

Piotr Trzebicki

Biuro Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej

KONCEPCJA PEŁNOMOCNICTWA MEDYCZNEGO — GŁOS W DEBACIE

THE CONCEPT OF MEDICAL POWER OF ATTORNEY — A VOICE IN THE DEBATE

Wprowadzenie

Pojawienie się problemu realizacji prawa pacjenta do samostanowienia u osób niezdolnych czasowo lub trwale do samodzielnego podejmowania decyzji było nieuniknione w związku z rozwojem medycyny. Osiągnięcia w tej dziedzinie nauki, począwszy od pierwszego udanego użycia uśmierzającej ból narkozy w 1846 r.¹ po skonstruowanie respiratora w 1928 r. (tzw. żelazne płuco)², przyczyniły się do powstania grupy pacjentów niezdolnych czasowo do świadomego decydowania o swoim losie.

Prawa pacjenta oraz odpowiadające im obowiązki lekarza stanowią centralną część prawa medycznego. Historyczne, paternalistyczne podejście lekarzy do pacjentów, przejawiające się w tzw. imperatywie szpitalnym³ jest obecnie postrzegane jako postępowanie nieprawidłowe. Odzwierciedleniem zmiany podejścia do rozumienia dobra pacjenta, zarówno przez personel medyczny, jak i doktrynę prawa, jest wprowadzenie pojęcia daremnej terapii (w Polsce stosowane zamiennie z pojęciem uporczywej terapii)⁴.

1 J. Thorwald, *Stulecie chirurgów*, Kraków 2010, s. 7.

2 R. Sherwood, Obituaries: Philip Drinker 1894-1972, "The Annals of Occupational Hygiene", 1973, nr 16, s. 93.

3 M. Boratyńska, J. Malczewski, *Prawo wobec medycyny końca życia*, [w:] E. Zielińska (red.), *System Prawa Medycznego. Tom II, Regulacja prawna czynności medycznych*, Warszawa 2019, s. 727.

4 J. Siewiera, A. Kübler, *Terapia daremna dla lekarzy i prawników*, Wrocław 2015, s. 15.

W Polsce w chwili obecnej brak jest bezpośrednich rozwiązań oraz procedur gwarantujących efektywną realizację woli osób czasowo niezdolnych do udzielenia wiążącej prawnie zgody na procedurę medyczną, w tym na eksperyment medyczny. Przewidziane przez obowiązujące przepisy możliwości uzyskania zgody na udział pacjenta w eksperymencie medycznym (np. zgoda sądu opiekuńczego) są procesami czasochłonnymi, wymagającymi dopełnienia wielu formalności oraz przede wszystkim nie gwarantującymi, iż podjęta za pacjenta decyzja będzie zgodna z jego wolą.

Oświadczenia *pro futuro*⁵

Odpowiedzią na coraz skuteczniejsze metody ratowania i podtrzymywania życia jest powstanie instytucji pozwalających na uwzględnienie woli pacjenta w procesie leczenia⁶. Zajmując się problematyką ochrony autonomii i realizacji woli pacjenta (np. odmowa poddania się leczeniu) na wypadek choroby lub zdarzenia skutkującego utratą świadomości, nie sposób pominąć instytucji prawa, jaką jest deklaracja *pro futuro*. Choć instytucja ta jest w wielu państwach osadzona w przepisach prawa, w Polsce nadal znajduje się na etapie postulatów środowisk prawniczych i medycznych. Jednocześnie, należy zaznaczyć, że problematyka oświadczeń *pro futuro* jest obecna w polskiej w judykaturze⁷. Wyroki i orzeczenia, chociaż nadal dość nieliczne, wyznaczają granice i sposoby interpretacji woli pacjenta (np. postanowienie SN z 27.10.2005 r., dotyczące transfuzji krwi u świadka Jehowy)⁸.

Obecnie wyróżnia się trzy rodzaje⁹ deklaracji *pro futuro* (zwane często generacjami, ze względu na kolejność ich powstania). Pierwsza generacja tzw. „testament życia” umożliwia pacjentowi określenie swojej woli w zakresie przyszłych procedur medycznych, czy też szerzej leczenia, którego może być uczestnikiem. Drugą generacją jest pełnomocnictwo do podejmowania decyzji przez osoby trzecie w imieniu pacjenta. Oświadczenie woli w postaci dokumentu tego typu może złożyć jedynie osoba w pełni świadoma. W takiej sytuacji, pełnomocnik wstępuje w rolę mocodawcy w zakresie podejmowania decyzji o jego życiu i zdrowiu na okres obowiązywania pełnomocnictwa. Trzecią generacją jest dokument określający wyznawane przez pacjenta wartości, „informacja ta przekazywana jest w formie listy wartości lub metodami narracyjnymi, albo też w postaci komentarzy do wybranych scenariuszy zdarzeń”¹⁰. Ostatni z wymienionych dokumentów nie został jeszcze w żaden sposób określony przepisami prawa. Pomimo że kolejne generacje deklaracji *pro futuro* są do pewnego stopnia względem siebie komplementarne, to możliwość sporzą-

5 Łac. *na przyszłość* – polski termin odnoszący się do deklaracji woli pacjentów będący synonimem w literaturze międzynarodowej angielskich zwrotów *advance directive* lub *living will*.

6 L. Kubicki, *Sumienie lekarza jako kategoria prawna*, „Prawo i Medycyna”, 1999, nr 4, s. 11.

7 Wyrok NSA z dnia 19 marca 2021 r., II GSK 59/21.

8 Postanowienie SN z dnia 27 października 2005 r., III CK 155/05, LEX nr 172101, poz. 137.

9 M. Gałuszka, K. Szewczyk, *Narodziny i śmierć. Bioetyka kulturowa wobec stanów granicznych życia ludzkiego*, Warszawa-Łódź 2002, s. 175.

10 *Ibidem*.

dzenia wszystkich trzech dokumentów jednocześnie może doprowadzać do sprzeczności pomiędzy nimi.

Ponadto, niemożliwe jest zawarcie w deklaracji *pro futuro* wszystkich scenariuszy zdarzeń, a w konsekwencji przewidzenie decyzji, jakie podjąłby pacjent. Stan chorego, zaawansowanie choroby lub powikłania po urazach mogą podlegać zmianom (czasami zmiany te są bardzo dynamiczne, np. przy urazach wielonarządowych po wypadkach komunikacyjnych mogą zachodzić z godziny na godzinę). Z tego powodu, treść dokumentu wyrażająca wolę pacjenta powinna zawierać, albo ogólne określenie jego woli (będzie to skutkowało pewną dowolnością w interpretacji treści, a tym samym niejednoznacznością przekazu), albo podlegać okresowym zmianom adekwatnie do sytuacji¹¹ (co może być niewykonalne ze względu na brak świadomości pacjenta).

Spśród wskazanych możliwości utrwalenia woli pacjenta przedstawionych w kolejnych generacjach deklaracji *pro futuro*, generacja druga zawierająca postulat wyznaczenia pełnomocnika medycznego wydaje się być najlepsza. Pozwala ona z dużą elastycznością egzekwować wolę pacjenta w dynamicznie zmieniającym się stanie faktycznym, gdyż: „może on [pełnomocnik] podejmować decyzje dotyczące leczenia w czasie rzeczywistym, na podstawie wiedzy o aktualnym stanie zdrowia pacjenta przy przedstawionych mu przez lekarzy możliwościach terapeutycznych i ich przewidywanych skutkach”¹².

Wprowadzenie do polskiego porządku prawnego powyższego pełnomocnictwa szczególnego postulowała już w 2016 r. Polska Grupa Robocza ds. Problemów Etycznych Końca Życia¹³. W swoim opracowaniu autorzy wskazują, że wprowadzenie pełnomocnika medycznego jest rozwiązaniem, które w bardziej pewny sposób będzie gwarantowało realizację woli pacjenta (mocodawcy) w sytuacjach, kiedy sam pacjent nie jest w stanie złożyć świadomego oświadczenia woli. Innym źródłem zawierającym rekomendację dotyczącą oświadczenia *pro futuro* jest wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich (RPO) do Ministra Zdrowia z dnia 8 lutego 2021 r.¹⁴.

Osoba mocodawcy

Prawo do ustanowienia przez osobę fizyczną swojego pełnomocnika medycznego w obecnym stanie prawnym, należałoby oprzeć w pierwszej kolejności na kryteriach formalnych w postaci: pełnoletności oraz posiadania pełnej zdolności do czynności prawnych mocodawcy w chwili udzielania ww. pełnomocnictwa. Zatem osoby małoletnie, oraz te, którym na drodze sądowej ograniczono zdolność do czynności prawnych nie miałyby możliwości sko-

11 W. Chańska, *Ewolucja dyrektyw na przyszłość w amerykańskiej praktyce medycznej*, „Prawo i Medycyna”, 2015, nr 58, s. 28-41.

12 E. Zielińska (red.), *System Prawa Medycznego. Tom II, Część 2, Regulacja prawna czynności medycznych*, Warszawa 2019, s. 728.

13 M. Szeroczyńska, *Instytucja pełnomocnika medycznego w Polsce – stanowisko Polskiej Grupy Roboczej ds. Problemów Etycznych Końca Życia*, „Medycyna Praktyczna”, 2016, nr 5, s. 102.

14 <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-uregulowac-mozliwosc-wyrazenia-woli-pacjenta-na-przyszlosc> [dostęp: 01 II 2023 r.].

rzystania z tej instytucji. Uzasadnieniem takiego określenia grupy potencjalnych mocodawców jest wyjątkowy zakres uprawnień, jakich dotyczyłoby pełnomocnictwo medyczne, gdyż są to decyzje o szczególnej doniosłości, warunkujące np. udział w ratujących życie eksperymentach leczniczych, jak również określenie dalszego postępowania w kluczowych momentach dla zdrowia i życia mocodawcy. Za takim katalogiem osób uprawnionych do skorzystania z pełnomocnictwa medycznego przemawiają podobne rozwiązania zawarte w art. 477 francuskiego kodeksu cywilnego¹⁵ oraz w art. 1901b niemieckiego BGB¹⁶.

Ponad to, kryteria nieformalne, zgodnie z którymi na zasadach ogólnych z art. 82 Kodeksu cywilnego¹⁷ (dalej: KC) uniemożliwiają udzielenie pełnomocnictwa przez osoby znajdujące się w stanie wyłączającym świadomość lub ograniczającym zdolność do złożenia swobodnego i świadomego oświadczenia woli. Rozszerzenie grupy osób zdolnych do wyznaczenia pełnomocnika medycznego byłoby sprzeczne z obowiązującym prawem (art. 32 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty; dalej: UZL)¹⁸, dotyczącym wyrażania sprzeciwu lub zgody w zakresie poddawania się procedurom medycznym.

Przewidywane korzyści wynikające z ustanowienia pełnomocnika medycznego skłaniają do rozszerzenia grupy potencjalnych mocodawców o osoby małoletnie. Nawiązując do przepisów UZL dotyczących eksperymentu medycznego (art. 25 UZL), należy przewidzieć możliwość wyznaczenia pełnomocnika medycznego przez małoletniego, który ukończył 13 lat. Pomimo faktu, iż małoletni w wieku od 13. do 18. roku życia posiadają jedynie ograniczoną zdolność do czynności prawnych, prawodawca w UZL przyznał im bezpośrednio gwarancję częściowej autonomii. Zatem dla zachowania spójności merytorycznej prawodawstwa należy przyznać określoną autonomię w omawianej grupie wiekowej w zakresie podejmowania decyzji o życiu i zdrowiu w ramach instytucji pełnomocnictwa medycznego.

Należy podkreślić, że w celu uzyskania mocy wiążącej, udzielone przez małoletniego pełnomocnictwo medyczne musiałyby spełniać dodatkowy warunek formalny w postaci osiągnięcia przez mocodawcę pełnoletności. Zawarcie w regulacjach prawnych takiej możliwości uwzględniałoby małoletnich chorujących na postępujące choroby degeneracyjne, którzy w momencie osiągnięcia pełnoletności nie byłoby już w stanie ustanowić pełnomocnika samodzielnie. Ma to szczególne znaczenie w przypadku eksperymentów leczniczych, które stanowią niekiedy jedyną drogę do skorzystania z nowatorskich metod leczenia.

W celu zachowania możliwie szerokiego kręgu osób zdolnych do korzystania z pełnomocnictwa medycznego należy również rozważyć wykorzystanie zgody kumulatywnej. Umożliwia ona przedstawicielowi ustawowemu, na wypadek jego śmierci lub utraty możliwości podejmowania decyzji, wyznaczenia pełnomocnika medycznego dla podopiecznego. Należy zatem rozważyć rozwiązania zabezpieczające tak podjętą decyzję w przypadku zmiany

15 Fr. *Code civil des Français* – historycznie nazywany Kodeksem Napoleona został wprowadzony we Francji w 1804 r., jako pierwsza wielka kodyfikacja prawa.

16 Niem. *Bürgerliches Gesetzbuch* – ogólnoniemiecki kodeks cywilny obowiązujący od 1 stycznia 1900 r.

17 Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny, Dz. U. z 2022 r. poz. 1360 z zm.

18 Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, Dz. U. z 2022 r. poz. 1731 z zm.

przedstawiciela ustawowego, który wstępując w prawa poprzednika mógłby odwołać ustanowione wcześniej pełnomocnictwo medyczne.

Powyższy problem można przedstawić jako starcie dwóch założeń. Z jednej strony, nowy przedstawiciel ustawowy jest w stanie na bieżąco weryfikować potrzebę oraz celowość zmiany dotychczasowego pełnomocnika medycznego. Z drugiej strony należy domniemywać, iż każdy kolejny przedstawiciel podopiecznego jest mu mniej bliski, gdyż w innym wypadku zostałby jego przedstawicielem w pierwszej kolejności. Można zatem zakładać, że wybór pełnomocnika medycznego przez wcześniej ustanowionego przedstawiciela ustawowego mógł lepiej zabezpieczać subiektywne dobro podopiecznego.

Pomimo powyższych rozważań, wydaje się, że najlepszym rozwiązaniem byłoby jednak przyjęcie poglądu, zgodnie z którym nie powinno się ograniczać zakresu uprawnień przedstawiciela ustawowego przez decyzje podjęte przez jego poprzedników. Należy założyć, że bieżąca wiedza o stanie podopiecznego i jego aktualnych potrzebach pozwala lepiej realizować obowiązki wynikające z treści art. 155 Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego (dalej: KRO)¹⁹, a więc związane ze sprawowaniem pieczy przez przedstawiciela ustawowego.

Osoba umocowanego

Pełnomocnikiem medycznym mogłaby zostać każda pełnoletnia osoba posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych. Pełnomocnik wyznaczony do pełnienia tej funkcji powinien należeć do grona osób uznawanych przez mocodawcę za zaufane oraz gwarantujące, że wywiążą się w sposób odpowiedzialny z powierzonego im zadania. Ocena i decyzja o udzieleniu pełnomocnictwa medycznego powinna w pełni należeć do mocodawcy, niezależnie od zewnętrznego odbioru poziomu znajomości i podzielanych poglądów przez przyszłe strony pełnomocnictwa.

Podobnie jak w przypadku małoletniego mocodawcy za wskazane należałoby uznać rozszerzenie grona potencjalnych pełnomocników o osoby małoletnie. Może to mieć zastosowanie w sytuacji, w której chory na postępującą chorobę neurodegeneracyjną rodzic, chciałby zapewnić takie plenipotencje wybranemu dziecku, które jest bliskie ukończenia 18. roku życia. Również w tym wypadku moment rozpoczęcia obowiązywania pełnomocnictwa byłby równoznaczny z osiągnięciem 18. roku życia przez pełnomocnika medycznego. Należy spodziewać się, iż w większości sytuacji rolę pełnomocnika realizowałby członek rodziny ze względu na bliską relację i znajomość poglądów pacjenta.

Prawem i równocześnie obowiązkiem uppełnomocnionego byłaby reprezentacja woli mocodawcy poprzez podejmowanie decyzji zgodnych z jego szczególnie rozumianym dobrem w zakresie procedur medycznych i przebiegu leczenia. Decyzje podejmowane przez pełnomocnika medycznego byłyby oparte na znajomości przekonań i poglądów mocodawcy, a w wypadku ich braku na ogólnie rozumianym dobru mocodawcy. Jedno-

¹⁹ Ustawa z dnia 25 lutego 1964 r. Kodeks rodzinny i opiekuńczy, Dz. U. z 2020 r. poz. 1359 z zm.

częście, należy zaznaczyć, iż pełnomocnictwo medyczne nie obejmowałoby postępowania przed jakimikolwiek sądami (np. w zakresie postępowań spadkowych). Takie ograniczenie zagwarantowałoby przejrzystość samej instytucji, jak również bezstronność pełnomocnika i realizację jego roli w możliwie najskuteczniejszy sposób. Kluczowym jest założenie, iż pełnomocnictwo medyczne obejmowałoby jedynie kwestie związane ze zdrowiem i życiem pacjenta, jednocześnie będąc najwyższą i ostateczną instancją decyzyjną w tym zakresie²⁰. Warto również zaznaczyć, że ostateczność decyzji podejmowanych przez pełnomocnika jest normą w prawie francuskim wynikającą z treści art. 479 francuskiego kodeksu cywilnego.

Pełnomocnik medyczny powinien nabywać swoje prawa do reprezentacji pacjenta poprzez uzyskanie stosownego pełnomocnictwa szczególnego²¹, które wchodziłoby w życie po spełnieniu jednocześnie 3 warunków:

1. uzyskania przez mocodawcę i pełnomocnika pełnoletności;
2. utratę przez mocodawcę zdolności do podejmowania świadomych decyzji z pełnym rozeznaniem;
3. opublikowanie pełnomocnictwa w odpowiednim rejestrze.

Możliwość wyznaczenia przez pacjenta osoby realizującej jego wolę w przyszłości, w znaczącym stopniu zwiększyłaby prawdopodobieństwo, że decyzje dotyczące toku leczenia, wydawanych zgód na procedury medyczne, czy też uczestnictwa w eksperymentach medycznych odpowiadałyby woli i przekonaniom pacjenta.

Ustanowienie instytucji pełnomocnika medycznego ograniczyłoby ryzyko, iż decyzja członka rodziny lub pełnomocnika ustawowego byłaby niekorzystna lub sprzeczna z wolą pacjenta. Jest to szczególnie istotne zabezpieczenie prawa do samostanowienia każdego człowieka, jeżeli jego przekonania prowadzą do decyzji sprzecznych z powszechnymi praktykami lub pojęciem dobra (np. ratowaniem życia za wszelką cenę).

Pragmatycznym rozwiązaniem byłoby umożliwienie wyznaczania więcej niż jednego pełnomocnika. Takie rozwiązanie wymuszałoby jednak dokonanie wyboru pomiędzy dwoma modelami działania kilku pełnomocników:

1. pierwszy, w którym decyzje dotyczące mocodawcy byłyby podejmowane kolegialnie większością głosów;
2. drugi, w którym spośród kilku obowiązujące mogłoby być jednocześnie tylko jedno pełnomocnictwo.

20 W szczególności chodzi tu o decyzję przedstawiciela ustawowego oraz np. zarządzenie sądu opiekuńczego na podstawie art. 109 KRO. Nie wyklucza to w żadnym stopniu możliwości konsultowania się pełnomocnika z przedstawicielami rodziny lub personelu medycznego przed podjęciem ostatecznej decyzji.

21 Pełnomocnictwo medyczne należy zakwalifikować do pełnomocnictw szczególnych, ponieważ zgodnie z brzmieniem art. 98 KC w żadnym razie decyzje dotyczące życia i zdrowia nie mogą być scharakteryzowane jako zwykły zarząd.

Model pierwszy wymusza wprowadzenie obowiązku mianowania nieparzystej liczby pełnomocników w celu uniknięcia sytuacji niemożności podjęcia decyzji spowodowanej równowagą głosów. Ponadto, pojawia się również problematyka *quorum* (w zależności od liczby wyznaczonych pełnomocników) i związanego z tym czasu potrzebnego do zebrania opinii lub głosu od poszczególnych uprawnionych.

Model drugi zakłada hierarchiczność pełnomocników, a tym samym gwarantuje szybkość i efektywne uzyskanie opinii decydenta. W przypadku niemożności skontaktowania się z pierwszym pełnomocnikiem zaczynałoby obowiązywać pełnomocnictwo dotyczące kolejnej osoby wyznaczonej przez pacjenta²². W takiej sytuacji dostępny pełnomocnik pełniłby swoją funkcję do momentu odzyskania przez pacjenta zdolności do podejmowania decyzji lub jego zgonu. Śmierć lub utrata przez pełnomocnika zdolności do działania w imieniu mocodawcy, uruchamiałyby procedurę kontaktowania się z kolejnymi osobami wymienionymi w pełnomocnictwie. Wadą tego rozwiązania jest sytuacja, w której kolejni pełnomocnicy podejmowałiby decyzje wykluczające się lub w znaczącym stopniu zmieniające sposób postępowania personelu medycznego (oczywiście, za każdym razem działając zgodnie ze swoim przekonaniem o woli mocodawcy).

Z przedstawionych powyżej dwóch modeli, pomimo iż obydwa posiadają wady, pierwszy wydaje się znacznie bardziej niedoskonały ze względu na zaprzeczenie podstawowemu założeniu całej instytucji, jakim jest możliwie najefektywniejsza i najwierniejsza realizacja woli mocodawcy. Chcąc zapewnić mocodawcy najkorzystniejszą realizację jego woli, należy przewidywać, iż w końcowej wersji przepisów regulujących instytucję pełnomocnictwa medycznego ze względów praktycznych dopuszczalne będzie jednoczesowe wyznaczenie tylko jednej osoby.

Powyższe założenie znajdowałoby również zastosowanie w kontekście przepisów dotyczących transplantacji. Zgodnie z art. 5 ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (dalej: UT)²³ pobranie komórek, tkanek lub narządów ze zwłok ludzkich w celu ich przeszczepienia jest dopuszczalne, jeżeli dana osoba nie sprzeciwiła się temu za życia. W praktyce, pytanie o stosunek zmarłego za życia do dawstwa narządów kierowane jest do jego rodziny. Otrzymana w ten sposób przez lekarza informacja (nie poświadczona pisemnym oświadczeniem woli pacjenta) nie jest w pełni wiarygodna, jednak zwyczajowo lekarz akceptuje deklarację rodziny²⁴. W sytuacji, gdy zmarły za życia wyznaczyłby pełnomocnika medycznego, jego opinia byłaby ostateczną i wiążącą w równym stopniu, co pisemne oświadczenie mocodawcy²⁵.

22 W skrajnym przypadku, kiedy żaden z pełnomocników byłby niedostępny decydem zostałaby osoba przewidziana przez obecnie obowiązujące przepisy.

23 Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, Dz. U. z 2020 r. poz. 2134 z zm.

24 https://www.poltransplant.org.pl/QA.html#Czy_lekarze_powinni_skontaktowac_sie_z_rodzina [dostęp: 28 I 2023 r.].

25 W chwili obecnej pisemne oświadczenie mocodawcy o sprzeciwie dotyczącym wykorzystania jego zwłok do celów przewidzianych przez przepisy UT są zamieszczane w internetowej bazie Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnym do Spraw Transplantacji „Poltransplant”.

Wymogi formalne oraz klasyfikacja pełnomocnictwa

Pełnomocnictwo medyczne musiałyby być sporządzone w formie pisemnej na gruncie art. 99 KC pomimo, że byłoby to pełnomocnictwo szczególne i nie znajdowałby tu zastosowania par. 2 powyższego artykułu. Jednak, ze względu na to, że pełnomocnik podejmowałby decyzje w zakresie uczestnictwa mocodawcy w eksperymencie medycznym, forma pisemna jest jedyną dostępną dla tego typu pełnomocnictwa (wynika to bezpośrednio z treści art. 25 par. 8 UZL). Taki sam rygor utrwalania woli pacjenta w szerszym zakresie, gdyż dotyczącym ogólnie oświadczeń *pro futuro*, postulują M. Boratyńska i J. Malczewski²⁶. Należałoby jednak wykluczyć art. 100 KC jako odnoszący się do pełnomocnictwa medycznego, ze względu na kluczową dla całej instytucji zdolność do świadomego podejmowania decyzji przez pełnomocnika w imieniu mocodawcy.

Umocowanie pełnomocnika do podejmowania decyzji o najwyższej doniosłości, gdyż dotyczących życia i zdrowia mocodawcy, musiałyby być jednoznaczne z wykluczeniem możliwości zastosowania art. 106 KC, czyli ustanowienia dla mocodawcy przez umocowanego innych pełnomocników. Pomimo braku generalnego domniemania, umożliwiające przekazanie pełnomocnikowi prawa do ustanawiania dalszych pełnomocników, przepisy regulujące pełnomocnictwo medyczne powinny zawierać zakaz stosowania takiej praktyki. Powody do wprowadzenia takiej regulacji są co najmniej dwa: pierwszy to wyjątkowa doniosłość elementu zaufania w bezpośredniej relacji pomiędzy pacjentem a umocowanym, drugi to przejrzystość i efektywność korzystania z pełnomocnictw przez personel medyczny.

Rozważyć należy również nałożenie na strony (mocodawca i pełnomocnik) obowiązku sporządzenia dokumentu z podpisami notarialnie poświadczonymi, a nawet w formie aktu notarialnego. Rozwiąże to istniejący w doktrynie spór związany z art. 61 KC, który można ująć w następującym pytaniu: Czy oświadczenie woli mocodawcy musi być zakomunikowane pełnomocnikowi²⁷, czy wystarczy, że zostanie ono ogłoszone publicznie lub osobie trzeciej, z którą pełnomocnik ma dokonać czynności prawnej²⁸? Ze względu na fakt, że pełnomocnictwo wymagałoby podpisu obydwu stron, wykluczałoby to niewiedzę upoważnionego o pełnionej roli, a tym samym dawałoby mu możliwość do odmowy. Wysoki stopień formalizacji, choć mogący naruszać zasadę swobody umów z art. 353 KC, ze względu na szczególną treść i zakres pełnomocnictwa medycznego wydaje się uzasadniony. Tak określony sposób tworzenia dokumentu, jakim byłoby pełnomocnictwo medyczne, zabezpieczałby mocodawcę przed sytuacją, w której nieświadomy przyznanych mu uprawnień pełnomocnik odmówiłby realizacji woli pacjenta.

26 M. Boratyńska, J. Malczewski, *Prawo wobec medycyny końca życia*, [w:] E. Zielińska (red.), *System prawa medycznego. Regulacja prawna czynności medycznych. Tom II*, Warszawa 2019, s. 756.

27 M. Pazdan, *Przesłanki prawnej skuteczności działania przedstawiciela*, [w:] Z. Radwański (red.), A. Olejniczak (red.), *System Prawa Prywatnego, Tom 2*, rozdział X, akapit 148.

28 A. Szpunar, *Udzielenie pełnomocnictwa*, „Przegląd Sądowy”, 1993, nr 9, s. 26; A. Wolter, J. Ignatowicz, K. Stefaniuk, *Prawo cywilne – część ogólna*, rozdział XI, Warszawa 2020, s. 441.

Należy także zwrócić uwagę na praktyczny aspekt wprowadzenia pełnomocnictwa medycznego, jako integralnej części dokumentacji medycznej. Realizując założenie, zgodnie z którym pełnomocnictwo medyczne miałyby ułatwić i przyspieszyć administracyjne procedury w ochronie zdrowia, najpraktyczniejszym wydaje się skorzystanie z istniejących już rozwiązań systemowych. Chcąc zapewnić ogólnopolski dostęp personelu medycznego do bazy pełnomocnictw medycznych, niezbędna jest elektroniczna archiwizacja dokumentów. Podobne rozwiązanie stosowane jest we Francji, gdzie pełnomocnictwo do przyszłej opieki (*fr. du mandat de protection future*) jest publikowane w odpowiednim rejestrze ustanowionym na podstawie dekretu Rady Stanu (art. 477 – 1 francuskiego kodeksu cywilnego).

Funkcjonujące w Polsce rejestry pełnomocnictw i upoważnień są powiązane z jednostkami sektora finansów publicznych²⁹ i nie można wykorzystać ich jako ujednoliconej ogólnokrajowej bazy dokumentów. Ponadto, zaliczenie pełnomocnictwa medycznego do dokumentacji medycznej wyklucza możliwość wykorzystywania wspólnej bazy z dokumentami zawierającymi mniej wrażliwe informacje. Propozycja stworzenia oddzielnego rejestru pełnomocnictw medycznych, do których będzie można zgłosić dokument sporządzony własnoręcznie lub przy udziale notariusza, wydaje się zatem uzasadniona. W tym drugim przypadku obowiązek zgłoszenia dokumentu do rejestru będzie spoczywał na notariuszu. Powyższy rejestr ze względów praktycznych powinien być połączony z już istniejącym ogólnopolskim systemem informatycznym wykorzystywanym w codziennej pracy placówek medycznych.

Nałożenie na personel medyczny dodatkowego obowiązku każdorazowego sprawdzania zewnętrznego rejestru pełnomocnictw medycznych podczas przyjmowania pacjentów nie jest optymalnym rozwiązaniem. Z tego powodu praktyczne byłoby wykorzystanie systemu Elektronicznej Weryfikacji Upoważnień Świadczeniobiorcy (eWUŚ)³⁰ lub Systemu P1³¹, czyli platformy prowadzonej w ramach Centrum e-Zdrowia³². Skorzystanie z istniejącej już zinformalizowanej bazy danych zagwarantowałoby aktualność informacji, na których opierałby się personel medyczny, oraz wykluczyłoby wszelkie nieprawidłowości, np. wystąpienie *falsus procurator*³³.

Korzystając z tego, że każdy pacjent w Polsce po przyjęciu do placówki ochrony zdrowia jest sprawdzany pod względem posiadanego ubezpieczenia zdrowotnego, należałoby powiązać informację o wyznaczeniu pełnomocnika medycznego z danymi o ubezpieczeniu (podobnie jak w przypadku kwarantanny z powodu COVID-19). Informacja o pełnomocnictwie medycznym powinna być jednocześnie widoczna wraz z danymi uzyskanymi z systemu. Na podstawie danych, z jednego z wspomnianych systemów eWUŚ lub P1, o wyznaczeniu

29 <https://sip.legalis.pl/document-full.seam?documentId=mjuwelrsga2tcmbtga4do#header3.6> [dostęp: 01 XII 2020 r.].

30 <http://www.nfz-warszawa.pl/dla-pacjenta/ewus-elektroniczna-weryfikacja-uprawnien-swadczeniobiorcow/> [dostęp: 03 II 2023 r.].

31 <https://www.gov.pl/web/popcwsparcie/p1-elektroniczna-platforma-gromadzenia-analizy-i-udostepniania-zasobow-cyfrowych-o-zdarzeniach-medycznych> [dostęp: 14 II 2023 r.].

32 <https://www.cez.gov.pl/pl/page/o-nas> [dostęp: 16 II 2023 r.].

33 Łac. *pełnomocnik osoby nieuprawnionej*.

przez pacjenta pełnomocnika medycznego możliwe byłoby natychmiastowe przekierowanie do proponowanego w pracy rejestru pełnomocnictw medycznych, w którym dostępna byłaby elektroniczna wersja dokumentu z danymi osobowymi i kontaktowymi wyznaczonych pełnomocników.

Istotne dla przedstawionej koncepcji jest też zagadnienie terminu, w jakim pracownicy ochrony zdrowia musieliby poinformować pełnomocnika o sytuacji mocodawcy. Wszelkie dane niezbędne do skontaktowania się z umocowanym powinny być dostępne w treści opublikowanego w rejestrze pełnomocnictwa. Po pierwsze, dobrą praktyką byłby zwyczaj informowania umocowanego przez samego mocodawcę o okolicznościach mogących doprowadzić do potrzeby skorzystania z pełnomocnictwa (np. planowane zabiegi)³⁴. Po drugie, w przypadku, gdy mocodawca na skutek nieprzewidzianych wydarzeń znalazł się w placówce ochrony zdrowia, lecz nadal dysponuje pełnym rozeznaniem sytuacji, powinien poinformować pełnomocnika o zaistniałych okolicznościach.

W wypadku, gdy to personel medyczny zmuszony byłby (ze względu na brak świadomości pacjenta) do skorzystania z rejestru pełnomocnictw medycznych, należy określić czas, w jakim pełnomocnik powinien być poinformowany o sytuacji mocodawcy. O ile w przypadku eksperymentu medycznego nie są to zazwyczaj sytuacje nagłe, a raczej zaplanowane i wysoce sformalizowane działania, nie trudno jest sobie wyobrazić zdarzenia, w których czas podjęcia decyzji ma znacznie większą rolę. Oczywiście, w sytuacjach skrajnych, w których występuje bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia i życia, prawo do podejmowania decyzji medycznych zachowuje lekarz. Naturalnym wydaje się jednak, iż obowiązek nawiązania kontaktu z pełnomocnikiem powinien być zrealizowany bez zbędnej zwłoki³⁵.

Problematyka czasu potrzebnego na poinformowanie pełnomocnika o stanie pacjenta oraz liczby prób podejmowanych przez personel medyczny w celu skontaktowania się z pełnomocnikiem, powinna zostać w pewnym stopniu uregulowana przez przepisy prawa. W kontekście eksperymentu medycznego, w niektórych sytuacjach, za termin wygaśnięcia obowiązku poinformowania pełnomocnika można uznać datę, w której niemożliwym lub bezcelowym byłoby przeprowadzanie eksperymentu. Jednak w większości przypadków tak jednoznacznej i wynikającej z zewnętrznych uwarunkowań granicy nie da się postawić. W związku z tym, podobnie jak przy arbitralnie ustanawianych granicach wieku w przywołanych w pracy przepisach UZL, również okres obowiązku nawiązania kontaktu z umocowanym powinien zostać ogólnie wyznaczony. Nieokreślenie takiego terminu przez ustawodawcę mogłoby stać się podstawą do sporów pomiędzy personelem medycznym a niepoinformowanym pełnomocnikiem, u podstawy których leżałoby niedochowanie należytej staranności w próbach nawiązania kontaktu.

34 Niezależnie od stopnia przewidywanego ryzyka oraz bez względu na stopień przygotowania personelu medycznego i korzystnych rokowań każdy zabieg wiąże się z ryzykiem.

35 Zwrot „bez zbędnej zwłoki” należy rozumieć i stosować zgodnie z art. 12 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2022 r. poz. 2000 z. zm.). Zatem kluczowe w tym wypadku byłoby możliwe szybkie i skuteczne, przy zachowaniu wszystkich przewidzianych prawem procedur, skontaktowanie się z pełnomocnikiem medycznym.

Należy również podjąć próbę określenia „intensywności” działań podejmowanych przez personel medyczny w celu nawiązania kontaktu z pełnomocnikiem. Użyty wcześniej zwrot należytej staranności, również w tym zakresie jest istotny. Mając do dyspozycji dane w postaci adresu poczty elektronicznej, numeru telefonu oraz adresu korespondencyjnego pełnomocnika, należałoby sprecyzować, z jaką częstotliwością i w jakim przedziale czasowym korzystać z tych możliwości.

Pełnomocnictwo medyczne można w pewnym stopniu przyrównać do rozporządzenia na wypadek śmierci. Z tego powodu, pełnomocnictwa sporządzane nieprofesjonalnie powinny być objęte przepisami zawartymi w Księdze czwartej, Tytule III, Dziale I, Rozdziale I KC w takim zakresie, w jakim nie będą sprzeczne z regulacjami dotyczącymi pełnomocnictwa medycznego.

Ochrona ustawowa, z jakiej korzysta spadkodawca, utrwalając swoją wolę za pomocą testamentu w przedmiocie rozporządzania swoim majątkiem, wydaje się jak najbardziej odpowiednia także w zakresie ochrony życia i zdrowia mocodawcy. Zastosowanie wyżej wymienionych przepisów pozwalałoby na korzystanie z ugruntowanej linii orzeczniczej dotyczącej zabezpieczenia woli mocodawcy, jak również zapobiegałoby zbędnej rozbudowie KC.

Konflikt pomiędzy umocowanym i mocodawcą oraz odwołanie pełnomocnictwa

Zagadnieniem, które również należy rozważyć, jest odpowiedzialność pełnomocnika medycznego za decyzje podejmowane na podstawie przyznanych mu przez mocodawcę uprawnień. Zakładając, iż dokonując wyboru pełnomocnika, mocodawca jest przekonany o zdolności wskazanej osoby do realizacji swojej woli w zakresie decydowania o zgodzie na procedury medyczne czy przeprowadzenie eksperymentu medycznego, należy wykluczyć jakąkolwiek odpowiedzialność pełnomocnika w wypadku podjęcia decyzji, które mogłyby się okazać niezgodne z rzeczywistą wolą pacjenta. W przeciwnym razie, pełnomocnik byłby nieefektywny ze względu na świadomość grożącej mu odpowiedzialności, co w oczywisty sposób przekreśla zasadność tworzenia takiej instytucji.

Ze względu na szczególną doniosłość kompetencji przyznawanych przez mocodawcę, należy wykluczyć możliwość zastosowania art. 106 KC względem pełnomocnictwa medycznego. Jak już wspomniano, prawo do wyznaczania pełnomocników substytucyjnych naruszałoby podstawowe założenie przedstawionej koncepcji – to znaczy wysoki stopień zaufania mocodawcy do umocowanego w postaci np. szczególnej więzi, długiej znajomości, czy podzielanych wartości³⁶.

Postulując możliwość wyznaczenia pełnomocnika medycznego z możliwie szerokiego grona osób, należy odnieść się do art. 108 KC, regulującego kwestię czynności pełnomocnika

36 Tak postawione ograniczenie wydaje się niezbędne i to pomimo faktu, że w polskim porządku prawnym pełnomocnicy dalsi są reprezentantami pierwotnego mocodawcy.

„z samym sobą”. Dając możliwość mocodawcy na wyznaczenie umocowanego spośród personelu medycznego, nietrudno jest przewidzieć sytuację, w której pełnomocnik mógłby realizować podwójną rolę – wyrażającego zgodę na udział w eksperymencie medycznym i przyjmującego takie oświadczenie woli. Ponadto, z treści art. 108 KC wynika, że ustawodawca gwarantuje mocodawcy pełną dowolność w zastrzeganiu możliwości przeprowadzania przez pełnomocnika czynności „z samym sobą”. Taką wolność w kształtowaniu treści pełnomocnictwa medycznego należy uznać za pożądaną i jak najbardziej korzystną.

W zakresie procedury odwołania pełnomocnictwa można zastosować art. 101 KC ze względu na fakt, iż samo pełnomocnictwo jako dokument byłoby publikowane w formie elektronicznej. Zatem wszelkie zmiany dotyczące jego treści lub osoby samego pełnomocnika odnosiłyby skutek (konsekwentnie z wcześniejszym postulatem) w chwili publikacji w elektronicznym rejestrze pełnomocnictw³⁷. Taka procedura nie wymagałaby informowania pełnomocnika przez mocodawcę o wprowadzonych zmianach, a wszelkie niejasności, które mogłyby wystąpić w przyszłości byłyby możliwe do weryfikacji przez personel medyczny za pośrednictwem rejestru pełnomocnictw.

Podsumowanie

Ustanowienie instytucji pełnomocnika medycznego w Polsce wydaje się sprawą pilną w świetle postępu medycyny oraz wzrastającej świadomości pacjentów i ich chęci do samostanowienia. Świadczy o tym stanowisko Rzecznika Praw Obywatelskich zawarte w korespondencji do Ministra Zdrowia i wskazywane tam postulaty dotyczące oświadczeń *pro futuro*. Na koniec, wspomnieć należy, że problematyka przedstawiona w artykule jest również coraz częściej tematem poruszonym w środowisku medycznym, które dbając o dobro pacjenta, jak również o legalność podejmowanych działań, musi mierzyć się z występującą obecnie pustką legislacyjną w zakresie, który w przyszłości powinien zostać uzupełniony przepisami ustanawiającymi instytucję pełnomocnika medycznego.

37 Niniejsze założenie jest (dostosowanym do wymogu publikacji w rejestrze elektronicznym) zastosowaniem art. 946 KC dotyczącego sposobów odwołania testamentu.

BIBLIOGRAFIA

1. Boratyńska M., Malczewski J., *Prawo wobec medycyny końca życia*, [w:] E. Zielińska (red.), *System Prawa Medycznego. Tom II, Regulacja prawna czynności medycznych*, Warszawa 2019
2. Chańska W., *Ewolucja dyrektyw na przyszłość w amerykańskiej praktyce medycznej*, „Prawo i Medycyna” 2015, nr 58
3. Gałuszka M., Szewczyk K., *Narodziny i śmierć. Bioetyka kulturowa wobec stanów granicznych życia ludzkiego*, Warszawa–Łódź 2002
4. Kubicki L., *Sumienie lekarza jako kategoria prawna*, „Prawo i Medycyna” 1999, nr 4
5. Pazdan M., *Przesłanki prawnej skuteczności działania przedstawiciela*, [w:] Z. Radwański (red.), A. Olejniczak (red.), *System Prawa Prywatnego, Tom 2*, Warszawa 2020
6. Sherwood R., *Obituaries: Philip Drinker 1894-1972*, “The Annals of Occupational Hygiene” 1973, nr 16
7. Siewiera J., Kübler A., *Terapia daremna dla lekarzy i prawników*, Wrocław 2015
8. Szeroczyńska M., *Instytucja pełnomocnika medycznego w Polsce – stanowisko Polskiej Grupy Roboczej ds. Problemów Etycznych Końca Życia*, „Medycyna Praktyczna” 2016, nr 5
9. Szpunar A., *Udzielenie pełnomocnictwa*, „Przegląd Sądowy”, 1993, nr 9
10. Thorwald J., *Stulecie chirurgów*, Kraków 2010
11. Wolter A., Ignatowicz J., Stefaniuk K., *Prawo cywilne – część ogólna, rozdział XI*, Warszawa 2020
12. Zielińska E. (red.), *System Prawa Medycznego. Tom II, Część 1, Regulacja prawna czynności medycznych*, Warszawa 2019

STRESZCZENIE

Artykuł podejmuje problematykę realizacji i ochrony woli pacjentów niezdolnych do wyrażenia zgody na procedury medyczne. W oparciu o prawodawstwo krajowe i zagraniczne, z uwzględnieniem postulatów środowiska prawniczego i medycznego, autor przedstawił propozycję koncepcji pełnomocnictwa medycznego. Szczególną uwagę poświęcono wskazaniu najbardziej praktycznych rozwiązań w zakresie poszczególnych elementów pełnomocnictwa, w tym: określenie osoby mocodawcy, osoby umocowanego, formy pełnomocnictwa, sposobu zawierania oraz udostępnienia treści pełnomocnictwa pracownikom ochrony zdrowia. Obecnie w polskim prawie brak jest rozwiązań legislacyjnych regulujących zagadnienia przedstawione w artykule, zatem dalsza dyskusja dotycząca tej materii jest niezbędna.

SŁOWA KLUCZOWE: pełnomocnik medyczny, pacjent, zgoda na zabieg, pro futuro.

SUMMARY

The article addresses the issue of implementing and protecting the will of patients who are unable to give consent to medical procedures. Based on national and foreign legislation, taking into account the demands of the legal and medical communities, the author presents a proposal for the concept of medical power of attorney. An emphasis is put on indicating the most practical solutions for individual elements of the power of attorney, including determining the power of attorney giver, the authorized person, the form of the power of attorney, the method of concluding, and providing the content of the power of attorney to healthcare workers. Currently, there are no legislative solutions in Polish law that regulate the issues presented in the article, therefore further discussion on this matter is necessary.

KEYWORDS: medical attorney, patient, surgery consent, pro futuro.