

Sytuacja prawna dziecka jako pacjenta

Joanna Haberko

Katedra Prawa Cywilnego, Handlowego i Ubezpieczeniowego
Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Adama Mickiewicza

Artykuł obejmuje problematykę sytuacji prawnej dziecka jako pacjenta. Dziecko ze względu na to, że nie ma faktycznych i formalnych możliwości samodzielnego podejmowania decyzji i wyrażania zgody w zakresie dopuszczalności stosowania procedur medycznych, znajduje się w centrum uwagi ustawodawcy. System prawny wypracował instrumenty ochrony zdrowotnego interesu małoletniego i jego dobrostanu w sytuacji, w której rodzice (przedstawiciele ustawowi) zagrażają dobru dziecka. Celem pracy jest udzielenie odpowiedzi na pytanie o zakres dopuszczalnych ingerencji zdrowotnych w stosunku do małoletniego oraz określenie podmiotów uprawnionych i zobowiązanych do poszanowania zdrowotnego dobrostanu dziecka

SŁOWA KLUCZOWE:

DZIECKO, MAŁOLETNI, ZGODA, PACJENT

POSZANOWANIE PRAW DZIECKA JAKO PODMIOTU W PROCEDURACH MEDYCZNYCH

Większości państw systemy prawne określają zasady udzielania świadczeń zdrowotnych. Celem obowiązujących standardów w tym zakresie jest konieczność poszanowania godności osoby pacjenta. Służą one temu, by człowiek w szczególnych okolicznościach, w których się znalazł, nie tracił niczego ze swej godności. Nie ulega bowiem wątpliwości, że pacjent – czy to z własnej woli, czy też niezależnie od niej – znajduje się w pewnej przymusowej sytuacji. Chodzi w tym przypadku o udzielanie świadczeń w ramach procedur medycznych i to zarówno profilaktycznych, jak i diagnostycznych czy terapeutycznych. Charakter

procedury nie ma znaczenia, a wspomniane zasady dotyczą każdego pacjenta, a zatem także dziecka (Czyż, Falkowska, 2009, za: Kmiecik, 2016). Tu sytuacja jest jeszcze bardziej skomplikowana, gdyż dziecko nie tylko znajduje się w przymusowej sytuacji z powodu kontroli zdrowotnej, choroby czy innych dolegliwości, ale ponadto nie może samodzielnie podejmować decyzji (Dercz, Rek, 2003). Dziecko jest małoletnie. Małoletnie, czyli z istoty niedojrzałe. Przez co samo nie może – z oczywistych powodów – podjąć racjonalnych życiowo decyzji zdrowotnych. Trzeba na wstępie zauważyć, że w przypadku dzieci szczególnego znaczenia nabierają także inne czynniki. Obejmują one nie tylko formalne kwestie związane z poszanowaniem godności i respektowaniem autonomii, ale i sytuację faktyczną podmiotu poddawanego procedurom medycznym (Safjan, 1998). Każde działanie podjęte w stosunku do małoletniego pacjenta musi uwzględniać to, że niektóre z nich są nieodwracalne, ponieważ dziecko jest w fazie rozwoju, wzrostu czy dojrzewania (Haberko, 2013a).

Celem pracy jest udzielenie odpowiedzi na pytanie o zakres dopuszczalnych ingerencji zdrowotnych w stosunku do małoletniego oraz określenie podmiotów uprawnionych i zobowiązanych do poszanowania zdrowotnego dobrostanu dziecka.

Zasadą jest, że każdy pacjent powinien wiedzieć, co w ramach procedur medycznych będzie się z nim działo. Temu celowi służy informacja, do udzielenia której jest zobowiązany podmiot profesjonalny, czyli np. lekarz, pielęgniarka czy położna. W piśmiennictwie wielokrotnie podejmowano problem zasad rządzących dostarczaniem informacji małoletniemu pacjentowi i odbieraniem od niego zgody (Bączyk-Rozwadowska, 2011; Dukiet-Nagórska, 2000; Nesterowicz, 2016). Mając to na uwadze, wystarczy wskazać, że system prawny wypracował szczególne mechanizmy kontrolne, które mają zapobiec podejmowaniu działań sprzecznych z najlepiej pojętym interesem dziecka czy choćby zagrażać realizacji zasady dobra dziecka w osiągnięciu zdrowotnego dobrostanu. Trzeba przy tym podkreślić, że przedmiotem wywodu pozostaną pewne szczegółowe problemy w zakresie dopuszczalności stosowania procedur medycznych w stosunku do osoby i ciała dziecka (Sobolewski, 2017). Takie stanowisko znajduje potwierdzenie w orzecznictwie (Wyrok TK, 2011).

Jednocześnie nie sposób nie zauważyć, że w zakresie przekazania informacji i odebrania zgody od innych niż pacjent podmiotów lub równolegle w dyskursie publicznym są zgłaszane nowe propozycje rozwiązań. Haberko (2013b, 2016) analizuje przykłady takich propozycji dokonywanych na podstawie wieku, stopniu dojrzałości dziecka, z uwzględnieniem jego delikatności czy wrażliwości na jego potrzeby etc. w odniesieniu do poszczególnych procedur medycznych. Proponuje się nawet wprowadzenie odrębnych regulacji prawnych, pozwalających pacjentom już poniżej 16 r.ż. na wyrażenie zdania na temat sugerowanych zabiegów diagnostycznych lub

terapeutycznych, jak również na zdecydowanie o ich przeprowadzeniu. Jak się argumentuje, pozwoliłoby to na podmiotowe traktowanie tej grupy osób oraz zagwarantowanie poszanowania ich autonomii (Boratyńska, 2012). Mając na uwadze to, że ta propozycja jest nie tylko odważna, ale i ryzykowna, należy zauważyć, że niezależnie od przyznania lub nieprzyznania w przyszłości małoletnim samodzielności decyzyjnej w szerokim lub wąskim zakresie, już teraz ich zdanie – adekwatnie do wieku oraz stopnia dojrzałości – powinno być zawsze uwzględniane przy podejmowaniu interwencji medycznej (Bernatek-Zagała, 2004; Safjan, 2000). Nie oznacza to jednak zupełnej samodzielności małoletniego. Dziecko bowiem, a dzieckiem w rozumieniu małoletniości jest się do ukończenia 18 r.ż., niezależnie od osobniczego rozwoju czy charakteru procedury medycznej, nie może samodzielnie podejmować decyzji zdrowotnych. Zawsze decyzje te podejmuje wspólnie z innym podmiotem bądź inny podmiot podejmuje je zastępczo. O szczegółach będzie mowa w toku wywodu.

Udzielanie świadczeń zdrowotnych dziecku, czyli pacjentowi małoletniemu, nie odbywa się w rodzinnoprawnej i społecznej próżni. Przepisy obejmujące zasady udzielania informacji, wyrażania zgody czy zachowania tajemnicy w stosunku do osoby i ciała dziecka nie mogą nie uwzględniać tego, że dzieckiem jest się do ukończenia 18 r.ż. i że w zakresie realizacji jego praw główną rolę odgrywają rodzice (przedstawiciele ustawowi). To oni ponoszą finalnie odpowiedzialność za sytuację faktyczną i prawną dziecka. Nie zmienia tego ani podejmowanie przez dziecko pewnych działań dopuszczalnych przez prawo (możliwość niepodlegającego karze podjęcia współżycia cielesnego po ukończeniu 15 r.ż.), ani fakt szczególnie intymnych sytuacji związanych z wizytami np. u lekarza ginekologa. Rodzic – realizując swoje dobra osobiste – ma prawo wiedzieć, co dzieje się z jego dzieckiem, gdyż ponosi w tym zakresie odpowiedzialność. Realizuje on też w tym zakresie ochronę dóbr osobistych swojego dziecka. System jest bowiem tak ukształtowany, że to rodzic, a nie kto inny (lekarz, pielęgniarka, położna), może decydować o sytuacji małoletniego. Nie wynika to z braku poszanowania godności małoletniego, ale właśnie z niej bierze swe źródło. Warto podkreślić w tym miejscu, że to rodzice (przedstawiciele ustawowi) mają prawo i obowiązek realizacji pieczy nad osobą dziecka, która obejmuje także realizację dobrostanu zdrowotnego.

To, że rodzice (przedstawiciele ustawowi) zostali – w większym niż w przypadku innych osób zakresie – dopuszczeni do informacji o stanie zdrowia czy szczegółach życia małoletniego, nie jest przejawem hołdowania niezaspokojonej ciekawości rodzica, ale służy dobru małoletniego. Jednocześnie można podkreślić, że rodzice – realizując pieczę nad osobą dziecka i jego reprezentację – pozostają w tym zakresie autonomiczni. Państwo poprzez swoje służby (policję, prokuraturę, sąd,

szkołę, ochronę zdrowia czy opiekę społeczną) nie ingeruje w realizację tych praw, jeśli oczywiście nie dojdzie do zagrożenia dobra dziecka. Nie oznacza to, że rodzic będzie podejmował decyzję zawsze i niezależnie od innych czynników. Przeciwnie, jeżeli swoim zachowaniem będzie zagrażał zdrowotnym interesom małoletniego (np. nie będzie zgłaszał się z dzieckiem na wizyty kontrolne, będzie leczył je metodami nieuznanymi w świetle medycyny opartej na dowodach lub nie będzie poddawał dziecka szczepieniom ochronnym), aparat państwa zadziała z całą mocą: w pierwszej kolejności poprzez wydanie decyzji zastępczych w zakresie leczenia, a następnie poprzez trwałe odsunięcie rodzica od możliwości ich podejmowania (np. pozbawiając go władzy rodzicielskiej). Są to jednak sytuacje wyjątkowe. Z założenia system oparty jest na realizacji zasady dobra dziecka przez wszystkich dorosłych, a zwłaszcza rodziców.

Rodzic ma zatem prawo otrzymać informację o stanie zdrowia małoletniego i podjąć decyzję w zakresie udzielanych mu świadczeń zdrowotnych (Michałek-Janiczek, 2009). Pozbawienie rodzica tego prawa czy choćby jego naruszenie może skutkować odpowiedzialnością podmiotu, który to prawo naruszył. Mowa tu oczywiście o dobrach osobistych rodzica (przedstawiciela ustawowego). Wyrażanie przez małoletniego życzeń lub żądań oraz jego zapewnienia są dla ewentualnej odpowiedzialności lekarza bez znaczenia. Co więcej, to lekarz musi zabezpieczyć na wypadek sporu dowód, że zgodę – po otrzymaniu informacji – wyraził kompetentny podmiot. Trzeba w tym miejscu podkreślić, że dla ewentualnej odpowiedzialności lekarza otrzymanie pisemnej zgody od dziecka jest bez znaczenia. Lekarz powinien bowiem zabezpieczyć dowód przekazania informacji i odebrania zgody od kompetentnej osoby. Ujmując sprawę z punktu widzenia dziecka, trzeba wyraźnie zaznaczyć, że nie może ono samodzielnie korzystać z wizyt lekarskich niezależnie od wieku czy stopnia osobniczego rozwoju. Ponadto bez znaczenia jest tu rodzaj procedury medycznej – dotyczy to każdej procedury, zarówno badania, jak i operacji czy procedur o podwyższonym ryzyku. Na wypadek sporu ciężar dowodu spoczywa na lekarzu. Ryzyko w tym zakresie jest więc spore.

Mam świadomość, że te zasady – zwłaszcza dla osoby nieobeznanej z prawem rodzinnym i zasadami prawa medycznego – mogą wydawać się dość restrykcyjne, a nawet, wobec pozornej samodzielności małoletnich, archaiczne. *De lege lata* trzeba jednak widzieć całokształt sytuacji rodzica i dziecka. Nie oznacza to, że w przyszłości ustawodawca nie uwzględni konieczności zmian, powodowanych np. większą samodzielnością małoletnich, ich dojrzałością czy większym życiowym doświadczeniem. Trzeba jednak mieć na uwadze, że system prawny stanowi zespół połączonych ze sobą instytucji, które nie zostały uregulowane wyłącznie w jednym czy dwóch aktach

prawnych. Zmiana przepisów w zakresie wizyty u lekarza osoby poniżej 18 r.ż. będzie musiała pociągać za sobą zmianę zasad w zakresie sprawowania władzy rodzicielskiej. Nie jest oczywiście wykluczone, że przepisy w zakresie dopuszczalności samodzielnej wizyty u lekarza czy położnej, jak również samodzielnej decyzji, zostaną zmienione tak, by osoby poniżej 18 r.ż. mogły je podejmować bez udziału przedstawiciela ustawowego. Będzie to jednak wymagało gruntownej zmiany w zakresie relacji rodzice–dzieci, sprawowania władzy rodzicielskiej i reprezentacji małoletniego. W obecnym stanie prawnym takich możliwości nie ma.

OBOWIĄZEK DOSTARCZENIA INFORMACJI

Poddawanie każdego pacjenta procedurom medycznym musi być poprzedzone dostarczeniem pacjentowi informacji o tym, co będzie się z nim działo w trakcie zabiegu, jak będzie on wyglądał oraz jaki będzie jego charakter i przebieg. Pacjenta należy także poinformować o ryzyku, rokowaniu, ewentualnych skutkach ubocznych zabiegu czy metodach alternatywnych (Łuków, 2005; Niemczyk, Łazarska, 2008). Gdy podmiotem postępowania medycznego jest dziecko sytuacja nie jest tak oczywista, ponieważ – jak wspomniano wcześniej – nie jest ono kompetentne formalnie i faktycznie do podejmowania decyzji w tym zakresie. Chodzi o to, że dziecko może nie do końca zrozumieć przekazaną informację lub nie zrozumieć jej w ogóle, jak również o to, że może decyzje podejmować na zasadzie „nie, bo nie”, kierowane impulsem czy chęcią zrobienia na złość. Nie bez znaczenia jest także jego brak życiowego doświadczenia. Z tych powodów kompetencja decyzyjna została przekazana innym niż pacjent osobom (Wojcieszak, niepubl). Muszą one jednak zachować w analizowanej materii szczególną ostrożność. Po pierwsze dlatego, że decyzję podejmują nie w swoim interesie. Po drugie zaś dlatego, że sytuacja musi być oceniana w kontekście nieodwracalności pewnych skutków, które mogą nastąpić. Stosując zatem określone procedury medyczne i poddając dziecko zabiegom, zwłaszcza operacyjnym lub o podwyższonym ryzyku, zarówno lekarz, jak i rodzice powinni mieć to na uwadze.

Podejmowanie decyzji przez inny podmiot niż pacjent wpływa ponadto na konieczność szczególnie wnikliwej oceny realizacji dobra dziecka przez zarówno rodziców, jak i lekarza. Może się bowiem zdarzyć, że rodzice (przedstawiciele ustawowi) – podejmując decyzję w zakresie zdrowotnych interesów dziecka – kierują się nie jego dobrem ani jego najlepszym interesem, ale biorą pod uwagę inne, nieuzasadnione medycznie przesłanki. Można tu wymienić np. niepoddanie dziecka szczepieniom ochronnym czy niewyrażenie zgody na przetoczenie krwi powodowane względami religijnymi. W tym zakresie realizacja autonomii rodziców musi

zostać ograniczona na rzecz ochrony wartości, jaką jest życie i zdrowie dziecka. Realizację ochrony dobra dziecka w tych przypadkach zapewnia państwo, które poprzez profesjonalne podmioty (pracowników ochrony zdrowia lub sąd opiekuńczy) rozstrzyga o możliwości poddania dziecka procedurom medycznym, na które rodzice nie wyrażają zgody. Chodzi tu o działanie mające na celu ochronę zdrowotnego interesu i autonomii dziecka w sytuacji, w której rodzice (przedstawiciele ustawowi), podejmując decyzję, nie realizowali najlepszego interesu dziecka (Nowacka, 2008).

Dostarczenie informacji w dziecięcych procedurach medycznych musi więc uwzględniać wszystkie te czynniki. Podmiot podejmujący decyzję musi ponadto zdawać sobie sprawę, że podejmuje ją świadomie i nie pod wpływem chwilowego impulsu. Obowiązkiem lekarza jest zatem dostarczenie informacji dotyczących zarówno stanu zdrowia dziecka, jak i rokowań czy wyników badań. Każda procedura medyczna (nawet nieinwazyjne badanie czy zastrzyk) musi spełniać wymogi wcześniejszego poinformowania podmiotu kompetentnego. Nie można zatem w świetle obowiązującego prawa przyjąć następującego rozumowania: jeśli badanie jest nieinwazyjne lub nie wiąże się z nim większe ryzyko, to lekarz może je przeprowadzić bez informowania rodzica, a w konsekwencji bez jego zgody. Rodzic (przedstawiciel ustawowy) ma bowiem prawo uzyskać informację choćby dlatego, że badanie dotyczy jego dziecka lub wiąże się z oglądaniem intymnych części ciała dziecka.

Obowiązek informacyjny w zakresie medycznych procedur dziecięcych obejmuje także dziecko. Z przepisu art. 9 ust. 7 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tj. Dz.U. 2019, poz. 1127 ze zm.; upp) pacjent małoletni, który nie ukończył 16 r.ż., ma prawo do uzyskania od osoby wykonującej zawód medyczny informacji w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu diagnostycznego lub terapeutycznego. Oznacza to, że lekarz ma dołożyć starań, by dziecku w sposób odpowiedni do jego wieku i możliwości percepcyjnych wyjaśnić zrozumiałym dla niego językiem, co będzie się działo. Przepis ten, chociaż w sytuacji np. małych dzieci nie zmienia niczego w zakresie decyzji, to jednak pozwala na podmiotowe traktowanie dziecka. Dziecko powinno usłyszeć od lekarza przekaz, który zrozumie.

Dalej, zgodnie z przepisami art. 9 ust. 1–2 upp i art. 31 ust. 1 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tj. Dz.U. 2019, poz. 537; uzl) pacjent (lub jego przedstawiciel ustawowy) ma prawo uzyskać przystępną informację o swoim stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych lub leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Z tym obowiązkiem jest skorelowane prawo pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie określonych

świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody (Dudzińska, 2008). Wiąże się to bezpośrednio z respektowaniem prawa pacjenta do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących jego zdrowia (Krajewski, 2012). Sama zgoda na czynności medyczne powinna być poprzedzona udzieloną pacjentowi informacją na temat jego stanu zdrowia, rozpoznania oraz proponowanych i możliwych metod diagnostycznych (Zembala, 2015).

Warto podkreślić, że ustawodawca respektuje tu autonomię informacyjną pacjenta, który ukończył 16 r.ż., przyjmując, że jeśli osiągnął ten wiek, to należy w zakresie realizacji obowiązku informacyjnego traktować go tak jak pacjenta pełnoletniego. Ma to oczywiste przełożenie na wymóg udzielenia zgody na działania lekarza. Nie oznacza to jednak, że pacjent małoletni, który nie ukończył 16 r.ż., jest przez ustawodawcę w zakresie realizacji obowiązku informacyjnego traktowany przedmiotowo. Jak wspomniano wcześniej, 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.

PODEJMOWANIE DECYZJI I WYRAŻANIE ZGODY NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH DZIECIOM. ZGODA WYŁĄCZNA PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO

Wyrażenie zgody na działania medyczne realizuje kilka celów. Po pierwsze, stanowi przejaw realizacji autonomii człowieka (Pastewka, 2015). Po drugie, uprawniony poprzez swoje oświadczenie wyłącza bezprawność naruszenia dóbr osobistych i przejmuje na siebie niezawinione ryzyko zabiegu (Zoll, 1999, 2002). Po trzecie, zgodnie przypisuje się także cel w postaci realizacji prawa do samostanowienia. Zgoda pacjenta daje mu możliwość realnego wpływu na podejmowane w stosunku do niego działania. Pacjent może bowiem, kierowany sobie znanymi powodami, odmówić zgody, nawet jeśli proponowane przez lekarza działanie mieści się w najlepszym zdrowotnym jego interesie (Dzienis, 2001). Bujny (2007) twierdzi ponadto, że

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.

Pacjent nie musi uzasadniać swojego stanowiska i tłumaczyć lekarzowi swojej decyzji, może działać, biorąc pod uwagę ryzyko wiążące się z proponowanymi przez lekarza procedurami, na zasadzie „nie, bo nie”.

Zasady wyrażania zgody na działania medyczne zostały określone w kilku aktach prawnych. Wskazać tu należy:

- Ustawę z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, Ustawę z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
- Ustawę z dnia 25 czerwca 2015 r. o leczeniu niepłodności (tj. Dz.U. 2017, poz. 865 ze zm.);
- Ustawę z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (tj. Dz.U. 1993, Nr 17, poz. 78 ze zm.);
- Ustawę z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (tj. Dz.U. 2017, poz. 1000 ze zm.).

Najważniejsze znaczenie przypisuje się jednak dwóm z nich – ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Zarówno jedna, jak i druga przewidują następujący schemat wyrażenia zgody: pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy powinien otrzymać od lekarza informację na temat stanu zdrowia pacjenta, proponowanego zabiegu, jego przebiegu, skutków i metod alternatywnych, po czym po rozważeniu ryzyka podjąć decyzję i wyrazić zgodę (lub jej odmówić).

Zasadą wyrażenia zgody obejmuje się także pacjenta małoletniego. Trzeba mieć jednak na uwadze kilka wyjątków. Po pierwsze, podmiotami upoważnionymi do podejmowania decyzji i wyrażania zgody pozostają rodzice, co jest swoistym wyjątkiem w zakresie realizacji prawa do samostanowienia człowieka. To rodzice (przedstawiciele ustawowi) wyrażają zgodę za dziecko, a niekiedy obok dziecka. Należy tu wyjaśnić, że przedstawicielem ustawowym są co do zasady oboje rodzice dziecka, o ile przysługuje im władza rodzicielska. Przedstawicielem ustawowym może być również inna osoba niż rodzic, o ile sąd ustanowił ją opiekunem. Dzieje się tak, gdy rodzice nie żyją, są nieznani lub zostali pozbawieni władzy rodzicielskiej. Aby nie zaciemniać wywodu, w dalszej jego części przyjmijmy – dla uproszczenia – że chodzi o rodziców.

Zdecydowanie o sposobie leczenia, stosowanych metodach diagnostycznych czy terapeutycznych – np. podjęcie decyzji o poddaniu dziecka operacji, 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 to reprezentacja (Iwańska, 2000;

Sakowski, 2014; Świdorska, 2007). Powyższe ma znaczenie oraz rodzi poważne konsekwencje na polu realizacji prawa do samostanowienia rodziców (przedstawicieli ustawowych) i poszanowania ich dóbr osobistych.

W ramach pieczy nad osobą dziecka rodzice (przedstawiciele ustawowi) powinni podejmować decyzje o istotnych dla niego sprawach i zgodnie z art. 97 § 2 Ustawy z dnia 17 lutego 1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy (tj. Dz.U. 2017, poz. 682; krio) powinni czynić to wspólnie. Oznacza to, że gdy rodzice pozostają w małżeństwie i gdy przysługuje im władza rodzicielska, podejmowanie zaliczanych do istotnych spraw dziecka decyzji o diagnostyce i terapii, w tym także w zakresie operacji, zabiegów o podwyższonym ryzyku, badań klinicznych czy transplantacji, powinno być wspólne. Gdy rodzice nie pozostają w związku małżeńskim, należy rozważyć, czy przysługuje im władza rodzicielska, i jeśli tak – również powinni decydować wspólnie (Ignatowicz, 2012; Sokołowski, 2013).

Z kolei lekarz może podjąć działania w stosunku do małoletniego pacjenta dopiero po uzyskaniu zgody (element reprezentacji) przedstawicieli ustawowych. I tu powstaje problem, gdyż przepisy przewidują zasadę samodzielnej reprezentacji, a to oznacza, że wystarczające jest uzyskanie przez lekarza zgody jednego przedstawiciela ustawowego (np. tylko matki albo tylko ojca). Sytuacja komplikuje się, gdy obecni są oboje rodzice dziecka i składają oświadczenia odmiennej treści, a przedmiotem zgody jest istotna sprawa dziecka.

Chociaż przepisy prawa wyraźnie nie rozstrzygają tej kwestii, to wydaje się, że w takiej sytuacji lekarz nie jest upoważniony do dokonania danej czynności medycznej, a spór między rodzicami powinien zostać rozstrzygnięty przez sąd opiekuńczy w trybie art. 97 § 2 krio. Lekarzowi wystarczy wprowadzić zgodę jednego z rodziców, trudno jednak przyjmować za satysfakcjonujące rozstrzygnięcie, w myśl którego lekarz miałby np. zignorować oświadczenie złożone wcześniej czy później lub w razie jednoczesowego wyrażenia przez rodziców różnych stanowisk przyjmując dopuszczalność działania. Nie jest też oczywiście tak, że konflikt rodziców i potrzeba jego rozstrzygnięcia przez sąd opiekuńczy wpłynę na zdrowotne losy dziecka. Lekarz dysponuje bowiem instrumentami prawnymi na wypadek, gdyby rodzice nie wyrażali zgody lub gdyby oczekiwanie na wyrażenie zgody przez sąd opiekuńczy mogło skutkować niebezpieczeństwem utraty życia, uszkodzenia ciała czy rozstroju zdrowia dziecka.

Po drugie, w myśl art. 32 ust. 3 uzl w razie braku przedstawicieli ustawowych małoletniego zgodę może wyrazić 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. Kompetencje

opiekuna faktycznego co do wyrażania zgody zostały jednak przez ustawodawcę ograniczone wyłącznie do „badania”, a na dokonanie jakichkolwiek innych czynności medycznych wymagana jest zgoda innego podmiotu (przedstawiciela ustawowego lub sądu opiekuńczego; Gajda, 2020). Brak przedstawiciela ustawowego należy interpretować raczej w sensie formalnym niż faktycznym, a w sensie faktycznym jedynie wyjątkowo. Nie oznacza to, że w sytuacji, w której do lekarza przyszłaby siedemnastoletnia pacjentka bez przedstawiciela ustawowego, ale ze starszą koleżanką, ciocią czy nauczycielką, można by poprzestać na zgodzie na badanie wyrażonej przez tę osobę. Chodzi tu raczej o pewne wyjątkowe sytuacje, w których wymagane jest badanie, a nie ma przedstawiciela ustawowego (np. pobyt dziecka u dziadków czy wyjazd na obóz).

ZGODA RÓWNOLEGŁA (PODWÓJNA)

Zgodnie z przepisem art. 17 ust. 1 upp, jeżeli pacjent ukończył 16 lat, do przeprowadzenia badania lub wykonania zabiegu potrzebna jest także jego zgoda. Oznacza to, że lekarz musi uzyskać zgodę zarówno przedstawiciela ustawowego małoletniego, jak i jego samego. Takie spojrzenie pozwala uwzględnić wolę małoletniego pacjenta i stanowi poszanowanie jego autonomii. Wynika to wprawdzie także z art. 95 § 4 krio w związku z art. 72 ust. 3 Konstytucji, ale przepis art. 17 upp czyni to w stopniu szerszym niż przepisy, które wskazują, 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 jego rozwój umysłowy, stan zdrowia i stopień dojrzałości na to pozwala, oraz uwzględnić w miarę możliwości jego rozsądne życzenia (art. 95 § 4 krio; Sokołowski, 1987).

Ustawodawca dostrzega niesamodzielność małoletniego pacjenta i daje mu możliwość wyrażenia zgody lub jej odmowy. Rozstrzyga także co zrobić w sytuacji, w której małoletni swojej zgody odmówi. Przypomnijmy, że nawet dorastające dziecko może podejmować decyzje nieracjonalne czy nieakceptowane przez rodziców (przedstawicieli ustawowych). Fakt ten nie pozostaje bez znaczenia, jednak nie powoduje tego skutku, żeby można podjąć działania wbrew woli małoletniego (Sobolewski, 2019).

Nie oznacza to oczywiście, że odmowa zgody małoletniego skutecznie i ostatecznie zablokuje możliwość przeprowadzenia badania lub zabiegu. Brak zgody istotnie jednak skomplikuje dopuszczalność arbitralnych – z punktu widzenia

dziecka – działań lekarza oraz przedstawiciela ustawowego. Małoletni po ukończeniu 16 r.ż. 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. Oznacza to, że – podobnie jak dorosły pacjent – może podjąć decyzję kierowany sobie znanymi powodami. Może ją także podjąć, w zakresie odmowy na zasadzie „nie, bo nie”. Czynniki medycznej racjonalności decyzji nie ma dla rozstrzygnięcia istotnego znaczenia. W tych okolicznościach, dla zabezpieczenia obiektywnie pojmowanego interesu dziecka i wobec rozbieżności stanowisk, rozstrzygnięcie spoczywa na sądzie opiekuńczym. Oznacza to dalej, że w razie braku jednomyślnych stanowisk rodzica i małoletniego po ukończeniu 16 r.ż. o dopuszczalności ingerencji 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. Uwzględnia ono bowiem konflikt interesów i racji, który powinien być rozstrzygany przez niezależny podmiot.

W przypadku, 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.

Na zakończenie celowe wydaje wskazanie, że zgodnie z art. 34 ust. 3 uzł lekarz może wykonać zabieg lub zastosować metodę, o której mowa w ust. 1, wobec pacjenta małoletniego, ubezwłasnowolnionego bądź niezdolnego do świadomego wyrażenia pisemnej zgody, po uzyskaniu zgody jego przedstawiciela ustawowego, a gdy pacjent nie ma przedstawiciela lub gdy porozumienie się z nim jest niemożliwe, po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego. Podmiotowy zakres podejmowanych czynności pozostaje bez zmian.

BRAK ZGODY

Działanie bez zgody jest dopuszczalne na zasadzie art. 33 ust. 1 uzł, w świetle którego badanie lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego bez zgody pacjenta jest dopuszczalne, jeżeli wymaga on niezwłocznej pomocy lekarskiej, a ze względu na stan zdrowia lub wiek nie może wyrazić zgody ani nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym

(Kulesza, 2005). Mowa tu o dziecku, które ze względu na wiek nie może wyrazić zgody. Nie ma zresztą takiej samodzielnej lub kumulatywnej kompetencji w tym zakresie. Ustawodawca zastosował tu następujące rozumowanie: 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, gdyby należało wdrożyć zarówno 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 ust. 2, 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 zgody sądu opiekuńczego.

Przepisu tego nie można jednak traktować jako swoistej furtki do działań bez wiedzy i zgody przedstawicieli ustawowych. Przewiduje on bowiem, że 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 ani nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym. Interpretacja tego przepisu w kierunku dopuszczalności działania, np. gdy rodzice (przedstawiciele ustawowi) małoletniej pacjentki nie pojawiają się wraz z nią w gabinecie ani nie można się z nimi porozumieć, a pacjentka wymaga przepisania tabletki „dzień po”, jest więc błędna, gdyż ta sytuacja nie spełnia wymogu niezwłocznej pomocy lekarskiej.

Ponadto poza sytuacją opisaną wyżej możliwe jest, że przedstawiciel ustawowy pacjenta małoletniego nie zgadza się na wykonanie przez lekarza czynności niezbędnych do usunięcia grożącego pacjentowi niebezpieczeństwa ciężkiego uszkodzenia ciała, ciężkiego rozstroju zdrowia lub utraty życia. W tych okolicznościach zgodnie z art. 34 ust. 6 uzl lekarz może wykonać takie czynności po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego. Chodzi o rozstrzygnięcie w interesie dziecka i dla jego dobra, 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.

Po trzecie wreszcie, działanie bez zgody jest dopuszczalne na zasadzie art. 34 ust. 7 uzl. Chodzi w analizowanym zakresie o przypadki, w których lekarz może wykonać czynności, o których mowa w ust. 1, bez zgody przedstawiciela

ustawowego pacjenta bądź zgody właściwego sądu opiekuńczego, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. W takim przypadku lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności. O wykonywanych czynnościach lekarz niezwłocznie zawiadamia przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego lub sąd opiekuńczy.

Nietrudno zauważyć, że realizacja ochronnego charakteru państwa w stosunku do zdrowia małoletniego została powierzona lekarzowi i sądowi opiekuńczemu. Podmioty te nie mają jednak możliwości podejmowania rozstrzygnięć dowolnych, w szczególności zaś nieuzasadnionych aktualną wiedzą medyczną.

PODSUMOWANIE

Chociaż dziecko będące pacjentem pozostaje formalnie, a niekiedy i faktycznie, pozbawione możliwości decydowania o swoich zdrowotnych losach, to nie jest pozbawione godności ani autonomii. Szczególne okoliczności, w których się znalazło, powodują jednak konieczność respektowania zasad udzielania świadczeń zdrowotnych z udziałem innych podmiotów władnych podejmować decyzje. System prawny przewiduje zasady udzielania świadczeń zdrowotnych małoletniemu, a te nie odbiegają od zasad udzielania świadczeń zdrowotnych osobie dorosłej. System ten wykształcił jednak pewne instrumenty kontrolne dla poszanowania godności i realizacji autonomii dziecka poddawanego procedurom medycznym.

Wola przedstawicieli ustawowych dziecka jest przez ustawodawcę respektowana. Rodzice pozostają w tym zakresie autonomiczni oraz cieszą się zaufaniem ze strony państwa, tak w zakresie podejmowania decyzji i wyrażania zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych, jak i rozstrzygania o granicach zdrowotnego dobrostanu ich dziecka. Naruszenie zaufania ze strony rodziców może skutkować narażeniem dziecka na uszczerbek zdrowia lub utratę życia (Kobińska, 2006). Na takie niebezpieczeństwo ustawodawca nie pozwala, a stan ten skutkuje uruchomieniem instrumentów kontrolnych, a nawet dopuszczalnością udzielenia świadczeń zdrowotnych bez zgody przedstawiciela ustawowego, a nawet wbrew jego stanowisku.

Ustawodawca szanuje podmiotowość małoletniego w dwóch aspektach. Po pierwsze, dopuszcza go do informacji o stanie zdrowia i przebiegu procedur medycznych, które będą go obejmować. Po drugie, dopuszcza możliwość współpodejmowania przez niego decyzji dotyczących jego zdrowotnych losów, co więcej małoletni w tym przypadku nie musi być rodzicom (przedstawicielom ustawowym)

posłuszny. Może podjąć decyzję inną niż przedstawiciel ustawowy. Przewidziany przepisami prawa zakres dopuszczalnych decyzji małoletniego zależy od wieku, ewentualnego ubezwłasnowolnienia czy działania z dostatecznym rozeznaniem, jednak co do zasady odbiega od wyznaczonych prawem cywilnym reguł ograniczonej zdolności do czynności prawnych. Rozbieżności między wolą rodziców (przedstawicieli ustawowych) powodowaną swoiście pojmowanym przez nich dobrem dziecka a obowiązkami nałożonymi przez państwo są rozstrzygane z wykorzystaniem aparatu państwa z uwzględnieniem obiektywnego zdrowotnego interesu dziecka.

E-mail autorki: joanna.haberko@amu.edu.pl.

BIBLIOGRAFIA

- Bączyk-Rozwadowska, K. (2011). Prawo pacjenta do informacji według przepisów polskiego prawa medycznego. *Studia Iuridica Toruniensia*, 9, 59–100.
- Bernatek-Zagula, J. (2004). Pacjent – konsument czy podopieczny? *Acta Universitatis Wratislaviensis. Przegląd Prawa i Administracji*, 60, 135–137.
- Boratyńska, M. (2012). *Wolny wybór. Gwarancje i granice prawa pacjenta do samodecydowania*. Warszawa: Wydawnictwo Instytut Problemów Ochrony Zdrowia.
- Bujny, J. (2007). *Prawa pacjenta. Między autonomią a paternalizmem*. Warszawa: C.H. Beck.
- Chyrowicz, B. (2015). *Bioetyka. Anatomia sporu*. Kraków: Wydawnictwo Znak.
- Czyż, E., Falkowska, E. (2009). *Przestrzeganie praw dziecka w Polsce. Rekomendacje dla Parlamentu i Rządu*. Warszawa: Helsińska Fundacja Praw Człowieka.
- Dercz, M., Rek, T. (2003). Prawa dziecka jako pacjenta. W: *Ochrona praw dziecka. Tom II*. Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Dziecka.
- Dudzińska, A. (2008). Wymagana informacja udzielana pacjentowi. *Państwo i Prawo*, 8, 90–102.
- Dudzińska, A. (2009). Zgoda na działanie medyczne. *Państwo i Prawo*, 11, 69–79.
- Dukiet-Nagórska, T. (2000). Świadoma zgoda pacjenta w ustawodawstwie polskim. *Prawo i Medycyna*, 6–7, 78–91.
- Dzienis, P. (2001). Zgoda pacjenta jako warunek legalności leczenia. *Przegląd Sądowy*, 11–12, 78.
- Gajda, J. (2020). Władza rodzicielska. W: K. Pietrzykowski (red.), *Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz* (s. 779–868). Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck.
- Haberko, J. (2013a). Żywnienie dzieci. Zarys problematyki cywilnoprawnej. *Przegląd Prawa Rolnego*, 1(12), 135–151.

- Haberko, J. (2013b). Trudny wybór pacjenta. Recenzja książki Marii Boratyńskiej, „Wolny wybór. Gwarancje i granice prawa pacjenta do samodecydowania”. *Forum Prawnicze*, 4, 61–67.
- Haberko, J. (2016). Dopuszczalność wydania z apteki środków antykoncepcyjnych małoletnim. Postulaty de lege ferenda. *Forum Prawnicze*, 3, 23–36.
- Ignatowicz, J. (2012). Władza rodzicielska W: K. Pietrzykowski (red.), *Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz* (s. 861 -954). Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck.
- Kobińska, A. (2006). Zakres autonomii pacjenta na przykładzie niewyrażenia zgody na zastosowanie preparatu krwi podczas ewentualnej interwencji medycznej w bliżej nieokreślonej przyszłości. *Transformacje Prawa Prywatnego*, 2–3, 35–51.
- Krajewski, R. (2012). Funkcjonowanie świadomej zgody w relacjach lekarz – pacjent. W: S. Trociuk (red.), *Realizacja zasady informed consent w kontekście relacji lekarz – pacjent. Wyzwania i bariery rozwojowe w Polsce*. Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich.
- Kulesza, J. (2005). Brak zgody pacjenta na zabieg leczniczy, a lekarski obowiązek udzielania pomocy. *Prawo i Medycyna*, 2(19), 66–83.
- Łuków, P. (2005). *Granice zgody: autonomia zasad i dobro pacjenta*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.
- Michałek-Janiczek, A. (2009). Autonomia małoletniego w zakresie leczenia. *Państwo i Prawo*, 10, 57–96.
- Nesterowicz, M. (2016). *Prawo medyczne*. Toruń: Dom Organizatora.
- Niemczyk, S., Łazarska, A. (2008). Medyczno-prawne rozważania o konkretyzacji przedmiotu zgody pacjenta. *Prawo i Medycyna*, 32, 65–80.
- Nowacka, M. (2008). Filozoficzne podstawy zasady autonomii pacjenta. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 3, 326–329.
- Pastewka, M. (2015). Waga zgody pacjenta. *Menadżer Zdrowia*, 3, 50–51.
- Safjan, M. (1998). *Prawo i medycyna. Ochrona praw jednostki a dylematy współczesnej medycyny*. Warszawa: Wydawnictwo Oficyna Naukowa.
- Safjan, M. (2000). Prawo polskie a Europejska Konwencja Bioetyczna. *Prawo i Medycyna*, 5, 5–18.
- Safjan, M. (2003). 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* (s. 250–263). Warszawa: Wydawnictwo Warszawa ABC.
- Sakowski, K. (2014). Zasady wykonywania zawodu lekarza. W: E. Zielińska (red.), *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz* (s. 554–940). Warszawa: Wydawnictwo Wolters Kluwer.

- Sobolewski, P. (2017). *System prawa medycznego, Instytucje prawa medycznego t. 1*, red. Safjan M., Bosek L. Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck. s. 402–403.
- Sokołowski, T. (1987). *Władza rodzicielska nad dorastającym dzieckiem*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Sokołowski, T. (2013). *Władza rodzicielska*. W: H. Dolecki, T. Sokołowski (red.), *Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz* (s. 562–656). Warszawa: Wydawnictwo Wolters Kluwer.
- Świdarska, M. (2007). *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny*. Toruń: Wydawnictwo Dom Organizatora.
- Wojcieszak, A. (niepubl.) *Autonomia pacjenta z zaburzeniami psychicznymi*. Praca doktorska w maszynopisie.
- Wyrok TK z dnia 11 października 2011 r. K 16/10. Legalis nr 379743.
- Zembala, A. (2015). Modele komunikacyjne w relacjach lekarz–pacjent. *Zeszyty Naukowe Towarzystwa Doktorantów UJ. Nauki Ścisłe*, 2(11), 40–41.
- Zoll, A. (1999). Granice legalności zabiegu medycznego. *Prawo i Medycyna*, 1, 29–39.
- Zoll, A. (2000). Zaniechanie leczenia – aspekty prawne. *Prawo i Medycyna*, 2, 31–38.

AKTY PRAWNE

- Ustawa z dnia 17 lutego 1964 r. Kodeks rodzinny i opiekuńczy (tj. Dz.U. 2019, poz. 2086).
- Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (tj. Dz.U. 1993, Nr 17, poz. 78 ze zm.).
- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tj. Dz.U. 2019, poz. 537).
- Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (tj. Dz.U. 2017, poz. 1000 ze zm.).
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tj. Dz.U. 2019, poz. 1127 ze zm.).
- Ustawa z dnia 25 czerwca 2015 r. o leczeniu niepłodności (tj. Dz.U. 2017, poz. 865 ze zm.).

THE LEGAL STATUS OF THE CHILD AS A PATIENT

The article covers the legal situation of a child as a patient. Due to the fact that there are no real and formal possibilities of making decisions and expressing consent regarding the admissibility of using medical procedures, the child is in the focus of the legislator. The legal system has developed instruments for protecting the health of the minor's interests and well-being in a situation where parents (legal representatives) threaten the child's well-being.

KEYWORDS

CHILD, MINOR, CONSENT, PATIENT

Cytowanie:

Haberko, J. (2019). Sytuacja prawna dziecka jako pacjenta. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 19(1), 11–27.



Artykuł jest dostępny na licencji Creative Commons Uznanie autorstwa–Użycie niekomercyjne–Bez utworów zależnych 3.0 Polska.

MINISTERSTWO
SPRAWIEDLIWOŚCI

www.ms.gov.pl



FUNDUSZ
SPRAWIEDLIWOŚCI

Sfinansowano ze środków – Funduszu Sprawiedliwości, którego dysponentem jest Minister Sprawiedliwości