

Joanna Haberko

## PRAWNOMEDYCZNE RELACJE RODZICE–DZIECKO–PAŃSTWO

### 1. Realizacja zasady dobra dziecka w kontekście ochrony zdrowia i życia małoletniego

Sytuacja udzielania świadczeń zdrowotnych małoletnim, podobnie jak innym grupom podmiotów, jest sytuacją szczególną<sup>1</sup>. Państwo zapewnia bowiem dzieciom wyjątkową, jeśli ją porównać z ochroną udzielaną wszystkim dorosłym, ochronę zdrowotną. O powadze tej sytuacji świadczy to, że odniesienie do pozycji dzieci w związku z ich sytuacją zdrowotną pojawia się w samej Konstytucji RP. Przepis art. 68 ust. 3 Konstytucji RP nakłada bowiem na władze publiczne obowiązek zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym oraz osobom w podeszłym wieku<sup>2</sup>. Przepis ten nie może być wykładany w oderwaniu od innych przepisów konstytucyjnych, w szczególności art. 68 ust. 2 Konstytucji, gdzie mowa jest o finansowaniu świadczeń zdrowotnych. Wyróżnienie pewnych grup podmiotów, ze względu na charakterystyczne cechy tych podmiotów, następuje dlatego, że ustawodawca kieruje się przyjętym przez siebie systemem wartości. Grupą wyróżnioną, której zapewnia się opiekę zdrowotną są właśnie dzieci. Godzi

1 J. Haberko, *Cywilnoprawna ochrona dziecka poczętego a stosowanie procedur medycznych*, Warszawa 2010, passim, zwłaszcza rozdział III.

2 A. Zoll wyjaśnia, że przepis ten powinien być interpretowany w związku z art. 38 Konstytucji RP, który ustanawia prawną ochronę życia. Szerzej: A. Zoll, *Problemy służby zdrowia w świetle doświadczeń RPO*, „Prawo i Medycyna” 2000, nr 8, s. 8; Zob. także P. Winczorek, *Komentarz do Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z 2 kwietnia 1997 r.*, Warszawa 2000, s. 92; D. Karkowska, *Prawa pacjenta*, Warszawa 2009, s. 279 i nast.; W. Skrzydło, *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, LEX 2013; B. Banaszak, *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, Warszawa 2012, s. 408; Karta Praw Kobiety Rodzącej, <https://www.rpo.gov.pl/pliki/12282221170.pdf> [dostęp: 18.09.2020]; M. Gałązka, *Początek ludzkiego życia i status nasciturusa* [w:] M. Safjan, L. Bosek (red.), *Instytucje prawa medycznego*, System Prawa Medycznego t. 1, Warszawa 2017, s. 559.

się już w tym miejscu podkreślić, że w przypadku dzieci opieka ta będzie realizowana niezależnie od zasad finansowania świadczeń zdrowotnych. Z woli ustawodawcy to właśnie dzieci cieszą się szczególną uwagą, gdy chodzi o ochronę zdrowia zarówno w zakresie dostępności świadczeń, jak i ich finansowania<sup>3</sup>.

Realizacja opieki zdrowotnej nad dzieckiem odbywa się – jak zauważyliśmy wyżej – poprzez udzielanie świadczeń zdrowotnych. Jest to oczywiście opieka na poziomie instytucjonalnym, co do zasady, organizowanym i zapewnianym przez państwo<sup>4</sup>. Nie sposób tracić z pola widzenia faktu, że czynności w ramach ochrony zdrowia podejmują również rodzice, czy szerzej przedstawiciele ustawowi bądź osoby sprawujące pieczę, także w sytuacji, w której dziecko nie wymaga interwencji profesjonalnych podmiotów. Nie można oczywiście w tym zakresie mówić o udzielaniu świadczeń zdrowotnych sensu stricto, niemniej jednak ochrona zdrowia ma miejsce także w ramach odpowiedniego postępowania rodziców sprawujących władzę rodzicielską, i wpisuje się w sprawowanie pieczy nad osobą małoletniego. Troska o fizyczny rozwój dziecka obejmuje również troskę o to, by dziecko rozwijało się zdrowo<sup>5</sup>.

W zakresie opieki zdrowotnej powierzonej odpowiednim instytucjom opieka ta odbywa się poprzez udzielanie świadczeń zdrowotnych. Należy tu zwrócić uwagę przede wszystkim na przepisy ustawy o działalności leczniczej<sup>6</sup>, która reguluje zasady udzielania świadczeń zdrowotnych. Zgodnie z art. 2 pkt 10 tej ustawy świadczeniem zdrowotnym są działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania<sup>7</sup>. Wskazać można dalej także inne akty prawne, w szczególności ustawę o zawodach lekarza i lekarza dentystry<sup>8</sup>, ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta<sup>9</sup>, ustawę o leczeniu niepłodności<sup>10</sup>, ustawę o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży<sup>11</sup>, ustawę o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów<sup>12</sup> jak i rozporządzenia ministra właściwego do

3 Zob. P. Winczorek, dz. cyt., s. 92; M. Dercz, T. Rek, *Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej, Komentarz*, Kraków 2007, s. 31; także M. Dercz, T. Rek, *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, wyd. 2, Warszawa 2014. W zakresie ograniczeń w dostępie do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze źródeł publicznych zob. np. wyrok TK z 7 stycznia 2004 r., K 14/03, OTK-A 2004, nr 1, poz. 1.

4 Zob. w tym kontekście także B. Kmiecik, *Prawa dziecka jako pacjenta*, Warszawa 2016, s. 72 z powołaniem E. Czyż, E. Falkowska (oprac.), *Przestrzeganie praw dziecka w Polsce. Rekomendacje dla Parlamentu i Rządu*, Warszawa 2009, s. 10–11; M. Dercz, T. Rek, *Prawa dziecka jako pacjenta* [w:] *Ochrona praw dziecka*, t. 2, Warszawa 2003, passim.

5 J. Charzewska, B. Wajszczyk, *Co powinna zawierać prawidłowa, zbilansowana dieta? Rola urozmaiconej diety* [w:] M. Jarosz (red.), *Zasady prawidłowego żywienia dzieci i młodzieży oraz wskazówki dotyczące zdrowego stylu życia*, Warszawa 2008, s. 27; Narodowy Program Zapobiegania Nadwadze i Otyłości oraz Przewlekłym Chorobom Niezakaźnym poprzez Poprawę Żywienia i Aktywności Fizycznej na lata 2007–2011 (POL-HEALTH); zob. także: J. Szymańczak (red.), *Konferencja Żywność dzieci w Polsce. Czy stać nas na złe żywienie dzieci? 14 listopada 2012*, Warszawa 2012, s. 10.

6 Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz.U. 2020 poz. 295 t.j. ze zm.

7 I. Kowalska-Mańkowska [w:] A. Pietraszewska-Macheta (red.), *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, Warszawa 2015, s. 161.

8 Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, Dz.U. 2020 poz. 514 t.j.

9 Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz.U. 2020 poz. 849 t.j.

10 Ustawa z dnia 25 czerwca 2015 r. o leczeniu niepłodności, Dz.U. 2020 poz. 442 t.j.

11 Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, Dz.U. 1993 Nr 17 poz. 78 t.j. ze zm.

12 Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, Dz.U. 2017 poz. 767 t.j. ze zm.

spraw zdrowia oraz standardy postępowania wydane przez towarzystwa naukowe, w szczególności opracowania ekspertów Polskiego Towarzystwa Pediatricznego.

Świadczenia zdrowotne, którym jest poddawane dziecko stanowią wyraz realizacji uprawnienia do ochrony zdrowia, o którym mowa w Konstytucji. Przypomnijmy, że ustawodawca w art. 68 ust. 1 Konstytucji sformułował ogólny przepis, który po stronie każdego człowieka (obywatela) stwarza prawo podmiotowe do ochrony zdrowia<sup>13</sup>. Udzielanie świadczeń zdrowotnych dzieciom musi jednak uwzględniać szczególne przesłanki przedmiotowe i podmiotowe leżące po stronie małoletniego pacjenta, jak i podmiotów zobowiązanych i uprawnionych do podejmowania decyzji o realizacji tych uprawnień<sup>14</sup>. I w tym zakresie konieczne jest odniesienie do zasad wykonywania władzy rodzicielskiej przez rodziców, ewentualnie do sprawowania pieczy nad osobą małoletniego. Podkreślimy, że pomimo obiektywnych medycznych przesłanek postępowania w stosunku do dziecka w ramach możliwych świadczeń zdrowotnych udzielanych przez profesjonalny podmiot, decyzyjność w zakresie ochrony zdrowia dziecka pozostawiona jest rodzicom, którzy sprawują władzę rodzicielską (względnie jedynie bieżącą pieczę nad osobą dziecka) i są jego przedstawicielami ustawowymi. Nie oznacza to oczywiście, że system prawny nie wykształcił instrumentów ochronnych zabezpieczanych przez państwo na wypadek sytuacji, w których rodzice (przedstawiciele ustawowi) poprzez swoje decyzje naruszałiby, a nawet tylko zagrażali zdrowotnemu interesowi ich dziecka. Instrumenty te będą jednak przez odpowiednie władze uruchamiane dopiero wówczas, gdy rodzice swoim działaniem (lub jego brakiem) będą zagrażać dobru dziecka.

Przedstawiciele ustawowi od chwili urodzenia aż do momentu osiągnięcia przez dziecko pełnoletniości podejmują decyzje w zakresie możliwości wykonywania czynności diagnostycznych i terapeutycznych w stosunku do ich dziecka<sup>15</sup>. Przedstawicielami ustawowymi najczęściej są rodzice dziecka i to im przypada prawo i obowiązek podejmowania decyzji w zakresie zdrowotnych losów dziecka. Rodzice podejmują te decyzje dlatego, że przysługuje im władza rodzicielska, ale też dlatego, że wiedzą, co jest dla ich dziecka najlepsze.

Przepis art. 95 § 1 kodeksu rodzinnego i opiekuńczego (k.r.o.)<sup>16</sup> nakłada na rodziców obowiązek, a zarazem prawo wykonywania pieczy nad osobą i majątkiem dziecka<sup>17</sup>. Na osobowe elementy pieczy rodziców w przypadku dziecka składać się będą działania faktyczne, które podejmowane są przez rodziców dla dobra dziecka, przy czym działania te nie stanowią

13 L. Garlicki, *Polskie prawo konstytucyjne. Zarys wykładu*, wyd. 3, Warszawa 2016, s. 127 i nast.; K. Wojtyczek [w:] P. Sarnecki (red.), *Prawo konstytucyjne RP*, wyd. 9, Warszawa 2014, s. 89 i nast.; por. L. Bosek, *Gwarancje godności ludzkiej i ich wpływ na polskie prawo cywilne*, Warszawa 2012, s. 154 i nast.; L. Bosek, M. Wild, *Kontrola konstytucyjności prawa. Komentarz praktyczny dla sędziów i pełnomocników procesowych. Wzory pism procesowych*, Warszawa 2014, s. 231 i nast.; A. Ostrzyżek, *Prawo do ochrony zdrowia w świetle art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z 2 kwietnia 1997 r.*, „Prawo i Medycyna” 2005, nr 21, s. 71; M. Sliwka, *Prawa pacjenta w prawie polskim na tle prawo-porównawczym*, Toruń 2008, s. 24.

14 Przyjmuje się, że na władzach publicznych ciąży obowiązek zorganizowania opieki na zasadach odmiennych niż te, które obecne są w ramach opieki powszechnej, kierowanej do ogółu obywateli. Może chodzić o tworzenie i finansowanie specjalnych poradni lub wprowadzenie szczególnych warunków korzystania z poradni powszechnych. Zob. też B. Banaszak, dz. cyt., s. 411.

15 Szerzej, także w odniesieniu do dziecka poczętego: J. Haberko, *Cywilnoprawna ochrona dziecka...*, s. 97 i nast. oraz literatura tam powołana.

16 Ustawa z dnia 17 lutego 1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy, Dz.U. 2019 poz. 2086 t.j.

17 Z komentarzy zob. np. T. Sokołowski [w:] H. Dolecki, T. Sokołowski (red.), *Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz*, wyd. 2, Warszawa 2013, s. 645 i nast.; J. Ignatowicz [w:] K. Pietrzykowski (red.), *Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz*, wyd. 3, Warszawa 2012, s. 869 i nast.

elementu innych stosunków prawnych łączących rodziców z dziećmi. W dalszej kolejności składnikiem pieczy rodziców będą ich decyzje podejmowane w sytuacjach przewidzianych prawem, ze względu na fakt małoletniości dziecka, i to podejmowane w interesie dziecka, niemniej jednak jednocześnie mające wpływ na jego sytuację prawną. Doświadczenie życiowe podpowiada, że decyzje w zakresie pieczy zdecydowanie łatwiej podejmować rodzicom wówczas, gdy sprawując pieczę, mają osobistą styczność z dzieckiem. Mowa tu o sytuacjach, w których oboje rodzice i dzieci mieszkają razem. Prezentowane elementy osobowe pieczy występować będą w stosunkach między rodzicami a dziećmi, ale będą także miały wpływ na sytuację innych podmiotów, w szczególności profesjonalistów w ochronie zdrowia.

Rodzice, sprawując pieczę, mają kierować się zasadą dobra dziecka. Dotyczy to także sprawowania pieczy w aspekcie zdrowotnym. Ustawodawca nie definiuje terminu „dobre dziecka” w ogólności, nie definiuje tego pojęcia także gdy chodzi o dobro w znaczeniu dobrostanu zdrowotnego. W nauce zaproponowano kilka ujęć jego postrzegania. Według jednego ze stanowisk: „dobre dziecka oznacza kompleks wartości o charakterze materialnym i niematerialnym, niezbędnych do zapewnienia prawidłowego rozwoju fizycznego i duchowego dziecka oraz należytego przygotowania go do pracy (samodzielności życiowej) odpowiednio do jego uzdolnień, przy czym wartości te są zdeterminowane przez wiele różnorodnych czynników”<sup>18</sup>. T. Sokołowski przyjmuje natomiast w swoich rozważaniach, że dobre dziecka może być postrzegane zarówno jako pewna ceniona wartość, jak i jako pewien stan rzeczy<sup>19</sup>. W tym ujęciu dobre dziecka to „optymalna konfiguracja elementów dotyczącego dziecka stanu rzeczy, czyli interesu dziecka”<sup>20</sup>. Akcentuje się w doktrynie, że to właśnie dziecko jest najdonioślejszym i najważniejszym punktem odniesienia ocen, głównym adresatem i celem jakiegokolwiek postępowania medycznego oraz adresatem skutków na obszarze prawa cywilnego<sup>21</sup>. Dobre dziecka jest więc wartością wysoko cenioną przez ustawodawcę. Mamy z nią do czynienia zarówno w Konstytucji RP, jak i w innych aktach porządku krajowego i międzynarodowego, by wskazać jedynie kodeks rodzinny i opiekuńczy czy Konwencję o prawach dziecka<sup>22</sup>; co więcej, ustawodawca zwykle daje pierwszeństwo dobru dziecka przed interesem rodziców<sup>23</sup>. Kierując się dobrem dziecka, rodzice powinni dążyć do stworzenia dziecku korzystnej dla niego sytuacji życiowej, która będzie sprzyjać jego rozwojowi duchowemu i fizycznemu<sup>24</sup>. Zasadą tą obejmuje się także sytuację zdrowotną dziecka. Dobre dziecka w tym kontekście oznacza niezakłócony rozwój dziecka w aspekcie fizycznym i psychicznym, stan pełnego zdrowotnego dobrostanu, co oznacza nie tylko stan „bez choroby”, ale i stan

18 W. Stojanowska, *Rozwód a dobre dziecka*, Warszawa 1979, s. 21 i nast.

19 T. Sokołowski, *Władza rodzicielska nad dorastającym dzieckiem*, Poznań 1987, s. 10; idem, *Problematyka AIDS w świetle prawa rodzinnego*, Poznań 2000, s. 17 (podaje bogatą literaturę w zakresie definiowania dobra dziecka).

20 T. Sokołowski, *Prawo rodzinne. Zarys wykładu*, wyd. 4, Poznań 2008, s. 13.

21 T. Smyczyński, *Aksjologiczne i prawne podstawy dopuszczalności wspomaganiej prokreacji ludzkiej* [w:] J. Haberko, M. Łączkowska (red.), *Prawne, medyczne i psychologiczne aspekty wspomaganiej prokreacji*, Poznań 2005, s. 95.

22 Konwencja o prawach dziecka przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w dniu 20 listopada 1989 r., Dz.U. 1991 Nr 120 poz. 526.

23 W. Stojanowska, dz. cyt., s. 27; T. Smyczyński, dz. cyt., s. 95. Celem, dla którego realizuje się dobre dziecka jest zarówno ochrona interesu dziecka, jak i interesu społecznego oraz interesu rodziców. T. Sokołowski, *Prawo rodzinne...*, s. 123.

24 Tamże.

bez dolegliwości zdrowotnych jakiegokolwiek natury. W ramach rozwoju fizycznego rodzice powinni zapewnić dziecku takie warunki, by rozwijało się ono zdrowo, a wszelkie sygnały i objawy choroby czy niemocy fizycznej nie były przez rodziców bagatelizowane. Podobnie w sytuacji zdrowia, czy szerzej dobrostanu psychicznego dziecka. Rodzice powinni zapewnić takie warunki, by dziecko rozwijało się prawidłowo wolne od jakichkolwiek nacisków psychicznych, dręczenia, upokorzenia itp. Oznacza to także dalej konieczność podjęcia działań w zakresie profilaktyki zdrowotnej, diagnostyki oraz terapii. Niektóre z tych działań rodzice będą podejmowali samodzielnie, inne inicjowali, poddając dziecko działaniom profesjonalnych podmiotów w ochronie zdrowia.

W konsekwencji działania rodziców należy oceniać w świetle ochrony dobra dziecka i jego szczegółowych praw ułatwiających osiągnięcie dobra, czyli zdrowotnego dobrostanu, o którym była mowa wyżej. W literaturze nie jest kwestionowany pogląd, iż takie wartości jak trwałość więzi małżeńskich i rodzinnych oraz dobro dziecka powinny być preferowane względem wartości dotyczących wyłącznie poszczególnych osób<sup>25</sup>. To oznacza, że jeżeli rodzice mieliby zapewnić zdrowotne dobro dziecka kosztem preferowanych przez siebie wartości, które w hierarchii dóbr stoją niżej niż życie i zdrowie dziecka, powinni zrezygnować z realizacji własnych celów dla ratowania życia i zdrowia dziecka, a nawet dla zapewnienia wspomnianego wyżej dobrostanu. Stanowisko takie znajduje oparcie w wykładni systemowej prawa rodzinnego, w szczególności przepisów k.r.o., jak również w świetle Konwencji o prawach dziecka<sup>26</sup>, nie jest również obce doktrynie i orzecznictwu, w szczególności gdy chodzi o realizację takich wartości jak swoboda sumienia i wyznania rodziców czy prawo do wychowania dziecka w duchu własnych przekonań<sup>27</sup>.

## 2. Godność i autonomia małego pacjenta

Prezentowana część opracowania obejmuje sytuację zdrowotną małego pacjenta oraz jego relację w tym aspekcie z rodzicami i państwem. Państwo udziela gwarancji w zakresie realizacji opieki zdrowotnej, jednak jednocześnie, co należy podkreślić, zdrowie każdego człowieka zaliczane jest do sfery jego dóbr osobistych. Dobra osobiste przysługują wszystkim ludziom i źródło swoje mają w godności<sup>28</sup>. Nie ulega wątpliwości, że jeżeli dobra przysługują wszystkim ludziom, to przysługują także dzieciom, i to przysługują w pełnym wymiarze i bez ograniczeń. Godność dziecka nie jest zatem czymś istotowo innym od godności człowieka dorosłego<sup>29</sup>. Niezależnie od wieku i innych cech przysługujących podmiotowi godność jest wysoko cenioną wartością o charakterze konstytucyjnym. Jest nienaruszalna, niezbywalna i stanowi źródło innych praw i wolności konstytucyjnych. Godność człowieka realizuje się

25 Tamże.

26 M. Łączkowska, *Czy istnieje prawo do „posiadania” dziecka?* [w:] J. Haberko, M. Łączkowska (red.), *Prawne, medyczne i psychologiczne aspekty wspomagananej prokreacji*, Poznań 2005, s. 73; tak też TK w orzeczeniu z 28 maja 1997 r., K26/96, OTK ZU 1997, nr 2, poz. 19.

27 B. Kmiecik, dz. cyt., s. 215 z powołaniem H. Babiuch, *Zakres praw rodziców do wychowania dziecka zgodnie z własnymi przekonaniami*, „Zeszyty Naukowe Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Witelona w Legnicy” 2014, nr 13, s. 7.

28 Szerzej: W. Lis, A. Balicki, *Normatywny wymiar godności człowieka*, Lublin 2012, s. 7; J. Malczewski, *Eutanazja. Gdy etyka zderza się z prawem*, Warszawa 2012, s. 141 i nast.

29 T. Dangel, *Godność dziecka – refleksja lekarza*, „Opieka paliatywna nad dzieckiem” 2007, t. 15, s. 18.

i przejawia w wielu aspektach jego życia, zapewniając mu poczucie psychicznej i fizycznej integralności<sup>30</sup>. Z niej wywodzą się – jak zauważyliśmy wyżej – inne dobra osobiste chronione przez system prawny, w tym właśnie zdrowie czy życie.

To oznacza, że ochrona zdrowia dziecka wpisywać się będzie w godność człowieka i obejmować jego autonomię, tak w zakresie osoby, jak i działania<sup>31</sup>. Będzie to także realizacja ochrony dóbr osobistych dziecka. Dobra osobiste odnoszą się do cielesnej i duchowej natury człowieka w wielu jej wymiarach, poczynając od egzystencji biologicznej (np. życie, zdrowie, nietykalność cielesna), przez życie osobiste w węższym tego słowa znaczeniu (np. swoboda sumienia, stan cywilny, prywatność), aż na różnych aspektach życia społecznego kończąc (np. cześć). W tym sensie zabezpieczają one niejako psychofizyczną „całość” człowieka, jego fizyczną i psychiczną integralność<sup>32</sup>. Elastyczność ochrony wartości osobistych zapewnia nie tylko otwarty charakter katalogu dóbr osobistych, ale i dynamiczna natura tworzących go typów tych dóbr. Mogą one bowiem z czasem ulegać zmianom, w miarę rozwoju stosunków międzyludzkich<sup>33</sup>. Nie ulega wątpliwości, że szczególne miejsce w zakresie dóbr osobistych przyznaje się autonomii człowieka<sup>34</sup>, w interesującym nas przypadku odniesionej do autonomii pacjenta, w tym także pacjenta małoletniego<sup>35</sup>.

30 Zob. J. Sobczak, *Prawo a medycyna, Studia i szkice*, Warszawa 2018, s. 9–27;

31 S. Kielbasa, A. Niedzielski, *Regulacje prawne dotyczące zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego małoletniemu – wybrane zagadnienia* [w:] E. Kruk, A. Wołoszyn-Cichocka, M. Zdyb (red.), *Odpowiedzialność w ochronie zdrowia*, Warszawa 2018, Legalis.

32 J. Panowicz-Lipska [w:] M. Gutowski (red.), *Kodeks cywilny. Komentarz*, t. 1, Warszawa 2016, s. 112.

33 F. Rakiewicz, *Poczucie tożsamości narodowej jako dobro osobiste. Studium cywilnoprawne, Praca doktorska w maszynpisie*, Poznań 2017, npbl.

34 W literaturze wskazuje się na zgola odmienne sposoby prezentowania i definiowania autonomii. Zamiast wielu: M. Nowacka, *Autonomia pacjenta jako problem moralny*, Białystok 2005, s. 7; K. Mularski, [Recenzja: M. Boratyńska, *Wolny wybór. Gwarancje i granice prawa pacjenta do samodecydowania*, s. 733], „Kwartalnik Prawa Prywatnego” 2013, nr 3, s. 799–800; M. Boratyńska, *Wolny wybór. Gwarancje i granice prawa pacjenta do samodecydowania*, Warszawa 2015, s. 193; M. Błachut, *Autonomia podmiotu a neutralność moralna prawa* [w:] J. Helios (red.), *Z zagadnień teorii i filozofii prawa. Autonomia prawa ze stanowiska teorii i filozofii prawa*, Wrocław 2003, s. 41.

35 Zob. M. Safjan, *Prawo i medycyna. Ochrona praw jednostki a dylematy współczesnej medycyny*, Warszawa 1998, s. 42; M. Safjan, *Eutanazja a autonomia pacjenta – granice ochrony prawnej* [w:] A. Łopatka, B. Kunicka-Michalska, Ś. Kiewlicz (red.), *Prawo społeczeństwo jednostka. Księga jubileuszowa dedykowana Profesorowi Leszkowi Kubickiemu*, Warszawa 2003, s. 250–263; J. Haberko, *Cywilnoprawna ochrona dziecka...*, s. 257 i nast.; J. Haberko, B. Pawelczyk, *Poszanowanie autonomii pacjenta w zakresie wyrażania przez nią zgody na zabiegi medyczne*, „Ginekologia i Położnictwo – Medical Project” 2009, nr 1, s. 68; A. Krajewska, *Informacja genetyczna a zakres autonomii jednostki w europejskiej przestrzeni prawnej*, Wrocław 2008, s. 38 i nast.; R. Krajewski, *Funkcjonowanie świadomej zgody w relacjach lekarz – pacjent* [w:] S. Torciuk (red.), *Realizacja zasady informed consent w kontekście relacji lekarz – pacjent. Wyzwania i bariery rozwojowe w Polsce*, Warszawa 2012, s. 75 i nast.; B. Chyrowicz, *Biotyka. Anatomia sporu*, Kraków 2015, s. 114–118; M. Nowacka, *Filozoficzne podstawy zasady autonomii pacjenta*, „Problemy Higieny Epidemiologii” 2008, nr 3, s. 326–329; P. Łuków, *Granice zgody: autonomia zasad i dobro pacjenta*, Warszawa 2005, s. 126 i nast.; W. Gromski, *Autonomia i instrumentalny charakter prawa*, Wrocław 2000, s. 15; M. Błachut, dz. cyt., s. 50 i nast.; M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Autonomia pacjenta a wskazania medyczne*, „Studia Iuridica” 2008, t. 49, s. 9–42; M. Boratyńska, *Wolny wybór...*, s. 13 i nast.; M. Tenenbaum, *Zakres autonomii osób fizycznych w możliwości dysponowania komórkami, tkankami i narządami dla celów transplantologicznych za życia oraz na wypadek śmierci*, „Prawo” 2009, t. 308, s. 525 i nast.; A. Kobińska, *Zakres autonomii pacjenta na przykładzie niewyrażenia zgody na zastosowanie preparatu krwi podczas ewentualnej interwencji medycznej w bliżej nieokreślonej przyszłości*, „Transformacje Prawa Prywatnego” 2006, nr 2–3, s. 35 i nast.; A. Kołodziej, *Stopień autonomii woli pacjenta na tle ustawy o zawodzie lekarza i ustawy o ochronie zdrowia psychicznego*, „Prawo i Medycyna” 2002, nr 11, s. 74 i nast.; A. Liszewska, *Zgoda pacjenta na zabieg leczniczy*, „Państwo i Prawo” 1997, nr 1, s. 36 i nast.; A. Liszewska, *Prawnokarna ochrona prawa pacjenta do samostanowienia*, „Kontrola Państwowa” 1996, z. 3, s. 80 i nast.; S. Szatkowski, *Autonomia pacjenta*, „Etyka” 1998, nr 31, s. 169 i nast.; A. Michałek-Janiczek, *Autonomia małoletniego w zakresie leczenia*, „Państwo i Prawo” 2009, nr 10,

Powyższe ma znaczenie dla prowadzonych przez nas rozważań o tyle, że często realizacja prawa do ochrony zdrowia nie spotyka się z koniecznością uruchomienia instrumentarium państwa<sup>36</sup>. Ludzie realizują bowiem prawo do ochrony zdrowia w sposób, który uznają – ze względu na intymny i prywatny charakter materii – jako najbardziej dla siebie odpowiedni. Dotyczy to także rodziców zapewniających ochronę zdrowia ich dzieci. Państwo – jak zauważyliśmy – ingeruje dopiero wówczas, gdy zagrożone jest dobro dziecka czy to w aspekcie zdrowotnym, czy wolnościowym. Rodzice, jak i dziecko, korzystają bowiem dla realizacji wspomnianych praw właśnie ze sfery dóbr osobistych, w tym autonomii.

W tym kontekście pojawia się jednak konieczność uchwycenia niezwykle ważkiego problemu związanego z godnością i autonomią osoby małoletniego pacjenta. Nie ulega wątpliwości, że każdemu człowiekowi przysługuje godność i że z niej wypływa autonomia. To ona będzie miała w procesie decyzyjnym związanym z ochroną zdrowia duże znaczenie. Jak zauważyliśmy, autonomia jest wartością scalającą dobra osobiste i leżącą u podstaw dóbr osobistych. Nie można zatem nikogo godności i autonomii pozbawić. Powinna być szanowana niezależnie od sytuacji, w której człowiek się znajduje<sup>37</sup>. Mowa tu zarówno o sytuacji zdrowotnej, jak i o stanie świadomości człowieka. W tym kontekście pojawia się zagadnienie kluczowe dla prezentowanych tu rozważań, a mianowicie możliwość realizacji autonomii w związku z sytuacjami, w których może się znaleźć osoba, w szczególności dziecko, zależnie bądź niezależnie od woli<sup>38</sup>.

W przypadku dziecka niezdolnego do podejmowania decyzji, a nawet niezdolnego do zrozumienia sytuacji zdrowotnej możliwość realizacji uprawnień mających swe źródło w autonomii człowieka nabiera szczególnego znaczenia. Istotne jest w analizowanej sytuacji rozstrzygnięcie, czy można zrealizować uprawnienie mające swe źródło w autonomii człowieka bez ograniczenia i bez uwzględniania interesu innych osób, których przejawy realizacji autonomii mogą dotyczyć<sup>39</sup>. Nie ulega wątpliwości – jak zauważyliśmy wyżej – że autonomia mająca swe źródło w godności człowieka przysługuje także dziecku. Fakt, iż jest ono małoletnie i niedoświadczone życiowo nie zmienia istoty ochrony. Zarówno ze strony rodziców (przedstawicieli ustawowych) zobowiązanych do ochrony życia i zdrowia dziecka, jak i podmiotów profesjonalnych udzielających świadczeń zdrowotnych nie ma i nie może być dowolności w zakresie ingerencji w dobra osobiste. Co więcej, system prawny wykształcił pewne instrumenty w sytuacjach, w których uzyskanie decyzji małoletniego pacjenta lub

s. 57 i nast.; T. Biesaga, *Autonomia lekarza i pacjenta a cel medycyny*, „Medycyna Praktyczna” 2005, nr 6, s. 21 i nast.; W. Bołoz, *Bioetyka i prawa człowieka*, Warszawa 2007, s. 55 i nast.; E. Nowak-Juchacz, *Autonomia jako zasada etyczności. Kant, Fichte, Hegel*, Wrocław 2002, s. 15 i nast.; G. Dworkin, *The Theory and Practice of Autonomy*, Cambridge 1988, s. 54–62; T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford 2001, s. 134 i nast.

36 Zob. dla przykładu M. Urbaniak, *Podstawy prawne realizacji praw pacjenta małoletniego przez podmioty lecznicze*, „Pielęgniarstwo Polskie” 2015, nr 2, s. 192.

37 Dla przykładu o szczególnej sytuacji pacjenta w kontekście jego relacji z lekarzem, zob. J. Sobczak, *Zawody zaufania publicznego. Regulacja konstytucyjna i jej konsekwencje* [w:] J. Sobczak, J. Skrzypczak, M. Urbaniak (red.), *Zawody zaufania publicznego? Wybrane zagadnienia odpowiedzialności zawodowej radców prawnych i lekarzy*, Poznań 2015, s. 15–56; J. Haberko, K. Mularski, *Uwagi o wybranych problemach umów o świadczenie usług przez lekarza i radcę prawnego* [w:] tamże, s. 117–134.

38 J. Zajdel, R. Zajdel, *Dzieci i ryby głosu nie mają – prawa małoletniego w procesie leczenia*, „Standardy Medycyny/Pediiatrii” 2009, t. 6, s. 657–665.

39 Szerzej J. Haberko, A. Wojcieszak, *Autonomia pacjenta a obowiązek informacyjny lekarza*, „Zeszyty Naukowe Centrum Badań im. E. Stein” 2018, nr 19–20, s. 91–108.

w jego sprawie byłoby szczególnie utrudnione lub niemożliwe<sup>40</sup>. Dotyczy to zwłaszcza tych pacjentów małoletnich, którzy ze względu na wiek i stan osobniczego rozwoju nie są w stanie samodzielnie podjąć decyzji i poinformować o niej profesjonalny podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, jak i sytuacji, w której z różnych powodów nie czynią tego przedstawiciele ustawowi. Godzi się jednak podkreślić, że autonomia małoletniego będzie szanowana wówczas, gdy podejmując decyzje, rodzice lub inne podmioty (np. sąd, lekarz) przestrzegają będąc zasady dobra dziecka, a podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych realizować będą wskazane w ustawie obowiązki z uwzględnieniem podmiotowości dziecka<sup>41</sup>.

### 3. Zasady udzielania świadczeń zdrowotnych małoletniemu

Udzielanie świadczeń zdrowotnych każdemu pacjentowi musi odpowiadać pewnym standardom określonym przez ustawodawcę. Dzieje się tak właśnie dlatego, by zapewnić poszanowanie autonomii i nie naruszać godności osoby, która czy to z własnej woli, czy też niezależnie od niej, znalazła się w pewnej przymusowej sytuacji. Dotyczy to np. interesujących nas procedur medycznych i to zarówno procedur profilaktycznych, diagnostycznych, jak i terapeutycznych. Przymusowa sytuacja dziecka wiąże się ze stanem choroby czy pewnych dolegliwości. Obejmuje jednak także to, że dziecko samo nie może, z oczywistych powodów, podjąć racjonalnych życiowo decyzji zdrowotnych. Brak życiowego doświadczenia wyłącza możliwość podejmowania przez dziecko decyzji zdrowotnych zarówno w aspekcie faktycznym, jak i formalnym. Ustawodawca nie tylko pozbawia małoletniego do ukończenia 16. roku życia formalnej możliwości wyrażenia zgody, ale i przekazuje to uprawnienie określonym podmiotom, czyli przedstawicielom ustawowym (rodzicom lub opiekunom)<sup>42</sup>. Zapobiega to z jednej strony podejmowaniu nieprzemyślanych, niekontrolowanych działań przez dziecko, z drugiej zaś podejmowaniu działań przez osoby, którym nie przyznaje się w tym zakresie kompetencji<sup>43</sup>. W przypadku dzieci na szczególną uwagę zasługują także inne

40 Mowa tu o działaniu w ramach przedstawicielstwa ustawowego (działanie za małoletniego lub ubezwłasnowolnionego), jak również w ramach tzw. zgody na poszerzenie pola operacyjnego. R. Kubiak, *Prawo medyczne*, Warszawa 2010, s. 228 i nast.; B. Kmieciak, dz. cyt., s. 71 i nast.

41 Mowa w tym zakresie np. o przekazaniu informacji i odebraniu zgody od innych niż pacjent podmiotów lub równoległe, o dostarczeniu informacji dziecku w zakresie, w jakim informacja ta pozwoli dziecku zrozumieć charakter dokonywanych czynności medycznych, udzielaniu świadczeń z uwzględnieniem wieku, stopnia dojrzałości dziecka oraz delikatności, wrażliwości na potrzeby dziecka etc. W literaturze proponuje się wprowadzenie odrębnych regulacji prawnych, pozwalających nawet bardzo małym pacjentom (poniżej 16. roku życia) na wyrażenie zdania na temat proponowanych zabiegów diagnostycznych i terapeutycznych, jak również na zdecydowanie o ich zastosowaniu. Jak się argumentuje, pozwoliłoby to na podmiotowe traktowanie tej grupy podmiotów, a nadto zagwarantowanie poszanowania dla ich autonomiczności. Mając na uwadze fakt, iż stanowisko to jest nie tylko odważne, ale i ryzykowne, należy zauważyć, że stanowisko małoletniego – adekwatnie do wieku oraz stopnia dojrzałości – powinno być zawsze uwzględnione przy podejmowaniu interwencji medycznej. Tak z podaniem argumentacji i literatury: A. Wojcieszak, *Autonomia pacjenta z zaburzeniami psychicznymi*, praca doktorska, msp. npbl. z powołaniem M. Safjan, *Prawo polskie a Europejska Konwencja Bioetyczna*, „Prawo i Medycyna” 2000, nr 5, s. 12. Zob. także; I. Bernatek-Żagula, *Pacjent – konsument czy podopieczny?*, „Przegląd Prawa i Administracji” 2004, t. LX, s. 135 i nast.; A. Michalek-Janiczek, dz. cyt., s. 57 i nast.

42 Wyjątki w tym zakresie przewidują przepisy ustaw szczegółowych w ochronie zdrowia. Por. np. art. 4a ust. 4 u.p.r.; art. 25 ust. 2 u.z.l.; art. 12 ust. 3 u.p.p.p.

43 Zob. uchwała SN z 13 maja 2015 r., III CZP 19/15, Legalis 1231865. W literaturze na ten temat krytycznie L. Bosek, A. Pielak, *Glosa do uchwały SN z 13.5.2015 r., III CZP 19/15*, „Orzecznictwo Sądów Polskich” 2018, nr 6, s. 35–45; Z. Jancewicz, *Glosa do uchwały SN z 13.5.2015 r., III CZP 19/15*, „Roczniki Nauk Prawnych”



czynnikami. Mowa nie tylko o formalnych kwestiach związanych z poszanowaniem godności i respektowaniem autonomii w procesie podejmowania decyzji, ale i o sytuacji faktycznej podmiotu poddawanego procedurom medycznym. Wszystkie sytuacje zdrowotne małoletnich muszą być bowiem widziane przez pryzmat wzrostu i dojrzewania dziecka. Dotyczy to np. przyjmowania leków<sup>44</sup>, zwłaszcza w okresie wczesnodziecięcym i w okresie dojrzewania, jak również stosowania procedur o podwyższonym ryzyku oraz procedur operacyjnych<sup>45</sup>. Chodzi tu o nieodwracalność pewnych zdarzeń, które mogą skutkować teraz lub w przyszłości szkodą na osobie dziecka.

W literaturze wielokrotnie podejmowany był problem zasad rządzących dostarczaniem informacji oraz odbieraniem zgody od małoletniego pacjenta<sup>46</sup>. Mając na uwadze ten fakt, wystarczy wskazać, że system prawny wypracował szczególne mechanizmy kontrolne, które zapobiegają podejmowaniu działań sprzecznych z najlepiej pojętym interesem małoletniego czy działań choćby zagrażających realizacji zasady dobra dziecka w osiągnięciu zdrowotnego dobrostanu. Dalej przedmiotem wywodu pozostaną pewne szczegółowe problemy w zakresie dopuszczalności stosowania procedur medycznych w stosunku do osoby dziecka<sup>47</sup>.

W każdym przypadku poddawanie pacjenta procedurom medycznym musi być poprzedzone oceną ryzyka oraz dostarczeniem pacjentowi informacji w zakresie przebiegu procedury, charakteru zabiegu, ryzyka, rokowania, skutków ubocznych i metod alternatywnych<sup>48</sup>. W sytuacji, w której podmiotem procedur medycznych pozostaje dziecko, ocena

2015, t. XXV, nr 4, s. 187–197; A. Kallaus, *Glosa do uchwały SN z 13.5.2015 r., III CZP 19/15*, „Prawo i Medycyna” 2015, nr 5; M. Dereł, *Pelnomocnictwo do wyrażenia zgody na zabieg medyczny małoletniego. Glosa do uchwały SN z 13.5.2015 r., III CZP 19/15*, „Glosa” 2019, nr 1.

- 44 W tym kontekście zob. J. Haberko, *Przyjmowanie leków przez małoletniego a zorganizowany wyjazd turystyczny* [w:] P. Cybula (red.), *Prawne aspekty turystyki dzieci i młodzieży*, Kraków 2017, s. 39–54, tekst opublikowany w ramach grantu „Małoletni wobec rodziców i państwa. Współczesne, polskie uwarunkowania prawne realizacji zasady dobra dziecka oraz partycypacji” (umowa z NCN nr UMO-2015/19/B/HSS/03014).
- 45 J. Haberko, *Interes dziecka poczętego a poddanie kobiecie ciężarnej eksperymentom medycznym* [w:] L. Bosek, M. Królikowski (red.), *Współczesne wyzwania bioetyczne*, Warszawa 2010, s. 272; J. Haberko, I. Uhrzynowska-Tyszkiewicz, *Ustawa o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. Komentarz*, Warszawa 2014, passim; J. Duda, *Transplantacja w prawie polskim. Aspekty karnoprawne*, Zakamycze 2004, s. 173–191; J. Haberko, „Szczególne względy osobiste” a przeszczep od żywego dawcy, „Państwo i Prawo” 2011, nr 7–8, s. 44–54; J. Haberko, *Stosowanie technik wspomaganey medycznej prokreacji w celach niewyłączenia rodzicielskich. Problem „dziecka-lekarstwa”*, „Medyczna Wokanda” 2012, nr 4, s. 31–43, K. Mularski, *Problematyka przeszczepu od małoletniego żywego dawcy*, „Państwo i Prawo” 2013, nr 7, s. 54–67; J. Duda, *Cywilnoprawna problematyka transplantacji medycznej*, Warszawa 2011; J. Sobczak, *Ramy prawne transplantacji*, „Medyczna Wokanda” 2011, nr 3, s. 67–83.
- 46 Zob. na ten temat np. T. Brzeziński, *Zgoda na zabieg diagnostyczny i leczniczy* [w:] T. Kielanowski (red.), *Etyka i deontologia lekarska*, Warszawa 1980, s. 62; S. Niemczyk, A. Łazarska, *Medyczno-prawne rozważania o konkretyzacji przedmiotu zgody pacjenta*, „Prawo i Medycyna” 2008, nr 32, s. 65–80; M. Boratyńska, *Niektóre aspekty świadomej zgody pacjenta na leczenie na tle orzecznictwa Sądu Najwyższego. Część I. Sprzeciw pro futuro*, „Prawo i Medycyna” 2007, nr 28, s. 5; T. Dukiet-Nagórska, *Świadoma zgoda pacjenta w ustawodawstwie polskim*, „Prawo i Medycyna” 2000, nr 6–7; M. Czarkowski, J. Różyńska, *Świadoma zgoda na udział w eksperymencie medycznym. Poradnik dla badacza*, Warszawa 2008, s. 4; M. Świdwerska, *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny*, Toruń 2007; M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, Toruń 2010; R. Kubiak, *Zgoda uczestnika eksperymentu*, cz. 1, „Prawo i Medycyna” 2000, nr 8; J. Ignaczewski, *Zgoda pacjenta na leczenie*, Olsztyn 2003; A. Liszewska, *Problem zgody pacjenta jako dylemat aksjologiczny*, „Prawo i Medycyna” 1999, nr 1; K. Bączczyk-Rozwadowska, *Prawo pacjenta do informacji według przepisów polskiego prawa medycznego*, „Studia Iuridica Toruniensia” 2011, t. 9, s. 60; B. Kmiecik, dz. cyt., s. 163–200.
- 47 Zob. wyrok TK z 11 października 2011 r., K 16/10, *Legalis* 379743; P. Sobolewski [w:] M. Safjan, L. Bosek (red.), dz. cyt., s. 402–403.
- 48 Wyrok SA w Warszawie – V Wydział Cywilny z 13 lutego 2013 r., VI ACa 1013/12, *Legalis* 1049312; J. Haberko, *Sytuacja prawna dziecka jako pacjenta*, „Dziecko Krzywdzone. Teoria. Badania. Praktyka” 2019, nr 19(1), s. 13.

związana z realizacją obowiązku informacyjnego, jak również charakterem propozycji lekarza musi być szczególnie wnikliwa i to z dwóch powodów. Po pierwsze dlatego, że decyzję podejmują inne podmioty niż sam pacjent<sup>49</sup>. Po drugie zaś dlatego, że sytuacja musi być oceniana w kontekście nieodwracalności pewnych skutków, które mogą nastąpić. Jest to spowodowane faktem, że organizm dziecka pozostaje w procesie wzrostu i podlega ciągłym zmianom. Podanie pewnych leków czy zastosowanie procedur medycznych może mieć w przypadku dziecka daleko poważniejsze skutki niż w przypadku osób dorosłych. Stosując zatem określone procedury medyczne i poddając dziecko zabiegom, zwłaszcza operacyjnym lub o podwyższonym ryzyku, zarówno lekarz, jak i rodzice powinni mieć powyższe na uwadze.

Fakt podejmowania decyzji przez inny podmiot niż pacjent wpływa ponadto na konieczność szczególnie wnikliwej oceny realizacji dobra dziecka tak przez rodziców, jak i przez państwo, i wiążącego się z tym ryzyka. Może się bowiem zdarzyć tak, że rodzice (przedstawiciele ustawowi), podejmując decyzje w zakresie zdrowotnych interesów dziecka, kierują się nie dobrem dziecka i jego najlepszym interesem, lecz biorą pod uwagę inne przesłanki, nieuzasadnione medycznie. W tym zakresie realizacja autonomii rodziców musi zostać ograniczona na rzecz ochrony wartości, którą jest życie i zdrowie dziecka. Realizację ochrony dobra dziecka w tych przypadkach zapewnia państwo, rozstrzygające – poprzez profesjonalne podmioty (pracowników służby zdrowia, sąd opiekuńczy) – o możliwości poddania dziecka procedurom medycznym, na które rodzice nie wyrażają zgody<sup>50</sup>. Chodzi o działanie mające na celu ochronę zdrowotnego interesu i autonomii dziecka wówczas, gdyby rodzice (przedstawiciele ustawowi), podejmując decyzję, nie realizowali najlepszego interesu dziecka.

#### 4. Wola przedstawiciela ustawowego i dziecka a zasady podejmowania decyzji i wyrażania zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych

##### 4.1. Zgoda wyłączna przedstawiciela ustawowego

Wyrażenie zgody na działania medyczne stanowi przejaw realizacji autonomii człowieka<sup>51</sup>. W ten sposób uprawniony poprzez swoje oświadczenie wyłącza bezprawność naruszenia dóbr osobistych i przejmuje na siebie niezawinione ryzyko zabiegu<sup>52</sup>. Zgoda jest jednak także przejawem realizacji prawa do samostanowienia. W rezultacie, zgodnie z dyspozycją przepisu art. 31 ust. 1 u.z.l.<sup>53</sup>, pacjent (lub jego przedstawiciel ustawowy) ma prawo uzyskać przystępną informację o swoim stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych

49 A. Wojcieszak, dz. cyt.

50 A. Wołoszyn-Cichońska, *Prawo pacjenta – dziecka do wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego*, „Studia Prawnicze KUL” 2018, nr 4 (76), s. 109–136.

51 B. Kmiecik, dz. cyt., s. 204 i nast. z powołaniem M. Pastewka, *Waga zgody pacjenta*, „Menedżer Zdrowia” 2015, nr 3, s. 50–51; zob. też N. Karczewska-Kamińska, *Ochrona osób małoletnich i niezdolnych do wyrażenia zgody na interwencję medyczną w prawie common law (angloamerykańskim)*, „Gdańskie Studia Prawnicze” 2018, t. 39, s. 45–60; M. Gęsicka, *Zgoda zastępcza w prawie hiszpańskim a ochrona praw pacjenta małoletniego i ubezwłasnowolnionego*, „Prawo i Medycyna” 2017, nr 1, s. 60–71.

52 A. Zoll, *Granice legalności zabiegu medycznego*, „Prawo i Medycyna” 1999, nr 1, s. 34; A. Zoll, *Zaniechanie leczenia – aspekty prawne*, „Prawo i Medycyna” 2000, nr 2, s. 35.

53 Podobnie: art. 9 ust. 1–2 u.p.p.

oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu<sup>54</sup>. Zasada ta znajduje także potwierdzenie w etycznym obowiązku poinformowania pacjenta o stopniu ewentualnego ryzyka zabiegów diagnostycznych i leczniczych, i spodziewanych korzyściach związanych z wykonywaniem tych zabiegów, a także o możliwościach zastosowania innego postępowania medycznego (art. 13 k.e.l.). Wiąże się to bezpośrednio z respektowaniem prawa pacjenta do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących jego zdrowia<sup>55</sup>. W konsekwencji udzielenie informacji o sposobie leczenia i jego następstwach stanowi etyczny, a także prawny obowiązek lekarza oraz podstawowy instrument poszanowania autonomii pacjenta. Sama zgoda na czynności medyczne powinna być poprzedzona udzieloną pacjentowi informacją na temat stanu zdrowia, rozpoznania, proponowanych oraz możliwych metod diagnostycznych<sup>56</sup>.

W świetle art. 9 ust. 1 u.p.p. pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do uzyskania od lekarza przystępnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Wskazany przepis respektuje wskazaną wyżej zasadę autonomii pacjenta w zakresie informacyjnego samostanowienia. Ustawodawca respektuje tu autonomię informacyjną pacjenta, który ukończył 16. rok życia, przyjmując, że o ile ukończył on ten wiek, należy w zakresie realizacji obowiązku informacyjnego traktować go tak jak pacjenta pełnoletniego. Ma to oczywiste przełożenie na wymóg udzielenia zgody na działania lekarza.

W tym miejscu godzi się podkreślić, że pacjent małoletni, który nie ukończył 16 lat nie jest przez ustawodawcę w zakresie realizacji obowiązku informacyjnego traktowany przedmiotowo<sup>57</sup>. W świetle art. 9 ust. 3 u.p.p. pacjent ten ma prawo do uzyskania od lekarza informacji, o których mowa w ust. 2, w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu diagnostycznego lub terapeutycznego. Prawa ujęte w ustawie o prawach pacjenta znajdują swoje odbicie w obowiązkach lekarza określonych w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Warto podkreślić, że wymóg dostarczenia informacji pacjentowi służy dwóm zasadniczym celom. Po pierwsze, nadaje zgodzie pacjenta cechę zgodności z prawem, tj. wyłącza bezprawność, a po drugie, realizuje zasadę informacyjnego samostanowienia<sup>58</sup>. W tym drugim zakresie pacjent wie, co będzie się działo, jakie są rokowania,

54 Z tym obowiązkiem skorelowane jest prawo pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody (art. 16 u.p.p.). Szerzej: A. Dudzińska, *Wymagana informacja udzielana pacjentowi*, „Państwo i Prawo” 2008, nr 8, s. 90 i nast.

55 Pacjentowi, który nie ukończył lat 16, lekarz udziela informacji w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu diagnostycznego lub terapeutycznego i wysłuchuje jego zdania (art. 31 ust. 7 u.z.l.); zob. R. Tyimiński, *Obowiązek informacyjny lekarza wobec pacjenta – refleksje na tle wybranego dorobku orzeczniczego Izby Cywilnej Sądu Najwyższego*, „Przeгляд Sądowy” 2017, nr 5, s. 48–61.

56 J. Bujny, *Prawa pacjenta. Między autonomią a paternalizmem*, Warszawa 2007, passim; A. Krajewska, dz. cyt., s. 38 i nast.; A. Dudzińska, *Zgoda na działanie medyczne*, „Państwo i Prawo” 2009, nr 11, s. 69; podobnie: Z. Bugajska, *Aspekty etyczne w medycynie paliatywnej*, „Studia Medyczne” 2011, nr 22, s. 33; A. Zembala, *Modele komunikacyjne w relacjach lekarz – pacjent*, „Zeszyty Naukowe Towarzystwa Doktorantów UJ. Nauki Ścisłe” 2015, nr 2 (11), s. 40–41.

57 B. Janiszewska [w:] L. Bosek (red.), *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, Warszawa 2020, s. 225.

58 P. Sobolewski [w:] tamże, s. 390.

jakie ryzyka. Otrzymuje od lekarza informację o swoim stanie zdrowia, której być może nie byłby w stanie sam zinterpretować.

Jednocześnie trzeba zauważyć, że zgoda pacjenta zapewnia mu wpływ na dokonywane w stosunku do niego działania<sup>59</sup>. Pacjent może bowiem, kierowany sobie znanymi powodami, odmówić zgody, nawet jeśli proponowane przez lekarza działanie mieści się w najlepszym zdrowotnym interesie człowieka<sup>60</sup>. Pacjent nie musi podawać powodów swojego stanowiska, nie jest zobligowany tłumaczyć lekarzowi czy personelowi medycznemu swojej decyzji, może działać, biorąc pod uwagę ryzyka wiążące się z proponowanymi przez lekarza procedurami, może jednak działać na zasadzie „nie, bo nie”.

Podobnie jak zasadą dostarczenia informacji, tak zasadą wyrażenia zgody obejmuje się także pacjenta małoletniego. Godzi się jednak podkreślić, że ustawodawca przewiduje w tym zakresie kilka wyjątków. Po pierwsze, jak zauważyliśmy wyżej, podmiotami upoważnionymi do podejmowania decyzji i jej ujawniania lekarzowi w postaci zgody pozostają rodzice. Jest to swoisty wyjątek w zakresie realizacji prawa do samostanowienia człowieka. To rodzice (przedstawiciele ustawowi) wyrażają zgodę za dziecko, a niekiedy obok, wespół z dzieckiem.

Po drugie, w przepisach ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, jak i ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, zachodzi odstępstwo od zasad przyjętych w kodeksie cywilnym, odnoszących się do sytuacji małoletniego w zakresie poszanowania jego decyzyjnej autonomii<sup>61</sup>. Chociaż małoletni po ukończeniu 13. roku życia zyskuje ograniczoną zdolność do czynności prawnych, to jednak ustawodawca przyjął, że sytuacja małoletniego w prawie medycznym jest oparta na rozwiązaniach szczegółowych i aż do 16. roku życia wyrażanie zgody na zabiegi medyczne pozostaje nadal w sferze wyłącznej kompetencji przedstawiciela ustawowego<sup>62</sup>. Jest to zatem kwestia zgody rodziców (opiekunów). Instytucja, o której mowa, nosi miano zgody wyłącznej przedstawiciela ustawowego<sup>63</sup>.

Nie sposób jednak w tym miejscu nie uwzględnić faktu, że poza zgodą pozostaje jeszcze podjęcie decyzji w zakresie zdrowotnych losów dziecka. Mając to na uwadze, trzeba widzieć nie tylko to, że rodzice wyrażają zgodę na przeprowadzenie zabiegu, ale także to, że wcześniej podejmują decyzję, której efektem będzie właśnie ujawnienie tej decyzji lekarzowi w postaci zgody. Uprawnienie do podejmowania decyzji o wykonaniu badań diagnostycznych i terapii, w tym także badań klinicznych, w stosunku do dziecka stanowi – jak zauważyliśmy

59 L. Bosek [w:] tamże, s. 439, także wyrok TK z 30 września 2008 r., K 44/07, OTK-A 2008, nr 7, poz. 126.

60 Przedstawicielom nauki nie jest obcy pogląd, w myśl którego: „potrzeba poszanowania woli jednostki sprawia, iż pacjent jest coraz częściej postrzegany jako partner lekarza w walce z chorobą, czego wyrazem jest pojmowanie wzajemnych relacji w myśl zasady *voluntas aegroti suprema lex*. Chory nie jest więc jedynie przedmiotem interwencji lekarskiej, ale przede wszystkim stroną stosunku prawnego, której wola powinna mieć decydujące znaczenie”. J. Bujny, dz. cyt., s. 125 z literatury tam powołanej na uwagę zasługują w szczególności: J. Kulesza, *Brak zgody pacjenta na zabieg leczniczy, a lekarski obowiązek udzielania pomocy*, „Prawo i Medycyna” 2005, nr 19, s. 66; P. Dzienis, *Zgoda pacjenta jako warunek legalności leczenia*, „Przegląd Sądowy” 2001, nr 11–12, s. 78.

61 B. Janiszewska [w:] L. Bosek (red.), dz. cyt., s. 225 i nast.

62 Wyjątki od tej zasady zostały wyrażone w art. 12 ust. 3 u.p.p.p., w świetle którego osoba ta jest uprawniona do wyrażenia równoległej zgody na pobranie szpiku, jak i w art. 25 ust. 2 u.z.l., który przewiduje udział w eksperymencie medycznym małoletniego poniżej 16. roku życia działającego z dostatecznym rozeznaniem. W obu tych przypadkach następuje odstępstwo od ogólnej zasady. Zob. także w kontekście uprawnień innych członków rodziny M. Nesterowicz, dz. cyt., s. 182; P. Sobolewski [w:] L. Bosek (red.), dz. cyt., s. 417.

63 Warto jednak zauważyć, że w literaturze pojawiają się także inne określenia w tym zakresie, m.in. zgoda zastępcza czy zgoda substytucyjna. Tak np. tamże, s. 417.

wyżej – jeden z atrybutów władzy rodzicielskiej. Rodzice, podejmując decyzję o diagnostyce i terapii dziecka oraz wyrażając zgodę, korzystają z atrybutów władzy rodzicielskiej w postaci pieczy nad osobą małoletniego oraz jego reprezentacji.

Tak więc trzeba mieć na uwadze to, że konieczność zdecydowania o sposobie leczenia, stosowanych metodach diagnostycznych czy terapeutycznych, np. o poddaniu dziecka zabiegowi operacyjnemu, zabiegowi o podwyższonym ryzyku, w szczególności eksperymentowi medycznemu (badaniu klinicznemu) to elementy tradycyjnie zaliczane do pieczy nad osobą, zaś wyrażenie zgody i jej przedstawienie lekarzowi czy badaczowi to reprezentacja. Powyższe ma znaczenie nie tylko w zakresie doktrynalnego rozróżnienia, ale rodzi poważne konsekwencje na polu realizacji prawa rodziców (przedstawicieli ustawowych) do podejmowania decyzji o dziecku i poszanowania ich dóbr osobistych.

W ramach pieczy nad osobą dziecka rodzice (przedstawiciele ustawowi) powinni podejmować decyzje o istotnych sprawach dziecka, i zgodnie z art. 97 § 2 k.r.o., powinni czynić to wspólnie<sup>64</sup>. Pojawia się w tym zakresie oczywiście wielość życiowych możliwych kombinacji związanych z zakresem przysługującej *ad casum* rodzicom władzy rodzicielskiej. Niemniej jednak w sytuacji modelowej, tj. jeżeli obojgu rodzicom (niezależnie od tego, czy pozostają w małżeństwie, czy też nie) przysługuje władza rodzicielska o ważnych zdrowotnie sprawach dziecka, powinni oni decydować wspólnie.

Jednocześnie należy zauważyć, że zasadą prawa medycznego jest to, że lekarz może podjąć działania w stosunku do pacjenta dopiero po uzyskaniu jego zgody. Dotyczy to pacjenta, który ma kompetencję do samodzielnego jej wyrażenia, a w przypadku małoletniego jego przedstawiciela ustawowego. Tu pojawia się konieczność wyjaśnienia następującej kwestii. Otóż zgoda jest elementem tradycyjnie ujmowanym w ramach reprezentacji małoletniego, nie zaś omówionej wyżej pieczy. To oznacza, że o ile podjęcie decyzji w ramach istotnej sprawy dziecka wymaga współdziałania przedstawicieli ustawowych, o tyle jej ujawnienie w postaci zgody już tym wymogiem nie jest objęte. Zgodnie z teorią samodzielną reprezentacji wystarczające jest uzyskanie przez lekarza zgody jednego przedstawiciela ustawowego (np. tylko matki albo tylko ojca). Oczywiście sprawa komplikuje się, gdy obecni oboje rodzice dziecka składają oświadczenia odmiennej treści, a przedmiotem zgody jest istotna sprawa dziecka. Zauważyć jednak należy, że w literaturze prezentowany jest także odmienny pogląd utożsamiający – jak się wydaje – elementy pieczy i reprezentacji. Zgodnie z tym stanowiskiem „wyrażenie zgody przez oboje rodziców może być niemożliwe choćby z uwagi na wyjazd za granicę jednego z nich (co nie wyklucza porozumienia pomiędzy nimi). Może być także spowodowane separacją i brakiem kontaktu czy trwającym postępowaniem rozwodowym. Wskazuje się, że ze względów praktycznych lekarz powinien wystąpić do sądu tylko w skrajnych okolicznościach”<sup>65</sup>. Nie podzielam tego stanowiska. Chociaż przepisy prawa wyraźnie nie rozstrzygają tej kwestii, wydaje się, że w takiej sytuacji lekarz nie jest upoważniony do dokonania danej czynności medycznej, a spór pomiędzy rodzicami powinien zostać rozstrzygnięty przez sąd opiekuńczy w trybie art. 97 § 2 k.r.o. Lekarzowi wprawdzie wystarczy zgoda

64 W tym kontekście zob. także rozważania w zakresie podejmowania decyzji o zwolnieniu z tajemnicy lekarskiej. R. Kubiak [w:] L. Bosek (red.), dz. cyt., s. 320.

65 S. Kielbasa, A. Niedzielski, dz. cyt.

jednego z rodziców, niemniej jednak trudno uznać za satysfakcjonujące rozstrzygnięcie, w myśl którego lekarz miałby np. zignorować oświadczenie złożone wcześniej czy później lub przyjąć w razie jednoczesnego wyrażenia stanowiska przez rodziców, dopuszczalność działania. Nie jest też oczywiście tak, że konflikt rodziców i potrzeba jego rozstrzygnięcia przez sąd opiekuńczy wpłynie na zdrowotne losy dziecka. Lekarz dysponuje bowiem instrumentami prawnymi na wypadek, gdyby rodzice nie wyrażali zgody bądź gdyby oczekiwanie na wyrażenie zgody przez sąd opiekuńczy mogło skutkować niebezpieczeństwem utraty życia, uszkodzenia ciała czy rozstroju zdrowia u dziecka.

W myśl art. 32 ust. 3 u.z.l. w razie braku przedstawicieli ustawowych małoletniego zgodę wyrazić może także opiekun faktyczny, tj. osoba wykonująca bez obowiązku ustawowego ani umownego stałą opiekę nad osobą, która z powodu wieku albo stanu psychicznego lub cielesnego takiej opieki wymaga<sup>66</sup>. Jednakże kompetencje opiekuna faktycznego co do wyrażania zgody ograniczone zostały przez ustawodawcę wyłącznie do „badania”, zaś na dokonanie jakichkolwiek innych czynności medycznych wymagana jest zgoda innego podmiotu (przedstawiciela ustawowego bądź zezwolenie sądu opiekuńczego)<sup>67</sup>.

Mając zatem na uwadze fakt, że system prawny nie rozpoznaje zasady podwójnej reprezentacji, przyjąć należy, że zgodnie z art. 98 § 1 zd. 2 k.r.o. każde z rodziców, o ile przysługuje mu władza rodzicielska, może samodzielnie reprezentować dziecko i wyrażać zgodę. Takie stanowisko ustawowe oczywiście nie ułatwia sytuacji wówczas, gdy między rodzicami jest konflikt co do zakresu dopuszczalnych działań bądź możliwości ich podjęcia w ogóle. W tym przypadku postuluje się, by przewidziana w art. 98 § 1 k.r.o. zasada samodzielnej reprezentacji była ograniczona. Nie oznacza to jednak w żadnej mierze uproszczenia procedur medycznych w zakresie wyrażania zgody. Uznając rodziców dziecka za jego przedstawicieli ustawowych w zakresie uprawnienia do wyrażenia zgody na proponowane przez lekarza czynności w zakresie diagnostyki czy terapii, postulować należy nałożenie na nich obowiązku i uprawnienia do wspólnego podejmowania decyzji w ramach istotnej sprawy dziecka. Jednocześnie należy zastanowić się, czy wyrażenie zgody, stanowiące postać reprezentacji w sytuacji istotnej sprawy dziecka, nie powinno być oparte na zasadzie podwójnej reprezentacji. Przyjmując powyższe rozważania za punkt wyjścia, rozważyć należy także, jak powinna *de lege ferenda* wyglądać reprezentacja dziecka w zakresie podejmowania w stosunku do niego zgody na procedury medyczne wiążące się z podwyższonym ryzykiem.

W tym kontekście godzi się zauważyć, że w doktrynie pojawiają się już stanowiska, które dostrzegają trudności związane z samodzielną reprezentacją w istotnych sprawach dziecka i zakładają wprowadzenie zasady podwójnej reprezentacji odzwierciedlającej wspólne podejmowanie decyzji przez rodziców właśnie przy istotnych sprawach dziecka<sup>68</sup>. Pogląd został ujęty także w kontekście zasad wyrażania zgody na szczególną postać zabiegów medycznych,

66 Szeroko na temat opiekuna faktycznego w przypadku pacjenta małoletniego L. Bosek [w:] idem (red.), dz. cyt., s. 26 i nast.

67 J. Ignatowicz [w:] K. Pietrzykowski (red.), *Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz*, Warszawa 2003, s. 816 i nast.

68 J. Gajda, *Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Akty stanu cywilnego. Komentarz*, Warszawa 2002, s. 389; J. Gajda [w:] K. Pietrzykowski (red.), *Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz*, Warszawa 2020, s. 804; J. Haberko, *Cywilnoprawna ochrona dziecka...*, Warszawa 2010, s. 153.

którymi są eksperymenty medyczne<sup>69</sup>. M. Czarkowski i J. Różyńska zauważają, że obowiązek współdziałania rodziców w kwestii podejmowania decyzji o istotnych sprawach dziecka nie powinien ograniczać się wyłącznie do podjęcia decyzji, ale obejmować także reprezentację. Przywołani autorzy podnoszą, że w przypadku małoletniego zgodę na udział w eksperymencie medycznym powinni wyrazić oboje rodzice, a jeśli nie mogą tego uczynić, wówczas rodzic niereprezentujący powinien udzielić wyraźnego upoważnienia do reprezentowania. W odniesieniu do zgody na udział małoletniego w eksperymencie medycznym przyjmuje się dość rygorystyczne stanowisko w zakresie formy, w jakiej nastąpić powinno upoważnienie do reprezentowania rodzica. Upoważnienie powinno mieć postać bądź oświadczenia woli złożonego w formie pisemnej, w którym rodzic niereprezentujący dziecka w ramach czynności wyrażenia zgody zgadza się na udział małoletniego oraz na samodzielne reprezentowanie małoletniego przez drugiego rodzica w zakresie wyrażenia zgody, bądź też w formie pełnomocnictwa szczególnego, w którym rodzic niereprezentujący małoletniego wyraża zgodę na jego udział w eksperymencie i upoważnia drugiego rodzica do wyrażenia zgody w swoim imieniu<sup>70</sup>. Oznaczać by to miało, że oboje rodzice powinni wspólnie wyrazić zgodę na działania obejmujące ich dziecko w sytuacji, gdy działania te wiążą się ze zwiększonym ryzykiem. Działanie wyłącznie jednego z rodziców w zakresie wyrażania zgody na czynności podejmowane w stosunku do dziecka możliwe byłoby wyłącznie w sytuacji upoważnienia do reprezentowania dziecka przez drugiego z rodziców.

#### 4.2. Zgoda kumulatywna

Zarówno ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, jak i ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry przewidują instytucję tzw. zgody kumulatywnej. Jest ona różnie określana w literaturze, np. jako zgoda podwójna, zgoda łączna czy zgoda równoległa<sup>71</sup>. Niezależnie od przyjętej terminologii obejmuje się nią wymóg złożenia kumulatywnie dwóch oświadczeń. Oświadczenia te mogą przybrać postać zgody bądź jej odmowy i wyrażane są przez pacjenta oraz jego przedstawiciela ustawowego. Jest to kolejne, po zgodzie wyłącznej, odstępstwo od uznanej przez prawo zdolności człowieka do podejmowania samodzielnie pewnych prawnie skutecznych oświadczeń. Instytucja ta znajduje swój wyraz w art. 17 ust. 1 u.p.p. Zgodnie z tym przepisem, jeżeli pacjent ukończył 16. rok życia, do przeprowadzenia badania lub wykonania zabiegu potrzebna jest także jego zgoda. Przepis art. 17 ust. 1 u.p.p. nie przyznaje, co warto podkreślić, pełnej zdolności do wyrażania zgody na przeprowadzenie zabiegów medycznych pacjentom, którzy ukończyli 16. rok życia. Musi on być interpretowany w kontekście przyznanego w art. 17 ust. 2 u.p.p. prawa do wyrażenia zgody przedstawicielowi ustawowemu pacjenta małoletniego, całkowicie ubezwłasnowolnionego lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody<sup>72</sup>. Zestawienie tych dwóch przepisów prowadzi do wniosku, iż w przypadku pacjenta, który ukończył 16. rok życia wymaga się łącznej zgody pacjenta i przedstawiciela ustawowego. Oznacza to, że lekarz musi uzyskać łącznie zgodę tych podmiotów. Przyjęcie tej konstrukcji pozwala uwzględnić

69 M. Czarkowski, J. Różyńska, dz. cyt., s. 37.

70 Tamże.

71 P. Sobolewski [w:] L. Bosek (red.), dz. cyt., s. 415.

72 B. Janiszewska [w:] tamże, s. 415.

wolę małoletniego pacjenta w zakresie szerszym, niż wynikałoby to z art. 95 § 4 k.r.o. w związku z art. 72 ust. 3 Konstytucji<sup>73</sup>. Przepisy te wskazują, przypomnijmy, że w toku ustalania praw dziecka organy władzy publicznej oraz osoby odpowiedzialne za dziecko są obowiązane do wysłuchania i w miarę możliwości uwzględnienia zdania dziecka (art. 72 ust. 3 Konstytucji RP) oraz że rodzice przed powzięciem decyzji w ważniejszych sprawach dotyczących osoby dziecka powinni je wysłuchać, jeżeli rozwój umysłowy, stan zdrowia i stopień dojrzałości dziecka na to pozwala, oraz uwzględnić w miarę możliwości jego rozsądne życzenia (art. 95 § 4 k.r.o.).

W dyskusji pojawiają się jednak w tym zakresie głosy, iż autonomia pacjentów małoletnich, którzy ukończyli 16 lat, obejmuje wyłącznie możliwość wyrażenia zgody na zabieg medyczny<sup>74</sup>. Podstawą do uzasadnienia argumentacji w tym zakresie pozostaje wykładnia przepisu art. 32 ust. 6 u.z.l., w świetle którego w sytuacji, w której małoletni odmówi zgody, możliwe jest przeprowadzenie zabiegu wbrew woli pacjenta. Nie ulega wątpliwości, że ustawodawca dostrzega fakt niesamodzielnosci małoletniego pacjenta i że daje mu możliwość współdecydowania poprzez wyrażenie zgody lub jej odmowę<sup>75</sup>. Wątpliwe jest jednak przyjęcie, jak chcą niektórzy autorzy, iżby występowało tu podejście paternalistyczne w ścisłym, a nawet ograniczonym zakresie<sup>76</sup>.

Małoletni w ramach przyznanego mu uprawnienia do wyrażenia zgody może jej udzielić bądź odmówić<sup>77</sup>. Odmowa zgody małoletniego nie oznacza oczywiście, że możliwość przeprowadzenia badania lub dokonania zabiegu zostanie ostatecznie zablokowana, niemniej jednak istotnie skomplikuje dopuszczalność arbitralnych – z punktu widzenia dziecka – działań lekarza oraz przedstawiciela ustawowego. Małoletni, po ukończeniu 16. roku życia i niezależnie od jakichkolwiek innych czynników, w tym stanu własnej świadomości i zdolności do rozeznania znaczenia zgody, może wyrazić zgodę na proponowane przez lekarza działania lub tej zgody odmówić<sup>78</sup>. Oznacza to, że podobnie jak pacjent dorosły, może podjąć decyzję kierowany sobie znanymi powodami. Może ją także podjąć, w zakresie odmowy, na zasadzie „nie, bo nie”. Czynnikiem medycznej racjonalności decyzji nie ma dla rozstrzygnięcia istotnego znaczenia. W tych okolicznościach, dla zabezpieczenia obiektywnie pojmowanego interesu dziecka i wobec możliwości wystąpienia rozbieżnych stanowisk, rozstrzygnięcie spoczywa na sądzie opiekuńczym<sup>79</sup>. Oznacza to dalej, że w razie braku jednomyślnych stanowisk rodzica i małoletniego po ukończeniu 16. roku życia, o dopuszczalności ingerencji medycznej, niezależnie od jej charakteru, rozstrzygać będzie sąd opiekuńczy. Mowa w analizowanym zakresie o przypadkach, gdy dziecko się zgadza, a rodzic nie, albo odwrotnie. Przyjętemu przez ustawodawcę rozstrzygnięciu nie sposób odmówić racjonalności. Uwzględni ono bowiem konflikt interesów i racji, który powinien być rozstrzygany przez niezależny podmiot, zwłaszcza w sytuacji, w której w grę wchodzi takie wartości jak życie i zdrowie małoletniego.

73 W. Borysiak [w:] M. Safjan, L. Bosek (red.), *Konstytucja. Komentarz*, Warszawa 2016, s. 1511 i nast.

74 A. Wojcieszak, dz. cyt.

75 U. Drozdowska, *Cywilnoprawna ochrona praw pacjenta*, Warszawa 2007, s. 126.

76 M. Boratyńska, *Wolny wybór...*, s. 88; P. Sobolewski [w:] M. Safjan, L. Bosek (red.), dz. cyt., s. 403.

77 J. Pacian, *Charakter prawny zgody pacjenta małoletniego na czynność medyczną*, „Przegląd Prawa Publicznego” 2017, nr 11, s. 33–41.

78 P. Sobolewski, [w:] L. Bosek (red.), dz. cyt., s. 415 i nast.

79 J. Haberko, *Sytuacja prawna...*, s. 19.



Wątpliwości powstają jednak w związku z brzmieniem art. 17 ust. 3 u.p.p. W tym przepisie przyjmuje się bowiem, że jeżeli jednak małoletni, który ukończył 16 lat, osoba ubezwłasnowolniona albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznaniem, sprzeciwia się czynnościom medycznym, poza zgodą jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego albo w przypadku niewyrażenia przez nich zgody wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego. Jak się wydaje, odmowa zgody jest czymś innym niż sprzeciw<sup>80</sup>. Wobec braku jednoznacznego stanowiska ustawodawcy i koniecznej precyzji w zakresie określenia wspomnianych wyżej instytucji przyjąć należy, że o ile mamy do czynienia z pacjentem małoletnim po ukończeniu 16. roku życia zezwolenie sądu opiekuńczego nie będzie wymagane jedynie w przypadku, w którym zarówno małoletni, jak i reprezentujący go rodzic będą zgodni w zakresie rozstrzygnięcia. Dotyczy to zarówno sytuacji, w której się zgadzają, jak i sytuacji, w której zgody odmawiają.

W przypadku zaś, w którym małoletni wyrazi zgodę, a odmówi jej przedstawiciel ustawowy lub jej nie wyrazi, jak również w sytuacji, w której małoletni odmówi zgody (wyrazi sprzeciw), a przedstawiciel ustawowy zgodę wyrazi, konieczne jest rozstrzygnięcie sądu opiekuńczego. W razie wątpliwości w sytuacji, w której małoletni nie wyrazi zgody (ale nie w sytuacji jej odmowy) i wobec braku jego sprzeciwu przy zgodzie przedstawiciela ustawowego, rozstrzygnięcie powinno, w moim przekonaniu, nastąpić z udziałem sądu opiekuńczego.

### 4.3. Działanie bez zgody

Działanie w stosunku do pacjenta, w tym pacjenta małoletniego bez zgody (niezależnie od jej postaci) jest dopuszczalne wyłącznie w przypadkach przewidzianych w ustawie. Przepis art. 19 u.p.p. stanowi, że zasady przeprowadzenia badania lub udzielenia innych świadczeń zdrowotnych przez lekarza, ratownika medycznego oraz pielęgniarkę pomimo braku zgody albo wobec zgłoszenia sprzeciwu, o których mowa w art. 17 i art. 18 u.p.p., określają odpowiednio przepisy art. 33 i art. 34 ust. 6 u.z.l. oraz art. 11 ust. 10a–10c ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym<sup>81</sup>. Zgodnie z pierwszym z powołanych przepisów, tj. art. 33 ust. 1 u.z.l. badanie lub udzielenie pacjentowi innego świadczenia zdrowotnego bez jego zgody jest dopuszczalne, jeżeli wymaga on niezwłocznej pomocy lekarskiej, a ze względu na stan zdrowia lub wiek nie może wyrazić zgody i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym. W interesującym nas zakresie chodzi oczywiście o sytuację małoletniego, który ze względu na wiek zgody nie może wyrazić. Nie ma zresztą takiej samodzielnej lub kumulatywnej kompetencji. Ustawodawca uznaje w tym zakresie, że mniejszym uszczerbkiem w sytuacji braku możliwości porozumienia z przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym będzie podjęcie działań zmierzających do badania dziecka niż oczekiwanie na zezwolenie sądu opiekuńczego. Zezwolenie to i tak zresztą może okazać się konieczne,

80 Zob. w tym kontekście także K. Syroka-Marczewska, *Prawa dziecka jako pacjenta*, „Klinika – Czasopismo Fundacji Uniwersyteckich Poradni Prawnych” 2013, nr 14, s. 25.

81 Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, Dz.U. 2020 poz. 882 t.j.

gdyby należało wdrożyć bardziej skomplikowane procedury diagnostyczne, w szczególności obarczone wyższym ryzykiem, jak i procedury terapeutyczne. Powyższe znajduje odzwierciedlenie w treści przepisu. Ustawodawca przyjmuje bowiem, że jeżeli pacjent, o którym mowa w art. 32 ust. 2 u.z.l., nie ma przedstawiciela ustawowego ani opiekuna faktycznego albo porozumienie się z tymi osobami jest niemożliwe, lekarz po przeprowadzeniu badania może przystąpić do udzielania dalszych świadczeń zdrowotnych dopiero po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego, chyba że co innego wynika z przepisów ustawy.

Po drugie, poza sytuacją wzmiankowaną wyżej, możliwe jest, że przedstawiciel ustawowy pacjenta małoletniego nie wyraża zgody na wykonanie przez lekarza zabiegu operacyjnego lub o podwyższonym ryzyku, a zabiegi te są niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia. W tych okolicznościach zgodnie z art. 34 ust. 6 u.z.l. lekarz może wykonać takie czynności po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego. Chodzi o rozstrzygnięcie w interesie dziecka i dla jego dobra wówczas, gdy przedstawiciel ustawowy kieruje się innymi racjami niż obiektywny zdrowotny interes małoletniego. Konstrukcja przepisu, jak również jego umiejscowienie skłaniają do przyjęcia, że w analizowanej sytuacji chodzi o brak zgody wyłącznej przedstawiciela ustawowego, to znaczy o przypadek, w którym brak zgody blokowałby ostatecznie możliwość poddania małoletniego czynnościom ratującym życie i zdrowie. W sytuacji, w której przedstawiciel ustawowy zgody by odmawiał, a wyrażałby ją małoletni po ukończeniu 16. roku życia zastosowanie znalazłyby przepisy art. 34 ust. 5 oraz odpowiednio 32 ust. 6 u.z.l. zakładające konieczność uzyskania zezwolenia sądu opiekuńczego w razie rozbieżności zdań małoletniego i przedstawiciela ustawowego.

Po trzecie wreszcie, działanie bez zgody jest dopuszczalne na zasadzie art. 34 ust. 7 u.z.l. Chodzi tu o przypadki, w których lekarz może wykonać czynności wiążące się z podwyższonym ryzykiem dla pacjenta lub przeprowadzić zabiegi operacyjne bez zgody przedstawiciela ustawowego pacjenta bądź zgody właściwego sądu opiekuńczego. Przepis zakłada w tym zakresie dodatkową przesłankę w postaci prawdopodobieństwa negatywnych konsekwencji spowodowanych zwłoką w postępowaniu w sprawie uzyskania zgody. Ujmując sprawę obrazowo, doświadczenie życiowe oraz wiedza medyczna lekarza przemawiają za tym, żeby przeprowadzić zabieg w celu ratowania życia i zdrowia pacjenta, gdyż nieprzeprowadzenie zabiegu, a zatem zwłoka w podjęciu postępowania groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. Elementem kluczowym pozostaje tu zatem medyczna i obiektywna racjonalność oraz rzeczywista potrzeba działania w celu ratowania życia ludzkiego. Zarówno lekarz, jak i inny podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych potrafi na podstawie doświadczenia życiowego, a nade wszystko wiedzy medycznej, ocenić, czy zabieg, w tym zabieg operacyjny jest *ad casum* niezbędny. W takim przypadku lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności. O wykonywanych czynnościach lekarz niezwłocznie zawiadamia przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego lub sąd opiekuńczy.

Nietrudno zauważyć, że realizacja ochronnego charakteru państwa w stosunku do zdrowia małoletniego została powierzona lekarzowi, względnie innym podmiotom udzielającym

świadczeń zdrowotnych i sądowi opiekunów<sup>82</sup>. Podmioty te nie mają jednak możliwości podejmowania rozstrzygnięć dowolnych, w szczególności zaś nieuzasadnionych aktualną wiedzą medyczną.

## 5. Rozstrzygnięcie rozbieżności pomiędzy wolą rodziców, powodowaną swoiście pojmowanym przez nich dobrem dziecka, a obowiązkami nałożonymi przez państwo<sup>83</sup>

Przedstawiciele ustawowi, jak zauważyliśmy wyżej, pozostają w swych decyzjach, mających za przedmiot osobę, w tym ciało dziecka oraz sytuację zdrowotną małoletniego pozostającego pod ich władzą rodzicielską, autonomiczni<sup>84</sup>. Państwo, w zasadzie, nie ingeruje w to, jak rodzice sprawują pieczę, jak wychowują dziecko i jak realizują zasadę jego dobra w aspekcie osiągnięcia zdrowotnego dobrostanu. Ustawodawca darzy więc rodziców zaufaniem i decyduje się na zastosowanie środków prawnych jedynie w sytuacji, w której dobro dziecka jest zagrożone<sup>85</sup>. Autonomia rodziców (przedstawicieli ustawowych) nie obejmuje jednak wszystkich sfer życia dziecka. Owszem, rodzice mogą podejmować działania, poprzez które będą wychowywać i kształtować małoletniego, i mogą czynić to wedle własnego uznania, zgodnie z własnym sumieniem i własnymi zapatrywaniami, niemniej jednak w sytuacjach wyraźnie przez ustawę wskazanych decyzyjność rodziców pozostaje ograniczona, o ile nawet nie wyłączona. Stanowisko to można opisowo ująć w ten sposób, że ustawodawca wie lepiej, jak realizować zasadę dobra dziecka i nie pozostawia rodzicom prawa decyzji w tym zakresie<sup>86</sup>. Mowa tu o realizacji różnych obowiązków, w tym także zdrowotnych, w szczególności w zakresie szczepień ochronnych<sup>87</sup>.

System prawny, jak zauważyliśmy wcześniej, pozostawia rodzicom (przedstawicielom ustawowym) dziecka dowolność w zakresie podejmowania decyzji o zdrowotnych losach dziecka. Poza sytuacjami, w których swobodne działanie rodziców zostaje wyłączone, są oni całkowicie autonomiczni w ich podejmowaniu. Ustawodawca nie ingeruje w sposób wychowania

82 B. Janiszewska, *Zadania sądu opiekuńczego określone w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentyisty*, „Rodzina i Prawo” 2008, nr 3–4 (9/10), s. 65–93.

83 Zagadnienie to było przedmiotem analizy w ramach tekstu J. Haberko, *Administracyjnoprawny obowiązek szczepienia dzieci a zgoda przedstawiciela ustawowego na badania kwalifikacyjne*, „Studia Prawa Publicznego” 2017, nr 3, s. 9–28, stanowiącego immanentną część grantu „Małoletni wobec rodziców i państwa. Współczesne, polskie uwarunkowania prawne realizacji zasady dobra dziecka oraz partycypacji” (umowa z NCN nr UMO-2015/19/B/H55/03014).

84 A. Kledyńska, *Możliwość ingerencji państwa w sferę władzy rodzicielskiej w kontekście obowiązkowych szczepień ochronnych w Polsce – zagadnienia prawne i etyczne* [w:] P. Polaczuk, M. Augustyniak, A. Bauknecht (red.), *Prawne i etyczne problemy współczesnej medycyny*, Olsztyn 2016, s. 88–104.

85 Por. art. 109 k.r.o. i bogata literatura w tym zakresie. Z komentarzy: H. Dolecki [w:] H. Dolecki, T. Sokołowski (red.), dz. cyt., s. 724 i nast.; J. Ignatowicz [w:] K. Pietrzykowski (red.), *Kodeks...*, 2012, s. 940 i nast.

86 Dla przykładu wskazać można administracyjnoprawne konstrukcje obowiązku szkolnego czy właśnie obowiązku szczepień ochronnych. Trzeba jednak pamiętać, że podobnie będzie w sytuacji, w której rodzice będą postępować w sposób naruszający dobro dziecka, np. nie poddając go leczeniu, transfuzji krwi czy nie podając pożywienia odpowiednio do wieku dziecka. Należy mieć też na uwadze to, że często, przyjmując konstrukcję obowiązku nakładanego na rodziców, ustawodawca chroni nie tylko dobro dziecka i to w sposób przez siebie przyjęty, ale także realizuje bądź zabezpiecza jakiś inny interes, także społeczny, taki jak: wyeliminowanie analfabetyzmu czy zabezpieczenie zdrowia publicznego przez zażegnanie niebezpieczeństwa rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych u ludzi.

87 Ustawa dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, Dz.U. 2008 Nr 234 poz. 1570 ze zm.

dziecka i kierowania dzieckiem, nie neguje, co do zasady, sposobu sprawowania pieczy w aspekcie zdrowotnym nad osobą dziecka<sup>88</sup>. Dzieje się tak dopóty, dopóki rodzice swoim zachowaniem nie naruszają zasady dobra dziecka bądź uzasadnionego interesu społecznego<sup>89</sup>. Problem, co oczywiste, pojawia się wówczas, gdy rodzice (przedstawiciele ustawowi) nie akceptują stanowiska ustawodawcy, twierdząc, że zasadę dobra dziecka pojmują inaczej, a założone przez ustawodawcę środki służące osiągnięciu celu postrzegają w istocie jako działania godzące w dobro ich dziecka<sup>90</sup>.

*De lege lata* ustawodawca nie rozstrzyga wyraźnie, jak należy postąpić w sytuacji, w której dobro dziecka, swoiście pojmowane przez rodziców, w istocie kłóci się z obowiązkami nałożonymi na nich przez państwo i to nałożonymi w najlepszym interesie dziecka, jak i społeczeństwa. Konieczne wydaje się w tym zakresie dokonanie interwencji ustawodawcy tak, by *de lege ferenda* nie powstawały rozbieżności w zakresie wyłączenia uprawnienia do wyrażenia zgody bądź jej odmowy w sytuacji badania poprzedzającego udzielenie świadczenia, które na podstawie odrębnych przepisów jest obowiązkowe<sup>91</sup>. Należy zauważyć jednak, że wątpliwości w obecnym stanie prawnym dotyczą nie tyle rozbieżności w zakresie pojmowania interesu dziecka inaczej przez rodziców, a inaczej przez państwo, ale biorą się z faktu niezbyt trafnego sformułowania przepisów dotyczących dopuszczalności wyrażenia zgody przez przedstawicieli ustawowych. Realizacja obowiązku powinna sprowadzać się po stronie rodziców do uznania nadrzędności stanowiska ustawodawcy bez możliwości powołania się na własne zdanie rodziców<sup>92</sup>. Przyjąć należałoby, albo że nie wymaga się zgody zarówno na badania kwalifikacyjne, jak i na szczepienie, albo że zakresem autonomii niezależnie od stanowiska wyrażonego w zgodzie na badania nie obejmuje się samych szczepień<sup>93</sup>. Ustawodawca rozważyć musiałby w tej sytuacji, co jeżeli podmiot uprawniony do wyrażenia zgody na badanie kwalifikacyjne zgody tej odmówi<sup>94</sup>.

88 B. Kmiecik, dz. cyt., s. 184 z powołaniem P. Bucoń, *Prawa i obowiązki ojca w polskim prawodawstwie*, „Pedagogika Ojcowska” 2011, nr 2, s. 169; A. Sylwestrzak, *Obowiązki dziecka wobec rodziców*, „Ruch Prawniczy Ekonomiczny i Socjologiczny” 2001, nr 3, s. 64.

89 R. Tymiński, *Rodzic odmawiający szczepienia dziecka*, „Pediatria po Dyplomie” 2014, t. 18, nr 2, s. 60.

90 W doktrynie w tym zakresie pojawiają się stanowiska bardzo spolaryzowane, w świetle których „poddanie dziecka szczepieniem obowiązkowym nie jest przedmiotem swobodnego uznania rodziców”. Tak M. Boratyńska, *Szczepienia ochronne małoletnich a wykonywanie władzy rodzicielskiej. Uwagi na ile wyroku NSA*, „Prawo i Medycyna” 2013, nr 3–4, s. 68 i nast.; por. także wyrok WSA w Bydgoszczy z 29 grudnia 2013 r., II SA/Bd 631/13, CBOSA, gdzie sąd zważył nawet, że „rodzice małoletniego W. odmawiając poddania dziecka szczepieniom ochronnym, pozbawiają go konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia i zapobiegania chorobom szerzącym się epidemicznie”. Takie ujęcie można nawet traktować jako działanie rodziców sprzeczne z dobrem dziecka. Zob. też E. Łopata, P. Biesiada, S. Kałucka, *Opinie rodziców na temat zasadności szczepień obowiązkowych w Polsce*, „Family Medicine & Primary Care Review” 2014, nr 3, s. 252–254.

91 Szczegółowa analiza w tym zakresie J. Haberko, *Administracyjnoprawny obowiązek szczepienia...*, s. 9–28.

92 Wyrok WSA w Warszawie z 18 kwietnia 2018 r., VII SA/Wa 1941/17, Legalis 1803684.

93 Zob. też A. Augustynowicz, I. Wrześniewska-Wal, *Aspekty prawne obowiązkowych szczepień ochronnych u dzieci*, „Pediatria Polska” 2013, nr 88, s. 121; D. Andrzejewska, *Odmowa szczepień ochronnych*, „Magazyn Pielęgniarki i Położnej” 2013, nr 9, s. 9–10.

94 R. Kubiak, J. Bartosiak, R. Tymiński, *Czy podpisywanie zgody na obowiązkowe i zalecane szczepienie jest konieczne podczas każdej wizyty?*, „Medycyna Praktyczna. Szczepienia” 2013, nr 4, s. 90–92.

## 6. Relacja prawnomedyczna rodzice–dzieci–państwo w kontekście możliwości stosowania nowoczesnych technologii medycznych

Podjęcie decyzji o uczestnictwie małoletniego pacjenta w skomplikowanych zaawansowanych technologicznie, a niekiedy i eksperymentalnych, i obarczonych ryzykiem nowatorstwa procedurach medycznych należy do szeroko dyskutowanych zagadnień w prawie medycznym oraz medycynie ostatnich lat. Mając na uwadze, że problem jest wielowątkowy i wieloaspektowy poniższe rozważania ograniczone zostaną do dwóch głównych obszarów: udziału małoletniego w procedurach transplantacyjnych oraz udziału małoletniego w procedurach eksperymentalnych. Jest to podyktowane w pierwszej kolejności odrębnością samych procedur znajdującą swój wyraz w tym, że niektórych czynności w ogóle nie można w stosunku do dziecka przeprowadzić. W drugiej natomiast kolejności różnice przejawiają się w zakresie przedmiotowym i podmiotowym zgody na podjęcie i przeprowadzenie interwencji medycznych.

Nie ulega wątpliwości, że medycynę dziecięcą charakteryzuje szereg cech, które ze względu na wzmiankowaną wyżej niedojrzałość, niesamodzielną i fakt ciągłego wzrostu ciała dziecka muszą być uwzględniane, co więcej, wpływają one na zakres możliwych działań. Nie oznacza to ani tego, że procedury medyczne nie mogą być w ogóle u dzieci stosowane, ani też, że mogą być stosowane bez ograniczeń. Niektóre z procedur medycznych nie mogą być stosowane (np. pobranie narządu do przeszczepu od żywego dawcy), inne powinny być stosowane ze szczególną ostrożnością (np. poddanie dziecka procedurom eksperymentalnym, zwłaszcza w zakresie nieterapeutycznych eksperymentów badawczych czy badań klinicznych). Trzeba jednak zauważyć, że ustawodawca po to zaznacza odrębność wskazanych wyżej procedur, by uniknąć arbitralnych i nieuzasadnionych zdrowotnym interesem dziecka rozstrzygnięć, nawet jeśli te podejmowane miałyby być przez rodziców (przedstawicieli ustawowych).

Doświadczenie życiowe podpowiada, że skutki przeprowadzenia zabiegów lub podania leku, jego dawkowanie, reakcje niepożądane będą lub mogą być inne, gdy chodzi o osobę dorosłą i o dziecko. W przypadku małoletnich wskazane wyżej czynniki mogą różnić się w zależności od wieku, masy ciała czy innych zmiennych o charakterze personalnym (np. stanu zdrowia, chorób towarzyszących czy zaawansowania zmian chorobowych). Trzeba mieć jednak na uwadze i to, że osiągnięcie postępu w medycynie „dziecięcej” jest możliwe, o ile w badaniach np. nowych leków uczestniczą właśnie dzieci. Podobnie nie sposób przeprowadzić niektórych procedur opartych na standardach przewidzianych dla pacjentów dorosłych. Również regulacje prawne zakładają ograniczenia w zakresie dopuszczalności stosowania niektórych procedur medycznych, zwłaszcza eksperymentów czy pobrań komórek, tkanek lub narządów od żyjących dawców małoletnich<sup>95</sup>. Niezwykle istotne pozostaje w tym zakresie podejmowanie decyzji o zakresie dopuszczalnych działań medycznych.

Przechodząc do szczegółowych rozważań, czynionych na podstawie przepisów ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, należy zauważyć, że wiedza medyczna nie wyłącza możliwości podjęcia działań zmierzających do przeniesienia do organizmu małoletniego pacjenta tkanek lub narządu. Dzieje się tak dlatego, że ze względu

95 K. Mularski, *Problematyka przeszczepu...*, s. 54–67.

zdrowotnych wymaga on tego rodzaju leczenia, i że zazwyczaj jest to jedyny sposób ratowania życia lub poprawy jego jakości. Przeniesione tkanki lub narząd mają na celu zastąpienie tkanek lub narządu, które ze względu na swą niewydolność nie funkcjonują prawidłowo, przez co stwarzają zagrożenie dla zdrowia, a niekiedy i dla życia pacjenta. Ma to znaczenie dla każdego pacjenta, ale w przypadku małego może wpływać po prostu na możliwość uratowania życia i zdrowia na bardzo wczesnym etapie rozwoju. Chodzi zatem w tym przypadku o szansę dalszego życia człowieka. Dokonanie pobrania i przeszczepienia musi być zgodne ze sztuką wykonywania zawodu oraz spełniać pewne kryteria zarówno medyczne, jak i prawne<sup>96</sup>.

Ratowanie życia dziecka poprzez dokonanie przeszczepu odbywa się często z udziałem żywego dawcy. Trzeba jednak pamiętać, że pobranie narządu od żywego dawcy nie pozostaje obojętne dla jego zdrowia i wiąże się z ryzykiem wystąpienia powikłań oraz zdrowotnych konsekwencji na resztę życia<sup>97</sup>. Fakt, iż poddanie żywego człowieka pobraniu narządu wiąże się z powyższymi konsekwencjami w postaci upośledzenia jego czynności życiowych i wpływa na zaistnienie pewnych koniecznych ograniczeń, skłania ustawodawcę do przyjęcia szczególnych wymogów, które muszą być spełnione, by pobranie było możliwe i legalne. Biorąc powyższe pod uwagę, należy stwierdzić, iż *de lege lata* ustawodawca nie dopuszcza pobrania narządu od żyjącego małego pacjenta.

Natomiast nie ma ograniczeń w zakresie pobrania narządów, tkanek lub komórek *post mortem*. Ustawodawca dopuszcza pobranie *post mortem* zarówno od zmarłego małego, jak i na rzecz małego biorcy. Procedura ta nie różni się w sposób istotny od procedury w przypadku dorosłego<sup>98</sup>. Zabieg polega na pobraniu komórek, tkanek lub narządu od jednej osoby (lub ze zwłok) i przeniesieniu ich do organizmu innej osoby w celu zastąpienia ich znacznej niewydolności. Analiza całokształtu ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, jak i wydanych na jej podstawie aktów wykonawczych, pozwala przyjąć dopuszczalność pobrania w celu przeszczepienia lub zastosowania u ludzi komórek, tkanek i narządów od zmarłego dziecka. Pozwala także na pobranie komórek, tkanek lub narządów dla dziecka w celu ratowania jego życia lub poprawy zdrowia. Możliwe jest tu zatem pobranie na rzecz małego zarówno ze zwłok innego dziecka, jak i ze zwłok osoby dorosłej. Ustawa nie wyłącza także dopuszczalności pobrania ze zwłok dziecka na rzecz osoby dorosłej. Trzeba mieć jednak na uwadze konieczność uwzględnienia budowy anatomicznej zarówno dawcy, jak i biorcy.

Przyjmując, że problematyka dopuszczalności pobrania od małego dawcy doczekała się wielu analiz<sup>99</sup>, w poniższym wywodzie rozważania zostaną ograniczone do kilku

96 Zob. np. G. Rejman, *Zgoda dawcy narządu lub organu na uszkodzenie ciała jako okoliczność uchylająca bezprawnosć czynu*, „Nowe Prawo” 1988, nr 4, s. 14–26; zob. też Ł. Sokołowski, K. Różański, *Zgoda pacjenta jako kontraktyp cywilnoprawnej odpowiedzialności deliktowej lekarza*, „Zeszyt Studencki Kół Naukowych Wydziału Prawa i Administracji UAM” 2012, nr 2, s. 191–192.

97 Mając na uwadze powyższe ustawodawca wyłącza dopuszczalność pobrania narządu od małego dawcy. Szerzej na ten temat pisałam [w:] J. Haberko, *Stosowanie technik wspomaganej...*, s. 32–43.

98 Pobranie od małego po śmierci dokonywane jest na ogólnych zasadach pobrania *post mortem*, w sytuacji gdy przedstawiciel ustawowy lub sam małełni powyżej 16. roku życia nie wyrazili za życia sprzeciwu wobec pobrania komórek, tkanek i narządów w trybie art. 5 u.p.p.

99 Zob. m.in. K. Mularski, *Problematyka przeszczepu...*, s. 54–67 i literatura tam powołana; M. Tenenbaum, dz. cyt., *passim*; R. Patryń, *Trudności interpretacyjne pojęcia „pacjent małełni” w prawie medycznym*, „Prawo i Medycyna” 2010, nr 3.

kwestii mających, jak się wydaje, znaczenie zasadnicze. Otóż małoletni pacjent może być bez ograniczeń biorcą przeszczepu. Tu bez znaczenia pozostaje podmiot będący dawcą, co oznacza, że małoletni może być biorcą przeszczepu zarówno od dawcy żywego, jak i ze zwłok, zarówno od dawcy małoletniego, jak i dorosłego. Ogólne reguły dopuszczalności żywego dawstwa będą tu miały oczywiście zastosowanie. W przypadku dawstwa przeszczepu od żywego dawcy udział małoletniego w procedurze zostaje ograniczony zarówno przedmiotowo, jak i podmiotowo. Istotne w analizowanym zakresie pozostają następujące ograniczenia. Po pierwsze, małoletni nie może – jak zauważyliśmy wyżej – być dawcą przeszczepu, gdy chodzi o narząd. Jest to zasada, której ustawodawca nadaje bezwzględny charakter i nie przewiduje w tym zakresie żadnych wyjątków. W zakresie dawstwa innego niż dawstwo narządów ograniczenia mają przedmiotowy i podmiotowy charakter. Tak więc przesłanki pobrania szpiku i komórek krwiotwórczych z krwi obwodowej zostały ujęte następująco: w przypadku gdy zachodzi bezpośrednio niebezpieczeństwo utraty życia, a niebezpieczeństwa takiego nie można uniknąć w inny sposób niż przez dokonanie przeszczepu szpiku lub komórek krwiotwórczych krwi obwodowej, dawcą na rzecz rodzeństwa może być również małoletni, jeżeli nie spowoduje to dającego się przewidzieć upośledzenia sprawności organizmu dawcy<sup>100</sup>.

Przechodząc do zasad procedur eksperymentalnych w stosunku do małoletniego, należy zauważyć, że pediatria, neonatologia czy chirurgia dziecięca są dziedzinami wiedzy medycznej o znacznej swoistości i specyfice. Nie jest możliwe podejmowanie badań w zakresie skuteczności proponowanych w tym zakresie rozwiązań bez udziału podmiotów, których procedury medyczne mają dotyczyć, czyli dzieci.

Eksperymentalny charakter procedur podejmowanych w stosunku do małoletniego nie wyłącza, co trzeba mieć na uwadze, ogólnych reguł dopuszczalności podejmowania eksperymentów w ogólności. Jedynie tytułem wzmianki należy zauważyć, że każdy eksperyment medyczny, niezależnie od tego, czy będzie przeprowadzony na osobie dorosłej, czy dziecku, może być przeprowadzany, jeżeli spodziewana korzyść lecznicza lub poznawcza ma istotne znaczenie, a przewidywane osiągnięcie tej korzyści oraz celowość i sposób przeprowadzania eksperymentu są zasadne w świetle aktualnego stanu wiedzy i zgodne z zasadami etyki lekarskiej.

Ustawodawca precyzuje w art. 25 ust. 3 u.z.l., że udział małoletniego w eksperymencie badawczym jest dopuszczalny, jeżeli spodziewane korzyści mają bezpośrednie znaczenie dla zdrowia małoletniego, a ryzyko jest niewielkie i nie pozostaje w dysproporcji do możliwych pozytywnych rezultatów. Eksperyment badawczy z udziałem małoletniego nie jest dopuszczalny, gdy istnieje możliwość przeprowadzenia takiego eksperymentu o porównywalnej

100 Pobranie szpiku lub komórek krwiotwórczych krwi obwodowej od małoletniego, który nie ma pełnej zdolności do czynności prawnych, może być dokonane za zgodą przedstawiciela ustawowego po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego, właściwego ze względu na miejsce zamieszkania kandydata na dawcę. W przypadku gdy dawcą szpiku jest małoletni powyżej 13. roku życia, wymagana jest także jego zgoda. Sąd orzeka na wniosek przedstawicieli ustawowych kandydata na dawcę, po wysłuchaniu małoletniego i zasięgnięciu opinii biegłego psychologa, a w przypadku małoletniego powyżej lat 16 – również na jego wniosek. Do wniosku należy dołączyć orzeczenie lekarskie stwierdzające, że pobranie szpiku nie spowoduje dającego się przewidzieć upośledzenia organizmu dawcy. Szczegółowo wcześniej J. Haberko, I. Uhrzynowska-Tyszkiewicz, dz. cyt., *passim* oraz literatura tam powołana.

efektywności z udziałem osoby mającej pełną zdolność do czynności prawnych<sup>101</sup>. Sprostanie temu założeniu może być trudne, o ile nie niemożliwe. Dziać się tak będzie z dwóch powodów: po pierwsze dlatego, że eksperyment badawczy wiąże się z poszerzeniem wiedzy np. o jakimś produkcie leczniczym, stąd trudno przyjąć porównywalność efektywności eksperymentu, skoro z założenia nie był wcześniej prowadzony. Po drugie, specyfika procedur dziecięcych może wyłączać możliwość osiągnięcia celu w postaci stwierdzenia, że dany lek działa na dziecko tak, a nie inaczej, skoro był przedmiotem badania w odniesieniu do uczestnika eksperymentu o pełnej zdolności do czynności prawnych, czyli zazwyczaj pacjenta dorosłego.

Na podstawie wykładni przepisów ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry w związku z ustawą Prawo farmaceutyczne<sup>102</sup> można sformułować standard eksperymentu będącego jednocześnie badaniem klinicznym u dzieci. Ten powinien przedstawiać się następująco:

1. Należy uzyskać „świadomą” zgodę<sup>103</sup> przedstawiciela ustawowego i małoletniego na zasadach określonych w art. 25 u.z.l., co oznacza konieczność uzyskania pisemnej zgody przedstawiciela ustawowego oraz jeżeli małoletni ukończył 16 lat lub nie ukończył 16 lat i jest w stanie z rozeznananiem wypowiedzieć opinię w sprawie swego uczestnictwa w eksperymencie, także jego pisemną zgodę<sup>104</sup>.
2. Należy udzielić małoletniemu zrozumiałych dla niego informacji dotyczących badania klinicznego oraz związanego z nim ryzyka i korzyści oraz uwzględnić życzenia małoletniego, zdolnego do wyrażania opinii i oceny powyższych informacji, dotyczące jego odmowy udziału w badaniu klinicznym lub wycofania się z tego badania.
3. Badanie kliniczne bezpośrednio dotyczy choroby występującej u danego małoletniego lub jest możliwe do przeprowadzenia tylko z udziałem małoletnich.

ostatni z przedstawionych warunków standardu może budzić wątpliwości w kontekście dopuszczalności neterapeutycznych badań klinicznych. Chodzi o treść przepisów art. 37h ust. 1 pkt 4 oraz pkt 5 u.p.f. Ustawodawca zakłada tu bowiem, że „grupa pacjentów potencjalnie odniesie bezpośrednie korzyści z badania klinicznego, a przeprowadzenie takiego badania klinicznego jest niezbędne do potwierdzenia danych uzyskanych w badaniach klinicznych, których uczestnikami były osoby zdolne do wyrażenia świadomej zgody, lub w badaniach klinicznych prowadzonych innymi metodami naukowymi (pkt 4) oraz badanie kliniczne bezpośrednio dotyczy choroby występującej u danego małoletniego lub jest możliwe do przeprowadzenia tylko z udziałem małoletnich (pkt 5)”. Pomijając niezbyt trafne

101 Z bogatej literatury na ten temat por. np. M. Świdorska, dz. cyt., s. 296 i nast.; R. Kubiak, *Zgoda uczestnika eksperymentu*, cz. 1..., passim; A. Wnukiewicz-Kozłowska, *Eksperyment medyczny na organizmie ludzkim w prawie międzynarodowym i europejskim*, Warszawa 2004; K. Sakowski [w:] E. Zielińska (red.), *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry*, Warszawa 2008; B. Iwańska, *Warunki prawne dopuszczalności eksperymentów medycznych*, „Państwo i Prawo” 2000, nr 2.

102 Ustawa z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne, Dz.U. 2017 poz. 2211 t.j. ze zm.

103 Por. na ten temat M. Czarkowski, *Świadoma zgoda na udział w eksperymencie medycznym*, Warszawa 2008; passim.

104 Stanowczo odrzucić należy interpretację przedstawianą przez niektórych badaczy, w świetle której z wnioskiem do sądu opiekuńczego, właściwego ze względu na siedzibę podmiotu, o udzielenie zgody na uczestnictwo w eksperymencie medycznym (czyli także badawczym) osoby, o której mowa w art. 25 ust. 2–5 u.z.l. (małoletni jest w ust. 3), może wystąpić podmiot przeprowadzający eksperyment, gdyż w prostej konsekwencji prowadzi to do przeprowadzenia eksperymentu bez zgody małoletniego, a tego skutku ustawodawca zdawał się unikać.



sformułowanie natury językowej, należy zauważyć, że użycie w treści przepisu spójnika alternatywy łącznej „lub” pozwala przyjąć także niezbyt przychylną małoletniemu interpretację dopuszczalności przeprowadzenia badania klinicznego w celu innym niż terapeutyczny. Jak się wydaje, alternatywa w tym zakresie i przeprowadzenie badania klinicznego, gdy jest ono możliwe do przeprowadzenia tylko z udziałem małoletnich wobec braku przesłanki bezpośredniego związku z chorobą występującą u małoletniego, nie jest rozwiązaniem stojącym na straży ochrony interesu małoletniego pacjenta<sup>105</sup>.

Jedynie tytułem uzupełnienia wypada wzmiankować, że materia będąca przedmiotem analizy pozostaje w centrum zainteresowania ustawodawcy. W Sejmie toczą się prace nad projektem ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty m.in. w zakresie eksperymentu medycznego<sup>106</sup>. Projekt przewiduje, że eksperyment medyczny może być przeprowadzony po uzyskaniu zgody jego uczestnika lub osoby, której skutki eksperymentu mogą bezpośrednio dotknąć. Nie wyjaśniono przy tym, kim ma być „osoba, której skutki eksperymentu mogą bezpośrednio dotknąć”. Na podstawie zastosowanej konstrukcji językowej można przyjąć, że nie będzie to pacjent (uczestnik eksperymentu). Po drugie, w art. 25 projektu nastąpiła zmiana w zakresie przesłanek formalnych, tzn. wieku uprawniającego do wyrażenia zgody. Autor projektu zakłada następujące brzmienie przepisu: „W przypadku uczestnika będącego osobą małoletnią, która nie ukończyła 13. roku życia, zgody, o której mowa w ust. 1, udziela jej przedstawiciel ustawowy. W przypadku zaś uczestnika będącego osobą małoletnią, która ukończyła 13. rok życia, jest wymagana zgoda takiej osoby oraz jej przedstawiciela ustawowego. Jeżeli między tymi osobami nie ma porozumienia, sprawę rozstrzyga sąd opiekuńczy. Jednocześnie projekt odnosi się do ogólnych postanowień kodeksowych: „w sprawach, o którym mowa w ust. 2 i 3, stosuje się art. 97 § 2 ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy”. W uzasadnieniu nie wskazuje się, dlaczego nastąpiło przesunięcie granicy wieku. W efekcie tego zabiegu legislacyjnego pacjent, który ukończył 13. rok życia będzie mógł wyrazić zgodę na uczestnictwo w eksperymencie medycznym i to niezależnie od rozeznania, natomiast jego zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego innego niż eksperyment pozostanie nadal nieskuteczna. Zgodnie z art. 32 u.z.l., jak zauważyliśmy w toku rozważań, dopiero gdy pacjent ukończy 16. rok życia może współdecydować o swojej sytuacji zdrowotnej. Po trzecie, w projekcie nastąpiły istotne zmiany w zakresie przesłanek „dostatecznego rozeznania” i „rozeznania”. Zgodnie z art. 25 projektu pacjent, który ukończył 13. rok życia, może wyrazić zgodę, o ile jest „świadomy”, natomiast pacjent ubezwłasnowolniony całkowicie, który ukończył 13. rok życia, może wyrazić skutecznie prawną zgodę, jeśli pozostaje w stanie „dostatecznego rozeznania”<sup>107</sup>.

105 Zob. stanowisko M. Świdarskiej, dz. cyt., s. 310 zwłaszcza uwaga w przypisie 580 oraz L. Ogiegło [w:] idem (red.), *Prawo farmaceutyczne. Komentarz*, Warszawa 2010, s. 367 i literatura tam zamieszczona w kwestii wyrażania zgody przez małoletniego na udział w eksperymencie medycznym. Szerzej J. Haberko [w:] M. Safjan, L. Bosek, J. Haberko, (red.), *Prawo farmaceutyczne, System Prawa Medycznego*, t. 4, Warszawa 2019.

106 Druk sejmowy nr 172, Rządowy projekt ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw, <http://www.sejm.gov.pl/sejm9.nsf/druk.xsp?nr=172> [dostęp: 18.09.2020].

107 W chwili oddawania opracowania do druku omówione wyżej przepisy były już przyjęte przez ustawodawcę (Dz.U. z 2020 r. poz. 1291). Wejda w życie 1 stycznia 2021 r.

## 7. Wnioski

Przeprowadzone zarówno w powyższym tekście, jak i w pracach stanowiących immanentną część grantu<sup>108</sup> analizy prowadzą do następujących wniosków:

1. Realizacja zasady dobra dziecka w kontekście ochrony zdrowia i życia małoletniego odbywa się zarówno na poziomie instytucjonalnym poprzez udzielanie małoletniemu świadczeń zdrowotnych, jak i w aspekcie prywatnym, w ramach wychowania i kierowania dzieckiem przez rodziców (przedstawicieli ustawowych) oraz w ramach udzielania mu pomocy.
2. Fakt małoletniości pacjenta nie zmienia nic w zakresie jego godności i autonomii – są one przyznane każdemu człowiekowi niezależnie od okoliczności, w których się on znajduje.
3. Zasady udzielania świadczeń zdrowotnych małoletniemu nie odbiegają od zasad udzielania świadczeń zdrowotnych osobie dorosłej, niemniej jednak system prawny wykształcił pewne instrumenty kontrolne dla poszanowania godności i realizacji autonomii dziecka poddawanego procedurom medycznym.
4. Ustawodawca szanuje wolę przedstawicieli ustawowych dziecka i darzy ich zaufaniem w zakresie podejmowania decyzji i wyrażania zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych. Naruszenie tego zaufania i narażenie dziecka na uszczerbek skutkuje uruchomieniem instrumentów kontrolnych i dopuszczalnością udzielenia świadczeń zdrowotnych bez zgody przedstawiciela ustawowego, a nawet wbrew jego stanowisku.
5. Ustawodawca respektuje fizyczny i emocjonalny rozwój małoletniego w zakresie możliwości podejmowania przez niego decyzji dotyczących jego zdrowotnych losów; wprowadzony zakres dopuszczalnych decyzji zależy od wieku, faktu ubezwłasnowolnienia czy stanu rozeznania.
6. Małoletni, który może podejmować decyzje dotyczące swoich zdrowotnych losów nie musi być posłuszny rodzicom (przedstawicielom ustawowym).
7. Podejmowanie decyzji i reprezentacja małoletniego, zwłaszcza w zakresie procedur obciążonych podwyższonym ryzykiem czy zabiegów operacyjnych, wymaga interwencji ustawodawcy w kierunku ustalenia zasad podejmowania decyzji i wyrażania zgody przez przedstawicieli ustawowych, zwłaszcza wówczas, gdy tak w zakresie pieczy, jak i reprezentacji nie pozostają zgodni co do zdrowotnych losów dziecka;
8. Rozbieżności pomiędzy wolą rodziców (przedstawicieli ustawowych), powodowaną swoiście pojmowanym przez nich dobrem dziecka, a obowiązkami nałożonymi przez państwo rozstrzygane są z wykorzystaniem aparatu państwa z uwzględnieniem obiektywnego zdrowotnego interesu dziecka.

<sup>108</sup> J. Haberko, *Administracyjnoprawny obowiązek szczepienia...*, s. 9–28; tejsze, *Przyjmowanie leków...*, s. 39–54.

## Bibliografia

### Literatura przedmiotu

- Andrzejewska D., *Odmowa szczepień ochronnych*, „Magazyn Pielęgniarki i Położnej” 2013, nr 9, s. 9–10.
- Augustynowicz A., Wrześniewska-Wal I., *Aspekty prawne obowiązkowych szczepień ochronnych u dzieci*, „Pediatria Polska” 2013, s. 120–126.
- Babiuch H., *Zakres praw rodziców do wychowania dziecka zgodnie z własnymi przekonaniem*, „Zeszyty Naukowe Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Witelona w Legnicy” 2014, nr 13, s. 115–135.
- Banaszak B., *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, Warszawa 2012.
- Bączyk-Rozwadowska K., *Prawo pacjenta do informacji według przepisów polskiego prawa medycznego*, „Studia Iuridica Toruniensia” 2011, t. 9, s. 59–100.
- Beauchamp T.L., Childress J.F., *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford 2001.
- Bernatek-Zagula I., *Pacjent-konsument czy podopieczny?*, „Przegląd Prawa i Administracji” 2004, t. LX, s. 135–151.
- Biesaga T., *Autonomia lekarza i pacjenta a cel medycyny*, „Medycyna Praktyczna” 2005, nr 6, s. 20–24.
- Błachut M., *Autonomia podmiotu a neutralność moralna prawa* [w:] J. Helios (red.), *Z zagadnień teorii i filozofii prawa. Autonomia prawa ze stanowiska teorii i filozofii prawa*, Wrocław 2003, s. 41–58.
- Bołoz W., *Bioetyka i prawa człowieka*, Warszawa 2007.
- Boratyńska M., *Niektóre aspekty świadomej zgody pacjenta na leczenie na tle orzecznictwa Sądu Najwyższego. Część 1: Sprzeciw pro futuro*, „Prawo i Medycyna” 2007, nr 28, s. 23–32.
- Boratyńska M., *Szczepienia ochronne małoletnich a wykonywanie władzy rodzicielskiej. Uwagi na tle wyroku NSA*, „Prawo i Medycyna” 2013, nr 3–4, s. 68–88.
- Boratyńska M., *Wolny wybór. Gwarancje i granice prawa pacjenta do samodecydowania*, Warszawa 2015.
- Boratyńska M., Konieczniak P., *Autonomia pacjenta a wskazania medyczne*, „Studia Iuridica” 2008, t. 49, s. 9–42.
- Bosek L., *Gwarancje godności ludzkiej i ich wpływ na polskie prawo cywilne*, Warszawa 2012.
- Bosek L. (red.), *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, Warszawa 2020.
- Bosek L., Pielak A., *Glosa do uchwały SN z 13.5.2015 r., III CZP 19/15*, „Orzecznictwo Sądów Polskich” 2018, nr 6, s. 35–45.
- Bosek L., Wild M., *Kontrola konstytucyjności prawa. Komentarz praktyczny dla sędziów i pełnomocników procesowych. Wzory pism procesowych*, Warszawa 2014.
- Brzeziński T., *Zgoda na zabieg diagnostyczny i leczniczy* [w:] T. Kielanowski (red.), *Etyka i deontologia lekarska*, Warszawa 1980.
- Bucoń P., *Prawa i obowiązki ojca w polskim prawodawstwie*, „Pedagogika Ojcowska” 2011, nr 2, s. 164–176.
- Bugajska Z., *Aspekty etyczne w medycynie paliatywnej*, „Studia Medyczne” 2011, nr 22, s. 31–37.
- Bujny J., *Prawa pacjenta. Między autonomią a paternalizmem*, Warszawa 2007.

- Charzewska J., Wajszczyk B., *Co powinna zawierać prawidłowa, zbilansowana dieta? Rola urozmaiconej diety* [w:] M. Jarosz (red.), *Zasady prawidłowego żywienia dzieci i młodzieży oraz wskazówki dotyczące zdrowego stylu życia*, Warszawa 2008, s. 27–43.
- Chyrowicz B., *Bioetyka. Anatomia sporu*, Kraków 2015.
- Czarkowski M., *Świadoma zgoda na udział w eksperymencie medycznym*, Warszawa 2008.
- Czarkowski M., Różyńska J., *Świadoma zgoda na udział w eksperymencie medycznym, Poradnik dla badacza*, Warszawa 2008.
- Czyż E., Falkowska E. (oprac.), *Przestrzeganie praw dziecka w Polsce. Rekomendacje dla Parlamentu i Rządu*, Warszawa 2009.
- Dangel T., *Godność dziecka – refleksja lekarza*, „Opieka Paliatywna nad Dzieckiem” 2007, t. 15, s. 15–21.
- Dercz M., Rek T., *Prawa dziecka jako pacjenta* [w:] *Ochrona praw dziecka*, t. II, Warszawa 2003.
- Dercz M., Rek T., *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, wyd. 2, Warszawa 2014.
- Dercz M., Rek T., *Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej, Komentarz*, Kraków 2007.
- Derek M., *Pełnomocnictwo do wyrażenia zgody na zabieg medyczny małoletniego. Glosa do uchwały SN z 13.5.2015 r., III CZP 19/15*, „Glosa” 2019, nr 1, s. 109–115.
- Dolecki H., Sokołowski T. (red.), *Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz*, wyd. 2, Warszawa 2013.
- Drozdowska U., *Cywilnoprawna ochrona praw pacjenta*, Warszawa 2007.
- Duda J., *Cywilnoprawna problematyka transplantacji medycznej*, Warszawa 2011.
- Duda J., *Transplantacja w prawie polskim. Aspekty karnoprawne*, Zakamycze 2004.
- Dudzińska A., *Wymagana informacja udzielana pacjentowi*, „Państwo i Prawo” 2008, nr 8, s. 90–102.
- Dudzińska A., *Zgoda na działanie medyczne*, „Państwo i Prawo” 2009, nr 11, s. 69–79.
- Dukiet-Nagórska T., *Świadoma zgoda pacjenta w ustawodawstwie polskim*, „Prawo i Medycyna” 2000, nr 6–7, s. 78–95.
- Dworkin G., *The Theory and Practice of Autonomy*, Cambridge 1988.
- Dzienia P., *Zgoda pacjenta jako warunek legalności leczenia*, „Przegląd Sądowy” 2001, nr 11–12, s. 78–92.
- Gajda J., *Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Akty stanu cywilnego. Komentarz*, Warszawa 2002.
- Gałązka M., *Początek ludzkiego życia i status nasciturusa* [w:] M. Safjan, L. Bosek (red.), *Instytucje prawa medycznego*, System Prawa Medycznego t. I, Warszawa 2017, s. 544–573.
- Garlicki L., *Polskie prawo konstytucyjne. Zarys wykładu*, wyd. 3, Warszawa 2016.
- Gęsicka M., *Zgoda zastępcza w prawie hiszpańskim a ochrona praw pacjenta małoletniego i ubezwłasnowolnionego*, „Prawo i Medycyna” 2017, nr 1, s. 60–71.
- Gromski W., *Autonomia i instrumentalny charakter prawa*, Wrocław 2000.
- Gutowski M. (red.), *Kodeks cywilny. Komentarz*, t. 1, Warszawa 2016.
- Haberko J., *„Szczególne względy osobiste” a przeszczep od żywego dawcy*, „Państwo i Prawo” 2011, nr 7–8, s. 44–54.
- Haberko J., *Administracyjnoprawny obowiązek szczepienia dzieci a zgoda przedstawiciela ustawowego na badania kwalifikacyjne*, „Studia Prawa Publicznego” 2017, nr 3, s. 9–28.

- Haberko J., *Cywilnoprawna ochrona dziecka poczętego a stosowanie procedur medycznych*, Warszawa 2010.
- Haberko J., *Interes dziecka poczętego a poddanie kobiety ciężarnej eksperymentom medycznym* [w:] L. Bosek, M. Królikowski (red.), *Współczesne wyzwania bioetyczne*, Warszawa 2010, s. 270–284.
- Haberko J., *Przyjmowanie leków przez małoletniego a zorganizowany wyjazd turystyczny* [w:] P. Cybula (red.), *Prawne aspekty turystyki dzieci i młodzieży*, Kraków 2017, s. 39–54.
- Haberko J., *Stosowanie technik wspomaganą medycznie prokreacji w celach niewyłącznie rodzicielskich. Problem „dziecka-lekarstwa”*, „Medyczna Wokanda” 2012, nr 4, s. 31–43.
- Haberko J., *Sytuacja prawna dziecka jako pacjenta*, „Dziecko Krzywdzone. Teoria. Badania. Praktyka” 2020, nr 19(1), s. 11–27.
- Haberko J., Mularski K., *Uwagi o wybranych problemach umów o świadczenie usług przez lekarza i radcę prawnego* [w:] J. Sobczak, J. Skrzypczak, M. Urbaniak (red.), *Zawody zaufania publicznego? Wybrane zagadnienia odpowiedzialności zawodowej radców prawnych i lekarzy*, Poznań 2015, s. 117–134.
- Haberko J., Pawelczyk B., *Poszanowanie autonomii pacjentki w zakresie wyrażania przez nią zgody na zabiegi medyczne*, „Ginekologia i Położnictwo – Medical Project” 2009, nr 1, s. 67–79.
- Haberko J., Uhrynowska-Tyszkiewicz I., *Ustawa o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. Komentarz*, Warszawa 2014.
- Haberko J., Wojcieszak A., *Autonomia pacjenta a obowiązek informacyjny lekarza*, „Zeszyty Naukowe Centrum Badań im. E. Stein” 2018, nr 19/20, s. 91–108.
- Ignaczewski J., *Zgoda pacjenta na leczenie*, Olsztyn 2003.
- Iwańska B., *Warunki prawne dopuszczalności eksperymentów medycznych*, „Państwo i Prawo” 2000, nr 2, s. 71–84.
- Jancewicz Z., *Glosa do uchwały SN z 13.5.2015 r., III CZP 19/15*, „Roczniki Nauk Prawnych” 2015, t. XXV, nr 4, s. 187–197.
- Janiszewska B., *Zadania sądu opiekuńczego określone w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentyści*, „Rodzina i Prawo” 2008, nr 3–4 (9/10), s. 65–93.
- Kallaus A., *Glosa do uchwały SN z 13.5.2015 r., III CZP 19/15*, „Prawo i Medycyna” 2015, nr 5, s. 124–131.
- Karczewska-Kamińska N., *Ochrona osób małoletnich i niezdolnych do wyrażenia zgody na interwencję medyczną w prawie common law (angloamerykańskim)*, „Gdańskie Studia Prawnicze” 2018, t. 39, s. 45–60.
- Karkowska D., *Prawa pacjenta*, Warszawa 2009.
- Kiełbasa S., Niedzielski A., *Regulacje prawne dotyczące zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego małoletniemu – wybrane zagadnienia* [w:] E. Kruk, A. Wołoszyn-Cichočka, M. Zdyb (red.), *Odpowiedzialność w ochronie zdrowia*, Warszawa 2018, Legalis.
- Kledyńska A., *Możliwość ingerencji państwa w sferę władzy rodzicielskiej w kontekście obowiązkowych szczepień ochronnych w Polsce – zagadnienia prawne i etyczne* [w:] P. Polaczuk, M. Augustyniak, A. Bauknecht (red.), *Prawne i etyczne problemy współczesnej medycyny*, Olsztyn 2016, s. 87–102.

- Kmiecik B., *Prawa dziecka jako pacjenta*, Warszawa 2016.
- Kobińska A., *Zakres autonomii pacjenta na przykładzie niewyrażenia zgody na zastosowanie preparatu krwi podczas ewentualnej interwencji medycznej w bliżej nieokreślonej przyszłości*, „Transformacje Prawa Prywatnego” 2006, nr 2–3, s. 35–51.
- Kołodziej A., *Stopień autonomii woli pacjenta na tle ustawy o zawodzie lekarza i ustawy o ochronie zdrowia psychicznego*, „Prawo i Medycyna” 2002, nr 11, s. 74–83.
- Krajewska A., *Informacja genetyczna a zakres autonomii jednostki w europejskiej przestrzeni prawnej*, Wrocław 2008.
- Krajewski R., *Funkcjonowanie świadomej zgody w relacjach lekarz – pacjent* [w:] S. Torciuk (red.), *Realizacja zasady informed consent w kontekście relacji lekarz – pacjent. Wyzwania i bariery rozwojowe w Polsce*, Warszawa 2012, s. 75–86.
- Kubiak R., *Prawo medyczne*, Warszawa 2010.
- Kubiak R., *Zgoda uczestnika eksperymentu*, cz. 1, „Prawo i Medycyna” 2000, nr 8, s. 44–58.
- Kubiak R., Bartosiak J., Tymieński R., *Czy podpisywanie zgody na obowiązkowe i zalecane szczepienie jest konieczne podczas każdej wizyty?*, „Medycyna Praktyczna. Szczepienia” 2013, nr 4, s. 90–92.
- Kulesza J., *Brak zgody pacjenta na zabieg leczniczy, a lekarski obowiązek udzielania pomocy*, „Prawo i Medycyna” 2005, nr 19, s. 66–83.
- Lis W., Balicki A., *Normatywny wymiar godności człowieka*, Lublin 2012.
- Liszewska A., *Prawnokarna ochrona prawa pacjenta do samostanowienia*, „Kontrola Państwowa” 1996, nr 3, s. 80–89.
- Liszewska A., *Problem zgody pacjenta jako dylemat aksjologiczny*, „Prawo i Medycyna” 1999, nr 1, s. 85–89.
- Liszewska A., *Zgoda pacjenta na zabieg leczniczy*, „Państwo i Prawo” 1997, nr 1, s. 36–48.
- Łączkowska M., *Czy istnieje prawo do „posiadania” dziecka?* [w:] J. Haberko, M. Łączkowska (red.), *Prawne, medyczne i psychologiczne aspekty wspomaganej prokreacji*, Poznań 2005, s. 68–75.
- Łopata E., Biesiada P., Kałucka S., *Opinie rodziców na temat zasadności szczepień obowiązkowych w Polsce*, „Family Medicine & Primary Care Review” 2014, nr 3, s. 252–254.
- Łuków P., *Granice zgody: autonomia zasad i dobro pacjenta*, Warszawa 2005.
- Malczewski J., *Eutanazja. Gdy etyka zderza się z prawem*, Warszawa 2012.
- Michałek-Janiczek A., *Autonomia małoletniego w zakresie leczenia*, „Państwo i Prawo” 2009, nr 10, s. 57–69.
- Mularski K., *Problematyka przeszczepu od małoletniego żywego dawcy*, „Państwo i Prawo” 2013, nr 7, s. 54–67.
- Mularski K., [Recenzja: M. Boratyńska, *Wolny wybór. Gwarancje i granice prawa pacjenta do samodecydowania*, s. 733], „Kwartalnik Prawa Prywatnego” 2013, nr 3, s. 799–800.
- Nesterowicz M., *Prawo medyczne*, Toruń 2010.
- Niemczyk S., Łazarska A., *Medyczno-prawne rozważania o konkretyzacji przedmiotu zgody pacjenta*, „Prawo i Medycyna” 2008, nr 32, s. 65–80.
- Nowacka M., *Autonomia pacjenta jako problem moralny*, Białystok 2005.
- Nowacka M., *Filozoficzne podstawy zasady autonomii pacjenta*, „Problemy Higieny Epidemiologii” 2008, nr 3, s. 326–329.

- Nowak-Juchacz E., *Autonomia jako zasada etyczności. Kant, Fichte, Hegel*, Wrocław 2002.
- Ogieńo L. (red.), *Prawo farmaceutyczne. Komentarz*, Warszawa 2010.
- Ostrzyżek A., *Prawo do ochrony zdrowia w świetle artykułu 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z 2 kwietnia 1997 r.*, „Prawo i Medycyna” 2005, nr 21, s. 65–75.
- Pacian J., *Charakter prawny zgody pacjenta małoletniego na czynność medyczną*, „Przegląd Prawa Publicznego” 2017, nr 11, s. 33–41.
- Pastewka M., *Waga zgody pacjenta*, „Menedżer Zdrowia” 2015, nr 3, s. 50–51.
- Patryń R., *Trudności interpretacyjne pojęcia „pacjent małoletni” w prawie medycznym*, „Prawo i Medycyna” 2010, nr 3, s. 73–79.
- Pietraszewska-Macheta A. (red.), *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, Warszawa 2015.
- Pietrzykowski K. (red.), *Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz*, Warszawa 2020.
- Pietrzykowski K. (red.), *Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz*, wyd. 3, Warszawa 2012.
- Pietrzykowski K. (red.), *Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz*, Warszawa 2003.
- Rakiewicz F., *Poczucie tożsamości narodowej jako dobro osobiste. Studium cywilnoprawne, Praca doktorska w maszynopisie*, Poznań 2017, nplb.
- Rejman G., *Zgoda dawcy narządu lub organu na uszkodzenie ciała jako okoliczność uchylająca bezprawność czynu*, „Nowe Prawo” 1988, nr 4, s. 14–26.
- Safjan M., *Eutanazja a autonomia pacjenta – granice ochrony prawnej* [w:] A. Łopatka, B. Kunicka-Michalska, S. Kiewlicz (red.), *Prawo, społeczeństwo, jednostka. Księga jubileuszowa dedykowana Profesorowi Leszkowi Kubickiemu*, Warszawa 2003.
- Safjan M., *Prawo i medycyna. Ochrona praw jednostki a dylematy współczesnej medycyny*, Warszawa 1998.
- Safjan M., *Prawo polskie a Europejska Konwencja Bioetyczna*, „Prawo i Medycyna” 2000, nr 5, s. 5–18.
- Safjan M., Bosek L. (red.), *Konstytucja. Komentarz*, Warszawa 2016.
- Safjan M., Bosek L., Haberko J., (red.), *Prawo farmaceutyczne, System Prawa Medycznego*, t. 4, Warszawa 2019.
- Sarnecki P. (red.), *Prawo konstytucyjne RP*, wyd. 9, Warszawa 2014.
- Skrzydło W., *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, LEX 2013.
- Smyczyński T., *Aksjologiczne i prawne podstawy dopuszczalności wspomagannej prokreacji ludzkiej* [w:] J. Haberko, M. Łączkowska (red.), *Prawne, medyczne i psychologiczne aspekty wspomagannej prokreacji*, Poznań 2005, s. 161–173.
- Sobczak J., *Prawo a medycyna, Studia i szkice*, Warszawa 2018.
- Sobczak J., *Ramy prawne transplantacji*, „Medyczna Wokanda” 2011, nr 3, s. 67–82.
- Sobczak J., *Zawody zaufania publicznego. Regulacja konstytucyjna i jej konsekwencje* [w:] J. Sobczak, J. Skrzypczak, M. Urbaniak (red.), *Zawody zaufania publicznego? Wybrane zagadnienia odpowiedzialności zawodowej radców prawnych i lekarzy*, Poznań 2015, s. 15–56.
- Sokołowski T., *Prawo rodzinne. Zarys wykładu*, wyd. 4, Poznań 2008.
- Sokołowski T., *Problematyka AIDS w świetle prawa rodzinnego*, Poznań 2000.
- Sokołowski T., *Władza rodzicielska nad dorastającym dzieckiem*, Poznań 1987.

- Sokołowski E., Różański K., *Zgoda pacjenta jako kontratyp cywilnoprawnej odpowiedzialności deliktowej lekarza*, „Zeszyt Studencki Kół Naukowych Wydziału Prawa i Administracji UAM” 2012, nr 2, s. 189–198.
- Stojanowska W., *Rozwód a dobro dziecka*, Warszawa 1979.
- Sylwestrzak A., *Obowiązki dziecka wobec rodziców*, „Ruch Prawniczy Ekonomiczny i Socjologiczny” 2001, nr 3, s. 61–80.
- Syroka-Marczewska K., *Prawa dziecka jako pacjenta*, „Klinika – Czasopismo Fundacji Uniwersyteckich Poradni Prawnych” 2013, nr 14, s. 23–29.
- Szatkowski S., *Autonomia pacjenta*, „Etyka” 1998, nr 31, s. 169–180.
- Szymańczak J. (red.), *Konferencja Żywnie dzieci w Polsce. Czy stać nas na złe żywienie dzieci? 14 listopada 2012*, Warszawa 2012.
- Śliwka M., *Prawa pacjenta w prawie polskim na tle prawnoporównawczym*, Toruń 2008.
- Świdarska M., *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny*, Toruń 2007.
- Tenenbaum M., *Zakres autonomii osób fizycznych w możliwości dysponowania komórkami, tkankami i narządami dla celów transplantologicznych za życia oraz na wypadek śmierci*, „Prawo” 2009, t. 308, s. 515–534.
- Tymiński R., *Obowiązek informacyjny lekarza wobec pacjenta – refleksje na tle wybranego dorobku orzeczniczego Izby Cywilnej Sądu Najwyższego*, „Przegląd Sądowy” 2017, nr 5, s. 48–61.
- Tymiński R., *Rodzic odmawiający szczepienia dziecka*, „Pediatria po Dyplomie” 2014, t. 18, nr 2, s. 60–61.
- Urbaniak M., *Podstawy prawne realizacji praw pacjenta małoletniego przez podmioty lecznicze*, „Pielęgniarstwo Polskie” 2015, nr 2, s. 189–193.
- Winczorek P., *Komentarz do Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z 2 kwietnia 1997 r.*, Warszawa 2000.
- Wnukiewicz-Kozłowska A., *Eksperyment medyczny na organizmie ludzkim w prawie międzynarodowym i europejskim*, Warszawa 2004.
- Wojcieszak A., *Autonomia pacjenta z zaburzeniami psychicznymi*, praca doktorska, msp. npbl.
- Wołoszyn-Cichocka A., *Prawo pacjenta – dziecka do wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego*, „Studia Prawnicze KUL” 2018, nr 4 (76), s. 109–136.
- Zajdel J., Zajdel R., *Dzieci i ryby głosu nie mają – prawa małoletniego w procesie leczenia*, „Standardy Medyczne/Pediatria” 2009, t. 6, s. 657–665.
- Zembala A., *Modele komunikacyjne w relacjach lekarz – pacjent*, „Zeszyty Naukowe Towarzystwa Doktorantów UJ. Nauki Ścisłe” 2015, nr 2 (11), s. 35–50.
- Zielińska E. (red.), *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentyisty*, Warszawa 2008.
- Zoll A., *Granice legalności zabiegu medycznego*, „Prawo i Medycyna” 1999, nr 1, s. 29–39.
- Zoll A., *Problemy służby zdrowia w świetle doświadczeń RPO*, „Prawo i Medycyna” 2000, nr 8, s. 7–15.
- Zoll A., *Zaniechanie leczenia – aspekty prawne*, „Prawo i Medycyna” 2000, nr 2, s. 31–38.



**Wykaz aktów prawnych**

- Ustawa z dnia 17 lutego 1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy, Dz.U. 2019 poz. 2086 t.j.
- Konwencja o prawach dziecka przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w dniu 20 listopada 1989 r., Dz.U. 1991 Nr 120 poz. 526.
- Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, Dz.U. 1993 Nr 17 poz. 78 t.j. ze zm.
- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, Dz.U. 2020 poz. 514 t.j.
- Ustawa z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne, Dz.U. 2017 poz. 2211 t.j. ze zm.
- Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, Dz.U. 2017 poz. 767 t.j. ze zm.
- Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, Dz.U. 2020 poz. 882 t.j.
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz.U. 2020 poz. 849 t.j.
- Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, Dz.U. 2008 Nr 234 poz. 1570 ze zm.
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz.U. 2020 poz. 295 t.j. ze zm.
- Ustawa z dnia 25 czerwca 2015 r. o leczeniu niepłodności, Dz.U. 2020 poz. 442 t.j.

**Wykaz orzecznictwa**

- Uchwała SN z 13 maja 2015 r., III CZP 19/15, Legalis 1231865.
- Wyrok TK z 28 maja 1997 r., K26/96, OTK ZU 1997, nr 2, poz. 19.
- Wyrok TK z 7 stycznia 2004 r., K 14/03, OTK-A 2004, nr 1, poz. 1.
- Wyrok TK z 30 września 2008 r., K 44/07, OTK-A 2008, nr 7, poz. 126.
- Wyrok TK z 11 października 2011 r., K 16/10, Legalis 379743.
- Wyrok SA w Warszawie – V Wydział Cywilny z 13 lutego 2013 r., VI ACa 1013/12, Legalis 1049312.
- Wyrok WSA w Warszawie z 18 kwietnia 2018 r., VII SA/Wa 1941/17, Legalis 1803684.
- Wyrok WSA w Bydgoszczy z 29 grudnia 2013 r., II SA/Bd 631/13, CBOSA.

**Varia**

- Druk sejmowy nr 172, Rządowy projekt ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz niektórych innych ustaw, <http://www.sejm.gov.pl/sejm9.nsf/druk.xsp?nr=172> [dostęp: 18.09.2020].
- Karta Praw Kobiety Rodzącej, <https://www.rpo.gov.pl/pliki/12282221170.pdf> [dostęp: 18.09.2020].
- Narodowy Program Zapobiegania Nadwadze i Otyłości oraz Przewlekłym Chorobom Niezakaźnym poprzez Poprawę Żywienia i Aktywności Fizycznej na lata 2007–2011 (POL-HEALTH).

## **Abstract**

The text covers the issues of child, parent and state relationships in the field of health protection. The author analyzes the legal situation of the child as a patient. Due to the fact that there are no factual and formal possibilities for independent decision making and for them to express consent towards medical procedures, the child is at the center of the legislator's attention. Health care provided to minors is under special protection, both in terms of availability and financing. The legal system has developed instruments for the protection of the health interests of minors and their well-being in situations where parents (or statutory representatives) threaten the child's well-being. The following texts remain an inherent part of the study: Taking medications by a minor and an organized tourist trip and The administrative and legal obligation to vaccinate children and the consent of a statutory representative for qualifying test.

**Key words:** minor, child, parents, health, consent, well-being