



PRAWO OSÓB STARSZYCH DO WYRAŻENIA ZGODY NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH: WYBRANE PROBLEMY PRAWNE

THE RIGHT OF OLDER PERSONS TO CONSENT
TO HEALTHCARE SERVICES: SELECTED LEGAL ISSUES

Damian Mikulski^{1,2}, Paweł Wróblewski³, Ireneusz Skawina⁴

¹ Kancelaria Radcy Prawnego Damian Mikulski / Law Office of Legal Counsel Damian Mikulski, Świdnica, Poland

² Społeczna Akademia Nauk / SAN University, Łódź, Poland

³ Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu / Wrocław Medical University, Wrocław, Poland
Katedra Ratownictwa Medycznego / Department of Emergency Medical Services

⁴ Społeczna Akademia Nauk / SAN University, Łódź, Poland
Collegium Medicum

INFORMACJE KLUCZOWE

- Wiek ≥ 60 lat nie stanowi podstawy do stosowania odrębnych zasad wyrażania zgody na świadczenia zdrowotne.
- Skuteczność zgody zależy od indywidualnej oceny kompetencji faktycznej.
- Osoby starsze z zaburzeniami poznawczymi wymagają wsparcia decyzyjnego.
- Opiekun faktyczny wspiera komunikację, lecz nie zastępuje zgody pacjenta.
- Brak kompetencji faktycznej wymaga ustalenia właściwego trybu postępowania.

HIGHLIGHTS

- Age ≥ 60 years does not, in itself, constitute a basis for applying separate rules governing consent to healthcare services.
- The validity of consent depends on an individualised assessment of decision-making capacity.
- Older persons with cognitive impairment require decision-making support.
- Informal carers support communication but do not substitute for the patient's consent.
- Lack of decision-making capacity requires the applicable legal procedure to be determined.

STRESZCZENIE

Przedmiotem opracowania jest skuteczność zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych wyrażanej przez pacjentów będących osobami starszymi, ze szczególnym uwzględnieniem znaczenia zaburzeń poznawczych, kompetencji faktycznej i ochrony autonomii pacjenta w procesie decyzyjnym. Praca ma charakter narracyjnego przeglądu literatury połączonego z analizą dogmatycznoprawną przepisów prawa polskiego, orzecznictwa i piśmiennictwa z zakresu prawa medycznego, geriatrici, psychologii poznawczej oraz bioetyki. Analiza prowadzi do wniosku, że ukończenie 60 r.ż. nie tworzy odrębnego reżimu prawnego wyrażania zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych i nie może być utożsamiane z brakiem zdolności decyzyjnej. Rozstrzygające znaczenie ma rzeczywista zdolność pacjenta – oceniana indywidualnie, sytuacyjnie i proporcjonalnie – do zrozumienia informacji, odniesienia ich do własnej sytuacji zdrowotnej, rozważenia konsekwencji proponowanego postępowania oraz podjęcia i przekazania swobodnej decyzji. Szczególną uwagę poświęcono pacjentom nieubezpieczonym, którzy formalnie zachowują pełnię praw decyzyjnych, ale z powodu otępienia, majaczenia, zaburzeń pamięci, świadomości, afazji, depresji, wielochorobowości lub działania leków mogą w konkretnych okolicznościach nie dysponować dostateczną kompetencją faktyczną. Omówiono konsekwencje praktyczne dla personelu medycznego w sytuacjach planowych i nagłych, przy leczeniu zachowawczym, farmakoterapii, diagnostyce oraz czynnościach pielęgniarstwa i fizjoterapeutycznych. Wskazano prawne znaczenie przedstawiciela ustawowego, sądu opiekunczego i wyjątków ustawowych, a także ograniczoną rolę opiekunów faktycznych i osób bliskich, które mogą wspierać komunikację oraz ustalenie preferencji pacjenta, lecz co do zasady nie zastępują jego zgody. Wnioski akcentują potrzebę unikania ageizmu, dostosowania komunikacji do możliwości poznawczych i percepcyjnych pacjenta, dokumentowania procesu informowania i oceny rozumienia oraz rozwoju instrumentów umożliwiających reprezentację wcześniejszej woli pacjenta, w tym pełnomocnictwa medycznego i rejestrowanego. Med Pr Work Health Saf. 2026;77(4)

Słowa kluczowe: prawa pacjenta, otępienie, zaburzenia poznawcze, osoby w wieku podeszłym, świadoma zgoda, zdolności umysłowe

ABSTRACT

This review examines the legal validity of consent to healthcare services given by older patients, with particular emphasis on cognitive impairment, the patient's actual capacity to make healthcare decisions, and the protection of patient autonomy in the decision-making process. The study is based on a narrative literature review combined with a doctrinal legal analysis of Polish statutory provisions, case law, and literature in medical law, geriatrics, cognitive psychology, and bioethics. The analysis indicates that reaching 60 years of age does not create a separate legal regime for consent to healthcare services and must not be equated with lack of decision-making capacity. The decisive factor is the patient's actual ability, assessed individually, contextually, and proportionately, to understand relevant information, relate it to their own health situation, appreciate the consequences of the proposed course of action, and make and communicate a voluntary decision. Particular attention is paid to patients who are not legally incapacitated and therefore formally retain their decision-making rights, but who, due to dementia, delirium, memory impairment, disturbances of consciousness, aphasia, depression, multimorbidity, or drug-related cognitive disturbances, may in specific circumstances lack sufficient actual capacity to make healthcare decisions. The article discusses practical implications for healthcare professionals in planned procedures and emergencies, conservative treatment, pharmacotherapy, diagnostic tests, and nursing or physiotherapy activities. It explains the legal significance of statutory representatives, guardianship courts, and statutory exceptions, as well as the limited role of informal carers and close relatives, who may support communication and help identify the patient's preferences but generally do not substitute patient consent. The conclusions emphasise the need to avoid ageism, adapt communication to the patient's cognitive and perceptual abilities, document the information process and assessment of understanding, and develop instruments enabling representation of the patient's prior will, including medical powers of attorney and registered powers of attorney. *Med Pr Work Health Saf.* 2026;77(4)

Key words: patient rights, dementia, cognition disorders, aged, informed consent, mental competency

Autor do korespondencji / Corresponding author: Ireneusz Skawina, Społeczna Akademia Nauk, Collegium Medicum, ul. Sienkiewicza 9, 90-113 Łódź, e-mail: skawina.ireneusz@gmail.com
Nadesłano: 31 marca 2026, zatwierdzono: 8 września 2026

WSTĘP

Proces starzenia się społeczeństw stanowi jedno z najważniejszych wyzwań współczesnych systemów ochrony zdrowia. Według Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization – WHO) [1] do 2030 r. 1 na 6 osób na świecie będzie w wieku ≥ 60 lat. W Polsce na koniec 2024 r. liczba takich ludzi wyniosła blisko 10 mln i wzrosła o 85,3 tys. w stosunku do roku 2023. W 2024 r. udział osób starszych stanowił 26,6% ogólnej liczby ludności [2]. W perspektywie do 2060 r. w liczbie ludności Polski ogółem przewiduje się sukcesywne zwiększanie udziału osób w wieku ≥ 60 lat: do 27,8% w 2030 r., 32,5% w 2040 r., 37,4% w 2050 r. i 38,3% w 2060 r. [3]. Te dane i prognozy wskazują, że tempo starzenia się populacji jest znaczne i szybsze, niż zakładano w przeszłości. Skutki tego procesu będą oddziaływać na codzienną praktykę udzielania świadczeń zdrowotnych.

W polskim porządku prawnym osobą starszą jest człowiek, który ukończył 60 r.ż. [4]. Pacjenta definiuje się jako osobę zwracającą się o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub korzystającą z nich w podmiocie udzielającym świadczeń zdrowotnych lub u osoby wykonującej zawód medyczny – art. 3 ust. 1 pkt 4 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (u.p.p.) [5]. Z kolei WHO posługuje się definicją pacjenta geriatrycznego jako osoby, która ukończyła przynajmniej 60 lat i została skierowana do geriatry. Zazwyczaj jest to pacjent w późnej starości, z wielochorobowością typową dla wieku starszego, u którego z racji

wieku lub chorób współistniejących pojawia się ryzyko nagłego pogorszenia stanu zdrowia lub zgonu [6].

Ustawowe określenie osoby starszej pełni przede wszystkim funkcję porządkującą, demograficzną i organizacyjną, ale nie tworzy w prawie medycznym odrębnego reżimu wyrażania zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pacjentów należących do tej grupy wiekowej. Wiek metrykalny nie może być utożsamiany ani z brakiem kompetencji decyzyjnej, ani z obniżeniem zdolności do korzystania z praw pacjenta. Na gruncie prawa medycznego rozstrzygające znaczenie ma nie samo ukończenie 60 r.ż., lecz rzeczywista, oceniana indywidualnie, zdolność pacjenta do zrozumienia informacji, odniesienia ich do własnej sytuacji zdrowotnej, rozważenia konsekwencji proponowanego postępowania oraz podjęcia decyzji w sposób świadomy i swobodny.

Granica wieku, od której dana osoba jest kwalifikowana jako starsza, ma charakter względny i zależny od celu danej regulacji. Inaczej funkcjonuje ona w przepisach dotyczących polityki senioralnej, inaczej – w ubezpieczeniach społecznych, a jeszcze inaczej – w prawie medycznym. Wiek emerytalny, który w Polsce jest zróżnicowany ze względu na płeć, może być społecznie kojarzony z początkiem starości, lecz nie stanowi kryterium oceny kompetencji pacjenta do wyrażenia zgody medycznej. Przyjęcie przeciwnego założenia prowadziłoby do niedopuszczalnego automatyzmu i mogłoby sprzyjać ageizmowi w relacji prawnomedycznej. Dlatego w niniejszym opracowaniu wiek ≥ 60 lat trakto-

wany jest jako kryterium wyodrębnienia grupy wymagającej szczególnej uwagi ze względu na większe prawdopodobieństwo występowania zaburzeń poznawczych i wielochorobowości, a nie jako samodzielna przesłanka ograniczająca autonomię pacjenta.

Według WHO do najczęstszych schorzeń występujących u osób starszych należą:

- utrata słuchu,
- zaćma,
- wady refrakcji,
- bóle pleców i szyi,
- choroba zwyrodnieniowa stawów,
- przewlekła obturacyjna choroba płuc,
- cukrzyca,
- depresja,
- otępienie [1].

Wraz z wiekiem rośnie także prawdopodobieństwo współwystępowania chorób lub nasilenia istniejących schorzeń. Zwiększa się również ryzyko zaburzeń poznawczych. Procesy poznawcze definiuje się jako czynności psychiczne, które służą zdobywaniu informacji z otoczenia, analizowaniu, wysnuwaniu wniosków oraz podejmowaniu decyzji i działań [7]. Zaburzenia funkcji poznawczych, w tym procesów psychicznych, mogą ograniczać samodzielność pacjenta i wpływać na przebieg procesu leczenia. W związku z tym autorzy niniejszego artykułu postanowili zwrócić szczególną uwagę na osoby w wieku ≥ 60 lat, u których występują zaburzenia poznawcze istotnie wpływające na zdolność podejmowania świadomych decyzji dotyczących udzielania świadczeń zdrowotnych. Jednym z najważniejszych zagadnień w tym kontekście jest wymóg uzyskania skutecznej prawnie i świadomej zgody pacjenta będącego osobą starszą na udzielanie świadczeń zdrowotnych [8]. Występowanie tych zaburzeń wpływa również na działania, jakie musi podjąć personel medyczny w celu prawidłowego wykonania czynności medycznych z udziałem pacjenta będącego osobą starszą.

Celem opracowania jest zatem nie tylko przedstawienie ogólnych zasad wyrażania zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pacjentów będących osobami starszymi, ale także analiza granic skutecznej zgody w sytuacji występowania zaburzeń poznawczych oraz wskazanie ich praktycznych konsekwencji dla lekarzy i innych osób wykonujących zawody medyczne. Szczególne znaczenie ma sytuacja pacjentów nieubezpieczonych, którzy formalnie zachowują pełnię praw decyzyjnych, lecz z powodu np. otępienia, majaczenia, zaburzeń pamięci, świadomości, afazji, depresji, wielochorobowości lub działania leków mogą w danym

momencie nie mieć dostatecznej kompetencji faktycznej do świadomego i swobodnego podjęcia decyzji w sferze udzielania świadczeń zdrowotnych.

METODY PRZEGLĄDU

Praca ma charakter narracyjnego przeglądu literatury połączonego z analizą dogmatycznoprawną obowiązujących regulacji, orzecznictwa oraz piśmiennictwa z zakresu prawa medycznego, geriatrici, psychologii poznawczej i bioetyki. Przyjęcie formuły przeglądu narracyjnego uzasadnia interdyscyplinarny charakter zagadnienia, obejmującego zarówno analizę norm prawnych, jak i ocenę praktycznych konsekwencji zaburzeń poznawczych dla procesu uzyskiwania świadomej zgody pacjenta. Dobór źródeł miał charakter celowy i problemowy oraz był podporządkowany analizie prawnych i praktycznych problemów związanych ze skutecznością zgody pacjentów starszych, w szczególności w przypadku zaburzeń poznawczych. Opracowanie nie stanowi przeglądu systematycznego, dlatego nie zastosowano właściwej dla niego wyczerpującej, ilościowej procedury selekcji publikacji [9,10].

Źródeł poszukiwano w bazach Google Scholar i PubMed oraz w krajowych repozytoriach aktów prawnych, orzecznictwa i dokumentów publicznych, w szczególności Internetowym Systemie Aktów Prawnych, bazie orzeczeń Sądu Najwyższego, Portalu Orzeczeń Sądów Powszechnych oraz na stronach Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej, Głównego Urzędu Statystycznego oraz właściwych instytucji publicznych i organizacji międzynarodowych.

Wyszukiwanie prowadzono z użyciem polskich i angielskich słów kluczowych oraz ich kombinacji, takich jak „zgoda pacjenta”, „świadoma zgoda”, „zgoda poinformowana”, „zgoda objaśniona”, „kompetencja faktyczna”, „zdolność decyzyjna”, „pacjent geriatryczny”, „pacjent nieubezpieczony”, „opiekun faktyczny”, „sąd opiekuńczy”, „zgoda zastępcza”, „zaburzenia poznawcze”, „otępienie”, „demencja”, „majaczenie”; „informed consent”, „decision-making capacity”, „mental capacity”, „cognitive impairment”, „dementia”, „delirium” i „supported decision-making”.

Do analizy włączono akty prawne, orzecznictwo sądów krajowych i Europejskiego Trybunału Praw Człowieka, publikacje naukowe, komentarze prawnicze, opracowania systemowe, raporty instytucji publicznych oraz dokumenty organizacji międzynarodowych, jeżeli dotyczyły zgody pacjenta, zdolności decyzyjnej, zaburzeń poznawczych, sytuacji pacjentów starszych lub mecha-

nizmów wspieranego podejmowania decyzji. Uwzględniono publikacje w jęz. polskim i angielskim, zasadniczo z lat 1990–2026. Starsze źródła, w tym historyczne orzeczenia sądowe, włączano wyjątkowo, jeżeli miały istotne znaczenie historyczne, doktrynalne lub orzecznicze dla rozwoju koncepcji zgody pacjenta i autonomii jednostki.

Wykluczono materiały popularnonaukowe, publicystyczne, źródła niezawierające odniesień do problematyki zgody pacjenta lub pacjentów starszych, materiały o niezweryfikowanym pochodzeniu i opracowania powielające treści dostępne w źródłach pierwotnych. Źródła oceniano jakościowo pod względem aktualności, znaczenia dla praktyki prawa medycznego, rangi normatywnej, wpływu na doktrynę i przydatności do analizy sytuacji pacjentów starszych z zaburzeniami poznawczymi. Ostatnie przeszukanie piśmiennictwa przeprowadzono w czerwcu 2026 r., a stan prawny i etap prac legislacyjnych zweryfikowano na 17 sierpnia 2026 r.

WYNIKI PRZEGLĄDU

Podstawy prawne udzielania przez osoby starsze zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych

Regulacje dotyczące wyrażania zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych są zawarte przede wszystkim w art. 15–19 oraz art. 9 u.p.p. [5], a także w art. 31–34 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (u.z.l.) [11]. Zgodnie z art. 16 u.p.p. „pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody, po uzyskaniu informacji w zakresie określonym w art. 9” [5]. W myśl art. 17 ust. 1 u.p.p. pacjent – w tym małoletni, który ukończył 16 lat – ma prawo do wyrażenia zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych. W przypadku operacji albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta zgoda wymaga co do zasady formy pisemnej (art. 18 ust. 1 u.p.p.; art. 34 ust. 1 u.z.l.). Artykuł 18 ust. 1a u.p.p. [5] przewiduje ponadto formę dokumentową w przypadku wyrażenia zgody za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta albo przy użyciu podpisu osobistego.

Lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w ustawie, po wyrażeniu zgody przez pacjenta (art. 32 ust. 1 u.z.l.) [11]. Przed wyrażeniem zgody przez pacjenta lekarz ma obowiązek udzielić mu „przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć na-

stępstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu” (art. 31 u.z.l.) [11].

Przedstawione zasady wymagają uzupełnienia o zastrzeżenie, że szczególne podstawy udzielania świadczeń mimo braku zgody albo wobec sprzeciwu pacjenta mogą wynikać również z ustaw regulujących wykonywanie innych zawodów medycznych, do których odsyła art. 19 u.p.p. [5].

Przepisy prawa medycznego nie przewidują odrębnego reżimu zgody dla pacjentów, którzy ukończyli 60 r.ż. Osoby starsze wyrażają zgodę na zasadach ogólnych, a ewentualne ograniczenia ich decyzyjności mogą wynikać wyłącznie z indywidualnie ocenianego stanu zdrowia i przesłanek ustawowych.

Wiek pacjenta a kompetencja faktyczna do wyrażenia zgody

Z punktu widzenia skuteczności zgody pacjenta zasadnicze znaczenie ma odróżnienie jego wieku od faktycznej zdolności decyzyjnej. Samo ukończenie 60 r.ż. nie powoduje powstania dodatkowych przesłanek skuteczności zgody ani nie uzasadnia pogłębionej oceny zdolności pacjenta do podejmowania decyzji. Potrzeba dostosowania sposobu przekazywania informacji, pogłębionej oceny kompetencji faktycznej lub szerszego udokumentowania procesu uzyskiwania zgody powstaje wówczas, gdy u konkretnego pacjenta ujawniają się ograniczenia poznawcze, sensoryczne, komunikacyjne lub inne okoliczności kliniczne mogące wpływać na rozumienie informacji i podejmowanie decyzji.

Kompetencja faktyczna oznacza rzeczywistą zdolność pacjenta do podjęcia decyzji z dostatecznym rozeznanieniem, ocenianą w odniesieniu do konkretnego świadczenia i momentu. Obejmuje ona w szczególności możliwość zrozumienia informacji medycznych, zapamiętania ich przez czas niezbędny do podjęcia decyzji, odniesienia ich do własnej sytuacji zdrowotnej, rozważenia znaczenia i następstw dostępnych możliwości oraz wyrażenia podjętej decyzji. Pożądane jest również, aby ta decyzja była przekazana w sposób zrozumiały dla personelu medycznego. Nie musi ona oznaczać decyzji obiektywnie racjonalnej z perspektywy lekarza. Pacjent zachowujący kompetencję faktyczną może podjąć decyzję, z którą lekarz się nie zgadza, w tym odmówić leczenia. Ocena kompetencji faktycznej nie może zatem służyć zastępowaniu autonomii pacjenta oceną paternalistyczną [12–16].

W odniesieniu do pacjentów będących osobami starszymi punktem wyjścia powinna być ocena, że za-

chowują oni zdolność do samodzielnego decydowania, dopóki konkretne okoliczności kliniczne lub komunikacyjne nie uzasadniają wątpliwości wymagających indywidualnej oceny. Takie okoliczności mogą obejmować:

- niespójność wypowiedzi,
- niemożność powtórzenia podstawowych informacji o proponowanym świadczeniu,
- brak rozumienia konsekwencji zgody albo odmowy, znaczna dezorientacja,
- zaburzenia świadomości,
- objawy majaczenia,
- nasilone otępienie,
- zaburzenia językowe uniemożliwiające komunikację,
- wpływ leków upośledzających procesy poznawcze.

Każda z tych okoliczności wymaga jednak indywidualnej oceny, a nie automatycznego pozbawienia pacjenta możliwości decydowania.

Pojęcie zgody i jej natura prawna

Pojęcie zgody rozumiane jest m.in. jako pozwolenie na coś albo wyrażenie przyzwolenia lub aprobaty [17]. Prawo pacjentów do wyrażania zgody na świadczenia zdrowotne podkreśla ich autonomię i podmiotowość, a także prawo do samostanowienia. Jednocześnie ustanawia generalną zasadę braku przymusu wykonywania świadczeń zdrowotnych z ich udziałem i stoi w opozycji do medycznego paternalizmu, od którego współczesna medycyna odchodzi. Prawo do wyrażenia zgody stanowi instrument realizacji autonomii pacjenta, której normatywne podstawy wyznaczają konstytucyjne gwarancje godności, wolności osobistej i prawa do decydowania o życiu osobistym (art. 30, 41 i 47 Konstytucji RP) [18,19].

W polskiej literaturze prawa i orzecznictwie nie przyjęto jednolitego stanowiska co do natury prawnej zgody pacjenta. Niewątpliwie jest to akt woli pacjenta wywołujący skutki w sferze zarówno prawnej, jak i faktycznej. Zgodnie z pierwszym stanowiskiem zgoda stanowi oświadczenie woli w rozumieniu art. 60 Ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (k.c.) [20], gdyż zmierza do wywołania określonych skutków prawnych, w tym w sferze praw pacjenta, w szczególności dotyczących jego dóbr osobistych [21]. W tym ujęciu jej udzielenie uchyla bezprawność działania lekarza – następuje wówczas zmiana kwalifikacji prawnej dokonywanej przez lekarza czynności w taki sposób, że czynność ta nie będzie uznana za bezprawną, a także następuje przejęcie przez pacjenta ryzyka wystąpienia negatywnych następstw należycie przeprowadzonej interwencji me-

dycznej. Podjęcie leczenia bez zgody pacjenta jest natomiast co do zasady kwalifikowane jako naruszenie praw pacjenta i jego dóbr osobistych. Do zgody rozumianej jako oświadczenie woli zastosowanie mają przepisy dotyczące wad oświadczenia woli (art. 82–88 k.c. [20]).

Według innego stanowiska zgoda jest aktem realizującym ochronę autonomii danej osoby, niebędącym oświadczeniem woli *sensu stricto* [22,23]. W tym ujęciu traktuje się ją jako działanie zbliżone do oświadczenia woli, które nie jest uzależnione od pełnoletniości pacjenta, lecz od jego faktycznej dojrzałości i stanu psychicznego, umożliwiających rozpoznanie znaczenia podejmowanej decyzji [24]. Zgoda bywa również ujmowana jako wyrażenie woli będące przejawem faktycznej kompetencji do samostanowienia, którego ocena nie powinna być dokonywana wyłącznie przez pryzmat zdolności do czynności prawnych, ponieważ podjęcie decyzji i wyrażenie woli przez pacjenta zależy od rzeczywistych możliwości poznawczych pacjenta [25]. Wreszcie ujmuje się ją jako oświadczenie w sferze świadomości i woli o charakterze jednostronnym, odrębnie uregulowane w u.p.p. [26].

W doktrynie i orzecznictwie przyjmuje się ponadto, że do zgody kwalifikowanej jako oświadczenie niebędące oświadczeniem woli *sensu stricto* odpowiednie zastosowanie mogą znajdować przepisy dotyczące wad oświadczeń woli i czynności prawnych, w tym ich formy [21,27]. Nie oznacza to jednak pełnego utożsamienia zgody medycznej z klasycznym cywilnoprawnym oświadczeniem woli, ponieważ zgoda medyczna pełni przede wszystkim funkcję ochrony autonomii pacjenta. Zgoda stanowi zatem uzewnętrzniony w stosownej formie przejaw woli pacjenta, w tym będącego osobą starszą, umożliwiający udzielenie mu świadczenia zdrowotnego.

Forma wyrażenia zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych

Polski ustawodawca nie różnicuje formy wyrażania zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pacjenta będącego osobą starszą. Zgoda i sprzeciw mogą być wyrażone ustnie albo przez takie zachowanie pacjenta, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się czynnościom proponowanym przez osobę wykonującą zawód medyczny albo brak takiej woli (art. 17 ust. 4 u.p.p.) [5]. Podobnie art. 32 ust. 7 u.z.l. [11] przewiduje, że zgoda może być wyrażona ustnie albo przez zachowanie w sposób niebudzący wątpliwości wskazujące na wolę poddania się proponowanym czynnościom medycznym (o ile ustawa nie stanowi inaczej).

W literaturze wymienia się różne formy zgody, w tym zgodę:

- ustną,
- dorozumianą,
- pisemną,
- domniemaną,
- blankietową [28].

W polskim systemie prawnym nie każda z tych form spełnia jednak standard zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych. Szczególnie zgoda blankietowa, odnosząca się do nieokreślonych czynności, nie odpowiada wymaganiu zgody konkretnej i objaśnionej. W przypadkach objętych art. 34 ust. 1 u.z.l. [11] lub art. 18 ust. 1 u.p.p. [5] wymagane jest uzyskanie zgody pisemnej, przy czym w orzecznictwie wskazuje się, że jest to forma zastrzeżona co do zasady dla celów dowodowych [29].

Ustawodawca nie ustanawia żadnego katalogu zachowań uznawanych za skuteczne wyrażenie przez pacjenta zgody. Przepisy art. 17 ust. 4 u.p.p. [5] i art. 32 ust. 7 u.z.l. [11] nie pozwalają uznać samego milczenia pacjenta za sposób wyrażenia zgody, ponieważ, po pierwsze, nie stanowi ono jednoznacznego przejawu zgody w rozumieniu tych przepisów, a po drugie, nie spełnia standardów niebudzącego wątpliwości przejawu woli poddania się przez pacjenta czynnościom medycznym proponowanym przez osobę wykonującą zawód medyczny albo braku takiej woli. Może ono nabrać znaczenia dopiero w połączeniu z innymi zachowaniami pacjenta, które łącznie pozwalają na ustalenie jego rzeczywistej woli. Całokształt tych zachowań powinien podlegać ocenie w kontekście możliwości uznania ich za przejaw woli pacjenta, który mógłby wskazywać na wyrażenie przez niego zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych. Aby zachowanie mogło zostać uznane za przejaw wyrażenia przez pacjenta woli poddania się czynnościom medycznym w sposób niebudzący wątpliwości, musi ono cechować się walorem jednoznaczności interpretacyjnej. Przejaw woli pacjenta, aby mógł być uznany za niebudzący wątpliwości, musi przedstawiać jakąś treść i mieć sens [30,31].

W kontekście osób starszych szczególnego znaczenia nabiera ocena zgody wyrażonej w formie innej niż pisemna lub ustna, zwłaszcza ze względu na możliwe ograniczenia poznawcze lub komunikacyjne. W takich przypadkach interpretacja zachowań niewerbalnych pacjenta wymaga ostrożności. Konieczne jest uwzględnienie kontekstu sytuacyjnego, w którym interpretowane jest jego zachowanie, oraz ustalenie, czy zachowanie rzeczywiście pozwala w sposób niebudzący wątpliwości odtworzyć jego wolę [24,25]. Okoliczności te powinny być poddane wni-

kliwym obserwacjom, ponieważ dopiero całościowa analiza wyników tych obserwacji umożliwi dostateczne rozeznanie co do rzeczywistej postawy pacjenta wobec proponowanej czynności medycznej (np. badania lub leczenia). Tym samym dopiero na podstawie tak dokonanego rozeznania można ocenić, czy pacjent skutecznie wyraził zgodę na udzielenie mu świadczenia zdrowotnego [24,25].

Skuteczność zgody pacjenta będącego osobą starszą i wymóg informacji przystępnej

W literaturze wyróżnia się pojęcia zgody świadomej, poinformowanej i objaśnionej [32]. Brzmienie art. 16 u.p.p. [5], przez odesłanie do art. 9 u.p.p. [5], wskazuje na konieczność udzielenia pacjentowi właściwej informacji. Dopiero zgoda poprzedzona należycie udzieloną informacją nie jest wadliwa i uprawnia osobę wykonującą zawód medyczny do udzielenia świadczenia zdrowotnego. Proces uzyskiwania zgody składa się zatem z kilku etapów, których przeprowadzenie warunkuje skuteczność uzyskiwanej zgody.

Zgodnie z art. 9 ust. 2 u.p.p. [5] pacjent ma prawo do uzyskania od osoby wykonującej zawód medyczny przystępnej informacji o swoim stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, przewidywalnych następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Prawo to jest powiązane z obowiązkiem lekarza określonym w art. 31 ust. 1 u.z.l. [11]. Informacja powinna zostać przekazana przed wyrażeniem zgody, ponieważ zgoda następcza nie zastępuje tej wymaganej przed udzieleniem świadczenia [33].

Wymóg przystępności informacji oznacza konieczność dostosowania sposobu jej przekazania do indywidualnych możliwości poznawczych, percepcyjnych i komunikacyjnych pacjenta. Zakres informacji wymaganej przez art. 9 u.p.p. [5] i art. 31 u.z.l. [11] pozostaje przy tym zasadniczo niezmienny – dostosowaniu podlega przede wszystkim sposób jej przekazania, tak aby pacjent miał rzeczywistą możliwość zrozumienia informacji i wykorzystania jej przy podejmowaniu decyzji dotyczącej świadczenia zdrowotnego. Ma to szczególne znaczenie w przypadku pacjentów (w tym starszych), u których występują zaburzenia poznawcze, sensoryczne lub komunikacyjne mogące utrudniać zrozumienie przekazywanych informacji.

Wynika to zarówno z konieczności poszanowania autonomii pacjenta, jak i z obowiązku lekarza dotyczącego ochrony intymności i godności osobistej pacjenta podczas udzielania świadczeń zdrowotnych (art. 36 ust. 1 u.z.l. [11]), a także z prawa pacjenta do poszanowania

jego intymności i godności (art. 20 ust. 1 u.p.p. [5]). Komunikacja z takimi pacjentami może być utrudniona z uwagi na występujące u nich zaburzenia procesów poznawczych, m.in. w postaci zaburzeń pamięci czy świadomości, afazji, niedosłuchu, zaburzeń widzenia, depresji, lęku lub stanów chorobowych upośledzających zdolności percepcyjne. Dlatego lekarz powinien analizować nie tylko aspekt formalny odebrania zgody, lecz także realną zdolność pacjenta będącego osobą starszą do zrozumienia i przetwarzania przekazywanych mu informacji oraz podejmowania decyzji w przedmiocie udzielania świadczeń zdrowotnych.

W orzecznictwie akcentuje się, że przekazywana pacjentowi informacja powinna być przystępna, a zatem jej forma i treść powinny być dostosowane do percepcyjnych oraz intelektualnych możliwości pacjenta, w tym jego wieku. Jej rzetelność i wszechstronność powinna z kolei wyrażać się w zróżnicowaniu udzielanych wyjaśnień w zależności od rodzaju schorzenia, rodzaju zabiegu i oceny jego konieczności. Zgoda musi być zawsze świadoma, przez co sama aprobata pacjenta dla wykonania zabiegu – uzyskana w sytuacji braku uprzedniego udzielenia mu informacji o nim – nie może być traktowana jako zgoda w prawnym tego słowa znaczeniu. Podstawą działania lekarza jest zgoda pacjenta, która musi być zawsze „objaśniona”, co należy rozumieć jako udzielenie pacjentowi niezbędnych informacji o przedmiocie zgody, diagnozie, proponowanej metodzie leczenia oraz o ryzyku zabiegu i jego następstwach. Wyrażający zgodę musi wiedzieć, co akceptuje i jakie konsekwencje pociąganie za sobą wykonanie albo zaniechanie czynności medycznej [34].

Wynika z tego, że proces uzyskiwania zgody pacjenta nie jest jedynie prostym zabiegiem formalnym, ale jest procesem dynamicznym, a warunki przeprowadzenia go w sposób prawidłowy oraz zgodny z prawem determinowane są przez indywidualne potrzeby pacjenta i okoliczności, w jakich ten proces jest przeprowadzany. Ustawowo określone kategorie informacji pozostają zasadniczo niezmiennie (art. 9 u.p.p. [5] i art. 31 u.z.l. [11]), natomiast zakres szczegółowości oraz sposób ich przekazania powinny uwzględniać charakter świadczenia i indywidualne możliwości pacjenta. Tylko prawidłowe przeprowadzenie tych czynności pozwala uznać zgodę za skuteczną prawnie.

Kompetencja formalna i faktyczna pacjenta a art. 82 k.c. [20]

W polskiej literaturze wyrażono pogląd, że aby zgoda pacjenta mogła być uznana za złożoną skutecznie, musi

on mieć kompetencję formalną i faktyczną do jej wyrażenia, przy czym należy domniemywać istnienie takiej zdolności. Postuluje się przy tym, aby dokonywana przez lekarza ocena stanu pacjenta i posiadania przez niego tych kompetencji była realizowana przy udziale innego lekarza (w trybie stosowanego *per analogiam* art. 37 u.z.l. [11]) [12].

Kompetencja formalna oznacza ustaloną przez ustawodawcę możliwość skutecznego wyrażania oświadczenia przez pacjenta. Może ona podlegać ograniczeniom, np. w odniesieniu do małoletnich <16 r.ż. albo osób ubezwłasnowolnionych. Kompetencja faktyczna oznacza natomiast zdolność do podejmowania decyzji z rozmysłem, a stwierdzenie jej braku wymaga ustalenia właściwego mechanizmu prawnego z uwzględnieniem statusu pacjenta, rodzaju i pilności świadczenia oraz pozostałych przesłanek ustawowych. Są to jednak kategorie analityczne, których nie należy utożsamiać. Formalny status pacjenta i wynikające z niego uprawnienia do wyrażenia zgody określają przepisy prawa, natomiast kompetencja faktyczna odnosi się do rzeczywistej, ocenianej w konkretnym momencie i w odniesieniu do konkretnej decyzji zdolności pacjenta do zrozumienia informacji, odniesienia ich do własnej sytuacji, rozważenia następstw dostępnych możliwości oraz wyrażenia decyzji [12–16]. Kompetencji faktycznej nie należy utożsamiać ze zdolnością do czynności prawnych ani traktować jej jako odrębnego statusu prawnego pacjenta.

Stwierdzenie braku faktycznej zdolności pacjenta do świadomego wyrażenia zgody nie przesądza automatycznie ani o dopuszczalności zgody zastępczej, ani o podmiocie uprawnionym do jej wyrażenia. Stanowi ono punkt wyjścia do odrębnego ustalenia właściwego mechanizmu prawnego z uwzględnieniem statusu pacjenta, rodzaju świadczenia, jego pilności i szczególnych przesłanek określonych w ustawach [5,11].

Brak kompetencji faktycznej spowodowany stanem wyłączającym świadome albo swobodne powzięcie decyzji i wyrażenie woli można rozpatrywać przez pryzmat art. 82 k.c. [20], który może stanowić pewną wskazówkę w ocenie zdolności poznawczych pacjenta będącego osobą starszą. Stan ten może być spowodowany w szczególności chorobą psychiczną, upośledzeniem umysłowym albo innym, choćby przemijającym, zaburzeniem czynności psychicznych. W orzecznictwie Sądu Najwyższego podkreśla się, że brak świadomości oznacza brak rozeznania, niemożność zrozumienia zachowań własnych i cudzych oraz niezdawanie sobie sprawy ze znaczenia i skutków własnego postępowania, przy czym samo stwierdzenie choroby psychicznej

nie przesądza jeszcze o braku świadomości w chwili składania oświadczenia [35].

Artykuł 82 k.c. [20] może stanowić ważny punkt odniesienia, ale nie wyczerpuje wszystkich sytuacji, w których zgoda pacjenta może być oceniana jako nieskuteczna. Medycznoprawna ocena zgody pacjenta wymaga natomiast szerszej perspektywy niż wyłącznie cywilistyczna kwalifikacja wad oświadczenia woli. Zgoda może być zatem nieskuteczna prawnie również wtedy, gdy pacjent nie znajduje się w stanie całkowicie wyłączającym świadomość lub swobodę w rozumieniu art. 82 k.c. [20], lecz z powodu zaburzeń poznawczych, braku dostatecznej informacji, niezrozumienia przekazanych wyjaśnień lub presji sytuacyjnej czy komunikacyjnej nie był w stanie rzeczywiście objąć świadomością znaczenia podejmowanej decyzji. Ocena dokonywana na potrzeby zgody na świadczenie zdrowotne nie może zatem sprowadzać się do ustalenia, czy wystąpił stan odpowiadający hipotezie art. 82 k.c. [20].

Ocena taka wymaga uwzględnienia autonomicznych wymogów zgody świadomej, dobrowolnej i poprzedzonej przystępną informacją. Dla personelu medycznego w praktyce dopiero ustalenie zaistnienia tych wymogów pozwala traktować zgodę jako zgodę objaśnioną i świadomą. W odniesieniu do pacjentów starszych, zwłaszcza z zaburzeniami poznawczymi, ustalenia te powinny zostać odnotowane w dokumentacji medycznej, jeżeli stan pacjenta może rodzić późniejsze wątpliwości co do skuteczności zgody.

Zaburzenia poznawcze, otępienie i ocena zdolności decyzyjnej

Zaburzenia poznawcze mogą wpływać na skuteczność zgody medycznej na różnym poziomie intensywności. Nie każde zaburzenie pamięci, spowolnienie poznawcze, upośledzenie koncentracji lub rozpoznanie otępienia prowadzi do utraty kompetencji faktycznej do wyrażenia zgody. Zdolność decyzyjna ma charakter zadaniowy i sytuacyjny [13–16,36]. Oznacza to, że ten sam pacjent może być zdolny do wyrażenia zgody na prostą czynność diagnostyczną lub pielęgnacyjną, a jednocześnie wymagać pogłębionej oceny przy decyzji dotyczącej operacji lub metody leczenia stwarzającej podwyższone ryzyko. Ocena ta powinna być również czasowa, ponieważ zdolność do podejmowania decyzji może ulegać wahaniom, zwłaszcza przy majaczeniu, infekcji, odwodnieniu, zaburzeniach metabolicznych, bólu, niedotlenieniu, depresji lub działaniu leków [37].

Otępienie wymaga szczególnej uwagi, lecz nie powinno być utożsamiane z automatycznym brakiem moż-

liwości wyrażenia prawnie skutecznej zgody. Konieczne jest ustalenie, czy pacjent rozumie, jakiego świadczenia dotyczy decyzja, dlaczego jest ono proponowane, jakie są jego przewidywalne następstwa, jakie rodzaje ryzyka wiążą się z jego wykonaniem albo zaniechaniem oraz czy potrafi wyrazić zgodę albo odmowę w sposób dostatecznie jednoznaczny. Ocena powinna być prowadzona w warunkach sprzyjających komunikacji:

- z ograniczeniem bodźców rozpraszających,
- z użyciem prostego języka,
- z zapewnieniem pomocy słuchowej lub wzrokowej,
- z uwzględnieniem zmęczenia pacjenta i – jeżeli to możliwe – w porze dnia, w której pacjent najlepiej funkcjonuje poznawczo [36,37].

W przypadku wątpliwości co do kompetencji faktycznej pacjenta lekarz powinien rozważyć:

- ponowne przekazanie informacji w prostszej formie,
- sprawdzenie rozumienia przez poproszenie pacjenta o opisanie własnymi słowami proponowanego świadczenia,
- odroczenie decyzji, jeżeli nie zagraża to życiu lub zdrowiu pacjenta,
- konsultację z innym lekarzem, w szczególności psychiatrą, neurologiem lub geriatrą,
- uzyskanie informacji od osób bliskich lub opiekuna faktycznego.

Informacje te nie zastępują oświadczenia pacjenta, lecz pomagają ustalić jego dotychczasowe preferencje, sposób komunikowania się i poziom codziennego funkcjonowania.

Praktyczne etapy postępowania w przypadku uzasadnionych wątpliwości co do faktycznej zdolności pacjenta do świadomego wyrażenia zgody przedstawiono w tabeli 1.

Pacjent nieubezważniony, ale faktycznie niezdolny do świadomej decyzji

Największe trudności praktyczne powstają w sytuacji pacjenta, który nie został ubezważniony, a więc formalnie zachowuje pełną możliwość wykonywania praw pacjenta, lecz jego aktualny stan zdrowia utrudnia albo uniemożliwia mu samodzielne podjęcie świadomej decyzji. Dotyczy to zwłaszcza osób z zaawansowanym otępieniem, majaczeniem, nasilonymi zaburzeniami świadomości, zaburzeniami komunikacji, głęboką depresją, ze znacznym bólem, z odwodnieniem, niedotlenieniem lub z zaburzeniami metabolicznymi. W takich sytuacjach formalny status prawny pacjenta nie zawsze odpowiada jego rzeczywistym możliwościom decyzyjnym [12,38].

Tabela 1. Postępowanie w przypadku uzasadnionych wątpliwości co do faktycznej zdolności pacjenta do świadomego wyrażenia zgody – synteza wyników narracyjnego przeglądu polsko- i angijęzycznego piśmiennictwa z lat 1990–2026 z zakresu prawa medycznego, geriatrii, psychologii poznawczej i bioetyki oraz analizy właściwych regulacji prawnych i orzecznictwa, ze szczególnym uwzględnieniem polskiego porządku prawnego [5,11–16,36–38,43–47]
Table 1. Approach in cases of reasonable doubt about a patient's decision-making capacity to give informed consent – synthesis of the findings of a narrative review of Polish- and English-language literature published 1990–2026 in the fields of medical law, geriatrics, cognitive psychology and bioethics, together with an analysis of relevant legal provisions and case law, with particular emphasis on the Polish legal framework [5,11–16,36–38,43–47]

Etap Stage	Postępowanie Approach	Znaczenie dla procesu uzyskiwania zgody Significance for the consent process
1. Identyfikacja wątpliwości / / Identification of concerns	Ustalić konkretne okoliczności poznawcze, sensoryczne, komunikacyjne lub kliniczne, które mogą wpływać na zdolność pacjenta do świadomego podjęcia decyzji, np. dezorientację, niespójność wypowiedzi, trudności w rozumieniu informacji, objawy mające wpływ na funkcje poznawcze / Identify specific cognitive, sensory, communication-related or clinical circumstances that may affect the patient's ability to make an informed decision, e.g., disorientation, inconsistent statements, difficulty understanding information, signs of delirium, or medication-related cognitive impairment.	Sam wiek pacjenta nie stanowi podstawy do zakwestionowania jego zdolności decyzyjnej. Ocena powinna mieć charakter indywidualny i odnosić się do konkretnej decyzji / Age alone does not justify questioning the patient's decision-making capacity. The assessment should be individualised and relate to the specific decision.
2. Dostosowanie informacji i komunikacji / / Adaptation of information and communication	Przekazać pacjentowi wymaganą informację w sposób dostosowany do jego możliwości; w razie potrzeby użyć prostego języka, podzielić informację na krótsze części, ograniczyć hałas i inne czynniki rozpraszające oraz zapewnić możliwość korzystania z okularów, aparatu słuchowego bądź innych dostępnych pomocy komunikacyjnych lub sensorycznych / Provide the required information in a manner adapted to the patient's abilities; where necessary, use plain language, divide information into shorter parts, reduce noise and other distractions, and ensure that the patient can use glasses, hearing aids, or other available communication or sensory aids.	Przystępność informacji jest warunkiem umożliwiającym pacjentowi świadomą podjęcie decyzji. Ustawowo określone kategorie informacji pozostają zasadniczo niezmienne; zakres szczegółowości oraz sposob ich przekazywania powinny uwzględniać charakter świadczenia i indywidualne możliwości pacjenta / Accessible information is a prerequisite for informed decision-making. The statutory categories of information remain essentially unchanged; the level of detail and manner of communication should reflect the nature of the healthcare intervention and the patient's individual abilities.
3. Ocena faktycznej zdolności decyzyjnej / / Assessment of decision-making capacity	Ocenić, czy pacjent rozumie istotę i cel proponowanego świadczenia, jego podstawowe korzyści i ryzyko, dostępne możliwości oraz konsekwencje zgody lub odmowy, potrafi zapamiętać istotne informacje przez czas niezbędny do podjęcia decyzji, odnieść je do własnej sytuacji, rozważyć dostępne możliwości i wyrazić decyzję / Assess whether the patient understands the nature and purpose of the proposed healthcare intervention, its main benefits and risks, available options and the consequences of consent or refusal; can retain the relevant information for the time needed to make the decision; can apply it to their own situation, weigh the available options, and communicate a decision.	Ocena ma charakter zadaniowy, sytuacyjny i czasowy oraz odnosi się do konkretnej decyzji. Samo rozpoznanie zaburzeń poznawczych nie przesądza o braku zdolności do świadomego wyrażenia zgody / The assessment is decision-specific, context-dependent and time-specific. A diagnosis of cognitive impairment does not in itself establish a lack of capacity to give informed consent.
4. Wsparcie i ponowna ocena / / Support and reassessment	W razie utrzymujących się wątpliwości ponownie przekazać lub wyjaśnić informację i sprawdzić ich zrozumienie, np. prosiąc pacjenta o opisanie własnymi słowami proponowanego świadczenia i jego podstawowych następstw. Jeżeli pozwala na to stan kliniczny, odroczyć decyzję lub ponownie ocenić w porze dnia, w której pacjent funkcjonuje lepiej poznawczo. W uzasadnionych przypadkach rozważyć dodatkową konsultację / If concerns persist, repeat or clarify the information and check understanding, e.g., by asking the patient to describe in their own words the proposed healthcare intervention and its main consequences. Where clinically feasible, defer the decision or reassess the patient at a time of day when cognitive functioning is better. Where justified, consider additional medical consultation.	Pierwszeństwo ma umożliwienie pacjentowi samodzielnego podjęcia decyzji przed przejściem do ustawowych mechanizmów dalszego postępowania / Priority should be given to enabling the patient to make their own decision before considering statutory mechanisms for further action.

Tabela 1. Postępowanie w przypadku uzasadnionych wątpliwości co do faktycznej zdolności pacjenta do świadomego wyrażenia zgody – synteza wyników narracyjnego przeglądu polsko- i anglojęzycznego piśmiennictwa z lat 1990–2026 z zakresu prawa medycznego, geriatrii, psychologii poznawczej i bioetyki oraz analizy właściwych regulacji prawnych i orzecznictwa, ze szczególnym uwzględnieniem polskiego porządku prawnego [5,11–16,36–38,43–47] – cd.

Table 1. Approach in cases of reasonable doubt about a patient's decision-making capacity to give informed consent – synthesis of the findings of a narrative review of Polish- and English-language literature published 1990–2026 in the fields of medical law, geriatrics, cognitive psychology and bioethics, together with an analysis of relevant legal provisions and case law, with particular emphasis on the Polish legal framework [5,11–16,36–38,43–47] – cont.

Etap Stage	Postępowanie Approach	Znaczenie dla procesu uzyskiwania zgody Significance for the consent process
5. Ustalenie wyniku oceny faktycznej zdolności decyzyjnej / Determination of decision-making capacity	Jeżeli po uzyskaniu odpowiedniej informacji i wsparcia pacjent jest zdolny do świadomego podjęcia i wyrażenia decyzji, należy uznać, że zachowuje faktyczną zdolność decyzyjną w odniesieniu do tej decyzji oraz respektować jego zgodę albo odmowę w zakresie wynikającym z właściwych przepisów i jego statusu prawnego / If, after receiving appropriate information and support, the patient is able to make and communicate an informed decision, regard the patient as having decision-making capacity for that decision and respect the patient's consent or refusal to the extent provided by the applicable law and the patient's legal status.	Decyzja pacjenta nie musi odpowiadać ocenie osoby wykonującej zawód medyczny co do rozwiązania optymalnego; sama jej treść nie przesądza o braku zdolności decyzyjnej. Kompetencja faktyczna nie jest tożsama z formalnym statusem prawnym pacjenta / The patient's decision need not correspond to the healthcare professional's view of the optimal course of action; the content of the decision alone does not establish a lack of capacity. Decision-making capacity is not the same as the patient's formal legal status.
6. Ustalenie właściwego trybu postępowania / Identification of the applicable legal procedure	Jeżeli mimo odpowiedniego wsparcia pacjent nie jest w stanie świadomie podjąć i przekazać decyzji, należy ustalić właściwy tryb dalszego postępowania z uwzględnieniem jego statusu prawnego, rodzaju i pilności świadczenia oraz przesłanek ustawowych. W szczególności ustalić, czy chodzi o badanie, inne świadczenie zdrowotne, czy zabieg lub metodę leczenia albo diagnostykę stwarzające podwyższone ryzyko oraz czy sytuacja ma charakter planowy, czy nagły / If, despite appropriate support, the patient is unable to make and communicate an informed decision, identify the applicable procedure taking into account the patient's legal status, the type and urgency of the healthcare intervention, and the relevant statutory requirements. In particular, determine whether the intervention involves an examination, another healthcare service, or surgery or a diagnostic or therapeutic method involving increased risk, and whether the situation is planned or urgent.	Brak kompetencji faktycznej nie oznacza automatycznie zastosowania zgody zastępczej. W zależności od okoliczności zastosowanie może znaleźć zgoda podmiotu uprawnionego na podstawie właściwego przepisu, zezwolenie sądu opiekuńczego albo ustawowy tryb udzielenia świadczenia bez uprzedniej zgody / Lack of decision-making capacity does not automatically result in substitute consent. Depending on the circumstances, consent by a person authorised under the applicable law, authorisation by the guardianship court, or a statutory procedure allowing healthcare to be provided without prior consent may apply.
7. Dokumentacja / Documentation	Odnosić w dokumentacji medycznej istotne okoliczności dotyczące zdolności decyzyjnej pacjenta, sposób przekazania i dostosowania informacji, podjęte działania wspierające, wynik ponownej oceny oraz – jeżeli było to konieczne – podstawę dalszego trybu postępowania / Record relevant circumstances concerning the patient's decision-making capacity, how the information was provided and adapted, the support measures used, the outcome of reassessment and, where applicable, the basis for the subsequent procedure.	Dokumentacja powinna pozwalać na odtworzenie procesu prowadzącego do uzyskania zgody albo zastosowania właściwego mechanizmu prawnego, zwłaszcza gdy zdolność pacjenta do świadomego decydowania budziła uzasadnione wątpliwości / The medical record should allow the process leading to consent or the application of the appropriate legal mechanism to be reconstructed, particularly where the patient's capacity to make an informed decision gave rise to reasonable doubt.

Jeżeli pacjent zachowuje choćby częściową zdolność rozumienia sytuacji i możliwość uczestniczenia w procesie decyzyjnym, pierwszeństwo powinny mieć działania personelu medycznego wspierającego jego samodzielną decyzję (tabela 1), a nie zastępowanie jego woli decyzją innych podmiotów lub sądu. Dopiero gdy pomimo odpowiedniego wsparcia nie można uzyskać skutecznej zgody, konieczne staje się zastosowanie odpowiednich mechanizmów ustawowych.

W obecnym stanie prawnym szczególnego znaczenia nabiera odróżnienie zgody na badanie od zgody na inne świadczenia zdrowotne, w szczególności zabieg operacyjny lub metodę leczenia albo diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko. W zależności od rodzaju czynności medycznej różnie kształtuje się sytuacja prawna pacjenta i różny może być krąg podmiotów, które byłyby uprawnione do wyrażania zgody. Na przykład opiekun faktyczny może jej udzielić wyłącznie na badanie i tylko w przypadku braku przedstawiciela ustawowego, a nie ma prawa do wyrażenia zgody na wykonanie innych świadczeń medycznych, w tym zabiegu. Niezależnie od swoich uprawnień inne osoby mogą jednak współuczestniczyć faktycznie w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych. Personel medyczny w procesie uzyskiwania zgody od pacjenta powinien zatem brać pod uwagę, że ci uczestnicy, będący w szczególności członkami rodziny lub opiekunami, mogą dostarczać istotnych informacji o wcześniejszych życzeniach pacjenta, jego wartościach, lękach, sposobie komunikowania się, dotychczasowym stosunku do leczenia i poziomie codziennego funkcjonowania.

Informacje te wspomagają ocenę sytuacji, lecz nie zastępują wymaganej prawem zgody pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego, sądu opiekuńczego albo działania lekarza w granicach ustawowego wyjątku. Ma to istotne znaczenie również dlatego, że skutecznie udzielona zgoda co do zasady wyłącza bezprawność działania lekarza w zakresie objętym zgodą i powoduje przejęcie przez pacjenta typowego ryzyka prawidłowo przeprowadzonej interwencji medycznej [39–41].

Postępowanie personelu medycznego w sytuacjach planowych i nagłych

W przypadku świadczenia planowego, w szczególności operacji albo metody leczenia lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko, stwierdzenie u pacjenta otępienia lub innych zaburzeń poznawczych powinno prowadzić do pogłębionej, ale proporcjonalnej oceny kompetencji faktycznej pacjenta do wyrażenia zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych.

Lekarz powinien najpierw ustalić, czy pacjent jest w stanie samodzielnie wyrazić zgodę albo jej odmówić po uzyskaniu przystępnej informacji. Jeżeli pacjent rozumie istotę świadczenia, jego cel, podstawowe rodzaje ryzyka, możliwości alternatywne i konsekwencje odmowy, jego decyzja powinna być respektowana, nawet gdy rozpoznano u niego otępienie. Jeżeli mimo odpowiedniego przekazania informacji, zastosowania dostępnych działań wspierających i – gdy pozwala na to stan kliniczny – ponownej oceny pacjent nie jest zdolny do świadomego wyrażenia zgody, konieczne jest ustalenie właściwego trybu dalszego postępowania.

Tryb ten zależy od statusu prawnego pacjenta, rodzaju świadczenia oraz jego pilności. W przypadku badania należy uwzględnić szczególny zakres uprawnień przedstawiciela ustawowego i opiekuna faktycznego, natomiast w odniesieniu do innych świadczeń konieczne może być uzyskanie zgody przedstawiciela ustawowego albo zezwolenia sądu opiekuńczego, chyba że zachodzą ustawowe przesłanki działania bez uprzedniej zgody [5,11,30,31,33,38].

W sytuacjach nagłych podstawę udzielenia świadczenia bez uprzedniego uzyskania zgody należy ustalać z zastosowaniem właściwego trybu przewidzianego w art. 33 albo 34 u.z.l. [11], zależnie od rodzaju świadczenia i spełnienia przesłanek konkretnego wyjątku. Artykuł 33 u.z.l. dotyczy przypadku niezwłocznej potrzeby pomocy lekarskiej, gdy pacjent nie może wyrazić zgody i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym. Odrębne przesłanki dotyczą operacji albo metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko. Działanie bez uprzedniej zgody powinno pozostać wyjątkiem, a jego przesłanki oraz wymagane w danym trybie czynności konsultacyjne, informacyjne i dokumentacyjne powinny zostać odpowiednio zrealizowane [11].

Takie działanie nie powinno być jednak traktowane jako zastąpienie autonomii pacjenta decyzją lekarza w zwykłym toku leczenia, lecz jako wyjątek służący ochronie dóbr podstawowych w warunkach braku realnej możliwości uzyskania skutecznej zgody.

Inaczej należy oceniać leczenie zachowawcze, podawanie leków, badania diagnostyczne i czynności pielęgnarskie lub fizjoterapeutyczne. Ich rutynowy lub powtarzalny charakter nie znosi wymogu poszanowania prawa pacjenta do zgody albo odmowy. Przy prostych czynnościach możliwe jest uzyskanie zgody ustnej lub dorozumianej, o ile zachowanie pacjenta w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się danej czynności.

W przypadku pacjenta z zaburzeniami poznawczymi szczególnie ostrożnie należy jednak interpretować bierność, milczenie lub brak oporu. Nie powinny one automatycznie zastępować zgody, jeżeli z okoliczności wynika, że pacjent nie rozumie sytuacji lub nie jest w stanie wyrazić sprzeciwu. Przy powtarzalnych świadczeniach zachowawczych celowe jest odnotowanie w dokumentacji, w jaki sposób pacjent był informowany, jak reagował, czy rozumiał cel czynności i czy występowały okoliczności podważające skuteczność zgody.

Rola opiekuna faktycznego, rodziny i sądu opiekuńczego

W praktyce leczenia osób starszych duże znaczenie mają osoby bliskie i opiekunowie faktyczni. Ich udział w kontakcie z personelem medycznym może być szczególnie pomocny w ustaleniu sposobu codziennego funkcjonowania pacjenta, dynamiki zaburzeń poznawczych, wcześniejszych decyzji, preferencji, lęków, wartości i sposobu komunikacji. Dotyczy to zwłaszcza pacjentów z otępieniem, których wypowiedź może być niespójna lub zależna od pory dnia, zmęczenia, bólu lub towarzyszących chorób somatycznych.

Nie oznacza to jednak, że opiekun faktyczny lub członek rodziny staje się ogólnym decydentem medycznym. W obecnym modelu prawnym opiekun faktyczny ma kompetencje ograniczone do sytuacji wyraźnie przewidzianych w ustawie, w szczególności w odniesieniu do badania, gdy brak jest przedstawiciela ustawowego. W pozostałym zakresie jego rola polega przede wszystkim na wspieraniu procesu komunikacji, dostarczaniu informacji i na pomocy organizacyjnej [5,28,42]. Nie można więc utożsamiać zgody córki, syna, małżonka, opiekuna środowiskowego lub osoby faktycznie zajmującej się pacjentem z jego zgodą, jeżeli ustawa nie przyznaje tej osobie kompetencji do wyrażenia zgody zastępczej.

Jeżeli pacjent nie jest w stanie świadomie wyrazić zgody, nie ma przedstawiciela ustawowego, a sprawa nie ma charakteru nagłego, uzasadniającego działanie bez uprzedniej zgody, zasadniczym mechanizmem ochronnym pozostaje zezwolenie sądu opiekuńczego. Nie oznacza to jednak, że każda sytuacja braku faktycznej zdolności decyzyjnej automatycznie wymaga interwencji sądu. Rozwiązanie to zabezpiecza pacjenta przed arbitralnym zastąpieniem jego woli decyzją nieuprawnionych osób trzecich, lecz w praktyce może być czasochłonne i trudne do stosowania przy świadczeniach powtarzalnych, zachowawczych lub pielęgnacyjnych. Właśnie w tym obszarze ujawnia się luka prak-

tyczna szczególnie dotkliwa dla pacjentów starszych z postępującymi zaburzeniami poznawczymi. Dlatego też należy uznać, że tryb postępowania z takim pacjentem powinien być ustalany na podstawie przepisów właściwych dla konkretnego świadczenia, co wymaga każdorazowej kwalifikacji danego przypadku przez personel medyczny.

Autonomia pacjenta starszego a wspierane podejmowanie decyzji

Ochrona autonomii pacjenta będącego osobą starszą nie polega wyłącznie na odebraniu podpisu pod formularzem zgody. Formularz ma znaczenie dowodowe i organizacyjne, lecz nie zastępuje rzeczywistego procesu informowania, rozumienia i decydowania. Dokonywanie pogłębionej oceny przesłanek skutecznego wyrażenia zgody nabiera szczególnego znaczenia w przypadku pacjentów, u których występują ograniczenia:

- poznawcze,
- sensoryczne,
- komunikacyjne,
- inne okoliczności kliniczne mogące wpływać na świadome albo swobodne podjęcie decyzji i wyrażenie woli [43].

U pacjentów z zaburzeniami poznawczymi szczególnego znaczenia nabiera wspierane podejmowanie decyzji rozumiane jako takie zorganizowanie rozmowy i warunków komunikacji, aby pacjent w możliwie największym zakresie mógł samodzielnie skorzystać z prawa do zgody albo odmowy. Standard ten koresponduje z kierunkami ochrony samostanowienia osób dorosłych wymagających wsparcia, wskazywanymi zarówno w literaturze prawnomedycznej, jak i w standardach Rady Europy, Organizacji Narodów Zjednoczonych i w opracowaniach poświęconych osobom z otępieniem [43–47].

Do działań wspierających należą w szczególności:

- używanie prostego i konkretnego języka,
- dzielenie informacji na krótsze części,
- unikanie pojęć technicznych bez ich wyjaśnienia,
- sprawdzenie rozumienia przez poproszenie pacjenta o powtórzenie własnymi słowami celu i ryzyka świadczenia,
- zapewnienie czasu na decyzję,
- ograniczenie hałasu i presji,
- obecność osoby wspierającej, jeżeli pacjent sobie tego życzy,
- korzystanie z okularów, aparatu słuchowego lub innych pomocy komunikacyjnych,
- uwzględnienie zmienności funkcjonowania poznawczego w ciągu dnia.

Tak rozumiane wsparcie nie odbiera pacjentowi decyzyjności, lecz służy jej realnemu wykonaniu.

Personel medyczny powinien jednocześnie unikać 2 skrajności. Pierwszą jest automatyczne zakładanie braku zdolności decyzyjnej tylko dlatego, że pacjent jest osobą starszą, rozpoznano u niego otępienie albo korzysta z pomocy opiekuna. Drugą jest formalistyczne przyjmowanie zgody w sytuacji, gdy pacjent w rzeczywistości nie rozumie znaczenia proponowanego świadczenia. Obie skrajności zagrażają autonomii pacjenta – pierwsza przez paternalistyczne jej wyłączenie, druga przez pozorne jej respektowanie.

W dokumentacji medycznej, zwłaszcza przy pacjentach z rozpoznanymi lub podejrzanymi zaburzeniami poznawczymi, warto odnotować nie tylko podpisanie formularza albo ustne wyrażenie zgody, lecz także najważniejsze elementy procesu decyzyjnego:

- zakres przekazanej informacji,
- sposób jej dostosowania do pacjenta,
- reakcję pacjenta,
- ocenę rozumienia,
- ewentualny udział osoby bliskiej,
- przyczyny uznania, że pacjent miał kompetencję faktyczną do podjęcia decyzji albo jej nie miał.

Taka dokumentacja służy zarówno ochronie autonomii pacjenta, jak i bezpieczeństwu prawnemu personelu medycznego.

Perspektywa europejska i porównawcza potwierdza, że zgoda medyczna powinna być oceniana jako realny proces decyzyjny, a nie wyłącznie formularz. W orzecznictwie Europejskiego Trybunału Praw Człowieka mają znaczenie zwłaszcza sprawy dotyczące terapii bez wymaganej zgody, odmowy leczenia lub decyzji podejmowanych za osobę niezdolną do bieżącego wyrażenia woli: Glass [48], Jehovah's Witnesses of Moscow [49], Arskaya [50], Pindo Mulla [51] oraz Lambert [52]. W prawie amerykańskim funkcję prawnoporównawczą mogą pełnić sprawy: Schloendorff [53], Natanson [54], Canterbury [55] i Cruzan [56], dotyczące autonomii pacjenta, *informed consent* oraz odmowy leczenia.

Pełnomocnictwo rejestrowane a pełnomocnictwo medyczne – uwagi *de lege lata* i *de lege ferenda*

De lege lata polski porządek prawny nie przewiduje kompleksowej, ustawowo wyodrębnionej instytucji pełnomocnictwa medycznego, która generalnie uprawniałaby wcześniej wskazaną przez pacjenta osobę do podejmowania decyzji dotyczących świadczeń zdrowotnych po utracie przez niego faktycznej zdolności decyzyjnej. W takich

sytuacjach zastosowanie znajdują mechanizmy przewidziane w obowiązujących przepisach, właściwe ze względu na status pacjenta, rodzaj świadczenia i jego pilność. W materiałach Komisji Kodyfikacyjnej Prawa Rodzinnego [57] wskazywano, że projekt Ustawy o instrumentach wspieranego podejmowania decyzji z dnia 7 listopada 2024 r. nie przewidywał odrębnego rozdziału w u.p.p. poświęconego pełnomocnictwu medycznemu, co oceniono jako problematyczne z punktu widzenia ochrony praw pacjenta.

Obecnie procedowany rządowy projekt ustawy o instrumentach wspieranego podejmowania decyzji (druk sejmowy nr 2645) przewiduje instytucję pełnomocnictwa rejestrowanego [58]. Ma ono obejmować czynności związane z osobą i majątkiem mocodawcy, w tym wyrażanie w jego imieniu zgody albo odmowy zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych. Projekt zakłada udzielenie pełnomocnictwa w formie aktu notarialnego i jego wpis do Rejestru Pełnomocnictw oraz przewiduje mechanizm potwierdzania, że ze względu na stan zdrowia mocodawca nie jest w stanie samodzielnie kierować swoim postępowaniem [58].

Rozwiązania te pozostają jednak na etapie procesu legislacyjnego i nie stanowią obowiązującego prawa. Z punktu widzenia praktyki klinicznej istotne jest to, że projektowane przepisy nie ograniczają się do ogólnej formuły reprezentacji cywilnoprawnej. Zakładają one również odpowiednie dostosowanie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta przez przyznanie umocowanemu pełnomocnikowi rejestrowanemu wielu uprawnień wykonywanych dotychczas przede wszystkim przez pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego lub przez osobę bliską.

Projektowane rozwiązanie odpowiada zatem na część postulatów zgłaszanych w dyskusji o pełnomocnictwie medycznym, ponieważ umożliwia pacjentowi wcześniejsze wskazanie osoby, która w razie późniejszej utraty faktycznej kompetencji decyzyjnej będzie mogła wykonywać w jego imieniu także uprawnienia związane z leczeniem. Jednocześnie nie usuwa ono wszystkich wątpliwości *de lege ferenda*. Po pierwsze, pełnomocnictwo rejestrowane ma charakter szeroki i zasadniczo obejmuje całokształt spraw osoby i majątku mocodawcy, a nie wyłącznie sferę medyczną. Po drugie, projekt nie tworzy odrębnego, wyspecjalizowanego reżimu pełnomocnictwa medycznego ani autonomicznego rejestru oświadczeń medycznych w samej ustawie o prawach pacjenta. Po trzecie, praktycznego doprecyzowania nadal wymagać będzie relacja tej instytucji do zgody zastępczej, zgody kumulatywnej, sprzeciwu pacjenta, interwencji sądu opiekuńczego oraz sytuacji nagłych.

Pełnomocnictwo rejestrowane a pełnomocnictwo medyczne – postulaty *de lege ferenda*

Formułując uwagi *de lege ferenda*, należy wyjść od tego, że pełnomocnictwo rejestrowane nie jest pełnym odpowiednikiem specjalistycznego pełnomocnictwa medycznego. Jego zakres jest szerszy niż sfera świadczeń zdrowotnych. Dalszego jednoznacznego uregulowania wymaga zwłaszcza relacja takiej reprezentacji do aktualnej woli i sprzeciwu pacjenta, mechanizmów zgody zastępczej, kompetencji sądu opiekuńczego oraz trybów postępowania w sytuacjach nagłych [57–59].

Wydaje się, że przyjęcie instytucji pełnomocnictwa medycznego mogłoby zmniejszyć trudności związane z koniecznością każdorazowego angażowania sądu opiekuńczego w sprawach powtarzalnych, zachowawczych lub należących do bieżącej opieki zdrowotnej, zwłaszcza wobec pacjentów z postępującym otępieniem. Jego podstawową funkcją powinno być jednak nie zastąpienie autonomii pacjenta wolą osoby trzeciej, lecz ochrona tej autonomii poprzez możliwie wierne odtworzenie wcześniejszych życzeń, wartości i preferencji pacjenta. Pełnomocnik medyczny powinien działać w granicach uprzedniego umocowania, a nie według własnego wyobrażenia o jego obiektywnym dobru.

Jednocześnie odrębny nurt prac dotyczących pełnomocnictwa medycznego nie został całkowicie zamknięty. W apelu z 13 marca 2026 r. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej [59] zwróciło się do Ministra Zdrowia o kontynuowanie prac nad rozwiązaniami normatywnymi w zakresie pełnomocnictwa medycznego oraz kierowania pacjentów niezdolnych do wyrażenia woli do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych. Samorząd lekarski wskazywał przy tym, że kwestie dotyczące pełnomocnictwa medycznego zostały na pewnym etapie wyłączone z prac nad instrumentami wspieranego podejmowania decyzji i przekazane pod pieczę Ministra Zdrowia.

WNIOSKI

Przeprowadzona analiza pozwala stwierdzić, że pacjent będący osobą starszą korzysta z prawa do wyrażenia zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych na zasadach ogólnych. Samo ukończenie 60 r.ż. nie stanowi przesłanki ograniczenia autonomii pacjenta, nie uzasadnia stosowania odrębnego reżimu zgody medycznej ani nie pozwala na automatyczne przyjęcie braku zdolności do świadomego podejmowania decyzji. Potrzeba dostosowania sposobu przekazywania informacji, po-

głębionej oceny kompetencji faktycznej lub szerszego dokumentowania procesu uzyskiwania zgody wynika nie z wieku pacjenta jako takiego, lecz z indywidualnie stwierdzonych ograniczeń poznawczych, sensorycznych, komunikacyjnych lub innych okoliczności klinicznych mogących wpływać na proces decyzyjny.

Decydujące znaczenie dla skuteczności zgody starszego pacjenta ma indywidualna ocena jego kompetencji faktycznej. Ocena ta powinna mieć charakter sytuacyjny, czasowy i proporcjonalny do rodzaju świadczenia zdrowotnego. Oznacza to, że ten sam pacjent może być zdolny do wyrażenia zgody na prostą czynność diagnostyczną lub pielęgnacyjną, a jednocześnie wymagać pogłębianej oceny przy zabiegu operacyjnym albo metodzie leczenia stwarzającej podwyższone ryzyko. Kompetencja faktyczna powinna być oceniana w odniesieniu do konkretnej decyzji, momentu i rzeczywistych możliwości poznawczych oraz komunikacyjnych pacjenta [12–16,36,37].

Zaburzenia poznawcze oraz inne stany mogące wpływać na zdolność decyzyjną, w tym otępienie, majaczenie, zaburzenia pamięci lub świadomości, afazja, depresja czy wpływ stosowanych leków, nie wykluczają automatycznie możliwości skutecznego wyrażenia zgody. Ich występowanie powinno jednak skłaniać personel medyczny do szczególnej ostrożności. W pierwszej kolejności należy dążyć do wsparcia pacjenta w samodzielnym podjęciu decyzji przez dostosowanie komunikacji, uproszczenie przekazywanych informacji, sprawdzenie ich zrozumienia, zapewnienie pomocy słuchowych lub wzrokowych, obecność osoby wspierającej, jeżeli pacjent tego chce, oraz – gdy pozwala na to stan kliniczny – odroczenie decyzji do momentu poprawy funkcjonowania poznawczego.

Dopiero gdy mimo zastosowania działań wspierających pacjent nie jest w stanie świadomie podjąć i zakomunikować decyzji, konieczne jest ustalenie właściwego mechanizmu prawnego z uwzględnieniem statusu pacjenta, rodzaju i pilności świadczenia oraz przesłanek określonych w przepisach. W zależności od okoliczności może to wymagać uzyskania zgody podmiotu uprawnionego, zezwolenia sądu opiekuńczego albo – w sytuacjach przewidzianych ustawą – udzielenia świadczenia bez uprzedniej zgody. Szczególnego znaczenia nabiera wówczas prawidłowe udokumentowanie stanu pacjenta oraz czynności podjętych w celu ustalenia jego rzeczywistej woli i zdolności decyzyjnej.

Obowiązujące regulacje nie rozwiązują w pełni problemu pacjentów nieubezprawionych, którzy formalnie zachowują pełnię praw decyzyjnych, lecz

faktycznie, z powodu zaburzeń poznawczych, komunikacyjnych lub świadomości, nie są w stanie świadomie i swobodnie podjąć decyzji medycznej. W tym zakresie zasadne jest dalsze rozwijanie mechanizmów wspieranego podejmowania decyzji oraz rozważenie wprowadzenia odrębnej regulacji pełnomocnictwa medycznego [59]. Instytucja taka mogłaby ułatwić ochronę autonomii pacjenta przez umożliwienie wcześniejszego wskazania osoby uprawnionej do reprezentowania jego woli w sytuacji późniejszej utraty faktycznej zdolności decyzyjnej.

WYKORZYSTANIE SI

ChatGPT (OpenAI) został wykorzystany do wsparcia redakcji językowej i korekty manuskryptu. Wszystkie treści merytoryczne zostały zweryfikowane przez autorów.

WKŁAD AUTORÓW

Koncepcja badań: Damian Mikulski

Metodyka badań: Damian Mikulski

Zbieranie materiału: Damian Mikulski, Paweł Wróblewski, Ireneusz Skawina

Interpretacja wyników: Damian Mikulski, Ireneusz Skawina

Piśmiennictwo: Damian Mikulski

PIŚMIENNICTWO

1. World Health Organization [Internet]. Geneva: WHO; 2025 [cited 2026 Mar 29]. Ageing and health. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.
2. Minister do spraw Polityki Senioralnej [Internet]. Warszawa: Kancelaria Prezesa Rady Ministrów; 2026 [cited 2026 Mar 29]. Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za 2024 r. Available from: <https://orka.sejm.gov.pl/Druki10ka.nsf/0/91BFFD5675BEBD9DC1258D7A005C6692/%24File/2146.pdf>.
3. Główny Urząd Statystyczny, Urząd Statystyczny w Białymstoku. Sytuacja osób starszych w Polsce w 2024 r. Analizy statystyczne [Internet]. Warszawa, Białystok: GUS; 2025 [cited 2026 Mar 29]. Available from: <https://publikacje.new.stat.gov.pl/portal-publikacje/sytuacja-osob-starszych-w-polsce-w-2024-r>.
4. Ustawa z dnia 11 czerwca 2026 r. o osobach starszych i koordynacji opieki długoterminowej. DzU z 2026 r., poz. 986.
5. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. DzU z 2024 r., poz. 581, z późn. zm.
6. Bień B, Błędowski P, Broczek K, Derejczyk J, Grodzicki T, Kędziora-Kornatowska K, et al. Standardy postępowania w opiece geriatrycznej. Stanowisko Polskiego Towarzystwa

- Gerontologicznego opracowane przez ekspertów Zespołu ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia. Gerontol Pol. 2013;21(2):33–47.
7. Sternberg RJ. Cognitive psychology. Fort Worth: Harcourt Brace College Publishers; 1996.
8. Mayo AM, Wallhagen MI. Considerations of informed consent and decision-making competence in older adults with cognitive impairment. Res Gerontol Nurs. 2009;2(2): 103–11. <https://doi.org/10.3928/19404921-20090401-08>.
9. Farrell AM, Dove ES. Mason and McCall Smith's law and medical ethics. 12th ed. Oxford: Oxford University Press; 2023.
10. Van Hoecke M. Methodology of comparative legal research. Law Method. 2015;5:1–35. <https://doi.org/10.5553/REM/000010>.
11. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty. DzU z 2026 r., poz. 37, z późn. zm.
12. Lewandowska A, Kubiak R. Kompetencja faktyczna pacjenta do wyrażenia zgody na zabieg medyczny. Med Prakt. 2023;(3):119–29.
13. Appelbaum PS. Assessment of patients' competence to consent to treatment. N Engl J Med. 2007;357(18):1834–40. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp074045>.
14. Sessums LL, Zembrzuska H, Jackson JL. Does this patient have medical decision-making capacity? JAMA. 2011; 306(4):420–7. <https://doi.org/10.1001/jama.2011.1023>.
15. Palmer BW, Harmell AL. Assessment of healthcare decision-making capacity. Arch Clin Neuropsychol. 2016; 31(6):530–40. <https://doi.org/10.1093/arclin/acw051>.
16. Moyer J, Marson DC. Assessment of decision-making capacity in older adults: an emerging area of practice and research. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2007;62(1):P3–11. <https://doi.org/10.1093/geronb/62.1.P3>.
17. Słownik języka polskiego PWN [Internet]. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2026 [cited 2026 Mar 29]. Zgoda. Available from: <https://sjp.pwn.pl/slowniki/zgoda.html>.
18. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. DzU z 1997 r., nr 78, poz. 483, z późn. zm.
19. Karkowska D, Kmiecik B. Art. 16. In: Karkowska D, editor. Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz. Warszawa: Wolters Kluwer; 2021. LEX/el.
20. Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny. DzU z 2026 r., poz. 795.
21. Zajdel J. Cywilnoprawny charakter zgody. In: Zajdel J, editor. Meritum. Prawo medyczne. Warszawa: Wolters Kluwer; 2016. p. 62–87.
22. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 lipca 2010 r., II CSK 117/10, LEX nr 602677.
23. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 grudnia 2004 r., II CK 303/04, LEX nr 157493.

24. Zoll A. Granice legalności zabiegu medycznego. *PiM*. 1999;(1): 25–34.
25. Śliwka M. Prawa pacjenta w prawie polskim na tle prawno-porównawczym. Toruń: Dom Organizatora TNOiK; 2008.
26. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 15 stycznia 2014 r., I ACa 922/13, LEX nr 1441388.
27. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 11 kwietnia 2006 r., I CSK 191/05, LEX nr 182908.
28. Kmiecik B. Art. 17–18. In: Karkowska D, editor. Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz. Warszawa: Wolters Kluwer; 2021. LEX/el.
29. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 19 lutego 2019 r., V ACa 119/18, LEX nr 2631472.
30. Janiszewska B. Wyrażenie i forma zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego. In: Boratyńska M, Konieczniak P, Zielińska E, editors. System prawa medycznego. Tom II. Część 1. Regulacja prawna czynności medycznych. Warszawa: Wolters Kluwer; 2019. p. 459–70.
31. Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 10 kwietnia 2015 r., III KK 14/15, LEX nr 1712821.
32. Zajdel J. Podstawa podjęcia lub odstąpienia od udzielenia świadczenia zdrowotnego. In: Zajdel J, editor. Meritum. Prawo medyczne. Warszawa: Wolters Kluwer; 2016. p. 30–40.
33. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 16 maja 2012 r., III CSK 227/11, LEX nr 1211885.
34. Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 8 sierpnia 2019 r., VII SA/Wa 386/19, LEX nr 3079478.
35. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 14 marca 2019 r., IV CSK 15/18, LEX nr 2633975.
36. Darby RR, Dickerson BC. Dementia, decision-making, and capacity. *Harv Rev Psychiatry*. 2017;25(6):270–8. <https://doi.org/10.1097/HRP.000000000000163>.
37. Trachsel M, Hermann H, Biller-Andorno N. Cognitive fluctuations as a challenge for the assessment of decision-making capacity in patients with dementia. *Am J Alzheimers Dis Other Dement*. 2015;30(4):360–3. <https://doi.org/10.1177/1533317514539377>.
38. Kubiak R, Filipczak-Bryniarska I. Wykonanie zabiegu u pacjenta niemającego kompetencji faktycznej do wyrażenia zgody – opis przypadku i analiza medycznoprawna. *Med Paliatywna*. 2025;17(4):262–72. <https://doi.org/10.5114/pm.2025.156694>.
39. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 21 stycznia 2016 r., VI ACa 322/15, LEX nr 2004480.
40. Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 12 grudnia 2018 r., IV CSK 251/18, LEX nr 2592858.
41. Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 27 października 2005 r., III CK 155/05. OSNC. 2006;(7–8):137.
42. Wilk A. Prawne aspekty podejmowania decyzji przez członków rodziny w zastępstwie za osobę, u której doszło do osłabienia umysłowego wywołanego wiekiem lub chorobą – zagadnienia wybrane. *Wych Rodz*. 2023;30(4): 49–79. <https://doi.org/10.61905/wwr/176531>.
43. Konieczniak P. Kategoryzacja pacjentów i ich uprawnień decyzyjnych. In: Boratyńska M, Konieczniak P, Zielińska E, editors. System prawa medycznego. Tom II. Część 1. Regulacja prawna czynności medycznych. Warszawa: Wolters Kluwer; 2019. p. 399–426.
44. Council of Europe, Committee of Ministers [Internet]. Strasbourg: Council of Europe; 2009 [cited 2026 Jun 9]. Recommendation CM/Rec(2009)11 on principles concerning continuing powers of attorney and advance directives for incapacity. Available from: <https://search.coe.int/cm?i=09000016805c0b39>.
45. United Nations. Convention on the Rights of Persons with Disabilities [Internet]. New York: United Nations; 2006 [cited 2026 Mar 29]. Available from: https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convention_accessible_pdf.pdf.
46. Committee on the Rights of Persons with Disabilities. General comment No. 1 (2014), Article 12: Equal recognition before the law. CRPD/C/GC/1 [Internet]. Geneva: United Nations; 2014 [cited 2026 Mar 29]. Available from: <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/g14/031/20/pdf/g1403120.pdf>.
47. Alzheimer Europe [Internet]. Dementia in Europe Yearbook 2023: legal capacity and supported decision-making related to dementia. Luxembourg: Alzheimer Europe; 2023 [cited 2026 Jun 9]. Available from: <https://www.alzheimer-europe.org/resources/publications/dementia-europe-yearbook-2023-legal-capacity-and-supported-decision-making>.
48. European Court of Human Rights. Glass v. the United Kingdom, application no. 61827/00, judgment of 9 March 2004.
49. European Court of Human Rights. Jehovah's Witnesses of Moscow and Others v. Russia, application no. 302/02, judgment of 10 June 2010.
50. European Court of Human Rights. Arskaya v. Ukraine, application no. 45076/05, judgment of 5 December 2013.
51. European Court of Human Rights (Grand Chamber). Pindo Mulla v. Spain, application no. 15541/20, judgment of 17 September 2024.
52. European Court of Human Rights (Grand Chamber). Lambert and Others v. France, application no. 46043/14, judgment of 5 June 2015.
53. Schloendorff v. Society of New York Hospital, 211 N.Y. 125, 105 N.E. 92 (N.Y. 1914).

54. Natanson v. Kline, 186 Kan. 393, 350 P.2d 1093 (Kan. 1960).
55. Canterbury v. Spence, 464 F.2d 772 (D.C. Cir. 1972).
56. Cruzan v. Director, Missouri Department of Health, 497 U.S. 261 (1990).
57. Komisja Kodyfikacyjna Prawa Rodzinnego [Internet]. Opinia w sprawie projektu ustawy o instrumentach wspieranego podejmowania decyzji w zakresie uregulowań dotyczących pełnomocnictwa medycznego. Warszawa: Ministerstwo Sprawiedliwości; 2024 [cited 2026 Jun 13]. Available from: <https://www.gov.pl/attachment/021df0f2-d971-42e8-8eeb-fa8b67292957>.
58. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej. Rządowy projekt ustawy o instrumentach wspieranego podejmowania decyzji. Druk sejmowy nr 2645 [Internet]. Warszawa: Sejm Rzeczypospolitej Polskiej; 2026 [cited 2026 Jun 13]. Available from: <https://www.sejm.gov.pl/Sejm10.nsf/druk.xsp?documentId=D291A9329733D416C1258E1100321CF9>.
59. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej [Internet]. Apel nr 4/26/P-IX do Ministra Zdrowia w sprawie kontynuacji prac nad wypracowaniem rozwiązań normatywnych w zakresie pełnomocnictwa medycznego oraz kierowania pacjentów niezdolnych do wyrażenia woli do zakładu opiekuńczo-leczniczego i zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego. Warszawa: Naczelna Izba Lekarska; 2026 [cited 2026 Jun 14]. Available from: https://nil.org.pl/uploaded_files/documents/doc_1773665143_pa426p-ix-do-mz-kontyn-prac-pelnomoc-medyczny.pdf.