

Projekt ustawy
o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw
Pacjenta oraz niektórych innych ustaw

Warszawa 2013

Autorzy projektu

Dr n. med. Paweł Andruszkiewicz
anestezjologia i intensywne terapie
Katedra Anestezjologii i Intensywnej Terapii
Warszawski Uniwersytet Medyczny

Dr hab. n. med. Tomasz Dangel
anestezjologia i reanimacja, medycyna paliatywna
Fundacja Warszawskie Hospicjum dla Dzieci – organizacja pożytku publicznego;
członek Komitetu Etyki Klinicznej Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”

Prof. dr hab. n. med. Ryszard Grenda
nefrologia, pediatria, transplantologia kliniczna,
Klinika Nefrologii, Transplantacji Nerek i Nadciśnienia Tętniczego, Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”; członek Komitetu Etyki Klinicznej Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”

Adwokat Andrzej Kurkiewicz
Naczelna Rada Adwokacka

Dr n. med. Marcin Rawicz
anestezjologia i intensywne terapie,
Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa, Warszawski Szpital dla Dzieci;
Fundacja Warszawskie Hospicjum dla Dzieci – organizacja pożytku publicznego

Adwokat dr Monika Strus-Wołos
Naczelna Rada Adwokacka

Dr Małgorzata Szeroczyńska
prawo karne porównawcze, prawo medyczne, prawo w odniesieniu do osób niepełnosprawnych, psychologia;
Zastępca Prokuratora Rejonowego Warszawa Śródmieście

Dr hab. n. med. Joanna Szymkiewicz-Dangel
kardiologia, pediatria, diagnostyka prenatalna
Poradnia Kardiologii Perinatalnej II Kliniki Położnictwa i Ginekologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny;
Poradnia USG Agatowa, Fundacja Warszawskie Hospicjum dla Dzieci – organizacja pożytku publicznego

Adres do korespondencji:

Adwokat Andrzej Kurkiewicz
Kancelaria Adwokacka Andrzej Kurkiewicz
ul. Nowogrodzka 11
00-513 Warszawa
<http://www.kancelariakurkiewicz.pl>

tel. +48 (22) 266 0336
fax. +48 (22) 266 0901
mail: andrzej.kurkiewicz@kancelariakurkiewicz.pl

USTAWA
z dnia 2013 r.
o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych
ustaw

Art. 1

W ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r. poz. 159 oraz poz. 742) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w art. 1 dodaje się pkt 1a w brzmieniu:

„1a) zasady udzielania pełnomocnictw medycznych oraz sporządzania testamentu życia”;
- 2) w art. 3 w ust. 1 dodaje się pkt 8 – 10 w brzmieniu:

„8) uporczywa terapia – stosowanie procedur medycznych w celu podtrzymywania funkcji życiowych nieuleczalnie chorego, które przedłuża jego umieranie, wiążące się z nadmiernym cierpieniem lub naruszeniem godności pacjenta. Uporczywa terapia nie obejmuje podstawowych zabiegów pielęgnacyjnych, łagodzenia bólu i innych objawów oraz karmienia i nawadniania, o ile służą dobru pacjenta;

9) kurator medyczny – kurator ustanowiony na podstawie art. 17 ust. 4;

10) stan terminalny – nieodwracalny stan spowodowany urazem lub chorobą, która spowodowała poważne, postępujące i trwałe pogorszenie zdrowia, przy istnieniu uzasadnionego medycznego przekonania, że leczenie tego stanu byłoby nieskuteczne.”
- 3) art. 4 ust 2 otrzymuje brzmienie:

„2. W razie zawinionego naruszenia prawa pacjenta do umierania w spokoju i godności, w tym przez stosowanie uporczywej terapii oraz nierespektowanie testamentu życia sąd może, na żądanie małżonka, krewnych lub powinowatych do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciela ustawowego lub pełnomocnika medycznego, zasądzić odpowiednią sumę pieniężną na wskazany przez nich cel społeczny na podstawie art. 448 Kodeksu cywilnego.”
- 4) w art. 9:
 - a) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, jego przedstawiciel ustawowy, pełnomocnik medyczny, albo kurator medyczny mają prawo do uzyskania od lekarza 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. Pacjent, który ukończył 16 lat, może sprzeciwić się udzielaniu informacji przedstawicielowi ustawowemu albo pełnomocnikowi medycznemu, w zakresie w jakim informacja ta dotyczy spraw niezagrażających jego zdrowiu lub życiu.”,
 - b) ust. 5 otrzymuje brzmienie:

„5. Po uzyskaniu informacji, o których mowa w ust. 2 pacjent, jego przedstawiciel ustawowy, pełnomocnik medyczny, albo kurator medyczny mają prawo przedstawić lekarzowi swoje zdanie w tym zakresie.”,

c) ust. 8 otrzymuje brzmienie:

„8. Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, jego przedstawiciel ustawowy, pełnomocnik medyczny, albo kurator medyczny mają prawo do uzyskania od pielęgniarki lub położnej przystępnej informacji o jego pielęgnacji i zabiegach pielęgniarstwach. Pacjent, który ukończył 16 lat, może sprzeciwić się udzielaniu informacji przedstawicielowi ustawowemu lub pełnomocnikowi medycznemu.”;

5) art. 10 otrzymuje brzmienie:

„ Art. 10. W przypadku, o którym mowa w art. 38 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza denty, pacjent, jego przedstawiciel ustawowy, opiekun faktyczny, pełnomocnik medyczny, albo kurator medyczny mają prawo do dostatecznie wczesnej informacji o zamiarze odstąpienia przez lekarza od leczenia pacjenta i wskazania przez tego lekarza możliwości uzyskania świadczenia zdrowotnego u innego lekarza lub podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych.”

6) w art. 11 dodaje się ust. 4 w brzmieniu:

„4. W przypadku pacjenta niemogącego czytać informację, o której mowa w ust. 1, odczytuje się pacjentowi. Odczytanie informacji odnotowuje się w dokumentacji medycznej.”

7) w art. 14 w ust. 2 pkt 3 otrzymuje brzmienie:

„3) pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy albo pełnomocnik medyczny wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy.”

8) art. 15 otrzymuje brzmienie:

„Art. 15. Przepisy niniejszego rozdziału stosuje się do wyrażenia zgody albo sprzeciwu na udzielenie świadczeń zdrowotnych, jeżeli przepisy odrębnych ustaw nie stanowią inaczej.”

9) art. 16 otrzymuje brzmienie:

„Art. 16. Pacjent, przedstawiciel ustawowy, pełnomocnik medyczny albo kurator medyczny mają prawo do uzyskania informacji w zakresie określonym w art. 9 przed wyrażeniem zgody albo sprzeciwu na przeprowadzenie badań lub udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych.”

10) art. 17 otrzymuje brzmienie:

„Art. 17. 1. Pacjent w tym małoletni, który ukończył 16 lat, ma prawo do wyrażenia świadomej zgody albo sprzeciwu na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych.

2. Przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę albo sprzeciw, o których mowa w ust. 1, za pacjenta małoletniego, który nie ukończył 16 lat, oraz za pacjenta niezdolnego do podjęcia świadomej decyzji lub wyrażenia woli.

3. Pełnomocnik medyczny wyraża zgodę albo sprzeciw za pacjenta, który jest niezdolny do podjęcia świadomej decyzji lub wyrażenia woli albo skorzystał

z prawa, o którym mowa w art. 9 ust. 4. W takim przypadku ust. 2 nie stosuje się.

4. W przypadku, gdy pacjent jest niezdolny do podjęcia świadomej decyzji lub wyrażenia woli i nie ma on przedstawiciela ustawowego ani nie ustanowił pełnomocnika medycznego, ani nie złożył oświadczenia, o którym mowa w art. 22f, którego treść obejmuje dane badanie lub świadczenie zdrowotne, przeprowadzenie badań lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych wymaga zezwolenia sądu opiekuńczego. Sąd, wydając postanowienie o zezwoleniu albo o braku zezwolenia na wnioskowane badanie lub świadczenie zdrowotne, ustanawia dla takiej osoby kuratora medycznego, jeśli z okoliczności sprawy wynika, że leczenie będzie kontynuowane. W przypadku, gdy pacjent pozostaje w stanie wyłączającym możliwość podejmowania świadomych decyzji, zgodę albo sprzeciw, o których mowa w ust. 1, wyraża kurator medyczny.
 5. Postanowieniu, o którym mowa w ust. 4 sąd nadaje rygor natychmiastowej wykonalności.
 6. Sąd może odwołać kuratora medycznego w każdym czasie, jeśli uzyska wiarygodne informacje wskazujące, że kurator medyczny nie działa na rzecz dobra pacjenta.
 7. Sąd niezwłocznie odwołuje kuratora medycznego jeśli pacjent odzyskał trwale zdolność samodzielnego wyrażania świadomej zgody lub sprzeciwu na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych.
 8. Do kuratora medycznego stosuje się odpowiednio art. 22d.
 9. W przypadku, gdy choć jeden przedstawiciel ustawowy pacjenta małoletniego, który nie ukończył 16 lat, wyraża sprzeciw na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych, albo gdy nie można się skontaktować z przedstawicielem ustawowym pacjenta małoletniego, który nie ukończył 16 lat, zezwolenie może, na wniosek lekarza, wydać sąd opiekuńczy.
 10. W przypadku, gdy małoletni, który ukończył 16 lat, sprzeciwia się przeprowadzeniu badania lub udzieleniu innego świadczenia zdrowotnego, należy powiadomić o tym jego przedstawiciela ustawowego. Jeżeli przynajmniej jeden przedstawiciel ustawowy wyrazi zgodę na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych, zezwolenie na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych wydaje sąd opiekuńczy.
 11. Zgoda oraz sprzeciw, o których mowa w ust. 1-6, mogą być wyrażone ustnie albo poprzez takie zachowanie osób wymienionych w tych przepisach, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanemu przez lekarza czynnościom albo brak takiej woli.”
- 11) po art. 17 dodaje się art. 17a - 17c w brzmieniu:

„Art. 17a

1. W przypadku badań lub innych świadczeń zdrowotnych o podwyższonym ryzyku dla pacjenta, w tym zabiegu operacyjnego, zgoda, o której mowa w art. 17, wyrażana jest na piśmie.
2. W szczególnych okolicznościach zgoda taka może być wyrażona ustnie, w języku migowym lub w inny niebudzący wątpliwości sposób w przy jednoczesnej obecności co najmniej trzech pełnoletnich, nieubezwłasnowolnionych, widzących i słyszących świadków potrafiących pisać.
3. Treść zgody, o której mowa w ust. 2, należy niezwłocznie spisać, z podaniem miejsca i daty jej udzielenia, a pismo podpisują wszyscy świadkowie. Pismo załącza się do dokumentacji medycznej.
4. Niezachowanie formy wyrażenia zgody, o której mowa w ust. 1 albo 2, uważa się za brak zgody.

Art. 17b

1. W przypadkach, o których mowa w art. 17 ust 4-6, sąd opiekuńczy niezwłocznie wszczyna postępowanie dotyczące zezwolenia na przeprowadzenie badań lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych na podstawie wniosku, o którym mowa w art. 17 ust. 5, albo z urzędu na podstawie zawiadomienia.
2. Sąd, wysłuchuje pacjenta, także małoletniego, o ile osoba ta jest przytomna, jej przedstawicieli ustawowych oraz lekarza.
3. W przypadku, gdy pacjent nie jest przytomny, sąd zapoznaje się ze stanem pacjenta w miejscu, w którym on przebywa.
4. Sąd może powołać biegłych w celu zasięgnięcia opinii o stanie zdrowia pacjenta.
5. Sąd, w terminie 24 godzin od wpłynięcia wniosku albo zawiadomienia, wydaje postanowienie, w którym zezwala albo odmawia zezwolenia na przeprowadzenie badań lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych.
6. Sądem właściwym jest sąd właściwy dla podmiotu udzielającego świadczenia.

Art. 17c

1. Na postanowienie sądu służy zażalenie.
2. Zażalenie wnosi się w terminie 24 godzin do sądu okręgowego.
3. Sąd okręgowy rozpatruje zażalenie niezwłocznie, nie później niż w terminie 72 godzin.
4. Od orzeczenia sądu okręgowego kasacja nie przysługuje.”

12) art. 18 otrzymuje brzmienie:

„Art. 18. Pacjent, który ukończył 16 lat i jest zdolny do podjęcia świadomej decyzji, ma prawo do odstąpienia od leczenia w każdym czasie.”

13) w art. 20: a) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„Prawo do poszanowania godności obejmuje także prawo do umierania w spokoju i godności. Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych zapewniających łagodzenie bólu i innych cierpień.”

b) dodaje się ust. 3 i 4 w brzmieniu:

„3. Pacjent ma prawo do niestosowania wobec niego uporczywej terapii.

4. Pacjent, wobec którego zaprzestano uporczywej terapii, ma prawo do skutecznej opieki paliatywnej.”

14) po rozdziale 6 dodaje się rozdziały 6a i 6b w brzmieniu:

„Rozdział 6a

Zasady udzielania pełnomocnictw medycznych, stałych zgód lub sprzeciwów oraz sporządzania testamentu życia

„Art. 22a.

1. Osoba fizyczna, która ukończyła 18 lat i nie jest ubezwłasnowolniona, może wyznaczyć inną osobę pełnoletnią i nieubezwłasnowolnioną swoim pełnomocnikiem medycznym.
2. Ustanowienie pełnomocnika medycznego wymaga pisemnej zgody osoby, która ma być pełnomocnikiem.
3. Osoba fizyczna może wskazać tylko jednego pełnomocnika medycznego.
4. Osoba fizyczna może dodatkowo wskazać inną niż pełnomocnik medyczny osobę fizyczną, która staje się pełnomocnikiem medycznym w przypadku, gdy pierwotnie ustanowiony pełnomocnik medyczny nie może działać z jakiegokolwiek przyczyny. W przypadku podjęcia czynności przez tak wskazaną osobę pierwotne pełnomocnictwo medyczne wygasa.
5. W przypadku, gdy pełnomocnik medyczny lub osoba, o której mowa w ust. 4 nie może podjąć czynności uznaje się, że osoba nie ma pełnomocnika medycznego.
6. Ubezwłasnowolnienie mocodawcy nie powoduje wygaśnięcia pełnomocnictwa, sąd ustanawiając opiekę ogranicza ją w zakresie objętym pełnomocnictwem medycznym.
7. Pełnomocnikiem medycznym nie może być pracownik jednostki, w której pacjentowi udzielane są świadczenia zdrowotne, bądź osoba, która z taką jednostką współpracuje na podstawie innej umowy.

Art. 22b.

Pełnomocnictwo medyczne obejmuje wyrażanie w imieniu pacjenta zgody albo sprzeciwu na udzielenie świadczeń zdrowotnych w przypadku, gdy pacjent jest

niezdolny do podjęcia świadomej decyzji albo w przypadku korzystania przez niego z prawa, o którym mowa w art. 9 ust. 4.

Art. 22c.

1. Pełnomocnictwo medyczne dla swojej ważności wymaga formy pisemnej.
2. W szczególnych okolicznościach, zwłaszcza jeśli osoba nie może pisać albo istnieje obawa rychłej utraty zdolności do podjęcia świadomej decyzji lub wyrażenia woli przez osobę udzielającą pełnomocnictwa medycznego, pełnomocnictwo medyczne może zostać udzielone ustnie, w języku migowym lub w inny nie budzący wątpliwości sposób w przy jednoczesnej obecności co najmniej trzech pełnoletnich, nieubezwłasnowolnionych, widzących i słyszących świadków potrafiących pisać.
3. W przypadku, o którym mowa w ust. 2, zgoda, o której mowa w art. 22a ust. 2, może zostać udzielona w dowolny sposób.
4. Treść pełnomocnictwa medycznego, o którym mowa w ust. 2, oraz zgody, o której mowa w ust. 3, należy niezwłocznie spisać, z podaniem miejsca i daty oświadczenia, a pismo podpisują udzielający pełnomocnictwa i dwóch świadków albo wszyscy świadkowie. Świadek może być pełnomocnikiem medycznym.
5. Pełnomocnictwo medyczne jest wolne od opłat.

Art. 22d.

Pełnomocnik medyczny jest zobowiązany do działania w najlepiej pojętym interesie pacjenta oraz do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji dotyczących stanu zdrowia pacjenta o jakich dowiedział się w związku z udzielonym pełnomocnictwem.

Art. 22e.

1. Jeżeli pacjent sporządził testament życia lub oświadczenie, o którym mowa w art. 22g, wówczas pełnomocnik medyczny nie jest uprawniony do działania w zakresie objętym tymi oświadczeniami.
2. Pełnomocnik medyczny nie może sporządzić ani odwołać w imieniu mocodawcy testamentu życia ani oświadczenia.
3. W przypadku gdy czynność podjęta przez pełnomocnika wchodzi w zakres sporządzonego przez mocodawcę testamentu życia lub oświadczenia, stosuje się testament życia lub oświadczenie.

Art. 22f.

1. Osoba fizyczna, która ukończyła 16 lat i nie jest ubezwłasnowolniona, może wyrazić, w każdym czasie, na urzędowym formularzu, z podpisem poświadczonym notarialnie, wolę zaprzestania wobec niej, z chwilą

wystąpienia stanu terminalnego i utraty zdolności wyrażenia woli, procedur medycznych (w tym resuscytacji oraz wspomaganego oddychania), innych niż podstawowe zabiegi pielęgnacyjne, łagodzenie bólu i innych objawów oraz karmienie i nawadnianie, o ile służą dobru pacjenta (testament życia). Oświadczenie może być odwołane na piśmie.

2. Osoby niemogące czytać lub pisać składają oświadczenie w formie aktu notarialnego, którego treść obejmuje treść formularza urzędowego, o którym mowa w ust. 1.
3. Oświadczenia, o których mowa w ust. 1, mogą zostać zarejestrowane.
4. Oświadczenia, o których mowa w ust. 1, wiążą lekarzy, pielęgniarki oraz pozostały personel medyczny, jeżeli zostały zarejestrowane w rejestrze, o którym mowa w art. 22h, lub pacjent złożył takie oświadczenie z chwilą przyjęcia do placówki medycznej lub w trakcie pobytu w placówce albo lekarz lub pielęgniarka zapoznali się z treścią takiego oświadczenia.
5. W przypadku, gdy pacjent składa oświadczenie z chwilą przyjęcia do placówki medycznej lub w trakcie pobytu w placówce poświadczenia podpisu może dokonać lekarz opatrując dokument adnotacją oraz własnoręcznym podpisem i pieczętą.
6. Informację o złożeniu oświadczenia w placówce medycznej lub zapoznaniu się z nim odnotowuje się w dokumentacji medycznej. Na żądanie osoby składającej oświadczenie dyrektor placówki medycznej przesyła oświadczenie do centralnego rejestru, o którym mowa w art. 22 h.
7. Domniemuje się, że oświadczenie zarejestrowane nie zostało odwołane.
8. Wzór formularza określa załącznik nr 1 do ustawy.

Art. 22g.

1. Osoba fizyczna, która ukończyła 16 lat i nie jest ubezwłasnowolniona, może wyrazić, w każdym czasie, na urzędowym formularzu, z podpisem poświadczonym notarialnie wolę stosowania albo niestosowania wobec niej określonych procedur medycznych. Przepisy art. 22f ust.2-5 stosuje się.
2. Jeżeli osoba fizyczna złożyła oświadczenie, o którym mowa w ust. 1 oraz testament życia i występują różnice w złożonych dokumentach wówczas stosuje się testament życia.
3. Wzór formularza oświadczenia określa załącznik nr 2 do ustawy.

Art. 22h.

1. W celu rejestrowania, przechowywania i udostępniania oświadczeń, o których mowa w art. 22f ust. 1 oraz 22g ust.1, oraz zgłoszeń o odwołaniu tych oświadczeń, tworzy się centralny rejestr, zwany dalej „centralnym rejestrem oświadczeń”.
2. O dokonaniu wpisu oświadczenia w centralnym rejestrze oświadczeń albo o jego odwołaniu niezwłocznie zawiadamia się przesyłką poleconą osobę, której oświadczenie dotyczy.

3. W centralnym rejestrze oświadczeń zamieszcza się następujące dane osoby, której oświadczenie dotyczy:
 - 1) imię i nazwisko;
 - 2) datę i miejsce urodzenia;
 - 3) numer PESEL, jeżeli posiada;
 - 4) datę oraz miejscowość, w której oświadczenie albo jego odwołanie zostały sporządzone;
 - 5) datę wpłynięcia oświadczenia albo datę wpłynięcia zgłoszenia o odwołaniu oświadczenia.
4. Dane z centralnego rejestru oświadczeń mogą otrzymywać:
 - 1) świadczeniodawcy usług medycznych
 - 2) pełnomocnicy medyczni.
5. Centralny rejestr oświadczeń prowadzi minister właściwy do spraw zdrowia.
6. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z Ministrem Sprawiedliwości określi, w drodze rozporządzenia sposób prowadzenia rejestru biorąc pod uwagę możliwość prowadzenia tego rejestru w formie elektronicznej.

Art. 22i.

Oświadczenia woli złożone poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z prawem miejsca ich złożenia, których treść odpowiada pełnomocnictwu medycznemu, testamentowi życia albo stałej zgodzie lub sprzeciwowi, wywierają skutek prawny w zakresie, w jakim nie są sprzeczne z prawem polskim.

Rozdział 6b

Postępowanie w sprawie uporczywej terapii

Art. 22j.

1. W przypadku wystąpienia u pacjenta stanu terminalnego lekarz, po zasięgnięciu w miarę możliwości opinii drugiego lekarza lub zespołu leczącego pacjenta, orzeka o rozpoznaniu stanu terminalnego i informuje o tym pacjenta, jeżeli jest przytomny, albo jego przedstawiciela ustawowego, pełnomocnika medycznego, albo kuratora medycznego. Lekarz jest zobowiązany wyjaśnić przyczyny orzeczenia oraz poinformować o przysługujących prawach.
2. W orzeczeniu o rozpoznaniu stanu terminalnego lekarz, w miarę możliwości po zasięgnięciu w miarę możliwości opinii drugiego lekarza lub zespołu leczącego, może orzec o niepodejmowaniu resuscytacji wobec pacjenta w przypadku zatrzymania akcji oddechowej lub krążenia. Prawomocne orzeczenie wiąże lekarzy i pozostały personel medyczny.
3. Lekarz dokonuje adnotacji o orzeczeniu o rozpoznaniu stanu terminalnego w dokumentacji medycznej.

4. W przypadku, o którym mowa w art. 9 ust. 4, lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta albo pełnomocnika medycznego.
5. W przypadku, gdy pacjent jest niezdolny do podjęcia świadomej decyzji lub wyrażenia woli i nie ma przedstawiciela ustawowego ani pełnomocnika medycznego, ani kuratora medycznego, ani nie sporządził testamentu życia, lekarz informuje właściwego miejscowo prokuratora. W takim przypadku prokurator jest zobowiązany, przed podjęciem postanowienia o wniesieniu odwołania od orzeczenia o rozpoznaniu stanu terminalnego albo o braku podstaw do jego wniesienia, do zapoznania się ze stanem pacjenta w miejscu, w którym on przebywa.

Art. 22k.

Pacjent, który ukończył 16 lat, oraz przedstawiciel ustawowy pacjenta, a także pełnomocnik medyczny, kurator medyczny oraz, w przypadku, o którym mowa w art. 22j ust. 5, prokurator mogą złożyć, w terminie 24 godzin od powiadomienia o orzeczeniu o rozpoznaniu stanu terminalnego, odwołanie od tego orzeczenia do konsultanta wojewódzkiego ze specjalności medycznej, właściwej dla leczenia choroby, która była przyczyną wydania orzeczenia, o którym mowa w art. 22j ust.1.

Art. 22l.

1. Na podstawie wniesionego odwołania konsultant wojewódzki niezwłocznie powołuje konsylium odwoławcze, właściwe do rozpoznania odwołania.
2. W skład konsylium odwoławczego wchodzi 3 lekarzy, w tym przynajmniej jeden o specjalności medycznej, właściwej dla leczenia choroby, która była przyczyną wydania zaskarżonego orzeczenia. W uzasadnionych przypadkach w skład konsylium odwoławczego wchodzi specjalista opieki paliatywnej.
3. Co najmniej dwie osoby wchodzące w skład konsylium odwoławczego nie mogą być pracownikami jednostki, w której pacjentowi udzielane są świadczenia zdrowotne, bądź osobami, które z taką jednostką współpracują na podstawie innej umowy.
4. Konsylium odwoławcze wysłuchuje pacjenta, wobec którego lekarz orzekł o rozpoznaniu stanu terminalnego, o ile osoba ta jest przytomna, jej przedstawiciela ustawowego albo pełnomocnika medycznego, albo kuratora medycznego.
5. W przypadku, gdy pacjent nie jest przytomny, konsylium odwoławcze zapoznaje się ze stanem pacjenta w miejscu, w którym on przebywa.
6. Konsylium odwoławcze, w terminie 24 godzin od wpłynięcia odwołania, wydaje orzeczenie, w którym utrzymuje w mocy orzeczenie lekarza o rozpoznaniu stanu terminalnego i nakazuje niewdrażanie albo zaniechanie uporczywej terapii albo uchyla orzeczenie lekarza i nakazuje kontynuowanie leczenia. Orzeczenie konsylium odwoławczego jest ostateczne.
7. W przypadku orzeczenia konsylium odwoławczego o kontynuacji leczenia konsultant wojewódzki, który powołał konsylium odwoławcze, wskazuje

świadczeniodawcę usług zdrowotnych, w której leczenie będzie kontynuowane, biorąc pod uwagę także możliwość natychmiastowego objęcia pacjenta leczeniem przez ten podmiot. Wskazanie konsultanta wojewódzkiego traktuje się jako odpowiednie skierowanie do leczenia.

8. Do czasu objęcia pacjenta leczeniem przez wskazanego świadczeniodawcę lekarz, który wydał uchylone orzeczenie o rozpoznaniu stanu terminalnego, jest zobowiązany do kontynuowania leczenia, zgodnie ze wskazaniami konsylium odwoławczego.
9. Do świadczeniodawcy usług zdrowotnych wskazanego w trybie ust. 5 nie stosuje się art. 38 i 39 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

Art. 22m.

1. Konsultanci wojewódzcy opracowują raz w roku w terminie do dnia 30 marca, listę lekarzy w danej dziedzinie medycyny, którzy mogą być członkami konsylium odwoławczego.
2. Z tytułu uczestnictwa w konsylium odwoławczym lekarzowi przysługuje zwrot kosztów w wysokości oraz na warunkach przewidzianych dla ustalania należności przysługujących pracownikowi zatrudnionemu w państwowej lub samorządowej jednostce sfery budżetowej z tytułu podróży służbowej na obszarze kraju Koszty działania konsyliów odwoławczych finansowane są z budżetu państwa, z części będącej w dyspozycji właściwego wojewody.
3. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia, sposób działania konsyliów odwoławczych uwzględniając efektywność realizacji praw pacjenta oraz szybkość postępowania.

Art. 22n.

Lekarz może wydać kolejne orzeczenie o rozpoznaniu stanu terminalnego po stwierdzeniu u pacjenta zmiany okoliczności związanych ze stanem zdrowia, powodujących nadmierne cierpienie lub naruszenie godności pacjenta. Przepisy art. 22g - 22k stosuje się.

Art. 22o.

Jeżeli odwołanie nie zostało wniesione w terminie albo konsylium odwoławcze utrzymało w mocy orzeczenie o rozpoznaniu stanu terminalnego, lekarz, po konsultacji z zespołem leczącym, nie wdraża albo zaprzestaje uporczywej terapii i stosuje podstawowe zabiegi pielęgnacyjne, łagodzenie bólu i innych objawów oraz karmienie i nawadnianie, o ile służą dobru pacjenta, oraz kieruje pacjenta do opieki paliatywnej.”

- 15) w art. 23 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Pacjent, jego przedstawiciel ustawowy, pełnomocnik medyczny oraz kurator medyczny mają prawo dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia pacjenta oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych.”

16) w art. 26 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Po śmierci pacjenta prawo wglądu do dokumentacji medycznej ma osoba upoważniona przez pacjenta za życia, jego przedstawiciel ustawowy oraz pełnomocnik medyczny.”

17) w art. 31: a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy albo pełnomocnik medyczny mogą wnieść sprzeciw wobec opinii albo orzeczenia określonych w art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 o zawodach lekarza i lekarza dentystry, jeżeli opinia albo orzeczenie ma wpływ na prawa lub obowiązki pacjenta wynikające z przepisów prawa.”

b) dodaje się ust. 1a w brzmieniu:

„1a. Przepisu ust. 1 nie stosuje się do orzeczeń, o których mowa w rozdziale 6b”

Art. 2

W ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U z 2011 r. Nr 277, poz. 1634, Dz. U. z 2011 r. Nr 291, poz. 1707, Dz. U. z 2012 r. poz. 95) wprowadza się następujące zmiany:

1) art. 25 otrzymuje brzmienie:

1. Prowadzenie eksperymentu medycznego wymaga świadomej pisemnej zgody osoby badanej, która ukończyła 16 lat, mającej w nim uczestniczyć. Przepisy art. 17a ust. 2 i 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, zwanej dalej: ustawą o prawach pacjenta, stosuje się.
2. Udział małoletniego, który nie ukończył 16 lat, w eksperymencie medycznym wymaga świadomej pisemnej zgody przedstawiciela ustawowego. Jeżeli małoletni, który nie ukończył 16 lat, działa z rozeznanie, konieczne jest uzyskanie jego opinii w sprawie uczestnictwa w eksperymencie medycznym.
3. W przypadku osoby niezdolnej do podjęcia świadomej decyzji zgodę na udział tej osoby w eksperymencie medycznym wyraża przedstawiciel ustawowy tej osoby. W przypadku, jeżeli osoba niezdolna do podjęcia świadomej decyzji ustanowiła pełnomocnika medycznego, zgodę na udział tej osoby w eksperymencie medycznym wyraża pełnomocnik medyczny.
4. Jeżeli osoba niezdolna do podjęcia świadomej decyzji wyraziła wolę stosowania albo nie stosowania wobec niej określonych procedur medycznych, a określony eksperyment medyczny mieści się w zakresie takich procedur wówczas domniemuje się udzielenie zgody albo sprzeciwu zgodnie z treścią złożonego oświadczenia woli. Przepisu ust. 3 i 5 nie stosuje się.
5. W przypadku, o którym mowa w art. 17 ust. 4 ustawy o prawach pacjenta, zgodę na udział w eksperymencie medycznym wyraża kurator medyczny.

6. W przypadku, gdy choć jeden przedstawiciel ustawowy pacjenta małoletniego, który nie ukończył 16 lat, wyraża sprzeciw na udział małoletniego w eksperymencie medycznym, albo gdy nie można skontaktować się z przedstawicielem ustawowym małoletniego, który nie ukończył 16 lat, zezwolenie może, na wniosek podmiotu przeprowadzającego eksperyment, wydać sąd opiekuńczy.
7. W przypadku, gdy pacjent jest niezdolny do podjęcia świadomej decyzji lub wyrażenia woli i nie ma przedstawiciela ustawowego, pełnomocnika medycznego, kuratora medycznego albo nie jest możliwy kontakt z nim, zezwolenie może, na wniosek podmiotu przeprowadzającego eksperyment, wydać sąd opiekuńczy.”

2) w art. 30 dotychczasową treść oznacza się jako ust. 1 i dodaje się ust. 2 w brzmieniu:

„2. Wykonywanie obowiązku, o którym mowa w ust. 1, nie może naruszać praw i godności pacjenta.”

3) art. 31 – 35 otrzymują brzmienie:

„Art. 31. 1. Lekarz ma obowiązek udzielać pacjentowi, w tym małoletniemu, który ukończył 16 lat, jego ustawowemu przedstawicielowi, pełnomocnikowi medycznemu oraz kuratorowi medycznemu przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.

2. Lekarz może udzielić informacji, o której mowa w ust. 1, innym osobom za zgodą pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego albo pełnomocnika medycznego.
3. Na żądanie pacjenta lekarz nie ma obowiązku udzielać pacjentowi informacji, o której mowa w ust. 1.
4. W sytuacjach szczególnie wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomyślne dla pacjenta a z okoliczności leczenia wynika, że przekazanie informacji mogłoby znacznie pogorszyć stan zdrowia pacjenta lub doprowadzić do jego przedwczesnej śmierci, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta, pełnomocnika medycznego lub osobę upoważnioną przez pacjenta. Na żądanie pacjenta lekarz ma jednak obowiązek udzielić mu żądanej informacji.
5. Ograniczenie informacji, o której mowa w ust. 4, nie dotyczy informacji o proponowanych metodach leczenia oraz o odstąpieniu od uporczywej terapii.
6. Jeżeli pacjent nie ukończył 16 lat lub jest niezdolny do zrozumienia znaczenia informacji, lekarz udziela informacji osobie bliskiej w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy o prawach pacjenta, o ile przedstawiciel ustawowy albo pełnomocnik medyczny nie wniósł sprzeciwu.
7. Pacjentowi, który nie ukończył 16 lat, oraz pacjentowi, który jest przytomny ale niezdolny do podjęcia decyzji lub wyrażenia woli, lekarz udziela informacji w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu diagnostycznego lub terapeutycznego i wysłuchuje jego zdania.

3) Art. 32 - 35 otrzymują brzmienie:

„Art. 32.

1. Lekarz ma obowiązek uzyskania świadomej zgody pacjenta, w tym małoletniego, który ukończył 16 lat, na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych.
2. W przypadkach określonych w art. 17 ust. 2 i 3 ustawy o prawach pacjenta, lekarz ma obowiązek uzyskania świadomej zgody na przeprowadzenie badań lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych, odpowiednio przedstawiciela ustawowego albo pełnomocnika medycznego.
3. W przypadkach określonych w art. 17 ust. 4 – 6 ustawy o prawach pacjenta lekarz, jeśli uważa, że wskazane jest z punktu widzenia wiedzy medycznej i dobra pacjenta przeprowadzenie określonych badań lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych, ma obowiązek uzyskania zezwolenia sądu opiekuńczego na przeprowadzenie takich badań lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych.
4. Zasady udzielania zgody i zezwolenia określa ustawa o prawach pacjenta.

Art. 33.

1. W przypadku, gdy niezbędne jest wykonanie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego o podwyższonym ryzyku, w tym zabiegu operacyjnego zgoda, o której mowa w art. 32 ust. 1 i 2, wyrażana jest na piśmie.
2. W przypadku, gdy zgody ma udzielić osoba nie mogąca czytać lub pisać, stosuje się art. 17a ust. 2 i 3 ustawy o prawach pacjenta.
3. Lekarz ma prawo w każdym przypadku zażądać wyrażenia zgody, o której mowa w art. 32 ust. 1 i 2, lub sprzeciwu na wykonanie określonego badania lub udzielenie innego świadczenia medycznego w formie pisemnej.
4. Niezachowanie formy pisemnej albo formy, o której mowa w art. 17a ust. 2 i 3 ustawy o prawach pacjenta, w przypadku, o którym mowa w ust. 1, uważa się za brak zgody.

Art. 34.

1. Lekarz może wykonać badania lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych pacjentowi, który nie może podjąć świadomej decyzji, bez zgody przedstawiciela ustawowego pacjenta, pełnomocnika medycznego, kuratora medycznego bądź zezwolenia właściwego sądu opiekuńczego, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody albo zezwolenia groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. W takim przypadku lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności. O wykonywanych czynnościach lekarz niezwłocznie zawiadamia przedstawiciela ustawowego, pełnomocnika

medycznego, kuratora medycznego albo sąd opiekuńczy oraz dokonuje odpowiedniej adnotacji wraz z uzasadnieniem w dokumentacji medycznej.

2. W przypadku, gdy pacjent, o którym mowa w ust. 1 wymaga dalszej opieki medycznej i nie jest zdolny do podejmowania świadomych decyzji oraz nie posiada przedstawiciela ustawowego, pełnomocnika medycznego albo kuratora medycznego lekarz zawiadamia o tym sąd opiekuńczy właściwy dla siedziby placówki, w której udzielane są świadczenia wnioskując o powołanie kuratora medycznego dla takiej osoby.
3. Przepisu ust. 1 nie stosuje się, gdy pacjent wyraził wolę, o której mowa w art. 22g ustawy o prawach pacjenta w zakresie objętym oświadczeniem pacjenta.

Art. 35.

1. Jeżeli w trakcie wykonywania zabiegu operacyjnego albo udzielania innego świadczenia zdrowotnego wystąpią okoliczności, których nieuwzględnienie groziłoby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkim uszkodzeniem ciała lub ciężkim rozstrojem zdrowia, a nie ma możliwości niezwłocznego uzyskania świadomej zgody pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego, pełnomocnika medycznego, kuratora medycznego albo zezwolenia sądu opiekuńczego lekarz ma prawo, bez uzyskania tej zgody albo zezwolenia, zmienić zakres zabiegu bądź innego świadczenia zdrowotnego w sposób umożliwiający uwzględnienie tych okoliczności. W takim przypadku lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.
 2. O okolicznościach, o których mowa w ust. 1, lekarz dokonuje odpowiedniej adnotacji w dokumentacji medycznej oraz informuje pacjenta, przedstawiciela ustawowego, pełnomocnika medycznego, kuratora medycznego albo sąd opiekuńczy.”
- 4) w art. 36 dodaje się ust. 1a w brzmieniu:
- „1a. Lekarz ma obowiązek powstrzymania się od udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących uporczywą terapię w rozumieniu ustawy o prawach pacjenta.”
- 5) art. 37 otrzymuje brzmienie:
- „Art. 37. W razie wątpliwości diagnostycznych lub terapeutycznych lekarz z własnej inicjatywy bądź na wniosek pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego, pełnomocnika medycznego albo kuratora medycznego, powinien zasięgnąć opinii właściwego lekarza specjalisty lub zorganizować konsylium lekarskie.”
- 6) w art. 39 dotychczasowa treść oznacza się jako ust. 1 i dodaje się ust. 2 w brzmieniu:
- „2. Przepisu ust. 1 nie stosuje się do odstąpienia od uporczywej terapii, zaprzestania procedur medycznych oraz niestosowania określonych procedur medycznych zgodnie z testamentem życia lub oświadczeniem, o których mowa w art. 22g ustawy o prawach pacjenta.”

Art. 3

W ustawie z dnia 6 czerwca 1997 – Kodeks karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm¹) w art. 192 § 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Kto przeprowadza badanie lub udziela innych świadczeń zdrowotnych bez wymaganej zgody albo zezwolenia,
podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.”

Art. 4

Ustawa wchodzi w życie z dniem....

¹ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1997 r. Nr 128, poz. 840, z 1999 r. Nr 64, poz. 729 i Nr 83, poz. 931, z 2000 r. Nr 48, poz. 548, Nr 93, poz. 1027 i Nr 116, poz. 1216, z 2001 r. Nr 98, poz. 1071, z 2003 r. Nr 111, poz. 1061, Nr 121, poz. 1142, Nr 179, poz. 1750, Nr 199, poz. 1935 i Nr 228, poz. 2255, z 2004 r. Nr 25, poz. 219, Nr 69, poz. 626, Nr 93, poz. 889 i Nr 243, poz. 2426, z 2005 r. Nr 86, poz. 732, Nr 90, poz. 757, Nr 132, poz. 1109, Nr 163, poz. 1363, Nr 178, poz. 1479 i Nr 180, poz. 1493, z 2006 r. Nr 190, poz. 1409, Nr 218, poz. 1592 i Nr 226, poz. 1648, z 2007 r. Nr 89, poz. 589, Nr 123, poz. 850, Nr 124, poz. 859 i Nr 192, poz. 1378, z 2008 r. Nr 90, poz. 560, Nr 122, poz. 782, Nr 171, poz. 1056, Nr 173, poz. 1080 i Nr 214, poz. 1344, z 2009 r. Nr 62, poz. 504, Nr 63, poz. 533, Nr 166, poz. 1317, Nr 168, poz. 1323, Nr 190, poz. 1474, Nr 201, poz. 1540 i Nr 206, poz. 1589, z 2010 r. Nr 7, poz. 46, Nr 40, poz. 227 i 229, Nr 98, poz. 625 i 626, Nr 125, poz. 842, Nr 127, poz. 857, Nr 152, poz. 1018 i 1021, Nr 182, poz. 1228, Nr 225, poz. 1474 i Nr 240, poz. 1602 oraz z 2011 r. Nr 17, poz. 78, Nr 24, poz. 130, Nr 39, poz. 202, Nr 48, poz. 245, Nr 72, poz. 381, Nr 94, poz. 549, Nr 117, poz. 678, Nr 133, poz. 767, Nr 160, poz. 964, Nr 191, poz. 1135, Nr 217, poz. 1280, Nr 233, poz. 1381 i Nr 240, poz. 1431.

Załącznik 1

Wzór formularza, o którym mowa w art. 22f ust. 6:

Testament życia

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Imiona rodziców:

Nr PESEL:

Adres dla doręczeń:

Niniejszym oświadczam, że z chwilą wystąpienia u mnie stanu terminalnego i utraty zdolności wyrażenia woli żądam zaprzestania wobec mnie stosowania jakichkolwiek procedur medycznych, w tym resuscytacji oraz wspomaganego oddychania. Powyższe żądanie nie obejmuje stosowania wobec mnie podstawowych zabiegów pielęgnacyjnych, łagodzenia bólu i innych objawów oraz karmienia i nawadniania. Stosowanie powyższych zabiegów winno być zaprzestane, o ile będą one pogłębiać moje cierpienie. Jestem świadom, że złożenie takiego oświadczenia wiąże lekarzy i pozostały personel medyczny.

Data i miejsce sporządzenia:

Podpis:

Poświadczenie podpisu przez notariusza:

Pouczenie: Oświadczenie należy przesłać listem poleconym na adres..., celem zarejestrowania.

Załącznik nr 2

Wzór formularza, o którym mowa w art. 22g ust. 3 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta:

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Imiona rodziców:

Nr PESEL:

Adres dla doręczeń:

1. W przypadku konieczności stosowania wobec mnie badań i innych procedur medycznych oświadczam, że wyrażam zgodę na stosowanie następujących procedur medycznych (należy opisać badania i procedury):

2. W przypadku konieczności stosowania wobec mnie badań i innych procedur medycznych oświadczam, że nie wyrażam zgody na stosowanie następujących procedur medycznych (należy opisać procedury):

3. Przy rozważaniu stosowania wobec mnie określonych badań i innych procedur medycznych proszę wziąć pod uwagę następujące wyrażane przeze mnie przekonania religijne, filozoficzne i podzielane wartości:

Data i miejsce sporządzenia:

Podpis:

Poświadczenie podpisu przez notariusza:

Pouczenie: Oświadczenie należy przesłać listem poleconym na adres..., celem zarejestrowania.

UZASADNIENIE

Olbrzymi postęp, jaki dokonał się w medycynie w ciągu ostatnich lat, spowodował, że możliwe stało się instrumentalne wspomaganie podstawowych funkcji życiowych, co w sytuacjach, gdy choroba lub uraz zagrażają życiu, może być jedyną szansą uratowania chorego.

Przykładami podejmowanych w takich sytuacjach działań medycznych są: resuscytacja krążeniowo-oddechowa, sztuczna wentylacja, wspomaganie farmakologiczne lub mechaniczne układu krążenia, leczenie nerkozastępcze i przeszczepianie narządów.

Nie należy stosować tych samych metod i narzędzi u osób znajdujących się w stanie terminalnym, gdyż prowadzi to jedynie do przedłużania umierania i cierpienia.

Coraz częściej lekarze stają dziś przed trudnym dylematem: czy u pacjentów w stanie terminalnym wdrażanie lub kontynuowanie wszelkich dostępnych form leczenia (również tych podtrzymujących funkcje życiowe), którymi dysponuje współczesna medycyna, jest istotnie działaniem w imię dobra pacjenta? Czy lekarz zwalczając chorobę, nie zapomina w takich przypadkach o cierpieniu pacjenta? Powstaje też pytanie, czy niekiedy uznawane za innowacyjne, instrumentalne postępowanie, podejmowane w innym celu niż ulżenie w cierpieniu, nie staje się w takiej sytuacji eksperymentem medycznym?

Należy podkreślić, że rezygnacja lub wycofanie się z intensywnej terapii lub terapii szczególnie obciążającej chorego w stanie terminalnym nie oznacza zakończenia opieki medycznej, a jedynie zmianę celu leczenia, którym staje się od tego momentu zapewnienie choremu godnych warunków umierania.

Wyraźnie trzeba także podkreślić, że w procesie podejmowania decyzji dotyczących zakresu terapii podtrzymującej życie, obok zespołu medycznego, powinien na równych prawach uczestniczyć chory.

Zadaniem lekarza jest rzetelne poinformowanie go zarówno o konsekwencjach i zagrożeniach związanych z rozpoczęciem i kontynuowaniem terapii, jak i z rezygnacją z takiej formy leczenia. Jest to szczególnie ważne w czasach, w których w mediach stworzony został fałszywy obraz prawie nieograniczonych możliwości współczesnej medycyny, która jest w stanie wyleczyć każde schorzenie.

Jeśli to możliwe, rozmowa lekarza z chorym i jego bliskimi powinna odbyć się wtedy, gdy chory jest przytomny i może samodzielnie podjąć decyzję lub udzielić upoważnienia osobie, która będzie podejmować decyzje medyczne w jego imieniu.

Niejasne regulacje prawne i obawa lekarzy przed odpowiedzialnością za spowodowanie śmierci pacjenta przez zaniechanie leczenia powodują, że w Polsce u wielu chorych znajdujących się w stanie terminalnym podejmowana i kontynuowana jest uporczywa terapia. Często wśród polskich lekarzy postawa paternalistyczna sprzyja pomijaniu chorych w procesie podejmowania decyzji, między innymi dotyczących podtrzymywania funkcji życiowych.

W ciągu ostatnich kilkadziesiąt lat w wielu krajach wprowadzone zostały regulacje, których zadaniem jest zapewnienie chorym umierającym godnych i spokojnych warunków śmierci. Przykładowo, Kongres USA w 1990 roku przyjął federalną Ustawę o samostanowieniu pacjentów, znaną jako „*The Patient Self-Determination Act*” (*The Patient Self-Determination Act*. 101 Congress USA 1990; <http://thomas.loc.gov/cgi->

bin/query/z?c101:H.R.4449.IH:). Wprowadza ona zarówno prawo do akceptacji lub odmowy leczenia, jak również prawo do wyrażania tzw. wcześniejszych dyrektyw (ang. *advanced directives*) odnoszących się do przyszłości, w formie np. testamentu życia lub pełnomocnika medycznego.

Kwestie te regulują również wewnętrzne przepisy, wydawane przez samorządy i towarzystwa lekarskie w poszczególnych krajach; np. *General Medical Council* opublikowało w Wielkiej Brytanii dokument: „*Treatment and care towards the end of life: good practice in decision making*” (Treatment and Care towards the end of life: good practice in decision making. General Medical Council 2010. ISBN: 978-0-901458-46-9) wprowadzający rekomendacje dla lekarzy, w których zwraca się szczególną uwagę na konieczność uwzględniania roli chorych w procesie decyzyjnym.

Także wytyczne *American College of Critical Care Medicine* (Truog R, Campbell ML, Curtis R i wsp., Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: A consensus statement by the American College of Critical Care Medicine. Crit Care Med 2008; 36:953-963) podkreślają wagę wprowadzenia modelu wypracowywania decyzji dotyczących postępowania z osobami w stanie terminalnym, opierającego się na współdziałaniu z chorym i jego bliskimi (ang. *family-centered care and decision making*).

Uważa się, że takie działania sprzyjają optymalizacji postępowania medycznego, uwzględniają potrzeby chorego, zmniejszają ryzyko powstawania konfliktów i późniejszych roszczeń prawnych.

Jeśli decyzja o zaprzestaniu leczenia przedłużającego życie u człowieka dorosłego w stanie terminalnym jest trudna do podjęcia, to staje się wręcz dramatyczna w sytuacjach, kiedy choruje dziecko. Problem ten wówczas dotyka też rodziców, a emocje w znacznym stopniu utrudniają próby zaoszczędzenia dziecku niepotrzebnych cierpień.

Ochrona godności, dobra, autonomii i praw dziecka nieuleczalnie lub śmiertelnie chorego stanowi istotny problem etyczny współczesnej pediatrii. Stosowanie uporczywego leczenia podtrzymującego życie w tej grupie chorych powoduje cierpienia dzieci, na które składają się ból, lęk, brak poczucia bezpieczeństwa, brak intymności, izolacja w szpitalu, pozbawienie informacji, udziału w decyzjach i innych praw, w tym prawa do wyboru opieki paliatywnej i prawa do godnego umierania.

W 2011 roku Polskie Towarzystwo Pediatryczne opublikowało wytyczne dotyczące postępowania w stanach terminalnych (Zaniechanie i wycofanie się z uporczywego leczenia podtrzymującego życie u dzieci. Wytyczne dla lekarzy. Polskie Towarzystwo Pediatryczne, Warszawa, 2011). Zespół lekarzy, etyków i prawników podjął starania, aby problem przedstawić możliwie szeroko na tle współczesnej wiedzy medycznej, różnych poglądów etycznych oraz bieżącego stanu prawnego. Podobne wytyczne opublikowało Polskie Towarzystwo Neonatologiczne (M. Rutkowska i Zespół ds. Rekomendacji Etycznych w Perinatologii. Rekomendacje dotyczące postępowania z matką oraz noworodkiem na granicy możliwości przeżycia z uwzględnieniem aspektów etycznych. Medycyna Wieku Rozwojowego 2011, nr 3; <http://www.medwiekurozwoj.pl/articles/2011-3-2-2.html>). Wagę tych problemów dostrzegł w 2007 roku Rzecznik Praw Obywatelskich, publikując „Kartę praw dziecka śmiertelnie chorego w domu” (Karta Praw Dziecka Śmiertelnie Chorego w Domu. Rzecznik Praw Obywatelskich, 2007; <http://www.rpo.gov.pl/pliki/1196341986.pdf>).

Uważamy, że zasada poszanowania praw nieuleczalnie lub śmiertelnie chorego pacjenta powinna zostać wprowadzona do współczesnej praktyki lekarskiej. Aby tak się stało,

niezbędna jest zarówno refleksja etyczna, jak również praktyczne zastosowanie zasad, które polegają na umiejętności podejmowania decyzji klinicznych, dotyczących zarówno włączania i kontynuowania, jak również zaniechania i wycofywania się z dostępnych terapii przedłużających życie. Umiejętność podejmowania trudnych decyzji klinicznych jest obowiązkiem, od którego lekarz nie może się uchylać.

Pragniemy zwrócić uwagę, że decyzja o zaniechaniu lub wycofaniu się z uporczywej terapii jest niezbędna, aby pacjent uzyskał dostęp do opieki paliatywnej, mającej na celu ochronę jego godności, poprawę jakości życia oraz ochronę przed uporczywą terapią i innymi zbędnymi działaniami.

Obecnie obowiązujące przepisy ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 Nr 52, poz. 417 z późn. zm.) oraz ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jednolity Dz. U. z 2008 r. nr 136, poz. 857 z późn. zm.) są w dużym stopniu niejasne, jeśli chodzi o regulację zasad wyrażania zgody albo sprzeciwu pacjenta na proponowane leczenie, w szczególności zaś pomijają kwestię odstępowania od uporczywej terapii.

Obowiązujące obecnie przepisy są dalece niedoskonałe i niewystarczające dla zagwarantowania pacjentom należnych im praw, a lekarzom i pozostałemu personelowi medycznemu nie dają możliwości wdrażania procedur związanych z odstąpieniem od uporczywej terapii.

Odstąpienie od uporczywej terapii a obowiązek leczenia

Art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry nakłada na lekarza nakaz aktywnego leczenia w sytuacjach nagłych. Przepis ten stanowi, że lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki. Na tej podstawie wyinterpretowany został ogólny prawny obowiązek lekarza, podejmowania wszystkich dostępnych, niezbędnych środków medycznych mających na celu uratowanie życia pacjenta znajdującego się w sytuacji zagrożenia życia lub znacznego uszczerbku zdrowia. Wszystkie przewidziane w ustawie sytuacje odmowy przez lekarza udzielenia danego świadczenia medycznego (art. 38 i 39) przewidują, że odmowa taka nie może mieć miejsca w sytuacji objętej regulacją art. 30.

W przepisach brak natomiast jednoznacznego wskazania, że lekarz może nie wdrażać leczenia albo zaprzestać leczenia już podjętego w sytuacji, gdy prowadzi ono nie do wyleczenia pacjenta czy poprawy jego stanu zdrowia, ale jedynie do przedłużenia jego procesu umierania, często wiążąc się z nadmiernym cierpieniem pacjenta, a nawet z naruszeniem jego godności. Brak obowiązku prowadzenia uporczywej terapii można co prawda wyinterpretować z innych przepisów, w tym przepisów prawa karnego, na co wskazują przedstawiciele doktryny prawniczej, jednakże ich metody argumentacji są rozbieżne i zbyt skomplikowane dla mniemających wiedzy prawnej lekarzy i pacjentów. Brak takiego obowiązku wynika także z orzecznictwa Sądu Najwyższego, choćby na podstawie orzeczenia z 4 kwietnia 2007 r. (V CSK 396/06), w którym Sąd Najwyższy wskazał, że obowiązek wynikający z art. 30 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry odnosi się do nagłych i niespodziewanych stanów zagrożenia życia lub zdrowia, których nie można przewidzieć, nie obejmuje nim natomiast zabiegów, które wprawdzie ratują życie, ale stosowane są u przewlekle chorych, wymagających regularnego poddawania się zabiegom leczniczym. Jednakże samo oparcie działań o znaczeniu prawnym na orzecznictwie Sądu Najwyższego nie może stanowić

wystarczającej gwarancji poszanowania praw pacjentów i bezpieczeństwa lekarzy, w szczególności wobec często zmiennej linii orzeczniczej tego sądu. Przykładem takiej niespójności orzeczniczej może być choćby wyrok z 7 listopada 2008 r., (II CSK 259/08), w którym Sąd Najwyższy uznał, że „jeśli zabieg jest celowy, a pacjent zaniebduje zalecenia lub odmawia poddania się takiemu zabiegowi, lekarz ma obowiązek ponawiać próby przekonania pacjenta do zabiegu, jeśli pozostaje z nim w bezpośrednim kontakcie. Niepodobna z góry określić, ile takich prób powinien podjąć. Im bardziej niezbędny zabieg, tym więcej. Niekiedy ma obowiązek powtarzać zalecenie tak długo, jak to jest możliwe, co szczególnie oczywiste jest, gdy chodzi o zabiegi niezbędne dla ratowania życia”. W świetle przedmiotowego wyroku, podważającego wręcz podstawową zasadę poszanowania autonomii pacjenta, wskazane jest jednoznaczne ustawowe wskazanie, że obowiązek z art. 30 nie odnosi się do leczenia, które nie jest zasadne z medycznego punktu widzenia, ani tym bardziej nie przeważa nad wolą pacjenta. Jednoznacznej regulacji prawnej wymaga zarówno procedura podejmowania takich decyzji, określenie zakresu czynności medycznych, od których można odstąpić, kwestia obowiązywania takich decyzji wobec innych osób biorących udział w procesie leczenia, a także sposób wniesienia od nich odwołania. Wzorem może służyć powszechna w prawie amerykańskim instytucja DNR.

Poszanowanie sprzeciwu pacjenta dorosłego i nieubezważnowolnionego

Zgodnie z art. 16 i 17 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz art. 32 ust. 1 i 34 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry dorosły i nieubezważnowolniony i faktycznie zdolny do podjęcia świadomej decyzji pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub do odmowy takiej zgody, po uzyskaniu informacji na temat stanu swojego zdrowia, rokowań, proponowanego leczenia oraz ryzyka związanego z jego podjęciem albo zaniechaniem. Lekarz może więc podjąć działania medyczne w zasadzie wyłącznie na podstawie uprzednio uzyskanej świadomej zgody udzielonej przez poinformowanego i swobodnie działającego pacjenta. Co więcej, jeśli przeprowadzi zabieg medyczny bez wcześniejszego uzyskania takiej zgody lub wbrew sprzeciwowi pacjenta, podlega odpowiedzialności karnej z art. 192 Kodeksu karnego. Jednakże, jak widać na przykładzie powyżej cytowanego wyroku, poszanowanie sprzeciwu przytomnego pacjenta na leczenie nie zawsze chroni lekarza przed odpowiedzialnością.

Tym większy problem dotyczy pacjentów faktycznie niezdolnych do podjęcia decyzji odnośnie do ich leczenia. Jeśli nie pozostawili oni żadnych dyspozycji, to jedynym podmiotem mogącym zezwolić na ich leczenie (z wyjątkiem sytuacji nagłych), jest sąd opiekuńczy. Przy czym formalnie powinno się uzyskiwać zezwolenie sądu na każde pojedyncze świadczenie medyczne udzielane pacjentowi w takim stanie. Doświadczenie wskazuje, że faktycznie lekarze występują do sądu jedynie o wydanie zezwolenia na leczenie dzieci i to wyłącznie w odniesieniu do poważnych zabiegów, natomiast jeśli chodzi o dorosłych – postępowanie to ma miejsce jedynie w odniesieniu do nieprzytomnych świadków Jehowy tylko o wyrażenie zgody na transfuzję krwi. Bardzo często za to stosowana jest wciąż praktyka pytania o zgodę członków rodziny. Wskazane jest w tej sytuacji wprowadzenie prawnego rozwiązania, które zdejmie z lekarzy – i tak niewykonywany – obowiązek zwracania się do sądu o zezwolenie na każde świadczenie medyczne, np. poprzez powoływanie przez sąd z urzędu dla pacjentów pozbawionych przez dłuższy czas zdolności podejmowania decyzji, których stan zdrowia wymaga dalszego leczenia, kuratorów do podejmowania w ich imieniu decyzji medycznych.

Natomiast jeśli pacjent pozostawił dyspozycje co do własnego leczenia, to nie ma żadnych prawnych gwarancji, ani tym bardziej środków przymusu, by były one respektowane. W polskich przepisach brak jest bowiem regulacji dotyczących pisemnych uprzednich oświadczeń zawierających zgodę albo sprzeciw na pewne formy leczenia, w tym także testamentów życia, czy przepisów przewidujących powołanie przez pacjenta pełnomocnika medycznego.

Jeśli chodzi o poszanowanie uprzednich oświadczeń woli, to obowiązek taki przewiduje w art. 9 nieratyfikowana choć podpisana przez Polskę Konwencja o prawach człowieka i biomedycynie Rady Europy z Oviedo. Co prawda Sąd Najwyższy w postanowieniu z dnia 27 października 2005 r. (III CK 155/05) uznał, że nie ma powodu, by pacjentowi odmawiać prawa do złożenia takiego oświadczenia wcześniej, właśnie na wypadek późniejszej utraty zdolności decyzyjnych. Sąd Najwyższy stanął jednoznacznie na stanowisku, że oświadczenie takie powinno być honorowane, jeżeli zostało złożone w sposób wyraźny i jednoznaczny, przy czym nie ma wymogu, aby miało ono jakąś konkretną formę (na przykład pisemną, z poświadczonym podpisem) oraz datę – ważne jest jedynie, aby nie istniały wątpliwości, że nie zostało ono odwołane. Dla bezpieczeństwa jednakże pacjentów i lekarzy warto, by zarówno treść, jak i forma takiego oświadczenia były regulowane prawnie, choćby na wzór prawa amerykańskiego. Przyjęcie tego typu regulacji promuje również Rekomendacja Komitetu Ministrów Rady Europy CM/Rec(2009)11 o zasadach dotyczących stałych pełnomocnictw oraz uprzednich oświadczeń woli w przypadku utraty zdolności do podejmowania decyzji o znaczeniu prawnym z 9 grudnia 2009 r.

Zasady wyrażania woli zastępczej za pacjentów małoletnich i ubezwłasnowolnionych

Zgodnie z art. 32 ust. 2 i 4 oraz art. 34 ust. 3 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, a także art. 17 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta podmiotem uprawnionym do wyrażenia zgody albo sprzeciwu na leczenie małoletnich oraz osób ubezwłasnowolnionych są ich przedstawiciele ustawowi, a w przypadku ich braku lub niemożności porozumienia z nimi lekarz może leczyć po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego właściwego miejscowo dla siedziby danego zakładu opieki zdrowotnej (pomijając sytuacje nagłe grożące pacjentowi bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia lub znacznego uszczerbku zdrowia). Wyjątkowo na zwykłe badanie zgodę może wyrazić opiekun faktyczny małoletniego (art. 32 ust. 3 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry). W literaturze spotkać można głosy, że kompetencje małoletniego albo ubezwłasnowolnionego są jeszcze bardziej ograniczone. Jako że decyzja o leczeniu należy do ważnych spraw podopiecznego, opiekun na jej wydanie za każdym razem powinien uprzednio uzyskać zgodę sądu opiekuńczego na podstawie art. 156 Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego.

Jeśli chodzi o pacjenta, który ukończył lat 16, a nie ukończył 18, albo pacjenta ubezwłasnowolnionego, który działa z rozeznaniem, potrzebna jest podwójna zgoda dwóch podmiotów (wyjątkowo osoba ubezwłasnowolniona częściowo działająca z rozeznaniem może samodzielnie podjąć decyzję o leczeniu bez ryzyka) (art. 32 ust. 4 i 5 oraz art. 34 ust. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, a także art. 17 ust. 3 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta). Nawet w sytuacji gdy małoletni powyżej 16 roku życia działający z rozeznaniem nie mają przedstawiciela ustawowego lub porozumienie z nim jest utrudnione, to nie wystarczy samodzielna zgoda pacjenta – do zwykłego badania potrzeba dodatkowo zgody opiekuna faktycznego, a do

pozostałych świadczeń medycznych, w tym świadczeń o podwyższonym ryzyku – dla podjęcia leczenia konieczne jest uzyskanie zezwolenia sądu opiekuńczego właściwego miejscowo dla siedziby danego zakładu opieki zdrowotnej (pomijając sytuacje nagłe grożące pacjentowi bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia lub znacznego uszczerbku zdrowia) (art. 32 ust. 2 i 3 oraz art. 34 ust. 3 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry). Obowiązek taki występuje również w odniesieniu do osób ubezwłasnowolnionych w przypadku stosowania wobec nich leczenia ryzykownego (art. 34 ust. 3 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry). Niejasne jest natomiast wobec braku w art. 32 ust. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry jednoznacznej procedury na postępowanie w przypadku niemożności skontaktowania się z przedstawicielem ustawowym ubezwłasnowolnionego całkowicie działającego z rozeznaniem.

Zgodnie z art. 17 ust. 3 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, art. 32 ust. 6 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry) małoletni pacjent, który ukończył 16 lat, oraz ubezwłasnowolniony działający z rozeznaniem mają prawo do wyrażenia sprzeciwu na udzielenie świadczenia zdrowotnego, i to pomimo zgody przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego. W przypadku wyrażenia przez którykolwiek z tych podmiotów sprzeciwu na leczenie (a także łącznie pacjenta i przedstawiciela ustawowego), do jego legalnego podjęcia wymagane jest uprzednie zezwolenie sądu opiekuńczego. Jednakże sprzeciw ten może być zastąpiony zezwoleniem sądu opiekuńczego. Taka sama procedura – przymusowego leczenia po uzyskaniu zezwolenia sądu – dotyczy także sprzeciwiających się leczeniu pacjentów z niepełnosprawnością psychiczną lub intelektualną, mimo iż nie są ubezwłasnowolnieni i działają z rozeznaniem (art. 32 ust. 6 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry).

Jeśli chodzi o uzyskiwanie zezwolenia sądu na leczenie, to przepisy ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry są niespójne. Pierwsza niespójność dotyczy kwestii podważania decyzji przedstawicieli ustawowych dzieci poniżej 16 roku życia w zależności od tego, czy podejmują oni decyzję odnośnie do leczenia obciążonego ryzykiem, czy też leczenia bez ryzyka – niezależnie od tego, czy takie leczenie jest niezbędne dla uratowania życia dziecka. Art. 34 ust. 6 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry w odniesieniu do zabiegów ryzykownych stanowi, że lekarz może takie czynności wykonać wobec małoletniego po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego, jeżeli jego przedstawiciel ustawowy nie zgadza się na ich wykonanie, a są one niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez małego pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia (co oznacza, że gdy brak takiego ryzyka, sprzeciwu przedstawiciela ustawowego nie można przełamać). Natomiast art. 32 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry nie przewiduje na wzór art. 34 możliwości obejścia sprzeciwu przedstawiciela ustawowego na czynności medyczne niestwarzające ryzyka i to nawet gdy ich zaniechanie będzie groziło małemu pacjentowi utratą życia lub ciężkim uszczerbkiem na zdrowiu. Z kolei art. 32 ust. 6 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry pozwala na przeprowadzenie takich nieryzykownych zabiegów po uzyskaniu zezwolenia sądu wobec małoletniego powyżej 16 roku życia, działającego z rozeznaniem ubezwłasnowolnionego lub pacjenta z niepełnosprawnością intelektualną lub psychiczną, który nie jest ubezwłasnowolniony i działa z rozeznaniem, gdy ci się im sprzeciwiają i to nawet gdy ten sprzeciw jest poparty sprzeciwem przedstawiciela ustawowego (przepis ten stosuje się odpowiednio do zabiegów obciążonych ryzykiem na podstawie art. 34 ust. 5 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry).

Kolejna niejasność przepisów dotyczy kwestii tzw. sytuacji nagłych, kiedy lekarz może działać bez konsultacji z sądem – czy może to czynić wyłącznie, gdy nie ma czasu na skonsultowanie się z przedstawicielami ustawowymi małoletniego pacjenta, czy także gdy wnieśli oni sprzeciw na leczenie? Ustawa sama komplikuje tę kwestię stwarzając dwie różne podstawy do działania dla lekarza w wypadku czynności nagłych. Art. 34 ust. 7 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty stwierdza, że lekarz może wykonać obarczone ryzykiem czynności medyczne (art. 32 ust. 9 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty każe stosować tę regulację do czynności medycznych bez ryzyka) „bez zgody przedstawiciela ustawowego pacjenta bądź zgody właściwego sądu opiekuńczego, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia”. Natomiast z drugiej zagadnienia tego dotyczy art. 33 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty zezwala na ich przeprowadzenie bez zgody pacjenta, „jeżeli wymaga on niezwłocznej pomocy lekarskiej, a ze względu na stan zdrowia lub wiek nie może wyrazić zgody i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym”. Tak więc o ile art. 33 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty na pewno nie można zastosować, gdy są przedstawiciele ustawowi są obecni i wyrażają sprzeciw, o tyle większość przedstawicieli nauki prawa uważa, iż regulacja art. 34 ust. 7 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty obejmuje oba stany faktyczne – gdy rodzice nie wyrażają opinii (np. są nieprzytomni, nie można się z nimi skonsultować, nie ma czasu nawet do nich zadzwonić), jak i gdy się jednoznacznie sprzeciwiają. Warunkiem legalności działania lekarza jest wtedy wyłącznie brak czasu na konsultację sądu.

Powyższa interpretacja wskazywałaby, że przedstawiciele ustawowi nie mają prawa do wyrażenia sprzeciwu na leczenie swoich podopiecznych. Choć nie ma to oparcia w żadnych przepisach, większość przedstawicieli nauki prawa uważa sprzeciw przedstawicieli ustawowych na leczenie podopiecznego (niezależnie z jakich przyczyn podjęty) za sprzeczny z zasadami współżycia społecznego przejaw nadużycia władzy rodzicielskiej lub opiekuńczej i tym samym uważa go za obalalny w sytuacjach nagłych samodzielną decyzją lekarza. W literaturze można wręcz spotkać opinie, że odmowa rodziców wyrażenia zgody na leczenie dziecka jest bezwzględnie nieważnym oświadczeniem woli, gdyż rodzice nie mogą skutecznie wyrazić woli, aby ich dziecko umarło, niezależnie od ich motywacji. Dla zapewnienia poszanowania prawa dzieci do godnego umierania, wskazane jest jednoznaczne przyznanie przedstawicielom ustawowym prawa do wyrażania sprzeciwu na leczenie w imię dobra dziecka oraz jednoznaczne wskazanie, że lekarze mają prawo uszanować ten sprzeciw.

Wskazane jest również przy przyznaniu prawa do wyrażenia zgody na leczenie małoletnim powyżej 16 roku życia oraz ubezwłasnowolnionym działającym z rozeznaniem, pełne poszanowanie ich prawa do sprzeciwu na to leczenie.

Jeśli chodzi o procedurę orzekania sądu, to brak jest wskazań co do terminów rozpatrzenia sprawy, wykonalności postanowienia przed prawomocnością, kwestii dotyczących zasad weryfikacji zawiadomienia lekarzy czy zasad dotyczących powiadomień lub udziału w posiedzeniu. Prowadzi to z jednej strony do braku wiedzy lekarzy, jakie sytuacje uznać za nagłe, kiedy brak czasu na przeprowadzenie procedury sądowej. Natomiast z drugiej strony w praktyce zawiadomienie sądu o konieczności wydania zezwolenia na leczenie powoduje automatyczne (często telefoniczne lub faksowe) wydanie takiego zezwolenia po posiedzeniu niejawnym, o którym nikt nie jest powiadamiany, bez żadnej weryfikacji stanowiska lekarza, bez przeprowadzania

postępowania dowodowego w celu sprawdzenia np. motywacji pacjentów i ich przedstawicieli ustawowych odmawiających zgody na leczenie oraz zasadności takiego postępowania, bez informowania pacjenta i jego przedstawicieli o wydanym postanowieniu, a tym samym prowadzi do naruszenia autonomii pacjenta i pozbawia decyzję sądu faktycznej roli orzeczniczej.

Odwołanie od decyzji lekarza o nieleczeniu

Zgodnie z wyrokami Trybunału Praw Człowieka w Strasburgu w sprawie Tysiąc przeciwko Polsce (5410/03) z 20 marca 2007 r. oraz w sprawie P i S przeciwko Polsce (57357/08) z 30 października 2012 r. pacjent ma prawo do odwołania od każdego orzeczenia lekarza, z którym się nie zgadza, a które narusza jego prawa podmiotowe. Tym samym także wobec decyzji lekarza i odstąpieniu od leczenia przysługuje pacjentowi prawo odwołania, w szczególności jeśli uważa, że dalsze leczenie służyłoby jego prawu do ochrony życia.

Zgodnie z art. 19 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, jeśli lekarz wyda opinię o zasadności odstąpienia od terapii danego pacjenta i wdrożenia wyłącznie leczenia paliatywnego, pacjent, albo przedstawiciel ustawowy małoletniego albo ubezwłasnowolnionego nie zgadzają się z tym stanowiskiem, mogą w terminie 30 dni od wydania przedmiotowej opinii wnieść za pośrednictwem Rzecznika Praw Pacjenta uzasadniony sprzeciw do Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta, wskazując przepis, z którego wynikają prawa lub obowiązki naruszone przez tę opinię (czyli np. konstytucyjną gwarancję prawa do życia – art. 38, czy prawa do ochrony zdrowia – art. 68). Komisja Lekarska decyduje na podstawie dokumentacji medycznej pacjenta, oraz w miarę potrzeby na podstawie jego osobistego zbadania. Orzeczenie Komisji ma zostać wydane niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 30 dni od dnia wniesienia sprzeciwu, i nie przysługuje na nie odwołanie. W odniesieniu do stanów terminalnych podnieść należy, że przewidziane w powyższej procedurze terminy wniesienia sprzeciwu i działania komisji są zbyt długie, tym bardziej że do dni dzisiejszego żaden sprzeciw nie został merytorycznie rozpoznany, wszystkie zostały oddalone z przyczyn formalnych, co świadczy o niefunkcjonalności tych przepisów.

Forma wyrażania zgody albo sprzeciwu na leczenie

Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry rozróżnia formę wyrażania zgody w zależności od ryzyka, które niesie ze sobą udzielenie danego świadczenia medycznego. Na badanie lub diagnostykę czy leczenie nieryzykowne chory może wyrazić zgodę ustnie albo nawet poprzez takie ich zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom medycznym, czyli wystarczy nawet mrugnięcie okiem, czy wprowadzona na prośbę pytającego zmiana rytmu oddychania (art. 32 ust. 7 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry). Z kolei na zabieg operacyjny albo metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta, konieczne jest uzyskanie pisemnej zgody pacjenta (art. 34 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry), a gdy pacjent jest niezdolny do wyrażenia świadomej zgody w formie pisemnej – jak to literalnie wskazuje art. 34 ust. 3 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry – lekarz powinien zwrócić się po zezwolenie na leczenie do sądu opiekuńczego. Zapis ten zdaje się świadczyć o konieczności ingerencji sądu w każdym wypadku, gdy chory ma podjąć decyzję pisemną, a nie jest w stanie tego uczynić (czyli także gdy nie może pisać, bo ma złamaną rękę). Z drugiej jednak strony w orzecznictwie Sądu Najwyższego ugruntowało się przekonanie,

że zachowanie formy pisemnej zostało zastrzeżone wyłącznie *ad probationem*. Jedyny skutek negatywny polega tu na tym, że w razie niedochowania formy pisemnej, na lekarza przechodzi ciężar dowodu co do tego, że zgoda została udzielona prawidłowo. W doktrynie spotkać można jednak stanowisko, że wobec chorych niemogących pisać powinno się stosować wymogi składania oświadczeń woli wynikające z Kodeksu cywilnego. Przy usunięciu z Kodeksu cywilnego zapisu o formie wyrażania oświadczenia woli przez osoby niemogące czytać, brak jakichkolwiek wskazań, w jaki sposób ta grupa pacjentów powinna wyrażać swoje stanowisko. Niezbędna jest więc jednoznaczna regulacja, jak osoby z różnego rodzaju niepełnosprawnościami mogą wyrażać wiążącą zgodę na leczenie.

Ponadto brak jednoznacznych regulacji co do formy wyrażenia sprzeciwu na leczenie, gdyż formalnie art. 34 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry mówi o pisemnej zgodzie na leczenie, a nie o pisemnym sprzeciwie – już sam brak pisemnej zgody uznawany powinien bowiem być za sprzeciw. Taka jednak interpretacja stoi w sprzeczności z linią orzecniczą Sądu Najwyższego odnośnie do formy *ad probationem*. Wskazane jest więc dla zapewnienia poszanowania sprzeciwu pacjenta wprowadzenie regulacji co do formy sprzeciwu, także we wcześniejszych oświadczeniach, oraz przyjęcie domniemania, że brak zachowanej formy zgody oznacza jej brak.

Naruszenie autonomii pacjenta

Art. 192 § 1 Kodeksu karnego sankcjonuje wykonanie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta. Wątpliwości, jakie są podnoszone w doktrynie odnośnie do sformułowania tego przepisu, dotyczą dwóch aspektów. Po pierwsze niejasne jest, czy pojęcie zabieg leczniczy dotyczy wyłącznie zabiegów operacyjnych, czy też wszystkich świadczeń zdrowotnych. Po drugie istnieje spór, czy chodzi wyłącznie o zgodę samego pacjenta, czy też o wszystkie inne formy zgody lub zezwolenia, które powinny być uzyskiwane w przypadku pacjentów niezdolnych do samodzielnego podjęcia decyzji o leczeniu. Ponadto podnieść należy, iż w świetle linii orzecniczej, iż forma zgody ma charakter wyłącznie *ad probationem*, w zasadzie nierealne jest udowodnienie, że pacjent nie wyraził zgody na dany zabieg. W świetle powyższych wątpliwości wskazane jest doprecyzowanie tego przepisu dla zapewnienia pełnego poszanowania autonomii pacjentów.

Proponowany projekt wprowadza zmiany w:

- 1) ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
- 2) ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry;
- 3) ustawie z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny.

Ad 1)

W ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta dodano nowe rozdziały dotyczące udzielania pełnomocnictw medycznych oraz sporządzania testamentu życia. W związku z proponowanymi zmianami wprowadzono definicje na użytek ustawy pojęć: uporczywej terapii, kuratora medycznego oraz stanu terminalnego. Zakres pojęć uporczywej terapii oraz stanu terminalnego został opracowany na podstawie wskazań nauk medycznych uzupełnionych o wskazania natury etycznej i filozoficznej zawartych w Wytycznych dla lekarzy w sprawie zaniechania i wycofania się z uporczywego leczenia podtrzymującego życie u dzieci Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego (Warszawa 2011).

Projekt podkreśla prawo pacjenta do umierania w spokoju i godności i porządkuje zasady odpowiedzialności cywilnej za zawinione naruszenie tego prawa. Sąd będzie mógł, na wniosek uprawnionych zasądzić odpowiednią sumę pieniężną na wskazany cel społeczny.

Projekt wprowadza i reguluje uprawnienia pacjenta oraz osób najbliższych albo wskazanych przez pacjenta do wyrażania woli w zakresie procedur medycznych, jakie mogą być stosowane, do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia oraz podejmowanych procedurach medycznych oraz do zaprzestania określonych procedur medycznych. W projekcie zrównano (z pewnymi ograniczeniami) uprawnienia pacjenta, który ukończył 16 lat, z uprawnieniami pacjenta pełnoletniego (por. orzeczenie TK w sprawie K 16/10). W projekcie uporządkowano i uproszczono zasady wyrażania zgody albo sprzeciwu na prowadzone badania lub udzielanie innych świadczeń medycznych. I tak, zgodnie z projektem:

a) pacjent w tym małoletni, który ukończył 16 lat, ma prawo do wyrażenia świadomej zgody albo sprzeciwu na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych – zasada suwerennej woli pacjenta;

b) za pacjenta małoletniego, który nie ukończył 16 lat, lub pacjenta, który jest niezdolny do podjęcia świadomej decyzji, zgodę lub sprzeciw wyraża przedstawiciel ustawowy;

c) za pacjenta, który jest niezdolny do podjęcia świadomej decyzji, a ustanowił pełnomocnika medycznego zgodę lub sprzeciw wyraża pełnomocnik medyczny.

Projekt przewiduje jednocześnie możliwość złożenia przez osobę fizyczną, która ukończyła 16 lat i nie jest ubezwłasnowolniona, w każdym czasie, na urzędowym formularzu, z podpisem poświadczonym notarialnie wolę stosowania albo niestosowania wobec niej określonych procedur medycznych. W przypadku, gdy określone badanie lub inne świadczenie medyczne jest objęte zakresem takiego oświadczenia, wówczas, w przypadku, gdy pacjent nie jest zdolny do podjęcia świadomej decyzji, wiążąca dla lekarza i personelu medycznego będzie wola wyrażona w oświadczeniu.

W projekcie przewidziano również sytuacje, w których pacjent nie będzie zdolny do podjęcia świadomej decyzji, nie będzie miał przedstawiciela ustawowego ani nie ustanowi pełnomocnika medycznego oraz nie złoży oświadczenia. W takim wypadku wymagane będzie zezwolenie sądu. Sąd opiekuńczy będzie również wydawał zezwolenie na przeprowadzenie badania, gdy choć jeden przedstawiciel ustawowy pacjenta małoletniego, który nie ukończył 16 lat, wyrazi sprzeciw na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń medycznych, albo gdy nie można skontaktować się z przedstawicielem ustawowym takiego małoletniego. Sprzeciw małoletniego, który ukończył 16 lat, na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia medycznego przy jednoczesnej zgodzie jego przedstawiciela ustawowego powodować będzie konieczność uzyskania zezwolenia sądu na dokonanie takich czynności. Projekt przewiduje, że zgoda na przeprowadzenie badań lub udzielenie innych świadczeń medycznych o podwyższonym ryzyku wyrażana jest na piśmie, przy czym niezachowanie tej formy uważać się będzie za brak zgody. Jednocześnie przewiduje się, że w szczególnych okolicznościach zgoda taka może być wyrażona ustnie, w języku migowym lub w inny nie budzący wątpliwości sposób w przy jednoczesnej obecności co najmniej trzech pełnoletnich, nieubezwłasnowolnionych, widzących i słyszących świadków potrafiących pisać, a treść takiej zgody należy niezwłocznie spisać i załączyć do dokumentacji medycznej.

Projekt przewiduje obowiązek po stronie sądu do niezwłocznego wszczęcia postępowania oraz wysłuchania, o ile jest to możliwe, pacjenta. Postanowienie sądu dotyczące zezwolenia powinno być wydane w terminie 24 godzin od wpłynięcia wniosku. Zażalenie na postanowienie sądu będzie wnoszone w terminie 24 godzin od jego wydania, zaś sąd okręgowy będzie zobowiązany rozpoznać je w terminie 72 godzin od wniesienia.

Projekt przewiduje wprowadzenie do ustawy nowego rozdziału „zasady udzielania pełnomocnictw medycznych, stałych zgód lub sprzeciwów oraz sporządzania testamentu życia”.

Tak zwany pełnomocnik medyczny jest dość powszechną instytucją w prawie obcym (szczególnie amerykańskim, australijskim, kanadyjskim, ale także niemieckim, czy węgierskim). Z zasady uzyskuje on swoje kompetencje decydowania w sprawach zdrowia swojego mocodawcy dopiero po utracie przez niego kompetencji faktycznych do samodzielnego podejmowania decyzji. Co prawda wydaje się, że ogólne regulacje cywilne odnoszące się do pełnomocnictwa mogłyby zostać odpowiednio zastosowane dla powołania pełnomocnika medycznego, zgodnie bowiem z art. 95 Kodeksu cywilnego przez przedstawiciela może bowiem zostać dokonana każda czynność prawna, chyba że ustawa jednoznacznie stanowi inaczej. Przeciwnicy powoływania pełnomocnika medycznego na podstawie Kodeksu cywilnego wskazują na dwa elementy powodujące niemożność zastosowania tych przepisów. Przede wszystkim istnieje wątpliwość, czy zgoda na leczenie, ani tym bardziej sprzeciw na jego wdrożenie, stanowi oświadczenie woli w znaczeniu prawa cywilnego, a nie jedynie akt podobny do oświadczenia woli. Po drugie zaś uważają, iż ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry stanowi właśnie owo ustawowe odstępstwo od możliwości reprezentowania przez pełnomocnika. Co prawda przepisy tej ustawy wprost nie zakazują powołania pełnomocnika, ale już sam fakt wymienienia – według części doktryny enumeratywny – podmiotów uprawnionych do podejmowania zgody zastępczej (czyli przedstawiciela ustawowego i sądu opiekuńczego, ale już nie pełnomocnika) stanowi negatywną przesłankę do przekazania pełnomocnikowi kompetencji w tym zakresie.

Wprowadzenie regulacji przewidującej możliwość powołania pełnomocnika medycznego jest wskazana także wobec osób, które zrzekły się prawa do informacji na temat ich stanu zdrowia (art. 9 ust. 4 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz art. 31 ust. 3 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry). Formalnie zrzeczenie się prawa do informacji nie oznacza zarazem zrzeczenia się prawa do wyrażania zgody na leczenie. Problem polega na tym, że ustawa nie przewiduje żadnej możliwości przekazania tej kompetencji osobie trzeciej, nawet tej, którą pacjent wskaże jako uprawnioną do otrzymywania informacji w jego zastępstwie. Mamy więc do czynienia z sytuacją, gdy kto inny posiada wiedzę pozwalającą na podjęcie decyzji co do dalszego postępowania leczniczego, a kto inny – pozbawiony tej wiedzy pacjent – ma ową decyzję podjąć. Jest to sprzeczne z jednolitą linią orzecniczą Sądu Najwyższego oraz stanowiskiem doktryny, które zakazują udzielania zgody blankietowej, a więc bez uzyskania pełnej informacji.

Istnieje jeszcze jedna sytuacja, gdy nie do końca poinformowany pacjent jest decydem na temat swojego leczenia. Zgodnie z art. 31 ust. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry w sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomyślne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. Nie ulega natomiast wątpliwości, że w odniesieniu do pacjenta, któremu ograniczono informację w ramach

przywileju terapeutycznego nie ma możliwości uzyskania świadomej zgody na leczenie, nawet jeśli formalnie ograniczenie udzielenia informacji może dotyczyć jedynie stanu zdrowia i rokowania, a nie proponowanej metody leczenia. Trudno sobie wyobrazić, żeby pacjent, który nie wie, że jest poważnie chory, udzielił zgody na zastosowanie jakiejś ryzykownej metody terapeutycznej, tym bardziej że już zaproponowanie metody (na przykład leczenia paliatywnego) jest często równoznaczne ze wskazaniem niepomysłnego rozpoznania, a więc lekarze chcący skutecznie ochronić pacjenta przed negatywnymi informacjami z założenia nie będą też ich udzielać odnośnie do wskazań leczniczych. Żeby ograniczyć tego typu nadużycia wskazane jest jak najdalsze ograniczenie tego przepisu.

Zgodnie z projektem każda osoba fizyczna, która ukończyła 18 lat i nie jest ubezwłasnowolniona, będzie mogła wyznaczyć na piśmie inną osobę pełnoletnią i nieubezwłasnowolnioną swoim pełnomocnikiem medycznym. Ustanowienie pełnomocnika będzie wymagało zgody osoby, która ma być pełnomocnikiem. Treść pełnomocnictwa będzie obejmować wyrażanie w imieniu pacjenta zgody albo sprzeciwu na udzielenie świadczeń zdrowotnych w przypadku, gdy pacjent jest niezdolny do podjęcia świadomej decyzji albo w przypadku korzystania przez niego z prawa do bycia nieinformowanym o stanie zdrowia. Projekt przewiduje również specjalną formę udzielenia pełnomocnictwa w szczególnych okolicznościach, związanych z niemożnością pisania lub obawą rychłej utraty zdolności do podjęcia świadomej decyzji lub wyrażenia woli.

Projekt proponuje wprowadzenie do prawa polskiego nowej instytucji – testamentu życia. Testament życia będzie mogła złożyć każda osoba fizyczna, która ukończyła 16 lat i nie jest ubezwłasnowolniona. Testament życia, w formie przewidzianej w załączniku do ustawy i z podpisem poświadczonym notarialnie będzie stanowić oświadczenie woli o sprzeciwie co do podejmowania, z chwilą wystąpienia stanu terminalnego oraz utraty zdolności wyrażenia woli, procedur medycznych innych niż podstawowe zabiegi pielęgnacyjne, łagodzenie bólu i innych objawów oraz karmienie i nawadnianie. Podejmowanie tych zabiegów będzie mogło mieć miejsce jedynie wówczas, gdy służą one dobru pacjenta. Wyrażona przez pacjenta wola będzie również obejmowała sprzeciw w odniesieniu do resuscytacji i wspomaganego oddychania. Wyrażona w testamencie życia wola pacjenta będzie wiązać lekarzy, pielęgniarki i pozostały personel medyczny. Przewiduje się utworzenie centralnego rejestru oświadczeń w celu jednoznacznego identyfikowania pacjentów, którzy złożyli testament życia. Dostęp do rejestru będzie możliwy dla świadczeniodawców usług medycznych oraz pełnomocników medycznych.

W projekcie przewiduje się uznanie w Polsce z mocy prawa oświadczeń woli złożonych poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z prawem miejscowym, których treść odpowiada pełnomocnictwu medycznemu, testamentowi życia albo stałej zgodzie lub sprzeciwowi. Wyjątek od tej zasady stanowiłyby postanowienia takich dokumentów, których wykonanie naruszałoby obowiązujący w Polsce stan prawny.

W projekcie przewidziano nowy rozdział regulujący postępowanie mające zapobiec wdrożeniu u pacjenta uporczywej terapii. Kluczowe dla tego postępowania jest wydanie przez lekarza (po zasięgnięciu w miarę możliwości opinii drugiego lekarza lub zespołu leczącego pacjenta) orzeczenia o rozpoznaniu stanu terminalnego, a więc nieodwracalnego stanu spowodowanego urazem lub chorobą, powodującego postępujące, poważne i trwałe pogorszenie zdrowia, przy istnieniu uzasadnionego medycznego przekonania, że leczenie tego stanu byłoby nieskuteczne. Prawomocna

decyzja o rozpoznaniu stanu terminalnego oznacza niewdrażanie albo zaprzestanie uporczywej terapii, czyli stosowania procedur medycznych w celu podtrzymania funkcji życiowych nieuleczalnie chorego, które przedłużałyby jego umieranie wiążąc się z nadmiernym cierpieniem lub naruszeniem godności. Wobec takiego pacjenta stosowano by jedynie podstawowe zabiegi pielęgnacyjne, łagodzenie bólu i innych objawów oraz karmienie i nawadnianie, o ile służyłyby jego dobru. Pacjent taki byłby kierowany do opieki paliatywnej.

Projekt przewiduje, zgodnie z wymogami wynikającymi z EKPCz (orzeczenia Tysiąc przeciw Polsce i P i S przeciwko Polsce), procedurę odwoławczą od takiego orzeczenia. Odwołanie byłoby rozpatrywane przez powoływane przez wojewódzkiego konsultanta ze specjalności medyczne właściwej dla leczenia choroby, która była przyczyną wydania orzeczenia, konsylium złożone z 3 lekarzy. Projekt przewiduje obowiązek po stronie lekarzy wchodzących w skład konsylium wysłuchania pacjenta albo osób wskazanych w ustawie. Konsylium może utrzymać orzeczenie w mocy albo nakazać dalsze leczenie. W przypadku uchylecia przez konsylium orzeczenia lekarza i nakazania dalszego leczenia konsultant wojewódzki wskazywałby ośrodek, w którym pacjent ma być leczony, przy czym wskazanie konsultanta stanowić będzie skierowanie w rozumieniu odrębnych przepisów. Do czasu objęcia leczeniem przez wskazanego świadczeniodawcę pacjent będzie leczony w dotychczasowej placówce.

Ad b)

Proponowane zmiany do ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty odzwierciedlają zmiany proponowane w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Ich celem jest doprecyzowanie przepisów regulujących obowiązki lekarza w zakresie uzyskiwania zgód pacjenta albo osób udzielających zgody w imieniu pacjenta.

Zgodnie z projektem:

- a) podstawową zasadą jest, iż podejmowanie przez lekarza czynności wobec pacjenta nie może naruszać jego autonomii, nawet w sytuacjach nagłych (poza wyjątkami wprost przewidzianymi w ustawie);
- b) prowadzenie eksperymentu medycznego wymagać będzie świadomej pisemnej zgody osoby uczestniczącej w eksperymencie, jeśli osoba ta ukończyła 16 lat;
- c) w przypadku małoletnich, którzy nie ukończyli 16 lat, wymagana będzie świadoma zgoda przedstawiciela ustawowego małoletniego oraz wysłuchanie opinii małoletniego, jeśli działa z rozeznaniem;
- d) w przypadku osób niezdolnych do podjęcia świadomej decyzji wymagana będzie zgoda przedstawiciela ustawowego, kuratora medycznego lub pełnomocnika medycznego (jeśli został ustanowiony);
- e) w przypadku, gdy osoba złożyła oświadczenie, w którym wyraziła wolę w zakresie stosowania lub niestosowania wobec niej określonych procedur medycznych, takie oświadczenie będzie brane pod uwagę i będzie domniemywać się wyrażenie zgody albo sprzeciwu przez pacjenta;
- f) w przypadku sporu między przedstawicielami ustawowymi oraz w przypadku braku możliwości uzyskania zgody od pacjenta lub osób upoważnionych zezwolenie będzie wyrażał sąd opiekuńczy.

W ustawie uzupełniono katalog osób uprawnionych do podejmowania określonych działań lub uzyskiwania informacji o pełnomocnika medycznego oraz kuratora medycznego.

W zakresie obowiązku uzyskania zgody pacjenta na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń medycznych dokonano ujednolicenia z przepisami art. 17 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta podkreślając zasadę uzyskania zgody pacjenta lub, zastępczo, zgód przedstawiciela ustawowego, pełnomocnika medycznego, kuratora medycznego albo zezwolenia sądu opiekuńczego.

W projekcie proponuje się wprowadzenie zasady, zgodnie z którą na wykonanie badania lub udzielenie innego świadczenia medycznego o podwyższonym ryzyku zgoda musi być udzielona na piśmie, przy czym niezachowanie formy pisemnej uważać się będzie za brak zgody. Przewiduje się również uprawnienie lekarza do żądania wyrażenia zgody lub sprzeciwu w każdym przypadku na piśmie.

Utrzymano zmodyfikowaną zasadę, zgodnie z którą lekarz może wykonać badania lub udzielić innych świadczeń medycznych bez wymaganej zgody, jeśli zwłoka groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty zdrowia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, chyba że lekarzowi znana jest treść oświadczenia pacjenta w zakresie stosowania lub niestosowania wobec niego określonych procedur medycznych. Podobna zasada została przewidziana dla konieczności uzyskania zgody na zmianę zakresu zabiegu operacyjnego bądź innego świadczenia zdrowotnego.

W projekcie wprowadzono przepis zobowiązujący lekarza do powstrzymywania się od udzielenia świadczeń zdrowotnych stanowiących uporczywą terapię.

Ad 3)

W ustawie z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny doprecyzowano brzmienie art. 192 § 1, zgodnie z którym przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych bez wymaganej zgody albo zezwolenia będzie podlegało grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.

Załączniki do projektu obejmują:

- 1) wzór formularza testamentu życia;
- 2) wzór formularza oświadczenia o wyrażeniu zgody lub sprzeciwu na stosowanie określonych procedur medycznych.

Uchwalenie ustawy nie spowoduje znaczącego wzrostu wydatków z budżetu państwa i budżetów jednostek samorządu terytorialnego. Koszty wynikające z działań konsyliów odwoławczych oraz stworzenia i prowadzenia przewidzianych w ustawie rejestrów mogą zostać skompensowane zmniejszeniem wydatków z budżetu państwa wynikającym z ograniczenia kompetencji rzeczowej sądów powszechnych i komisji przy Rzeczniku Praw Pacjenta.

Projekt ustawy nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.