



**Opinia i rekomendacje**  
**Zarządu Krajowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy**  
**oraz Porozumienia Rezydentów OZZL**  
*dot. Poselskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku*  
*Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw*

### Wstęp

Wprowadzenie pozasądowej możliwości uzyskania kompensacji przez pacjentów, którzy doświadczyli zdarzeń medycznych uważamy za ogromnie potrzebną. Skuteczne rozwiązania z tym zakresie mają następujące efekty:

- poszkodowani pacjenci mogą w krótkim czasie uzyskać rekompensatę finansową, co daje im możliwość szybszej rehabilitacji, zmniejszenia powikłań, redukcji negatywnych efektów psychologicznych związanych z długotrwałym procesem sądowym i finalnie lepszego efektu leczniczego oraz powrotu do produktywności zawodowej;
- istnienie alternatywnej ścieżki uzyskania rekompensaty redukuje ilość spraw sądowych wniesionych przeciwko szpitalom i lekarzom. W przypadku zawodów medycznych bezpośrednio przekłada się na redukcję ich obciążenia psychicznego i pozwala na bezpieczniejsze, a tym samym efektywniejsze, wykonywanie zawodu;
- zmniejszenie ilości spraw o błędy medyczne redukuje obciążenie prokuratur i sądów usprawniając funkcjonowanie tych instytucji;
- fakt, że otrzymanie kompensacji nie wymaga orzekania o winie stanowi istotny krok w kierunku odejścia od kultury winy i kary na rzecz **kultury sprawiedliwego traktowania**, co jest pożądanym procesem w realizacji europejskich standardów<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> The Council of Europe recommendation Rec(2006)7 on management of patient safety and prevention of adverse events in health care



Założenia przedstawionego projektu legislacji oceniamy pozytywnie jednak z kilkoma istotnymi zastrzeżeniami. Apelujemy o rozpatrzenie ich w procesie prac nad ustawą.

### 1. Zakres zdarzeń uprawniających do uzyskania rekompensaty

Zauważyć należy znacznie ograniczony zakres zdarzeń niepożądanych jakie spełniają kryteria pozwalające na uzyskanie rekompensaty.

Kompensacja dotyczy jedynie zdarzeń medycznych definiowanych wg ustawy jako:

*[...] zaistniałe w trakcie udzielania lub w efekcie udzielenia bądź zaniechania udzielenia świadczenia zdrowotnego:*

- 1) zakażenie pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym,*
- 2) uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia pacjenta, albo*
- 3) śmierć pacjenta [...]*

Wyklucza to kompensację za uszczerbek na zdrowiu spowodowany błędem diagnostycznym, systemowym brakiem leków lub rozstrój zdrowia spowodowany zbyt długim czasem oczekiwania na uzyskanie świadczenia.

Dalej czytamy:

*[...] – którego z wysokim prawdopodobieństwem można było uniknąć w przypadku udzielenia świadczenia zdrowotnego zgodnie z aktualną wiedzą medyczną albo zastosowania innej dostępnej metody diagnostycznej lub leczniczej, chyba że doszło do dających się przewidzieć normalnych następstw (tj. do powikłania) zastosowania metody, na którą pacjent wyraził świadomą zgodę.*

W naszym rozumieniu oznacza to wykluczenie kompensacji powikłań metody, na którą pacjent wyraził świadomą zgodę. **Jest to dosyć istotne wykluczenie z uwagi na fakt, że formularze świadomej zgody zawierają niemal wszystkie mogące się dać przewidzieć zdarzenia medyczne.**

Ponadto bezsensowne jest samo zawarcie zapisu o uniknięciu danego zdarzenia medycznego w przypadku wybrania innej dostępnej metody diagnostycznej lub leczniczej, ponieważ często są to zupełnie różne metody, które mogą nieść całkowicie inny zakres powikłań przy podobnej skuteczności.



---

## OZZL

W dodatku kompensacja dotyczy jedynie zdarzeń medycznych mających miejsce w publicznych placówkach szpitalnych:

*Przepisy niniejszego rozdziału stosuje się do zdarzeń medycznych będących następstwem udzielania lub zaniechania udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w szpitalu w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 9 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.*

**Wyklucza to z kompensacji pacjentów ambulatoryjnych, którzy stanowią zdecydowaną większość osób otrzymujących świadczenia medyczne (83%<sup>2</sup>).** Szczególną uwagę należy zwrócić na to, że niemało jest świadczeń medycznych wykonywanych zarówno w placówkach szpitalnych, jak i nieszpitalnych. Są obarczone one zbliżonym ryzykiem zdarzeń niepożądanych i nieuzasadnionym jest wykluczenie z kompensacji jedynie na podstawie lokalizacji, w której pacjent otrzymuje świadczenie.

Również problematyczne jest wykluczenie prywatnych podmiotów leczniczych oraz indywidualnych praktyk lekarskich. W naszym kraju istotna ilość świadczeń medycznych jest **całkowicie niedostępna** w publicznych placówkach lub jej dostępność w ramach funduszu jest tak ograniczona, że w akceptowalnym czasie można ją uzyskać jedynie w placówkach prywatnych. Korzystanie z tych usług nie jest więc preferencją pacjenta, a koniecznością wynikającą z nieudolności aparatu państwa w zapewnieniu jak najszerszego i równego dostępu do świadczeń zdrowotnych.

Rekomendujemy możliwe rozszerzenie kryteriów pozwalających na skorzystanie z funduszu kompensacyjnego. Szczególną uwagę należy zwrócić na przypadki, które bezzasadnie **wykluczają pewne grupy pacjentów**, tym samym **nosząc znamiona dyskryminacji**. W naszej opinii mniej wykluczającym byłoby oparcie funduszu kompensacyjnego o zdarzenia niepożądane będące efektem konkretnych świadczeń medycznych, będące wzorem funduszu kompensacyjnego szczepień, niż opartego o rodzaj podmiotu, w którym udzielane jest świadczenie.

---

<sup>2</sup> Sprawozdanie z działalności NFZ za 2021 rok



### 2. Wysokość kwot rekompensat

Wartości rekompensat prezentują się w poniższy sposób:

*Art. 67s. 1. Wysokość świadczenia kompensacyjnego z tytułu jednego zdarzenia medycznego w odniesieniu do jednego wnioskodawcy wynosi w przypadku:*

- 1) zakażenia biologicznym czynnikiem chorobotwórczym – od 2 000 zł do 200 000 zł;*
- 2) uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia – od 2 000 zł do 200 000 zł;*
- 3) śmierci pacjenta – od 20 000 zł do 100 000 zł.*

Według analizy Biura Rzecznika Praw Pacjenta są to wartości zbliżone do średnich kwot odszkodowań uzyskiwanych w procesach sądowych, które plasują się na poziomie 70 tys. zł. Jednym z kluczowych czynników skuteczności pozasądowych systemów kompensacyjnych jest odpowiednio wysoka wartość odszkodowań. Dążyć należy więc do możliwie wysokich kwot, tak by zminimalizować sytuacje, w których pacjent niezadowolony wysokością rekompensaty kieruje się na drogę sądową. Jeśli nie odbędzie się to w procesie procedowania tej ustawy należy mieć to na względzie w dalszym okresie funkcjonowania tego systemu.

Podkreślić również należy, że w efekcie naszych działań wprowadzona została poprawka redukująca czas między waloryzacjami z 5 lat do jednego roku. Dostrzegamy w tym wolę do dialogu i liczymy na przychylenie się do pozostałych naszych uwag.

### 3. Maksymalny limit wydatków oraz szacowane koszty funduszu

By fundusz mógł funkcjonować skutecznie wymaga on dostatecznie dużych zasobów finansowych, koniecznych do opłacenia zespołu zarządzającego funduszem oraz pokrycia samych wartości odszkodowań. W treści ustawy widnieje maksymalny limit wydatków:

*Art. 13. 1. W latach 2023-2032 maksymalny limit wydatków będących skutkiem finansowym ustawy będzie wynosić w:*

- 1) 2023 r. – 837 472 zł;*
- 2) 2024 r. – 1 687 828 zł;*
- 3) 2025 r. – 2 134 732 zł;*
- 4) 2026 r. – 2 156 530 zł;*
- 5) 2027 r. – 2 210 444 zł;*
- 6) 2028 r. – 2 265 705 zł;*
- 7) 2029 r. – 2 322 347 zł;*



---

## OZZL

- 8) 2030 r. – 2 380 406 zł;
- 9) 2031 r. – 2 436 916 zł;
- 10) 2032 r. – 2 500 914 zł.

Wydają się to być znikome środki na pokrycie kosztów funkcjonowania systemu – do końca 2023 roku wedle tych wartości będzie można wypłacić odszkodowania w maksymalnej wartości **zaledwie 4 osobom**, które doświadczyły uszczerbku na zdrowiu. W kolejnych latach byłoby to **zaledwie 10 osób na skalę całego kraju**.

Dalej czytamy:

*2. W przypadku przekroczenia w pierwszym półroczu danego roku 65% limitu, o którym mowa w ust. 1 i 2, lub w przypadku zagrożenia przekroczenia przyjętego na dany rok budżetowy limitu wydatków wysokość tych wydatków w drugim półroczu obniża się do poziomu gwarantującego, że ten limit nie zostanie przekroczony.*

Według naszego zrozumienia przekroczenie 65% limitu oznaczałoby, że osoby, które doświadczyły uszczerbku na zdrowiu w pierwszym półroczu, są w preferencyjnej sytuacji względem osób, które zostały poszkodowane w drugim półroczu. Nieakceptowalna byłaby sytuacja, w której poszkodowany pacjent nie uzyskałby rekompensaty z tytułu osiągnięcia limitu wydatków w funduszu.

**Zapise limity są tym bardziej zaskakujące, bo w uzasadnieniu do projektu widnieje następująca informacja: “koszty wypłat świadczeń kompensacyjnych mogą sięgnąć: 1) 15 mln zł w 2023 r.; 2) 30 mln zł w 2024 r.; 3) 39 mln zł począwszy od 2025 r.”. Niezrozumiałym jest wykazanie w uzasadnieniu znacznie wyższych potrzeb finansowych, niż przewidywane przez ustawę limity.**

#### **4. Zespół do spraw Świadczeń z Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych**

Cieszymy się, że w efekcie naszych działań minimalna ilość osób działających w zespole została zwiększona z 9 do 20. Analiza wniosków wymaga licznego zespołu by mogła być dostatecznie sprawna.



Jednak w naszej opinii zapis z ustawy mówiący o liczebności zespołu:

*4. W skład Zespołu wchodzi co najmniej 20 członków, powoływanych przez Rzecznika, w tym co najmniej 15 członków wykonujących zawód lekarza.*

Stoi w sprzeczności z zapisem z uzasadnienia

*[...] przewiduje się w 2023 r. potrzebę utworzenia 8 etatów, w 2024 r. kolejnych 8 etatów, a w 2025 r. dalszych 4 etatów (do docelowych 20).*

W naszym rozumieniu oznaczałoby to, że w pierwszych dwóch latach funkcjonowania zespół byłby w liczbie **niezgodnej z ustawą** go powołującą.

### **5. Wniosek o uzyskanie rekompensaty.**

Wniosek o uzyskanie rekompensaty z tworzonego funduszu można wnieść po uiszczeniu opłaty:

*Art.67 [...]*

*4. Złożenie wniosku podlega opłacie w wysokości 300 zł. Opłatę uiszcza się na rachunek bankowy Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych.*

*5. Opłata, o której mowa w ust. 4, podlega zwrotowi w przypadku przyznania świadczenia kompensacyjnego.*

Organizacje pacjentów wносиły przy procedowaniu poprzedniej wersji ustawy o zwolnienie częściowe lub całościowe z opłat osób o niskich dochodach. Obecna renta socjalna to 1588 zł, wraz z wnioskiem odwoławczym procedura może kosztować wnioskodawcę 500 zł. To 1/3 miesięcznych zasobów finansowych rencisty. Postulujemy o zawarcie tego zapisu w ustawie.

Dalej czytamy:

*Art. 67w. 1. Stroną postępowania jest wnioskodawca*

Organizacje pacjentów wносиły o możliwość wyznaczenia pełnomocnika. Wnioskodawca może mieć demencję, choroby psychiczne, bać się komisji, przyjmować silne leki przeciwpsychotyczne. Może być hospitalizowany z innego powodu lub ponieść taki



# Porozumienie Rezydentów

---

## OZZL

uszczerbek na zdrowiu, który uniemożliwi mu osobiste stawiennictwo/reprezentowanie siebie. Takie osoby będą wykluczone z kompensacji.

### Konkluzja

W interesie wszystkich uczestników systemu ochrony zdrowia jest wprowadzenie efektywnego systemu kompensacji za zdarzenia niepożądane. Im szerszy jest to system tym silniejsze są korzystne efekty płynące z wprowadzenia go. Wszelkie zmiany poszerzające zakres funduszu niemożliwe do wprowadzenia w toku procedowania tej ustawy należy podjąć możliwie szybko. Proponujemy również wprowadzenie bezpośrednio w ustawie zapisów zobowiązujących resort zdrowia lub rzecznika praw pacjenta do podjęcia prac nad tymi zmianami w skonkretyzowanym czasie. Wszelkie istotne zmiany powinny odbywać się w konsultacji i dialogu z organizacjami reprezentującymi powiązane z problemem grupy interesariuszy.

*G. Cebula-Kubat*  
**Grażyna Cebula-Kubat**

Przewodnicząca  
Ogólnopolskiego Związku  
Zawodowego Lekarzy



OGÓLNOPOLSKI  
ZWIĄZEK ZAWODOWY  
LEKARZY  
Zarząd Krajowy

*Sebastian Goncerz*

**Sebastian Goncerz**

Przewodniczący  
Porozumienia Rezydentów  
Ogólnopolskiego Związku  
Zawodowego Lekarzy



**Porozumienie  
Rezydentów**

### Kontakt

E-mail: [pr@ozzl.org.pl](mailto:pr@ozzl.org.pl)