Image not found or type unknown

Apel i stanowisko podjęte przez NRL w dniu 9 maja 2025 r.

Naczelna Rada Lekarska na posiedzeniu 9 maja 2025 r. przyjęła:

- Apel do władz publicznych o podjęcie działań w celu powstrzymania hejtu i każdej formy przemocy wobec środowiska lekarskiego
- Stanowisko w sprawie projektu ustawy o instrumentach wspieranego podejmowania decyzji

APEL Nr 2/25/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 9 maja 2025 r.
do władz publicznych o podjęcie działań w celu powstrzymania hejtu i każdej formy przemocy wobec środowiska lekarskiego

Naczelna Rada Lekarska apeluje o niezwłoczne podjęcie działań zmierzających do powstrzymania hejtu, mowy nienawiści oraz wszelkich innych form przemocy wobec osób wykonujących zawód lekarza i lekarza dentysty oraz inne zawody medyczne.

Samorząd lekarski z niepokojem obserwuje, że wobec przedstawicieli środowiska lekarskiego z coraz większym nasileniem występuje hejt w internecie, mediach społecznościowych, środkach komunikacji elektronicznej, a nawet w mediach tradycyjnych. Lekarze coraz częściej stają się celem ataków polegających na kierowaniu wobec nich słów pełnych nienawiści, pogardy czy określeń znieważających związanych z faktem, że wykonują taki, a nie inny zawód lub udzielają świadczeń określonego rodzaju, stosują w swojej praktyce lekarskiej określone produkty lecznicze lub propagują ich stosowanie przez pacjentów (przykładem są szczepienia ochronne). Zazwyczaj aktywność osób hejtujących nasila się w sytuacjach nagłaśniania przez media zdarzeń w systemie ochronie zdrowia, które budzą kontrowersje albo dotyczą nieprawidłowości w procesie opieki nad pacjentem, w sytuacji gdy sprawa nie została jeszcze oceniona merytorycznie przez uprawnione do tego organy sądowe. Bardzo często są to informacje powierzchowne, upraszczane, jednostronne lub nadinterpretowane w sposób krzywdzący dla środowiska lekarskiego.

Każde takie działanie wymierzone w konkretnego lekarza czy całe środowisko lekarskie to forma cyberprzemocy, która może mieć poważne konsekwencje psychiczne dla osób, do których jest kierowana.

Samorząd lekarski z przykrością odnotowuje, że próg pobłażliwości i tolerancji dla takich zachowań wśród organów władzy publicznej i w organach powołanych do zwalczania przestępczości podwyższył się do niebezpiecznych granic. Jeśli zgłaszane incydenty nie spotykają się ze stanowczą reakcją, to rodzi się poczucie bezkarności u sprawców tego typu zachowań. Bierność Państwa stanowi zachętę do dalszej eskalacji. Brak skutecznej reakcji odpowiednich władz i instytucji jest równoznaczny z przyjęciem współodpowiedzialności za ich tragiczne skutki.

Dzisiaj środowisko lekarskie nie ma poczucia, że Państwo dba o bezpieczeństwo lekarzy i chroninas odpowiednio podczas wykonywania zawodu.
Naczelna Rada Lekarska uważa, że należy koniecznie podjąć skuteczne działania mające na celu przeciwdziałanie hejtowi i przemocy wobec lekarzy, wśród nich stworzenie nowych norm prawnych chroniących pracę lekarza i jego godność, ale także nakazanie stanowczego egzekwowania istniejących przepisów dotyczących ochrony dóbr osobistych lekarzy, ich nietykalności osobistej, uznania przestępstw przeciwko lekarzom jako zamachu na szczególnie ważny interes społeczny.

STANOWISKO Nr 2/25/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 9 maja 2025 r.
w sprawie projektu ustawy o instrumentach wspieranego podejmowania decyzji

Naczelna Rada Lekarska po zapoznaniu się z projektem ustawy o instrumentach wspieranego podejmowania decyzji, przekazanym przy piśmie Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Sprawiedliwości pani Zuzanny Rudzińskiej-Bluszcz z dnia 27 marca 2027 r. (znak: DPCiG-I.410.6.1.2024) negatywnie opiniuje projekt ustawy w zakresie, w jakim nie uwzględniono w nim możliwości ustanowienia pełnomocnika medycznego oraz w zakresie, w jakim wprowadzono do projektu ustawy szereg regulacji z zakresu ustaw dotyczących ochrony zdrowia i wykonywania zawodu lekarza, które nie były przedmiotem uprzednich uzgodnień z samorządem lekarskim i nie były w ogóle przewidziane w poprzednich wersjach projektu ustawy.
Projekt ustawy przewiduje zastąpienie instytucji ubezwłasnowolnienia modelem wspieranego podejmowania decyzji. We wcześniejszych pracach nad projektem ustawy, w których brali udział także przedstawiciele Naczelnej Rady Lekarskiej, przewidywano możliwość ustanowienia pełnomocnika medycznego. Samorząd lekarski popierał koncepcję tego rodzaju pełnomocnictwa upoważniającego osobę wybraną przez pacjenta do reprezentowania pacjenta w sprawach z zakresu ochrony zdrowia. W związku z tym Naczelna Rada Lekarska proponuje, aby w art. 2 pkt 1 projektu opiniowanej ustawy, który jako instrumenty wspieranego podejmowania decyzji wymienia: asystenta prawnego, kuratora wspierającego, kuratora reprezentującego oraz pełnomocnika rejestrowanego, dodać także pełnomocnika medycznego i w dalszych przepisach ustawy takiego pełnomocnika odpowiednio umocować do działania.
W ocenie samorządu lekarskiego zaniechanie rozpoczętych prac nad uregulowaniem instytucji pełnomocnika medycznego jest błędem, który odsunie o kolejne lata wprowadzenie do polskiego porządku prawnego tego potrzebnego instrumentu wspierania pacjenta przy podejmowaniu decyzji co do czynności z zakresu ochrony zdrowia. Okres prac legislacyjnych nad uchwaleniem ustawy o instrumentach wspieranego podejmowania decyzji jest najlepszym momentem, aby w sposób kompleksowy zapewnić należytą autonomię woli osobom, które w przyszłości mogą potrzebować wsparcia przy korzystaniu ze świadczeń opieki zdrowotnej, tak aby te świadczenia były udzielane w sposób zgodny z ich wolą, potrzebami i przyszłymi interesami. Środowisko lekarskie uważa, że pacjent powinien mieć prawo upoważnić wskazaną przez siebie osobę posiadającą jego zaufanie do podejmowania w przyszłości w jego imieniu skutecznych prawnie decyzji co do skorzystania ze świadczeń zdrowotnych na wypadek, gdyby znalazł się w stanie wyłączającym możliwość wyrażenia świadomej zgody. Obecna wersja projektu ustawy takich możliwości nie zapewnia.
Za wprowadzeniem instytucji pełnomocnika medycznego przemawia kilka ważnych argumentów. Po pierwsze, jedną z najważniejszych zasad obowiązujących we współczesnej medycynie jest zasada poszanowania autonomii pacjenta, czyli respektowania woli pacjenta co do wyrażenia zgody bądź sprzeciwu wobec proponowanych działań diagnostycznych, profilaktycznych i leczniczych. Pełnomocnik medyczny jest w stanie realizować tę indywidualną wolę pacjenta lepiej niż działający w imieniu władzy publicznej sąd opiekuńczy. Po drugie, w pewnych sytuacjach pacjent, mimo że formalnie posiada pełną zdolność do czynności prawnych, to faktycznie pozbawiony jest możliwości wyrażenia świadomej zgody na skorzystanie ze świadczenia zdrowotnego, a nie każda taka osoba ma ustanowionego przedstawiciela ustawowego. W takich sytuacjach możliwość uzyskania świadczenia zdrowotnego – nieraz dość pilnego – jest odraczana do czasu uzyskania prawnie skutecznej zgody sądu lub do czasu ustanowienia osoby zdolnej do

podejmowania decyzji w imieniu pacjenta. Po trzecie, obecnie obowiązujące przepisy, które upoważniają sąd opiekuńczy do podjęcia decyzji o zezwoleniu na udzielenie świadczenia zdrowotnego pacjentowi niezdolnemu do wyrażenia świadomej zgody, okazują się niewystarczające, np. nie zawsze jest możliwe uzyskanie zezwolenia sądu w odpowiednim czasie.

Opiniowany projekt ustawy o instrumentach wspieranego podejmowania decyzji przewiduje natomiast instytucję pełnomocnika rejestrowanego (dodawane art. 109^{10} - art. 109^{18} kodeksu cywilnego). W art. 109^{10} § 2 i 3 kodeksu cywilnego przewiduje się, że pełnomocnik rejestrowany będzie miał umocowanie do wszystkich czynności związanych z osobą i majątkiem mocodawcy, w tym do wyrażania w imieniu mocodawcy zgody albo braku zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych lub na inne czynności medyczne, a pełnomocnictwa rejestrowanego nie będzie można ograniczyć ze skutkiem wobec osób trzecich. Takie brzmienie przepisu oznacza, że w przypadku udzielenia pełnomocnictwa rejestrowanego, wykluczono z góry możliwość udzielenia odrębnego pełnomocnictwa medycznego, skoro pełnomocnictwo rejestrowane obejmuje czynności z zakresu ochrony zdrowia i nie można go ograniczyć ze skutkiem wobec osób trzecich (pełnomocnik medyczny byłby pewnego rodzaju ograniczeniem dla sfery uprawnień pełnomocnika rejestrowanego). Brak możliwości wyodrębnienia roli pełnomocnika rejestrowanego i pełnomocnika medycznego należy ocenić negatywnie. Brak możliwości rozdzielenia funkcji pełnomocnika rejestrowanego i pełnomocnika medycznego ogranicza autonomię woli pacjenta. Należy zakładać, że pacjent może z uzasadnionych względów chcieć ustanowić inną osobę do reprezentowania jego przyszłych interesów majątkowych (pełnomocnik rejestrowany) a inną osobę upoważnić do reprezentowania jego przyszłych interesów w sferze ochrony zdrowia (pełnomocnik medyczny).

Ponadto Naczelna Rada Lekarska zwraca uwagę, że rygoryzm trybu ustanawiania pełnomocnika rejestrowanego (pełnomocnictwo rejestrowane musi być sporządzane przed notariuszem) nie odpowiada uwarunkowaniom, w jakich pacjenci mogliby udzielać pełnomocnictwa medycznego. Pacjent przebywający w szpitalu, którego stan się pogarsza, nie będzie miał możliwości ustanowenia pełnomocnika rejestrowanego, a jednocześnie ustawa nie przewiduje pełnomocnictwa medycznego, którego pacjent mógłby – przy zachowaniu odpowiednich warunków - udzielić także podczas pobytu w placówce medycznej. Tymczasem samorząd lekarski stoi na stanowisku, że udzielenie pełnomocnictwa medycznego w związku z pobytem pacjenta w podmiocie leczniczym mogłoby nastąpić także poprzez oświadczenie pacjenta, poświadczone przez osobę wykonującą zawód medyczny i wpisane do dokumentacji medycznej.

Zastrzeżenia terminologiczne budzi projektowany art. 109^{10} § 1 kodeksu cywilnego. W dodawanym do kodeksu cywilnego art. 109^{10} § 2 przewiduje się, że: *„Pełnomocnictwo rejestrowane obejmuje umocowanie do wszystkich czynności związanych z osobą i majątkiem mocodawcy, w tym do wyrażania w imieniu mocodawcy zgody albo braku zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych (…)*: Naczelna Rada Lekarska zwraca uwagę, że użyta w tym przepisie terminologia dotycząca wyrażania „braku zgody” jest odmienna niż używana w art. 16 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, gdzie prawidłowo mówi się o wyrażeniu zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych albo odmowie wyrażenia zgody. Brak zgody to nie to samo, co odmowa wyrażenia zgody. Proponuje się zatem ujednolicić terminologię używaną w projekcie ustawy z terminologią wynikającą z ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Odnosząc się do proponowanych zmian w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty (art. 48 projektu ustawy) Naczelna Rada Lekarska wskazuje, że wątpliwości budzi zmiana w art. 5 w ust. 1 pkt 3, art. 6 ust. 2 pkt 1 i art. 7 ust. 1 pkt 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty polegająca na zastąpieniu wymogu posiadania przez kandydata ubiegającego się o przyznanie prawa wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentysty pełnej zdolności do czynności prawnych wymogiem wykazania, że nie ustanowiono dla kandydata ubiegającego się o prawo wykonywania zawodu kuratora reprezentującego i nie działania pełnomocnika rejestrowanego. Wykreślenie z ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty wymogu posiadania przez kandydatów ubiegających się o prawo wykonywania zawodu pełnej zdolności do czynności prawnych może utrudniać okręgowym radom lekarskim weryfikację wniosków cudzoziemców – w ich krajach pochodzenia nie będzie przecież istniała instytucja kuratora reprezentującego i pełnomocnika rejestrowanego, natomiast weryfikacja dotychczasowego wymogu posiadania przez nich pełnej zdolności do

czynności prawnych jest w tym wypadku łatwiejsza i zarazem obiektywnie możliwa. W skrajnej sytuacji może to skutkować koniecznością przyznania prawa wykonywania zawodu lekarza cudzoziemcom, którzy z powodu zaburzeń psychicznych nie mają w swoim kraju pochodzenia zdolności do czynności prawnych, ale nie został dla nich ustanowiony kurator reprezentujący lub pełnomocnik rejestrowany. Dodatkowo Naczelna Rada Lekarska zauważa, że zmiany w art. 5, art. 6 i art. 7 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (podobnie jak zmiany w art. 14, art. 23a, art. 25, art. 32, art. 34) nie były przewidziane we wcześniejszych wersjach projektu ustawy, co oznacza, że nie były w żaden sposób konsultowane z samorządem lekarskim. Zmiany w zakresie przesłanek dostępu do wykonywania w Polsce zawodu lekarza i lekarza dentysty należą do fundamentalnych spraw z obszaru kompetencji lekarskiego samorządu zawodowego i ze swej istoty dotyczą pieczy nad należytą jakością opieki zdrowotnej w Polsce, dlatego nie można pozwolić sobie w tym zakresie na tworzenie przepisów, które będą niespójne z systemowymi wymaganiami stawianymi wobec lekarzy wykonujących w Polsce zawód lekarza.

Odnosząc się do proponowanych zmian w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty (art. 48 projektu ustawy) Naczelna Rada Lekarska negatywnie ocenia brzmienie projektowanego art. 42a ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, który przewiduje, że tylko lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub neurologii może wydać pełnomocnikowi rejestrowanemu zaświadczenie w przedmiocie zdolności do samodzielnego kierowania swoim postępowaniem przez pacjenta, który udzielił pełnomocnictwa rejestrowanego. Zawężenie kręgu lekarzy uprawnionych do wydawania ww. zaświadczenia tylko do lekarzy specjalistów z dziedziny psychiatrii i neurologii nie znajduje dostatecznie silnego uzasadnienia, szczególnie gdy ustawa wprowadza możliwość zasięgnięcia przez lekarza wystawiającego to zaświadczenie konsultacji z lekarzem specjalistą w dziedzinie psychiatrii, neurologii lub innym lekarzem specjalistą. Istnieje także wiele sytuacji klinicznych, w których do stwierdzenia, że pacjent nie jest w stanie samodzielnie kierować swoim postępowaniem nie jest wymagana wiedza lekarza specjalisty w dziedzinie psychiatrii lub neurologii (np. gdy pacjent jest w stanie wegetatywnym).

Wątpliwości budzi także projektowany art. 95zo § 2 ustawy prawo o notariacie (zmiana przewidziana w art. 41 projektu ustawy). Przepis ten przewiduje, że podstawę sporządzenia przez notariusza protokołu poświadczenia pełnomocnictwa rejestrowanego stanowią dwa zaświadczenia, o których mowa w art. 42a ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, wystawione przez dwóch lekarzy nie później niż 3 miesiące przed ich złożeniem. W ocenie samorządu lekarskiego wystarczające byłoby jedno zaświadczenie. Wprowadzenie wymogu dwóch zaświadczeń należy uznać za wyraz braku zaufania ustawodawcy do wiedzy i obiektywizmu lekarzy wystawiających takie zaświadczenia.

Zastrzeżenia Naczelnej Rady Lekarskiej budzi także regulacja zamieszczona w art. 78 projektu ustawy, przewidująca zmiany w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (dalej: ustawa o prawach pacjenta). W poprzednich, znanych samorządowi lekarskiemu, wersjach projektu ustawy o wspieranym podejmowaniu decyzji nie były przewidziane zmiany w ustawie o prawach pacjenta. Obecnie zamieszczone w ustawie propozycje zmian w ustawie o prawach pacjenta nie były w żaden sposób konsultowane z samorządem lekarskim.

Odnosząc się do proponowanych zmian w ustawie o prawach pacjenta, zastrzeżenia budzi proponowane brzmienie art. 9 ust. 2a ustawy o prawach pacjenta, gdzie przewiduje się, że: „*Prawo do informacji, o której mowa w ust. 2 przysługuje także przedstawicielowi ustawowemu małoletniego, kuratorowi reprezentującemu albo pełnomocnikowi rejestrowanemu, jeżeli wynika to z zakresu ich umocowania*”. Ten przepis jest niezgodny z projektowanym art. 109^{10} § 2 i 3 kodeksu cywilnego, który przewiduje, że pełnomocnik rejestrowany będzie miał umocowanie do wszystkich czynności związanych z osobą i majątkiem mocodawcy, w tym do wyrażania w imieniu mocodawcy zgody albo braku zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych lub na inne czynności medyczne, a pełnomocnictwa rejestrowanego nie będzie można ograniczyć ze skutkiem wobec osób trzecich. Skoro zakresu pełnomocnictwa rejestrowanego nie można ograniczyć ze skutkiem wobec osób trzecich, a jego zakres jest zawsze jednakowy i wynika z treści ustawy, to nie wiadomo, dlaczego przed udostępnieniem pełnomocnikowi rejestrowanemu informacji o stanie zdrowia pacjenta (w trybie art. 9 ust. 2a ustawy o prawach pacjenta) należy badać zakres umocowania pełnomocnika

rejestrowanego. W podobny sposób niezasadnie odniesiono się do zakresu umocowania pełnomocnika rejestrowanego w projektowanym art. 10, art. 12a, art. 14, art. 17 ust. 2, art. 22 ust. 2, art. 26 ust. 1, art. 28 ust. 2a oraz art. 31 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta.

Wątpliwości samorządu lekarskiego budzi także brzmienie projektowanego art. 109^{12} § 1 kodeksu cywilnego wskazujące czynności, na których dokonanie pełnomocnik rejestrowany musi uzyskać zezwolenie sądu w ważniejszych sprawach. Wśród wymienionych tam czynności wymagających zgody sądu w obszarze szeroko pojętej ochrony zdrowia umieszczono jedynie zgodę sądu na przyjęcie do placówki opieki długoterminowej w tym zakładu opiekuńczo-leczniczego lub pielęgnacyjno-opiekuńczego, domu pomocy społecznej lub hospicjum. Tymczasem z projektowanych przepisów dotyczących ustawy o prawach pacjenta wynika, że w pewnych sytuacjach pełnomocnik rejestrowany będzie musiał uzyskać zgodę sądu na inne czynności medyczne niż wymienione w art. 109^{12} § 1 kodeksu cywilnego – np. w projektowanym art. 17 ust. 3 ustawy o prawach pacjenta przewiduje się konieczność uzyskania zgody sądu w sytuacji, gdy pacjent, dla którego umocowano pełnomocnika rejestrowanego, wyraził sprzeciw co do udzielenia świadczenia zdrowotnego, pomimo zgody pełnomocnika rejestrowanego. Podobną regulację przewiduje się w art. 32 ust. 6 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, gdzie w przypadku gdy osoba, dla której umocowano pełnomocnika rejestrowanego, sprzeciwia się czynnościom medycznym, to wówczas poza zgodą pełnomocnika rejestrowanego, wymagane będzie zezwolenie sądu opiekuńczego. Również w projektowanym art. 22 ust. 4 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (zmiana przewidziana w art. 45 ustawy o instrumentach wspieranego podejmowania decyzji) zgoda sądu opiekuńczego będzie potrzebna na przyjęcie do szpitala psychiatrycznego osoby, dla której umocowano pełnomocnika rejestrowanego, w przypadku sprzecznych oświadczeń tej osoby i jej pełnomocnika rejestrowanego w sprawie przyjęcia do szpitala psychiatrycznego.

Dla środowiska medycznego bardzo ważne jest, aby z tworzonych przepisów jednoznacznie wynikało, w jakich sytuacjach wystarczająca jest zgoda samego pełnomocnika rejestrowanego, a w jakich, poza zgodą pełnomocnika rejestrowanego, potrzebna jest dodatkowo zgoda sądu na udzielenie określonego świadczenia zdrowotnego.