

Uwagi o jakości stanowienia prawa medycznego

Maria Boratyńska

1/3

Abstrakt

Wystąpienie poświęcone wskazaniu dysfunkcyjnych rozwiązań prawa medycznego na poziomie założeń i techniki legislacyjnej, a nie na poziomie aksjologii. Aksjologia jest kwestią odrębną, na marginesie tylko warto zauważyć, że nie budzi większych zastrzeżeń z punktu widzenia neutralności światopoglądowej, dlatego tych rozwiązań lepiej byłoby nie zmieniać.

Nie sposób jest zazwyczaj odgadnąć pierwotnego źródła wad w polskim prawie medycznym wobec braku spójnych założeń legislacyjnych, więc są to wszystko hipotezy w gruncie rzeczy nieweryfikowalne.

1. Pierwszą jest bezmyślność: tworzenie przepisów bez persepektywy skutków wejścia w życie lub uchylecia i bez odniesienia do reguł wykładni: jakby lekarze pisali bez pytania o radę prawników jako techników legislacyjnych. Projektodawcy wiedzieli, co chcieliby osiągnąć, ale nie umieli sprawnie napisać: język myślom kłamie i przepisy zwijają się jak w supły.
 - Jako pierwszy przykład – na kłopotliwe w interpretacji skomplikowanie przez odsyłanie do odesłań – zostanie omówiony blok przepisów o zgodzie pacjenta na leczenie.
 - Jako drugi - przepisy rozdz. 4 uzawlek. o eksperymencie na człowieku, które rażą wadliwym rozgraniczeniem między eksperymentem leczniczym a poznawczym; dwuznacznością kryterium skuteczności jako przesłanką dopuszczalności eksperymentu med. leczniczego; źle skonstruowanymi wyłączeniami i ograniczeniami podmiotowymi co do udziału w eksperymencie.
 - Trzecia wada prawidłowej legislacji polega na posługiwaniu się różnymi wyrażeniami w kontekstach wskazujących, że chodziło o to samo: np. opiekun faktyczny i osoba sprawująca opiekę faktyczną; różne określenia na niezdolność pacjenta do wyrażenia zgody; domniemanie racjonalności ustawodawcy nakazywałoby wyrażeniom różnym nadawać odmienne znaczenie, podczas gdy ich użycie w wypowiedziach normatywnych wskazuje na coś wręcz przeciwnego.

Uwagi o jakości stanowienia prawa medycznego

Maria Boratyńska

2/3

- Mechaniczne reprodukowanie z zupełnie innych przepisów bez zastanowienia nad konsekwencjami: krąg osób uprawnionych do odbioru informacji o pacjencie niekompetentnym, co prowadzi do niezamierzonych przywilejów oraz nieuzasadnionych ograniczeń (np. teściowa, zięć, mąż wnuczki, ale rodzeństwo już nie).
- 2. Ustawa o prawach pacjenta nadużywa języka praw: namnożyło się przepisów zaczynających się od słów „pacjent ma prawo”, w okolicznościach, gdy jest to zupełnie zbędne: np. pozostawić biżuterię w depozycie. W rezultacie powstają katalogi „uprawnień”, które w literalnym brzmieniu są zbędne, bo nieegzekwowlalne, a systemowo również zbędne, bo w pewnym zakresie dadzą się wyprowadzić z innych. Zaśmieszanie regulacji medycznych przepisami administracyjnymi dot. funkcjonowania placówki medycznej.
- 3. Stworzono przepisy, w których relacje między lekarzem a pacjentem są oparte wyłącznie na kryterium subiektywnej dobrej wiary lekarza, a nie na kryterium obiektywnie rozumianego dobra pacjenta - przywilej terapeutyczny oraz prawo pacjenta do zwołania konsylium: o ograniczeniu praw pacjenta decyduje subiektywne przekonanie lekarza - „wg oceny lekarza”. Nie można interpretować przepisów bez tego, bo byłoby naruszeniem reguł wykładni. W prawie nie może być nic zbędnego. Przepuszczalnie jest to efekt niezrozumienia różnicy między dobrem pacjenta a subiektywną oceną dobra pacjenta przez lekarza.
- 4. Wprowadzone niejasne rozgraniczenie (wynikające przypuszczalnie z braku jasnej koncepcji) co do praw przysługujących poszczególnym kategoriom pacjentów: małoletnim, ubezwłasnowolnionym całkowicie i częściowo oraz niekompetentnym faktycznie.
- 5. Niejasne kryteria aktualizacji pewnych obowiązków - por. „inne przypadki niecierpiące zwłoki” jako przesłanka obowiązku leczenia.

Uwagi o jakości stanowienia prawa medycznego

Maria Boratyńska

3/3

6. Zdarza się, że bardzo dobre merytorycznie rozwiązania pojawiają się przypadkiem, w sposób niezamierzony i w taki sam sposób następnie z systemu znikają, np. prawo do przystępnej informacji o stanie zdrowia, prognozach leczenia... etc. W ustawie o zoz-ach była „odpowiednia” informacja włożona w kontekst proponowanego świadczenia zdrowotnego. Dawało się to interpretować w duchu subiektywistycznego modelu informowania pacjenta i miało dwie wady: ujęcie systemowe, ale przepis sformułowany eliptycznie, więc nieczytelny dla lekarzy; ponadto „odpowiedniość” wymaga relatywizacji: do czego – wiadomo – do treści podejmowanej decyzji. Wadą modelu subiektywistycznego jest zastosowanie go tylko w kontekście podejmowania decyzji, ale bez odpowiedzi na pytanie, jaki zasób informacji należy się pacjentowi tam, gdzie nie ma powiązania ze zgodą. Są takie konteksty sytuacyjne, gdzie prawo do informacji ma charakter samoistny - np. wyniki badań. Obecny przepis uzawlek. jest kazuistyczny, ale bardziej zrozumiały dla adresata pierwotnego, czyli lekarza. Póki obowiązywała ustawa o zoz-ach, przypuszczalnie niechęć powstał więc świetny system: synteza i kazuistyka: przy pierwszym kontakcie z pacjentem lekarz na podstawie uzawlek. miał obowiązki informacyjne określone kazuistycznie, natomiast na etapie negocjacji co do sposobu leczenia włączał się syntetyczny, ale zorientowany subiektywistycznie model informacyjny z ustawy o zoz-ach. Ten model mieszany został wylany razem z uchyleciem ustawy o zoz-ach.
7. Zaniechania legislacyjne: in vitro i macierzyństwo zastępcze; trans- i interseksualizm: uzgodnienie płci. □