



**WICEPREZES
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ**
Zyta Kaźmierczak-Zagórska

NRL/ZRP/MK/342/ 836 118

Warszawa, dnia 11.05.2018 r.

SEKRETARIAT Z-CY SZEFA KS

L. dz.

Data wpływu 11.05.2018 r.

Pan

Adam Podgórski

Zastępca Szefa Kancelarii Sejmu

Szanowny Panie Adamie,

W związku z pismem z dnia 26 kwietnia 2018 r. znak: GMS-WP-173-132/18, w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy Kodeks cywilny, Kodeks rodzinny i opiekuńczy, Kodeks postępowania cywilnego oraz o zmianie innych ustaw, przesyłam w załączeniu stanowisko Nr 21/18/P-VII Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 11 maja 2018 r.

2 powzieleniu

**WICEPREZES
Naczelnej Rady Lekarskiej**

Zyta Kaźmierczak-Zagórska
Zyta Kaźmierczak-Zagórska

STANOWISKO Nr 21/18/P-VII
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 11 maja 2018 r.

w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy Kodeks cywilny, Kodeks rodzinny i opiekuńczy, Kodeks postępowania cywilnego oraz o zmianie innych ustaw

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej, po zapoznaniu się z poselskim projektem ustawy o zmianie ustawy Kodeks cywilny, Kodeks rodzinny i opiekuńczy, Kodeks postępowania cywilnego oraz o zmianie innych ustaw, przekazany przy piśmie Pana Adama Podgórskiego, Zastępcy Szefa Kancelarii Sejmu z dnia 26 kwietnia 2018 r. znak: GMS-WP-173-132/18 zgłasza następujące uwagi:

1. Uwagi ogólne

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej jest zdania, że przepisy dotyczące wyrażania zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych osobom, które nie posiadają kompetencji do wyrażenia takiej zgody z dostatecznym rozeznaniem, wymagają rewizji. Obecna regulacja prawna zawarta w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta dotycząca zasad wyrażania zgody na leczenie nie jest w pełni satysfakcjonująca, na co słusznie wskazują projektodawcy w uzasadnieniu do projektu. W ocenie Prezydium zmiany tych przepisów powinny być jednak poprzedzone poważną dyskusją środowisk lekarskich, pacjenckich i prawniczych oraz powinny swym zakresem objąć całość problematyki, a nie jedynie jej wycinek. Tymczasem przedstawiony do zaopiniowania projekt ustawy nie zawiera dopracowanych merytorycznie i legislacyjnie rozwiązań, uzasadnienie projektu ustawy jest nadmiernie lakoniczne, co nie pozwala na odczytanie projektowanych celów i skutków tej regulacji, a w rezultacie stosowanie przedłożonych przepisów w praktyce mogłoby wiązać się z poważnymi trudnościami interpretacyjnymi. Zmiany mające na celu zapewnienie osobom niepełnosprawnym intelektualnie należnej im ochrony przy podejmowaniu decyzji o wyrażeniu zgody na czynności medyczne podejmowane wobec tych osób zasługują na aprobatę. W ocenie Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej przedstawiony do zaopiniowania projekt jest niestety regulacją, która z uwagi na swoją fragmentaryczność oraz usterki legislacyjne nie może w obecnym kształcie zasługiwać na poparcie.

Przychylając się do zdania, że obowiązujące regulacje prawne dotyczące zgód na czynności medyczne są niewystarczające Prezydium wskazuje, że projektowana ustawa nie odpowiada potrzebom pełnego uregulowania kwestii zgód na zabiegi medyczne. W świetle przepisów ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, w przypadku pacjenta pełnoletniego i nieubezwłasnowolnionego decyzję o leczeniu może podejmować wyłącznie sam pacjent, albo gdy utraci on zdolność świadomego podejmowania decyzji – sąd opiekuńczy, z wyjątkiem sytuacji nagłych. Tym samym w przypadku osób, które mają pełną zdolność do czynności prawnych, ale z powodu stanu fizycznego lub psychicznego nie są w stanie wyrazić swojej woli, prawo nie zezwala na wyrażenie woli w zakresie decyzji leczniczej przez osoby trzecie wskazane uprzednio przez pacjenta w okresie kiedy dysponował jeszcze zdolnością do działania z dostatecznym rozeznaniem. Samorząd lekarski uważa, że prawo powinno przewidywać nie tylko możliwość ustanowienia opiekuna medycznego przez sąd, ale przede wszystkim możliwość uprzedniego ustanowienia przez samego pacjenta pełnomocnika, który byłby upoważniony do wiążącego dla lekarzy podejmowania decyzji w imieniu pacjenta w zakresie stosowania procedur medycznych, na wypadek utraty przez pacjenta kompetencji do samodzielnego podejmowania decyzji. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zwraca uwagę, że problematyka pełnomocnictwa medycznego jest szeroko opisywana w literaturze medycznej, jest też przedmiotem inicjatyw na rzecz zmiany prawa, w tym Polska Grupa Robocza ds. Problemów Etycznych Końca Życia opracowała, opublikowała i przekazała Ministrowi Zdrowia projekt uregulowania instytucji pełnomocnika medycznego, który został poparty w stanowisku nr 19/16/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 4 listopada 2016 r. w sprawie stworzenia w polskim prawie instytucji pełnomocnika medycznego. Z tych względów potrzebne jest obecnie opracowanie rozwiązań prawnych, które pozwolą pacjentowi realizować jego autonomię decyzyjną, także co do wyboru osoby, która będzie w jego imieniu podejmowała skuteczne prawnie decyzje co do korzystania ze świadczeń zdrowotnych.

2. Uwagi szczegółowe

Odnosząc się do samych rozwiązań zaproponowanych w projekcie przedstawionej do zaopiniowania ustawy Prezydium wskazuje, że zastrzeżenia budzi już sama nazwa „opiekun medyczny”, gdyż wskazuje ona raczej na osobę sprawującą opiekę medyczną, a nie na osobę uprawnioną do wyrażania skutecznej prawnie zgody na czynności medyczne.

Prezydium wskazuje, że wątpliwości budzą też kryteria ustanowienia opiekuna

medycznego przyjęte w art. 1 ustawy, który przewiduje wprowadzenie do Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego nowego przepisu - art. 175¹.

Po pierwsze, nie określono w sposób dostatecznie precyzyjny, jakie są przesłanki ustanowienia opiekuna medycznego. Z jednej strony z projektowanego art. 175¹ § 1 Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego wynika, że opiekuna można ustanowić dla osoby niepełnosprawnej intelektualnie, jeżeli nie dysponuje dostatecznym rozeznanie niezbędnym do wyrażenia zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie jej innych świadczeń zdrowotnych. Przepis nie stawia więc wymogu, aby osoba, dla której jest ustanawiany opiekun medyczny, miała orzeczoną umiarkowaną lub znaczny stopień niepełnosprawności. Natomiast z projektowanego art. 175¹ § 2 Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego wynika, że podstawą do ustanowienia opiekuna będzie orzeczenie o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności. Ten brak spójności powinien być usunięty.

Po drugie, projektowany art. 175¹ § 2 Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego przewiduje, że sąd opiekuńczy będzie ustanawiał opiekuna medycznego w oparciu o wskazania zawarte w orzeczeniu o niepełnosprawności albo orzeczeniu o umiarkowanym lub znacznym stopniu niepełnosprawności. Pominęto w tym zapisie fakt, że na mocy art. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2018 r. poz. 511) na równi z orzeczeniem o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności traktowane są także orzeczenia lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o:

- 1) całkowitej niezdolności do pracy, ustalone na podstawie art. 12 ust. 2, i niezdolności do samodzielnej egzystencji, ustalone na podstawie art. 13 ust. 5 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności);
- 2) niezdolności do samodzielnej egzystencji, ustalone na podstawie art. 13 ust. 5 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności);
- 3) całkowitej niezdolności do pracy, ustalone na podstawie art. 12 ust. 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (traktowane na równi z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności).

Takie rozwiązanie zawarte w projektowanym art. 175¹ § 2 Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego może spowodować, że dla osób posiadających orzeczenie lekarza orzecznika ZUS nie będzie możliwe ustanowienie opiekuna medycznego, ponieważ sąd opiekuńczy będzie oczekiwał przedłożenia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.

Poważne zastrzeżenia budzi również projektowana zmiana do ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, która przewiduje dodanie ust. 6a do art. 32 ustawy. Projektowany przepis przewiduje, że zezwolenie sądu opiekuńczego, o którym mowa w art. 32 ust. 6 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty nie będzie wymagane gdy pacjentem jest osoba, dla której ustanowiono opiekuna medycznego, który wyraził zgodę na przeprowadzenie badania pacjenta lub udzielenie pacjentowi innych świadczeń zdrowotnych. Nieprawidłowe wydaje się tutaj odesłanie do zezwolenia sądu opiekuńczego, o którym mowa w art. 32 ust. 6 ustawy – czyli do zezwolenia sądu opiekuńczego na wykonanie badania lub innego świadczenia zdrowotnego u pacjentów ubezwłasnowolnionych, chorych psychicznie lub umysłowo, lecz dysponujących dostatecznym rozeznanie, którzy sprzeciwili się wykonaniu tych czynności medycznych. Nietrafność odesłania wynika z faktu, że osoba, dla której ustanawia się opiekuna medycznego, nie będzie ani ubezwłasnowolniona, ani nie będzie osobą chorą psychicznie lub umysłowo dysponującą dostatecznym rozeznanie - założeniem ustanowienia opiekuna medycznego jest bowiem po pierwsze to, że osoba dla której ustanawia się opiekuna nie jest ubezwłasnowolniona, a po drugie, że nie dysponuje dostatecznym rozeznanie niezbędnym do wyrażenia zgody na badanie lub inne świadczenie zdrowotne. Przy takim sformułowaniu projektowanego przepisu art. 32 ust. 6a ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty trudno wyjaśnić, w jakich sytuacjach zgoda opiekuna medycznego zastępowałaby zezwolenie sądu opiekuńczego, co wydaje się bardzo poważną systemową wadą projektu ustawy. Wobec tego Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej stoi na stanowisku, że zamiast niejasnego przepisu art. 32 ust. 6a ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty odsyłającego w swej treści do art. 32 ust. 6 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, należałoby w projektowanej ustawie umieścić przepis samodzielny, który w sposób wyczerpujący (bez stosowania odesłań do innych przepisów ustawy) określiłby, w jakich sytuacjach opiekun medyczny może udzielić prawnie wiążącej zgody na badanie lub inne świadczenia zdrowotne.

Analogiczne uwagi jak powyżej Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zgłasza do projektowanej zmiany w art. 17 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, która również przewiduje odesłanie do przepisu przewidującego uzyskanie zezwolenia sądu opiekuńczego wydawanego w zupełnie odmiennych okolicznościach niż zgoda wydawana przez opiekuna medycznego.

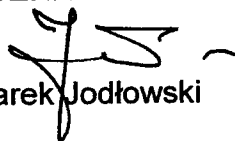
Prezydium zwraca także uwagę, że lakoniczna treść uzasadnienia do projektu ustawy nie pozwala ocenić, czy rzeczywistym zamiarem projektodawców było przyznanie opiekunowi

medycznemu prawa do wyrażenia zgody jedynie na badania i inne świadczenia zdrowotne z wyłączeniem zabiegów operacyjnych i metod leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko, a taki wniosek wynikałby z wykładni zaproponowanego brzmienia ustawy.

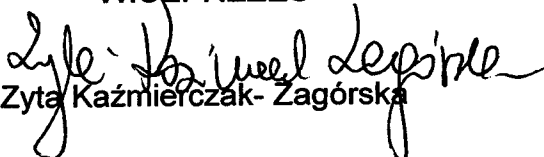
Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej wskazuje również, że zastrzeżenia budzi tytuł ustawy, który jest w znacznej części nieadekwatny do jej treści – wbrew jej tytułowi ustawa nie dokonuje bowiem zmian ani w kodeksie cywilnym, ani w kodeksie postępowania cywilnego.

Z wymienionych powyżej powodów, Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej uważa, że potrzebna jest dalsza dyskusja nad rozwiązaniami wprowadzającymi instytucję pełnomocnika medycznego i przedstawiony projekt powinien zostać opracowany na nowo.

SEKRETARZ


Marek Jodłowski

WICEPREZES


Zyta Kaźmierczak-Zagórska