

Instytucja pełnomocnika medycznego w Polsce – stanowisko Polskiej Grupy Roboczej ds. Problemów Etycznych Końca Życia

dr n. prawn. Małgorzata Szeroczyńska¹, dr hab. n. med. Marek Czarkowski^{2,3}, dr hab. n. med. Małgorzata Krajnik⁴, dr hab. n. med. Romuald Krajewski⁵, dr n. med. Leszek Pawłowski⁶, lek. Anna Adamczyk⁴, dr n. prawn. Agnieszka Barczak-Oplustil⁷, ks. dr hab. Piotr Aszyk, SJ⁸, ks. dr hab. Andrzej Kobylński⁹, prof. dr hab. n. med. Tomasz Pasierski¹⁰, dr n. med. Piotr Sobański¹¹, dr n. med. Iwona Filipczak-Bryniarska¹², lek. Dariusz Kuć¹³, dr n. med. Anna Orońska¹⁴, dr Karolina Smoderek¹⁵, prof. dr hab. n. med. Monika Lichodziejewska-Niemierko⁶, ks. prof. dr hab. Wojciech Bołoz, CSsR¹⁶

¹ Prokurator Prokuratury Rejonowej Warszawa-Śródmieście w Warszawie, Polska

² Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych i Endokrynologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa, Polska

³ Ośrodek Bioetyki Naczelnej Rady Lekarskiej, Warszawa, Polska

⁴ Katedra i Zakład Opieki Paliatywnej, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Bydgoszcz, Polska

⁵ Centrum Onkologii, Instytut Marii Skłodowskiej-Curie, Warszawa, Polska

⁶ Zakład Medycyny Paliatywnej, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk, Polska

⁷ Katedra Prawa Karnego, Zakład Bioetyki i Prawa Medycznego, Wydział Prawa i Administracji, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie, Polska

⁸ Collegium Bobolanum, Papieski Wydział Teologiczny w Warszawie, Warszawa, Polska

⁹ Instytut Filozofii, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, Warszawa, Polska

¹⁰ Zakład Bioetyki i Humanistycznych Podstaw Medycyny, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa, Polska

¹¹ Hildegard Palliative Centre, Bazylea, Szwajcaria

¹² Klinika Leczenia Bólu i Opieki Paliatywnej Katedry Chorób Wewnętrznych i Geriatrii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, Polska

¹³ Białostockie Hospicjum dla Dzieci, Białystok, Polska

¹⁴ Hospicjum Domowe przy Dolnośląskim Centrum Onkologii, Wrocław, Polska

¹⁵ Centrum Ekologii Człowieka i Bioetyki, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, Warszawa, Polska

¹⁶ Instytut Ekologii i Bioetyki, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, Warszawa, Polska

Członkowie Polskiej Grupy Roboczej ds. Problemów Końca Życia uczestniczący w projekcie: Wojciech Bołoz (współprzewodniczący), Małgorzata Krajnik (współprzewodnicząca), Tomasz Grodzicki (współprzewodniczący), Anna Adamczyk, Piotr Aszyk, Agnieszka Barczak-Oplustil, Iwona Filipczak-Bryniarska, Marek Czarkowski, Zbigniew Gaciong, Piotr Janowiak, Ewa Jassem, Romuald Krajewski, Andrzej Kobylński, Dariusz Kuć, Monika Niemierko-Lichodziejewska, Anna Orońska, Leszek Pawłowski, Tomasz Pasierski, Karolina Smoderek, Piotr Sobański, Małgorzata Szeroczyńska, Jerzy Wordliczek.

Uwaga: Prezentowane stanowisko jest rozszerzoną wersją artykułu opublikowanego w języku angielskim jako praca oryginalna w „Polskim Archiwum Medycyny Wewnętrznej” pt.: The institution of health care agent in Polish legislation: position of the Polish Working Group on End-of-Life ethics¹.

Wprowadzenie

Problematyka podejmowania decyzji medycznych dotyczących pacjentów niezdolnych do samodzielnego podejmowania decyzji oraz tych, którzy na własne życzenie rezygnują z uzyskania informacji na temat własnego stanu zdrowia wymaga utworzenia stosownych uregulowań prawnych w tym zakresie. Polska Grupa Robocza ds. Pro-

blemów Etycznych Końca Życia proponuje wprowadzenie do prawa polskiego instytucji pełnomocnika medycznego¹, wskazując zasady powoływania, zadania i zakres jego odpowiedzialności w świetle Rekomendacji nr 11 Rady Europy z 2009 r.²

Pełnomocnik medyczny to wybrana przez pacjenta osoba, która reprezentuje jego wolę, stanowisko oraz interesy w sytuacji, gdy sam pacjent nie może lub nie chce tego uczynić samodzielnie.

Zakres działania pełnomocnika medycznego dotyczy decyzji medycznych podejmowanych w imieniu mocodawcy, a więc takich, do których uprawniony byłby sam pacjent na mocy przysługujących mu praw. Pełnomocnik medyczny powinien podejmować decyzje medyczne, posiadając szczegółową wiedzę na temat pacjenta. Powinien uwzględniać i szanować jego wolę i autonomię, wyznawane wartości oraz jego preferencje. Głównym zadaniem stojącym przed pełnomocnikiem medycznym jest więc odzwierciedlenie rzeczywistego i zarazem subiektywnego stanowiska pacjenta oraz jego późniejsza realizacja. W związku z tym wskazane jest, aby pełnomocnikiem pacjenta ustanawiać osobę, którą pacjent zna i darzy zaufaniem, co ma dawać gwarancję uszanowania jego woli. W podejmowaniu decyzji medycznych pełnomocnik nie powinien się kierować zasadami innymi niż te, które zostały wyrażone przez pacjenta, lub podejmować decyzji na podstawie własnego pojmowania dobra pacjenta. Powinien się on kierować zasadami zgodnymi z wolą swojego mocodawcy nawet w sytuacji, w której sam uznałby inną decyzję za zgodną z najlepszym obiektywnym dobrem pacjenta.

Powyższe postanowienia znajdują odzwierciedlenie w Rekomendacji nr 11 dotyczącej stałych pełnomocnictw i uprzednich oświadczeń na wypadek niezdolności wyrażenia woli przez pacjenta. Rekomendacja nr 11 wskazuje m.in. na potrzebę dopuszczenia w krajowym obrocie prawnym tzw. stałych pełnomocników (ang. *continuing power of attorney*). Mandat pełnomocnika rozpoczynałby się z chwilą utraty przez mocodawcę faktycznych zdolności do podejmowania lub komunikowania decyzji o znaczeniu prawnym, dotyczących zarówno jego osoby, jak i majątku, którym dysponuje, przy czym z Rekomendacji nr 11 wynika wprost, że tego rodzaju pełnomocnictwa mogą dotyczyć również decydowania w sprawach postępowania medycznego wobec mocodawcy.

Rekomendacja nr 11 sugeruje ponadto, aby pełnomocnictwo przyjmowało formę pisemną oraz by zostały w nim wymienione wszystkie obszary działania, w ramach których pełnomocnik zyskuje umocowanie. Jednocześnie na pełnomocniku spoczywałby obowiązek podejmowania czynności wyłącznie dla dobra mocodawcy i zgodnie ze znanymi mu życzeniami, wolą czy przekonaniem

tego ostatniego. Według uznania przez mocodawcę możliwe powinno być powołanie nawet kilku pełnomocników, działających zarówno razem, jak i osobno, np. w różnych dziedzinach życia. Przepisy krajowe powinny umożliwiać odwołanie pełnomocnictwa w każdym czasie, o ile tylko mocodawca będzie faktycznie zdolny do podjęcia tego typu decyzji. Zgodnie z Rekomendacją nr 11 poszczególne państwa powinny podjąć decyzję o wprowadzeniu mechanizmów ochrony mocodawców udzielających pełnomocnictw przed możliwymi nadużyciami ze strony pełnomocników; ustalić metody rozwiązywania ewentualnych konfliktów, które mogą między nimi zaistnieć; przewidzieć formy rejeestracji i notyfikacji pełnomocnictw; ustalić sposób określenia terminu rozpoczęcia obowiązywania pełnomocnictwa i weryfikacji spełnienia warunku jego wejścia w życie, czyli zaistnienia faktycznej niezdolności do czynności prawnych mocodawcy.

Instytucja pełnomocnika medycznego występuje w systemach prawnych wielu krajów, do których należą: Australia, Chiny, Gruzja, Izrael, Japonia, Kanada, Korea Południowa, Republika Południowej Afryki, Stany Zjednoczone Ameryki, a na gruncie europejskim: Austria, Belgia, Francja, Hiszpania, Holandia, Niemcy, Norwegia, Portugalia, Serbia, Szwajcaria, Węgry oraz Wielka Brytania.³⁻¹²

Pełnomocnik medyczny na tle obowiązujących przepisów prawa polskiego

W prawie polskim nie ma aktualnie przepisów przewidujących pełnomocnictwo zgodne z założeniami Rekomendacji nr 11, choć rozwiązana w grudniu 2015 roku Komisja Kodyfikacyjna Prawa Cywilnego prowadziła prace nad jego wprowadzeniem (tzw. pełnomocnictwo opiekuńcze).¹³ Kwestia ta jest jednak o tyle mniej istotna z punktu widzenia prawa polskiego, że autorzy Rekomendacji nr 11 w dużym stopniu bazowali na „prawie precedensowym” (ang. *common law*) czyli na porządku prawnym charakterystycznym dla krajów anglosaskich, zgodnie z którym zwykle pełnomocnictwo wygasa w momencie utraty przez mocodawcę faktycznej zdolności do podejmowania decyzji o znaczeniu prawnym. Taka regulacja

skutkowała koniecznością wprowadzenia wprost przepisów o pełnomocnictwie stałym – trwającym pomimo utraty przez mocodawcę zdolności decyzyjnych, albo zaczynającym się dopiero właśnie w tym momencie (por. przykładowo ustawę angielską *Mental Capacity Act* z 2005 r. z późniejszymi zmianami¹⁴). Przepisy polskiego prawa cywilnego dotyczące pełnomocnictw nigdy takich zastrzeżeń nie zawierały i nie zawierają – żadne pełnomocnictwo nie wygasa z mocy prawa wraz z utratą przez mocodawcę zdolności do podejmowania czynności prawnych ani tym bardziej z chwilą utraty zdolności faktycznej do podejmowania lub komunikowania decyzji (art. 101 §2 Kodeksu cywilnego).¹⁵ Mimo braku specyficznych regulacji prawnych w Polsce dotyczących pełnomocnictwa stałego można więc w praktyce takie pełnomocnictwa sporządzać w oparciu o ogólne przepisy dotyczące pełnomocnictw.

Nie rozwiązuje to jednak wątpliwości dotyczących możliwości przekazania pełnomocnikowi kompetencji o decydowaniu w sprawach związanych ze zdrowiem mocodawcy, a jeśli nawet taką możliwość przyjmemy, to niejasne pozostaje, czy decyzje takiego pełnomocnika będą wiążące dla lekarzy i czy muszą się oni do nich bezwzględnie stosować pod rygorem odpowiedzialności karnej z art. 192 §1 Kodeksu karnego („Kto wykonuje zabieg leczniczy bez zgody pacjenta, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2”).¹⁶ Tak w literaturze prawniczej, jak i wśród samorządu lekarskiego można spotkać dość powszechną opinię, iż brak w Polsce regulacji ustawowych w kwestii pełnomocnika medycznego świadczy o niemożności odwołania się do tego typu instytucji na podstawie ogólnych przepisów o przedstawicielstwie zawartych w Kodeksie cywilnym.¹⁷

Uznanie, że powołanie pełnomocnika medycznego jest niedopuszczalne, prowadzi zgodnie z literalnym brzmieniem ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry do absurdów w funkcjonowaniu praktyki medycznej, a czasem wręcz do braku podmiotu, który mógłby podejmować decyzje o postępowaniu medycznym (także w ramach tzw. zgody zastępczej).

Pełnomocnik medyczny rozwiązałby w dużym stopniu problemy praktyczne z uzyskiwaniem zgo-

dy na postępowanie medyczne w przypadku dwóch grup pacjentów:

- 1) niezdolnych do samodzielnego podjęcia decyzji (np. nieprzytomnych, będących pod wpływem silnych leków, czy też osób ze zmiennymi albo utrwalonymi zaburzeniami funkcji poznawczych), a nieposiadających przedstawiciela ustawowego (czyli osób dorosłych i nieubezwłasnowolnionych). Chodzi tu o bardzo dużą grupę pacjentów (np. na oddziałach intensywnej terapii można mówić niemal o wszystkich). Formalnie przepisy ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry wymagają, by odnośnie do wszystkich tych pacjentów zawsze – poza sytuacjami nagłymi – zwracać się o zezwolenie do sądu i to o zezwolenie na każdą pojedynczą czynność medyczną. Nie wystarcza jednorazowe zezwolenie na ogólnie pojęte leczenie ani też zezwolenie jedynie na czynności najbardziej ryzykowne (np. przetoczenie krwi czy zabieg operacyjny).¹⁸ Jak słusznie wskazuje Beata Janiszewska: „wprawdzie konieczność wielokrotnego inicjowania postępowania sądowego może być uciążliwa nie tylko dla lekarzy, jednak ustawodawca nie wprowadził odrębnych regulacji, pozwalających na kompleksowe, wykonywane w dłuższym okresie czasu czynności medyczne, nieoparte na zgodzie samego pacjenta, a jednocześnie niepoddane kontroli sądu”.¹⁹ W praktyce taka regulacja jest jednak całkowicie niefunkcjonalna i prawdopodobnie dlatego w ogóle nie jest stosowana, o czym świadczą badania wskazujące, iż w rzeczywistości lekarze z reguły proszą o zgodę na leczenie członków rodziny niekompetentnego pacjenta.²⁰ Jeśli lekarze dosłownie trzymaliby się litery prawa, sądy zostałyby nadmiernie obciążone zawiadomieniami o konieczności wykonania kolejnego świadczenia medycznego wobec niekompetentnych pacjentów.
- 2) pacjentów, którzy na własne życzenie nie chcą być informowani o stanie swojego zdrowia. Obecnie mogą oni co prawda wskazać osobę, która w ich imieniu ma być odbiorcą owych informacji, ale nie może być podmiotem decyzyjnym. Mamy więc do czynienia z sytuacją, gdy ktoś inny posiada wiedzę pozwalającą na podjęcie decyzji co do dalszego postępo-

wania medycznego, a ktoś inny – pozbawiony tej wiedzy pacjent – ma ową decyzję podjąć.²¹ W odniesieniu do takich pacjentów nie może podjąć decyzji ani ich przedstawiciel ustawowy (bo go nie mają), ani sąd – bo nie są niezdolni do wyrażenia świadomej zgody z powodów medyczno-biologicznych, ale tylko z powodu braku informacji, której otrzymać nie chcą.

Autorzy, którzy uważają, że powołanie pełnomocnika medycznego jest w obecnym stanie prawnym niedopuszczalne, powołują się na dwa argumenty:

- 1) zgoda na postępowanie medyczne, a tym bardziej sprzeciw wobec jego wdrożenia nie stanowią oświadczenia woli w znaczeniu prawa cywilnego, a jedynie „akt świadomości podobny do oświadczenia woli”.²²⁻²⁴ Natomiast pełnomocnik powołany na podstawie ogólnych przepisów Kodeksu cywilnego może składać za mocodawcę tylko oświadczenia woli w znaczeniu prawa cywilnego, nie może natomiast podejmować za niego decyzji niestanowiących formalnie takich oświadczeń.
- 2) zgodnie z art. 95 §1 Kodeksu cywilnego przez przedstawiciela – w tym pełnomocnika – może zostać dokonana każda czynność prawna, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w ustawie albo wynikających z właściwości czynności prawnej.¹⁵ Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry stanowi właśnie owo ustawowe odstępstwo od możliwości reprezentowania przez pełnomocnika. Ustawa ta wymienia enumeratywnie podmioty uprawnione do podejmowania zgody zastępczej (czyli przedstawiciela ustawowego i sąd opiekuńczy, ale już nie pełnomocnika), co stanowi negatywną przesłankę do przekazania pełnomocnikowi kompetencji w tym zakresie.²⁵

Argument pierwszy można podważyć na podstawie orzeczenia Sądu Najwyższego z dnia 11 kwietnia 2006 r., w którym przyjęto, że zgoda na zabieg medyczny jest przejawem woli podobnym do cywilnoprawnego oświadczenia woli, wobec czego stosuje się do niego odpowiednio przepisy o oświadczeniach woli.²⁶ Jeśli zamiarem Sądu Najwyższego było, aby to podobieństwo uznać za wystarczające do usprawiedliwienia stosowania w tym przypadku przepisów prawa cywilnego

o oświadczeniach woli, to trudno uzasadnić, dlaczego nie mają być w tym wypadku stosowane także odpowiednio przepisy dotyczące powołania i kompetencji pełnomocnika medycznego.

Argument drugi można obalić, analizując dokładnie treść art. 95 §1 Kodeksu cywilnego.¹⁵ Wskazuje on bowiem, że czynności prawnej nie można wykonać przez przedstawiciela, jeśli ustawa wskazuje odmiennie. A zatem ustawa powinna mówić wprost, że danej czynności pełnomocnik wykonać nie może, ale sam brak wymienia w jej treści możliwości podjęcia decyzji przez pełnomocnika należałoby ocenić jako niewystarczający. Taki właśnie zakaz wyrażony wprost spotykamy przy niektórych regulacjach, w których ustawodawca chciał uniemożliwić reprezentację, np. w przypadku sporządzenia testamentu (art. 944 §2 Kodeksu cywilnego).¹⁵ Ponadto, art. 95 §1 Kodeksu cywilnego mówi w ogóle o zakazie reprezentacji przez przedstawiciela, czyli tak przez pełnomocnika, jak i przez przedstawiciela ustawowego.¹⁵ Nie można go więc odnosić do sytuacji, gdy przedstawiciel ustawowy mógłby wykonać czynność, ale nie mógłby tego zrobić pełnomocnik – a taka interpretacja wynika z powyżej przytoczonego argumentu drugiego. Tak więc należy przyjąć zgodnie z literalnym brzmieniem art. 95 §1 Kodeksu cywilnego, że jeśli daną czynność może wykonać przedstawiciel ustawowy, to może ją też wykonać pełnomocnik, bez konieczności wymienienia w ustawie wprost takich jego kompetencji.

Daje się więc obronić teza, że również w obecnym stanie prawnym w Polsce można powoływać pełnomocnika medycznego – oczywiście ze wskazaniem wprost w pełnomocnictwie jego kompetencji do podejmowania decyzji odnośnie do leczenia mocodawcy (pełnomocnictwo rodzajowe). Stanowisko takie zajął ostatnio Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 13 maja 2015 r.²⁷ W orzeczeniu tym, któremu nadał rangę uchwały, Sąd Najwyższy dopuścił bowiem możliwość udzielenia przez przedstawiciela ustawowego małoletniego (w tym wypadku rodzica sprawującego władzę rodzicielską) pełnomocnictwa rodzajowego do wyrażania zgody na leczenie dziecka (i to leczenie obciążone ryzykiem zgodnie z art. 34 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry).²⁸ Sąd Najwyższy nie miał żadnych wątpliwości – i powołał się w tym

względnie na jednolite orzecznictwo oraz na doktrynę – że wyrażenie zgody na leczenie stanowi oświadczenie woli.²⁷ Ponadto przyjął, iż w odniesieniu do wyrażania zgody albo sprzeciwu na leczenie obowiązują ogólne zasady cywilne związane z pełnomocnictwem. W orzeczeniu tym Sąd Najwyższy stwierdził wprost, odnosząc się do art. 34 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry: „Brak wskazania w ustępie trzecim tego przepisu pełnomocnika jako osoby, która może udzielić zgody na zabieg, nie oznacza zakazu udzielenia pełnomocnictwa; jego wprowadzenie musiałoby mieć wyraźną podstawę ustawową (...). Zasadą jest dokonywanie czynności przez przedstawiciela, a więc nie ma potrzeby umieszczania w każdej regulacji dotyczącej czynności prawnej przepisu wprost stanowiącego, że dana czynność może być dokonana przez pełnomocnika. Wyjątek od tej zasady musi mieć albo podstawę ustawową albo musi wynikać z właściwości czynności prawnej – w tym wypadku musiałaby mieć charakter czynności osobistej z punktu widzenia osoby, której dotyczy zgoda. Wyłączenie dotyczyłoby wówczas każdego przedstawiciela, tak ustawowego, jak i pełnomocnika. Skoro jednak zgodę na zabieg może wyrazić przedstawiciel ustawowy, to czynność nie ma charakteru osobistego. 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 poszczególnych czynności, jak i pełnomocnictwa rodzajowego w przypadku leczenia periodycznego, wymagającego powtarzalnych zabiegów lub diagnostyki, z tym że ich charakter musi być ściśle określony”.²⁷

Jeśli Sąd Najwyższy przyjął taką interpretację odnośnie do legalności udzielania pełnomocnictwa do wyrażania zgody na leczenie przez rodzica w ramach jego władzy rodzicielskiej, tym bardziej należy uznać, że dopuszczalne w obecnym stanie prawnym jest udzielanie takiego pełnomocnictwa przez osoby dorosłe, mające pełną zdolność do czynności prawnych, które tym pełnomocnictwem przekazują kompetencję decydowania w zakresie ich leczenia, a nie leczenia dziecka, jak ma to miejsce przy pełnomocnictwie udzielanym przez rodzica. Mimo to, mając na uwadze przytoczone wcześniej rozbieżne interpretacje przepisów, a tak-

że obawę, że w praktyce uznanie działania takiego pełnomocnika przy wyrażaniu przez niego sprzeciwu na leczenie mogłoby nie być respektowane, bo nie wiadomo z pewnością, czy miałoby moc wiążącą, nie ulega wątpliwości, że dla zagwarantowania poszanowania autonomii pacjenta oraz zapewnienia bezpieczeństwa prawnego lekarzom wskazana jest nowelizacja przepisów prawa cywilnego i medycznego w celu wprowadzenia podmiotów decyzyjnych alternatywnych do sądu, w tym właśnie pełnomocnika medycznego.¹⁸

Pełnomocnik medyczny – stanowisko Polskiej Grupy Roboczej ds. Problemów Etycznych Końca Życia¹

Polska Grupa Robocza ds. Problemów Etycznych Końca Życia została powołana w 2008 roku z zamiarem wypracowywania propozycji postępowania w przypadku różnych sytuacji związanych z potrzebą podejmowania decyzji medycznych pod koniec życia chorego.²⁹

Poniżej przedstawiono stanowisko Grupy odnośnie do przyszłych przepisów dotyczących pełnomocnika medycznego.¹

1. Osoby uprawnione do wyznaczania pełnomocnika z urzędu

– osoby posiadające pełną zdolność do czynności prawnych

W obecnym stanie prawnym należałoby ograniczyć uprawnienie do ustanowienia pełnomocnika do osób posiadających pełną zdolność do czynności prawnych (nieubezważnowolnionych). Takie rozwiązanie jest zgodne z powszechnie obowiązującymi zasadami prawa cywilnego. Dopóki osoba nie jest sądowo przynajmniej ograniczona w zdolności do czynności prawnych, może wykonać każdą czynność cywilnoprawną, a więc też ustanowić pełnomocnika. Rozszerzenie tej kompetencji na osoby ubezważnowolnione byłoby sprzeczne również z zasadami wyrażania zgody albo sprzeciwu na postępowanie medyczne, określone w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry, zgodnie z którą osoby ubezważnowolnione nie mają samodzielnych kompetencji do podejmowania takich decyzji (z wyjątkiem zgody na badanie przedmiotowe osoby ubezważnowolnionej częściowo, która dzia-

ła z rozeznanem).²⁸ Nie można więc tym osobom przyznawać kompetencji ustanowienia pełnomocnika, który w ich imieniu podejmowałby decyzje, do których same nie są uprawnione.

Tak więc kompetencja osób pełnoletnich do ustanowienia pełnomocnika medycznego powinna być oceniana z punktu widzenia formalnego – to znaczy posiadania albo nieposiadania pełnej zdolności do czynności prawnych. Kompetencja ta dla zasady nie powinna być ograniczona ze względu na kompetencje faktyczne osoby takiego pełnomocnika ustanawiającej. Jeśli jednak w danym momencie byłaby ona w stanie wyłączającym faktyczną zdolność do podjęcia i wyrażenia swobodnego oraz świadomego oświadczenia woli, to jej oświadczenie woli byłoby nieważne na zasadach ogólnych dotyczących składania oświadczeń woli, ale musiałby to stwierdzić sąd na podstawie art. 82 Kodeksu cywilnego.¹⁵

Pełnomocnik ustanowiony przed ubezwłasnowolnieniem mocodawcy nie powinien tracić swoich kompetencji w wyniku ubezwłasnowolnienia mocodawcy – po prostu decyzje medyczne powinny pozostać poza kompetencjami przedstawiciela ustawowego ustanowionego dla ubezwłasnowolnionego.

Rozwiązana w grudniu 2015 roku Komisja Kodyfikacyjna Prawa Cywilnego przygotowywała projekt zmiany Kodeksu cywilnego i Kodeksu postępowania cywilnego zakładający likwidację ubezwłasnowolnienia, co byłoby zgodne z Konwencją ONZ o Prawach Osób Niepełnosprawnych.³⁰ Według tego projektu osoby wymagające wsparcia w podejmowaniu decyzji o znaczeniu prawnym mogłyby mieć ustanowionego opiekuna z kompetencjami i obowiązkami wskazanymi precyzyjnie przez sąd. Sąd nie mógłby powierzyć opiekunowi uprawnienia do podejmowania decyzji za podopiecznego we wszystkich dziedzinach życia i bez ograniczenia czasowego.¹³ Należy przyjąć, iż w przypadku wejścia w życie takich przepisów kompetencja do ustanowienia pełnomocnika medycznego osób, dla których ustanowiono by opiekuna, musiałaby być oceniana na podstawie orzeczenia sądu. Jeśli sąd nie udzieliłby opiekunowi żadnych kompetencji w zakresie decyzji medycznych (niezależnie od sposobu udzielanego podopiecznemu wsparcia), to podopieczny miałby

uprawnienie do ustalenia pełnomocnika medycznego; we wszystkich innych przypadkach takiego uprawnienia byłby pozbawiony.

– **małoletni od 16. roku życia**

Pełnomocnik ustanowiony przez małoletniego uzyskiwałby swoje kompetencje po spełnieniu łącznie dwóch warunków:

- 1) uzyskaniu przez mocodawcę pełnoletniości,
- 2) utraty zdolności faktycznej do podejmowania przez niego decyzji o leczeniu.

Małoletni w wieku od 16 do 18 lat mają ograniczoną zdolność do czynności prawnych, jednak z powodów wskazanych poniżej należałoby im przyznać uprawnienie do ustanowienia pełnomocnika. Rozwiązanie to pozwala przewidywać sytuację na przyszłość wobec chorującego na postępującą chorobę dziecka zbliżającego się do pełnoletniości, jeśli istnieje ryzyko, że z powodów chorobowych w momencie uzyskania pełnoletniości nie będzie już w stanie ustanowić pełnomocnika. Uniknie się w ten sposób konieczności wyznaczenia opiekuna przez sąd. Takim pełnomocnikiem będzie mógł być rodzic, ale także osoba postronna. Zapewnia to poszanowanie autonomii pacjentów w wieku tuż przed pełnoletnością. Uzyskanie przez pełnomocnika kompetencji do działania po ukończeniu 18 lat przez mocodawcę zapobiegnie konfliktom z jego przedstawicielami ustawowymi, gdyż ich przedstawicielstwo z mocy prawa wygasa w 18. urodziny dziecka. W przypadku utraty przez dziecko zdolności faktycznej do współdecydowania o leczeniu, do czasu ukończenia przez nie 18. roku życia wszystkie decyzje podejmują jego przedstawiciele ustawowi, a po ukończeniu 18. roku życia automatycznie uprawnienia przedstawicieli ustawowych przechodzą na pełnomocnika. Uprawnienia tego oczywiście pozbawieni powinni być wszyscy małoletni ubezwłasnowolnieni.

2. Osoba pełnomocnika

– **dowolnie wskazana przez pacjenta osoba dorosła, nieubezwłasnowolniona**

Można zakładać, że pacjent wybierze osobę o podobnych poglądach (czy nawet zaburzeniach) i w niektórych sytuacjach podejmowanie decyzji co do jego leczenia zgodnie z tymi poglądami w ocenie innych osób (na przykład członków rodziny czy personelu medycznego) nie będzie służyło jego dobru. Jednakże ochrona autonomii pacjenta, któ-

remu wolno samodzielnie podejmować nawet błędne i szkodliwe (w opinii innych) decyzje dotyczące własnego zdrowia i życia, wymaga, by umożliwić mu dokonanie wyboru takiego pełnomocnika, który będzie podejmował decyzje zgodne z przekonaniami i stanowiskiem osoby, która tego pełnomocnika świadomie wybrała. Pełnomocnikiem nie powinna być jednak osoba ubezwłasnowolniona (a w przyszłości, kiedy wprowadzone zostaną przepisy likwidujące ubezwłasnowolnienie – osoba, dla której ustanowiono opiekuna z zakresem decyzyjnym w sprawach postępowania medycznego wobec podopiecznego), gdyż jeśli nie może ona podejmować prawnie wiążących decyzji odnośnie do postępowania medycznego wobec własnej osoby, tym bardziej nie powinna mieć takich uprawnień wobec innej osoby.

3. Liczba pełnomocników

– jeden, z możliwością powołania pełnomocników substytucyjnych (podstawionych)

Tylko w przypadku, w którym występuje jeden pełnomocnik medyczny uprawniony do podejmowania decyzji, nie istnieje ryzyko wystąpienia sporów o to, jaką decyzję dotyczącą postępowania medycznego powinien podjąć (pełnomocnik może rozważać różne opcje, ale podejmując decyzję, musi wybrać tylko jedną). Problem pojawia się wówczas, gdy osoba pełniąca funkcję pełnomocnika jest niedostępna, pozbawiona zdolności podejmowania świadomych i swobodnych decyzji, zrezygnowała z pełnienia swoich funkcji albo nie żyje – wtedy pozostaje tylko droga sądowa o ustanowienie przedstawiciela ustawowego (a w przyszłości – kuratora medycznego). Problem ten rozwiązuje możliwość wskazania pełnomocników substytucyjnych. Pełnomocnik substytucyjny uzyskuje swoje kompetencje w sytuacji, w której pełnomocnik główny nie funkcjonuje z wyżej wymienionych względów (nie może albo nie chce). Tworzony może być łańcuszek pełnomocników substytucyjnych, uzyskujących swoje uprawnienia po kolei. Nabycie kompetencji decyzyjnych przez pełnomocnika substytucyjnego powinno być zależne od okoliczności faktycznych. Lekarz w przypadku trwałej niemożności skontaktowania się z pełnomocnikiem głównym powinien starać się skontaktować z kolejną osobą z listy, a w przypadku próby nieudanej – z następną.

4. Zgoda na pełnienie funkcji pełnomocnika

– przyjęcie pełnomocnictwa wymaga zgody pełnomocnika udzielonej w formie pisemnej albo ustnej z dwoma świadkami

Waga decyzji, jakie pełnomocnik będzie podejmował w imieniu mocodawcy, oraz znaczenie, jakie te decyzje będą miały w życiu mocodawcy, wskazują, że zgoda pełnomocnika na objęcie tej funkcji musi być świadoma i swobodna. Stąd ważność pełnomocnictwa powinna być uzależniona od zgody pełnomocnika. Zgoda ta nie musi być wyrażona w momencie sporządzania pełnomocnictwa, ale powinna być do niego dołączona przy okazywaniu go po raz pierwszy lekarzowi i przez tego ostatniego zarejestrowana.

Wskazane jest, by mocodawca, mając zamiar sporządzenia pełnomocnictwa medycznego, poinformował o tym potencjalnego pełnomocnika i uzyskał jego wstępną akceptację. Zmniejsza to ryzyko ustanowienia pełnomocnikiem medycznym osoby, która później nie wyrazi zgody na pełnienie tej funkcji. Jest to szczególnie ważne w sytuacji, gdy czas na wyznaczenie pełnomocnika jest ograniczony z powodu szybko pogarszającego się stanu zdrowia mocodawcy.

Zgoda powinna być albo wyrażona pisemnie, przy czym dopuszczalna jest forma komputerowa, z podpisem odręcznym lub elektronicznie poświadczonym, albo wyrażona ustnie w obecności dwóch świadków, jeśli pełnomocnik w momencie jej wyrażania nie może pisać lub czytać. Jeden ze świadków natychmiast po wyrażeniu zgody powinien sporządzić jej potwierdzenie na piśmie, które muszą podpisać obydwaj świadkowie. Zgoda powinna być datowana. Świadkiem nie może być lekarz, pielęgniarka ani inna osoba aktualnie sprawująca opiekę medyczną nad mocodawcą, ani sam mocodawca. Świadcami nie mogą być również osoby niemogące pisać lub czytać ani osoby z niepełnosprawnościami psychiczną lub intelektualną, które nie będą rozumieć znaczenia czynności prawnej.

Pełnomocnicy substytucyjni powinni wyrażać zgodę na bycie pełnomocnikiem na tych samych zasadach co pełnomocnik główny. Ich dane powinny być rejestrowane ze wskazaniem wynikającej z pełnomocnictwa kolejności nabywania uprawnień.

5. Forma ustanowienia pełnomocnika

- **forma pisemna z dwoma świadkami lub forma ustna z dwoma świadkami**

Zalecaną formą ustanowienia pełnomocnika medycznego jest forma pisemna z dwoma świadkami. Forma ustna z dwoma świadkami dostępna jest dla mocodawców nieczytających lub niepiszących, niezależnie od przyczyny tego stanu.

Pełnomocnictwo pisemne powinno być spisane przez mocodawcę i podpisane przez mocodawcę i obydwu świadków. Pełnomocnictwo ustne powinno być od razu spisane przez jednego ze świadków i podpisane przez świadków oraz mocodawcę, jeśli jest w stanie to uczynić. Dopuszczalna jest forma komputerowa pisma, także w alfabecie Braille'a, pod warunkiem podpisów odręcznych albo elektronicznie poświadczonych. Pełnomocnictwo musi być datowane. Mocodawca i każda osoba będąca pełnomocnikiem powinni posiadać oryginalny egzemplarz pełnomocnictwa oraz zgody pełnomocnika na pełnienie tej funkcji.

Obecność świadków pozwala na weryfikację stanu pacjenta w momencie złożenia oświadczenia. Świadkiem nie może być lekarz, pielęgniarka ani inna osoba aktualnie sprawująca opiekę medyczną nad mocodawcą, ani sam pełnomocnik. Świadcami nie mogą być również osoby niemogące pisać lub czytać ani osoby z niepełnosprawnościami psychiczną lub intelektualną, które nie będą umiały zrozumieć znaczenia czynności prawnej.

Pełnomocnictwo jest ważne bez rejestracji natychmiast po podpisaniu.

6. Rejestracja pełnomocnictwa

- **wskazana, nieistotna dla ważności**

Warunkiem obowiązywania pełnomocnictwa w konkretnej sytuacji medycznej jest zapoznanie z nim lekarza. Kopie pełnomocnictwa i zgody pełnomocnika na pełnienie funkcji powinny być dołączone do historii choroby pacjenta. Lekarz, któremu jako pierwszemu pełnomocnictwo zostało okazane i który dołączył jego kopię do historii choroby pacjenta, powinien je zarejestrować w elektronicznej historii choroby pacjenta, jeżeli taka jest prowadzona. System elektronicznej historii choroby pacjenta powinien zapewniać możliwość samodzielnej rejestracji pełnomocnictwa przez mocodawcę lub pełnomocnika, pod warunkiem umieszczenia w tej dokumentacji kopii elektro-

nicznych pełnomocnictwa i zgody pełnomocnika na pełnienie tej funkcji.

7. Rozpoczęcie obowiązywania pełnomocnictwa

- **w momencie utraty kompetencji decyzyjnych pacjenta**

Rozwiązuje problem pierwszej grupy pacjentów, o której mowa we wprowadzeniu. Pełnomocnik powinien być uprawniony do reprezentowania mocodawcy, także przy jego chwilowych zaburzeniach samodzielnego podejmowania świadomych i swobodnych decyzji. Idea pełnomocnictwa medycznego mówi o stanach trwałych, jednak dla sprawności funkcjonowania praktyki medycznej wskazane jest dopuszczenie reprezentowania przez pełnomocnika we wszystkich sytuacjach (także przejściowych), gdy pacjent takiej decyzji podjąć nie może. Decyzję o tym, czy zaistniały przesłanki do reprezentowania pacjenta przez pełnomocnika, powinien podejmować lekarz opiekujący się pacjentem na podstawie oceny tzw. stanu rozeznania, kierując się – jak obecnie przy uzyskiwaniu zgody na postępowanie medyczne – obiektywnymi przesłankami medycznymi i psychologicznymi, co powinno być odnotowane w dokumentacji medycznej.

- **z momentem wyrażenia przez pacjenta woli nieinformowania go o własnym stanie zdrowia i wskazania pełnomocnika jako osoby decyzyjnej**

Rozwiązuje problem drugiej grupy pacjentów, o której mowa we wprowadzeniu. W pełni szanuje autonomię pacjenta, który nie chce być informowany o stanie swojego zdrowia i w związku z tym nie może być decydem w sprawach swojego życia i zdrowia, gdyż decyzje dotyczące działań medycznych mogą być wyrażone przez pacjenta jedynie pod warunkiem uprzedniego, wyczerpującego poinformowania i zrozumienia tych informacji (tzw. świadoma zgoda). Pełnomocnik zaczyna działać w momencie, gdy pacjent oświadczy lekarzowi, że sobie tego życzy i przestaje działać, gdy działający z rozeznaniem pacjent wyraża wolę podjęcia świadomej decyzji.

- **8. Uprawnienia i obowiązki pełnomocnika – pełnomocnik w pełni wiążąco podejmuje decyzje, które zastępują zdanie pacjenta**

Zakres uprawnień pełnomocnika nie jest większy niż zakres uprawnień pacjenta. Lekarz jest

związany sprzeciwem pełnomocnika wobec proponowanego postępowania medycznego, ale nie ma obowiązku wdrażania żądanego przez pełnomocnika postępowania medycznego, z którym się nie zgadza (które jest sprzeczne z regułami sztuki lekarskiej albo którego nie chce wykonać, powołując się na klauzulę sumienia).

Decyzja o zgodzie na postępowanie medyczne albo o sprzeciwie wobec wdrożenia albo kontynuowania takiego postępowania, wyrażona w imieniu pacjenta przez jego pełnomocnika, w pełni zastępuje wolę pacjenta. W przypadku wyrażenia przez pełnomocnika sprzeciwu nie ma możliwości odwołania się do sądu o zezwolenie zastępcze (co nie wyłącza możliwości kontroli sądu nad poprawnością sprawowania swojej funkcji przez pełnomocnika, patrz poniżej pkt 12). Takie rozwiązanie w pełni szanuje autonomię pacjenta.

– **pełnomocnik jest tylko decydem w sprawach związanych z postępowaniem medycznym, nie pełni funkcji opiekuńczych wobec pacjenta**

Jest to konstrukcja prawna zgodna z ideą pełnomocnictwa. Pełnomocnik odpowiada przed mocodawcą jedynie wówczas, jeśli źle go reprezentuje (sprzecznie z jego wolą), przez co mocodawca odniesie szkodę. Nie pełni wobec pacjenta funkcji opiekuńczej, nie staje się gwarantem jego zdrowia i życia, nie może więc być pociągnięty do odpowiedzialności karnej, jeśli się z tej funkcji nie wywiąże, w szczególności nie ponosi odpowiedzialności, jeśli podejmie decyzję o sprzeciwie wobec wprowadzenia leczenia ratującego/podtrzymującego życie pacjenta (aby uniknąć terapii uporzeczywych), chyba że z okoliczności sprawy będzie wynikało, iż zrobił to sprzecznie z wolą mocodawcy.

9. Pełnomocnictwo a uprzednie oświadczenia woli (tzw. oświadczenie *pro futuro*, *advance directive*, testament życia)

– **pełnomocnik nie może decydować w kwestiach uregulowanych przez pacjenta w uprzednich oświadczeniach woli**

Wyraźnie stawia się nad wolą pełnomocnika pisemne uprzednie oświadczenia pacjenta, co świadczy o poszanowaniu autonomii tego ostatniego. Obecnie przepisy prawa polskiego nie przewidują wprost uprzednich oświadczeń woli dotyczących postępowania medycznego. W świetle orzecznic-

stwa Sądu Najwyższego nie ma jednak przeciwwskazań do uznania takich oświadczeń za ważne wyrażenie zgody albo sprzeciwu na postępowanie medyczne, choć wskazane byłoby wprowadzenie jednoznacznych regulacji prawnych.^{18,31} Wszystkie wcześniejsze oświadczenia woli pacjenta wiążą pełnomocnika.

10. Czas trwania pełnomocnictwa

– **zgodny z wolą pacjenta zawartą w treści pełnomocnictwa**

Dopuszczalne powinny być zarówno pełnomocnictwa nieograniczone czasowo, jako wygodne dla pacjentów, którzy nie będą musieli pilnować, czy ich pełnomocnictwo nie wygasło, jak też pełnomocnictwa na czas określony. Powinno to wynikać z woli pacjenta udzielającego pełnomocnictwa. Pełnomocnictwo udzielone na czas określony wygasłoby po upływie tego czasu. Pełnomocnik, którego uprawnienie wygasło po utracie przez mocodawcę możliwości przedłużenia pełnomocnictwa, powinien mieć uprawnienie do wystąpienia do sądu o ustanowienie go kuratorem medycznym dla byłego mocodawcy (czyli osobą o takich samych kompetencjach co pełnomocnik medyczny, ale wybraną nie przez samego mocodawcę, ale przez sąd).¹⁸

11. Sposób i notyfikacja odwołania pełnomocnictwa

– **w dowolny sposób**

Pełnomocnictwo może być odwołane w każdym czasie przez mocodawcę, a pełnomocnik może w każdym czasie zrezygnować z pełnienia tej funkcji. Ważne jest jednak, by osoby trzecie – w tym lekarze – mogli się o tym skutecznie dowiedzieć. Forma odwołania powinna być dowolna a prawo do odwołania powinien mieć mocodawca i pełnomocnik. Jeśli pełnomocnictwo zostało zarejestrowane w dokumentacji medycznej, odwołujący powinien podjąć działania w celu umieszczenia w dokumentacji informacji o odwołaniu. W przypadku braku takiej informacji należy domniemywać – przy braku innych dowodów – że pełnomocnictwo obowiązuje.

12. Kontrola nad pełnomocnikiem – okoliczności oraz tryb jego odwoływania

– **przy braku działania pełnomocnika albo w sytuacjach, gdy jego działanie wydaje się sprzeczne z interesem mocodawcy, lekarz opiekujący się mocodawcą może**

zawiadomić sąd, który może pełnomocnika odwołać. W przypadku ewidentnej sprzeczności z interesem mocodawcy lekarz ma obowiązek zawiadomienia sądu.

Rekomendacja nr 11 wymaga wprowadzenia regulacji pozwalających na sprawowanie nadzoru nad wykonywaniem przez pełnomocnika jego obowiązków.³² W przypadku pełnomocnika, z którym nie ma kontaktu albo który nie podejmuje decyzji dotyczących postępowania medycznego wobec mocodawcy, albo gdy w ocenie lekarza działanie pełnomocnika jest sprzeczne z wolą lub dobrem mocodawcy – lekarz zawiadamia sąd. Na podstawie takiego zawiadomienia sąd z urzędu powinien być zobowiązany do wszczęcia postępowania celem całościowej oceny działań pełnomocnika i powinien mieć możliwość odwołania go i ustanowienia w jego miejsce kuratora medycznego, jeśli ocena działań pełnomocnika będzie negatywna. Jednocześnie sąd powinien być zobowiązany od razu po wpłygnięciu zawiadomienia, do wyznaczenia dla danego pacjenta kuratora medycznego. Kurator jest wyznaczony na czas trwania postępowania, aby nie doszło do sytuacji, w której żadna osoba nie podejmuje decyzji w imieniu danego pacjenta albo, że pełnomocnik dalej działa mimo naruszenia interesów pacjenta.

Zakończenie

Podstawowym uzasadnieniem działań podjętych przez Polską Grupę Roboczą ds. Problemów Etycznych Końca Życia zmierzających do stworzenia w polskim prawie instytucji pełnomocnika medycznego była chęć zabezpieczenia interesów i praw osób niezdolnych do podejmowania z rozważaniem decyzji dotyczących swojego zdrowia. Potrzeba podejmowania decyzji dotyczących zdrowia w takich okolicznościach jest oczywista, i dlatego zawsze jakaś osoba lub instytucja musi w imieniu niezdolnego do decydowania pacjenta takie działania realizować. Zaproponowane rozwiązanie szanuje prawo każdego człowieka do decydowania o własnym losie, a szacunek ten wyraża się

w przyznaniu każdemu prawa do tego, aby on sam, a nie ktoś inny, wyznaczył osobę, która będzie reprezentowała jego interesy i stanowisko, w sytuacji gdy nie będzie w stanie podejmować z rozważaniem decyzji w sprawach dotyczących swojego zdrowia. Autorzy stoją na stanowisku, że pacjent będzie zawsze lepiej niż jakakolwiek inna osoba lub instytucja wiedział, kto najlepiej się nadaje do reprezentowania jego interesów w sprawach dotyczących opieki zdrowotnej. Zaproponowane rozwiązanie nie zmusza także nikogo do ustanowienia pełnomocnika medycznego. Umożliwienie wyboru pełnomocnika zwiększy szansę podejmowania decyzji w jak najlepiej rozumianym interesie chorego. Autorzy chcą również podkreślić, że proponowane przez nich rozwiązanie ma służyć życiu, wzmocnieniu jego wartości i szacunku dla każdego człowieka, także tego, który nie może upominać się sam o swoje prawa.

PIŚMIENNICTWO

1. Szeroczyńska M., Czarkowski M., Krajnik M. i wsp.: The institution of health care agent in Polish legislation: position of the Polish Working Group on End-of-Life ethics. *Pol. Arch. Intern. Med.*, 2016; doi: 10.20452/pamw.3405 (publ. elektron. przed drukiem)
2. Council of Europe. Principles concerning continuing powers of attorney and advance directives for incapacity. Recommendation CM/Rec (2009)11 of the Committee of Ministers of the Council of Europe on 09 December 2009 and explanatory memorandum. Council of Europe Publishing, 2011: 6–59
3. Szeroczyńska M.: Eutanazja i wspomaganie samobójstwa na świecie. *Universitas*, Kraków, 2004: 299
4. Simon A.: Historical review of advance directives. W: P. Lack, N. Biller-Andorno, S. Brauer, red.: *Advance directives*. Springer Science+Business Media, Dordrecht, 2015: 3–16
5. Ni P., Zhou J., Wang Z.X. i wsp.: Advance directive and end-of-life care preferences among nursing home residents in Wuhan, China: a cross-sectional study. *J. Am. Med. Dir. Assoc.*, 2014; 15: 751–756
6. Shaulov A., Frankel M., Rubinow A. i wsp.: Preparedness for end of life—a survey of Jerusalem district nursing homes. *J. Am. Geriatr. Soc.*, 2015; 63: 2114–2119
7. Makino J., Fujitani S., Twhig B. i wsp.: End-of-life considerations in the ICU in Japan: ethical and legal perspectives. *J. Intens. Care*, 2014; 2: 9
8. Kong B.H., An H.J., Kim H.S. i wsp.: Experience of advance directives in a hospice center. *J. Kor. Med. Sci.*, 2015; 30: 151–154
9. McQuoid-Mason D.: Advance directives and the National Health Act. *S. Afr. Med. J.*, 2006; 96: 1236–1237
10. Horn R.J.: Advance directives in English and French law: different concepts, different values, different societies. *Health Care Anal.*, 2014; 22: 59–72
11. Wiesing U., Jox R.J., Hessler H.J. i wsp.: A new law on advance directives in Germany. *J. Med. Ethics*, 2010; 36: 779–783
12. Pereira A.D.: Living will and health care proxy – the Portuguese legal situation. *Med. Law*, 2013; 32: 497–502
13. Szeroczyńska M.: *Mozolna droga ku likwidacji ubezwłasnowolnienia*. W: D. Pudzińska (red.): *Prawa osób z niepełnosprawnością intelektualną lub psychiczną w świetle międzynarodowych instrumentów ochrony praw człowieka*. Warszawa, Lex, 2014: 164–189
14. Mental Capacity Act 2005, <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2005/9>
15. Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny, z późniejszymi zmianami. *Dz.U.* 1964 nr 16 poz. 93
16. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny. *Dz.U.* 1997 nr 88 poz. 553
17. Citowicz R.: Spory wokół „testamentu życia”. *Państw. Prawo*, 2007; 1: 32–44
18. Szeroczyńska M.: *Dopuszczalność uprzednich oświadczeń pacjenta i pełnomocnictwa medycznego de lege lata i de lege ferenda*. W: A. Kübler, I. Chęciński, red.: *Dylematy medyczne i prawne. Intensywna terapia bezpieczna dla lekarza i pacjenta*. Wrocław, Wrocławskie Wydawnictwo Naukowe Atla 2, 2013: 77–98

Oświadczenie dotyczące finansowania: Badanie było częściowo finansowane z grantu Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie. Nie zgłoszono konfliktu interesów.

19. Janiszewska B.: Praktyczne problemy oświadczeń pro futuro (uwagi po rozstrzygnięciu sprawy). *Prawo Med.*, 2009; 4: 46–60
20. Grzejszczak R., Szeroczyńska M.: Praktyka wyrażania zgody zastępczej za pacjentów faktycznie niekompetentnych: raport z badań. *Człow.-Niepełnospraw.-Społecz.*, 2012; 4: 87–108
21. Szeroczyńska M.: Prawo do godnego umierania w ustawodawstwie polskim. W: M. Górecki, red.: *Prawa umierania i tajemnica śmierci*. Warszawa, Żak, 2010: 127–164
22. Duda J.: Karnoprawne aspekty zastępczej zgody na zabieg leczniczy. *Prawo Med.*, 2009; 12; <http://www.prawoimedycyna.pl/?str=artykul&id=191>
23. Janiszewska B.: Uwagi o charakterze prawnym odmowy zgody na interwencję medyczną. *Prawo Med.*, 2007; 4: 25
24. Safjan M.: *Prawo i medycyna: ochrona praw jednostki a dylematy współczesnej medycyny*. Warszawa, Oficyna Naukowa, 1998: 67–68
25. Citowicz R.: Spory wokół testamentu życia. *Prok. Pr.*, 2007; 1: 32–44
26. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 11 kwietnia 2006 r., I CSK 191/05. OSNIC, 2007; nr 1, poz. 18
27. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 maja 2015 r., III CZP 19/15; <http://www.sn.pl/sites/orzecznictwo/Orzeczenia3/III%20CZP%2019-15.pdf>
28. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty. *Dz.U.* 1997 nr 28 poz. 152
29. Bołoz W., Krajnik M. (przewodniczący) oraz członkowie Polskiej Grupy Roboczej ds. Problemów Etycznych Końca Życia: Definicja Uporczywej Terapii. Konsensus Polskiej Grupy Roboczej ds. Problemów Etycznych Końca Życia. *Med. Paliat. Prakt.* 2008; 2: 77–87
30. Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych, sporządzona w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r. *Dz.U.* 2012 r. poz. 1169
31. Syska M.: *Medyczne oświadczenia pro futuro na tle prawnoporównawczym*. Warszawa, Wolters Kluwers, 2013
32. Kociucki L.: *Zdolność do czynności prawnych osób dorosłych i jej ograniczenia*. Warszawa, Wydawnictwo C.H. Beck, 2011