

Czas na cywilnoprawne uporządkowanie decyzji o leczeniu

Gdy społeczeństwo się starzeje, a sytuacje, w których ktoś musi podjąć decyzję za niezdolnego do tego pacjenta, przestają być wyjątkiem, **uporządkowane i dostępne pełnomocnictwo medyczne** nie jest prawniczym luksusem, lecz instytucją niezbędną

Projektując ustawę o instrumentach wspierającego podejmowania decyzji (wcześniej jako projekt ustawy – Kodeks cywilny oraz niektórych innych ustaw), Ministerstwo Sprawiedliwości pierwotnie chciało nie tylko zlikwidować instytucję ubezwłasnowolnienia, lecz także wprowadzić instytucję pełnomocnika medycznego. Takim pełnomocnikiem miałaby być osoba upoważniona przez pacjenta do podejmowania decyzji dotyczących jego zdrowia i leczenia, w szczególności gdy on sam nie może samodzielnie wyrazić swojej woli. O potrzebie wprowadzenia takich regulacji mówili się od dawna, widzieli ją zarówno pacjenci, jak i pracownicy ochrony zdrowia. Ostatnio zaniechano jednak prac nad wprowadzeniem do porządku prawnego pełnomocnika medycznego, pozostając przy koncepcji pełnomocnika rejestrowanego.

Pełnomocnik medyczny w Europie

Wiele europejskich krajów ma instytucję pełnomocnika medycznego w swoim porządku prawnym nie od dziś. I ważna np. w kontekście art. 9 Europejskiej konwencji bioetycznej wyrażone życzenia pacjenta co do interwencji medycznej, jeżeli w chwili jej przeprowadzania nie jest on w stanie wyrazić swojej woli¹), a także zaleceń i rekomendacji wysuwanych przez międzynarodowe organizacje, w tym przede wszystkim Radę Europy. Najczęściej przywołuje się Rekomendację RE nr 11 z 2009 r. o zasadach dotyczących stałych pełnomocnictw i uprzednich oświadczeń na wypadek niezdolności wyrażania woli. O potrzebie zmian wypowiedział się również niejednokrotnie Europejski Trybunał Praw Człowieka. Przykładowo w wyroku z 27 marca 2008 r. w Shtukaturov vs. Rosja (skarga nr 44009/05) zwrócił uwagę na problem osób ubezwłasnowolnionych, które długotrwale przebywają w zakładach psychiatrycznych i nie mają w ogóle szans na skuteczne decydowanie o swoim leczeniu, w tym o opuszczeniu szpitala.

Na potrzebę zmian w 2016 r. wskazywała Polska Grupa Robocza ds. Problemów Etycznych Końca Życia, którą tworzą specjaliści z zakresu prawa, medycyny i etyki. O konieczności działań legislacyjnych mówił też w 2018 r. RPO, którym był wtedy Adam Bodnar – jeszcze w zeszłym tygodniu minister sprawiedliwości.

Pacjenci i lekarze bez wsparcia

Brak pełnomocnika medycznego tak naprawdę komplikuje sytuację nie tylko pacjentów i pracowników służby zdrowia, lecz również rodziny i bliskich pacjenta. Szczęólnego znaczenia sprawa nabiera w sprawach nagłych, zagrożenia zdrowia i życia, w przypadku osób cierpiących na choroby psychiczne albo pacjentów nieprzytomnych, będących ofiarami nieszczęśliwych wypadków. Niestety, uprawnienia pacjenta ograniczają się dziś w zasadzie do upoważnienia innej osoby do udzielenia jej dostępu do dokumentacji medycznej i informacji o stanie zdrowia. Nie daje to tak szerokiego umocowa-

nia, jakie miałby pełnomocnik medyczny. Jednocześnie medycy mają duży problem przy podejmowaniu decyzji co do zastosowania konkretnej terapii – stan pacjenta nie zawsze zagraża jego życiu, a jednocześnie sytuacja jest zbyt pilna, by odwleć decyzję i zwrócić się o nią do sądu.

Judykatura próbowała załatać luki w prawie, jednak miało to ograniczoną moc. Przykładowo Sąd Najwyższy w postanowieniu z 27 października 2005 r. (sygn. akt III CK 155/05) stwierdził, że „oświadczenie pacjenta wyrażone na wypadek utraty przytomności, określające wolę dotyczącą postępowania lekarza w stosunku do niego w sytuacjach leczniczych, które mogą zaistnieć, jest dla lekarza – jeżeli zostało złożone w sposób wyraźny i jednoznaczny – wiążące”. Orzeczenie to nastroczało jednak kolejne wątpliwości, w tym np. dotyczące aktualności danego oświadczenia. Brak uregulowań prawnych powoduje więc coraz więcej problemów nie tylko natury prawnej, lecz także etycznej.

Projekt według medyków

W najnowszym projekcie ustawy o instrumentach wspierającego podejmowania decyzji z 26 czerwca 2025 r. (nr UD80) nie znajdziemy instytucji pełnomocnika medycznego (jest za to pełnomocnik rejestrowany).

Ten widoczny brak spotkał się z krytyką ze strony Naczelnej Rady Lekarskiej.



Uprawnienia pacjenta ograniczają się dziś w zasadzie do upoważnienia innej osoby do dostępu do dokumentacji medycznej i informacji o stanie zdrowia. Nie daje to tak szerokiego umocowania, jakie miałby pełnomocnik medyczny

W stanowisku Naczelnej Rady Lekarskiej nr 2/25/IX z 9 maja 2025 r. wskazano, że za wprowadzeniem instytucji pełnomocnika medycznego przemawia kilka ważnych argumentów. Samorząd lekarski słusznie podkreślił nie tylko wagę poszanowania autonomii pacjenta, lecz także praktyczne aspekty przemawiające za wprowadzeniem pełnomocnictwa medycznego. Pełnomocnika rejestrowanego będą mieli nieliczni, a niektóre sytuacje, przy czym często pilne, będą wymagały uzyskania zgody na konkretne oświadczenie zdrowotne od sądu.

Jednocześnie pełnomocnictwo rejestrowane, które zostało zachowane w najnowszym projekcie ustawy, nie może być substytutem dla pełnomocnictwa medycznego. Obejmuje bowiem czynności związane i z osobą mocodawcy, i z majątkiem. W intere-

sie mocodawcy może być natomiast udzielenie pełnomocnictwa ograniczonego jedynie do świadczeń medycznych.

Pełnomocnik medyczny po polsku

Początkowy projekt omawianej ustawy zawierał przepisy ustanawiające pełnomocnika medycznego. Jak się okazuje, w pierwotnym zamysśle Komisji Kodyfikacyjnej Prawa Cywilnego pełnomocnik medyczny miał uzyskać uprawnienia takie same jak ma przedstawiciel ustawowy czy kurator, czyli np. miałby dostęp do dokumentacji medycznej, mógłby uzyskiwać informacje o stanie zdrowia mocodawcy, nawet gdyby ten był nieprzytomny, czy sprzeciwiać się określonym świadczeniom zdrowotnym.

Każda osoba pełnoletnia mogłaby wyznaczyć inną osobę pełnoletnią, która nie ma umocowanego pełnomocnika rejestrowanego ani ustanowionego kuratora reprezentującego, do pełnienia takiej roli – przy czym można by wyznaczyć tylko jedną taką osobę. Co istotne, pełnomocnik medyczny byłby zobowiązany do zachowania tajemnicy w związku z pełnieniem opisywanej funkcji. Brak jest jednak adekwatnych, szczegółowych przepisów normujących rygor naruszenia tej tajemnicy albo możliwości zwolnienia od niej. Pełnomocnictwo dla swojej ważności wymagałoby formy pisemnej, można byłoby je również zgłaszać do odpowiedniego rejestru lub udzielać w związku z pobytem w danej placówce, co byłoby odnotowane w dokumentacji medycznej.

Stosunek pełnomocnictwa miałby wygasać w dość przewidywalnych, klasycznych sytuacjach, jak m.in. odwołanie umocowania, zrzeczenie się go, śmierć którejś ze stron, a także upływ oznaczonego terminu. Jednocześnie pełnomocnik mógłby w każdym czasie zostać zwolniony przez sąd, jeżeli naruszałby najlepiej pojęty interes pacjenta albo postępował w sposób sprzeczny z jego uprzednimi preferencjami wyrażonymi w innych oświadczeniach.

W stanie zawieszenia

Model pełnomocnictwa medycznego w pierwotnym projekcie ustawy na pewno nie był idealny. Ważniejsza była jednak próba wprowadzenia takiego pełnomocnictwa nawet w nie do końca dopracowanym kształcie. Złazcza że pełnomocnictwo rejestrowane – rzadkie, szerokie i obarczone dużym rygiorem prawnym – nie może zastąpić pełnomocnictwa medycznego. Ono musi być częściowo odformalizowane, łatwe do udzielenia.

Szkoda, że nie podjęto rękawicy. Problem staje się bowiem coraz bardziej palący. Społeczeństwo się starzeje, a sytuacje, w których ktoś musi podjąć decyzję za niezdolnego do tego pacjenta, przestają być wyjątkiem, a stają się regułą. Uporządkowane i dostępne pełnomocnictwo medyczne nie jest więc prawniczym luksusem, lecz niezbędnym narzędziem – zarówno z perspektywy pacjentów, jak i praktyków. Ustawodawca musi ponownie podjąć temat i stworzyć rozwiązanie realne, funkcjonalne i przede wszystkim – możliwe do zastosowania w prawdziwym życiu. ☺☺



PAULINA POLANOWSKA

prawnik, kancelaria Kopeć Zaborowski
Adwokaci i Radcowie Prawni