

Uwaga! Artykuł został opublikowany w dwóch wersjach językowych – podstawą do cytowań jest wersja angielska

The English-language text shall constitute the original version of the article. The Polish-language version of the article is only an illustrative version

Joanna Haberko

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

ORCID: 0000-0002-2713-3896

joanna.haberko@amu.edu.pl

Samodzielność decyzyjna małoletniego w kwestiach zdrowotnych. Uwagi *de lege ferenda*
w związku z projektem ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty
(druk sejmowy nr 1432)*

ABSTRAKT

W artykule analizą objęto zakres samodzielności decyzyjnej małoletniego w ramach procedur medycznych. Jako że dziecko będące pacjentem nie ma faktycznych i formalnych możliwości samodzielnego podejmowania decyzji i wyrażania zgody, system prawny wykształcił instrumenty ochrony zdrowotnego interesu małoletniego, a realizacja zdrowotnego dobrostanu powierzona została rodzicom (przedstawicielom ustawowym). Przepisy obowiązującego prawa zakładają istnienie granic wiekowych dla podejmowania decyzji w ramach sytuacji zdrowotnej pacjenta. Fakt ten spotyka się z krytyką. Przedstawiane są propozycje zmian i obniżenia wieku samodzielności decyzyjnej małoletniego. Autorka analizie poddała założenia projektu zmian ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz podjęła problem samodzielności małoletniego w procedurach ginekologicznych, dermatologicznych i urologicznych. Rozważania prowadzone są w ramach zarówno polskiego prawa medycznego, jak i prawa rodzinnego, a autorka zarzuca twórcom projektu brak znajomości rozwiązań systemowych oraz zgłasza postulaty *de lege ferenda*.

Słowa kluczowe: zgoda; małoletni; przedstawiciel ustawowy; procedury medyczne

WPROWADZENIE

Samodzielność decyzyjna małoletniego jest kwestią drażliwą, zwłaszcza gdy przedmiotem decyzji pozostają takie dobra jak życie, zdrowie czy wolność. Małoletni, co z jego punktu widzenia zrozumiałe, chciałby pewne decyzje zdrowotne podejmować samodzielnie i niezależnie od rodziców. Dotyczy to w szczególności kwestii intymnych i związanych z ochroną zdrowia reprodukcyjnego. Dotąd samodzielność ta pozostaje ograniczona w sposób zasadniczy przez władzę rodzicielską i sprawowaną w jej ramach pieczę nad osobą oraz reprezentację. Pojawił się jednak w przestrzeni publicznej projekt ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (druk sejmowy 1432¹) dotyczący określenia zasad udzielania niektórych świadczeń zdrowotnych małoletnim po ukończeniu przez nich 15. roku życia. Mając na uwadze fakt, że nie jest to postulat nowy i w dyskusji publicznej coraz częściej pojawiają się propozycje obniżenia wieku uprawniającego do samodzielných wizyt lekarskich w przypadku dziecka,

* Artykuł powstał w ramach realizacji grantu przyznanego przez Narodowe Centrum Nauki: „Małoletni wobec rodziców i państwa. Współczesne polskie uwarunkowania prawne realizacji zasady dobra dziecka oraz partycypacji” (umowa nr UMO-2015/19/B/HS5/03014).

¹ Zob. Opinie Biura Analiz Sejmowych, Opinia prawna i merytoryczna dotycząca poselskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty (druk nr 1432), <https://www.sejm.gov.pl/Sejm9.nsf/opinieBAS.xsp?nr=1432> (dostęp: 10.02.2022). W druku sejmowym błędnie podano nazwę ustawy. Chodzi oczywiście o ustawę o zawodach lekarza i lekarza dentysty, a nie o ustawę o zawodzie lekarza i lekarza dentysty.

Uwaga! Artykuł został opublikowany w dwóch wersjach językowych – podstawą do cytowań jest wersja angielska

The English-language text shall constitute the original version of the article. The Polish-language version of the article is only an illustrative version

celowe wydaje się być podjęcie dyskusji w tym zakresie. Prezentowany na stronach Sejmu RP projekt zmian legislacyjnych wpisuje się w tę dyskusję; co więcej, stanowi przykład szerszych tendencji obserwowanych w literaturze². Jakkolwiek różny może być los projektu³, stanowi on przyczynek do prac legislacyjnych, które w przyszłości niewątpliwie czekają ustawodawcę.

Całość proponowanych zmian legislacyjnych, choć zawarta tylko w dwóch merytorycznych jednostkach redakcyjnych i przepisie o wejściu zmian w życie, niesie za sobą spore konsekwencje w zakresie systemowym. Warto przyjrzeć się propozycji i odpowiedzieć na pytanie o zakres możliwych zmian oraz ewentualną spójność systemową, zarówno w kontekście zasad rządzących udzielaniem świadczeń zdrowotnych, jak i zasad prawa rodzinnego.

Proponuje się, by w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry⁴ w art. 32 wprowadzić następujące zmiany. Po pierwsze, obecny ust. 2 miałby otrzymać brzmienie: „Jeżeli pacjent jest małoletni lub niezdolny do świadomego wyrażenia zgody, wymagana jest zgoda jego przedstawiciela ustawowego, a gdy pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego lub porozumienie się z nim jest niemożliwe – zezwolenie sądu opiekuńczego, z zastrzeżeniem ust. 2a”. Po drugie, dodano by ust. 2a, z którego miałyby wynikać zasadnicza zmiana. Przepis ten brzmiałby: „Lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych z zakresu dermatologii, ginekologii lub urologii, z wyłączeniem wykonywania inwazyjnych zabiegów i procedur medycznych oraz metod leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, pacjentowi małoletniemu, który skończył 15 lat, po uzyskaniu jego zgody. W przypadkach wymienionych w zdaniu poprzedzającym zgoda pacjenta małoletniego, który skończył 15 lat, jest wystarczająca i nie wymaga uzyskania zgody jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego”⁵.

Zasadniczym celem rozważań w niniejszym opracowaniu jest analiza dogmatyczna proponowanych zmian oraz zgłoszenie postulatów *de lege ferenda* w zakresie regulacji samodzielności decyzyjnej małoletniego przy udzielaniu mu świadczeń zdrowotnych. Rozważania

² W literaturze pojawił się pogląd, by jako „przesłankę samodzielnej skutecznej zgody (w sprawach ginekologicznych) przyjąć kryterium fizjologiczne wspólnie z materialnym: pierwsza menstruacja oraz dostateczne rozeznanie”. Zob. M. Boratyńska, *Wolny wybór. Gwarancje i granice prawa pacjenta do samodecydowania*, Warszawa 2012, zwłaszcza s. 559. Zob. także: J. Haberko, *Trudny wybór pacjenta. Recenzja książki Marii Boratyńskiej „Wolny wybór. Gwarancje i granice prawa pacjenta do samodecydowania”*, „Forum Prawnicze” 2013, nr 2, s. 61–67; K. Mularski, *Recenzja: M. Boratyńska „Wolny wybór. Gwarancje i granice prawa pacjenta do samodecydowania”*, ss. 733, „Kwartalnik Prawa Prywatnego” 2013, nr 3, s. 796–806. W tym kontekście zob. także: T. Sokołowski, *Władza rodzicielska nad dorastającym dzieckiem*, Poznań 1987, passim; N. Sochacki-Wójcicka, *Nastolatka u ginekologa – jak powinna wyglądać wizyta?*, 14.02.2019, <https://mamaginekolog.pl/czy-nastolatka-moze-isc-sama-do-ginekologa> (dostęp: 1.12.2021).

³ Zob. Opinie Biura Analiz Sejmowych, *op. cit.*; Uwagi Sądu Najwyższego do poselskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, 21.07.2021, <https://www.sejm.gov.pl/Sejm9.nsf/druk.xsp?documentId=6FFDCD51966AD381C125872600336209> (dostęp: 1.10.2021); Stanowisko nr 86/21/P-VIII Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie poselskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza, 8.06.2021, <https://www.sejm.gov.pl/Sejm9.nsf/druk.xsp?documentId=29D3A671BD7C8784C125872C002CF2D1> (dostęp: 10.02.2022); Stanowisko Rządu wobec poselskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (druk nr 1432), 30.09.2021, <https://www.sejm.gov.pl/Sejm9.nsf/druk.xsp?documentId=FB2B8852A46FCADC1258760003F0BC2> (dostęp: 1.10.2021).

⁴ T.j. Dz.U. 2020, poz. 514, ze zm., dalej: u.z.l.

⁵ Jedynie na marginesie należy zauważyć, że ustawodawca zwyczajowo używa określenia „ukończył”, a nie „skończył” określony wiek.

Uwaga! Artykuł został opublikowany w dwóch wersjach językowych – podstawą do cytowań jest wersja angielska

The English-language text shall constitute the original version of the article. The Polish-language version of the article is only an illustrative version

obejmują zarówno konsekwencje w zakresie wykonywania władzy rodzicielskiej, w szczególności sprawowania pieczy i reprezentacji nad małoletnim w sytuacji przyjęcia proponowanych rozwiązań, jak i zmian w ramach udzielania świadczeń zdrowotnych. Nie jest to próba dyskredytowania propozycji – zapewne znajdą się argumenty na poparcie jej społecznej doniosłości. Tworząc prawo, nie sposób bowiem abstrahować od tego, że nowe przepisy muszą przystawać do tych już w systemie prawa istniejących. W interesującym nas przypadku chodzi o zasady udzielania świadczeń zdrowotnych małoletniemu oraz zasady wykonywania władzy rodzicielskiej. Ustawodawca może oczywiście zmienić prawo, określić zakres autonomii podmiotu⁶, w tym np. obniżyć lub podwyższyć wiek, w którym nabywa się pełnoletność, może też wprowadzić zmiany w zakresie realizacji obowiązku informacyjnego czy wyrażania zgody (samodzielnej lub kumulatywnej) w ramach procedur medycznych lub innych. Wymaga to jednak kompleksowej regulacji i z reguły zmian w szerszym zakresie. Każda propozycja nowelizacji, która zmienia jedynie pewien wycinek uregulowanych już stosunków społecznych, musi uwzględniać dotychczasowe rozwiązania, a proponowane przepisy, jakkolwiek niepozorne by się wydawały, muszą być wykładane w kontekście zasad już w systemie prawa określonych.

UZASADNIENIE NOWELIZACJI

Zarówno istota omawianej nowelizacji, jak i wyrażane wcześniej stanowiska w zakresie obniżenia wieku podejmowania decyzji przez małoletniego sprowadzają się do przyjęcia samodzielności małoletniego pacjenta w zakresie wybranych procedur w ramach wybranych specjalności medycznych⁷. Samodzielność należy tu traktować zarówno jako możliwość podjęcia nieograniczonej decyzji o zasięgnięciu porady lekarskiej, jak i wyrażenia zgody na przeprowadzenie działań takich jak badanie lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych z wyjątkiem wykonywania inwazyjnych zabiegów i procedur medycznych oraz metod leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta. Ujmując rzecz inaczej, chodzi o to, by małoletni po ukończeniu 15. roku życia mógł przyjść do lekarza dermatologa, ginekologa lub urologa sam oraz by sam mógł podjąć decyzję i wyrazić zgodę co do sposobu profilaktyki lub leczenia⁸.

⁶ W zakresie autonomii zob. zwłaszcza: M. Safjan, *Prawo i medycyna. Ochrona praw jednostki a dylematy współczesnej medycyny*, Warszawa 1998, s. 42; R. Krajewski, *Funkcjonowanie świadomej zgody w relacjach lekarz–pacjent*, [w:] *Realizacja zasady informed consent w kontekście relacji lekarz–pacjent. Wyzwania i bariery rozwojowe w Polsce*, red. S. Torciuk, Warszawa 2012, s. 75 i n.; M. Nowacka, *Filozoficzne podstawy zasady autonomii pacjenta*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2008, nr 3, s. 326–329; P. Łuków, *Granice zgody. Autonomia zasad i dobro pacjenta*, Warszawa 2005, s. 126 i n.; M. Tenenbaum, *Zakres autonomii osób fizycznych w możliwości dysponowania komórkami, tkankami i narządami dla celów transplantologicznych za życia oraz na wypadek śmierci*, [w:] *Prace z prawa cywilnego dla uczczenia pamięci Profesora Jana Kosika*, red. P. Machnikowski, Wrocław 2009, s. 525 i n.; 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 n.; A. Liszewska, *Zgoda pacjenta na zabieg leczniczy*, „Państwo i Prawo” 1997, z. 1, s. 36 i n.; A. Michałek-Janiczek, *Autonomia małoletniego w zakresie leczenia*, „Państwo i Prawo” 2009, z. 10, s. 57 i n.

⁷ W projekcie nie rozstrzyga się, dlaczego dokonano rozdziału specjalności, jaką jest ginekologia i położnictwo.

⁸ 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. Świdorska, *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny*, Toruń 2007, passim; S. Niemczyk,

Uwaga! Artykuł został opublikowany w dwóch wersjach językowych – podstawą do cytowań jest wersja angielska

The English-language text shall constitute the original version of the article. The Polish-language version of the article is only an illustrative version

Projekt⁹ ma na celu umożliwienie uzyskania przez pacjentów małoletnich, którzy ukończyli 15 lat, świadczeń zdrowotnych z zakresu wskazanych wyżej specjalności medycznych z wyłączeniem wykonywania inwazyjnych zabiegów i procedur medycznych oraz metod leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, po wyrażeniu przez nich zgody. Zgoda małoletniego pacjenta w przypadku tych procedur byłaby skuteczna, ostateczna i wystarczająca zarazem, bez konieczności uzyskiwania zgody przedstawiciela ustawowego lub sądu opiekuńczego.

Po pierwsze, wskazane dziedziny medycyny są – zdaniem autorów projektu – szczególnie istotne ze względu na pojawiające się w okresie dojrzewania zmiany hormonalne. Umożliwienie osobom, które ukończyły 15 lat, uzyskania świadczenia zdrowotnego z zakresu dermatologii, ginekologii lub urologii bez konieczności wyrażenia na nie zgody przez rodzica przyczyni się „do zwiększenia dostępności tych świadczeń zdrowotnych w tej grupie społecznej, w efekcie czego powinien nastąpić systematyczny wzrost świadomości nastolatków w obszarze zdrowia i profilaktyki zdrowotnej”.

Po drugie, w uzasadnieniu projektu zestawiono proponowane zmiany z obowiązującym stanem prawnym, w którym *de lege lata* sytuacja prawna osób małoletnich, które ukończyły 15 lat, jest inna niż małoletnich, którzy wieku tego nie ukończyli. W projekcie powołano w tym zakresie szczególne zasady odpowiedzialności za popełnienie czynu zabronionego przez nieletniego, który ukończył 15 lat (art. 10 § 2 Kodeksu karnego¹⁰). Wskazano też regulację przewidzianą w art. 190 § 1 Kodeksu pracy¹¹.

Po trzecie, autorzy projektu uzasadniają, że wejście w życie ustawy będzie miało pozytywne skutki społeczne. Jak podnoszą, „zwiększenie dostępności przedmiotowych świadczeń zdrowotnych w grupie społecznej nastolatków powinno wpłynąć na systematyczny wzrost ich świadomości w obszarze zdrowia i profilaktyki zdrowotnej, jak również wzmacniać kształtowanie i budowanie ich poczucia odpowiedzialności za swoje zdrowie i życie. Dzięki temu nastąpi szybsze i skuteczniejsze wyrobienie nawyku dbania o zdrowie i regularnych kontroli profilaktycznych wśród młodzieży. Nastolatki będą mogli to czynić samodzielnie i – co należy podkreślić – niezależnie od poziomu świadomości swoich rodziców w tym zakresie, a nawet dawać rodzicom pozytywny przykład swoją postawą”.

Wśród skutków społecznych wskazano czynnik profilaktyczny, który zakłada, że „konsekwencją ułatwionego dostępu do lekarza dermatologa, ginekologa oraz urologa dla osób powyżej 15. roku życia będzie szybsza wykrywalność i diagnostyka chorób”¹². Z danych

A. Łazarska, *Medyczno-prawne rozważania o konkretyzacji przedmiotu zgody pacjenta*, „Prawo i Medycyna” 2008, nr 32, s. 65–80; K. Bączyk-Rozwadowska, *Prawo pacjenta do informacji według przepisów polskiego prawa medycznego*, „Studia Iuridica Toruniensia” 2011, vol. 9, s. 60.

⁹ Jeśli nie dodano przypisu, wszystkie teksty ujęte w cudzysłowie pochodzą z uzasadnienia projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry (druk sejmowy 1432). Zob. Uzasadnienie projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry (druk nr 1432), <https://www.sejm.gov.pl/Sejm9.nsf/druk.xsp?nr=1432> (dostęp: 4.09.2022).

¹⁰ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (t.j. Dz.U. 2020, poz. 1444, ze zm.), dalej: k.k.

¹¹ Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (t.j. Dz.U. 2020, poz. 1320, ze zm.), dalej: k.p.

¹² M. Matzke, *Coraz więcej młodzieży choruje na raka. Naukowcy bezradni*, 15.03.2017, <https://www.dw.com/pl/coraz-wi%C4%99cej-m%C5%82odzie%C5%BCy-choruje-na-raka-naukowcy->

Uwaga! Artykuł został opublikowany w dwóch wersjach językowych – podstawą do cytowań jest wersja angielska

The English-language text shall constitute the original version of the article. The Polish-language version of the article is only an illustrative version

opracowanych przez Forum Położnictwa i Ginekologii wynika tendencja wzrostowa aktywności seksualnej i wieku inicjacji¹³. Około 27,3% chłopców i 18,8% dziewcząt do 15. roku życia oraz 40,0% chłopców i 31,9% dziewcząt w grupie wiekowej 17–18 lat deklaruje, że podjęło już aktywność seksualną¹⁴.

Po czwarte, w uzasadnieniu wskazano, że argumentem przemawiającym za nowelizacją nie są wyłącznie kwestie związane z antykoncepcją i samodzielnością w tym zakresie, lecz także kwestie zdrowia reprodukcyjnego. Powołano w tym zakresie wystąpienie Rzecznika Praw Obywatelskich do Ministra Zdrowia z dnia 29 lipca 2016 r., w którym wskazano, że „do organizacji społecznych zgłaszają się niepełnoletnie pacjentki z poważnymi zaniedbaniami w zakresie zdrowia intymnego, grożącymi w skrajnych przypadkach nawet bezpłodnością”¹⁵.

Po piąte, możliwość samodzielnego skorzystania z wizyty lekarskiej u urologa bądź ginekologa nabiera „szczególnego znaczenia w przypadku, gdy nastolatek jest ofiarą przemocy domowej lub wykorzystywania seksualnego ze strony swoich rodziców lub opiekunów prawnych. W tym wypadku trudno oczekiwać, że rodzic będzie wspierał dziecko w odbyciu takiej wizyty¹⁶. Liczba przypadków małoletnich ofiar wykorzystania seksualnego w Polsce tylko w przypadku wszczętych postępowań wynosiła w ostatnich latach ponad 2 tys. rocznie¹⁷. Zmiana ustawy może pozytywnie wpłynąć na nieskrępowany dostęp do świadczeń lekarskich dla osób należących do tej grupy wiekowej, a tym samym poprawić ich sytuację życiową, niejednokrotnie zapobiegając dalszemu krzywdzeniu”.

I wreszcie po szóste, argumentacja opiera się na poszanowaniu sfery intymnej, założeniu wstydu i braku otwartości przed rodzicami. Jak zauważono, „proponowane zmiany w ustawie nie mają na celu ograniczenia władzy rodzicielskiej bądź przerzucenia odpowiedzialności za swoje zdrowie na niepełnoletniego. Nie dotyczą też zakresu świadczeń medycznych wiążących się z zabiegami wysokiego ryzyka, są natomiast odpowiedzią na postępujące zmiany społeczne, za rozwojem których istniejące obecnie regulacje prawne nie nadążają”.

ANALIZA PROJEKTU WRAZ Z UZASADNIENIEM

Przechodząc do analizy projektu oraz przytoczonego wyżej uzasadnienia, należy wskazać na następujące fakty. Projekt jest dość oszczędny, by nie powiedzieć lakoniczny w zakresie

behradni/a-37944674 (dostęp: 1.10.2021); *Ginekolog dla dziecka potrzebny. Rozmowa z prof. Agnieszką Droszdol-Cop*, „Polityka” 2021, nr 19, s. 63.

¹³ UNICEF, *Odbycie inicjacji seksualnej przez młodzież*, <https://dzieciwpolisce.pl/statystyka/101/odbycie-inicjacji-seksualnej-przez-mlodziez/wykresy/glowny/2014> (dostęp: 1.10.2021).

¹⁴ K. Ludwikowska, L. Szenborn, M. Karlikowska-Skwarnik, *Choroby przenoszone drogą płciową u nastolatków*, „Forum Położnictwa i Ginekologii” 2017, nr 33, s. 20–32.

¹⁵ Wystąpienie Rzecznika Praw Obywatelskich do Ministra Zdrowia w sprawie zasad dostępu osób niepełnoletnich, w wieku powyżej 15. roku życia, do świadczeń ginekologicznych i urologicznych, 29.07.2016, <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/wystapienie-do-ministra-zdrowia-w-sprawie-zasad-dostepu-mlodziezy-do-swiadczen-ginekologicznych-i-urologicznych> (dostęp: 1.10.2021).

¹⁶ Dane statystyczne Policji, *Przemoc w rodzinie – dane od 2012 roku*, <https://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/przemoc-w-rodzinie/201373,Przemoc-w-rodzinie-dane-od-2012-roku.html> (dostęp: 15.05.2021).

¹⁷ UNICEF, *Seksualne wykorzystanie małoletniego*, <https://dzieciwpolisce.pl/statystyka/115/seksualne-wykorzystanie-maloletniego/wykresy/glowny> (dostęp: 1.10.2021).

Uwaga! Artykuł został opublikowany w dwóch wersjach językowych – podstawą do cytowań jest wersja angielska

The English-language text shall constitute the original version of the article. The Polish-language version of the article is only an illustrative version

projektowanych rozwiązań¹⁸. Zmiana w zakresie art. 32 u.z.l. nie uwzględnia kilku ważkich kwestii związanych z wprowadzeniem do ustawy nowych rozwiązań. Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry, jakkolwiek ważna w systemie prawa, zwłaszcza w obrębie regulacji prawnomedycznych, nie jest jedynym aktem prawnym odnoszącym się do udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym udzielania ich małoletnim. Autorzy projektu nie tylko nie dostrzegają tego faktu, lecz także nie widzą konieczności uwzględnienia rozwiązań zawartych w samej ustawie. Wprowadzenie postulowanego przepisu bez dokonywania innych zmian jest oczywiście możliwe. Utrudni to jednak stosowanie przepisów osobom wykonującym zawody medyczne i z pewnością nie wpłynie na podniesienie świadomości prawnej społeczeństwa.

Jedynie tytułem przykładu warto zwrócić uwagę na wątpliwości w zakresie przewidzianego w art. 31 u.z.l., zwłaszcza zaś w art. 31 ust. 6 u.z.l. obowiązku informacyjnego¹⁹. Przepis ten stanowi, że jeżeli pacjent nie ukończył 16 lat lub jest nieprzytomny bądź niezdolny do zrozumienia znaczenia informacji, lekarz udziela informacji osobie bliskiej w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta²⁰. W projekcie brak jest rozstrzygnięcia, czy regulacją tą należy objąć również pacjentów po ukończeniu przez nich 15. roku życia czy też intencja autorów projektu jest inna. O ile można przychylić się do interpretacji w zakresie informowania osoby bliskiej pacjentowi, o tyle z jednej strony zakłada to brak samodzielności pacjenta po ukończeniu 15. roku życia, a przed ukończeniem 16. roku życia, a z drugiej strony wymaga wskazania komu (i w jakim celu) informacji tej można by udzielać. Kluczowa wątpliwość, która się tu pojawia, dotyczy – oprócz celu przekazania informacji – określenia zakresu podmiotowego osoby bliskiej. Jeżeli osobą bliską może być w świetle art. 3 ust. 1 pkt 2 u.p.p. osoba wskazana przez pacjenta (w tym małoletniego), to czy intencją autorów projektu jest pozostawienie art. 31 ust. 6 u.z.l. w obecnym brzmieniu, a jeżeli tak, to czy wymóg ustawowy będzie spełniony, jeżeli małoletni po ukończeniu 15. roku życia wskaże osobę, która ma lat 14 lat, a nawet młodszą, jako osobę bliską? Przyjmując nowelizację, należy *de lege ferenda* rozważyć wprowadzenie ograniczenia zakresu osoby bliskiej w tym przypadku do pełnoletniej i nieubezważasnowolnionej osoby dorosłej będącej np. krewnym (starsza siostra, ciocia, babcia itd.) lub powinowatym małoletniego (np. macocha, bratowa itd.). Oczywiście powyższe założenie znajdzie uzasadnienie tylko o tyle, o ile małoletniemu nie będzie towarzyszył przedstawiciel ustawy i o ile ustawodawca zdecydowałby się zmienić zakres i cel realizacji obowiązku informacyjnego.

Wątpliwości rodzi jednak dalej projektowana regulacja w zestawieniu z art. 31 ust. 7 u.z.l., będącym niejako naturalną konsekwencją przyjętej konstrukcji decyzyjnej opartej na zgodzie zastępczej w stosunku do pacjenta małoletniego przed ukończeniem przez niego 16. roku życia. *De lege lata* pacjentowi, który nie ukończył 16 lat, lekarz udziela informacji w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu diagnostycznego lub

¹⁸ W prezentowanej analizie odstępiono od wyjaśnień w zakresie dość swobodnego posługiwania się przez autorów projektu zamiennie określeniami takimi jak: „małoletni”, „nieletni”, „młodociany”, „niepełnoletni”, „nastolatek”, przyjmując konsekwentnie, że chodzi o „małoletniego”, względnie o „dziecko/osobę poniżej 18. roku życia”.

¹⁹ J. Haberko, *Tajemnica lekarska a poszanowanie prawa do samostanowienia i prywatności małoletniego pacjenta*, „Białostockie Studia Prawnicze” 2020, nr 2, s. 123–140.

²⁰ T.j. Dz.U. 2020, poz. 849, dalej: u.p.p.

Uwaga! Artykuł został opublikowany w dwóch wersjach językowych – podstawą do cytowań jest wersja angielska

The English-language text shall constitute the original version of the article. The Polish-language version of the article is only an illustrative version

terapeutycznego i wysłuchuje jego zdania²¹. Przyjęta w tym zakresie konstrukcja rodzi dwie poważne konsekwencje. Otóż zakres informacji udzielanej małoletniemu pomiędzy 15. a 16. rokiem życia nie jest, a przynajmniej nie musi być, pełen i służy zasadniczo nie tyle wyrażeniu przez niego zgody, ile poinformowaniu o przebiegu procedur diagnostycznych lub terapeutycznych. Ponadto zakłada on pełną kompetencję informacyjną, a co za tym idzie także kompetencję decyzyjną osoby dorosłej. Wynika to m.in. z tego, że dziecko może nie rozumieć przekazywanej informacji, zrozumieć ją opacznie, jak również z tego, że może podejmować decyzje, negując stanowisko rodziców czy lekarza, kierowane emocjami czy chęcią zrobienia na złość. Sytuacja faktyczna małoletniego może mu wreszcie uniemożliwić przekazanie lekarzowi informacji o dolegliwościach czy schorzeniach. Dziecko po prostu nie wie, co w kontekście ochrony zdrowia może być ważne, a co nie. Czasem informację może fałszować, może to czynić nawet nieświadomie przez brak życiowego doświadczenia²². Dlatego mając na uwadze założenia kodeksowe, przyjmuje się, uwzględniając pewną umowną granicę wieku, że podmiotem, który uczestniczy w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych małoletniemu, jest sprawujący władzę rodzicielską rodzic (przedstawiciel ustawowy).

Szanując podmiotowość małoletniego do 16. roku życia, udziela się mu jednak informacji w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia procedury. Jest to oczywiście dostosowane do wieku, stanu dojrzałości i wrażliwości oraz stanu zdrowia dziecka i wynika z faktu wskazanego wyżej braku kompetencji formalnych, a czasem i faktycznych do podejmowania decyzji²³, niekiedy nawet do przyjęcia i zrozumienia znaczenia informacji. Ma to w założeniu nie powodować dodatkowego stresu u małoletniego, nie wzmacniać strachu, nie obciążać zbędnymi informacjami czy uspokoić w sytuacji, w której dziecko znalazło się bez rodziców, w nieznaney i nieprzyjaznej sobie przestrzeni.

Wprowadzenie samodzielności decyzyjnej w oparciu o projektowany art. 32 ust. 2a u.z.l. wymaga zatem rozstrzygnięcia kwestii zakresu przedmiotowego i podmiotowego obowiązku informacyjnego oraz wskazania, kto może być osobą bliską. Autorzy projektu nie przedstawiają w tym zakresie żadnej propozycji. Trzeba to jednak rozstrzygnąć, jeśli art. 31 ust. 6 i 7 u.z.l. miały pozostać w niezmiennym brzmieniu, a także przesądzić, kto może otrzymać informację jako osoba bliska i jaki zakres informacji miałyby otrzymać małoletni po ukończeniu 15. roku życia, a przed ukończeniem 16. roku życia. Nade wszystko konstrukcję należy oprzeć na przesłance dostatecznego rozeznania małoletniego. Trzeba też odpowiedzieć

²¹ Wynika to m.in. z przepisu art. 72 ust. 3 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. 1997, nr 78, poz. 483, ze zm.) i art. 95 § 4 ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy (t.j. Dz.U. 2020, poz. 1359), dalej: k.r.o. Oznacza to, że zarówno organy władzy publicznej, jak i osoby odpowiedzialne za dziecko (rodzice, opiekunowie) są obowiązane do wysłuchania i w miarę możliwości uwzględnienia zdania dziecka oraz że rodzice przed powzięciem decyzji w ważniejszych sprawach dotyczących dziecka powinni je wysłuchać, jeżeli rozwój umysłowy, stan zdrowia i stopień dojrzałości dziecka na to pozwala, a także uwzględnić w miarę możliwości jego rozsądne życzenia. Zob. W. Borysiak, *Komentarz do art. 72, [w:] Konstytucja. Komentarz*, red. M. Safjan, L. Bosek, Warszawa 2016, s. 1511 i n.

²² J. Haberko, *Prawnomedyczne relacje rodzice – dziecko – państwo*, [w:] *Dziecko – rodzice – państwo w kontekście świadczeń zdrowotnych, edukacyjnych i przemocy domowej*, red. M. Łączkowska-Porawska, Warszawa 2020, s. 13–39.

²³ J. Zajdel, R. Zajdel, *Dzieci i ryby głosu nie mają – prawa małoletniego w procesie leczenia*, „Standardy Medyczne. Pediatria” 2009, vol. 6, s. 657–665.

Uwaga! Artykuł został opublikowany w dwóch wersjach językowych – podstawą do cytowań jest wersja angielska

The English-language text shall constitute the original version of the article. The Polish-language version of the article is only an illustrative version

na pytanie, co zrobić w przypadku, jeżeli małoletni po ukończeniu 15. roku życia nie zgodzi się na udzielenie świadczenia. Czy zastosowanie znajdują reguły ogólne, tj. do 16. roku życia zgodę wyraża przedstawiciel ustawowy, czy może od razu zastępczo sąd opiekuńczy?

Wprowadzenie zmian bez stosownych odniesień w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta zdaje się być rozwiązaniem, które niewątpliwie utrudni stosowanie prawa przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych. Tytułem przykładu należy wskazać dwa przepisy: art. 9 ust. 2 u.p.p. oraz art. 17 ust. 1 u.p.p. Przypomnijmy: pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego przedstawiciel ustawowy mają prawo do uzyskania od osoby wykonującej zawód medyczny 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, w zakresie udzielanych przez tę osobę świadczeń zdrowotnych oraz zgodnie z posiadanymi przez nią uprawnieniami (art. 9 ust. 2 u.p.p.); pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, ma prawo do wyrażenia zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych (art. 17 ust. 1 u.p.p.)²⁴.

Pozostaje zatem, także w ramach tej ustawy, do rozstrzygnięcia kwestia realizacji obowiązku informacyjnego w stosunku do małoletniego po ukończeniu przez niego 15. roku życia, a przed ukończeniem 16. roku życia. Jak się wydaje, wyróżnienie wskazanych procedur nie stanowi podstawy do uznania, że mamy do czynienia z *lex specialis*, ilekroć bowiem ustawodawca w ramach procedur medycznych obniża wiek, czyni to konsekwentnie w ramach kumulatywnego zakresu zgody²⁵, nigdy zaś nie pozostawia małoletniego jako podmiotu uprawnionego do samodzielnego wyrażenia zgody.

Autorzy projektu przyjmują, że nie zmieni on zasad wykonywania władzy rodzicielskiej nad małoletnim. Nie sposób jednak podzielić tego poglądu. Dzieckiem jest się do ukończenia umownie określonego wieku. *De lege lata* jest to 18. rok życia. W zakresie realizacji praw podmiotowych małoletniego główną rolę odgrywają rodzice (przedstawiciele ustawowi). Warto w tym zakresie przywołać przepis art. 95 § 4 k.r.o., z którego wynika nie tylko obowiązek realizacji zasady dobra dziecka, lecz także realizacji jej w najlepszym interesie dziecka i z uwzględnieniem jego stanowiska oraz przy założeniu wyływającym z art. 97 § 2 k.r.o. zgodności decyzji rodziców²⁶. Powyższe uzasadnia trafność twierdzenia, że w pierwszej mierze rodzic (jeśli sprawa jest istotna, to zgodnie oboje rodzice), a nie kto inny, w szczególności lekarz, a nawet sam małoletni, może decydować o sytuacji zdrowotnej dziecka. Fakt ten nie wpływa z braku poszanowania godności małoletniego, lecz właśnie z niej bierze swe źródło²⁷.

²⁴ B. Janiszewska, *Komentarz do art. 9, [w:] Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, red. L. Bosek, Warszawa 2020, s. 225 i n.

²⁵ Zob. np. art. 25 ust. 3 u.z.l.; art. 4a ust. 4 ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz.U. 1993, nr 17, poz. 78, ze zm.); art. 12 ust. 3 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (t.j. Dz.U. 2020, poz. 2134).

²⁶ J. Gajda, *Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Akty stanu cywilnego. Komentarz*, Warszawa 2002, s. 389; idem, [w:] *Kodeks rodzinny i opiekuńczy, Komentarz*, red. K. Pietrzykowski, Warszawa 2020, s. 804.

²⁷ A. Wojcieszak, *On Respect for Human Dignity on the Example of Polish Guarantees of Its Protection and the Judicature of the Supreme Court of the United States of America*, „Studia Iuridica Lublinensia” 2021, vol. 30(5), s. 701–721.

Uwaga! Artykuł został opublikowany w dwóch wersjach językowych – podstawą do cytowań jest wersja angielska

The English-language text shall constitute the original version of the article. The Polish-language version of the article is only an illustrative version

Trudno wyobrazić sobie realizację prawa i obowiązku pieczy nad osobą dziecka w aspekcie zdrowotnym bez uznania trafności tego założenia.

Dopuszczenie rodziców do informacji o stanie zdrowia czy szczegółach zdrowotnych życia małoletniego nie jest przejawem działania poza osobą dziecka, lecz działaniem w jego najlepszym interesie. Służy realizacji prawa do ochrony zdrowia małoletniego poprzez pozyskanie informacji o zdrowotnych losach dziecka i wyrażenie zgody na działania medyczne. Co należy podkreślić, realizując pieczę nad osobą dziecka i reprezentując je, rodzice pozostają autonomiczni. Nie oznacza to oczywiście, że rodzic może działać, nie biorąc pod uwagę dobra dziecka, jego najlepszego interesu i obiektywnych kryteriów medycznych w świetle medycyny opartej na dowodach. Przeciwnie, jeżeli swoim zachowaniem będzie zagrażał zdrowotnym interesom małoletniego (np. nie będzie poddawał dziecka wizytom kontrolnym, będzie leczył metodami nieuznanymi w świetle medycyny opartej na dowodach, nie będzie poddawał dziecka szczepieniom ochronnym), państwo poprzez swoje działania będzie realizować zasadę dobra dziecka. Będzie się to objawiać wydaniem decyzji zastępczych w zakresie leczenia oraz trwałym odsunięciem rodzica od możliwości ich podejmowania (np. poprzez pozbawienie władzy rodzicielskiej). Wyjątkowość tych działań nie przekreśla jednak założenia, według którego wszystkie decyzje i czynności osób dorosłych, w tym zwłaszcza rodziców, mają być nakierowane na osiągnięcie dobra dziecka, także w aspekcie dobrostanu zdrowotnego. Należy tu dodać także możliwe ograniczenie decyzyjności rodzica i jego udziału w procedurach medycznych, jeżeli ze względu na charakter procedury narażałoby to dziecko na naruszenie jego godności czy intymności. Mowa o takich zachowaniach rodziców (przedstawicieli ustawowych), które w świetle doświadczenia życiowego lekarza czy położnej mogłyby zostać uznane za przekraczające pewne zwyczajowo przyjęte normy postępowania rodzica wobec dziecka (np. pozostawanie ojca w trakcie badania wiążącego się z okazaniem intymnych części ciała u dorastającej córki i przyglądanie się, zwłaszcza w sytuacji podejrzenia wykorzystywania seksualnego itp.).

Autorzy projektu zdają się nie dostrzegać oczywistego sprzężenia zgody z informacją. To rodzic (przedstawiciel ustawowy) ma prawo otrzymać informację o stanie zdrowia małoletniego, jako że wiąże się w sposób oczywisty z prawem do wyrażenia zgody w zakresie udzielanych dziecku świadczeń zdrowotnych²⁸. Pozbawienie rodzica tego prawa czy choćby jego naruszenie może skutkować odpowiedzialnością podmiotu, który te prawa naruszył.

W tym kontekście pojawia się pytanie, czy proponowana *de lege ferenda* zmiana może zostać wprowadzona do ustawy bez naruszenia zasad rządzących wykonywaniem władzy rodzicielskiej, w szczególności sprawowaniem pieczy. Nie ulega wątpliwości, że ustawodawca może dokonać takich zmian, jakie na danym etapie rozwoju społeczeństwa i praktyki stosowania prawa uznaje za najbardziej korzystne. Pojawia się jednak pytanie, czy osiągnięcie zamierzonego celu – za taki należy uznać, jak się wydaje, większą samodzielność małoletniego w przypadku wizyt wiążących się z okazywaniem intymnych części ciała i mówieniem lekarzowi o sprawach zdrowotnie wstydliwych dla dziecka – może nastąpić przy pozostawieniu dotychczasowych przepisów wiążących się z osiągnięciem pełnoletności, sprawowaniem pieczy i reprezentowaniem małoletniego w ramach wykonywania władzy rodzicielskiej.

²⁸ A. Michałek-Janiczek, *op. cit.*, s. 57 i n.

Uwaga! Artykuł został opublikowany w dwóch wersjach językowych – podstawą do cytowań jest wersja angielska

The English-language text shall constitute the original version of the article. The Polish-language version of the article is only an illustrative version

Konieczne wydaje się być odwołanie do konstrukcji zakładającej osiągnięcie pełnoletności po ukończeniu określonego wieku, jak również do konstrukcji określających zakres dopuszczalnych dla małoletniego czynności pomimo braku pełnoletności. I tak dziecko może w świetle przepisów art. 14–22 Kodeksu cywilnego²⁹ podejmować decyzje i składać oświadczenia woli, które będą wpływać na jego sytuację prawną; może to czynić w zakresie przewidzianym przez ustawę, nawet bez zgody rodziców³⁰. Rozumowanie ustawodawcy opiera się na argumencie zawartym w przepisie art. 95 § 2 k.r.o. w słowach: „a w sprawach, w których może samodzielnie podejmować decyzje i składać oświadczenia woli, powinno wysłuchać opinii i zaleceń rodziców formułowanych dla jego dobra”³¹. To oznacza, że jeżeli małoletni chciałby dokonać jakiejś czynności, powinien wysłuchać rodziców. Może oczywiście dokonać czynności, ale dobro dziecka przemawia za tym, że powinien wysłuchać rodziców i uczynić to wcześniej³². Pozwoli to, w świetle doświadczenia życiowego, ustrzec małoletniego np. przed dokonaniem niekorzystnej dla siebie czynności prawnej, a ujmując sprawę życiowo – przed popełnieniem błędu. Co więcej, w sytuacjach, w których czynność prawna wymagałaby zgody bądź potwierdzenia ze strony przedstawiciela ustawowego, samo wysłuchanie rodziców nie zostało ujęte jako jedyny wymóg ważności dokonywanej czynności prawnej czy składanego oświadczenia. Małoletni, podejmując pewne działania skutkujące w sferze prawnej, nie jest samodzielny³³.

Pomimo tego, że z art. 95 § 2 k.r.o. wynika generalny obowiązek posłuszeństwa małoletniego rodzicom, przewidziana jest jednak w systemie grupa czynności i oświadczeń, które nie obejmują obowiązku posłuszeństwa i w przypadku których małoletni może działać samodzielnie na podstawie przepisów odrębnych. Mowa tu o takich czynnościach podobnych do czynności prawnych, jak zgoda na zmianę nazwiska (art. 89 § 1 *in fine*, art. 89 § 2 zd. 2, art. 90 § 1 *in fine* k.r.o.), zgoda na przysposobienie (art. 118 § 1–3 k.r.o.) czy szereg zgód lub sprzeciwów wyrażanych w procedurach medycznych, w których samodzielność zostaje ograniczona do możliwości wyrażenia stanowiska prawnie wiążącego, ale nie ostatecznego.

W przedstawionych wyżej przypadkach dopuszcza się samodzielność działań małoletniego i podejmowanie przez niego nieskrępowanych wola przedstawiciela ustawowego decyzji. Ma to jednak charakter zupełnie wyjątkowy w zakresie pewnych uznanych przez ustawodawcę grup czynności. Respektuje się tu pewne wartości, które w zestawieniu z wykonywaniem władzy rodzicielskiej w zakresie sprawowania pieczy i reprezentacji zyskują w społeczeństwie większe uznanie. Co istotne, czynności te uregulowane w Kodeksie cywilnym zazwyczaj nie należą do istotnych spraw dziecka, a w zakresie uregulowanym ustawami szczegółowymi

²⁹ Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (t.j. Dz.U. 2020, poz. 1740, ze zm.), dalej: k.c.

³⁰ Z najnowszej literatury zob. M. Gutowski, *Komentarz do art. 14*, [w:] *Kodeks cywilny. Komentarz*, red. M. Gutowski, t. 1, Warszawa 2016, s. 90 i n.

³¹ O zakresie powinności wysłuchania rodziców por. np. J. Ignatowicz *Komentarz do art. 95*, [w:] *Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz*, red. K. Pietrzykowski, Warszawa 2012, s. 874.

³² M. Andrzejewski, *Application of the Clause of the Good of the Child: Reflections Inspired by the Decision of the Supreme Court on the Creation of Foster Families*, „*Studia Iuridica Lublinensia*” 2021, vol. 30(5), s. 29–51.

³³ Wyjątki w tym zakresie wprowadzają przepisy Kodeksu cywilnego. Dotyczą one samodzielnego rozporządzania zarobkiem, samodzielności w zakresie podejmowania czynności prawnych co do przedmiotów, które przedstawiciel ustawowy oddał małoletniemu do swobodnego użytku czy tzw. czynności bagatelnych. Zob. Z. Radwański, A. Olejniczak, *Prawo cywilne. Część ogólna*, Warszawa 2019, s. 275 i literatura tu zamieszczona.

Uwaga! Artykuł został opublikowany w dwóch wersjach językowych – podstawą do cytowań jest wersja angielska

The English-language text shall constitute the original version of the article. The Polish-language version of the article is only an illustrative version

zabezpieczają jego dobro wobec pewnych zdarzeń, które mają miejsce zazwyczaj bez woli małoletniego³⁴. W tym kontekście pozostaje do rozstrzygnięcia kwestia zakresu samodzielności decyzyjnej małoletniego oraz zakresu spraw tą samodzielnością objętych.

Nie sposób wyłączyć *de lege ferenda* również takiego rozwiązania, w którym wiek uzyskania pełnoletności ze wszelkimi tego konsekwencjami zostanie obniżony, niemniej przyjmując rozwiązania systemowe, należy wskazać, że nie ma podstaw do wyłączenia władzy rodzicielskiej w przypadku wizyty małoletniego u lekarza dermatologa, ginekologa czy urologa. Powtórzmy, że nie chodzi tu o „wyrażenie zgody” przez małoletniego, lecz o kształtowanie jego zdrowotnej sytuacji, której zabezpieczenie zostało powierzone rodzicom (przedstawicielom ustawowym). Nawet jeżeli sprawa nie będzie, wyjątkowo, zaliczana do istotnych spraw dziecka, to z pewnością nie będzie mogła zostać zaliczona – w przypadku żadnej z wizyt objętych projektem – do czynności bagatelnych³⁵.

Przyjęte przez autorów projektu założenie, w świetle którego umożliwienie osobom, które ukończyły 15 lat, uzyskania świadczenia zdrowotnego z zakresu dermatologii, ginekologii lub urologii bez konieczności wyrażenia na nie zgody przez rodzica przyczyni się „do zwiększenia dostępności tych świadczeń zdrowotnych w tej grupie społecznej, w efekcie czego powinien nastąpić systematyczny wzrost świadomości nastolatków w obszarze zdrowia i profilaktyki zdrowotnej”, nie zostało w żaden sposób poparte badaniami. Co więcej, rozwiązanie to opiera się wyłącznie na kryterium wieku i abstrahuje od stanu świadomości czy rozeznania małoletniego. Wprowadzenie zmiany *de lege ferenda* spowoduje trudność interpretacyjną tego rodzaju, że osoba po ukończeniu 15. roku życia niezależnie od rozeznania do ginekologa-położnika będzie mogła pójść samodzielnie (przy założeniu rozstrzygnięcia wątpliwości interpretacyjnej z art. 31 ust. 6 u.z.l.), a także będzie mogła podjąć wiążącą prawnie decyzję, wyrazić skuteczną i ostateczną zgodę na badanie oraz zastosowanie terapii, w tym hormonalnej, a od osoby po ukończeniu 17. roku życia w przypadku profilaktycznego badania stomatologicznego czy okulistycznego wymagać się będzie zgody kumulatywnej i obecności przedstawiciela ustawowego.

Autorzy projektu dostrzegają szczególną sytuację małoletnich po ukończeniu przez nich 15. roku życia. Oprócz szczególnych zasad odpowiedzialności karnej i możliwości zatrudniania osób po ukończeniu 15. roku życia nie sposób nie odnieść się także do szczególnej sytuacji małoletniego określonej w art. 200 § 1 k.k., na którym to założeniu oparto w projekcie część uzasadnienia³⁶. Prawdą jest, że poniżej pewnego, umownego wieku obcowanie z małoletnim lub poddanie go innym czynnościom seksualnym podlega sankcji karnej. Założenie to oparte

³⁴ Można w tym zakresie wskazać wzmiankowane wyżej np. wyrażenie zdania w zakresie zmiany nazwiska czy zgody na przysposobienie. O kształtowaniu sytuacji prawnej, rodzinnej i osobistej dziecka przez rodziców zob. np. J. Strzebinczyk, *Prawo rodzinne*, Warszawa 2010, s. 251.

³⁵ Na przyjęte założenie udzielania świadczeń w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego należy oczywiście nałożyć reguły kontraktowe w przypadku zawierania umowy przez małoletniego o udzielenie świadczenia zdrowotnego. Zob. J. Haberko, *Dopuszczalność wydania z apteki środków antykoncepcyjnych małoletnim. Postulaty de lege ferenda*, „Forum Prawnicze” 2016, nr 3, s. 23–36.

³⁶ Zob. także: M. Mozgawa, *Komentarz do art. 200*, [w:] *Kodeks karny. Komentarz*, red. M. Mozgawa, LEX/el. 2014; T. Sroka, *Kodeks karny. Wybór orzecznictwa*, LEX/el. 2014; N. Kłaczyńska, *Komentarz do art. 200*, [w:] *Kodeks karny. Część szczegółowa. Komentarz*, red. J.W. Giezek, LEX/el. 2014; A. Marek, *Kodeks karny. Komentarz*, LEX/el. 2010.

Uwaga! Artykuł został opublikowany w dwóch wersjach językowych – podstawą do cytowań jest wersja angielska

The English-language text shall constitute the original version of the article. The Polish-language version of the article is only an illustrative version

jest na doświadczeniu życiowym i przyjęciu w jego ramach pewnego poziomu dojrzałości płciowej człowieka. Nie stwarza to jednak podstaw do przyjęcia dopuszczalności nieograniczonego podejmowania współżycia płciowego przez osobę po ukończeniu 15. roku życia. Zamyśl realizowany przez przepis karny jest taki, by wyłączyć karalność takiego postępowania³⁷. Nie oznacza to ani ogólnego przyzwolenia na współżycie po ukończeniu 15. roku życia, ani prawa podmiotowego w tym zakresie. Fakt odstąpienia od karalności zachowań polegających na obcowaniu płciowym z osobą, która ukończyła 15. rok życia, nie zmienia zasad wykonywania władzy rodzicielskiej ani nie wyłącza w tym zakresie zasad przedstawicielstwa ustawowego³⁸. Argument ten wiąże się z innym wskazywanym w uzasadnieniu, a mianowicie czynnikiem profilaktycznym zestawionym z obniżającym się wiekiem inicjacji seksualnej małoletnich, stosowaniem antykoncepcji oraz samodzielnością w tym zakresie. Zapewne są małoletni, którzy podejmują współżycie płciowe po osiągnięciu 15. roku życia w ramach dojrzałej emocjonalnie, stabilnej relacji, w której partnerzy pozostają sobie wzajemnie wierni, a stosunek płciowy jest formą pożycia dopełniającą ich partnerstwo w sferze duchowej i gospodarczej. Oczywiście *ad casum* nie sposób wyłączyć takich sytuacji, niemniej doświadczenie życiowe, wsparte wiedzą naukową, podpowiada, że niezwykle trudno znaleźć argumenty popierające wczesną inicjację seksualną³⁹ oraz ryzykowne zachowania seksualne u dzieci⁴⁰. Wyjątkowość przytoczonego przykładu, który oczywiście jest możliwy, i tak nie zmienia, przynajmniej do ukończenia przez małoletnią w wieku 16 lat i zawarcia przez nią związku małżeńskiego, i to za zezwoleniem sądu, ogólnych zasad sprawowania władzy rodzicielskiej. *Ad casum* należałoby także udzielić odpowiedzi na pytanie, czy rodzic akceptujący taki stan rzeczy nie postępuje w sposób zagrażający dobru dziecka.

Można bronić poglądu reprezentowanego przez autorów projektu, że wejście w życie analizowanej zmiany legislacyjnej będzie miało pozytywne skutki społeczne i wpłynie na systematyczny wzrost świadomości nastolatków w obszarze zdrowia i profilaktyki zdrowotnej, będzie wzmacniać kształtowanie i budowanie ich poczucia odpowiedzialności za swoje zdrowie i życie. Trudno jednak w świetle doświadczenia życiowego przyjąć argumentację, w świetle której za wprowadzeniem zmiany w istocie wyłączającej władzę rodzicielską w ramach pieczy i reprezentacji miałyby przemawiać to, że 15-letnie dziecko, niezależnie od stanu rozeznania, będzie poprzez możliwość samodzielnych wizyt u ginekologa-położnika czy dermatologa „dawać rodzicom pozytywny przykład swoją postawą”. To założenie idealne, by nie powiedzieć naiwne. Ustawodawca, kierowany doświadczeniem życiowym, zakładając obowiązek posłuszeństwa małoletniego rodzicom, zdaje się przyjmować akurat inne rozumowanie. Opiera

³⁷ Zob. np. wyrok SA w Katowicach z dnia 14 marca 2014 r., II AKa 27/14; wyrok SA w Krakowie z dnia 27 lutego 2014 r., II AKa 3/14, KZS 2014, nr 4, poz. 45; wyrok SA we Wrocławiu z dnia 9 października 2012 r., II AKa 276/12, KZS 2014, nr 4, poz. 55.

³⁸ J. Haberko, *Dopuszczalność...*, s. 23–36.

³⁹ B. Jankowiak, A. Gulczyńska, *Wczesna inicjacja seksualna młodzieży – przyczyny i konsekwencje*, „Kultura – Społeczeństwo – Edukacja” 2014, nr 1, s. 171–187; A. Bartnik, A. Cichowska, *Psychospołeczne następstwa wczesnej inicjacji seksualnej*, „Przegląd Seksuologiczny” 2015, nr 11, s. 2–6; M. Nieckula, P.I. Jabłońska, A.A. Duda, K. Fecko-Gałowicz, *Inicjacja seksualna wśród młodzieży szkół ponadgimnazjalnych*, „Pielęgniarstwo Polskie” 2019, nr 2, s. 148–155.

⁴⁰ J. Imacka, M. Bulsa, *Ryzykowne zachowania seksualne młodzieży jako czynnik zwiększający ryzyko zakażenia chorobami przenoszonymi drogą płciową*, „Hygeia Public Health” 2012, vol. 47(3), s. 272–276.

Uwaga! Artykuł został opublikowany w dwóch wersjach językowych – podstawą do cytowań jest wersja angielska

The English-language text shall constitute the original version of the article. The Polish-language version of the article is only an illustrative version

się ono na argumencie zawartym w powołanym już w toku rozważań przepisie art. 95 § 2 k.r.o. w słowach: „a w sprawach, w których może samodzielnie podejmować decyzje i składać oświadczenia woli, powinno wysłuchać opinii i zaleceń rodziców formułowanych dla jego dobra”, a także w art. 95 § 4 k.r.o., gdzie przyjmuje się, że to rodzice przed powzięciem decyzji w ważniejszych sprawach dotyczących dziecka powinni je wysłuchać, jeżeli rozwój umysłowy, stan zdrowia i stopień dojrzałości dziecka na to pozwala, oraz uwzględnić w miarę możliwości jego rozsądne życzenia⁴¹. Projekt zakłada, jak się wydaje, odwrócenie ról.

Błędne jest stanowisko i nie znajduje ono *de lege lata* potwierdzenia w obowiązującym prawie, że brak zgody przedstawiciela ustawowego, względnie niemożność jej uzyskania w związku np. z wyjazdem rodziców, może prowadzić w przypadku małoletniego do długotrwałej niemożności skorzystania z opieki medycznej fachowego podmiotu (np. lekarza ginekologa-położnika). Z pomocą przychodzi w tym zakresie choćby art. 32 ust. 3, 6 czy 8 u.z.l.⁴².

I wreszcie argument wizyty lekarskiej w związku z przemocą domową czy wykorzystywaniem seksualnym przez rodziców⁴³. Niewątpliwie ważki, niemniej w tym zakresie argumentacja w żaden sposób nie została poparta badaniami, a stwierdzenie, że „zmiana ustawy może pozytywnie wpłynąć na nieskrępowany dostęp do świadczeń lekarskich dla osób należących do tej grupy nieletnich, a tym samym poprawić ich sytuację życiową, niejednokrotnie zapobiegając dalszemu krzywdzeniu”, opiera się wyłącznie na przeświadczeniu wnioskodawców. Co warto zauważyć, system prawny dysponuje instrumentami ochronnymi w tym zakresie, a doświadczenie życiowe podpowiada, że dziecku w takiej sytuacji należy udzielić wsparcia osoby dorosłej, a nie pozostawiać je samemu sobie⁴⁴.

PODSUMOWANIE

Założenie, które legło u podstaw projektu ustawy, oprócz innych czynników, opiera się na tym, że podejmując współżycie cielesne, małoletni chciałby decydować o intymnej sferze życia także w kontekście zdrowotnym. Chciałby to robić samodzielnie, bez informowania rodziców. Konieczność zmian, wobec dojrzałości i samodzielności małoletnich, obniżenia wieku inicjacji seksualnej oraz większego życiowego doświadczenia, jak wykazują projektodawcy, jest nieunikniona. Nie sposób tego negować. Trzeba jednak mieć na uwadze to, że system prawny stanowi zespół połączonych ze sobą instytucji, które nie zostały uregulowane wyłącznie w jednym czy dwóch aktach prawnych. Zmiana przepisów w zakresie wyrażania zgody przez małoletniego musi pociągać za sobą zmianę zasad dostarczania informacji oraz w zakresie sprawowania władzy rodzicielskiej, a przynajmniej wskazania, że tego rodzaju czynność

⁴¹ O zakresie powinności wysłuchania rodziców zob. np. J. Ignatowicz, *op. cit.*, s. 874.

⁴² J. Słyk, *Zezwolenie (zgoda) sądu opiekuńczego na udzielenie świadczenia zdrowotnego małoletniemu pacjentowi (art. 32 i 34 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry)*, „Prawo w Działaniu. Sprawy Cywilne” 2016, nr 25, s. 156–157.

⁴³ K. Łakomy, *Minor Victim Representation in Cases of Crimes Committed by Family Members in Polish Law*, „Studia Iuridica Lublinensia” 2020, vol. 29(5), s. 181–196.

⁴⁴ *Ibidem*.

Uwaga! Artykuł został opublikowany w dwóch wersjach językowych – podstawą do cytowań jest wersja angielska

The English-language text shall constitute the original version of the article. The Polish-language version of the article is only an illustrative version

podobna do czynności prawnej mieści się w zakresie wyjątków. Wymaga to szerszej zmiany niż propozycja przedstawiona w druku sejmowym nr 1432.

Dyskusja w tej mierze z pewnością musi obejmować uwzględnienie szeregu ważkich argumentów. Utrzymanie obecnego stanu *de lege ferenda* nie wydaje się możliwe, podobnie jak obniżenie wieku uzyskania pełnoletności. Zasadnicze trudności może rodzić także – co starano się wykazać w prezentowanych rozważaniach – dopracowanie projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, mającego obecnie postać druku sejmowego nr 1432. *De lege ferenda* najprościej, co oczywiście nie oznacza najlepiej, byłoby oprzeć nowelizację na założeniu zmiany art. 32 ust. 3 u.z.l. i przyjęciu takiego brzmienia przepisu: „Jeżeli zachodzi potrzeba przeprowadzenia badania osoby, o której mowa w ust. 2, zgodę na przeprowadzenie badania może wyrazić także opiekun faktyczny lub małoletni po ukończeniu 16. roku życia, o ile działa z dostatecznym rozeznaniem, a przedstawiciel ustawowy uprzednio zezwolił na/zaakceptował przyjęcie małoletniego przez tego lekarza”. Postać językowa wymaga, podobnie jak określenie sposobu realizacji obowiązku informacyjnego, oczywistego dopracowania, ale daje małoletniemu możliwość zarówno samodzielnej wizyty, jak i wyrażenia zgody na badanie. Pozwala przedstawicielowi ustawowemu kontrolować zakres wizyt. Przedstawiciel ustawowy bowiem zarówno wybrałby lekarza, jak i decydowałby o tym, czy małoletni może czy też nie odbyć samodzielną wizytę. Musiałoby to oczywiście odbywać przy założeniu, że chodzi o publiczną jednostkę, gdyż w jednostce prywatnej małoletniego nadal blokowałby art. 18 k.c. i brak samodzielności w zawarciu umowy z lekarzem o świadczenie usług zdrowotnych. Należałoby określić postać oświadczenia przedstawiciela ustawowego, którym powinien dysponować lekarz, zabezpieczając sobie dowód na wypadek badania. Należałoby także określić sposób działania w sytuacji konieczności podjęcia dalszej profilaktyki lub terapii w sytuacji, w której zgodnie z wiedzą medyczną i doświadczeniem życiowym należałoby je zaliczyć do istotnych spraw dziecka⁴⁵.

BIBLIOGRAFIA

LITERATURA

- Andrzejewski M., *Application of the Clause of the Good of the Child: Reflections Inspired by the Decision of the Supreme Court on the Creation of Foster Families*, „Studia Iuridica Lublinensia” 2021, vol. 30(5), DOI: <https://doi.org/10.17951/sil.2021.30.5.29-51>.
- Bartnik A., Cichowska A., *Psychospołeczne następstwa wczesnej inicjacji seksualnej*, „Przegląd Seksuologiczny” 2015, nr 11.
- Bączyk-Rozwadowska K., *Prawo pacjenta do informacji według przepisów polskiego prawa medycznego*, „Studia Iuridica Toruniensia” 2011, vol. 9, DOI: <https://doi.org/10.12775/SIT.2011.013>.
- Boratyńska M., *Wolny wybór. Gwarancje i granice prawa pacjenta do samodecydowania*, Warszawa 2012.
- Borysiak W., *Komentarz do art. 72*, [w:] *Konstytucja. Komentarz*, red. M. Safjan, L. Bosek, Warszawa 2016.
- Czarkowski M., Różyńska J., *Świadoma zgoda na udział w eksperymencie medycznym. Poradnik dla badacza*, Warszawa 2008.
- Dukiet-Nagórska T., *Świadoma zgoda pacjenta w ustawodawstwie polskim*, „Prawo i Medycyna” 2000, nr 6–7.
- Gajda J., [w:] *Kodeks rodzinny i opiekuńczy, Komentarz*, red. K. Pietrzykowski, Warszawa 2020.

⁴⁵ W zakresie argumentacji zob. J. Haberko, *Sytuacja prawna dziecka jako pacjenta*, „Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka” 2020, nr 19(1), s. 9–25.

Uwaga! Artykuł został opublikowany w dwóch wersjach językowych – podstawą do cytowań jest wersja angielska

The English-language text shall constitute the original version of the article. The Polish-language version of the article is only an illustrative version

- Gajda J., *Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Akty stanu cywilnego. Komentarz*, Warszawa 2002.
- Ginekolog dla dziecka potrzebny. Rozmowa z prof. Agnieszką Droszól-Cop, „Polityka” 2021, nr 19.
- Gutowski M., *Komentarz do art. 14*, [w:] *Kodeks cywilny. Komentarz*, red. M. Gutowski, t. 1, Warszawa 2016.
- Haberko J., *Dopuszczalność wydania z apteki środków antykoncepcyjnych małoletnim. Postulaty de lege ferenda*, „Forum Prawnicze” 2016, nr 3.
- Haberko J., *Prawnomedyczne relacje rodzice – dziecko – państwo*, [w:] *Dziecko – rodzice – państwo w kontekście świadczeń zdrowotnych, edukacyjnych i przemocy domowej*, red. M. Łączkowska-Porawska, Warszawa 2020.
- Haberko J., *Sytuacja prawna dziecka jako pacjenta*, „Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka” 2020, nr 19(1).
- Haberko J., *Tajemnica lekarska a poszanowanie prawa do samostanowienia i prywatności małoletniego pacjenta*, „Białostockie Studia Prawnicze” 2020, nr 2.
- Haberko J., *Trudny wybór pacjenta. Recenzja książki Marii Boratyńskiej „Wolny wybór. Gwarancje i granice prawa pacjenta do samodecydowania”*, „Forum Prawnicze” 2013, nr 2.
- Ignatowicz J., *Komentarz do art. 95*, [w:] *Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz*, red. K. Pietrzykowski, Warszawa 2012.
- Imacka J., Bulsa M., *Ryzykowne zachowania seksualne młodzieży jako czynnik zwiększający ryzyko zakażenia chorobami przenoszonymi drogą płciową*, „Hygeia Public Health” 2012, vol. 47(3).
- Janiszewska B., *Komentarz do art. 9*, [w:] *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, red. L. Bosek, Warszawa 2020.
- Jankowiak B., Gulczyńska A., *Wczesna inicjacja seksualna młodzieży – przyczyny i konsekwencje*, „Kultura – Społeczeństwo – Edukacja” 2014, nr 1.
- Kłączyńska N., *Komentarz do art. 200*, [w:] *Kodeks karny. Część szczegółowa. Komentarz*, red. J.W. Giezek, LEX/el. 2014.
- Kołodziej A., *Stopień autonomii woli pacjenta na tle ustawy o zawodzie lekarza i ustawy o ochronie zdrowia psychicznego*, „Prawo i Medycyna” 2002, nr 11.
- Krajewski R., *Funkcjonowanie świadomej zgody w relacjach lekarz–pacjent*, [w:] *Realizacja zasady informed consent w kontekście relacji lekarz–pacjent. Wyzwania i bariery rozwojowe w Polsce*, red. S. Torciuk, Warszawa 2012.
- Liszewska A., *Zgoda pacjenta na zabieg leczniczy*, „Państwo i Prawo” 1997, z. 1.
- Ludwikowska K., Szenborn L., Karlikowska-Skwarnik M., *Choroby przenoszone drogą płciową u nastolatków*, „Forum Położnictwa i Ginekologii” 2017, nr 33.
- Łakomy K., *Minor Victim Representation in Cases of Crimes Committed by Family Members in Polish Law*, „Studia Iuridica Lublinensia” 2020, vol. 29(5), DOI: <https://doi.org/10.17951/sil.2020.29.5.181-196>.
- Łuków P., *Granice zgody. Autonomia zasad i dobro pacjenta*, Warszawa 2005.
- Marek A., *Kodeks karny. Komentarz*, LEX/el. 2010.
- Michałek-Janiczek A., *Autonomia małoletniego w zakresie leczenia*, „Państwo i Prawo” 2009, z. 10.
- Mozgawa M., *Komentarz do art. 200*, [w:] *Kodeks karny. Komentarz*, red. M. Mozgawa, LEX/el. 2014.
- Mularski K., *Recenzja: M. Boratyńska „Wolny wybór. Gwarancje i granice prawa pacjenta do samodecydowania”*, ss. 733, „Kwartalnik Prawa Prywatnego” 2013, nr 3.
- Nieckula M., Jabłońska P.I., Duda A.A., Fecko-Gałowicz K., *Inicjacja seksualna wśród młodzieży szkół ponadgimnazjalnych*, „Pielęgniarstwo Polskie” 2019, nr 2.
- Niemczyk S., Łazarska A., *Medyczno-prawne rozważania o konkretyzacji przedmiotu zgody pacjenta*, „Prawo i Medycyna” 2008, nr 32.
- Nowacka M., *Filozoficzne podstawy zasady autonomii pacjenta*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2008, nr 3.
- Radwański Z., Olejniczak A., *Prawo cywilne. Część ogólna*, Warszawa 2019.
- Safjan M., *Prawo i medycyna. Ochrona praw jednostki a dylematy współczesnej medycyny*, Warszawa 1998.
- Słyk J., *Zezwolenie (zgoda) sądu opiekuńczego na udzielenie świadczenia zdrowotnego małoletniemu pacjentowi (art. 32 i 34 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry)*, „Prawo w Działaniu. Sprawy Cywilne” 2016, nr 25.

Uwaga! Artykuł został opublikowany w dwóch wersjach językowych – podstawą do cytowań jest wersja angielska

The English-language text shall constitute the original version of the article. The Polish-language version of the article is only an illustrative version

Sokołowski T., *Władza rodzicielska nad dorastającym dzieckiem*, Poznań 1987.

Sroka T., *Kodeks karny. Wybór orzecznictwa*, LEX/el. 2014.

Strzebinczyk J., *Prawo rodzinne*, Warszawa 2010.

Świdorska 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*, [w:] *Prace z prawa cywilnego dla uczczenia pamięci Profesora Jana Kosika*, red. P. Machnikowski, Wrocław 2009.

Wojcieszak A., *On Respect for Human Dignity on the Example of Polish Guarantees of Its Protection and the Judicature of the Supreme Court of the United States of America*, „*Studia Iuridica Lublinensia*” 2021, vol. 30(5), DOI: <https://doi.org/10.17951/sil.2021.30.5.701-721>.

Zajdel J., Zajdel R., *Dzieci i ryby głosu nie mają – prawa małoletniego w procesie leczenia*, „*Standardy Medyczne. Pediatria*” 2009, vol. 6.

NETOGRAFIA

Dane statystyczne Policji, *Przemoc w rodzinie – dane od 2012 roku*, <https://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/przemoc-w-rodzinie/201373,Przemoc-w-rodzinie-dane-od-2012-roku.html> (dostęp: 15.05.2021).

Matzke M., *Coraz więcej młodzieży choruje na raka. Naukowcy bezradni*, 15.03.2017, <https://www.dw.com/pl/coraz-wi%C4%99cej-m%C5%82odzie%C5%BCy-choruje-na-raka-naukowcy-bezradni/a-37944674> (dostęp: 1.10.2021).

Opinie Biura Analiz Sejmowych, *Opinia prawna i merytoryczna dotycząca poselskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (druk nr 1432)*, <https://www.sejm.gov.pl/Sejm9.nsf/opinie-BAS.xsp?nr=1432> (dostęp: 10.02.2022).

Sochacki-Wójcicka N., *Nastolatka u ginekologa – jak powinna wyglądać wizyta?*, 14.02.2019, <https://maginekolog.pl/czy-nastolatka-moze-isc-sama-do-ginekologa> (dostęp: 1.12.2021).

Stanowisko nr 86/21/P-VIII Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie poselskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza, 8.06.2021, <https://www.sejm.gov.pl/Sejm9.nsf/druk.xsp?documentId=29D3A671BD7C8784C125872C002CF2D1> (dostęp: 10.02.2022).

Stanowisko Rządu wobec poselskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (druk nr 1432), 30.09.2021, <https://www.sejm.gov.pl/Sejm9.nsf/druk.xsp?documentId=FB2B88852A46FCADC1258760003F0BC2> (dostęp: 1.10.2021).

UNICEF, *Odbycie inicjacji seksualnej przez młodzież*, <https://dzieciwpolisce.pl/statystyka/101/odbycie-inicjacji-seksualnej-przez-mlodziez/wykresy/glowny/2014> (dostęp: 1.10.2021).

UNICEF, *Seksualne wykorzystanie małoletniego*, <https://dzieciwpolisce.pl/statystyka/115/seksualne-wykorzystanie-maloletniego/wykresy/glowny> (dostęp: 1.10.2021).

Uwagi Sądu Najwyższego do poselskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, 21.07.2021, <https://www.sejm.gov.pl/Sejm9.nsf/druk.xsp?documentId=6FFDCD51966AD381C125872600336209> (dostęp: 1.10.2021).

Uzasadnienie projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry (druk nr 1432) <https://www.sejm.gov.pl/Sejm9.nsf/druk.xsp?nr=1432> (dostęp: 4.09.2022).

Wystąpienie Rzecznika Praw Obywatelskich do Ministra Zdrowia w sprawie zasad dostępu osób niepełnoletnich, w wieku powyżej 15. roku życia, do świadczeń ginekologicznych i urologicznych, 29.07.2016, <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/wystapienie-do-ministra-zdrowia-w-sprawie-zasad-dostepu-mlodziezy-do-swiadczen-ginekologicznych-i-urologicznych> (dostęp: 1.10.2021).

AKTY PRAWNE

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. 1997, nr 78, poz. 483, ze zm.).

Ustawa z dnia 25 lutego 1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy (t.j. Dz.U. 2020, poz. 1359).

Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (t.j. Dz.U. 2020, poz. 1740, ze zm.).

Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (t.j. Dz.U. 2020, poz. 1320, ze zm.).

Uwaga! Artykuł został opublikowany w dwóch wersjach językowych – podstawą do cytowań jest wersja angielska

The English-language text shall constitute the original version of the article. The Polish-language version of the article is only an illustrative version

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, ze zm.).

Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz.U. 2020, poz. 514, ze zm.).

Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (t.j. Dz.U. 2020, poz. 1444, ze zm.).

Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (t.j. Dz.U. 2020, poz. 2134).

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

ORZECZNICTWO

Wyrok SA w Katowicach z dnia 14 marca 2014 r., II AKa 27/14.

Wyrok SA w Krakowie z dnia 27 lutego 2014 r., II AKa 3/14, KZS 2014, nr 4, poz. 45.

Wyrok SA we Wrocławiu z dnia 9 października 2012 r., II AKa 276/12, KZS 2014, nr 4, poz. 55.