstawienia państwu projektu, a właściwie już ustawy uchwalonej przez Sejm o zmianie niektórych ustaw w związku z e-skierowaniem oraz listami oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej. To jest kolejny akt prawny związany z wdrażaniem rozwiązań z zakresu e-zdrowia. Zawiera on takie 3 najważniejsze elementy.

Pierwszy element dotyczy uporządkowania legislacyjnego kwestii związanych z samym skierowaniem elektronicz-

nym. Teraz trwa pilotaż i jakby w toku przygotowań do pilotażu zidentyfikowaliśmy pewne kwestie, które wymagały uporządkowania legislacyjnego. To są zmiany porządkujące. Wśród takich najważniejszych jest przede wszystkim delegacja do wydania rozporządzenia, które określi, jakie rodzaje świadczeń będą objęte tym skierowaniem elektronicznym. To także opisanie procedury na wypadek, gdy system nie działa. Oprócz tego to możliwość przekazywania tego, co dotyczy badania, na odległość. Obecnie w sytuacji, gdy ktoś nie ma konta pacjenta, tak naprawdę, jak mówi przepis, należałoby mu przekazać wydruk. My wprowadzamy taką możliwość, żeby zamiast wydruku przekazać mu po prostu to, co ten wydruk zawiera, przy czym co najmniej byłyby to albo numer skierowania, unikalny, 40-cyfrowy, albo kod niezbędny do tego, aby łącznie właśnie z numerem PESEL takiego skierowania użyć.

Druga istotna kwestia. Ponieważ e-skierowanie jest jakby nierozzerwalnie związane z listami oczekujących i ogólnie po prostu z umawianiem wizyt, chcemy też wprowadzić pewne zmiany, które w naszej ocenie uelastycznia zarządzanie. One uelastycznia zarządzanie przyjęciami pacjentów, którzy są właśnie objęci listami oczekujących. W szczególności chodzi tutaj o to, żeby dać możliwość odejścia od tej dzisiejszej, można powiedzieć, niezyciowej regulacji, która mówi, że w sytuacji, w której jest lista oczekujących, tak naprawdę w momencie, w którym pacjent rezygnuje ze świadczenia, mówi, że z jakiegoś powodu się na nie nie stawi, zgodnie z obowiązującymi przepisami powinniśmy całą kolejkę przesunąć o, można powiedzieć, jedno oczko, czyli każdego o jedno miejsce, i co więcej, każdą osobę w tej kolejce pisemnie poinformować o tym, że to zrobiliśmy. To w praktyce zarządzania jakąkolwiek placówką prowadzącą działalność leczniczą byłoby absolutnie gigantycznym biurokratycznym obciążeniem. My uważamy, że to jest niezasadne. Ponadto w naszej ocenie korzyść dla pacjenta, który w wyniku takiego przesunięcia może skorzystać z wizyty o to jedno oczko szybciej, czyli powiedzmy, o 30 minut, godzinę, nie jest na tyle duża, żeby ona była warta tego, żeby pacjentowi dezorganizować życie – no bo często jest tak, że jesteśmy już gdzieś umówieni, mamy jakieś plany – dlatego wprowadzamy taką możliwość, żeby elastycznie na te miejsca wpisywać osoby, które mają pierwotny termin świadczenia ustalony na 7–30 dni od tego terminu, który się zwalnia. Z jednej strony to już jest realna korzyść, bo możemy być o tydzień wcześniej przyjęci, a z drugiej strony dajemy to górne ogra-

niczenie „do 30 dni” w celu uniknięcia sytuacji, w której by się pojawiły jakieś niepożądane zjawiska.

Oprócz tego wprowadzamy nowość do przepisu. To już jakby istnieje w każdej placówce, która rzeczywiście prowadzi działalność, zapisuje osoby na konkretne godziny, czyli harmonogram świadczeń czy udzielania świadczeń. I w ramach tego harmonogramu świadczeń... On wygląda dokładnie tak jak obecnie listy oczekujących, tylko że lista oczekujących jest prowadzona wyłącznie w przypadku pacjentów pierwszorazowych, a harmonogram będzie pokazywał informacje o wszystkich wizytach, także tych – przede wszystkim tych w porównaniu ze stanem obecnym – które są realizowane zgodnie z planem leczenia.

Ponadto prosimy świadczeniodawców o to, żeby raz na miesiąc przekazywali nam informacje o tym, jakie wystąpiły przepływy w ramach tych harmonogramów, właśnie z podziałem na różne kategorie. To nam pozwoli znacznie lepiej obserwować, analizować to, co się dzieje w systemie, ponieważ dzisiaj takich informacji po prostu nie mamy i to też utrudnia zarządzanie na poziomie całego systemu. Jeżeli chcemy, a na pewno chcemy, bo to jest podstawowe oczekiwanie pacjentów, skrócić czas oczekiwania na udzielenie świadczenia, to powinniśmy zacząć od tego, żeby lepiej inwentaryzować te przepływy, które występują w systemie.

Oprócz tego, zgodnie z postulatami pacjentów, oczekujemy, że w przypadku sprawozdawania terminu następnego dostępnego świadczenia... To będzie sprawozdawane każdego dnia roboczego, przy czym ze względu na to, że w toku konsultacji i uzgodnień wpłynęły do nas liczne głosy, że wiele placówek jest do tego jeszcze nieprzygotowanych, proponujemy umożliwienie dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wyrażenia zgody na to, żeby jednak pozostać przy trybie cotygodniowym. W naszej ocenie to pozwoli tym placówkom, dla których to mogłoby być obciążenie nieproporcjonalne do skali działalności i możliwości technicznych, na nieprzyrastanie tych obowiązków biurokratycznych, no a ci, którzy mogą, będą mieli możliwość sprawozdawania tego codziennie i pacjenci będą mieli aktualne informacje. A jak ważne są te aktualne informacje, przekonaliśmy się przy okazji udostępnienia przez Narodowy Fundusz Zdrowia nowej odsłony portalu, który teraz jest dostępny pod adresem: terminyleczenia.nfz.gov.pl. W ramach tego portalu można uzyskać informacje o tym, kiedy jest następny termin udzielenia świadczeń. Pacjenci skorzystali z nowej usługi i natychmiast stwierdzili, że te dane nie są aktualne, i to w ich oczach podrywa wiarygodność tego całego systemu. My chcielibyśmy, żeby te dane były jak najbardziej aktualne, i dlatego taką propozycję przedłożyliśmy.

Oprócz tego trzecim najważniejszym elementem tej ustawy jest to, że farmaceuci otrzymają specjalne wsparcie finansowe związane z tym, że apteki już od 1 stycznia będą podłączone do systemu P1. Chcemy, żeby w związku z tym wszystkie apteki, które jeszcze nie są gotowe od strony technologicznej, nie kupiły niezbędnego sprzętu i oprogramowania, miały możliwość, żeby to zrobić. W związku z tym zaproponowaliśmy taki mechanizm, który pozwala uzyskać wsparcie na koszty poniesione w związku z wyposażeniem aptek w sprzęt informa-

tyczny, czyli w oprogramowanie, sprzęt, osprzęt, nabyty w 2018 r. To dotyczy całego roku, tak że ci farmaceuci, którzy przed tym, jak w ogóle rozmawialiśmy o tym, takie inwestycje poczynili, nie będą poszkodowani. W naszej ocenie dzięki temu wsparciu, którego łączna wartość wyniesie ok. 15 milionów zł, będą mogli się dostosować. A to jest istotne nie tylko w kontekście e-recepty, nie tylko w kontekście systemu P1, ale przede wszystkim w kontekście bezpieczeństwa danych, które przetwarzają apteki na co dzień. W naszej ocenie jeżeli będziemy mogli takiego wsparcia udzielić, to będziemy też pewni, że w ten nowy rok wejdziemy już gotowi i tak przygotowani, żeby nie było żadnych wątpliwości co do tego, że każdy, kto chciał, mógł odpowiednie zakupy poczynić.

Dziękuję bardzo. Jeżeli są jakiegokolwiek pytania, to pozostają do państwa dyspozycji.

### **Przewodniczący Waldemar Kraska:**

Dziękuję, Panie Ministrze.

Teraz proszę pana legislatora o uwagi do tej ustawy.

### **Starszy Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Mirosław Reszczyński:**

Szanowny Panie Przewodniczący! Wysoka Komisjo! Panie Ministrze! Szanowni Goście!

Biuro zgłosiło 2 uwagi do omawianej ustawy. Uwagi te nie zawierają propozycji poprawek ze względu na to, że materia podnoszona w uwagach nie skutkuje tym, że ustawa nie mogłaby być stosowana.

Pierwsza uwaga dotyczy tytułu nowelizacji. Zwracamy uwagę na to, że zgodnie z §18 ust. 1 zasad techniki prawodawczej co prawda przedmiot ustawy należy określić zwięźle w tytule ustawy, jednak należy w nim poinformować o wszystkich podstawowych sprawach będących przedmiotem danego unormowania. Tytuł omawianej ustawy wydaje się przesądzać, że jej materia jest modyfikacja szeregu ustaw jedynie w zakresie związanym z e-skierowaniem oraz listami oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej. Wydaje nam się, że zakres ustawy jest szerszy. Ponadto mam drobną uwagę redakcyjną. W tytule ustawy posłużono się zwrotem o charakterze publicystycznym „e-skierowanie”, a w naszej opinii powinno być to sformułowanie ustawowe „skierowanie w postaci elektronicznej”.

Druga uwaga dotyczy art. 13 pkt 1. Chodzi o termin wejścia w życie tego przepisu. Jest to 31 grudnia 2018 r. Ja tylko skrótowo przedstawię nasze wątpliwości. Chodzi o zapewnienie odpowiedniego *vacatio legis* oraz umożliwienie prezydentowi wykorzystania pełnego, 21-dniowego terminu na wyrażenie stanowiska co do ustawy. Ze względu na kalendarz prac nad ustawą ten warunek wydaje się nie być spełniony. Dziękuję bardzo.

### **Przewodniczący Waldemar Kraska:**

Dziękuję bardzo.

Czy pan minister chciałby do tego się odnieść?

**Podsekretarz Stanu  
w Ministerstwie Zdrowia  
Janusz Cieszyński:**

Tak, pokrótce.

Jeżeli chodzi o te uwagi co do tytułu, to w naszej ocenie ten tytuł – co do tego była dyskusja podczas prac w Sejmie – jednak oddaje co do zasady to, o czym stanowi ustawa.

A jeżeli chodzi o *vacatio legis*, to charakter tych przepisów jest taki, że my proponujemy takie *vacatio legis*, które jest wymagane do tego, żeby rzeczywiście ta ustawa się wykonała. Jeżeli byśmy zaproponowali inne, to ona by nie miała szans się wykonać. Będziemy się zwracać do pana prezydenta, jeżeli Wysoki Senat zechce zaakceptować tę ustawę, żeby pan prezydent zgodził się na to, aby podpisać ją tak, żeby była możliwość wykonania się tego terminu.

**Przewodniczący Waldemar Kraska:**

Dziękuję, Panie Ministrze.

Teraz przystępujemy do pytań.

Może ja zacznę, jeżeli oczywiście można. Panie Ministrze, ja mam 2 pytania.

Gdyby pan jeszcze raz przypomniał – bo wiem, że w tej chwili trwa pilotaż tej ustawy, e-skierowania – jak to przebiega w tej chwili, czy są jakieś problemy i jakie państwo wyciągacie z tego wnioski...

Posiedzenie naszej komisji jest transmitowane przez internet, a wiele osób ciągle jeszcze pyta, jak to będzie: przychodzi pacjent do lekarza, dostaje e-skierowanie i co dalej? Gdyby pan mógł jeszcze raz to przypomnieć... Dziękuję.

**Podsekretarz Stanu  
w Ministerstwie Zdrowia  
Janusz Cieszyński:**

Dziękuję bardzo.

Jeżeli chodzi o to, jak przebiega pilotaż, to on się rozpoczął w połowie października i rzeczywiście odbywa się w takim zakresie jak na początku pilotaż e-recepty, czyli integracji systemów dostawców z naszym systemem. My w połowie października udostępniłyśmy nasz system, daliśmy im do dyspozycji. W związku z tym chcemy, żeby teraz, najlepiej jeszcze w tym roku to pierwsze e-skierowanie dla takiego rzeczywistego pacjenta zostało wystawione. Wygląda na to, że to się uda. Mamy już potwierdzenie od jednego dostawcy, że ma gotowy system, tak że wedle wszelkiego prawdopodobieństwa to się zrealizuje.

Jeżeli zaś chodzi o praktyczną stronę tego, jak e-skierowanie będzie funkcjonować, to plan jest taki, że podobnie jak w przypadku e-recepty... Tak jak dzisiaj otrzymujemy w gabinecie skierowanie papierowe, otrzymamy skierowanie w formie elektronicznej, które zostanie zapisane w systemie. W związku z tym to skierowanie zapisane w systemie od momentu zapisu będzie dostępne w każdym systemie innego świadczeniodawcy, który może być realizatorem tego skierowania, a co za tym idzie, możliwe stanie się jego pobranie. To będzie możliwe albo po podaniu 40-cyfrowego kodu skierowania, który można np. zeskanować albo wpisać z wydruku, albo po podaniu nu-

meru PESEL i 4-cyfrowego kodu zabezpieczającego, bo na podstawie tego można uzyskać dostęp do skierowania i taki zapis zrealizować. Tak więc już nie będzie konieczne osobiste przekazanie papierowego dokumentu, tylko po prostu on będzie transmitowany za pomocą naszego systemu.

(*Przewodniczący Waldemar Kraska: A pacjent ewentualnie będzie powiadamiany, gdzie to skierowanie doszło, jaki jest termin oczekiwania?*)

To znaczy zapis może wyglądać dokładnie tak samo jak dzisiaj, z tą różnicą, że np. jeżeli e-skierowanie zostanie przekazane do placówki... Będzie można się zarejestrować już wyłącznie telefonicznie bez konieczności udawania się do placówki z dokumentem skierowania. Podobnie będzie można się zapisać przez internet, wyłącznie podając dane niezbędne do zidentyfikowania skierowania. Informacja o tym, że skierowanie zostało zablokowane, przyjęte do realizacji będzie widoczna na internetowym koncie pacjenta. Tak że te wszystkie informacje są dostępne.

**Przewodniczący Waldemar Kraska:**

Dziękuję bardzo.

Pan senator Grodzki. Proszę.

**Senator Tomasz Grodzki:**

Dziękuję bardzo.

Panie Przewodniczący! Panowie Ministrowie! Panie i Panowie Senatorowie! Szanowni Goście!

Ja mam co najmniej kilka wątpliwości, tak że jeżeli pan przewodniczący pozwoli, to może nie wszystko od razu powiem. Od spraw drobnych przejdę do większych.

Digitalizacja czy elektronizacja medycyny jest nieodwracalna i co do tego chyba nikt nie ma wątpliwości. Tylko że trochę bezmyślnie kopiujemy wzorce z Zachodu, gdzie lekarz jest traktowany jako pewnego rodzaju lotnikowiec otoczony flotyllą pomocniczą. Bo u nas te wszystkie obciążenia spadają na nas. Nigdy nie używam osobistych przykładów, ale tym razem powiem, że dla mnie e-zwolnienie oznacza dociążenie, bo do tej pory wypisywała to sekretarka, a ja tylko to przeglądałem i podpisywałem, teraz zaś muszę to wypisywać sam, bo one nie chcą być asystentkami medycznymi, a jeżeli chcą, to chcą, żeby im za to zapłacić. Już pomijam to, że w pierwszym dniu roboczym obowiązywania e-zwolnień wystawienie jednego zwolnienia zajęło mi 38 minut, bo to kółko latało między punktami 1, 2, 3, 4, 5 i 6, podczas gdy wystawienie go na papierze zajmuje 30 sekund.

Mój pilotaż e-zwolnień pokazuje, że ludzie, którzy często... To tak, jakbyście panowie nie wiedzieli – nie sądzę, że pan minister Radziwiłł, bo on jest praktykiem – jak to się odbywa. Czasami przychodzi do nas pacjent, który nie wie dobrze, jak się nazywa, a tym bardziej nie ma pojęcia o systemie elektronicznym i mówi: ja zapomnę, ile ja mam tego zwolnienia, niech mi pan wydrukuje. I tak samo będzie z e-skierowaniami: niech mi pan to gdzieś zapisze, bo ja zapomnę, gdzie ja mam iść.

I tu przechodzę do sprawy bardziej istotnej. Otóż w zasadzie tymi e-skierowaniami zabieramy pacjentowi prawo wyboru świadczeniodawcy. Do tej pory wystawialiśmy skierowanie np. do pulmonologa, nie wskazując konkret-

nie... czy do poradni pulmonologicznej, a chory robił wywiad, który lekarz jest lepszy, który gorszy, i mógł dokonać wyboru. W tej chwili ten wybór zostaje mu zabrany, bo e-skierowanie, jak idzie w jedno miejsce, to już nigdzie więcej. I to jest dla mnie...

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

No ale gdy się raz zapisze, to już potem nie może tego zmienić, bo to skierowanie trzeba skasować i wystawić nowe, nie można go zmodyfikować. No, tak przynajmniej tu jest napisane.

Koleczy, zwłaszcza z poradni, sygnalizują mi np. pewien banalny problem, i prosiłbym, żeby pan minister do tego się odniósł. W art. 4... przepraszam, nie w art. 4, tylko w artykule... Tak, to jest art. 4 zmiana druga ust. 8: wpisów do harmonogramu przyjęć dokonuje się każdego dnia. Koleczy sygnalizują, że to nie jest takie proste, bo to jest kolejna czynność administracyjna. Ja tego nie robiłem – uczciwie mówię – ale ci, którzy to robią, mówią, że to zajmuje kolejne kilka czy kilkanaście minut, i proszą, żeby zmienić ten zapis na: co najmniej raz w tygodniu. Wtedy on będzie mógł to zrobić w dniu, kiedy ma trochę mniej pacjentów, a nie wtedy, gdy czarny tłum kłębi się w poczekalni. Prosiłbym o uwzględnienie tego.

I moje ostatnie zastrzeżenie w tej chwili, prosiłbym, żeby pan minister do niego się odniósł. Jaki jest stopień informatyzacji naszego systemu, wiemy: gdzieś jest świetny, gdzieś jest beznadziejny, w większości przypadków jest średni. Dlaczego tylko farmaceuci mają dostać bonus finansowy na doposażenie czy poprawę swojej informatyzacji, a cały system nie? O ile mi wiadomo, w Sejmie w Komisji Zdrowia była składana poprawka mówiąca o 50 milionach zł przeznaczonych na poprawę stopnia informatyzacji, wymianę serwerów, wymianę starych komputerów. Bo dyrekcje szpitali czy przychodni nie są szczególnie chętne, kiedy mają rosnące żądania płacowe itd., co do wymiany tzw. parku maszynowego, a to powoduje, że ten park maszynowy z przeróżnych przyczyn działa różnie: raz dobrze, raz słabo. Chciałbym, żebyśmy zastanowili się, czy nie zgłosić poprawki dotyczącej finansów, a mianowicie jednorazowego przeznaczenia 50 milionów zł na usprawnienie, uzupełnienie braków informatycznych w jednostkach, tak aby to działało od początku sprawnie, a nie było robione po polsku czy po rosyjsku „razwidką bojem”, na zasadzie, że się zobaczy, jak to będzie. Bo pierwszy dzień obowiązywania e-recept był katastrofą. Teraz na gwałt te serwery się poprawia, wymienia i jest trochę lepiej.

### **Przewodniczący Waldemar Kraska:**

Proszę, Panie Ministrze, o odpowiedź.

### **Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Janusz Cieszyński:**

Bardzo dziękuję za te pytania. Myślę, że one są bardzo dobre przede wszystkim dlatego, że ilustrują obawy, które słyszymy z wielu stron, ze strony lekarzy, ze strony pacjentów, tak że bardzo chętnie do nich wszystkich się odniosę.

Otóż jeżeli chodzi o wątpliwość, którą pan senator przedstawił, dotyczącą tego, że pacjent może zapomnieć terminu, to powiem, że jest tak, że każdemu pacjentowi, który tylko będzie miał takie życzenie, dajemy możliwość poproszenia o wydruk, na którym wszystkie informacje się znajdują.

Absolutnie nie jest też prawdą, że to zabiera możliwość wyboru. E-skierowanie działa dokładnie tak samo jak skierowanie zwykłe, czyli...

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Tak, tak, potwierdzam.

...I to pacjent decyduje, u kogo chce to skierowanie zrealizować. Tak że nie ma jakichkolwiek zmian w tym zakresie. Zmiana jest bardziej, można powiedzieć, organizacyjna, taka usprawniająca, mianowicie w celu poprawy wiarygodności, bezpieczeństwa i dla prostoty obrotu te dokumenty są po prostu w formie elektronicznej, a nie papierowej.

Jeżeli chodzi o trzecią kwestię, czyli możliwość dokonywania wpisu do harmonogramu przyjęć nie każdego dnia, to tutaj...

*(Senator Tomasz Grodzki: Nie codziennie.)*

Tak, tak, nie codziennie.

To jest przepis, który jest tożsamy z przepisem dotyczącym list oczekujących. Dzisiaj jest tak, że w momencie, w którym chciałby pan się zapisać na listę oczekujących... Każdy podmiot, który ma kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia, jest zobowiązany do tego, żeby takie zapisy realizować każdego dnia, kiedy świadczy usługi. Tak więc nie ma takiej możliwości, że ktoś odmówi panu, o ile ten ktoś oczywiście realizuje te świadczenia ze środków publicznych, bo jeżeli ktoś realizuje je wyłącznie w sektorze prywatnym, to oczywiście może sobie zorganizować pracę wedle uznania. Oczekiwanie ustawodawcy jest takie, że jeżeli ktoś decyduje się korzystać ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, to... W celu uniknięcia niepożądanych zjawisk chcemy, żeby zawsze, kiedy jest otwarta placówka, były przyjmowane zapisy, co wydaje się w naszej ocenie dość...

*(Senator Tomasz Grodzki: Zapisy tak, ale chodzi o wpisy do systemu. Tu może być...)*

Ale to jest...

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Ale harmonogram...

*(Senator Tomasz Grodzki: Do tej pory to wystawiała pani Hela, on tylko przybijał pieczęć. Teraz musi tym się zająć i...)*

Panie Senatorze, to jest dokładnie... Nie jest to zdefiniowane co do imienia, że będzie to pani Hela, ale będzie to dokładnie ta sama osoba, ponieważ, tak jak mówiłem, harmonogram przyjęć to jest de facto to, co już każda placówka prowadzi, czyli harmonogram pokazujący to, kiedy na daną wizytę ktoś się zapisał. Tu jeszcze doprecyzowujemy, że jeżeli ktoś się zgłasza drogą elektroniczną, to może to zrobić w dowolnym czasie, ponieważ do tej pory była pewna luka w przepisach, ponieważ przy czytaniu literalnym wynikałoby z nich, że e-rejestracja może funkcjonować wyłącznie w godzinach pracy, co było po prostu niedostosowaniem do tego, że są techniki informatyczne, które umożliwiają robienie tego właściwie 24 godziny na dobę.

Jeżeli chodzi o ostatnie pytanie, to tak, rzeczywiście, w toku prac sejmowych pojawiły się 2 poprawki, które należy rozpatrywać łącznie, ponieważ one dotyczyły... Jedna z nich dotyczyła podatku dochodowego od osób prawnych, a druga z nich dotyczyła – to te 50 milionów, o których pan senator wspominał – SP ZOZ-ów, które nie płacą podatków, wobec czego wpływ ustaw podatkowych na nie byłby znikomy. Ja bym tylko chciał zauważyć, że ten zestaw poprawek, bo trudno rozpatrywać je rozłącznie, stanowi rażącą dyskryminację większości podmiotów prowadzących działalność leczniczą w Polsce, ponieważ większość podmiotów prowadzących działalność leczniczą, jeżeli sobie popatrzymy ilościowo, to są podmioty, które są prowadzone czy to w formie jednoosobowej działalności gospodarczej – to indywidualne praktyki – czy to w formie spółek osobowych, takich jak np. spółka partnerska czy spółka cywilna. I te podmioty są co do zasady podatnikami podatku dochodowego od osób fizycznych.

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

A przedłożona Sejmowi poprawka dotyczyła wyłączenie podatku dochodowego od osób prawnych. Tak więc należałoby się zastanowić, w czym interesie jest to, że z tej poprawki, która została zgłoszona w Sejmie, skorzystają wyłącznie korporacje, a nie skorzystają co do zasady mali polscy przedsiębiorcy, którzy są podatnikami podatku dochodowego od osób fizycznych. Ja nie znam odpowiedzi na to pytanie, chociaż wiele osób, z którymi rozmawiałem po tym, jak ta poprawka została zgłoszona, mówiło mi, że ta odpowiedź się nasuwa sama. Dlatego ja bym był ostrożny w takim pospiesznym zgłaszaniu tego typu zmian do ustaw podatkowych i do ustaw, które mają skutki finansowe, szczególnie że warto przypomnieć, że na informatyzację systemu ochrony zdrowia, nie tylko w tym roku, ale także w latach ubiegłych i, jak planujemy, w latach nadchodzących, wydajemy bardzo duże środki. Nawet ostatnio, na dniach w gazetach były artykuły o tym, że na końcówkę tego i cały przyszły rok jest planowany wysyp inwestycji w e-zdrowie i one są finansowane z kilku źródeł.

Jeżeli chodzi o środki, które przeznacza rząd, to też warto pamiętać o tym, że w tym roku, gdy się zsumuje wsparcie dla farmaceutów oraz dla lekarzy rodzinnych, które też zostało w tym roku dla nich przeznaczone, na wsparcie na informatyzację przeznaczyliśmy 2-krotnie więcej pieniędzy, niż przeznaczyliśmy na rozwój systemu centralnego. To jest bezprecedensowa, niespotykana do tej pory sytuacja. Zawsze do tej pory, przez wiele lat realizacji systemu P1 w latach 2008–2015 było tak, że te środki były przeznaczane po prostu na budowę systemu. Teraz środki idą na to, żeby wspierać użytkowników tego systemu w tym, żeby się do niego dostosowali. Tak że otrzymali wsparcie – jak się wydaje, na dość atrakcyjnym poziomie, ponieważ wygląda na to, że ono może nie zostać w 100% wykorzystane – lekarze rodinni. Otrzymują wsparcie farmaceuci właśnie w tej ustawie. Oprócz tego otrzymali bardzo duże wsparcie w ramach regionalnych programów operacyjnych i wojewódzkich, takich programów e-zdrowia, szpitalnicy. I tu poszły... To jest ciekawe, bo bardzo dużo się mówi o tym, ile środków poszło na system P1, a niewiele się mówi o tym, że jakby zsumować wydatki,

które poszły na te wojewódzkie programy e-zdrowia, to się okaże, że one prawdopodobnie przekroczą koszty wdrożenia P1, a wygląda na to, że dzięki temu, że przez ostatnie 3 lata w zakresie P1 wykonano bardzo intensywną pracę, rezultaty P1 będą znacznie, znacznie lepsze niż tych programów wojewódzkich. Na szczęście one są akurat bardzo rozbudowane w zakresie tego komponentu sprzętowego i dzięki temu możemy liczyć na to, że bardzo wiele szpitali otrzyma taki sprzęt.

I tak naprawdę pozostaje jeszcze jedna grupa, która rzeczywiście takiego wsparcia do tego momentu nie otrzymała. To są po prostu poradnie specjalistyczne, które nie funkcjonują przy szpitalach. I tu rzeczywiście mamy dylemat, bo dysponujemy jakimiś ograniczonymi środkami na to, a w naszej ocenie to jest taka grupa, w której efektywność wydatkowania, jeżeli patrzymy na liczbę generowanych dokumentów elektronicznych, będzie najniższa. Tak że my mamy w przyszłym roku zarezerwowane ok. 20 milionów zł na wsparcie informatyzacji i popatrzymy na to, jaka była teraz efektywność wykorzystania tych środków przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, i na podstawie tego podejmiemy decyzję, gdzie skierować środki w przyszłym roku. W naszej ocenie, gdy patrzy się na cały system przez pryzmat tego, ile dokumentów elektronicznych i gdzie jest wystawianych, wygląda na to, że zasadnicza większość tego wolumenu jest pokryta różnymi rodzajami wsparcia, za które w większości odpowiada rząd. Tak że w naszej ocenie na tym etapie, po pierwsze, informatyzacji, a po drugie, procedowania tej ustawy dokładanie takich poprawek nie jest zasadne. No ale oczywiście to pozostaje w gestii pań i panów senatorów.

Jeszcze chciałbym się odwołać do kwestii zwolnień elektronicznych. Pan senator wskazuje, że były problemy z funkcjonowaniem systemu. Rzeczywiście pierwszego dnia było pewne spowolnienie. Chciałbym jednak powiedzieć, że wczoraj liczba zwolnień elektronicznych była jeszcze większa niż tydzień temu, było ich 160 tysięcy, czyli o 10 tysięcy więcej, a poniedziałek to zawsze jest taki szczytowy dzień, i nie było żadnych problemów, nie było żadnych spowolnień. Wydaje się, że udało się to wprowadzić. Oczywiście były pewne problemy. Ale jeżeli popatrzymy na liczby, to zobaczymy, że w tym pierwszym tygodniu wystawiono ok. 0,5 miliona zwolnień, z czego raptem 1 tysiąc czy trochę ponad 1 tysiąc trafiło do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w postaci papierowej. Z tego 1 tysiąca chyba tylko trochę ponad 100 było na tych drukach, które przygotowało porozumienie organizacji lekarskich, a pozostałe były na tych niewykorzystanych wcześniej drukach ZLA Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Niewątpliwie to była duża zmiana, a nigdy duże zmiany nie odbywają się, można powiedzieć, bez jakichkolwiek turbulencji, jednak wydaje się, że skala zakłóceń była bardzo niewielka i liczby to jasno pokazują. Dziękuję bardzo.

### **Przewodniczący Waldemar Kraska:**

Dziękuję, Panie Ministrze.

No oczywiście, tak jak pan powiedział, zawsze jak się wprowadza coś nowego, to na początku może to sprawiać kłopot i wywoływać pewne obawy, szczególnie lekarzy,

ale myślę, że to jest nieuniknione i musimy się nad tym pochylić.

(*Senator Konstanty Radziwiłł*: Przepraszam, czy...)

Pan minister Radziwiłł. Proszę.

### **Senator Konstanty Radziwiłł:**

Dziękuję bardzo.

Kwestia tych elektronicznych druków e-ZLA jest luźno związana z ustawą, o której mówimy, ale nie mogę się powstrzymać od komentarza do słów, które padły ze strony pana senatora Grodzkiego.

Panie Senatorze, przede wszystkim ustawa, która przesądziła o tym, że będziemy wystawiać druki elektroniczne, ma już – nie pamiętam dokładnie – 4, 5 albo więcej lat. I naprawdę było dużo czasu, żeby do niej się przygotować. Naprawdę było dużo czasu. Mówię to właśnie, tak jak pan powiedział, jako praktyk, bo ja te zwolnienia wystawiam, i to nie od 1 grudnia, tylko dużo wcześniej. I zapewniam pana, że... No, może wystawienie pierwszego e-zwolnienia zajęło panu 38 minut. Ale jeszcze sprawdziłem to na wszelki wypadek. W czasie, kiedy pan mówił, w czasie znacznie krótszym, niż ten, w którym pan mówił, wystawiłem zwolnienie sobie, nie wysłałem go, ale sprawdziłem, czy to działa, żeby nie było wątpliwości. Robiłem to, ale tak naprawdę dużo dłużej, niż to się robi w rzeczywistości, dlatego że tutaj nie wchodzi do swojego systemu gabinetowego w swoim komputerze, tylko wchodzi przez platformę ZUS-owską, a to trwa dłużej i jest mniej korzystne, ale to naprawdę nie zajmuje czasu. To jest tak przyjazne, że niezależnie od tego, czy to robi asystentka, czy sam lekarz... W większości robią to lekarze POZ – powiedzmy w ten sposób – a nie profesorowie torakochirurgii, Panie Profesorze.

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Najczęściej robią to lekarze POZ i naprawdę nie jest to problem. W momencie, kiedy to jest częścią aplikacji gabinetowej, a w tej chwili, jak mi się wydaje... Może pan minister wie, jak to jest, ale np. aplikacja, z której ja korzystam, nie miała tego od 1 grudnia, tylko od drugiego czy trzeciego. Wcześniej rzeczywiście wystawialiśmy to przez portal ZUS i trwało to ciut dłużej, ale naprawdę tylko ciut dłużej. A w tej chwili, kiedy wystawia się to z aplikacji gabinetowej... Myślę, że przytłaczająca większość lekarzy POZ ma komputer na biurku, więc to nawet nie jest kwestia komputera w przychodni. Wszyscy ci, których znam, mają komputer na biurku i korzystają z aplikacji gabinetowych czy programów gabinetowych. Tak że to naprawdę jest żaden problem i to działa. Oczywiście, jak każdy system... Czasem się zdarza, że jedziemy o 12.00 w nocy zatankować na stację benzynową, a tam się okazuje, że jest 15 minut przerwy. No, każdy z nas na pewno się rozbił o to, prawda? Po prostu to tak jest. Czasem długopis się wypisze, nie ma drugiego i też trzeba zrobić przerwę i poszukać innego. Nie zdarzyło się to panu? Mnie się to zdarzyło, w erze długopisowej, bo w tej chwili prawie się nie używa długopisów. Moim zdaniem naprawdę dzisiaj... Jeszcze jakiś czas temu, kiedy nie było wiadomo itd... Bo przecież ten program nie ruszył 1 grudnia, tylko dużo wcześniej, ale powiedzmy, że nie wszyscy wiedzieli, więc jeszcze ta nieświadomość

mogła być jakimś usprawiedliwieniem krytyki. Dzisiaj, moim zdaniem, po prostu trzeba dostrzegać, że jest czytelniej, łatwiej, z całą pewnością jednoznacznie.

No i co tu dużo mówić, my w Polsce mamy jeden wielki problem, mamy problem lewych zwolnień i nie można na to zamykać oczu. To jest problem praworządności w państwie. Państwo, które toleruje tak straszną patologię, jaką są lewe zwolnienia na taką skalę... I nawet nie mówię już o tych niby-strajkach. Bo ja bym oczekiwał, to tak przy okazji, Panie Mecenasie – tym razem Naczelną Izbę Lekarską reprezentuje prawnik, ale nie lekarz, to tak à propos tego pisma lekarskiego, Panie Przewodniczący – że Naczelna Izba Lekarska jednoznacznie potępi praktykę wystawiania przez lekarzy masowo zwolnień osobom, które niby strajkują. Bo to jest po prostu jakiś wielki problem, z jakim w tej chwili się stykamy. Strajk – oczywiście tak, jest określona procedura, kiedy można strajkować, i każdy ma do tego prawo, ale trzeba wypełnić wszystkie kryteria ustawy o rozwiązywaniu sporów zbiorowych. A gdy teraz słyszę, że osiemdziesiąt kilka procent pracowników jakiegoś sądu poszło na zwolnienia, to jest to po prostu jakaś wielka porażka w zakresie etyki lekarskiej, już nie mówię o etyce tych pracowników. No, takie mam wrażenie.

Ale wracam do tematu. Po prostu mamy tu wielki problem. I to znowu nie jest kwestia ocen etycznych, tylko to jest jedno wielkie oszustwo. Bo statystyka zwolnień w Polsce w porównaniu z innymi krajami europejskimi albo świadczy o tym, że wszyscy jesteśmy ciągle chorzy i tylko od decyzji każdego z nas zależy, kiedy pójść na zwolnienie – co jest moim zdaniem nieprawdą, bo skądinąd Polacy dosyć dobrze oceniają swój stan zdrowia – albo też świadczy o tym, że jest to właśnie patologia. I myślę, że niestety jest to patologia na dużą skalę, a wszyscy jak tu siedzimy, w każdym razie większość z tych, którzy są jakoś zaangażowani w służbę zdrowia, wiemy dobrze, że jest problem z kontrolą tych zwolnień. No bo zwolnienie do tygodnia jest tak naprawdę w ogóle poza kontrolą, a praktycznie są poza nią zwolnienia do 10 dni, mówiąc zaś już tak zupełnie praktycznie, zwolnienia do ok. 2 tygodni. Jeżeli zwolnienia papierowe powtarzamy w takim trybie, to praktycznie są one nie do skontrolowania. A zwolnienia elektroniczne są do skontrolowania w czasie rzeczywistym, zarówno przez ZUS, jak i przez pracodawcę podłączonego do tego systemu. I myślę, że odpowiedzialnie patrząc na system, musimy dostrzegać to, że to jest jakaś szansa. Oczywiście pewnie z dnia na dzień kontroli na tak wielką skalę nie będzie, ale to jest jakaś szansa likwidacji patologii, która dotychczas przez wszystkich była z przymrużeniem oka traktowana, tolerowana. I to jest, jak myślę, naprawdę wielki krok do przodu, żeby, że tak powiem, wprowadzać właśnie praworządność, bo po prostu część osób nie tylko narusza prawo itd., ale oszukuje nas wszystkich, gdyż korzysta z pieniędzy, które są jakimś wspólnym dobrem, a wiadomo, że ZUS jest na minusie itd., itd.

Wracając zaś do ustawy, Panie Ministrze, muszę powiedzieć, że myślę, że trzeba gratulować tego, że jest to kolejny krok na tej trudnej drodze informatyzacji. Ja generalnie nie mam zastrzeżeń, z jednym wyjątkiem. Tu chciałbym troszkę powtórzyć to, co mówił pan senator Grodzki. Mam wrażenie, że to codzienne raportowanie o kolejce jest



po prostu nieracjonalne. To naprawdę w prawa pacjenta w żaden sposób nie uderza, jeśli te dane są sprzed kilku dni czy tygodnia maksimum, a zwłaszcza w stosunku do małych podmiotów... Mam nadzieję, że gdy zachowane będą te przepisy, które tutaj są proponowane, to dyrektorzy oddziałów wojewódzkich będą gremialnie wyrażać zgodę na odstąpienie od tego obowiązku, no bo jest taki przepis, o którym zresztą pan minister wspominał. Ale szczerze mówiąc, jeśli to będzie tak, że duża część podmiotów będzie miała taką zgodę, to po co ten przepis? Wydaje się, że raczej należałoby oczekiwać, że po prostu... No bo praktycznie rzecz biorąc, będzie to oznaczało... Zawsze na każdy system należy patrzeć przez pryzmat najwęższego gardła, a nie tego najszerzego. Wobec tego jeżeli np. mamy różne podmioty, duże, małe, mniej czy bardziej zaawansowane informatycznie, które udzielają tego samego świadczenia – np. jest to poradnia ortopedyczna – i w jednym przypadku będą dane o kolejce sprzed tygodnia, a w innym będą dane z wczoraj, to nie ma porównania. Tak więc pacjentowi nic z tego nie przyjdzie, pacjent będzie miał tylko z części podmiotów informację rzeczywiście najbardziej superaktualną. Tak więc na dobrą sprawę sędzę – i mam taką nadzieję – że dyrektorzy będą rzeczywiście takich zgód udzielali. Ale wobec tego warto się zastanowić, czy w ogóle wprowadzanie tego jest słuszne.

Pewnie nie tylko ja dostałem list od wiceprezesa Naczelnej Rady Lekarskiej, pana dra Cisły, który bardzo słusznie uzasadnia, że przy terminach zwłaszcza tych dłuższych to, czy kolejka skraca się o 1 czy 2 dni nie ma w ogóle żadnego znaczenia. Tak więc wydaje się, że to jest jednak przepis jakiś tam restrykcyjny. Nieostre są te kryteria techniczne czy jakieś inne, jak to mówi ustawa, kiedy dyrektor... „Ograniczone możliwości techniczne świadczeniodawcy” – co to w praktyce znaczy? No, tu jest jakaś duża dowolność. I teraz jest pytanie: a jak dyrektor się nie zgodzi, to czy jest jakieś odwołanie od tej decyzji czy braku decyzji, czy odmowy wyrażenia zgody na przekazywanie informacji co tydzień? Myślę, że to nie jest, że tak powiem, istota tej ustawy i można by spokojnie, właśnie dla zadbania o to, żeby więcej interesariuszy było zadowolonych z tego rozwiązania, jakie generalnie jest słuszne, na to się zgodzić. Muszę powiedzieć, że jestem gotowy do zgłoszenia poprawki, która jest tożsama z tym, co znalazło się w liście Naczelnej Izby Lekarskiej. Dziękuję.

### **Przewodniczący Waldemar Kraska:**

Dziękuję, Panie Ministrze.

No, myślę, że jednak trochę czas nas goni i...

*(Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Janusz Cieszyński: Do tego pytania się odniosę.)*

Ale pan minister chce się odnieść. Proszę bardzo.

### **Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Janusz Cieszyński:**

Tak jak pan minister słusznie zauważył, to też było przedmiotem pisma wiceprezesa Naczelnej Rady Lekarskiej, ono dotarło też do nas. Ja bym chciał wyjaśnić

tutaj praktyczny aspekt tych przepisów. Dlatego odnosimy się do możliwości technicznych, że jeżeli ktoś dysponuje aplikacją gabinetową, to tak naprawdę ten obowiązek nie wiąże się dla niego z jakimikolwiek dodatkowymi zobowiązaniami, ponieważ to się dzieje niejako automatycznie, gdyż wtedy, gdy się dysponuje harmonogramem przyjęć w aplikacji, wskazanie najbliższego wolnego terminu nie wymaga jakiegokolwiek nakładu pracy. I ze względu na to odwołujemy się wprost do tychże właśnie możliwości technicznych. Jeżeli ktoś ma aplikację gabinetową, która umożliwia mu przekazywanie takich informacji, to nie jest to skomplikowane technologicznie, bo to jest po prostu prosta informacja, wprowadzam harmonogram w komputerze, mam informację o tym, kiedy mam najbliższy wolny termin, i o 10.00 każdego dnia przekazuję do Narodowego Funduszu Zdrowia dane na podstawie raportu zamknięcia za dzień poprzedni. To jest jedno z dziesiątek zestawień, które mogą powstawać zupełnie bez jakiegokolwiek nakładu pracy i bez jakiegokolwiek ingerencji ze strony już nawet nie mówię, że lekarza, ale wręcz przedstawiciela personelu administracyjno-technicznego, którego przykładowe imię pan prof. Grodzki wskazywał. Tutaj tak naprawdę nie ma dodatkowego obciążenia, jeżeli ktoś ma taki system gabinetowy, a jeżeli nie ma... My byśmy chcieli, żeby miał, dlatego że, tak jak przed chwilą mówił pan minister odnośnie do tych zwolnień elektronicznych... No, zwolnienie elektroniczne wystawiane w systemie gabinetowym wystawia się znacznie szybciej i to jest korzyść. My chcemy, żeby każdy lekarz miał w swoim gabinecie taki system. Wydajemy po to – obecnie jest to w toku konsultacji – wytyczne dotyczące wymagań, które powinny spełniać systemy gabinetowe, tak żeby nikt nie miał wątpliwości co do tego, jaki system należy kupić, bo to też jest istotne. Wiemy skądinąd, że było kilka projektów informatycznych właśnie w sektorze ochrony zdrowia, które skończyły się bardzo poważnymi problemami ze względu na to, że został kupiony system, który później w żadnym wypadku nie spełnił oczekiwań zamawiającego, w szczególności dotyczy to szpitali, bo tam stopień złożoności tych systemów jest największy. W naszej ocenie... Ponieważ jest jednak dość prosta możliwość technologiczna przekazywania takiej informacji, to chcielibyśmy taką możliwość udostępnić.

Szanowni Państwo, właściwie w każdej innej dziedzinie życia... Oczywiście nie porównuję tego, jeśli chodzi o powagę, można powiedzieć, wizyty, ale jeżeli umawiamy się do fryzjera, to fryzjer prowadzi harmonogram w aplikacji w swojej pracowni i jest to robione na żywo, tam nikt nie przekazuje niczego raz dziennie, tylko my widzimy na bieżąco, jak to się zmienia. Oczywiście ja w żaden sposób nie chcę porównywać fryzjera z lekarzem, bo to są zupełnie inne kwestie, ale chciałbym wskazać, że dzisiaj technologia daje nam bardzo proste możliwości przekazywania nawet w czasie rzeczywistym – oczywiście do tego na razie nie dążymy – czy w dużo krótszych niż wcześniej interwałach informacji dotyczących takich spraw jak np. dostępność świadczeń. W momencie, w którym dostępność świadczeń jest – a myślę, że to nie podlega żadnej dyskusji – poważnym przedmiotem zainteresowania społecznego, należy dążyć do tego, żeby ta informacja była jak najbardziej dokładna. Dlatego chcielibyśmy, żeby tam, gdzie jest to

możliwe, jest taka techniczna możliwość i też podstawa dla prezesa funduszu... Bo proszę zauważyć, że to jest zmiana, która umyka przy tej kluczowej zmianie, gdyż większość osób patrzy na to z perspektywy świadczeniodawcy. Dzisiaj te informacje fundusz aktualizuje raz na tydzień. My nakładamy na prezesa funduszu obowiązek aktualizowania ich za każdym razem, kiedy one wpływają od świadczeniodawcy. Proszę zauważyć, że jeżeli popatrzymy na rozkład ciężaru, który ona nakłada na różne podmioty, to okaże się, że ta ustawa najwięcej zobowiązań nakłada na Narodowy Fundusz Zdrowia: terminowe aktualizowanie tych informacji, wysyłanie esemesów z przypomnieniem o wizytach, co tak naprawdę jest korzystne przede wszystkim dla świadczeniodawcy, ponieważ dzisiaj to świadczeniodawca, jeżeli pacjent nie przyjdzie, a jest płacone w formule fee for service, nie dostaje żadnych pieniędzy. I my chcemy wspierać świadczeniodawców w tym, żeby mogli efektywniej zarządzać kolejkami po to, żeby w ten sposób, przy wykorzystaniu już dostępnych możliwości organizacyjnych, już dostępnych sił i środków, mieć więcej pacjentów, którzy będą mieli dostęp do świadczeń. Tak że rozumiem te wątpliwości, ale mam nadzieję, że udało mi się wyjaśnić, jakie były nasze intencje, i wyjaśnić to, że oczywiście dyrektorzy oddziałów wojewódzkich nie będą mieli żadnego interesu w tym, aby kogokolwiek przymuszać do tego, żeby w sytuacji, gdy ktoś wskaże, że takich możliwości nie ma, taką sprawozdawczość prowadził. Chcemy, żeby wraz z rozwojem popularności aplikacji gabinetowych jak największa liczba jednostek, jak największa liczba podmiotów takie informacje przekazywała. Dziękuję bardzo.

### **Przewodniczący Waldemar Kraska:**

Dziękuję, Panie Ministrze.  
Pan senator Grodzki. Proszę.

### **Senator Tomasz Grodzki:**

Szanując czas pana przewodniczącego i nas wszystkich...

(*Przewodniczący Waldemar Kraska:* Nie, ja mówiłem po prostu o czasie w odniesieniu do ustawy, o tym, że ona musi być do końca roku.)

Tak. Jeśli chodzi o *vacatio legis*, to też warto by posłuchać uwag pana legislatora, bo dzisiaj jest 11 grudnia, a za chwilę jest koniec grudnia i już pierwsze artykuły mają wejść w życie. Pan prezydent znowu po nocy będzie musiał podpisywać ustawę.

Dziękuję za... Panowie chyba, przy całym szacunku dla moich przedmówców, nie słuchaliście, co mówiłem. Powiedziałem, że nie ma odwrotu od digitalizacji. Jedyne, na czym mi zależy, to to, żeby to szło sprawnie. Mówicie państwo o lekarzach rodzinnych, u których są programy gabinetowe, ale w szpitalu profesorowie torakochirurgii programów gabinetowych nie mają. Ja mówiłem o swoim doświadczeniu, o tym, że dla mnie jest gorzej, bo wcześniej tylko podpisywałem zwolnienia wystawione przez sekretarkę, a teraz muszę je wystawiać sam, ponieważ one odmawiają, chcąc otrzymać dodatkowe pieniądze za dodatkową pracę. Ale to jest oczywiście wątek uboczny.

Proszę jednak pamiętać, Panie Ministrze, że ZUS, NFZ to są urzędy, które mają za zadanie pracować na wszelkich dokumentach, a my jesteśmy lekarzami, którzy mają pryncypialne zadanie leczenia ludzi. Zaczyna panować przekonanie, że biurokraci wstrzymują swoje reformy, potrzebne, niepotrzebne – ta akurat jest potrzebna, zgadzam się – dopiero wtedy, gdy 100% naszego czasu będziemy poświęcać na tzw. papiery, a zero na pacjentów. Tylko że wtedy będzie tragedia.

I patrząc na praktykę... Sam pan zresztą wspomniał, że piętą achillesową systemu jest AOS, zwłaszcza pozaszpitalny, a on dalej zostaje sierotką. Nie dostanie ani grosza, nie dostanie nic. Inni, jak pan mówi... Bo ta logika pana wystąpienia, w którym pan bronił tego, że dajemy farmaceutom, a nie damy szpitalom i POZ, dla mnie była niezrozumiała, gdyż za chwilę, w następnych zdaniach pan mówił, że dużo już daliśmy. Ja tego nie widzę, przynajmniej w naszym szpitalu, ale może jestem w błędzie. Wspomniał pan o AOS, który jest piętą achillesową tego systemu i głównym hamulcowym – nie chcę już mówić, ile się czeka do endokrynologa i innych specjalistów – i dalej to zostawiamy bez wsparcia. Jeżeli nie ma 50 milionów, to okej, ale niech pan powie, ile możemy przekazać dla AOS, zwłaszcza zlokalizowanej poza poradniami przy szpitalnymi. To naprawdę jest potrzebne, bo te wszystkie trybiki będą działały zgodnie, jeżeli każdy z nich będzie jednakowo naoliwiony. Jeżeli jeden będzie zatarty, to cały mechanizm będzie się zatrzymywał.

### **Przewodniczący Waldemar Kraska:**

Proszę, Panie Ministrze.

### **Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Janusz Cieszyński:**

Tak jak wspominałem... Może nieprecyzyjnie się wyraziłem, jednak chciałem wskazać na to, że w tym akcie prawnym przekazujemy środki dla farmaceutów, ponieważ w naszej ocenie środki dla innych grup zostały już przekazane. Czyli to nie jest tak, że dajemy wyłącznie farmaceutom, tylko tak, że samorząd farmaceutów zwrócił nam uwagę, że w tych instrumentach wsparcia, które do tej pory zaprojektowaliśmy, takiego wsparcia nie było, stąd to uzupełniamy. Tak jak mówiłem, w przyszłym roku dysponujemy kwotą co najmniej 20 milionów zł. I warto też o tym mówić, a o tym rzadko się mówi. Pan profesor wskazuje, że my chcemy, żeby państwo utonęły w papierach. No, przede wszystkim nie w papierach, bo cała ta elektronizacja służy temu, żeby papieru nie było. Ja powiem tak: myślę, że to jednak będzie stopniowo się zmieniało. Oczywiście, to się nie wydarzy z dnia na dzień. Nikt nie ma takich oczekiwań, nikt nie będzie mówił, że to wszystko się wydarzy z dnia na dzień. Na pewno jest tak – i to widać we wszystkich innych dziedzinach życia – że wszędzie tam, gdzie proponujemy ergonomiczne, wygodne i dające dodatkowe korzyści narzędzia informatyczne, społeczeństwo z nich gremialnie korzysta. Prosta sprawa: zeznania podatkowe. Już ponad połowa zeznań podatkowych

– bodajże 2 lata temu ten próg został przekroczony – jest składana w formie elektronicznej. W przyszłym roku PIT wypełni pan, wciskając po prostu... Będą 2 kliknięcia: zatwierdza pan i PIT jest wypełniony. Jestem przekonany, że wtedy jeszcze więcej osób z tego rozwiązania skorzysta, bo ono jest po prostu wygodne. I tak samo, w naszej ocenie, będzie, jeżeli chodzi o informatyzację systemu ochrony zdrowia. W przyszłym roku zobaczymy, jak wyszły inwestycje w POZ w tym roku. Absolutnie nie wykluczam tego, że te środki, które mamy na rok następny, przeznaczymy na AOS. Bo tak jak mówiłem, te pieniądze, które mamy, te 20 milionów w przyszłym roku, to są środki, które ZUS wskazał jako zaoszczędzone przez niego na tym, że wprowadza się zwolnienie elektroniczne. Bo często się zarzuca, że to system ochrony zdrowia swoim czasem i nakładami płaci na informatyzację ZUS. To jest fałszywa logika, ponieważ ZUS to, co zaoszczędza, oddaje do Narodowego Funduszu Zdrowia, który te środki przekazuje właśnie w formie wsparcia dla podmiotów leczniczych. Czyli każda złotówka, którą ZUS oszczędza na informatyzacji, trafia do systemu ochrony zdrowia, po prostu jest obniżona kwota prowizji za pobór składki zdrowotnej, którą ZUS obecnie pobiera. Tak że w naszej ocenie to jest bardzo uczciwy mechanizm i na pewno jest naszą intencją to, żeby informatyzacja objęła wszystkie podmioty w Polsce, wszystkie gabinety w Polsce, bo tylko wtedy ona będzie rzeczywiście skuteczna.

### **Przewodniczący Waldemar Kraska:**

Dziękuję, Panie Ministrze.

Czy ktoś z państwa senatorów jeszcze chciałby zabrać głos w sprawie tej ustawy? Nie widzę nikogo chętnego.

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Ja, Panie Senatorze, mówię o senatorach.

*(Głos z sali: A, przepraszam.)*

Teraz czas na stronę społeczną.

Proszę o zabranie głosu przedstawiciela Naczelnej Izby Lekarskiej.

### **Radca Prawny w Zespole Radców Prawnych w Biurze Naczelnej Izby Lekarskiej Wojciech Idaszak:**

Dziękuję bardzo.

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo! Panowie Ministrowie!

Wojciech Idaszak, Naczelna Izba Lekarska, radca prawny, nie lekarz, ale jak pan senator Radziwiłł i pan przewodniczący zauważyli, charakter pisma wskazuje na długość pracy z samorządem i lekarzami.

Szanowni Państwo, chciałbym poruszyć 3 kwestie.

Kwestia pierwsza. Chciałbym podziękować panu senatorowi Radziwiłłowi za podniesienie uwagi wskazanej w piśmie wiceprezesa Naczelnej Rady Lekarskiej, jeśli chodzi o kwestię przekazywania informacji Narodowemu Funduszowi Zdrowia o wolnych miejscach. Podzielamy argumenty przedstawione przez pana senatora Radziwiłła. Wydaje się, że ten obowiązek tak niezwłocznej aktualizacji

tych danych na obecnym etapie rozwoju informatyzacji ochrony zdrowia jest, jak się wydaje, nadmiarowy. Ja rozumiem argumenty, które pan minister przedstawiał, jednak wydaje się, że przyjęta jest tu pewna optyka, spojrzenie od strony możliwości technicznych. Możliwości techniczne pozwalają na przekazywanie tych danych, w związku z czym wprowadza się obowiązek dla wszystkich. Ale groźba, o której mówił pan senator Radziwiłł, tego, że znaczna liczba świadczeniodawców wystąpi z wnioskami do dyrektorów oddziałów wojewódzkich o zwolnienie z tego obowiązku, nakazuje pewną rozważę, zastanowienie się, czy to jest już ten moment, w którym należy to wprowadzać. Zapis, który istnieje w obecnym stanie prawnym, a który przewiduje taką aktualizację informacji w terminie cotygodniowym, co najwyżej w terminie tygodnia, umożliwi przecież korzystanie z tego osobom, które są przygotowane, które mają aplikacje gabinetowe, dla których przekazanie takiej informacji będzie czynnością tak prostą, jak wskazał pan minister, i one mogą to robić częściej. Chodzi o to, żeby ci, którzy jeszcze nie są przygotowani, którzy z czasem... To nastąpi, i tu pan minister ma w 100% rację, że z czasem pewnie wszyscy będą wyposażeni w urządzenia informatyczne zapewniające takie funkcjonalności. Na tym etapie wydaje się, że groźba tego, iż nowo wprowadzony obowiązek de facto może stać się w praktyce wyjątkiem i duża liczba osób będzie korzystała z takiego zwolnienia, nakazuje pewną rozważę w tym zakresie.

Druga kwestia to jest kwestia dofinansowania. I tutaj stanowisko samorządu jest jednoznaczne. Ono było prezentowane tak przed Komisją Zdrowia Sejmu, jak i wcześniej, w kontaktach z Ministerstwem Zdrowia i z panem ministrem osobiście. Samorząd uważa, że na wsparcie finansowe w zakresie informatyzacji powinni liczyć wszyscy świadczeniodawcy biorący udział w zapewnieniu funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. O ile pewnym uzasadnieniem tego, że... Lekarze POZ wykonują więcej czynności w środowisku informatycznym, co może wskazywać na to, że w pierwszej kolejności mogą być objęci jakąś pomocą. Nie może to jednak być uzasadnieniem wykluczenia z dostępu do takiej pomocy czy podobnej pomocy innych świadczeniodawców. Oczywiście ta pomoc – pan minister ma rację – musi być dostosowana do form organizacyjno-prawnych świadczeniodawców, tak aby ona była możliwa do zastosowania. Proszę pamiętać, że nie chodzi o to, aby lekarz uzyskał z jednego programu pomocowego jakąś jedną pomoc czy jeden sprzęt – nie chodzi o to, żeby kolekcjonował kolejne laptopy. Prawda? Jeżeli ktoś już wykorzystał dostępny dla niego program pomocowy, program wsparcia na rzecz informatyzacji, no to wydaje się, że w kolejnych takich już nie powinien uczestniczyć, ale na pewno są świadczeniodawcy – w grupach, do których były adresowane programy pomocowe, o których mówił pan minister – którzy z tych programów nie skorzystali. Wydaje się, że oni powinni mieć dostępność, możliwość skorzystania z takiego wsparcia publicznego, tak aby ten system zadziałał. Bo wszyscy są uczestnikami systemu, bez względu na to, czy w POZ wystawiają wiele zwolnień, wiele skierowań, czy w AOS wystawiają ich trochę mniej.

Jak rozumiem, wsparcie dla aptek, którego samorząd lekarski nie kwestionuje, nie jest uzależnione od liczby recept zrefundowanych w konkretnej aptece. Tak? Tak więc ta dostępność dotyczy wszystkich podmiotów bez względu na to, na ile one, że tak powiem, działają w systemie finansowanym ze środków publicznych.

Kończąc, odniosę się do słów pana senatora Radziwiłła w zakresie zwolnień lekarskich. Oczywiście organy odpowiedzialności zawodowej samorządu lekarskiego podejmują stosowne działania, jak tylko uzyskają wiarygodną informację o możliwości popełnienia przewinienia zawodowego, natomiast trzeba pamiętać o tym, że odpowiedzialność zawodowa lekarzy czy lekarzy dentyków musi być odpowiedzialnością zindywidualizowaną – nie ma grupowej odpowiedzialności zawodowej. W związku z tym informacje medialne, że pojawia się duża liczba zwolnień lekarskich dotyczących jakiejś grupy zawodowej czy pracowników zakładu pracy, to, jak się wydaje, jeszcze za mało. Jeżeli konkretna informacja, chociażby z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, wpłynie do samorządu, to ona zostanie skierowana do rzecznika odpowiedzialności zawodowej. Dziękuję bardzo.

### **Przewodniczący Waldemar Kraska:**

Dziękuję, Panie Mecenasiu.

Ja się nie zgodzę z panem, że jak w pewnej grupie zawodowej występuje jakaś „epidemia”... To jest niestety wina nas, lekarzy.

Pan senator Radziwiłł. Proszę.

### **Senator Konstanty Radziwiłł:**

Dziękuję bardzo.

Ja króciutko ad vocem. Oczywiście nie miałem na myśli ścigania lekarzy, którzy wystawili zwolnienia np. pracownikom sądów albo przedtem pielęgniarkom czy policjantom, ścigania na podstawie doniesienia medialnego, że jakiś lekarz wystawił dużo zwolnień. Nie. Wystarczająco dużo wiem na ten temat, żeby wiedzieć, jak to działa, i że musi być wskazanie konkretnej osoby, która jest podejrzewana o to, że postępowała nieetycznie. Myślę jednak, że ze względu na kontekst społeczny i skalę tego zjawiska nie byłoby od rzeczy, gdyby Naczelna Rada Lekarska podjęła stanowisko wskazujące na nieetyczność pewnego rodzaju zachowania, jakim jest gotowość niektórych lekarzy do tego, żeby wystawiać zwolnienia osobom, które nie są chore. Po prostu kontekst, informacja na temat tego, co się dzieje, moim zdaniem jest wystarczająca do tego, żeby takie stanowisko Naczelna Rada Lekarska zajęła. Podobnie bywało w innych sytuacjach, np. w przypadku, że tak powiem, niezdrowego zainteresowania niektórych lekarzy tzw. medycyną alternatywną. Naczelna Rada Lekarska podejmowała stanowiska, w którym wskazywano lekarzom in gremio, że są pewne zjawiska, na które trzeba zwrócić szczególną uwagę. Myślę, że sytuacja, która jest w tej chwili, te zapowiedzi różnych środowisk – teraz nauczycieli, że będą brać zwolnienia np. w okresie matur – to są zjawiska na tyle groźne społecznie, uderzające czy zapowiadające uczynienie krzywdy różnym ludziom, np.

młodym ludziom zdającym matury, że takie ostrzeżenie lekarzy czy przywołanie pewnych zasad, których powinni się trzymać, moim zdaniem jest jak najbardziej zasadne. I tylko to miałem na myśli.

### **Przewodniczący Waldemar Kraska:**

Dziękuję, Panie Ministrze.

Myślę, że wszyscy się zgadzamy z pana opinią.

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Pan minister jeszcze?

*(Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Janusz Cieszyński: Tak.)*

Proszę.

### **Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Janusz Cieszyński:**

Bardzo króciutko. Widzę, że największe kontrowersje wśród państwa wzbudziła ta informacja o terminach leczenia. Ja chciałbym zupełnie praktycznie wskazać, jak wygląda stan na dzisiaj. Szanowni Państwo, pan prof. Grodzki wskazał na świadczenia z zakresu endokrynologii jako problematyczne. Wejdźmy na stronę terminyleczenia.nfz.gov.pl i wybierzmy świadczenia z zakresu endokrynologii i województwo mazowieckie – tak żeby nie było, że sięgamy gdzieś daleko. I mamy tak: pierwszy wolny termin – 5 grudnia; drugi – 5 grudnia, trzeci – 5 grudnia...

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

...czwarty – 11 grudnia, czyli dzisiaj...

*(Senator Konstanty Radziwiłł: Bo to jest stan na dzień 5 grudnia.)*

Taka jest wiarygodność informacji, którymi dysponujemy obecnie. I dlatego chcemy to zmienić. Pan mecenas mówił: skoro to jest raz na tydzień, to każdy może uzupełnić... Panie Mecenasiu, ja też mam bardzo dużą wiarę w ludzi, tak jak pan mecenas, natomiast...

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Osiemnastego, oczywiście. Panie Profesorze, osiemnastego, oczywiście.

Ja też mam bardzo dużą wiarę w ludzi i w to, że pewne rzeczy się wydarzą, bo po prostu mogą, natomiast praktyka pokazuje coś innego. Weźmy przykład elektronicznych zwolnień. Poniedziałek, 3 grudnia – 150 tysięcy elektronicznych zwolnień, a poniedziałek tydzień wcześniej – 150 tysięcy zwolnień: 50 tysięcy papierowych, 100 tysięcy elektronicznych. Czy zdaniem pana mecenasa jest możliwe, że w ciągu tego tygodnia na terenie całego kraju nastąpiła informatyczna rewolucja, która nagle umożliwiła wystawianiem 1/3 wszystkich zwolnień, 50 tysięcy sztuk, wystawianie ich w formie elektronicznej? Nie. W ankiecie, którą przeprowadził Zakład Ubezpieczeń Społecznych, 75% lekarzy, odpowiadając na pytanie, dlaczego nie wystawiają zwolnień elektronicznych już teraz, odpowiedziało: bo czekamy do 1 grudnia. I to się w 100% sprawdziło. W naszej ocenie każdy, kto ma możliwości techniczne, powinien to sprawozdawać, bo to jest z korzyścią dla pacjenta. Dzisiaj pacjent wchodzi na stronę funduszu i widzi coś, co jest w ewidentny sposób niezgodne z rzeczywi-

stością. Trudno nam jako ministerstwu czy funduszowi nawet to modyfikować, bo... Ta informacja, że najbliższy wolny termin to 5 grudnia, pochodzi z 4 grudnia. My nie wiemy, czy możemy, nazwijmy to, w taki prosty sposób to przesunąć i ustalić, że to będzie, nie wiem, 11 grudnia, tak żeby to był dzień co najmniej dzisiejszy, bo to też może być nieprawdziwa informacja. My nie możemy... Jeżeli posadzimy przy biurkach ludzi, którzy będą dzwonić po świadczeniodawcach i ich wypytywać, to zaraz państwo napiszecie do nas kolejny apel, w którym poprosicie, żebyśmy już więcej nie dzwonili, bo lekarze chcą leczyć, a nie sprawozdawać kolejne rzeczy do Narodowego Funduszu Zdrowia. Dlatego tam, gdzie to jest możliwe, prosimy o to, aby było takie obligo. Tam, gdzie tych możliwości technicznych nie ma, a z danych dotyczących elektronicznych zwolnień wynika, że 30% z nich jest wystawiane z aplikacji gabinetowych, czyli można liczyć... Chociaż rzeczywiście, tak jak pan minister słusznie zauważył, te zwolnienia są wystawiane głównie w POZ. Informator o terminach leczenia dotyczy innych zakresów. No ale to jest ewolucja, która nastąpi. My nie jesteśmy ślepi na to, jak wygląda system, i jeżeli ktoś nie ma możliwości technicznych, to my go nie będziemy stawiać pod ścianą i zobowiązywać do tego, żeby zasiliał ten informator danymi zebranymi na papierze. Natomiast jeżeli ktoś ma te możliwości, to poprosimy go o to, aby z nich korzystał. Brutalna rzeczywistość jest taka, że jeżeli o to nie poprosimy, jeżeli takiego przepisu nie będzie, to po prostu nikt z tego nie skorzysta. I stąd nasza decyzja, i stąd nasza propozycja takiego przepisu, i stąd moja gorąca prośba do państwa senatorów, aby w takim zakresie poprawki nie składać. My nikogo nie zamierzamy zmuszać do tego, żeby, nie mając możliwości technicznych, takie dane nam sprawozdawał, bo my nie chcemy, żeby lekarz zajmował się biurokacją, tylko chcemy, żeby zajmował się leczeniem pacjentów. Dziękuję bardzo.

### **Przewodniczący Waldemar Kraska:**

Dziękuję, Panie Ministrze.  
Nie widzę więcej zgłoszeń.  
Przystępujemy do głosowania nad tą ustawą. Zgłaszam...  
*(Wypowiedź poza mikrofonem)*  
Panie Ministrze, proszę.

### **Senator Konstanty Radziwiłł:**

Chciałbym zgłosić poprawkę, aby w art. 4 ustawy w zmianie czwartej, w lit. b, w treści art. 23 ust. 4 ustawy o świadczeniach wyrazy „każdego jego dnia roboczego do godziny dziesiątej” zastąpić wyrazami „co najmniej raz w tygodniu”. Konsekwencją tej poprawki jest konieczność skreślenia w tym samym artykule w tej samej zmianie lit. c, a w lit. d i e – skreślenie wyrazów „i 4a”.

### **Przewodniczący Waldemar Kraska:**

Dziękuję, Panie Senatorze.  
Głos ma pan minister. Co pan na to?

### **Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Janusz Cieszyński:**

Tak jak mówiłem, prezentując stanowisko rządu, jestem przeciwny zaproponowanej poprawce.

### **Przewodniczący Waldemar Kraska:**

Dziękuję bardzo.  
Ja zgłaszam wniosek o przyjęcie ustawy bez poprawek.  
Rozpoczynamy głosowanie. Rozpoczynamy od wniosku najdalej idącego, czyli mojego.  
Kto z państwa senatorów jest za tym, aby przyjąć tę ustawę bez poprawek? (3)  
Kto jest przeciw? (3)  
Kto się wstrzymał? (1)  
Przystępujemy do głosowania nad poprawką senatora Radziwiłła.  
Kto z państwa jest za tym, żeby wprowadzić tę poprawkę? (4)  
Kto jest przeciw? (2)  
Kto się wstrzymał? (1)  
Głosujemy teraz nad całością wraz z przyjętą poprawką.  
Kto z państwa jest za tym, żeby tę ustawę przyjąć wraz z przyjętą poprawką? (2)  
Kto jest przeciw? (0)  
Kto się wstrzymał? (5)  
*(Brak nagrania)*

### **Przewodniczący Waldemar Kraska:**

Kto z państwa senatorów chciałby być sprawozdawcą tej ustawy? Może pan senator Radziwiłł? Dziękuję bardzo.  
Ogłaszam 5 minut przerwy.

*(Przerwa w obradach)*

### **Przewodniczący Waldemar Kraska:**

Wznawiam obrady Komisji Zdrowia.

Przechodzimy do punktu drugiego: rozpatrzenie ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.  
Proszę pana ministra Króla o krótkie przedstawienie tej ustawy.

### **Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Zbigniew Król:**

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo Senatorowie! Szanowni Państwo Zaproszeni Goście!

Ustawa jest efektem projektu komisji petycji, który był opracowywany w Sejmie w podkomisji, jeśli dobrze pamiętam, prawie 8 miesięcy. Wiele elementów było zmieniane. Ta petycja została skierowana przez Lubelski Związek Lekarzy Rodzinnych – Pracodawców. Nadany przez sejmową Komisję do Spraw Petycji pierwotny tytuł również

został zmodyfikowany. W tej pracy w komisji brali udział rzecznik praw pacjenta, Ministerstwo Sprawiedliwości i oczywiście my jako resort zdrowia.

Jeśli chodzi o zmiany tych ustaw, o modyfikacje, to mamy tutaj takie 3 elementy. Jeden związany jest z tajemnicą lekarską. W obecnym stanie prawnym każda osoba bliska – małżonek, krewny, powinowaty do drugiego stopnia, a także osoba pozostająca we wspólnym pożyciu – może zwolnić lekarza z zachowania tajemnicy lekarskiej. Możliwością wyłączającą ujawnienie tej tajemnicy jest sprzeciw innej osoby bliskiej. W tym kontekście dzięki tej ustawie rozwiązana będzie kwestia określenia tej osoby bliskiej. To powinowactwo, szczególnie w tej linii, że tak powiem, wertykalnej, zostało dookreślone – do powinowatego drugiego stopnia. W naszym przekonaniu – mówię tutaj jako podmiot popierający te rozwiązania – umożliwi to lekarzowi precyzyjne określenie, w jakim elemencie i kiedy jest zwolniony z tej tajemnicy. Niemniej jednak chcielibyśmy, aby w przypadku złożenia sprzeciwu ze strony innej osoby bliskiej, to sąd – w trybie bezprocesowym – rozstrzygał o tym zwolnieniu. Odnośnie do tajemnicy lekarskiej, reasumując, dodam, że zwolnienie z tajemnicy lekarskiej następuje na wniosek osoby bliskiej, o ile nie sprzeciwi się temu inna osoba bliska lub pacjent za życia. O zwolnieniu rozstrzyga sąd w przypadkach wątpliwości lekarza co do posiadania przymiotu osoby bliskiej w stosunku do osoby zwracającej się o ujawnienie tajemnicy lekarskiej, sporu między osobami bliskimi, i w sytuacjach, gdy pacjent za życia wyraził sprzeciw dotyczący tego ujawnienia. Chodzi o ujawnienie niezbędne w celu dochodzenia odszkodowania lub zadośćuczynienia z tytułu śmierci pacjenta oraz dla ochrony życia lub zdrowia osoby bliskiej. W ustawie zawarte są również przesłanki, którymi ma się kierować sąd, tak aby ten trudny, najtrudniejszy element, który przez te kilka miesięcy był dyskutowany – chodzi o sprzeciw pacjenta za życia – był... Chodzi o rozstrzygnięcie w zakresie zwolnienia z tej tajemnicy w tym przypadku.

Analogicznie jest w obszarze dotyczącym dokumentacji medycznej. Obecnie dostęp do dokumentacji medycznej pacjenta po jego śmierci ma jedynie osoba upoważniona przez niego za życia lub osoba, która w chwili zgonu była jego przedstawicielem ustawowym. Zmiany utrzymują dotychczasowe rozwiązania, a dodatkowo przyznają uprawnienie dostępu do dokumentacji medycznej także osobom bliskim, chyba że sprzeciwi temu się inna osoba bliska lub pacjent wyrazi ten sprzeciw za życia. Ten sprzeciw ma być włączony w dokumentacji medycznej. Są sytuacje, nawet dość częste, kiedy pacjent nie ma możliwości przedstawienia takiego sprzeciwu. W przypadku tego sprzeciwu osoby zainteresowane dostępem do dokumentacji medycznej mają możliwość zwrócenia się do sądu z odpowiednim wnioskiem. Czyli jest podobnie, jak w przypadku tajemnicy lekarskiej. Dostęp do dokumentacji medycznej przysługuje osobom upoważnionym przez pacjenta, a także jego przedstawicielom ustawowym oraz osobom bliskim, o ile nie sprzeciwiła się temu inna osoba bliska lub pacjent za życia. O udostępnieniu rozstrzyga sąd w przypadkach wątpliwości lekarza, sporu między osobami bliskimi i gdy pacjent za życia wyraził sprzeciw wobec udostępnienia. Chodzi o ujawnienie niezbędne

w celu dochodzenia odszkodowania lub zadośćuczynienia z tytułu śmierci pacjenta, dla ochrony życia lub zdrowia osoby bliskiej. I tak jak poprzednio, sąd, rozstrzygając spór, będzie badał interes uczestników postępowania oraz rzeczywistą więź osoby bliskiej ze zmarłym. Tutaj najbardziej chodzi o tę osobę, która się rzeczywiście opiekuje pacjentem – taką intencję przedstawiali wnioskodawcy. Sąd bierze również pod uwagę wolę zmarłego pacjenta oraz okoliczności wyrażenia tego sprzeciwu. Ten element był przedmiotem największej i najdłuższej debaty, także w czasie pracy parlamentarnej podczas posiedzeń Sejmu. Tyle, jeśli chodzi o zmiany w tych ustawach.

### **Przewodniczący Waldemar Kraska:**

Dziękuję, Panie Ministrze.

Proszę pana legislatora o ewentualne uwagi do tej ustawy.

### **Starszy Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Miroslaw Reszczyński:**

Panie Przewodniczący, Wysoka Komisjo, Panie Ministrze, Szanowni Goście, biuro nie zgłasza uwag do omawianej ustawy. Dziękuję.

### **Przewodniczący Waldemar Kraska:**

Dziękuję.

Teraz jest moment na pytania i ewentualną dyskusję senatorów.

Pan senator Radziwiłł.

### **Senator Konstanty Radziwiłł:**

Dziękuję bardzo.

Panie Ministrze! Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Ta ustawa naprawia wadliwe przepisy, które obowiązują w tej chwili w odniesieniu do tajemnicy lekarskiej, i to bardzo dobrze. Duża część tej ustawy porządkuje kwestie związane właśnie z tym terminem osoby bliskiej. Ja muszę powiedzieć, że my naprawiamy coś, co rzeczywiście źle działa od 2 lat i co wymaga naprawy, niemniej jednak jest to tylko pół kroku, a nie cały krok do tej naprawy. Jeśli mówię o pół kroku, to mam na myśli przede wszystkim kwestię, która tutaj powtarza się w kilku miejscach – dotyczy to zarówno zmiany ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, jak i ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – mam na myśli okoliczność, która moim zdaniem jest z definicji w ogóle nie do przyjęcia, a mianowicie to, żeby wprost łamać wolę zmarłego, który nie życzył sobie ujawniania tajemnicy lekarskiej na swój temat nikomu, i uzasadniać to celem, który moim zdaniem jest w jakimś sensie dalszym łamaniem tej zasady świętości woli zmarłego, czyli celem w postaci dochodzenia odszkodowania lub zadośćuczynienia z tytułu śmierci pacjenta. Uważam, że uzasadnienie, jakim jest ochrona życia lub zdrowia osoby bliskiej – jeśli ma zdecydować

o tym sąd – powinno się uznać za słuszne, zwłaszcza że to właśnie sąd będzie wydawał tę zgodę. No, tajemnica lekarska oczywiście nie jest absolutna – są wyjątki. Ten wyjątek, jakim jest ochrona życia lub zdrowia osoby bliskiej, uzasadnia złamanie tej tajemnicy, zwłaszcza jeśli robi to sąd, a nie np. sam lekarz czy coś takiego. W zasadzie można powiedzieć tak, że jeżeli przyjmujemy takie rozwiązanie, to, praktycznie rzecz biorąc, niewiele to zmieni w praktyce, bo przecież te osoby bliskie, które będą dążyły do uchylenia czy ujawnienia tajemnicy lekarskiej ze względu na odszkodowanie lub zadośćuczynienie... One robią to praktycznie tylko w takim celu. Przecież nikt z ciekawości nie będzie chciał zajrzeć do dokumentacji medycznej zmarłego pacjenta, kogoś bliskiego, jeśli nie chce zainicjować właśnie tego typu sprawy. Tak naprawdę, poza jakimiś zupełnie wyjątkowymi sytuacjami, właśnie w tym celu się to robi. W dodatku ten cel, proszę zwrócić na to uwagę, może być celem tylko deklarowanym na zasadzie: ja chcę zajrzeć do tej dokumentacji, żeby zobaczyć, czy nie ma w niej czegoś, co mogłoby być podstawą dążenia do odszkodowania lub zadośćuczynienia. No, wiemy dobrze, że coraz częściej jest taka praktyka, że pacjent wypisywany, pacjent, że tak powiem, żywy, wyleczony, spotyka się z taką ofertą. Kancelaria, która zajmuje się odszkodowaniami i zadośćuczynieniami, mówi: pan pokaże dokumentację, może coś tam znajdziemy. Prawda? I tutaj będzie dokładnie to samo.

W praktyce, a trzeba patrzeć na praktyczne działanie tej ustawy, moim zdaniem niestety niewiele się zmieni i nadal będzie można, choćby, nie wiem, jak człowiek chciał, czując, że śmierć się zbliża, i nie chcąc nikogo upoważnić do tego, żeby zaglądał w tę dokumentację medyczną, nie być pewnym tego. Człowiek, umierając, musi się liczyć z tym – choćby, nie wiem, jak zaklinał, że nie wolno nikomu zaglądać do jego dokumentacji medycznej – że kiedy znajdzie się osoba bliska, która za zgodą sądu co prawda, ale w celu właśnie poszukiwania możliwości dochodzenia odszkodowania lub zadośćuczynienia, do tej dokumentacji zajrzy, to po prostu ta tajemnica zostanie uchylona. Ja uważam, że to jest niesłuszne rozwiązanie i dlatego mam duże wątpliwości co do 3 miejsc, w których ten przepis się powtarza. Chodzi o art. 1 zmianę drugą, dotyczącą ust. 3c pkt 1, i sformułowanie „w celu dochodzenia odszkodowania lub zadośćuczynienia z tytułu śmierci pacjenta”. Podobna sytuacja jest w art. 2 w zmianie drugiej, w lit. c, która dotyczy ust. 7 pkt 1 – tu też mamy sformułowanie „w celu dochodzenia odszkodowania lub zadośćuczynienia z tytułu śmierci pacjenta”. I kolejny raz powtarza się to w tym samym artykule w zmianie trzeciej, w lit. b – w ust. 2b pkt 1 zmienianego artykułu jest ta sama fraza. Oczekiwałbym ewentualnie jakiegoś wyjaśnienia ze strony pana ministra, chociaż nie jest to rządowy projekt, ale...

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Jestem gotowy do tego, żeby zgłosić poprawkę, wniosek o skreślenie tych 3 przepisów. Dziękuję.

### **Przewodniczący Waldemar Kraska:**

Czy pan minister chciałby się do tego ustosunkować?

### **Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Zbigniew Król:**

Tak jak tutaj było powiedziane, nie jest to projekt rządowy, ale my w czasie pracy w komisji, wraz z Ministerstwem Sprawiedliwości, intensywnie zabieraliśmy głos i zajmowaliśmy stanowisko co do poszczególnych zapisów. Musimy wziąć pod uwagę, że to nie jest ustawa dotycząca tylko jak gdyby kręgu medycznego czy lekarskiego – to jest ustawa, która... Różne są sytuacje, szczególnie tych osób, które, że tak powiem, pozostają po czyjejś śmierci, w kontekście dochodzenia określonego zadośćuczynienia. Ten argument był podnoszony wtedy podczas tych spotkań – gdybyśmy pozostawili jedynie to, co dotyczy tej części chorobowej, kwestii ryzyka wystąpienia np. choroby genetycznej, poszukiwania takiego ryzyka w dokumentacji medycznej człowieka z rodziny, który zmarł, no to wtedy ten element, powiedzmy, finansowy, merkantylny, pozostawilibyśmy, że tak powiem, w jakichś innych rozstrzygnięciach, które nie do końca są zdefiniowane.

Chciałbym jeszcze raz wrócić do tego, o czym sąd, podejmując decyzję, rozstrzyga. Zapisane kryteria być może są ogólne, ale te poszczególne zapisy... Myślę, że te 4 punkty, które są konieczne do wzięcia pod uwagę przez sąd w celu rozstrzygnięcia sprawy, wyeliminują sytuację, na jaką tutaj pan minister Radziwiłł wskazywał – że każdy, komu, że tak powiem, się zachce wglądu do dokumentacji medycznej osoby bliskiej, bo to nie jest ktoś z ulicy... Jeżeli te 4 punkty nie zostaną uwzględnione... W zasadzie 3 punkty, bo, jak rozumiem, tutaj mówimy o sytuacji, w której pacjent za życia sprzeciwi się, a sąd – mówimy o zadośćuczynieniu; to jest ta kwestia – sprawdzi, czy ten ktoś, czyli ta osoba bliska, rzeczywiście brał udział w tym ostatnim okresie życia pacjenta np. w jakiejś opiece nad nim. Jestem przekonany, że jeżeli takiej przesłanki nie będzie, to sąd podejmie decyzję negatywną co do wglądu do dokumentacji i poszukiwania w niej, powiedzmy, możliwości uzyskania jakiegoś zadośćuczynienia. No, to jest obszar, który był najtrudniejszy do uregulowania w ciągu tych miesięcy dyskusji. Nie tylko tę część medyczną bierzemy w tym przypadku pod uwagę – tak też było podczas pracy komisji – ale również tę część, powiedzmy, pozamedyczną, kwestię otoczenia, które niekoniecznie zgadza się na różnego rodzaju tajemnice, które my jako lekarze chcielibyśmy zdecydowanie bardziej jakby uwypuklić.

### **Przewodniczący Waldemar Kraska:**

Dziękuję, Panie Ministrze.  
Pani senator Czudowska. Proszę.

### **Senator Dorota Czudowska:**

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Ja mam 2 pytania. Czy pan minister ma informacje, jak wiele sąd miał do tej pory problemów w tym zakresie? Czy ta ustawa wychodzi naprzeciw oczekiwaniom sędziów, którzy muszą takie sprawy rozwikłać? Czy petycję, o której mówił pan na początku, złożyli obywatele, ludzie, którzy

nie mogli sobie poradzić z osobami wykonującymi zawód medyczny – trzymam się tej terminologii – albo z sądami? To jedno pytanie.

I drugie. Czy jest już jakiś zarys planu – jeżeli tę ustawę przyjmujemy – zmiany dokumentacji medycznej chorego, którego przyjmuje się do szpitala? Bo do tej pory nie ma... Jest tylko taka klauzula, komu w razie czego udzielić informacji, ale nie ma żadnej rubryki, gdzie można wskazać, że pacjent wyraża zgodę albo nie wyraża zgody na ujawnienie tajemnicy w razie jego śmierci. Nie ma czegoś takiego w dokumentacji medycznej, z tego, co ja się orientuję. Być może jest, ale jeżeli nie ma, to czy rozporządzeniem, czy przepisem... Każdemu pacjentowi przyjmowanemu do szpitala – potencjalnie każdy może tego szpitala nie opuścić żywym z różnych powodów – musimy stworzyć taką możliwość. Dziękuję.

### **Przewodniczący Waldemar Kraska:**

Proszę, Panie Ministrze.

### **Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Zbigniew Król:**

Ta petycja została zgłoszona przez lekarzy, tak jak mówiłem, przez Lubelski Związek Lekarzy Rodzinnych – Pracodawców przy poparciu środowisk lekarskich. Petycja najbardziej ukierunkowana była na to, w jaki sposób i kiedy lekarz jest zwolniony z tajemnicy lekarskiej – to było to główne przesłanie. W trakcie pracy wiele grup zawodowych, tak jak tutaj pani senator mówi, profesjonalistów medycznych, ale głównie lekarzy, wskazywało na inne aspekty – na to, że lekarz nie jest zabezpieczony w przypadku, kiedy zwolniony zostanie przez bliską osobę z tajemnicy lekarskiej, a inna osoba bliska po tym fakcie wystąpi z protestem, że po prostu nie powinien, bo to przecież był ktoś, kto, nie wiem, przyjechał z innej miejscowości i oto nagle tutaj zainteresował się zadośćuczynieniem. Nie zbieraliśmy danych co do problemów w tym zakresie w sądach. Takich rozstrzygnięć nie było, bo to jest problem lekarza i dyrektora części szpitalnej. Tak? Chodzi o to, w jakim momencie ochronić instytucję bądź siebie personalnie przed konsekwencjami udzielenia informacji, zwolnienia z tej tajemnicy.

Co do dokumentacji, to przy przyjęciu do szpitala jest w tej chwili powszechnie stosowana klauzula zgody, wskazania osoby, której ta dokumentacja medyczna może być przekazywana, bądź też niewyrażenia tej zgody. W tej chwili przy przyjmowaniu do szpitala wypełnia się taką konkretną rubrykę. No, nie mieliśmy planów modyfikowania tych rubryk, tych wzorów druków przyjęcia do szpitala. Myślę, że jeżeli ta ustawa zostanie przyjęta, to pojawi się kolejny element jak gdyby tego sprzeciwu, który po prostu...

*(Senator Dorota Czudowska: Niejednoznaczne przepisy są...)*

Jak tutaj pan minister Radziwiłł mówił, ta niejednoznaczność przepisów sprzed 2 lat wywołała tę całą zmianę. Tak? Może troszkę zgadzam się z tym, że być może to jest tylko pół kroku, który musimy wykonać... Tak więc

zgodziliśmy się podczas obrad w komisji, głównie petycji, z tym, że musimy po prostu zmienić ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Zresztą postulatem rzecznika praw pacjenta było to, żeby doprecyzować określone rozwiązania. Ta praca jest przed nami. Nie wiem, kiedy ona się, że tak powiem, rozpocznie i w pełni zabezpieczy się interesy głównie chorego, człowieka, który jest chory i staje przed kolejnym dylematem, oprócz dotyczącym swojego zdrowia, czy zgodzić się na udostępnienie dokumentacji medycznej, czy się nie zgadzać.

### **Przewodniczący Waldemar Kraska:**

Dziękuję, Panie Ministrze.

Pan senator Grodzki.

### **Senator Tomasz Grodzki:**

Króciutko. Chciałbym powiedzieć, że podpisuję się pod poprawką pana senatora Radziwiłła. Patrząc na doświadczenia innych krajów i na to, że polski system prawny przewiduje co najmniej kilka ścieżek dochodzenia roszczeń przez rodzinę w przypadku domniemania błędu lekarskiego czy innego niepożądanego zdarzenia... Dlatego poprzemy tę poprawkę, tak aby uniknąć promowania chciwości.

### **Przewodniczący Waldemar Kraska:**

Dziękuję bardzo.

Pan senator Radziwiłł.

### **Senator Konstanty Radziwiłł:**

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Szanowni Państwo!

Dziękuję za głos pana senatora Grodzkiego, ale nie chciałbym, żebyśmy widzieli tę sprawę w kontekście jakiegoś konfliktu między lekarzem i pacjentem albo lekarzem i otoczeniem pacjenta. Myślę, że żyjemy w kulturze, w której... U nas nawet się mówi, że wola zmarłego jest święta. Jeśli nawet nie jest absolutnie święta, to przede wszystkim w taki sposób na to trzeba patrzeć. Proszę zwrócić uwagę – w kontekście tego, co pan minister powiedział – że pacjent zdaje sobie sprawę z tego, jakie dyspozycje co do danych dotyczących jego zdrowia może przekazać: może kogoś upoważnić, może też nikogo nie upoważniać. Wtedy w grę wchodzi to pewne domniemanie, że osoba bliska, stale opiekująca się itd... No, cała ta skomplikowana sfera. Natomiast my tutaj w tych 3 punktach mówimy o sytuacji, kiedy chory aktywnie sprzeciwił się ujawnieniu tajemnicy lekarskiej po jego śmierci. To jest moim zdaniem sprawa naprawdę fundamentalna i tutaj nie jest ważne, kogo to dotyczy, jakie są te relacje itd. Tę dyspozycję moim zdaniem można złamać, myśląc przede wszystkim o dobru tego pacjenta, o tym jego elementarnym prawie do zachowania w tajemnicy jakichś najbardziej intymnych rzeczy, które go dotyczą, nawet po tym, jak umrze. W tym kontekście tylko w zupełnie wyjątkowych sytuacjach można taką tajemnicę uchylić. Taką okolicznością jest to, co jest tutaj jako drugi punkt,



to znaczy ochrona życia lub zdrowia osoby bliskiej. I to rozumiem. Tutaj chodzi np. o te kwestie genetyczne, o których tu była mowa. Natomiast jeżeli to dotyczy jakichś innych... Proszę zwrócić uwagę również na praktyczny aspekt tej sprawy. To odszkodowanie czy zadośćuczynienie w jakimś sensie wiąże się również z tym, że jeżeli jest sprzeciw pacjenta, a przecież każdy z nas ma takie prawo... Można domniemywać, że ta osoba zmarła chciała także przed śmiercią skorzystać z pewnego prawa do zablokowania czegoś w rodzaju, powiedzmy tak umownie, dziedziczenia po sobie. Bo skoro nie tylko nie upoważniłem nikogo, ale wręcz sprzeciwiłem się, to znaczy, że nie chcę, żeby ta osoba w jakimś sensie korzystała z tego, że stało się jakieś nieszczęście ze mną czy po prostu umarłem. Prawda? Wydaje się zatem, że tutaj jest taki dodatkowy aspekt, taki bardzo ludzki, pozamedyczny. Pan minister też wspominał o tym. Ja uważam, że każdy z nas ma prawo, żeby móc zachować różne rzeczy... Jeszcze raz powtarzam, że tutaj jest element pewnego domniemania – jeśli ktoś takiego aktywnego sprzeciwu nie złożył, no to wtedy można się domyślać, że w pewnych sytuacjach ten brak zgody można jakoś naruszyć, natomiast jeśli aktywny sprzeciw wyraził, to po prostu moim zdaniem nie ma mowy o tym, żeby go naruszać, bo ktoś poszukuje możliwości, mówiąc krótko, zarobienia na nieszczęściu, które się zdarzyło albo które mogło się zdarzyć. Bo przecież, tak jak mówiłem, to jest kwestia rozpoczęcia pewnych działań.

Na końcu chciałbym zwrócić uwagę na jeszcze jeden aspekt sprawy, który moim zdaniem jest niezwykle istotnym elementem tajemnicy lekarskiej. Nie tylko od strony tych dóbr osobistych, prawa do zachowania w tajemnicy rzeczy, które są bardzo intymne, czasem po prostu wstydliwe itd., bo przecież takie rzeczy w tych dokumentach mogą być zapisane... Chodzi o jakość leczenia. Tajemnica lekarska ma też znaczenie instrumentalne. Pacjent, który musi się liczyć z tym, że w takich czy innych okolicznościach wyraźnie wbrew jego woli ta tajemnica zostanie naruszona, ma mniejszą skłonność do tego, żeby po prostu informować lekarza o rzeczach, które mogą być ważne z punktu widzenia leczenia. Jeżeli są jakieś sytuacje, które chciałby zachować dla siebie, no to po prostu nie będzie o nich mówił, a to może się przełożyć na jakieś błędy w postępowaniu. Co tu dużo mówić, są takie konteksty zdrowotne czy historia zdrowia, która może mieć wpływ na to, jakie decyzje diagnostyczne czy terapeutyczne lekarz powinien podejmować. Tak że jest tu również taki praktyczny punkt widzenia – im więcej jest okoliczności, w których pacjent będzie musiał się liczyć z tym, że teraz albo kiedyś po jego śmierci ktoś ujawni to osobom, co do których zdecydowanie nie chciałby, żeby zostało ujawnione, tym bardziej będzie miał tendencję do tego, żeby, krótko mówiąc, informować lekarza tylko w takim zakresie, który wydaje mu się bezpieczny. A to może być po prostu niebezpieczne dla tego pacjenta z punktu widzenia tego, co będzie się z nim działo w placówce. Dziękuję.

#### **Przewodniczący Waldemar Kraska:**

Dziękuję bardzo.  
Proszę, Panie Ministrze.

#### **Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Zbigniew Król:**

Tak jak mówiłem na wstępie, to nie jest łatwa materia, głównie z tych powodów, które są w debacie poruszane. Zabezpieczenie chorego w tych obszarach, które pan minister wskazywał przed chwileczką... Ale to też dotyczy tego drugiego punktu, czyli tej części zdrowotnej. W obu przypadkach, jeżeli byśmy pozostawili tylko ten jeden punkt, to tak samo będzie to dotyczyło...

Co do rozwiązań międzynarodowych – pan prof. Grodzki już wyszedł – to przy okazji tworzenia tego projektu komisja petycji zapoznała się z różnego rodzaju rozwiązaniami stosowanymi w innych krajach...

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Jeśli chodzi o kraje, na które często się powołujemy, czyli kraje Europy Zachodniej, to mniej więcej jest to po połowie – w połowie krajów jest całkowity zakaz, a w połowie jest zwolnienie z tego zakazu. Ciekawym elementem jest zwolnienie z tego zakazu, bo tu nie ma konieczności przedstawienia tego w sądzie, tylko decyduje o tym lekarz bądź dyrektor szpitala. Chodzi o zwolnienie z tej tajemnicy po sprzeciwie pacjenta. To na pewno nie jest, że tak powiem, łatwy akt prawny, który tutaj państwu próbuję przedstawić w imieniu posła Dziuby, który przewodniczył tej komisji, ale te zapisy są pewnego rodzaju kompromisem np. z Ministerstwem Sprawiedliwości. Debatując, uczestnicząc w tych pracach, tak to zapisaliśmy, zgadzając się na tę część medyczną, tak żeby jak najbardziej chronić pacjenta. I uzyskaliśmy te 2 punkty. Tak że prosiłbym o nieskładanie tej poprawki.

#### **Przewodniczący Waldemar Kraska:**

Dziękuję, Panie Ministrze.  
Czy ktoś chciałby jeszcze zabrać głos?  
Naczelna Izba Lekarska.

#### **Radca Prawny w Zespole Radców Prawnych w Biurze Naczelnej Izby Lekarskiej Wojciech Idaszak:**

Dziękuję bardzo. Wojciech Idaszak, Naczelna Izba Lekarska.

Ja chciałbym zaapelować o przyjęcie, poparcie poprawki pana senatora Radziwiłła. Dziękuję.

#### **Przewodniczący Waldemar Kraska:**

Dziękuję bardzo.  
Pan legislator prosił o głos.

#### **Starszy Legislador w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Mirosław Reszczyński:**

Chcielibyśmy zwrócić uwagę na drobną kwestię. Po analizie poprawki, która być może będzie zgłoszona przez

pana senatora Radziwiłła, zwracamy uwagę, że wykreślenie jednej z przesłanek... W ust. 3c mamy pewien rodzaj bezpiecznika – są to kryteria, na których musi opierać się sąd, wydając zgodę na ujawnienie tajemnicy lekarskiej. Jeśli wyeliminujemy pierwszą z przesłanek – „w celu dochodzenia odszkodowania lub zadośćuczynienia z tytułu śmierci pacjenta” – to, jak się wydaje... Tu trzeba zwrócić uwagę na ust. 3d. Wszystkie te kryteria będą konieczne do wystąpienia, chociażby interes uczestników postępowania albo rzeczywista więź osoby bliskiej ze zmarłym pacjentem. Tutaj musimy rozstrzygnąć, czy ust. 3d modyfikujemy, czy pozostawiamy. I pytanie do pana ministra, jak w tym kontekście miałby ust. 3d wyglądać. Dziękuję.

### **Przewodniczący Waldemar Kraska:**

To może najpierw pan senator Radziwiłł przedstawi propozycję poprawki, tak żebyśmy mogli się do tego ustosunkować już tak konkretnie.

### **Senator Konstanty Radziwiłł:**

Dziękuję.

Ja bym nie chciał za bardzo ingerować w tekst – to zawsze jest trudna sprawa i można coś przy okazji skrócić – ale myślę, że... W kontekście np. tych problemów genetycznych, to wszystkie te 4 punkty, że tak powiem, są spełnione. Prawda? Po pierwsze, interes uczestnika postępowania. Komuś spokrewnionemu ze zmarłym informacja dotycząca np. kwestii genetycznych... Ale jeśli jest to osoba np. przysposobiona, no to ona co do tych genów już nie ma interesu. Prawda? Po drugie, rzeczywista więź osoby bliskiej ze zmarłym. Można rozumieć tę więź w kategoriach emocjonalnych, ale i można w kategoriach rodzinnych czy pokrewieństwa. Dalej: wola zmarłego. No, tu była mowa o sprzecznie, więc, prawdę mówiąc, to jest właściwie taka... to nie jest tautologia, tylko coś odwrotnego niż tautologia. Prawda? Skoro był sprzeciw, no to w zasadzie... No ale skoro ktoś to już tak wpisał, to ja się nad tym jakoś specjalnie nie będę pastwił. I czwarty punkt: okoliczności wyrażenia sprzeciwu. To jest troszkę, nie wiem, do końca... No, wydaje się, że jeżeli już w ogóle nad czymś... Myślę, że pan mecenas raczej miał na myśli właśnie ten interes uczestnika. Ja jednak widzę zasadność utrzymania tego... Natomiast pkt 3 i 4, tak jak mówię, dla samego porządku... Nie jestem pewien, czy to w ogóle ma... Bo to jest jakby podejrzenie, to znaczy taka supozycja, że ten sprzeciw nie był wyrażony w sposób wystarczająco świadomy albo coś takiego. Prawda? No, sądzę, że w przypadku np. chorób genetycznych są może, nie wiem... W końcu to są dyspozycje dla sądu, niech bierze je pod uwagę. Tak że ja tu nie widzę jakiegoś wielkiego problemu.

*(Przewodniczący Waldemar Kraska: Panie Senatorze, proszę sformułować tę poprawkę. Dobrze?)*

Nie, to ja... Jak rozumiem, pan mecenas...

*(Przewodniczący Waldemar Kraska: Ale musimy...)*

...zastanawiał się, czy ona nie powinna być szersza niż to, co powiedziałem.

*(Wypowiedzi w tle nagrania)*

Ja mówiłem o skreśleniu tego sformułowania w tych 3 miejscach, które wskazałem poprzednio. Pan mecenas wie, w których miejscach. Rozumiem, że ta sama dyskusja mogłaby dotyczyć takich fragmentów w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ale wydaje mi się, że... Ja bym nie chciał tutaj naruszać, podważać pracy, która doprowadziła do tego, że takie 4 punkty... Ten pierwszy moim zdaniem nie budzi wątpliwości, także w kontekście tych medycznych, a nie majątkowych kwestii. To samo w tym trzecim miejscu... Mnie się wydaje, że to, co zaproponowałem, czyli skreślenie tylko tej frazy „w celu dochodzenia odszkodowania lub zadośćuczynienia z tytułu śmierci pacjenta” w 3 miejscach, wystarczy jako poprawka. Chyba że pan mecenas widzi jakieś porządkowe konsekwencje. Dziękuję.

### **Przewodniczący Waldemar Kraska:**

Panie Mecenasiu, poprawka dotyczy...

### **Starszy Legislador w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Miroslaw Reszczyński:**

Jak rozumiem, intencją pana senatora jest skreślenie w 3 punktach ustawy jednej z przesłanek, w oparciu o którą sąd wydaje w postępowaniu nieprocesowym zgodę na ujawnienie tajemnicy lekarskiej. Jest to pierwsza przesłanka – „w celu dochodzenia odszkodowania lub zadośćuczynienia z tytułu śmierci pacjenta”. Byłaby to zmiana w ustawie o zawodach lekarza i zawodach lekarza dentyisty i zsynchronizowane z tym przepisem zmiany w ustawie o prawach pacjenta. Dziękuję bardzo.

### **Przewodniczący Waldemar Kraska:**

Rozumiem, że ministerstwo jest...

### **Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Zbigniew Król:**

Przeciwne.

*(Przewodniczący Waldemar Kraska: ...przeciwne.)*

Jesteśmy na posiedzeniu Komisji Zdrowia... Ta ustawa była tworzona wspólnie z Ministerstwem Sprawiedliwości, ale nie mamy takiego stanowiska... To, co przedstawiliśmy tutaj państwu, niejako popierając komisję petycji, to jest kompromis.

### **Przewodniczący Waldemar Kraska:**

Dziękuję, Panie Ministrze.

Czy ktoś z państwa chce jeszcze zabrać głos?

Pani senator Czudowska. Proszę.

### **Senator Dorota Czudowska:**

Chcę dopytać pana ministra, czy gdybyśmy np. przyjęli poprawkę pana senatora Radziwiłła, to czy w przypadku,

gdy zachodzi podejrzenie niedopełnienia wszystkich czynności zawodowych, bo tak się zdarza...

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

No tak, no właśnie. Czy ta poprawka nie zablokuje dostępu do informacji medycznej w takich przypadkach?

**Podsekretarz Stanu  
w Ministerstwie Zdrowia  
Zbigniew Król:**

Nie zablokuje, bo to jest inny proces, inny tryb. Tutaj...

*(Senator Konstanty Radziwiłł: Policji, prokuraturze nie blokuje...)*

*(Wypowiedzi w tle nagrania)*

I to jest właśnie ten dylemat, czy osobie bliskiej umożliwiamy taką ścieżkę tak samo...

*(Senator Konstanty Radziwiłł: Przy sprzeciwie pacjenta zmarłego, przy sprzeciwie zmarłego...)*

Tak, tak.

*(Senator Dorota Czudowska: Tak, bo to jest...)*

Ale dalej rozstrzyga sąd. To nie jest tak, że skoro mojemu dziadkowi coś się stało, to sobie wymyślę, że poproszę o tę dokumentację i jakby z automatu ją dostanę. Tak nie jest. Tutaj...

*(Senator Konstanty Radziwiłł: Wbrew woli dziadka...)*

Wbrew woli dziadka, tak.

*(Senator Konstanty Radziwiłł: Jak nie wyraził zgody, to wtedy jest zupełnie inna sprawa, ale jak wyraził sprzeciw, który jest moim zdaniem święty, to...)*

**Przewodniczący Waldemar Kraska:**

Myślę, że więcej wniosków nie ma.

Jeszcze pan senator Radziwiłł? Proszę.

**Senator Konstanty Radziwiłł:**

Tak, żeby wyjaśnić te wątpliwości pani senator Czudowskiej. Jeżeli jest przypadek sprzeciwu i któraś z tych

osób, które spełniają kryteria osoby bliskiej, ale w stosunku do których został sprzeciw tego zmarłego wyrażony... Przecież każda z tych osób może zawiadomić policję albo prokuraturę o swoim podejrzeniu i wtedy sprawa będzie się toczyć, wtedy...

*(Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Zbigniew Król: Prokurator dostaje...)*

...Policja czy prokurator uchyli tajemnicę lekarską w ramach prowadzonej sprawy. A tutaj mowa jest tylko w zasadzie o chęci uzyskania odszkodowania, tak że ta sprawa może się nawet nie skończyć karą dla nikogo. W praktyce ta wina musi być orzeczona, ale taka sprawa będzie się toczyć np. przed sądem cywilnym albo lekarskim. Jak mówię, jeżeli jest podejrzenie, że coś się stało złego, to zawsze można zaangażować w to odpowiednie organy, również np. izbę lekarską. Prawda?

**Przewodniczący Waldemar Kraska:**

Dziękuję bardzo.

Wiemy, że jest poprawka. Ja zgłaszam wniosek o przyjęcie ustawy bez poprawek.

Głosujemy najpierw nad moim wnioskiem, a potem, jeżeli on nie znajdzie akceptacji, nad poprawką.

Kto z państwa jest za przyjęciem ustawy bez poprawek? (3)

Kto jest przeciw? (4)

Nie przeszedł.

Głosujemy nad poprawką pana senatora Radziwiłła.

Kto jest za tą poprawką? (4)

Kto jest przeciw? (0)

Kto się wstrzymał? (3)

Poprawka przeszła.

Głosujemy nad przyjęciem ustawy wraz z zaaprobowaną poprawką.

Kto jest za? (7)

Kto jest przeciw? (0)

Kto się wstrzymał? (0)

Jeszcze tylko wyznaczenie sprawozdawcy. Pozwólcie państwo, że ja będę sprawozdawcą. Dziękuję.

*(Koniec posiedzenia o godzinie 12 minut 06)*

Kancelaria Senatu

Opracowanie:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk i łamanie: Centrum Informacyjne Senatu, Dział Edycji i Poligrafii