

Opinia

w sprawie projektu ustawy o instrumentach wspieranego podejmowania decyzji w zakresie uregulowań dotyczących pełnomocnictwa medycznego

Przedmiotem opinii jest projekt ustawy o instrumentach wspieranego podejmowania decyzji z dnia 7 listopada 2024 r., przedstawiony przez Departament Prawa Cywilnego i Gospodarczego Ministerstwa Sprawiedliwości w części dotyczącej pełnomocnictwa medycznego.

Komisja Kodyfikacyjna Prawa Rodzinnego zapoznała się z trzema dokumentami:

1. projektem ustawy o zmianie ustawy – Kodeks cywilny oraz niektórych innych ustaw – z dnia **21 maja 2024 r.** (wersja projektu ustawy do wpisu do wykazu prac legislacyjnych - opracowany przez Interdyscyplinarny Zespół Międzyresortowy przy Ministrze Sprawiedliwości).
2. projektem ustawy o zmianie ustawy – Kodeks cywilny oraz niektórych innych ustaw – z dnia **3 października 2024 r.** (wersja projektu ustawy po uwagach Komisji Kodyfikacyjnej Prawa Cywilnego).
3. projektem ustawy o instrumentach wspieranego podejmowania decyzji – z dnia **7 listopada 2024 r.**

[Członkowie Komisji Kodyfikacyjnej Prawa Rodzinnego – niektórzy spośród członków tej Komisji – brali udział w pracach Zespołu do spraw opracowania propozycji rozwiązań normatywnych w zakresie zastąpienia instytucji ubezwłasnowolnienia modelem wspieranego podejmowania decyzji, zwany dalej „Zespołem Międzyresortowym”, powołanego zarządzeniem nr 243 Prezesa Rady Ministrów z dnia 3 lipca 2023 r. w sprawie Zespołu do spraw opracowania propozycji rozwiązań normatywnych w zakresie zastąpienia instytucji ubezwłasnowolnienia modelem wspieranego podejmowania decyzji (M.P. poz. 650)]

Na wstępie należy jednak odnieść się dwóch bardzo istotnych kwestii, tj. klauzuli generalnej poszanowania autonomii osoby z deficytem oraz zakresu kompetencji pełnomocnika rejestrowanego.

Klauzula generalna poszanowania autonomii osoby z deficytem. W toku prac Komisji Kodyfikacyjnej Prawa Cywilnego padł pomysł, żeby zaprojektować przepis ogólny Kodeksu cywilnego, który stwarzałby instytucjonalną gwarancję poszanowania autonomii osoby z deficytem przez wszystkie osoby i organy zaangażowane w jej wspieranie. Potrzebna byłaby swego rodzaju

klauzula generalna, będąca jednocześnie nadrzędnym kryterium decyzyjnym i gwarancją, że możliwa do ustalenia autonomia własna osoby, o którą chodzi, będzie respektowana i traktowana pierwszoplanowo. Troska o poszanowanie tej autonomii własnej była z naciskiem wyrażana zwłaszcza przez przedstawicieli organizacji społecznych. Wprawdzie można do pewnego stopnia zgodzić się co do zasady z fragmentem uzasadnienia projektu ustawy z 7 listopada 2024 r. co do "respektowania każdorazowo konstytucyjnej wartości pierwotnej, tj. godności człowieka (art. 30 Konstytucji RP), z której wynika nakaz tworzenia i stosowania prawa przez wszystkie organy władzy publicznej w zakresie ich kompetencji w taki sposób, by uwzględniać gwarancje stworzenia warunków właściwego funkcjonowania osoby w społeczeństwie oraz stworzenia jej możliwości samorealizacji, tj. wolnego rozwoju własnej osobowości." Komisja Kodyfikacyjna Prawa Rodzinnego pragnie jednakże zwrócić uwagę, że jest to tylko interpretacja konstytucyjnego pojęcia godności jako źródła wolności i praw. Tym zaś konkretnym prawem, które w projektowanym obszarze regulacji wymaga respektowania, jest własna autonomia decyzyjna osoby i to należy wyraźnie zaznaczyć. Właściwym miejscem w ustawie na wprowadzenie takiego przepisu powinna być zdaniem Komisji Kodyfikacyjnej Prawa Rodzinnego część ogólna Kodeksu cywilnego, czyli tak, jak rekomendowała Komisja Kodyfikacyjna Prawa Cywilnego.

*** Projekt z dnia 7 listopada 2024 r ustawy o instrumentach wspieranego podejmowania decyzji

- BRAK UNORMOWANIA w Kodeksie cywilnym

- Ustawa o instrumentach wspieranego podejmowania decyzji:

Art. 2. W sprawach dotyczących osoby pełnoletniej potrzebującej wsparcia albo osoby wspieranej należy kierować się jej preferencjami i poglądami, a zwłaszcza uwzględniać uprzednio wyrażane przez nią życzenia, a w razie niemożności ich ustalenia – kierować się jej przypuszczalnym stanowiskiem w danej sprawie.

Uwagi KKPR:

Projekt ustawy z 7 listopada 2024 r lepiej niż poprzednio formułuje kierunkowe kryteria uzasadniające przydzielenie wsparcia oraz jego realizowanie, trzeba jednak zwrócić uwagę, że jego stosowanie jest ograniczone tylko do tej jednej ustawy.

Tymczasem przepis miał w założeniu wyjściowym stwarzać gwarancję poszanowania zachowanej autonomii własnej osoby z deficytem i stanowić rodzaj klauzuli generalnej poszanowania tej autonomii, a być adresowany do wszystkich podmiotów zaangażowanych w podejmowanie decyzji o ustanowieniu jednej z będących do wyboru instytucji wspieranego podejmowania decyzji oraz w określaniu zakresu kompetencji osoby powołanej do wsparcia. Ponadto proponowane kryteria decyzyjne powinny obowiązywać wszystkie osoby zaangażowane w dane

przedsięwzięcie: nie tylko sądy i ustanowionych kuratorów, ale także asystentów prawnych, pełnomocników, jak również pracowników opieki społecznej potencjalnie uczestniczących w czynnościach przygotowawczych. Zdaniem Komisji Kodyfikacyjnej Prawa Rodzinnego miejsce takiej klauzuli generalnej powinno być w Kodeksie cywilnym.

Generalnym celem regulacji powinno być zapewnienie respektowania decyzji własnych osoby na tyle, na ile w danym momencie jest ona w stanie je podejmować albo była do tego zdolna wcześniej. W przypadku niemożności ustalenia autonomii uprzedniej osoby, o którą chodzi, kryterium decyzyjnym ostatniego poziomu powinien być **najlepiej pojęty interes tej osoby**. Kryterium najlepiej pojętego interesu, obecne i stosowane z powodzeniem w niektórych obcych systemach prawnych, pociąga za sobą konieczność sporządzenia indywidualnego, zobiektywizowanego bilansu interesów, potrzeb, korzyści i dolegliwości osoby, o którą chodzi, gdy ta nie wyraziła preferencji wcześniej ani nie jest w stanie ich wyrazić w swoim aktualnym stanie. Jednocześnie jest to kryterium wolne od nacechowania jakimkolwiek paternalizmem i dlatego właściwe w odniesieniu do osoby dorosłej i samodzielnej prawnie.

Rekomendacja Komisji Kodyfikacyjnej Prawa Rodzinnego co do brzmienia przepisu:

Kodeks cywilny:

„Art. 162. W sprawach dotyczących osoby pełnoletniej potrzebującej wsparcia albo osoby wspieranej należy przede wszystkim respektować jej zachowaną autonomię decyzyjną z uwzględnieniem uprzednio wyrażonej woli, preferencji i poglądów, a w razie niemożności ich ustalenia kierować się jej najlepiej pojętym interesem.”

Zakres kompetencji pełnomocnika rejestrowanego. W obecnie projektowanych unormowaniach kompetencje pełnomocnika rejestrowanego obejmują zarówno czynności o charakterze majątkowym, jak i dotyczące osoby, w tym decyzje z zakresu ochrony zdrowia. W pierwotnym projekcie ustawa Zespołu Międzyresortowego z **21 maja 2024 r.** oraz w projekcie ustawy z **3 października 2024** przyjęto zakres umocowania wzorowany na prokurze. W kształcie przyjętym w projekcie ustawy z **7 listopada 2024 r.** (projekcie ustawy o instrumentach wspieranego podejmowania decyzji) pełnomocnictwo rejestrowane przybiera natomiast postać dotychczas nieznaną polskiemu systemowi prawnemu - pełnomocnictwa "do wszystkiego", w tym zarówno do wszelkich spraw majątkowych, jak tych dotyczących osoby mocodawcy, w tym do udzielania zgody albo wyrażania sprzeciwu na świadczenia zdrowotne i inne czynności medyczne. Zakres umocowania jest z góry ustalony i niemożliwy do modyfikacji, przy czym **w istocie tworzy upoważnienie do zarządzania przez jedną osobę całym cudzym życiem.** Zdaniem KKPR jest to rozwiązanie niepraktyczne. Mocodawca

zostaje bowiem postawiony przed mało użyteczną alternatywą "wszystko albo nic" - czyli albo ustanowić pełnomocnika do zarządzania całym swoim przyszłym życiem włączając w to i sprawy majątkowe, i zdrowotne, albo w ogóle zrezygnować z tej instytucji. **Zdaniem Komisji Kodyfikacyjnej Prawa Rodzinnego nie ma żadnego rozsądnego uzasadnienia, by stawiać mocodawcę przed tak sztywno określoną alternatywą i w taki sposób krępować jego wolę.** Na marginesie tylko można postawić pytanie, jaki kandydat na pełnomocnika sprosta tak wyśrubowanym wymaganiom, by poradzić sobie nie tylko z zarządzaniem sprawami majątkowymi, ale jednocześnie odpowiedzialnie decydować o osobie i zdrowiu mocodawcy. Dodatkowe pytanie brzmi: czy "o osobie" mieści w sobie również decyzje prawnorodzinne i te o charakterze najbardziej osobistym - np. o uzgodnieniu płci. Ponadto takie rozwiązanie przedstawia się jako sprzeczne z cywilnoprawną tradycją konkretyzowania zakresu umocowania. Chodzi o przyjęty w Kodeksie cywilnym podział na pełnomocnictwo ogólne do czynności zwykłego zarządu, pełnomocnictwo do czynności określonego rodzaju, pełnomocnictwo szczególne do konkretnej czynności oraz specyficzny rodzaj pełnomocnictwa handlowego, czyli prokurę (która także ma określony zakres umocowania). Przyjęcie rozwiązania "pełnomocnictwo do wszystkiego" raczej zniechęci niż zachęci potencjalnych mocodawców do korzystania z takiej możliwości, jeśli będzie mieć charakter bezalternatywny. Wprawdzie wolno wnioskować, że pełnomocnik rejestrowany miałby być z założenia pełnoprawnym zastępcą we wszystkich sprawach na okoliczność, gdy mocodawca utraci kompetencje decyzyjne, jednak trudno dostrzec wartość, jaka przyświeca uczynieniu go niemożliwym do ograniczenia ze skutkiem wobec osób trzecich. Taki brak ograniczenia broni się tylko w sferze majątkowej jako chroniący pewność obrotu prawnego, w szczególności uzasadnione zaufanie kontrahentów do ustawowo określonego zakresu umocowania. Pewność obrotu prawnego nie znajduje jednak uzasadnienia w sferze decyzji podyktowanych wyłącznie własnym interesem strony, a taki właśnie charakter mają dyspozycje dobrem zdrowotnym. Nieograniczony zakres umocowania w kwestii zgody bądź sprzeciwu na czynności medyczne byłby natomiast wygodą dla lekarzy i personelu medycznego. Taka wygoda nie uzasadnia jednak ograniczenia w decyzjach samego pacjenta, który ustanawiając pełnomocnika medycznego może mieć jednocześnie własną koncepcję opieki zdrowotnej i tą drogą chciałby ją realizować.

Zastrzeżenie: Komisja Kodyfikacyjna Prawa Rodzinnego w niniejszej opinii nie zajmuje stanowiska co do zakresu umocowania pełnomocnika rejestrowanego w sprawach majątkowych.

Komisja Kodyfikacyjna Prawa Rodzinnego jest **stanowczo przeciwna takiemu, jak projektowane unormowaniu, zakresowi umocowania w sprawach medycznych, z poniżej wskazanych przyczyn:**

1. Specyfika pełnomocnictwa medycznego. Podczas prac interdyscyplinarnego Zespołu Międzyresortowego od początku zostało zgłoszone zastrzeżenie co do wyjściowego sformułowania zakresu pełnomocnictwa rejestrowanego w Kodeksie cywilnym: że objęcie jego zakresem również spraw zdrowotnych wymaga przede wszystkim uwzględnienia ich specyfiki wynikającej z istniejących przepisów szczególnych (zwłaszcza ustawy o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta) pod kątem: 1) możliwego zakresu umocowania, w tym ze względu na ustawowe wymaganie zgody osobistej pacjenta tylko na wyspecyfikowaną czynność medyczną; 2) chwili decydującej o uzyskaniu przez pełnomocnictwo skuteczności prawnej (powinien to być tryb natychmiastowy); 3) możliwości odwołania pełnomocnictwa - również w trybie natychmiastowym; 4) uwzględnienia kwestii "falującego" powrotu u pacjenta kompetencji wpływających na utrzymywanie się umocowania; 5) dysponowania pozostałymi licznymi prawami pacjenta; 6) przyjaznej adresatowi formy, a jednocześnie w miarę łatwej do dochowania i mało kosztownej, a jednocześnie dostatecznie wiarygodnej formy umocowania. Dlatego od początku prac projektowano **wyodrębnienie przedmiotowe pełnomocnictwa medycznego**, co Komisja Kodyfikacyjna Prawa Rodzinnego popiera.

2. Przedmiot pełnomocnictwa medycznego.

* Projekt Zespołu Międzyresortowego z **21 maja 2024 r.**:

Kodeks cywilny

Art. 109¹⁰. § 1. Osoba pełnoletnia może udzielić umocowania, do czynności sądowych i pozasądowych związanych z jej osobą i majątkiem (pełnomocnictwo rejestrowe). Pełnomocnictwo rejestrowe obejmuje w szczególności umocowanie do czynności związanych z prowadzeniem przedsiębiorstwa mocodawcy, w tym do udzielenia oraz odwołania prokury.

Art. 109¹². Pełnomocnictwo medyczne wymaga szczególnego umocowania z zachowaniem przepisów odrębnych.

** Projekt z **3 października 2024** po uwagach KKPC:

Kodeks cywilny

Art. 109¹⁰. § 1. Osoba pełnoletnia, dla której nie ustanowiono kuratora reprezentującego, może udzielić pełnomocnictwa na wypadek, gdyby w przyszłości ze względu na stan zdrowia nie była w stanie samodzielnie kierować swoim postępowaniem (pełnomocnictwo rejestrowane).

§ 2. Pełnomocnictwo rejestrowane obejmuje umocowanie do wszystkich czynności związanych z osobą lub majątkiem mocodawcy, z wyjątkiem czynności związanych z opieką zdrowotną, a także do reprezentowania mocodawcy we wszystkich postępowaniach przed sądami, innymi organami władzy publicznej oraz sądami polubownymi.

§ 3. Pełnomocnictwo medyczne wymaga odrębnego umocowania z zachowaniem przepisów szczególnych. Może ono być udzielone także pełnomocnikowi rejestrowanemu.

***Opiniowany Projekt z dnia **7 listopada 2024 r.** ustawy o instrumentach wspieranego

podejmowania decyzji *de facto* wraca w tym przedmiocie do punktu wyjścia, przewidując jedynie, że pełnomocnictwo rejestrowane:

Art. 109¹⁰ § 2. Pełnomocnictwo rejestrowane obejmuje umocowanie do wszystkich czynności związanych z osobą i majątkiem mocodawcy, **w tym do wyrażania w imieniu mocodawcy zgody albo sprzeciwu na udzielanie świadczeń zdrowotnych lub na inne czynności medyczne**, a także do reprezentowania mocodawcy we wszystkich postępowaniach przed sądami, innymi organami władzy publicznej oraz sądami polubownymi.

§ 3. Pełnomocnictwa rejestrowanego nie można ograniczyć ze skutkiem wobec osób trzecich.

Dla pełnomocnictwa medycznego wynika stąd, co następuje:

- 1) Pełnomocnictwo rejestrowane obejmuje swoim zakresem również umocowanie do wyrażania w imieniu mocodawcy zgody albo sprzeciwu na udzielanie świadczeń zdrowotnych lub na inne czynności medyczne - i tylko na taki zakres czynności dotyczących opieki zdrowotnej.
- 2) Zakresu umocowania nie można ograniczyć ze skutkiem wobec osób trzecich. Unormowanie takie znajdowało się również w poprzednich projektach, z tą tylko różnicą, że poprzednie projekty regulowały konkretnie ów zakres umocowania, a odesłanie do przepisów szczególnych pozwalało na modyfikowanie zakresu umocowania medycznego.
- 3) Zakres umocowania pełnomocnictwem rejestrowanym jest w obecnym projektowanym kształcie określony sztywno, a przy tym bardzo szeroko i nie pozwala na żadne modyfikacje, zawsze więc możliwe jest tylko "dwa w jednym": pełnomocnictwo majątkowe i medyczne.

Zdaniem Komisji Kodyfikacyjnej Prawa Rodzinnego taki sposób unormowania pełnomocnictwa medycznego nie odpowiada potrzebom praktyki i stanowczo powinien zostać zmieniony w kierunku przyjętym poprzednio.

W pracach Zespołu Międzyresortowego znalazła przy tym uznanie konstatacja, że ta sama osoba jako kandydat na pełnomocnika zwykle nie jest jednakowo zorientowana w sprawach majątkowych, co w zdrowotnych swojego mocodawcy. Owszem, nie jest to niemożliwe, ale przeważnie do zarządzania majątkiem lepszy jest pełnomocnik z profesjonalnym przygotowaniem, podczas gdy do spraw osobowych, w tym do dysponowania prawami pacjenta - osoba na tyle bliska mocodawcy, by mieć dostatecznie dobrą orientację w jego sytuacji osobistej i preferencjach, a do tego nie jest potrzebne posiadanie szczególnych kwalifikacji. Dlatego między innymi zwyciężyła koncepcja, by na zasadach ogólnych rozdzielić te dwa rodzaje kompetencji. Wówczas mocodawca miałby możliwość ustanowić: 1) jednego pełnomocnika do czynności majątkowych i niemajątkowych, 2) dwóch pełnomocników, każdego o innym zakresie kompetencji, 3) albo jednego tylko do spraw majątkowych bądź tylko do spraw zdrowotnych. Mógłby też udzielić umocowania na dwa sposoby: - „dwa w jednym” w ramach pełnomocnictwa rejestrowanego, udzielanego na potrzeby ochrony

całości kształtu interesów tak majątkowych, jak i niemajątkowych mocodawcy; wówczas umocowanie do czynności związanych z opieką zdrowotną powinno być w treści takiego pełnomocnictwa osobno wysłowione, a całe pełnomocnictwo rejestrowane ma w całości taką formę, jakiej wymaga Kodeks cywilny;

- albo samodzielnie, osobno pełnomocnictwo majątkowe, a osobno (wyłącznie) medyczne, przy czym mocodawcy służy wybór, czy zdecydować się na obie te opcje, czy tylko na jedną z nich. Wówczas wystarczy, żeby pełnomocnictwo medyczne zachowywało jedną z alternatywnych form przewidzianych uprzednio w projekcie nowelizacji ustawy o prawach pacjenta i o Rzeczniku Praw Pacjenta (pisemna z podpisami notarialnie poświadczonymi, zgłoszenie do Rejestru Oświadczeń Medycznych albo oświadczenie ustne na terenie placówki szpitalnej, odebrane i udokumentowane przez upoważnionego pracownika medycznego) - o czym będzie mowa w dalszej części opinii.

Rekomendacja KKPR co do brzmienia przepisu:

Kodeks cywilny

„**Art. 109¹⁰. § 1.** Osoba pełnoletnia, dla której nie ustanowiono kuratora reprezentującego, może udzielić pełnomocnictwa na wypadek, gdyby w przyszłości ze względu na stan zdrowia nie była w stanie samodzielnie kierować swoim postępowaniem (pełnomocnictwo rejestrowane).

§ 2. Pełnomocnictwo rejestrowane obejmuje umocowanie do wszystkich czynności związanych z osobą lub majątkiem mocodawcy, z wyjątkiem czynności związanych z opieką zdrowotną, a także do reprezentowania mocodawcy we wszystkich postępowaniach przed sądami, innymi organami władzy publicznej oraz sądami polubownymi.

§ 3. Pełnomocnictwo medyczne wymaga odrębnego umocowania z zachowaniem przepisów szczególnych. Może ono być udzielone także pełnomocnikowi rejestrowanemu.”

3. Umocowanie do czynności z zakresu ochrony zdrowia. Jak już zostało podniesione wcześniej, zakres umocowania do czynności z zakresu ochrony zdrowia nie wyczerpuje się w "wyrażaniu zgody albo sprzeciwu na udzielanie świadczeń zdrowotnych lub na inne czynności medyczne". To oznacza, że tak ograniczony zakres umocowania w sprawach zdrowotnych nie spełni swojego zadania i tym samym nie zaspokoi potrzeb mocodawcy jako pacjenta. **W tej części projektowane umocowanie jest zatem nazbyt wąskie.** Żeby dobrze zrozumieć normowaną problematykę należy odwołać się zwłaszcza do uregulowań zawartych w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Prawo do wyrażania zgody bądź sprzeciwu na zabiegi lecznicze i inne czynności medyczne jest tam niewątpliwie prawem głównym, ale nie jedynym pacjenta. Równie istotne są: prawo do informacji o stanie zdrowia oraz o możliwych opcjach terapeutycznych; prawo do leczenia bólu; prawo do tajemnicy medycznej, w tym do dysponowania nią na rzecz innych osób; prawo do poszanowania godności i intymności przy udzielaniu świadczeń (co wiąże się m.in. na zasadach ogólnych z prawem do prywatności i ochroną wizerunku); prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej; prawo do kontaktów ze światem zewnętrznym (bądź ograniczenia tych kontaktów, przekładające się na

decydowanie, kto może pacjenta odwiedzać i oglądać go w tym stanie); prawo do dokumentacji medycznej; prawo do zgłaszania zdarzeń niepożądanych i in. Mowa o tym dlatego, że korzystanie z każdego z tych praw wymaga podejmowania bieżących decyzji i określonych sposobów aktywności, a gdy pacjenta ogarnia niemoc - powierzenia ich realizacji upoważnionej osobie. To pokazuje, że potencjalny pełnomocnik medyczny może mieć do zrobienia znacznie więcej niż tylko wyrażanie bądź niewyrażanie zgody na określone czynności medyczne.

Słuszność odesłania do przepisów prawa medycznego nie budzi wątpliwości KKPR, jako podyktowana specyfiką decyzji w sprawach zdrowotnych wynikającą z tych aktów prawnych, w tym zwłaszcza szczególnym unormowaniem kryteriów, od których zależy prawidłowość zgody pacjenta udzielanej na czynności lecznicze. Te i inne uwarunkowania sprawiają, że model decydowania w zastępstwie chorego o osłabionych kompetencjach decyzyjnych powinien uwzględniać znacznie więcej czynników aniżeli decyzje w sprawach majątkowych i dlatego jego miejsce jest w odpowiednim akcie prawa medycznego, czyli w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Odrębne unormowanie jest niezbędne z tego powodu, że sprawy zdrowotne nie należą do materii regulacyjnej Kodeksu cywilnego. W dotychczasowym stanie braku ustawowego uregulowania pełnomocnictwa medycznego głównym punktem sporu było, czy w sprawach tak osobistych jak decyzje o opiece medycznej, w ogóle dopuszczalne jest udzielenie upoważnienia innej osobie, a odpowiedzi na takie pytanie udzielano przeważnie negatywnej. Nie było to oczywiste, skoro zagadnienia opieki zdrowotnej są unormowane w odrębnych aktach prawnych. Niemniej akty te nie przewidują *expressis verbis* reprezentacji pacjenta przez pełnomocnika, w związku z czym utrzymywały się wątpliwości. **Z tego względu, że ten rodzaj pełnomocnictwa odnosi się do spraw zdrowotnych, które podlegają regulacji szczególnej w ustawach medycznych i z tego powodu mają swoją specyfikę oraz odrębne cechy warunkujące skuteczność dokonywanych czynności, w Kodeksie cywilnym powinno zostać zawarte odesłanie do nich.**

Dlatego KKPR jednoznacznie popiera i rekomenduje powrót do zaplanowanego w dwóch poprzednich projektach, a porzuconego przez projekt ustawy z dnia **7 listopada 2024 r.** rozwiązania polegającego na ustawowym wyodrębnieniu decyzji związanych z opieką zdrowotną i unormowaniu ich w aktach prawa medycznego - tj. zwłaszcza w ustawie o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. To wyodrębnienie powinno zostać dokonane w Kodeksie cywilnym po to, by było wiadomo, że ustawa ta przewiduje taki rodzaj pełnomocnictwa. Unormowanie szczególne powinno natomiast znaleźć się w ustawie o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

4. Forma aktu notarialnego. Uregulowane jako nieodłączna część pełnomocnictwa rejestrowanego pełnomocnictwo medyczne musiałoby podlegać w całości jego jednolitemu reżimowi prawnemu. Oznacza to, że mogłoby być udzielone oraz odwołane tylko i wyłącznie w formie aktu notarialnego, a zyskanie skuteczności prawnej byłoby uzależnione od dochowania wymaganych czynności - tj.

poświadczenia przez notariusza i zgłoszenia do odpowiedniego rejestru, na podstawie uprzednio wystawionych zaświadczeń dwóch lekarzy. Pociągałoby to za sobą nie tylko dodatkowe koszty, ale **co najważniejsze: zajmowałoby czas**, który w opiece medycznej bywa nad wyraz cenny. KKPR w ślad za poprzednio zgłaszanymi uwagami przyłącza się do uważanych za słuszne argumentów, że w zwykłych okolicznościach umocowanie majątkowe może poczekać, aż zostaną dopełnione formalności. **Umocowanie medyczne - wręcz przeciwnie, na ogół czekać nie może.** Potrzeba decyzji w takich sprawach bywa przeciętnie znacznie bardziej pilna niż dokonywanie rozporządzeń majątkiem. Naturalną, by tak rzec, kondycją pacjenta jest stan fizycznego niedomagania i osłabienia zdolności decyzyjnych, który może mieć charakter przejściowy (np. z powodu niedotlenienia przy zapaleniu płuc, niewydolności wątroby, śpiączki cukrzycowej), **ale nagły** i z tego powodu w niektórych przypadkach stwarza potrzebę ustanowienia umocowanego decydenta zastępczego, a nie tylko osoby wspierającej nadwątloną autonomię pacjenta. Nagłość zmiany sytuacji klinicznej powoduje natomiast, by decydent nabywał możliwość działania w trybie natychmiastowym, tzn. gdy stan pacjenta ulegnie pogorszeniu (np. stan splątania, utrata przytomności), bez potrzeby uprzedniego wystarania się o formalne tego potwierdzenie (jak uzyskanie poświadczenia na podstawie wystawionych zaświadczeń czy sądowego postanowienia o przyznaniu uprawnień). Potrzeba działania pełnomocnika medycznego aktualizuje się dokładnie z tą chwilą, gdy mocodawca - pacjent traci własną zdolność decyzyjną bądź doznaje jej znacznego osłabienia z tego na przykład powodu, że odczuwa silny ból. Wprawdzie lekarzom wolno jest ratować pacjenta niezdolnego decyzyjnie (np. nieprzytomnego) bez pytania o zgodę kogokolwiek i jest to rozwiązanie słuszne funkcjonalnie - jednakże wiele ważnych, potrzebnych i wymagających niezwłocznego działania czynności medycznych nie zalicza się do "ratunkowych". W grę wchodzi w szczególności zaordynowanie i podanie odpowiednich dawek środków uśmierzających ból, w tym silnie działających i obarczonych niebezpiecznymi skutkami ubocznymi. Wątpliwości w tym przedmiocie podnoszone są stale obecne w praktyce medycznej. Inaczej mówiąc - potrzebny jest mechanizm prawny umocowania decyzyjnego w trybie natychmiastowym, a nie - uzależniony od wystarania się najpierw o zaświadczenia i poświadczenia. Zaświadczyć o stanie niezdolności decyzyjnej u pacjenta potrafi nawiasem mówiąc na potrzeby bieżącego leczenia obecny na miejscu lekarz ogólny, internista czy kardiolog, a nie tylko - jak wedle wymagań projektu ustawy - psychiatra lub neurolog.

5. Koszty czynności pełnomocnictwa. Drugą kwestią, mniej ważną ale niebagatelną z praktycznego punktu widzenia, są koszty aktu notarialnego pełnomocnictwa i stosownych poświadczeń. Na potrzeby decyzji w zarządzaniu majątkiem są to koszty raczej warte poniesienia, choć i tak dyskutanci w Zespole Międzyresortowym podnosili, że instytucja majątkowego pełnomocnictwa rejestrowanego będzie w praktyce wykorzystywana tylko przez ludzi raczej bogatych. Taksa notarialna za

pełnomocnictwo do wielu czynności w formie aktu notarialnego wynosi 100 zł (§ 8 pkt 8 rozporządzenia o taksie notarialnej); "inny protokół" niż przewidziany w rozporządzeniu (które nie zawiera pozycji poświadczenia związanego ze stanem zdrowia) - 200 zł (§ pkt 3); dokonanie innej czynności notarialnej nieprzewidzianej w przepisach (tu: zgłoszenie do rejestru) - 200 zł: razem - 500 zł. Ponadto - dwa zaświadczenia od dwóch niezależnych lekarzy, które nie będą przysługiwać w ramach NFZ, a ich nieznany dotychczas koszt powinien być również słuszny w stosunku do podjętego wysiłku oraz ryzyka - więc wolno się spodziewać, że będzie wynosić przynajmniej tyle samo, co przeciętny koszt prywatnej wizyty lekarskiej, czyli ok. 250 zł. **W sumie daje to co najmniej 1 000 zł.** Mimo że zgodnie z brzmieniem projektowanych przepisów koszty wystawienia zaświadczeń ponosi pełnomocnik - jest oczywiste, że ostateczny ciężar ekonomiczny wszystkich czynności potrzebnych dla realizacji pełnomocnictwa obarcza mocodawcę. Słusznie więc zostało zauważone w toku dyskusji nad pierwotnym projektem, że nie będzie to rozwiązanie prawne dla ludzi niezamożnych. W konsekwencji i pełnomocnictwo medyczne byłoby udzielane tylko przez osobę ekonomicznie przygotowaną na taki wydatek - skoro nieodłącznie z pełnomocnictwem majątkowym. Tym bardziej, że projekt z dnia **7 listopada 2024 r.** przewiduje tylko jednolity zakres umocowania, czyli bez możliwości oddzielnego pełnomocnictwa medycznego. Już samo to ograniczenie jest zdaniem KKPR, powtórzmy, niepraktyczne i wymaga skorygowania.

We wcześniejszych projektach forma samego pełnomocnictwa medycznego była łagodniejsza: w wersji z dnia **21 maja 2024 r.** - pisemna z podpisami notarialnie poświadczonymi (2 x 20 zł = 40 zł), a po uwagach KKPC w projekcie z dnia **3 października 2024 r.** - nawet tylko zwykła pisemna. Koszt pełnomocnictwa tylko medycznego mógłby być zatem odpowiednio niższy, co bardziej odpowiada codziennym potrzebom potencjalnych pacjentów. Nie każdy bowiem ma majątek na tyle znaczny, żeby planować powierzenie go pełnomocnikowi, natomiast każdy może zostać pacjentem i potrzebować pełnomocnika medycznego. Prawo powinno mu to ułatwiać, zamiast mnożyć bariery formalne i ekonomiczne.

Ustawa o prawach pacjenta i o Rzeczniku Praw Pacjenta **Pełnomocnictwo medyczne**

Projekt *ustawy o instrumentach wspieranego podejmowania decyzji* z dnia **7 listopada 2024 r.** nie przewiduje w ogóle - w przeciwieństwie do dwóch projektów poprzednich - zmian uzupełniających w ustawie o prawach pacjenta i o Rzeczniku Praw Pacjenta, polegających na wprowadzeniu do niej rozdziału 6a w całości poświęconego unormowaniu pełnomocnictwa medycznego. Prowadzi to do utraty z pola widzenia szeregu istotnych kwestii takich jak kryteria decyzyjne w sprawach zdrowotnych oraz instytucjonalny nadzór nad należyтым wykonywaniem przez pełnomocnika powierzonych mu czynności. Zdaniem KKPR projektowane obecnie rozwiązania, wspólne dla wszystkich form wspierania, są daleko niewystarczające,

również gdy chodzi o zakres czynności pełnomocnika medycznego oraz funkcjonalne formy udzielenia takiego pełnomocnictwa, o czym będzie mowa w dalszej części opinii, według kolejności zagadnień.

Funkcja pełnomocnictwa medycznego. W zamierzeniu projektodawców pełnomocnik medyczny ma być depozytariuszem i strażnikiem autonomii oraz woli osoby potrzebującej wsparcia w związku z korzystaniem przez nią z opieki zdrowotnej. Kształt normatywny pełnomocnictwa medycznego został zaplanowany na potrzeby pacjenta, który spodziewa się znacznego osłabienia kompetencji decyzyjnych, a chce zachować jakiś rodzaj kontroli nad opieką medyczną nad sobą w takim stanie. Polskie prawo medyczne dotychczas nie przewidywało instytucji służących poszanowaniu autonomii pacjenta w okresie znacznie osłabionej bądź wyłączonej świadomości. Takie instrumenty są znane prawom obcym, w Polsce jednak kompetencja decyzyjna pacjenta kończy się wraz z utratą świadomości: wówczas potrzeba niezwłocznej pomocy medycznej w celach ratunkowych pozwala decydować lekarzowi samodzielnie, natomiast w stanach nienaglących jedynym podmiotem władnym podejmować decyzje staje się sąd opiekuńczy. Oznacza to, że ponad głowę pacjenta decydują o nim inni, a on sam nie ma na te decyzje najmniejszego nawet wpływu. Należy jednocześnie przypomnieć, że wbrew potocznemu mniemaniu członkowie rodziny dorosłego pacjenta nie mają na gruncie polskiego prawa przyznanych żadnych kompetencji decyzyjnych w sprawach zdrowotnych krewnego i jest to interpretowane jako wyraz poszanowania autonomii takiej osoby. Dyskomfort orzekania w sprawie sądowych zezwoleń zastępczych na leczenie dorosłego pacjenta z wyłączoną kompetencją decyzyjną zgłaszany jest przez samych sędziów¹, a jako przyczyna podawany jest brak znajomości sytuacji osobistej pacjenta oraz jego preferencji. W sądownictwie zagranicznym podkreśla się, że wprowadzić sąd jest najwyższym autorytetem w razie sporu, ale rekomenduje się, by decyzja w sprawie opieki medycznej nad pacjentem z wyłączoną kompetencją decyzyjną była oddana w ręce zaufanej osoby, która bliżej i lepiej zna jego potrzeby i preferencje.

Ustanowiony przez pacjenta pełnomocnik jest powołany do działania w analogicznym zakresie sytuacji, jak dla dotychczasowego przedstawiciela ustawowego osoby ubezwłasnowolnionej albo sądu opiekuńczego. Zakłada się przy tym, że pełnomocnik ustanowiony przez pacjenta świadomie i celowo będzie z tej przyczyny lepiej zaznajomiony z potrzebami zdrowotnymi oraz uprzednią wolą pacjenta, niż sąd opiekuńczy, gdzie orzekają osoby zupełnie pacjentowi obce. Właściwą osobę wskazuje sam pacjent w sposób dobrowolny i świadomy. Dla osób wykonujących zawód medyczny ma to tę zaletę, że dostarcza wiarygodnej informacji, komu i w jakim zakresie pacjent powierzył decydowanie, a w związku z tym nie ma potrzeby absorbowania sądu opiekuńczego wnioskami o zezwolenie zastępcze ani nerwowego oczekiwania aż odpowiednia

¹ Zob. reportaż Konrada Oprzędka <https://www.tokfm.pl/Tokfm/7,103085,30900189,uspili-pacjentke-by-zdobyc-zgode-na-amputacje-nogi-to-jest.html>

decyzja zapadnie.

1. Przedmiot umocowania pełnomocnictwem medycznym

* Projekt z dnia **21 maja 2024 r.** (Interdyscyplinarny Zespół Międzyresortowy przy MS):

Ustawa o prawach pacjenta i o Rzeczniku Praw Pacjenta

Art. 22a. 1. Osoba pełnoletnia, która nie ma umocowanego pełnomocnika rejestrowego, ani ustanowionego kuratora reprezentującego może wyznaczyć inną osobę pełnoletnią, która nie ma umocowanego pełnomocnika rejestrowego ani ustanowionego kuratora reprezentującego, swoim pełnomocnikiem medycznym (pełnomocnictwo medyczne).

** Projekt z **3 października 2024** po uwagach KKPC:

Ustawa o prawach pacjenta i o Rzeczniku Praw Pacjenta

Art. 22a. 1. Osoba pełnoletnia, może wyznaczyć inną osobę pełnoletnią, która nie ma umocowanego pełnomocnika rejestrowanego ani ustanowionego kuratora reprezentującego, swoim pełnomocnikiem medycznym do wyrażania w imieniu pacjenta zgody albo sprzeciwu na udzielanie świadczeń zdrowotnych lub na inne czynności medyczne (pełnomocnictwo medyczne).

*** Projekt z dnia **7 listopada 2024 r.** ustawy o instrumentach wspieranego podejmowania decyzji

Kodeks cywilny

Art. 109¹⁰. § 2. Pełnomocnictwo rejestrowane obejmuje umocowanie do wszystkich czynności związanych z osobą i majątkiem mocodawcy, w tym do wyrażania w imieniu mocodawcy zgody albo sprzeciwu na udzielanie świadczeń zdrowotnych lub na inne czynności medyczne, a także do reprezentowania mocodawcy we wszystkich postępowaniach przed sądami, innymi organami władzy publicznej oraz sądami polubownymi.

- BRAK UNORMOWANIA w ustawie o prawach pacjenta i o Rzeczniku Praw Pacjenta

Uwagi KKPR:

Jak było już podkreślane wcześniej, potencjalny pełnomocnik medyczny może mieć do zrobienia znacznie więcej niż tylko wyrażanie bądź niewyrażanie zgody na określone czynności medyczne, zatem zakres umocowania do czynności z zakresu ochrony zdrowia nie wyczerpuje się w "wyrażaniu zgody albo sprzeciwu na udzielanie świadczeń zdrowotnych lub na inne czynności medyczne". To oznacza, że tak ograniczony przedmiot i zakres umocowania w sprawach zdrowotnych nie spełni swojego zadania i tym samym nie zaspokoi potrzeb mocodawcy jako pacjenta. Ustawa powinna określać stosownie do rzeczywistego ich obszaru, jakie czynności mogą w ogóle być przedmiotem upoważnienia medycznego. Zdaniem KKPR najlepsze będzie takie sformułowanie, które obejmie zarówno decyzje związane *stricte* z leczeniem, jak i korzystanie z innych praw pacjenta, a także rozstrzygnięcia w sprawie przyjęcia i pobytu w placówce ochrony zdrowia, przy czym chodzić może nie tylko o szpitale i ich rodzaje, ale także np. przeniesienie pacjenta do innego szpitala, odpowiedniego zakładu opiekuńczego - leczniczego bądź ośrodka rehabilitacyjnego. Dlatego należy znaleźć sformułowanie na tyle pojemne, by uniknąć wątpliwości, czy planowana czynność mieści się we właściwym obszarze. W toku prac nad projektem były zgłaszane propozycje odwołujące się do aktualnych pojęć ustawowych.

- Świadczenie zdrowotne - działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich

wykonywania (Ustawa o działalności leczniczej); chodziłoby zatem tylko o czynności wyraźnie przewidziane w odpowiednich przepisach, co do zasady podporządkowane procesowi leczenia. UDL jest ustawą regulującą zasady organizowania opieki zdrowotnej, więc definicje sformułowane na potrzeby jej stosowania nie odzwierciedlają wszystkich aspektów opieki zdrowotnej, tylko te, które kwalifikują się jako działalność lecznicza w rozumieniu ustawy.

- Procedury medyczne w rozumieniu art. 5 pkt 42 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych **oraz** czynności związane z opieką zdrowotną - czyli zgodnie z definicją legalną – "postępowanie diagnostyczne, lecznicze, pielęgnacyjne, profilaktyczne, rehabilitacyjne lub orzecznictwo przy uwzględnieniu wskazań do jego przeprowadzenia, realizowane w warunkach określonej infrastruktury zdrowotnej przy zastosowaniu produktów leczniczych i wyrobów medycznych". Odwołanie się do pojęcia procedury medycznej nie jest to dobrym pomysłem dlatego, że pułapki znajdują się w szczegółach przywołanej definicji. Po pierwsze: „realizowane w ramach określonej infrastruktury zdrowotnej” – więc nie wtedy, gdy poza tą infrastrukturą, np. w domu pacjenta, na ulicy itp. Podjęte działania tracą wówczas status procedury medycznej w rozumieniu ustawy. Po drugie: zastrzeżenie „przy uwzględnieniu wskazań do jego przeprowadzenia” jest słuszne na gruncie ustawy regulującej finansowanie ze środków publicznych, natomiast nie ma powodów, by odnosić je do przedmiotu projektowanej regulacji, czyli do pełnomocnictwa medycznego. Definicja z ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych została skonstruowana na potrzeby tej właśnie ustawy i ma na celu wyraźne rozgraniczenie, jakie świadczenia nie będą finansowane z tego powodu, że nie należą do zakresu definicji. To właśnie stanowi przeszkodę, by taką definicję recypować i używać jej na potrzeby pełnomocnictwa medycznego.

- Działanie medyczne - również wyrażenie ustawowe, już obecne w języku prawnym (UDL), ale o szerokim zakresie znaczeniowym i nieobciążone ograniczeniami na potrzeby jednej tylko ustawy szczególnej. Do przedmiotu projektowanej regulacji nie pasuje jednak z tego względu, że nie obejmuje korzystania z innych praw pacjenta niż decydowanie w sprawie leczenia ani decyzji w sprawie przyjęcia i pobytu w konkretnych placówkach, jak również przeniesienia z jednej do innej i jakiej.

Natomiast postulowane przez KKPR wyrażenie „czynności związane z opieką zdrowotną” ma zakres znaczeniowy na tyle szeroki, by pomieścić w nim nie tylko procedury medyczne i działania medyczne, ale wszelkie decyzje dotyczące opieki zdrowotnej, w tym dyspozycje prawami pacjenta. Może chodzić również np. o kosztowny jadłospis podczas pobytu w szpitalu.

Rekomendacja KKPR co do brzmienia przepisu:

Ustawa o prawach pacjenta i o Rzeczniku Praw Pacjenta

„Art. 22a. 1. Osoba pełnoletnia, która nie ma umocowanego pełnomocnika rejestrowego, ani

ustanowionego kuratora reprezentującego może wyznaczyć inną osobę pełnoletnią, która nie ma umocowanego pełnomocnika rejestrowego ani ustanowionego kuratora reprezentującego, swoim pełnomocnikiem do czynności związanych z korzystaniem z opieki zdrowotnej (pełnomocnictwo medyczne).”

2. Okoliczności uzasadniające udzielenie pełnomocnictwa medycznego

* Projekt z dnia **21 maja 2024 r.** (Interdyscyplinarny Zespół Międzyresortowy przy MS):

Ustawa o prawach pacjenta i o Rzeczniku Praw Pacjenta

Art. 22a. 2. Pełnomocnictwa medycznego udziela się na wypadek okoliczności wskazanych w jego treści. W razie wątpliwości przyjmuje się, że pełnomocnictwo medyczne zostaje udzielone na wypadek trwałej lub przemijającej utraty zdolności faktycznej do świadomego podejmowania decyzji i komunikowania woli, nawet z wykorzystaniem środków wspierających komunikowanie się, o których mowa w art. 3 ust. 5 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się.

** Projekt z **3 października 2024** po uwagach KKPC:

Kodeks cywilny

Art. 109¹⁰. § 1. Osoba pełnoletnia, dla której nie ustanowiono kuratora reprezentującego, może udzielić pełnomocnictwa na wypadek, gdyby w przyszłości ze względu na stan zdrowia nie była w stanie samodzielnie kierować swoim postępowaniem (pełnomocnictwo rejestrowane).

Ustawa o prawach pacjenta i o Rzeczniku Praw Pacjenta

Art. 22a. 1. Osoba pełnoletnia, może wyznaczyć inną osobę pełnoletnią, która nie ma umocowanego pełnomocnika rejestrowanego ani ustanowionego kuratora reprezentującego, swoim pełnomocnikiem medycznym do wyrażania w imieniu pacjenta zgody albo sprzeciwu na udzielanie świadczeń zdrowotnych lub na inne czynności medyczne (pełnomocnictwo medyczne).

*** Projekt z dnia **7 listopada 2024 r.** ustawy o instrumentach wspieranego podejmowania decyzji - ***Kodeks cywilny***

Art. 109¹⁰. § 1. Osoba pełnoletnia, dla której nie ustanowiono kuratora reprezentującego, może udzielić pełnomocnictwa na wypadek, gdyby w przyszłości ze względu na stan zdrowia nie była w stanie samodzielnie kierować swoim postępowaniem (pełnomocnictwo rejestrowane).

Uwagi KKPR:

W ocenie KKPR unormowanie tych okoliczności dla pełnomocnictwa stricte medycznego jest słuszne i potrzebne jako osobna regulacja, ponieważ wymaga uwzględnienia bardziej zniuansowanych zmian w kompetencji decyzyjnej, niż to jest uzasadnione na potrzeby czynności majątkowych. Niektóre stany kliniczne - jak stan splątania mentalnego, znaczne osłabienie sił vitalnych, wyniszczenie chemioterapią czy silny ból - nie wyłączają kompetencji decyzyjnych całkowicie, ale ograniczają je w znacznym stopniu. Mamy wówczas do czynienia z sytuacją graniczną: pacjent nie jest całkowicie niezdolny do decydowania, ale jego zdolność jest poważnie osłabiona, a samo decydowanie z tego powodu utrudnione. Gdy pacjent ma zdecydować sam, jest rzeczą oczywistą, że do obowiązków osób sprawujących nad nim opiekę medyczną jest przyjęcie postawy określonej w etyce medycznej jako aktywne wspieranie osłabionej autonomii. Polega ono na wspomaganiu sił mentalnych pacjenta poprzez wzmożoną troskę o zrozumienie przez niego przekazu i zachęcanie do wyrażenia

własnej opinii oraz pomaganie w rozważeniu różnych opcji terapeutycznych celem uzyskania własnowolnie podjętej decyzji, niezależnej od wpływu osób trzecich. Takie podejście jest bezapelacyjnie słuszne i świadczy notabene o tym, że poszanowanie własnej autonomii decyzyjnej osoby z deficytem nie powinno wyczerpywać się w biernym oczekiwaniu. Wyczerpany chorobą i leczeniem pacjent może jednak samemu chcieć, by decyzję podjął za niego ktoś inny na zasadzie: „- *Ty zadecyduj, bo ja już nie mam siły i w gruncie rzeczy wszystko mi jedno*”. Na podstawie takiego komunikatu lekarz ani żadna inna osoba wykonująca zawód medyczny nie jest władna podjąć decyzję w zastępstwie pacjenta, chociaż zdarza się w praktyce, że niektórzy pacjenci woleliby, żeby zadecydował za nich ktoś inny, w tym zwłaszcza lekarz, po którym oczekuje się, że zrobi to najlepiej. Daje się zatem odnotować potrzebę praktyczną. Jedynym środkiem do jej zaspokojenia może być pełnomocnictwo medyczne, o ile okoliczności uzasadniające jego udzielenie będą sformułowane bardziej elastycznie niż całkowita utrata kompetencji decyzyjnych. Pacjent musi mieć jednak świadomość, że takie życzenie musi być przez niego wyraźnie zadeklarowane, bo w braku deklaracji zadziała przyjęta zasada ogólna, że pełnomocnictwo medyczne udzielane jest na wypadek całkowitej (choć niekoniecznie definitywnej - i to bardzo ważne) utraty zdolności decyzji i komunikowania woli. Zdaniem KKPR nie ma powodów, by odmówić takiej elastyczności pełnomocnictwu medycznemu, przy czym rozwiązaniem pierwszoplanowym (choć dyspozytywnym) powinna być całkowita utrata kompetencji.

Rekomendacja KKPR co do brzmienia przepisu::

Ustawa o prawach pacjenta i o Rzeczniku Praw Pacjenta

„**Art. 22a. 2.** Pełnomocnictwa medycznego udziela się na wypadek okoliczności wskazanych w jego treści. W razie wątpliwości przyjmuje się, że pełnomocnictwo medyczne zostaje udzielone na wypadek trwałej lub przemijającej utraty zdolności faktycznej do świadomego podejmowania decyzji i komunikowania woli, nawet z wykorzystaniem środków wspierających komunikowanie się, o których mowa w art. 3 ust. 5 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się.”

3. Zakres umocowania pełnomocnictwem medycznym.

* Projekt z dnia **21 maja 2024 r.** (Interdyscyplinarny Zespół Międzyresortowy przy MS):

Ustawa o prawach pacjenta i o Rzeczniku Praw Pacjenta

Art. 22 a. 3. Pełnomocnictwo medyczne obejmuje swoim zakresem określony rodzaj czynności związanych z opieką zdrowotną (pełnomocnictwo rodzajowe), do poszczególnych czynności (pełnomocnictwo szczególne) lub umocowanie w pełnym zakresie decyzji co do sposobu i zakresu sprawowania opieki zdrowotnej (pełnomocnictwo zupełne), w szczególności do wyrażania w imieniu pacjenta zgody albo sprzeciwu na udzielanie świadczeń zdrowotnych lub na inne czynności związane z opieką zdrowotną. Pacjent może wyłączyć z zakresu umocowania wskazane czynności. Umocowanie w pełnym zakresie wymaga specjalnego zastrzeżenia.

** Projekt z dnia 3 października 2024 po uwagach KKPC:

Ustawa o prawach pacjenta i o Rzeczniku Praw Pacjenta

Art. 22a. 1. Osoba pełnoletnia, może wyznaczyć inną osobę pełnoletnią, która nie ma umocowanego pełnomocnika rejestrowanego ani ustanowionego kuratora reprezentującego, swoim pełnomocnikiem medycznym do wyrażania w imieniu pacjenta zgody albo sprzeciwu na udzielanie świadczeń zdrowotnych lub na inne czynności medyczne (pełnomocnictwo medyczne).

*** Projekt z dnia 7 listopada 2024 r. ustawy o instrumentach wspieranego podejmowania decyzji

Kodeks cywilny

Art. 109¹⁰. § 2. Pełnomocnictwo rejestrowane obejmuje umocowanie do wszystkich czynności związanych z osobą i majątkiem mocodawcy, w tym do wyrażania w imieniu mocodawcy zgody albo sprzeciwu na udzielanie świadczeń zdrowotnych lub na inne czynności medyczne, a także do reprezentowania mocodawcy we wszystkich postępowaniach przed sądami, innymi organami władzy publicznej oraz sądami polubownymi.

- BRAK UNORMOWANIA w ustawie o prawach pacjenta i o Rzeczniku Praw Pacjenta

Uwagi KKPR:

Kluczowe znaczenie dla prawidłowego uregulowania określonego typu pełnomocnictwa ma jego zakres. Musi być wiadome, do jakich czynności pełnomocnik jest umocowany, a do jakich nie, bo jest to konieczne do oceny, czy nie wykracza poza zakres umocowania. W polskim prawie nie jest obecny model pełnomocnictwa w nieograniczonym zakresie umocowania („do wszystkiego”). Ograniczenia mają różnoraki charakter: trójpodział pełnomocnictw majątkowych w Kodeksie cywilnym (ogólne, czyli do czynności zwykłego zarządu majątkiem, szczególne i rodzajowe) uzupełnia bardzo specyficzna instytucja prokury, na której pierwotnie wzorowane było projektowane pełnomocnictwo majątkowe na wypadek utraty zdolności decyzyjnych, ale które ma zakres określony bardzo szczegółowo. Projektowane pełnomocnictwo medyczne ma być instytucją zupełnie nową (choć w prawach obcych istnieje od dawna i jest stosowane z powodzeniem). Tym bardziej więc potrzebne jest takie uregulowanie zakresu umocowania, żeby nie wzbudzać wątpliwości, kłopotliwych dla wszystkich zainteresowanych. Wzorem intelektualnym jest z jednej strony tradycyjny trójpodział pełnomocnictw według Kodeksu cywilnego, a z drugiej - zakres zgody, wycofania zgody lub aktywnego sprzeciwu na czynności medyczne wyrażanych przez pacjenta osobiście.

Jedyny znany wyrok sądowy w sprawie pełnomocnictwa medycznego został wydany przez Sąd Najwyższy w 2015 r. W sprawie chodziło o pełnomocnictwo do decydowania o leczeniu dziecka, udzielone szwagrowi przez ojca dziewczynki. SN co do zasady uznał takie pełnomocnictwa za dopuszczalne, ale nie w rozstrzyganym przypadku, bo zakres umocowania ocenił jako określony zbyt ogólnie. W rozpoznawanej sprawie zostało udzielone pełnomocnictwo ogólne upoważniające do reprezentowania rodzica we wszystkich sprawach związanych z wykonywaniem władzy rodzicielskiej nad małoletnią. Jednak zdaniem SN „Pełnomocnictwo do wyrażenia zgody na zabieg lub metodę leczenia i diagnostykę, o których mowa w art. 34 ust. 1 ustawy o zawodzie lekarza, **może mieć charakter zarówno pełnomocnictwa do poszczegółnej czynności, jak i pełnomocnictwa rodzajowego** w przypadku leczenia periodycznego, wymagającego powtarzalnych zabiegów lub diagnostyki, **z tym że ich charakter musi być ściśle określony.**” (*Uchwała SN z 13 maja 2015, III CZP 19/15*)

Ustawodawca może rzecz jasna dowolnie określić zakres pełnomocnictwa medycznego, niemniej ten zakres powinien być zrozumiały dla adresatów i czytelny dla każdego, kto będzie mieć styczność z działającym pełnomocnikiem.

Obce systemy prawne (Belgia, Wlk. Brytania, Niemcy, USA) przewidują dla pełnomocnictwa medycznego różnoraki zakres umocowania:

- wykonywanie wszelkich praw nadanych pacjentowi mocą ustawy o prawach pacjenta: do wyrażenia zgody na leczenie lub sprzeciwu, do uzyskania informacji o stanie zdrowia mocodawcy oraz do wyboru sposobu leczenia (Belgia);
- kwestie związane z leczeniem i z opieką, z tym że pełnomocnik jest uprawniony do podejmowania decyzji w zakresie leczenia ratującego życie tylko, gdy mocodawca zastrzegł to wyraźnie w treści pełnomocnictwa (Wlk. Brytania);
- podejmowanie decyzji w przedmiocie opieki medycznej nad mocodawcą oraz proponowanych metod leczenia, przy czym mocodawca może zawrzeć w treści pełnomocnictwa konkretne wytyczne dla pełnomocnika (USA);
- pełnomocnictwo w sprawach zdrowotnych powinno wyraźnie określać katalog czynności medycznych, co do których pełnomocnik może wyrazić zgodę (Niemcy).²

Zdaniem KKPR zakres umocowania pełnomocnictwem medycznym w opiniowanych projektach z 3 października 2024 po uwagach KKPC i z 7 listopada 2024 r. ustawy o instrumentach wspieranego podejmowania decyzji jest sformułowany zbyt ogólnikowo, a jednocześnie w sposób daleki od ujęcia zakresu decyzji, które mogą być objęte takim pełnomocnictwem.

1. Jeśli chodzi o **katalog możliwych decyzji**, to jak już kilkakrotnie była mowa wcześniej, nie wyczerpują się one w zgodzie na czynności medyczne, lecz obejmują dyspozycje innymi prawami pacjenta, decyzje w sprawie pobytu w konkretnej placówce stacjonarnej i ewentualnego przeniesienia do innej (w tym również wypisania ze szpitala do domu), a także pomniejsze rozporządzenia w sprawie sposobu żywienia, ubierania lub pielęgnacji wyglądu.³ Istnieją przy tym spory, do jakiego stopnia wiążące dla lekarzy są pozytywne życzenia pacjenta, jednak przeważa zapatrywanie, że gdy mieszczą się one w granicach wskazań wiedzy medycznej i nie przekraczają możliwości konkretnej placówki, to należy je uwzględniać. Przykładem normatywnym jest instytucja planu porodu, przewidziana w rozporządzeniu określającym standardy opieki okołoporodowej. Plan porodu można zakwalifikować jako szczególną postać szerszej kategorii znanej na świecie jako *Advance Care Planning*. W takim dokumencie pacjent planuje szczegóły opieki zdrowotnej nad sobą

²Na podstawie: J. Pieczaba, *Instytucja pełnomocnika medycznego w ujęciu prawnoporównawczym*, "Palestra" nr 7-8/2022

³W rozważaniach bioetycznych podawany jest przykład pacjenta w starszym wieku przyzwyczajonego do codziennej elegancji. Trafiwszy do szpitala, a zbyt osłabiony, żeby samemu zadbać o odpowiedni wygląd, czuł się głęboko upokorzony rutynowym odziewaniem go w piżamę i szlafrok.

na wypadek jakby stracił świadomość i nie mógł już o niczym decydować, przy czym planowanie odbywa się w konsultacji z lekarzem, dzięki czemu może być uważane za bardziej wiarygodne i racjonalne. Podobny cel ma plan porodu, którego sporządzenie ma obowiązek zaproponować pacjentce osoba sprawująca opiekę przedporodową. Wprawdzie pacjentka rodząca zwykle nie traci świadomości, ale bóle porodowe i dynamika akcji porodowej, w tym nagłość możliwych komplikacji, mogą poważnie utrudnić uzyskiwanie od niej zgody na każdą, uprzednio zaproponowaną i szczegółowo wyjaśnioną czynność medyczną - a tego na zasadach ogólnych wymaga prawo. Plan porodu czy inny rodzaj *Advance Care Plannig* umożliwia personelowi medycznemu zapoznanie się z glosami pacjenta, na wypadek jakby kontakt z nim samym okazał się mniej lub bardziej utrudniony. **Tych dokumentów nie da się sprowadzić do prostego schematu zgody bądź sprzeciwu na konkretne czynności.**

Sąd Najwyższy w przywołanej wyżej uchwale *III CZP 19/15* sformułował **wymaganie, żeby zakres czynności medycznych objętych pełnomocnictwem został skonkretyzowany**. To wymaganie koresponduje z wymaganiami ustawowymi stawianymi skuteczności osobistej zgody pacjenta na czynność medyczną. Żeby uchylić zasadnicze wątpliwości w tej kwestii, należy więc zaplanować konkretny zakres bądź alternatywne zakresy umocowania - również by potencjalny mocodawca uświadamiał sobie, do jakich decyzji chce upoważnić pełnomocnika.

2. Opiniowane projekty pomijają w swej treści także możliwość samodzielnego **określenia przez mocodawcę okoliczności bądź momentu, w którym pełnomocnik zyskuje kompetencję do działania**. Zwykle pacjent potrzebuje ustanowić pełnomocnika do decydowania zastępczego na wypadek całkowitej utraty przez siebie świadomości, ale - jak była już o tym mowa - w grę wchodzi też takie zakłócenie czynności psychicznych, które poważnie utrudnia świadome decydowanie.

Trzeba pamiętać, że projektowane regulacje uwzględniają zwłaszcza potrzeby pacjentów, którzy nie będą mogli aktywnie skorzystać z przysługujących im praw i dlatego przewiduje się dla nich instytucje prawne, które służą przedłużeniu i ochronie tej autonomii w okresie utraty zdolności decyzyjnych. Jednocześnie jednak powinny one chronić autonomię decyzyjną osoby, dopóki jest zachowana. Z drugiej strony - nie powinny ograniczać pacjenta co do przyczyn ustanowienia pełnomocnika. Pełnomocnictwo medyczne ma przy tym zaprojektowany inny mechanizm działania niż zwykle pełnomocnictwo cywilnoprawne, które nadaje kompetencję równoległą wobec mocodawcy: pełnomocnictwo medyczne ustanawiane jest jako kompetencja **zastępcza**: na wypadek, gdy sam mocodawca nie będzie w stanie działać.

Projekt międzyresortowego zespołu interdyscyplinarnego uwzględniał te niuanse i Komisja Kodyfikacyjna Prawa Rodzinnego rekomenduje, żeby w tej części do niego powrócić.

Rekomendacja KKPR co do brzmienia przepisów:

„**Art. 22a. 1.** Osoba pełnoletnia, która nie ma umocowanego pełnomocnika rejestrowego, ani ustanowionego kuratora reprezentującego może wyznaczyć inną osobę pełnoletnią, która nie ma umocowanego pełnomocnika rejestrowego ani ustanowionego kuratora reprezentującego, swoim pełnomocnikiem medycznym do wykonywania w jego imieniu czynności związanych z korzystaniem z opieki zdrowotnej (pełnomocnictwo medyczne).

2. Pełnomocnictwa medyczne udziela się na wypadek okoliczności wskazanych w jego treści. W razie wątpliwości przyjmuje się, że pełnomocnictwo medyczne zostaje udzielone na wypadek trwałej lub przemijającej utraty zdolności faktycznej do świadomego podejmowania decyzji i komunikowania woli, nawet z wykorzystaniem środków wspierających komunikowanie się, o których mowa w art. 3 ust. 5 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się.

3. Pełnomocnictwo medyczne obejmuje swoim zakresem określony rodzaj czynności (pełnomocnictwo rodzajowe), do poszczególnych czynności (pełnomocnictwo szczególne) lub umocowanie w pełnym zakresie decyzji co do sposobu i zakresu sprawowania opieki zdrowotnej (pełnomocnictwo zupełne), w szczególności do wyrażania w imieniu pacjenta zgody albo sprzeciwu na udzielanie świadczeń zdrowotnych lub na inne czynności związane z opieką zdrowotną. Pacjent może wyłączyć z zakresu umocowania wskazane czynności. Umocowanie w pełnym zakresie wymaga specjalnego zastrzeżenia.

4. Umocowanie pełnomocnika medycznego powstaje w okolicznościach określonych w pełnomocnictwie medycznym. **Jeżeli pacjent odzyskał zdolność faktyczną** do podjęcia świadomej decyzji i komunikowania woli, w tym z wykorzystaniem środków wspierających komunikowanie się, o których mowa w art. 3 ust. 5 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się, pełnomocnictwo ulega zawieszeniu na czas trwania tej zdolności.

5. Można ustanowić tylko jednego pełnomocnika medycznego.

6. Udzielając pełnomocnictwa medycznego można wskazać inną osobę jako pełnomocnika medycznego na wypadek, gdyby ustanowiony pełnomocnik nie mógł lub nie chciał być pełnomocnikiem (medyczny pełnomocnik podstawiony).

7. Umocowanie pełnomocnika medycznego wygasa z chwilą:

- 1) odwołania pełnomocnictwa medycznego;
- 2) zrzeczenia się pełnomocnictwa medycznego;
- 3) śmierci mocodawcy;
- 4) śmierci pełnomocnika medycznego;
- 5) ustanowienia dla pełnomocnika medycznego kuratora reprezentującego;
- 6) utraty przez pełnomocnika medycznego zdolności do samodzielnego kierowania swoim postępowaniem skutkującej sporządzeniem protokołu poświadczenia pełnomocnictwa rejestrowanego udzielonego przez tego pełnomocnika;
- 7) upływu terminu oznaczonego w pełnomocnictwie medycznym;
- 8) prawomocnego skazania pełnomocnika medycznego za przestępstwo popełnione na szkodę mocodawcy;
- 9) uprawomocnienia się postanowienia sądu o zwolnieniu pełnomocnika medycznego.

8. W przypadkach, gdy zdarzenia określone w ust. 6 pkt 1-8 nastąpią przed powstaniem umocowania, umocowanie nie powstaje.

9. W przypadku, gdy pełnomocnik medyczny albo pełnomocnik podstawiony nie może podjąć czynności uznaje się, że pacjent nie ma pełnomocnika medycznego. Przepisy ust. 4 i 5 stosuje się do pełnomocnika podstawionego.

10. Pełnomocnikiem medycznym nie może być pracownik podmiotu udzielającego pacjentowi świadczeń zdrowotnych albo osoba, która z tym podmiotem współpracuje.”

3. Kompetencja powracająca i zanikająca falami. W różnych stanach chorobowych faktyczna zdolność decyzyjna może zanikać i powracać falami. Jako przykłady wystarczy podać niewydolność wątroby, cukrzycę czy niedotlenienie. Jeśli jest tak, że zdolność faktyczna powraca, to

pełnomocnictwo działające w trybie ciągłym może okazać się niepraktyczne i nie zaspokajać we właściwy sposób potrzeb mocodawcy. **Odzyskanie przez pacjenta faktycznej zdolności decyzyjnej powinno co do zasady sprawiać, że na ten czas pełnomocnik jest z mocy prawa wyłączony od decydowania** („pełnomocnictwo ulega zawieszeniu” - ust. 4). Zarówno aktywacja pełnomocnictwa, jak i utrata przez nie mocy, powinny działać automatycznie. Tylko taki mechanizm zapewni szybkość i sprawność odpowiednie do dynamiki sytuacji zdrowotnej. Dlatego ust. 4 art. 22a w brzmieniu przyjętym przez międzyresortowy zespół problemowy przy MS i rekomendowany przez KKPR powinien zostać zachowany.

Pacjent - mocodawca może jednak równie dobrze woleć, żeby na wszelki wypadek pełnomocnik przejął sprawy całkowicie. Stąd możliwość różnicowania tych okoliczności w treści pełnomocnictwa. Jeśli pacjent udzielił pełnomocnictwa bez podania, na jaką ewentualność, działa reguła interpretacyjna, że chodzi o okoliczność utraty zdolności decyzyjnej.

4. Trojaki możliwy zakres umocowania wynika stąd, że osobista zgoda pacjenta na leczenie musi obejmować konkretne czynności, jest więc wyspecyfikowana. Tej symetrii nie da się do końca zachować gdy chodzi o pełnomocnictwo medyczne, bo siłą rzeczy jest to upoważnienie na przyszłość, w której rozwój wydarzeń nie jest znany. Niemniej wzorcem powinny być czynności dookreślone w sposób możliwy do osiągnięcia w danych okolicznościach. Pełnomocnictwo ma w perspektywie inną rolę do spełnienia niż bieżąca zgoda pacjenta na poszczególne czynności. Wszystkiego nie da się w nim przewidzieć, więc nic dziwnego, jeśli zakres czynności nie będzie wymieniać konkretnych zabiegów - np. „do udzielania zgody na wszelkie zabiegi medyczne, w tym operacyjne, za wyjątkiem...“. Z tego powodu rekomendowana przez KKPR wersja przepisu przewiduje na pierwszych miejscach umocowania rodzajowe i szczególne - żeby uchylić zasadnicze wątpliwości w tej kwestii. - ale przewiduje też pełnomocnictwo w pełnym zakresie czynności. Zbiorecza i wyprzedzająca zgoda (albo sprzeciw) na nieograniczoną liczbę czynności składających się na bieżącą opiekę nad osobą fizycznie niedołązną i o kompetencji na tyle osłabionej, że niezdolną do decydowania - pełnomocnictwo codziennej opieki - będzie przykładem pełnomocnictwa rodzajowego z elementem pełnomocnictwa ogólnego na potrzeby opieki zdrowotnej. (Trzeba przy tym jednak pamiętać, że prawnocywilne pełnomocnictwo ogólne umocowuje do czynności zwykłego zarządu majątkiem, więc jest to tylko paralela.) Oczywistą funkcją pełnomocnictwa codziennej opieki jest umożliwienie sprawowania bieżącej opieki lekarskiej i pielęgnacyjnej bez angażowania sądu opiekuńczego za każdym razem, gdy trzeba nasmarować odleżyny czy podać kroplówkę nawadniającą. Chodzić będzie o czynności raczej proste i należące do medycznego dnia codziennego. Praktyczna potrzeba takiego pełnomocnictwa jest więc uzasadniona, a alternatywa każdorazowego zezwolenia sądu opiekuńczego - absurdalnie uciążliwa dla wszystkich. Jeśli jakaś czynność nie

została w takim pełnomocnictwie wymieniona nawet rodzajowo - wolno przyjąć, że jest objęta zakresem umocowania, o ile mieści się w kategorii codziennej opieki medycznej nad pacjentem niedołącznym. Przykładowe wzory takich pełnomocnictw będą wymagały osobnego opracowania i upowszechnienia na potrzeby praktyczne.

Jeśli jednak mocodawca – pacjent, z góry i bez wchodzenia w szczegóły życzyłby sobie, by pełnomocnik przejął w jego zastępstwie wszelkie decyzje co do całokształtu opieki zdrowotnej, powinien też mieć taką możliwość, ale wyartykułować ją w sposób wyraźny, bo jest to delegacja o wielkim ciężarze gatunkowym i pacjent musi mieć świadomość, na co się decyduje.

Co prawda za granicą praktykuje się pełnomocnictwa medyczne o szerokim zakresie umocowania, ale przykładów dostarczają systemy prawne, gdzie ta instytucja jest od dawna obecna i ugruntowana, dzięki czemu może już cieszyć się społecznym zaufaniem. W Polsce zaś instytucja ta jest dopiero na etapie tworzenia, stosunek do niej nacechowany nieufnością i wątpliwościami podnoszonymi ze strony osób, które mają je respektować, a zaufanie społeczne potrzebuje czasu, by zostało zbudowane. Dlatego Komisja Kodyfikacyjna Prawa Rodzinnego rekomenduje przyjęcie rozwiązań przejrzystych i łatwych do zrozumienia dla adresatów pierwotnych.

5. Tło społeczne. Odnotowanym zjawiskiem społecznym jest funkcjonowanie pełnomocnictw medycznych w polskim obrocie prawnym. Mają one jednak zróżnicowany charakter i formy, a brakuje danych, do jakiego stopnia są honorowane. Uczestniczący w pracach zespołu międzyresortowego przy MS notariusze referowali, że niejednokrotnie sporządzali pełnomocnictwa w formie aktu notarialnego, przejawiali jednak pewne niezrozumienie co do kwestii zakresu umocowania. Nie budzi to zdziwienia o tyle, że materia prawa medycznego jest specyficzna, zaś problematyka pełnomocnictwa medycznego *de lege lata* - mało rozpoznana. Skoro jednak takie wątpliwości podnoszą wykwalifikowane osoby zaufania publicznego, to tym bardziej trudności mogą doznawać sami mocodawcy i to przemawia za zaprojektowaniem skonkretyzowanych pod tym względem rozwiązań prawnych.

5. Kryteria decyzyjne wiążące dla pełnomocnika

* Projekt z dnia **21 maja 2024 r.** (Interdyscyplinarny Zespół Międzyresortowy przy MS):

Ustawa o prawach pacjenta i o Rzeczniku Praw Pacjenta

Art. 22c. 1. Pełnomocnik medyczny jest obowiązany do działania w najlepiej pojętym interesie pacjenta i przy poszanowaniu jego uprzednich preferencji, wyrażonych w innych oświadczeniach oraz do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji dotyczących stanu zdrowia pacjenta, które powziął w związku z udzielonym pełnomocnictwem medycznym. Tajemnica nie obejmuje informacji potrzebnych do udzielania świadczeń zdrowotnych, przekazywanych osobom wykonującym zawód medyczny. W treści pełnomocnictwa mogą być określone wyjątki od zachowania tajemnicy.

2. Pełnomocnikowi medycznemu przysługuje prawo do uzyskania informacji, o których mowa w art. 9 ust. 2 oraz dostępu do dokumentacji medycznej pacjenta w zakresie niezbędnym do wykonania

pełnomocnictwa medycznego.

3. Informacja o ustanowieniu pełnomocnika medycznego wraz z opisem zakresu jego działania, jest zamieszczana w Internetowym Koncie Pacjenta.

4. Pełnomocnik medyczny może zostać zwolniony przez sąd, jeżeli narusza najlepiej pojęty interes pacjenta albo postępuje w sposób sprzeczny z jego uprzednimi preferencjami, o których mowa w ust. 1, albo gdy ujawni się konflikt interesów pacjenta i pełnomocnika nieznany w chwili udzielenia pełnomocnictwa medycznego.

**** Projekt z 3 października 2024 po uwagach KKPC:**

Ustawa o prawach pacjenta i o Rzeczniku Praw Pacjenta

Art. 22b. 1. Pełnomocnik medyczny jest obowiązany do działania w najlepiej pojętym interesie pacjenta i przy poszanowaniu jego uprzednich preferencji, wyrażonych w innych oświadczeniach oraz do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji dotyczących stanu zdrowia pacjenta, które powziął w związku z udzielonym pełnomocnictwem medycznym. Tajemnica nie obejmuje informacji potrzebnych do udzielania świadczeń zdrowotnych, przekazywanych osobom wykonującym zawód medyczny. W treści pełnomocnictwa mogą być określone wyjątki od zachowania tajemnicy.

2. Pełnomocnikowi medycznemu przysługuje prawo do uzyskania informacji, o których mowa w art. 9 ust. 2 oraz dostępu do dokumentacji medycznej pacjenta.

3. Informacja o ustanowieniu pełnomocnika medycznego wraz z opisem zakresu jego działania jest zamieszczana, przy pierwszej czynności pełnomocnika medycznego, w Internetowym Koncie Pacjenta.

4. Pełnomocnik medyczny może zostać zwolniony przez sąd, jeżeli narusza najlepiej pojęty interes pacjenta albo postępuje w sposób sprzeczny z jego uprzednimi preferencjami, o których mowa w ust. 1, albo gdy ujawni się konflikt interesów pacjenta i pełnomocnika nieznany w chwili udzielenia pełnomocnictwa medycznego.

***** Projekt z dnia 7 listopada 2024 r. ustawy o instrumentach wspieranego podejmowania decyzji:**

BRAK UREGULOWANIA w ustawie o prawach pacjenta i o Rzeczniku Praw Pacjenta

Uwagi KKPR:

KKPR ocenia pozytywnie wprowadzenie kryteriów, jakimi powinien kierować się w swoich decyzjach pełnomocnik, jako że z gruntu niesłuszne byłoby pozostawienie mu pełnej dowolności. Służą one jednocześnie do oceny prawidłowości działań pełnomocnika, w tym do jego odwołania przez sąd w razie stwierdzonych naruszeń. Takie rozwiązanie trafnie wprowadza niezbędną kontrolę sądową nad czynnościami pełnomocnika.

Kryteria decyzyjne pełnomocnika medycznego wymagają zatem określenia normatywnego, z postawieniem na pierwszym miejscu respektowania autonomii decyzyjnej samego pacjenta. Kryterium najlepiej pojętego interesu, powszechnie obecne w prawodawstwie obcym, eksponuje konieczność każdorazowego sporządzania na potrzeby decyzji bilansu interesów zśrowotnych, potencjalnych korzyści z leczenia, możliwych obciążeń i skutków ubocznych - słowem wszystkich czynników, które wymagają wzięcia pod uwagę jako źródło danych. Kryterium najlepiej pojętego interesu, jako zbiór zobiektywizowanych czynników odrywa się ponadto od posądzenia o paternalizm, którym podszyte jest tradycyjnie stosowane przez analogię kryterium „dobra osoby

pozostającej pod opieką”.

Pełnomocnik nie powinien jednak działać wbrew zadeklarowanej woli pacjenta. Wprawdzie taką interpretację granic umocowania wolno uznać za racjonalną i przyjętą przez sądownictwo, jednak w sprawach zdrowotnych mogą pojawić się istotne wątpliwości na tle konkretnej sytuacji klinicznej. Wyjściowo przyjęta w projekcie zasada poszanowania własnych rozeznaczonych decyzji osoby wymagającej wsparcia przemawia za wprowadzeniem reguły kolizyjnej między kryterium najlepiej pojętego interesu a poszanowaniem uprzednich preferencji. **Komisja Kodyfikacyjna Prawa Rodzinnego rekomenduje zatem dodanie zdania końcowego do ustępu 1.**

Rekomendacja KKPR co do brzmienia przepisu:

„Art. 22b 1. W swoich działaniach pełnomocnik medyczny jest obowiązany decydować zgodnie z najlepiej pojętym interesem pacjenta i przy poszanowaniu jego uprzednich preferencji, wyrażonych w innych oświadczeniach oraz do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji dotyczących stanu zdrowia pacjenta, które powziął w związku z udzielonym pełnomocnictwem medycznym. Tajemnica nie obejmuje informacji potrzebnych do udzielania świadczeń zdrowotnych, przekazywanych osobom wykonującym zawód medyczny. W treści pełnomocnictwa mogą być określone wyjątki od zachowania tajemnicy. **Za naruszenie najlepiej pojętego interesu pacjenta nie może być uznane poszanowanie jego woli.”**

6. Forma podstawowa pełnomocnictwa medycznego

* Projekt z dnia 21 maja 2024 r. (Interdyscyplinarny Zespół Międzyresortowy przy MS):

Ustawa o prawach pacjenta i o Rzeczniku Praw Pacjenta

Art. 22b. 1. Pełnomocnictwo medyczne wymaga pod rygorem nieważności formy pisemnej z podpisami notarialnie poświadczonymi (pełnomocnictwo medyczne zwykłe). W dokumencie podaje się dane umożliwiające natychmiastowy kontakt z pełnomocnikiem medycznym.

** Projekt z 3 października 2024 po uwagach KKPC:

Ustawa o prawach pacjenta i o Rzeczniku Praw Pacjenta

Art. 22c. 1. Pełnomocnictwo medyczne wymaga formy pisemnej pod rygorem nieważności. W dokumencie podaje się dane umożliwiające natychmiastowy kontakt z pełnomocnikiem medycznym.

*** Projekt z dnia 7 listopada 2024 r. ustawy o instrumentach wspieranego podejmowania decyzji:

Kodeks cywilny

Art. 109¹⁰ § 5. Oświadczenie mocodawcy powinno być złożone osobiście w formie aktu notarialnego i podlega wpisowi w Rejestrze Pełnomocnictw.

Uwagi KKPR:

Pierwotna wersja projektu przewidywała formę pisemną z podpisami notarialnie poświadczonymi i Komisja Kodyfikacyjna Prawa Rodzinnego rekomenduje jej przywrócenie z następujących powodów.

1. Wyliczone wcześniej koszty pełnomocnictwa w formie aktu notarialnego KKPR uważa za niewspółmiernie wysokie w stosunku do społecznej potrzeby i przeciętnych możliwości finansowych

osób korzystających z opieki zdrowotnej, a zwłaszcza pacjentów zniedołężniałych.

2. Jednakże tylko notariusz ma nałożony przez ustawę obowiązek upewnienia się, czy strona czynności notarialnej jest mentalnie zdolna do jej dokonania. Zaznaczająca się w nauce prawa i wyrokowaniu sądów rozbieżność ocen, czy kontrola zdolności mentalnej powinna obejmować również poświadczenia własnoręczności podpisu (wyrokowanie sądów jest w tym przedmiocie nie zawsze konsekwentne), powinna zostać rozstrzygnięta w sposób pozytywny: notariusz **ma** obowiązek sprawdzić, czy strona jest w pełni świadoma tego, pod czym się podpisuje. Odnosi się to zwłaszcza do pełnomocnictw medycznych ze względu na ich szczególną naturę upoważnienia do decydowania o osobie i jej sprawach zdrowotnych. **Prawnie doniosłe będzie przy tym tylko upewnianie się co do odpowiedniego rozeznania w kwestiach własnego zdrowia.** Przewlekłe chory czy mocno osłabiony człowiek może nie obejmować umysłem spraw majątkowych czy nawet warunków dnia codziennego, a mimo tego jasno zdawać sobie sprawę, kogo i w jakim zakresie chce ustanowić swoim pełnomocnikiem medycznym, ponieważ to on i tylko on odczuwa określone dolegliwości i żyje z nimi na co dzień.

3. Notariusz jest ustawowo zobowiązany do czuwania nad zabezpieczeniem interesów strony, a czynność notarialna obejmuje swoim zakresem również wliczona w koszty poradę prawną, w tym skorzystanie ze wzoru dokumentu, modelowanego następnie na potrzeby strony.

KKPR rekomenduje opracowanie, wzorem ustawodawstw obcych, wzorcowych formularzy pełnomocnictw medycznych, ale nie uważa za właściwe, by w konkretnych przypadkach trzymać się ich ściśle.

4. W dotychczasowej praktyce medycznej jest bardzo trudno uzyskać respektowanie pełnomocnictw medycznych i zwykła forma pisemna okazuje się niewystarczająca. Wiadomo, że pomimo luki w prawie pełnomocnictwa medyczne są coraz bardziej rozpowszechnione i to świadczy na rzecz istotnej potrzeby praktycznej ich wprowadzenia. Jednocześnie jednak nieoficjalne informacje układają się w obraz równie powszechnego wyrzucania ich po cichu do śmieci, o ile nie zostały sporządzone w szczególnej formie - czyli w formie aktu notarialnego albo notarialnie poświadczone. Jak pokazuje rozpowszechnione w środowisku medycznym podejście do takich dokumentów sporządzanych przez świadków Jehowy, nagminnie kwestionowana jest ich wiarygodność. Dopóki więc pełnomocnictwo medyczne nie utrwali się w świadomości społecznej, lepiej ukształtować jego formę jako szczególną, usuwającą te - skądinąd do pewnego stopnia uzasadnione - wątpliwości. Ponadto notarialne poświadczenie podpisu powinno zdaniem KKPR wiązać się z powinnością zgłoszenia pełnomocnictwa medycznego do odpowiedniego systemu informatycznego.

Zaznaczenie rygoru nieważności jest zdaniem KKPR potrzebne dlatego, że reguły

interpretacyjne Kodeksu cywilnego co do skutków prawnych niezachowania określonych form czynności prawnych ograniczone są do norm cywilnoprawnych, a prawo medyczne i jego ustawy nie stanowią działu prawa cywilnego. Sankcja za niedochowanie formy nie jest więc oczywista - jak w KC.

Rekomendacja KKPR co do brzmienia przepisu:

„Art. 22c. 1. Pełnomocnictwo medyczne wymaga pod rygorem nieważności formy pisemnej z notarialnie poświadczonymi podpisami mocodawcy i pełnomocnika (pełnomocnictwo medyczne zwykłe). W dokumencie podaje się dane umożliwiające natychmiastowy kontakt z pełnomocnikiem medycznym. **Złożenie podpisu przez pełnomocnika jest równoznaczne z przyjęciem obowiązków wynikających ze stosunku prawnego będącego podstawą udzielenia pełnomocnictwa.”**

5. Wyjaśnienie, dlaczego KKPR rekomenduje dwa podpisy. W nauce prawa podnoszone są zastrzeżenia, że pełnomocnik nie powinien zostać umocowany wbrew woli ani bez uprzedniego powiadomienia o takim zamiarze. Na zasadach ogólnych relacje między mocodawcą a pełnomocnikiem i kwestie ewentualnych obowiązków pełnomocnika ustala tzw. stosunek wewnętrzny będący podstawą pełnomocnictwa. Sam fakt udzielenia pełnomocnictwa do niczego nie zobowiązuje, a obowiązujące prawo pozostawia kwestię źródła obowiązku do uznania stron. Każdy pełnomocnik może odmówić działania, w tym wypowiedzieć pełnomocnictwo (ściślej: wypowiedzieć stosunek podstawowy, który najczęściej przybiera postać umowy zlecenia). Krytyczne znaczenie pełnomocnictwa medycznego - czyli zakres spraw dotyczący ochrony zdrowia mocodawcy - rodzi potrzebę pewności, że ustanowiony pełnomocnik podejmie się czynności w trybie natychmiastowym. Pomysł, by pod pełnomocnictwem składał podpis również pełnomocnik, został zaczerpnięty z prawodawstwa belgijskiego. Samo złożenie podpisu jednak nie wystarczy, bo pełnomocnictwo nie jest umową, tylko czynnością prawną jednostronną. Potrzebna jest zatem reguła interpretacyjna sformułowana zaproponowana przez KKPR w ostatnim zdaniu tego przepisu.

6. Pozostałe formy pełnomocnictwa medycznego

* Projekt z dnia 21 maja 2024 r. (Interdyscyplinarny Zespół Międzyresortowy przy MS):

Ustawa o prawach pacjenta i o Rzeczniku Praw Pacjenta

Art. 22b. 2. Pełnomocnictwo medyczne może być udzielone również poprzez zgłoszenie do rejestru, o którym mowa w art. 32a ust. 1 (pełnomocnictwo medyczne rejestrowane) albo w związku z pobytem w placówce medycznej, z chwilą przyjęcia lub w trakcie pobytu, oświadczone i wprowadzone do dokumentacji medycznej (pełnomocnictwo medyczne szpitalne) oraz poświadczone przez osobę wykonującą tam zawód medyczny.

** Projekt z 3 października 2024 po uwagach KKPC:

Ustawa o prawach pacjenta i o Rzeczniku Praw Pacjenta

Art. 22c. 2. Pełnomocnictwo medyczne może być udzielone również w związku z pobytem w placówce medycznej, z chwilą przyjęcia lub w trakcie pobytu, ustnie oświadczone i wprowadzone do

dokumentacji medycznej (pełnomocnictwo medyczne szpitalne) oraz poświadczone przez osobę wykonującą tam zawód medyczny.

*** Projekt z dnia 7 listopada 2024 r. ustawy o instrumentach wspieranego podejmowania decyzji:

BRAK UREGULOWANIA

Uwagi KKPR:

Projekt w pierwotnej wersji przewidywał trzy możliwe formy udzielenia pełnomocnictwa medycznego, wzorowane na formach sprzeciwu na pobranie do przeszczepu przewidzianych w Ustawie o pobieraniu i przeszczepianiu tkanek, komórek i narządów (zwanej obiegowo transplantacyjną). Tamten model, aczkolwiek treściowo odległy wobec opiniowanej materii, jest uważany za użyteczne praktycznie rozwiązanie z tego względu, że dające trzy możliwości do wyboru zależnie od potrzeb: 1) z wyprzedzeniem - do Centralnego Rejestru Sprzeciwów i na specjalnym formularzu; 2) poprzez pisemne oświadczenie opatrzone własnoręcznym podpisem; 3) poprzez ustne oświadczenie złożone w obecności co najmniej dwóch świadków, pisemnie przez nich potwierdzone. *Mutatis mutandis* podobne rozwiązanie zostało pierwotnie zaproponowane przez międzyresortowy zespół problemowy przy MS na potrzeby pełnomocnictwa medycznego:

- 1) forma pisemna (ale z podanych wyżej powodów z podpisami poświadczonymi notarialnie);
- 2) rejestrowana - do Centralnego Rejestru Oświadczeń Medycznych, który zostałby w tym celu utworzony;
- 3) ustna na terenie placówki szpitalnej, w obecności osoby wykonującej zawód medyczny. W tym ostatnim przypadku chodzi o wyeliminowanie możliwych nadużyć polegających na tym, że jakaś osoba, przeważnie bliska, uzurpowałaby sobie umocowanie powołując się na (fałszywe) zeznania rzekomych świadków. Z kolei pełnomocnictwo rejestrowane miało zapewnić pewność sytuacji polegającą na wprowadzeniu umocowania do elektronicznego rejestru z dostępem informacyjnym dla upoważnionych pracowników medycznych.

Ten trojaki model pełnomocnictwa został zastąpiony przez KKPC modelem dwojakim: zniknęło pełnomocnictwo rejestrowane, a zamiast tego pojawiło się unormowanie, stosownie do którego „informacja o ustanowieniu pełnomocnika medycznego wraz z opisem zakresu jego działania jest zamieszczana, przy pierwszej czynności pełnomocnika medycznego, w Internetowym Koncie Pacjenta.” **Zdaniem KKPR przepis ten nie spełniłby swojego zadania, ponieważ:**

1. Nie wiadomo, na kim spoczywałby obowiązek zamieszczenia danych w Internetowym Koncie Pacjenta. Można tylko wnioskować, że osobą zobowiązaną jest pełnomocnik. Oznacza to, że dopóki pełnomocnik nie przystąpiłby do czynności, nikt nie mógłby dowiedzieć się o pełnomocnictwie, a sam pełnomocnik nie miałby skąd dowiedzieć się, że jest potrzebny. Tak tworzy się błędne koło braku informacji.
2. Obowiązek ten powstawałby dopiero przy pierwszej czynności pełnomocnika, więc fakt

udzielenia pełnomocnictwa i zakres umocowania nie byłyby możliwe do ustalenia wcześniej. Tymczasem funkcjonalnym rozwiązaniem na potrzeby opieki medycznej jest takie, które pozwoli osobom wykonującym zawód medyczny sprawdzić od razu, czy przywieziony do szpitala pacjent bez kontaktu logicznego ma pełnomocnika i jak się z nim skontaktować. Dokument pełnomocnictwa mógł ulec zniszczeniu razem z rzeczami osobistymi pacjenta, zostać w utopionym wraku pojazdu lub spłonąć w pożarze, a rejestr pozwoli szybko zorientować się w sytuacji. Lekarze nie mogą czekać, aż pełnomocnik pojawi się sam z siebie i wprowadzi do IKP odpowiednie dane. Pytanie przy tym, skąd miałby dowiedzieć się o potrzebie działania, skoro nikt trzeci nie wie, że został ustanowiony pełnomocnikiem.

Zdaniem KKPR obowiązek wprowadzenia danych do rejestru powinien spoczywać na mocodawcy (w jego własnym najlepiej pojętym interesie) lub na notariuszu czyniącym poświadczenie podpisów. **Dopracowania wymaga natomiast kwestia upewnienia się przy formach rejestrowanej oraz szpitalnej, że pełnomocnik nie zawiedzie.** W przypadku formy rejestrowanej możliwe jest zaprojektowanie opcji elektronicznego potwierdzenia przez pełnomocnika przyjęcia obowiązków. W przypadku pełnomocnictwa szpitalnego zyskanie takiej pewności nie jest możliwe, chyba że poprzez bieżące skontaktowanie się ze wskazaną osobą przez pracownika medycznego odbierającego oświadczenie o udzieleniu pełnomocnictwa.

W rezultacie **KKPR rekomenduje powrót do trojkiej formy pełnomocnictwa medycznego oraz do koncepcji utworzenia Centralnego Rejestru Oświadczeń Medycznych.**

Tym bardziej, że w centralnym rejestrze można by zaplanować miejsce również na plan porodu czy innego rodzaju *Advance Care Planning* albo jeszcze inne wytyczne dla pełnomocnika zaplanowane przez pacjenta - mocodawcę.

Rekomendacja KKPR co do brzmienia przepisu:

„**Art. 22c. 2.** Pełnomocnictwo medyczne może być udzielone również poprzez zgłoszenie do rejestru, o którym mowa w art. 32a ust. 1 (pełnomocnictwo medyczne rejestrowane) albo w związku z pobytem w placówce medycznej, z chwilą przyjęcia lub w trakcie pobytu, oświadczone i wprowadzone do dokumentacji medycznej (pełnomocnictwo medyczne szpitalne) oraz poświadczone przez osobę wykonującą tam zawód medyczny.”

W związku z powyższym **KKPR rekomenduje przywrócenie do projektu ustawy przepisów (UPP i innych ustaw) o Centralnym Rejestrze Oświadczeń Medycznych:**

„Rozdział 8a

Centralny Rejestr Oświadczeń Medycznych

Art. 32a. 1. W celu udzielenia, zmiany, odwoływania, rejestrowania, przechowywania i udostępniania pełnomocnictw medycznych tworzy się centralny rejestr oświadczeń medycznych, zwany dalej „centralnym rejestrem”.

2. W rejestrze zamieszcza się następujące dane:

- 1) osoby udzielającej pełnomocnictwo medyczne oraz pełnomocnika medycznego i pełnomocnika substytucyjnego:
 - a) imię (imiona) i nazwisko,
 - b) datę i miejsce urodzenia,
 - c) numer PESEL, a w przypadku osób, którym nie nadano numeru PESEL - rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość,
 - d) adres zamieszkania, numer telefonu, adres e-mail oraz inne informacje o miejscu pobytu - w przypadku pełnomocnika medycznego i pełnomocnika substytucyjnego, jeżeli mogą być potrzebne do natychmiastowego kontaktu z danym pełnomocnikiem;
- 2) datę oraz miejscowość, w której pełnomocnictwo medyczne albo jego odwołanie zostały sporządzone;
- 3) datę wpływu pełnomocnictwa medycznego albo datę wpływu jego odwołania;
- 4) dotyczące rodzaju pełnomocnictwa medycznego i jego zakresu;

3. Osoba udzielająca pełnomocnictwa medycznego, pełnomocnicy medyczni, pełnomocnicy substytucyjni, notariusze, podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych oraz sądy są obowiązane do przekazywania do rejestru danych określonych w ust. 2, a także ich zmian niezwłocznie, nie później niż w terminie 3 od dnia dokonania danej czynności. Informacje te zamieszcza się w rejestrze niezwłocznie.

4. Dostęp do danych przetwarzanych w rejestrze mają podmioty wymienione w art. 26 ust. 3 pkt 1-2b, 3 i 11, w zakresie określonym w tych przepisach oraz:

- 1) pełnomocnicy medyczni i pełnomocnicy substytucyjni, w zakresie niezbędnym do wykonania ich zadań;
- 2) notariusze w zakresie niezbędnym do wykonania ich zadań.

Art. 32b. 1. Dane zawarte w rejestrze są przekazywane do Systemu Informacji Medycznej, o którym mowa w art. 10 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia w celu prezentacji ich w Internetowym Koncie Pacjenta pełnomocnika medycznego, pełnomocnika substytucyjnego oraz osoby udzielającej pełnomocnictwa medycznego.

2. Administratorem danych zawartych w rejestrze jest minister właściwy do spraw zdrowia.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia określi w drodze rozporządzenia sposób prowadzenia rejestru, biorąc pod uwagę możliwość prowadzenia tego rejestru w formie elektronicznej.”.

Art. 6. W ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2023 r. poz. 2465) w art. 7a:

- 1) w ust. 1:
 - a) po pkt 2 dodaje się pkt 2a w brzmieniu:
„2a) dostęp do informacji o pełnomocnictwach medycznych, ich zmianach i odwołaniu, zawartych w centralnym rejestrze oświadczeń medycznych, o którym mowa w art. 32a ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;”,
 - b) po pkt 3 dodaje się pkt 3a w brzmieniu:
„3a) udzielanie pełnomocnictw medycznych, o których mowa odpowiednio w art. 22a ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, a także dokonywanie ich zmian i odwoływanie;”;
- 2) ust. 2 otrzymuje brzmienie:
„2. Udzielanie pełnomocnictw lub składanie oświadczeń, o których mowa w ust. 1 pkt 3a i 5, wymaga identyfikacji wykorzystującej co najmniej dwa czynniki uwierzytelnienia należące do co najmniej dwóch różnych kategorii, o których mowa w rozporządzeniu wykonawczym Komisji (UE) 2015/1502 z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ustanowienia minimalnych specyfikacji technicznych i procedur dotyczących poziomów bezpieczeństwa w zakresie środków identyfikacji elektronicznej na podstawie art. 8 ust. 3 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 910/2014 w

sprawie identyfikacji elektronicznej i usług zaufania w odniesieniu do transakcji elektronicznych na rynku wewnętrznym (Dz. Urz. UE L 235 z 09.09.2015, str. 7, ze zm.).”.”

7. Odwołanie pełnomocnictwa medycznego

* Projekt z dnia **21 maja 2024 r.** (Interdyscyplinarny Zespół Międzyresortowy przy MS):

Ustawa o prawach pacjenta i o Rzeczniku Praw Pacjenta

Art. 22 b. 6. Odwołanie pełnomocnictwa medycznego, wymaga formy dokumentowej pod rygorem nieważności. Odwołanie pełnomocnictwa odnotowuje się w rejestrze, o którym mowa w art. 32a ust. 1, a jeśli pełnomocnictwo zostało udzielone w sposób, o którym mowa w ust. 2, również poprzez dokonanie wpisu do dokumentacji medycznej. Wpisy mają charakter deklaratoryjny.

** Projekt z dnia 3 października 2024 po uwagach KKPC:

Ustawa o prawach pacjenta i o Rzeczniku Praw Pacjenta

Art. 22c. 6. Pełnomocnictwo medyczne może być odwołane w każdym czasie i w każdej formie. Informacja o odwołaniu pełnomocnika medycznego jest zamieszczana w Internetowym Koncie Pacjenta niezwłocznie po uzyskaniu informacji o odwołaniu pełnomocnictwa.

*** Projekt z dnia **7 listopada 2024 r.** ustawy o instrumentach wspieranego podejmowania decyzji:

Kodeks cywilny

Art. 109¹⁷. Odwołanie oraz zrzeczenie się pełnomocnictwa rejestrowanego wymaga formy aktu notarialnego i podlega wpisowi w Rejestrze Pełnomocnictw.

Uwagi KKPR:

KKPR ocenia pozytywnie dowolną formę odwołania pełnomocnictwa medycznego jako sposób najszybszego i funkcjonalnego rozwiązania kwestii. Dowolna forma odwołania jest także zbieżna z przyjętą w prawie medyczną zasadą swobody formy odwołania przez pacjenta zgody na czynność medyczną. Powinna to być droga możliwie szybka i prosta w zakomunikowaniu, z tych samych przyczyn, jakie podaje się dla odwołania osobistej zgody pacjenta. Jakikolwiek przeszkody formalne i urzędowe niepotrzebnie mitrzą cenny w opiece zdrowotnej czas, a zastrzeżenie formy aktu notarialnego przedstawia się w tym świetle jako eskalacja trudności.

Wziąwszy jednak pod uwagę postulaty przywrócenia formy pełnomocnictwa rejestrowanego i Centralnego Rejestru Oświadczeń Medycznych, KKPR konsekwentnie rekomenduje, by informacja o odwołaniu pełnomocnictwa medycznego była obowiązkowo wprowadzana do rejestru, zaś w odniesieniu do pełnomocnitwa szpitalnego - odnotowywana w dokumentacji medycznej.

Rekomendacja KKPR co do brzmienia przepisu::

„**Art. 22c. 6.** Pełnomocnictwo medyczne może być odwołane w każdym czasie i w każdej formie. Informacja o odwołaniu pełnomocnika medycznego jest zamieszczana w Internetowym Koncie Pacjenta i w Centralnym Rejestrze Oświadczeń Medycznych niezwłocznie po uzyskaniu informacji o odwołaniu pełnomocnictwa, a w przypadku odwołania pełnomocnictwa szpitalnego - odnotowywana w dokumentacji medycznej.”

Zmiany wynikowe w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty

Projekt ustawy z dnia 3 października po uwagach KKPC, podobnie jak projekt ustawy z dnia **21 maja 2024 r.**, przewidywał nowelizację niektórych przepisów ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Nowelizacja ta jest konsekwencją wprowadzenia do systemu prawnego pełnomocnictwa medycznego jako odrębnej instytucji prawnej, **w związku z czym Komisja Kodyfikacyjna Prawa Rodzinnego stanowczo postuluje przywrócenie jej w aktualnie opiniowanym projekcie.**

Chodzi o następujące zmiany:

„1) w art. 31:

a) ust. 1 i 2 otrzymują brzmienie:

„1. Lekarz ma obowiązek udzielać pacjentowi, w tym małoletniemu, który ukończył 16 lat, jego ustawowemu przedstawicielowi, pełnomocnikowi medycznemu oraz kuratorowi reprezentującemu ustanowionemu w zakresie spraw lub czynności dotyczących leczenia, 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, pełnomocnika medycznego w granicach umocowania albo kuratora reprezentującego, o ile został ustanowiony w zakresie spraw lub czynności dotyczących leczenia.”,

b) ust. 6 otrzymuje brzmienie:

„6. Jeżeli pacjent nie ukończył 16 lat lub jest nieprzytomny bądź niezdolny do zrozumienia znaczenia informacji, lekarz udziela informacji osobie bliskiej w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2024 r. poz. 581), pełnomocnikowi medycznemu oraz kuratorowi reprezentującemu ustanowionemu w zakresie spraw lub czynności dotyczących leczenia.”;

2) w art. 32:

a) uchyla się ust. 4,

b) w ust. 6 skreśla się wyrazy: „osoba ubezwłasnowolniona albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznaniem”;

3) w art. 33 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Badanie lub udzielenie pacjentowi innego świadczenia zdrowotnego bez jego zgody jest dopuszczalne, jeżeli wymaga on niezwłocznej pomocy lekarskiej, a ze względu na stan zdrowia lub wiek nie może zgody wyrazić i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym, pełnomocnikiem medycznym, kuratorem reprezentującym ustanowionym w zakresie spraw lub czynności dotyczących leczenia, pełnomocnikiem rejestrowanym lub opiekunem faktycznym.”;

4) w art. 34:

a) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Lekarz może wykonać zabieg lub zastosować metodę, o której mowa w ust. 1, wobec pacjenta małoletniego bądź niezdolnego do świadomego wyrażenia pisemnej zgody, po uzyskaniu odpowiednio zgody jego przedstawiciela ustawowego, pełnomocnika medycznego albo kuratora reprezentującego ustanowionego w zakresie spraw lub czynności dotyczących leczenia. W przypadku gdy pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego, pełnomocnika medycznego albo kuratora reprezentującego ustanowionego w zakresie spraw lub czynności dotyczących leczenia lub gdy porozumienie się z nim jest niemożliwe – po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.”,

b) w ust. 6 skreśla się wyrazy: „ubezwłasnowolnionego bądź niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody”;

c) ust. 7 i 8 otrzymują brzmienie:

„7. Lekarz może wykonać czynności, o których mowa w ust. 1, bez zgody przedstawiciela ustawowego pacjenta, pełnomocnika medycznego, kuratora reprezentującego ustanowionego w zakresie spraw lub czynności dotyczących leczenia 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. 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 reprezentującego ustanowionego w zakresie spraw lub czynności dotyczących leczenia albo sąd opiekuńczy oraz dokonuje odpowiedniej adnotacji wraz z uzasadnieniem w dokumentacji medycznej.

8. O okolicznościach, o których mowa w ust. 3–7, lekarz informuje pacjenta oraz jego przedstawiciela ustawowego, pełnomocnika medycznego, kuratora reprezentującego ustanowionego w zakresie spraw lub czynności dotyczących leczenia albo sąd opiekuńczy, a także dokonuje odpowiedniej adnotacji wraz z uzasadnieniem w dokumentacji medycznej.”,

d) po ust. 8 dodaje się ust. 9 w brzmieniu:

„9. W przypadku, gdy pacjent wymaga dalszej opieki medycznej i jest faktycznie niezdolny do podejmowania świadomych decyzji i komunikowania woli, w tym z wykorzystaniem środków wspierających komunikowanie się, o których mowa w art. 3 ust. 5 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz. U. z 2023 r. poz. 20) oraz nie posiada przedstawiciela ustawowego, pełnomocnika medycznego albo kuratora reprezentującego ustanowionego w zakresie spraw lub czynności dotyczących leczenia, lekarz zawiadamia o tym sąd właściwy dla miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych, wnioskując o powołanie kuratora reprezentującego dla takiej osoby.”;

5) w art. 35:

a) w ust. 1 zdanie pierwsze otrzymuje brzmienie:

„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 reprezentującego ustanowionego w zakresie spraw lub czynności dotyczących leczenia albo zezwolenia sądu opiekuńczego, lekarz może, bez uzyskania tej zgody albo zezwolenia, zmienić zakres zabiegu bądź innego świadczenia zdrowotnego w sposób umożliwiający uwzględnienie tych okoliczności.”,

b) w ust. 2 po wyrazach „przedstawiciela ustawowego” dodaje się wyrazy „pełnomocnika medycznego, kuratora reprezentującego ustanowionego w zakresie spraw lub czynności dotyczących leczenia”;

6) 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 reprezentującego ustanowionego w zakresie spraw lub czynności dotyczących leczenia, jeżeli uzna to za uzasadnione w świetle wymagań wiedzy medycznej, powinien zasięgnąć opinii właściwego lekarza specjalisty lub zorganizować konsylium lekarskie.”;

7) w art. 38 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. W przypadku odstąpienia od leczenia, lekarz ma obowiązek dostatecznie wcześniej uprzedzić o tym pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, pełnomocnika medycznego, kuratora reprezentującego ustanowionego w zakresie spraw lub czynności dotyczących leczenia, pełnomocnika rejestrowanego bądź opiekuna faktycznego i wskazać realne możliwości

uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym.”.”

Uwagi końcowe

Zniesienie instytucji ubezwłasnowolnienia i zastąpienie jej modelami wspieranego podejmowania decyzji KKPR uważa za konieczne nie tylko ze względu na wiążące Polskę zobowiązania międzynarodowe, ale zwłaszcza dlatego, że dotychczasowe rozwiązanie jest niehumanitarne. Należy zgodzić się z wielokrotnie podnoszonym argumentem, że ubezwłasnowolnienie całkowite prowadzi do de facto śmierci cywilnej, podczas gdy model ubezwłasnowolnienia częściowego jest niewystarczająco zróżnicowany.

Obszarem normatywnym wymagającym szczególnego potraktowania jest opieka zdrowotna. Z chwilą zniesienia i usunięcia z systemu prawnego instytucji ubezwłasnowolnienia każda dorosła osoba będzie co do zasady samodzielna prawnie. Przedstawiciele ustawowi osób ubezwłasnowolnionych (opiekunowie i kuratorzy) mieli jak dotąd przyznane kompetencje decyzyjne również w sprawach zdrowotnych, w szczególności co do wydawania zgody na leczenie swoich podopiecznych. Po zmianie przepisów pacjent potrzebujący wsparcia w sprawach decyzji zdrowotnych pozostałby bez możliwości pomocy, za wyjątkiem występowania przez personel medyczny każdorazowo do sądu opiekuńczego o wydawanie zwoleń zastępczych na udzielanie świadczeń zdrowotnych, o ile stan niekompetencji u pacjenta miałby charakter całkowity. Ze względów czysto praktycznych sądowe zezwolenia zasępcze nie mogą być udzielane rutynowo w każdej najdrobniejszej sprawie zdrowotnej, bo taki stan prowadziłby do przeciążenia systemu sądownictwa sprawami, które nie powinny wymagać interwencji sądu. Pełnomocnictwo medyczne zostało zaprojektowane jako jedna z instytucji służących wspieraniu autonomii osób o osłabionej kompetencji, a jednocześnie w celu wyręczenia sądów oraz zapewnienia szybkiego decydowania w zastępstwie pacjenta przez konkretną wskazaną przez niego osobę.

Dostosowanie tej sfery decyzyjnej do projektowanych zmian bezwzględnie wymaga wprowadzenia instytucji pełnomocnictwa medycznego **ukształtowanej jako samodzielna, funkcjonalna i łatwa w użyciu**. Powinno to przebiegać równocześnie z utworzeniem pozostałych modeli wspieranego podejmowania decyzji i być traktowane priorytetowo jako nieodzowne rozwiązanie prawne spełniające trojaką funkcję:

1. Zapewnienie poszanowania autonomii decyzyjnej pacjenta na czas trwałego albo przejściowego wyłączenia bądź znacznego osłabienia kompetencji. W ocenie KKPR jest to jedyny realny sposób zagwarantowania tej autonomii, dlatego nie można z niego zrezygnować.
2. Odciążenia sądów opiekuńczych od natłoku wydawania sądowych zwoleń zastępczych na leczenie.
3. Możliwość ustanowienia zaufanej, kompetentnej i zorientowanej w sytuacji oraz preferencjach pacjenta osoby decyzyjnej, co do której osoby wykonujące zawody medyczne będą mieć pewność,

iż jest umocowana do decydowania w zastępstwie pacjenta i od której będzie można odpowiednio szybko uzyskać potrzebne rozstrzygnięcia.

Wynika stąd, że w powołaniu instytucji pełnomocnika medycznego mają interes wszyscy zainteresowani: pacjenci, lekarze i sądy.

Przedstawiony do zaopiniowania projekt dość poważnie różni się od wersji, która została wypracowana wcześniej przez interdyscyplinarny zespół problemowy przy MS, zwłaszcza w części dotyczącej pełnomocnictwa medycznego. Zdaniem KKPR wiele rozwiązań przyjętych przez Zespół było bardziej trafnych, podobnie jak niektóre modyfikacje zawarte w projekcie z 3 października po uwagach KKPC. KKPR rekomenduje, żeby do nich powrócić jako do tych, które w większym stopniu uwzględniają specyficzne uwarunkowania wynikające z istniejących przepisów prawa medycznego oraz z tradycji prawnej skonkretyzowanego zakresu umocowania przez czynność pełnomocnictwa. KKPR jest zdania, że blok przepisów o pełnomocnictwie medycznym uzupełniający Ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta powinien bezwzględnie zostać przywrócony w projekcie Ustawy o instrumentach wspieranego podejmowania decyzji i o zmianie niektórych ustaw. Takie rozmieszczenie jest słuszne, bo w pełni uzasadnione przedmiotem regulacji i powinno zostać utrzymane. **Właściwy kształt przepisów UPP o pełnomocnictwie medycznym ma kluczowe znaczenie dla jego zakresu i skuteczności prawnej.**

Jednocześnie jednak KKPR pozwala sobie zwrócić uwagę, że projektowana regulacja musi być możliwa do uchwalenia w aktualnej konfiguracji społeczno-politycznej. Oznacza to, że na zgłoszonych w projekcie zmianach ustawodawczych należy przynajmniej tymczasem poprzestać i powstrzymać się od dalej idących reform. W toku prac interdyscyplinarnego zespołu problemowego przy MS padały rozmaite skądinąd trafne pomysły rozwiązań, w szczególności w sprawie ustawowego uregulowania dyrektyw wyprzedzających (*advance directives*), niefortunnie okrzykniętych swego czasu „testamentami życia” i z tego powodu niesłusznie kojarzonych wyłącznie z zagadnieniami medycyny końca życia. Zdaniem KKPR na każdym etapie ścieżki legislacyjnej należy podkreślać, że projektowane rozwiązania prawne nie mają nic wspólnego z problematyką prawną medycyny końca życia i spełniają zupełnie inne zadania. Ewentualne próby wprowadzenia do projektu unormowania dyrektyw wyprzedzających mogą zaszkodzić koncepcji pełnomocnictwa medycznego do tego stopnia, że pogrążą cały projekt i doprowadzą do odrzucenia go w całości.

Sporządziła: dr hab. Maria Boratyńska, prof. UW