



Minister
Zdrowia



RZZR.050.4.2024.AWW
Warszawa, 21 listopada 2024

Pan
Szymon Hołownia
Marszałek Sejmu RP

Szanowny Panie Marszałku,
odpowiadając na interpelację nr 5668 Pana Posła Michała Wosia oraz grupy postów, w sprawie skandalicznej praktyki tzw. eutanazji w białych rękawiczkach, tj. niepokojących zasad stosowania protokołu dotyczącego terapii daremnej wobec pacjentów pediatrycznych- braku możliwości odwołania się rodziców dzieci do innego składu konsylium lekarskiego, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących informacji.

Na wstępie należy zaznaczyć, że w opinii konsultanta krajowego do spraw pediatrii, kwestia terapii daremnej stosowana u dzieci jest to kwestia etycznie i moralnie niezwykle trudna i wymaga szczególnego zrozumienia. Decyzje dotyczące zaprzestania terapii daremnej zawsze podejmowane są zespołowo, przez lekarzy różnych specjalności legitymujących się gruntowną wiedzą i dużym doświadczeniem zawodowym przy współdziałaniu etyków i często przedstawicieli kościoła. W większości szpitali klinicznych powołane zostały zespoły podejmujące decyzje o zaniechaniu terapii daremnej.

Jednocześnie należy zaznaczyć, że w roku 2021 zespół ekspertów opracował wytyczne postępowania wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów (terapii daremnej) na oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii dziecięcej, które zostały opublikowane w czasopiśmie Anestezjologia Intensywna Terapia 5/2021/vol.53.

Należy nadmienić, że decyzje o zaniechaniu terapii daremnej podejmowane są skrajnie rzadko.

Ponadto, w opinii konsultanta krajowego do spraw pediatrii zasady stosowania protokołu terapii daremnej (PTD) nie wymagają uregulowania prawnego.

Aktualnie w Ministerstwie Zdrowia nie są prowadzone zarówno prace nad opracowaniem standardów postępowania obejmujących obowiązek uzyskania zgody rodziców lub opiekunów prawnych na wystawienie PTD dla małoletnich pacjentów, jak również standardów postępowania obejmujących możliwość odwołania się do innego zespołu lekarskiego przez rodziców lub opiekunów prawnych od wystawionego PTD dla małoletnich pacjentów.

Ponadto, zgodnie z art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, dalej zwaną „ustawą o prawach pacjenta” (Dz. U. z 2024 poz. 581) oraz zgodnie z art. 31 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty dalej zwaną „ustawą o zawodzie lekarza” (Dz. U. z 2024 r. poz. 1287) pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego przedstawiciel ustawowy mają prawo do uzyskania od osoby wykonującej zawód medyczny przystępnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu, w zakresie udzielanych przez tę osobę świadczeń zdrowotnych oraz zgodnie z posiadanymi przez nią uprawnieniami. Z drugiej jednak strony, pacjent ma prawo zgłosić, że nie życzy sobie udzielenia tej szczególnej informacji (art. 9 ust. 4 ustawy o prawach pacjenta oraz art. 31 ust. 3 ustawy o zawodzie lekarza).

Natomiast zgodnie z art. 16 ust. 1 Kodeksu Etyki Lekarskiej (KEL) lekarz może nie informować pacjenta o stanie jego zdrowia bądź o leczeniu, jeśli pacjent wyraża takie życzenie.

W stosunku do pacjenta umierającego ustawa przewiduje także wyjątek: możliwość ograniczenia przekazywanej informacji (art. 31 ust. 4 ustawy o zawodzie lekarza). Przepis ten stanowi, że w sytuacji wyjątkowej, jeżeli rokowanie jest niepomysłne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według własnej oceny przemawia za tym dobro pacjenta. W takim przypadku, pełną informację o niepomysłnym rokowaniu lekarz przekazuje przedstawicielowi ustawowemu pacjenta lub osobie przez niego upoważnionej. W razie zmiany decyzji pacjenta, na jego żądanie lekarz ma jednak obowiązek udzielić mu w każdej chwili pełnej informacji (analogicznie art. 9 ust. 6 ustawy o prawach pacjenta). Ograniczenie w przekazie informacji nie dotyczy przedstawicieli ustawowych, a więc rodzicom należy zawsze podać pełną informację o stanie zdrowia ich dziecka, niezależnie od ciężkości schorzenia i niepomysłności rokowania.

Jednocześnie, należy wskazać że zgodnie z art. 4 ustawy o zawodzie lekarza, lekarz ma obowiązek wykonywać swój zawód zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, a także zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością.

W art. 57 ust. 1 KEL wskazano, że lekarzowi nie wolno posługiwać się metodami uznanymi przez naukę za szkodliwe, bezwartościowe czy niezwerifikowane naukowo, czyli mówiąc wprost – metodami nieskutecznymi z punktu widzenia polepszenia zdrowia pacjenta, co potwierdza art. 6 KEL, stanowiący, iż lekarz powinien ograniczyć czynności medyczne do rzeczywiście potrzebnych choremu zgodnie z aktualnym stanem wiedzy.

Ponadto, KEL wprowadza jeszcze bardziej precyzyjne rozwiązania, gdyż w stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia terapii daremnej, stosowania środków nadzwyczajnych, a decyzja o wdrożeniu lub zaprzestaniu reanimacji należy tylko do jego kompetencji i jest związana z oceną szans leczniczych (art. 32 ust. 1 i 2). Oczywiście oznacza to, że lekarz nie ma prawa pozostawić pacjenta bez opieki i ma obowiązek wdrożyć opiekę paliatywną, w szczególności leczenie przeciwbólowe, dokładając wszelkich starań, ażeby zapewnić choremu godne warunki umierania. Lekarz winien do końca łagodzić cierpienie chorych umierających i utrzymywać, w miarę możliwości, jakość kończącego się życia (art. 30).

W przepisach rangi ustawowej nie ma żadnej regulacji określającej, kiedy postępowanie lekarza wobec pacjenta, u którego dalsze leczenie nie przynosi poprawy stanu zdrowia, będzie nosić znamiona terapii daremnej, a więc kiedy i według jakiej procedury powinien od niego odstąpić (nie wdrażać go, albo zaprzestać jego stosowania). Jedyną sytuacją, odnośnie

do której procedura ta została unormowana, ale wyłącznie na poziomie rozporządzenia - rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (Dz. U. z 2016 poz. 332), jest odstępnie od resuscytacji prowadzonej w warunkach szpitalnych z dostępem do świadczeń udzielanych przez lekarzy specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii.

Zgodnie z tym rozporządzeniem lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii podejmuje decyzję o zakończeniu działań mających na celu przerwanie potencjalnie odwracalnego procesu umierania. Zapisy tego rozporządzenia dają lekarzowi anestezjologowi prawną podstawę do podjęcia decyzji o ograniczeniu albo zaprzestaniu w ogóle terapii medycznej wobec zbliżającej się śmierci chorego. Uprawnieniem i obowiązkiem anestezjologa jest więc zaprzestanie działań ingerujących w naturalną dynamikę nieodwracalnego procesu umierania człowieka. Co ważne, regulacje przedmiotowego rozporządzenia dotyczą jedynie postępowania z pacjentami w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii (OAIT), przepisy te nie dotyczą m.in. nieuleczalnie chorych pacjentów, leczonych w innych oddziałach szpitalnych.

Z wyrazami szacunku
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Wojciech Konieczny
Sekretarz Stanu
/dokument podpisany elektronicznie/