

**Joanna Haberko**

Uniwersytet Adama Mickiewicza w Poznaniu, Polska

joanna.haberko@amu.edu.pl

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-2713-3896>

## Udzielanie informacji o stanie zdrowia dziecka a poszanowanie prawa do samostanowienia i prywatności małoletniego pacjenta

Providing Information on a Child's Condition and Respect for the Right  
to Self-Determination and Privacy of a Minor Patient

**Abstract:** The article covers the issue of providing information on the state of health in a situation where the patient is a minor. The child does not have actual and formal possibilities to make decisions independently. The child cannot make decisions regarding treatment, but he/she may make other decisions as part of informative self-determination. The purpose of the work is to show situations where a child, regardless of age, may agree to inform other people about his or her health. The author also presents instruments to secure the right to intimacy and privacy of minor patients.

**Keywords:** minor, privacy, consent, information

**Słowa kluczowe:** małoletni, prywatność, zgoda, informacja

### Wprowadzenie

Pacjent znajduje się w przymusowej sytuacji związanej z poddaniem się czynnościom diagnostycznym czy terapeutycznym. Oznacza to, że dążąc do osiągnięcia zakładanego przez siebie stanu zdrowotnego (wyleczenie, poprawa stanu zdrowia, kontrola), powinien liczyć się z koniecznością poddania się mniej lub bardziej dolegliwej dla siebie interwencji medycznej. Nie traci jednak nic ze swojej godności, mimo że w szczególnych okolicznościach przystaje na pewne przejściowe dolegliwości czy ograniczenia<sup>1</sup>. Człowiek w tej wyjątkowej sytuacji nie powinien jednak być

---

1 J. Sobczak, *Godność pacjenta*, (w:) *Prawo a medycyna*, Studia i szkice, Warszawa 2018, s. 9–27; W. Lis, A. Balicki, *Normatywny wymiar godności człowieka*, Lublin 2012, s. 7; L. Bosek, (w:)

zdany na dobrowolne i nieograniczone prawem działania innych osób, dlatego też systemy prawne wielu państw zawierają standardy udzielania świadczeń zdrowotnych wszystkim pacjentom i przyjmują zasady postępowania podmiotów profesjonalnych w ochronie zdrowia<sup>2</sup>. Charakter procedur nie ma znaczenia, a powyższymi zasadami obejmuje się każdego pacjenta, zatem także pacjenta małoletniego<sup>3</sup>. Sytuacja małoletniego pacjenta jest jednak bardziej skomplikowana, gdyż dziecko znajduje się nie tylko w przymusowej sytuacji z powodu kontroli zdrowotnej, choroby czy innych dolegliwości, ale ponadto nie może jeszcze samodzielnie podejmować decyzji i rozstrzygać o zakresie dopuszczalnych działań w stosunku do swojego ciała i osoby<sup>4</sup>.

Powodów powyższego stanu rzeczy jest kilka. Po pierwsze, dziecko jest małoletnie. Z faktem małoletności wiąże się brak życiowej dojrzałości – co oznacza, że dziecko samo nie może, z powodów raczej faktycznych niż formalnych, podjąć racjonalnych życiowo decyzji, w tym także decyzji zdrowotnych<sup>5</sup>. Po drugie, każda czynność medyczna podjęta w stosunku do ciała małoletniego pacjenta musi uwzględniać jej nieodwracalność, przez to że dziecko jest w fazie rozwoju, wzrostu czy dojrzewania<sup>6</sup>.

Ważne jest też to, że istotą relacji lekarz – pacjent jest zaufanie<sup>7</sup>. Pacjent wybiera lekarza, kierując się sobie znanymi powodami. Można do nich zaliczyć kompetencje lekarza, doświadczenie, empatię czy takt. W przypadku dziecka zwykle to nie

---

M. Safjan, L. Bosek (red.), System prawa medycznego t. 1: Instytucje prawa medycznego, Warszawa 2018, s. 771.

- 2 P. Winczorek, Komentarz do Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., Warszawa 2000, s. 92; M. Dercz, T. Rek, Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej, Komentarz, Kraków 2007, s. 31; także M. Dercz, T. Rek, Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz, wyd. II, Warszawa 2014. W zakresie ograniczeń w dostępie do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze źródeł publicznych zob. np. wyrok TK z dnia 7 stycznia 2004 r., K 14/03, OTK-A 2004, Nr 1, poz. 1.
- 3 B. Kmiecniak, Prawa dziecka jako pacjenta, Warszawa 2016, s. 72 z powołaniem E. Czyż, E. Falkowska (oprac.), Przestrzeganie praw dziecka w Polsce. Rekomendacje dla Parlamentu i Rządu, Helsińska Fundacja Praw Człowieka, Warszawa 2009, s. 10–11; M. Dercz, T. Rek, Prawa dziecka jako pacjenta, (w:) Ochrona praw dziecka, t. II, Biuro Rzecznika Praw Dziecka, Warszawa 2003, *passim*.
- 4 T. Dangel, Godność dziecka – refleksja lekarza, Opieka paliatywna nad dzieckiem 2007, t. 15, s. 18.
- 5 Z. Radwański, A. Olejniczak, Prawo cywilne – część ogólna, Warszawa 2019, s. 143, 147, 277.
- 6 J. Zajdel, R. Zajdel, Dzieci i ryby głosu nie mają – prawa małoletniego w procesie leczenia, (w:) Standardy Medyczne/Pediatrics 2009, t. 6, s. 657–665.
- 7 W reżimie kontraktowym zasadę tę najlepiej odzwierciedla art. 353<sup>1</sup> k.c., w świetle którego strony zawierające umowę mogą ułożyć stosunek prawny wedle swojego uznania, jednak bacząc, by jego treść lub cel nie sprzeciwiały się właściwości (naturze) stosunku ani zasadom współżycia społecznego. W świetle art. 58 § 1 i 2 k.c. czynność prawna sprzeczna z ustawą jak i zasadami współżycia społecznego jest nieważna; zob. M. Safjan, (w:) Kodeks cywilny. Komentarz, t. I, red., Warszawa 2004, s. 751–760, 765–769; P. Machnikowski, (w:) E. Gniewek, P. Machnikowski (red.), Kodeks cywilny. Komentarz, Warszawa 2013, s. 546–552, 554–559; J. Haberko, K. Mularski, Uwagi o wybranych problemach umów o świadczenie usług przez lekarza oraz radcę prawnego, (w:) J. Sob-

ono samo wybiera lekarza, ale czynią to inne osoby. Element zaufania właściwy konstrukcjom cywilistycznym musi w interesującej nas sytuacji obejmować zatem nie tylko pacjenta i lekarza, ale i podmioty, które zamiast pacjenta tego wyboru dokonały. Pacjent zakłada też, że lekarz nie naruszy pokładanego w nim zaufania poprzez udzielenie informacji osobom postronnym, a gdyby tak się stało, to dysponuje on instrumentami prawnymi dla dochodzenia roszczeń związanych z ochroną jego dóbr osobistych i praw pacjenta. W przypadku pacjenta małoletniego założenie takie towarzyszy zarówno przedstawicielom ustawowym, jak i często samemu pacjentowi.

Rzecz jasna, pacjent powinien mieć wiedzę na temat procedur medycznych, w których będzie uczestniczył. Temu służy informacja, do której zobowiązany jest podmiot profesjonalny. Informacja służy kilku celom. Po pierwsze, uzyskaniu skutecznej zgody na proponowane przez lekarza czynności<sup>8</sup>. Po drugie, realizuje zasadę informacyjnego samostanowienia pacjenta<sup>9</sup>. Po trzecie, zapewnia pacjentowi możliwość współdecydowania o swoich zdrowotnych losach. Przedstawiciele doktryny wielokrotnie wypowiadali się na temat zasad rządzących dostarczaniem informacji oraz odbieraniem zgody od pacjenta, w tym od pacjenta małoletniego<sup>10</sup>. Mając na uwadze ten fakt, wystarczy wskazać, że system prawny wypracował szczególne instrumenty kontrolne, które mają zapobiec podejmowaniu działań sprzecznych z najlepiej pojętym interesem dziecka czy choćby zagrażać realizacji zasady dobra dziecka w osiągnięciu zdrowotnego dobrostanu<sup>11</sup>. Oczywiście, nie jest tak, że małoletniemu dostarcza się informację w pełnym wymiarze, ale nie jest też tak, że nie dostarcza się jej w ogóle.

Informacja musi jednak płynąć w dwie strony. Aby lekarz prawidłowo realizował proces udzielania świadczeń zdrowotnych, musi uzyskać informację od pacjenta na temat jego dolegliwości, przyjmowanych leków czy schorzeń. Dzieje się to zwy-

---

czak, J. Skrzypczak, M. Urbaniak (red.), *Zawody zaufania publicznego. Wybrane zagadnienia odpowiedzialności zawodowej radców prawnych i lekarzy*, Poznań 2015, *passim*.

8 B. Janiszewska, *Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego. Ujęcie wewnątrzsystemowe*, Warszawa 2013, *passim*; M. Świdarska, *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny*, Toruń 2007, *passim*.

9 Ż. Skrenty, *Obowiązek informowania pacjenta wobec jego prawa do samostanowienia*, „*Studia Lubuskie*” 2015, nr 11, s. 106 – 112.

10 R. Krajewski, *Funkcjonowanie świadomej zgody w relacjach lekarz – pacjent*, (w:) S. Torciuk (red.), *Realizacja zasady informed consent w kontekście relacji lekarz – pacjent. Wyzwania i bariery rozwojowe w Polsce*, Warszawa 2012, s. 75 i n.; A. Kobińska, *Zakres autonomii pacjenta na przykładzie niewyrażenia zgody na zastosowanie preparatu krwi podczas ewentualnej interwencji medycznej w bliżej nieokreślonej przyszłości*, „*Transformacje Prawa Prywatnego*” 2006, nr 2–3, s. 35 i n.; A. Michałek-Janiczek, *Autonomia małoletniego w zakresie leczenia*, „*Państwo i Prawo*” 2009, z. 10, s. 57 i n.; K. Bączyk-Rozwadowska, *Prawo pacjenta do informacji według przepisów polskiego prawa medycznego*, „*Studia Iuridica Toruniensia*” 2011, t. 9, s. 60.

11 E.D. Pellegrino, D.C. Thomasma, *For the patient's good: the restoration of beneficence in health care*, New York 1988, s. 49, cytowane za T. Biesaga, *Autonomia lekarza i pacjenta a cel medycyny*, „*Medycyna Praktyczna*” 2006, nr 5, s. 20–24.

kle w trakcie wywiadu lekarskiego<sup>12</sup>. Pacjent przekazuje lekarzowi informacje, pozostając w przeświadczeniu, że informacje te będą lekarzowi pomocne w diagnozie i terapii, a także wiedząc, że lekarz nie naruszy zaufania i nie przekaze tych informacji osobom nieuprawnionym, czego – co można założyć na podstawie doświadczenia życiowego – pacjent by nie chciał. Sytuacja małoletniego pacjenta jest w tej kwestii, ponownie, szczególna<sup>13</sup>, przede wszystkim dlatego, że informację lekarzowi mogą przekazać dwa, a czasem nawet trzy podmioty. Mowa oczywiście o pacjencie lub jego przedstawicielu ustawowym czy przedstawicielach ustawowych. To rodzi pytania o sytuację lekarza wówczas, gdy wyżej wskazane podmioty przekazują informacje ze sobą sprzeczne lub nie przekazują ich w ogóle. Czy lekarz powinien w takiej sytuacji „dać wiarę” raczej informacjom przekazanym przez rodziców czy też informacjom przekazanym przez małoletniego. Z drugiej zaś strony pojawia się konieczność rozstrzygnięcia, czy lekarz uzyskaną od małoletniego informacją może „się podzielić” z jego rodzicami (przedstawicielami ustawowymi), zwłaszcza w sytuacji, w której małoletni prosi, by o danych faktach rodziców nie informować.

Mając powyższe na uwadze, główny cel pracy można sprowadzić do próby udzielenia odpowiedzi na pytanie o zakres związania udostępniania informacji o stanie zdrowia i – co za tym idzie – związania tajemnicą lekarską w przypadku małoletniego pacjenta. Przedmiotem rozważań pozostaną kolejno zagadnienia związane z dostarczaniem informacji małoletniemu pacjentowi i zachowywaniem informacji uzyskanych od niego, uprawnieniem do zwolnienia lekarza z tajemnicy i wzajemnej relacji tajemnicy lekarskiej w stosunku do pacjenta oraz jego przedstawiciela ustawowego.

## 1. Dostarczenie informacji małoletniemu pacjentowi

Poddawanie każdego pacjenta procedurom medycznym musi – jak zauważyliśmy wyżej – być poprzedzone dostarczeniem pacjentowi informacji<sup>14</sup>. Informacja ta obejmuje takie fakty jak to, czy zabieg jest konieczny, co będzie się działo w trakcie zabiegu, jaki będzie charakter zabiegu, jego przebieg. Chodzi oczywiście także o wykazanie celowości zabiegu i jego nadrzędności nad innymi metodami diagno-

- 
- 12 M. Henderson, L. Tierney, Wywiad lekarski oparty na zasadach EBM, Warszawa 2007, s. 10–686.
  - 13 A. Obuchowicz, Badanie podmiotowe i przedmiotowe w pediatrii, Warszawa 2016, *passim*; R. B. Goldbloom, Zbieranie wywiadu i rozmowa z rodziną, (w:) R.B. Goldbloom (red.), Wywiad i badanie w pediatrii, 2012, s. 1–15; A.A. Howlett, K.A. Jangaard, Ocena noworodka – postępowania diagnostyczne, *ibidem*, s. 37–54.
  - 14 B. Chyrowicz, Bioetyka. Anatomia sporu, Kraków 2015, s. 114–118; M. Nowacka, Filozoficzne podstawy zasady autonomii pacjenta, „Problemy Higieny Epidemiologii” 2008, nr 3, s. 326–329; P. Łuków, Granice zgody: autonomia zasad i dobro pacjenta, Warszawa 2005, s. 126 i n.; W. Gromski, Autonomia i instrumentalny charakter prawa, Wrocław 2000, s. 15; M. Błachut, Autonomia podmiotu a neutralność moralna prawa, (w:) J. Helios, Z zagadnień teorii i filozofii prawa. Autonomia prawa a stanowiska teorii i filozofii prawa, Wrocław 2003, s. 50 i n.

stycznymi czy terapeutycznymi. Pacjenta należy także poinformować o ryzyku, rokowaniu czy ewentualnych skutkach ubocznych zabiegu<sup>15</sup>. Wówczas, gdy podmiotem postępowania medycznego pozostaje dziecko, sytuacja nie jest tak oczywista, gdyż – jak zauważyliśmy wyżej – nie jest ono kompetentne formalnie, a czasem i faktycznie do podejmowania decyzji<sup>16</sup>, czasem nawet do przyjęcia i zrozumienia znaczenia informacji. Chodzi tu o to, że dziecko może nie do końca zrozumieć przekazaną informację bądź nie zrozumieć jej w ogóle, jak również o to, że może podejmować decyzje, negując stanowisko rodziców czy lekarza, kierowane impulsem czy chęcią zrobienia im na złość. Niekoniecznie też z powodów faktycznych będzie w stanie przekazać lekarzowi informację o swoich dolegliwościach czy schorzeniach. Czasem informację tę, na przykład w obawie o reakcję rodziców, może fałszować, może to czynić świadomie<sup>17</sup> lub nieświadomie, gdyż nie bez znaczenia jest brak życiowego doświadczenia dziecka.

Z powyższych powodów kompetencja decyzyjna została przekazana innym niż pacjent osobom<sup>18</sup>. Osobami tymi są rodzice będący przedstawicielami ustawowymi małoletniego, co do zasady, sprawujący też bieżącą pieczę nad osobą dziecka. O ile rodzicom nie przysługuje władza rodzicielska, zakres ich kompetencji decyzyjnych jest różny, informacyjnych zwykle uzależniony od sprawowania bieżącej pieczy<sup>19</sup>. Kwestia ta była przedmiotem wielu wcześniejszych wypowiedzi<sup>20</sup>, stąd w tym miejscu wywód zostanie ograniczony do kilku kwestii szczegółowych i przyjęcia, że kompetencja decyzyjna i informacyjna przysługuje, co do zasady, właśnie obojgu rodzicom będącym przedstawicielami ustawowymi. Podejmując decyzje w zakresie sytuacji zdrowotnej dziecka, rodzice muszą zachować w analizowanej materii szczególną ostrożność: po pierwsze dlatego, że decyzję – co podnieśliśmy wyżej – podejmują nie w swoim interesie; po drugie dlatego, że sytuacja musi być oceniana w kontekście nieodwracalności pewnych skutków, które mogą nastąpić; po trzecie z tego powodu, że zakres ich

15 T. Brzeziński, Zgoda na zabieg diagnostyczny i leczniczy, (w:) T. Kielanowski (red.), *Etyka i deontologia lekarska*, Warszawa 1980, s. 62; S. Niemczyk, A. Łazarska, *Medycyna-prawne rozważania o konkretyzacji przedmiotu zgody pacjenta*, „Prawo i Medycyna” 2008, nr 32, s. 65–80.

16 J. Zajdel, R. Zajdel, *Dzieci...*, *op. cit.*, s. 657 i n.

17 Na przykład informując lekarza o nieprzyjmowaniu leków czy niepaleniu papierosów, co dziecko czyni w tajemnicy przed rodzicami.

18 A. Wojcieszak, *Autonomia osób z zaburzeniami psychicznymi*, praca doktorska w maszynopisie, niepublikowana, s. 7 i n. oraz literatura tam zamieszczona.

19 Przykładem takiej sytuacji będzie małoletnia matka sprawująca bieżącą pieczę w sytuacji, gdy przedstawicielem ustawowym będą dziadkowie. Lekarz będzie, przeprowadzając badanie podmiotowe i przedmiotowe, zbierał informacje od podmiotu, który tych informacji, zwłaszcza w stosunku do bardzo małego dziecka, będzie w stanie udzielić. W tym zakresie, mimo że małoletnia matka nie będzie miała kompetencji do podejmowania decyzji (jak należy sądzić poza badaniem), lekarz będzie właśnie od niej czerpał informacje o stanie zdrowia dziecka.

20 Zamiast wielu J. Gajda, (w:) K. Pietrzykowski (red.), *Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz*, wydanie 6, Warszawa 2020, s. 784 i n. oraz literatura powołana przez autora.

oczekiwań, życzeń i żądań może nie być zbieżny z najlepszym zdrowotnym interesem w ogóle, jak i interesem ich dziecka<sup>21</sup>; i po czwarte dlatego, że może nie być zbieżny z oczekiwaniami i żądaniami zwłaszcza starszego dziecka. Trzeba także mieć na uwadze i to, iż strażnikami obiektywnie uzasadnionego zdrowotnego interesu dziecka pozostają podmioty profesjonalne, w szczególności lekarze, którzy *ad casum* mogą nie podzielać decyzyjnych rozstrzygnięć rodziców, dziecka czy rodziców i dziecka<sup>22</sup>.

Dostarczenie informacji w dziecięcych procedurach medycznych musi więc uwzględniać wszystkie te czynniki. Podmiot podejmujący decyzję musi ponadto zdawać sobie sprawę z faktu, że będzie ona skuteczna o tyle, o ile zostanie podjęta świadomie i nie pod wpływem chwilowego impulsu. To właśnie dlatego kompetencja decyzyjna została przeniesiona z małoletniego, który nie dysponuje doświadczeniem życiowym, na rodzica, któremu doświadczenie to – przynajmniej przez fakt pełnej zdolności do czynności prawnych – można przypisać. Każda procedura medyczna musi spełniać wymogi wcześniejszego poinformowania podmiotu kompetentnego, stąd obowiązkiem lekarza jest dostarczenie rodzicom informacji o stanie zdrowia dziecka, jak również informacji w zakresie rokowań czy wyników badań. Nie można zatem w świetle obowiązującego prawa przyjąć następującego rozumowania: skoro z badaniem nie wiąże się inwazyjny charakter czy większe ryzyko, 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. Fakt, czy badanie wiąże się z okazaniem intymnych części ciała dziecka, czy ma charakter inwazyjny, czy wiąże się z podwyższonym ryzykiem, jest bez znaczenia.

Ogólne zasady prawa rodzinnego znajdują oczywiście odzwierciedlenie w przepisach ustaw medycznych. Zgodnie z przepisami art. 9 ust. 1–2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta<sup>23</sup> i art. 31 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentystry<sup>24</sup> pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy ma prawo uzyskać przystępną informację o swoim stanie zdrowia, rozpo-

21 J. Haberko, Administracyjnoprawny obowiązek szczepienia dzieci a zgoda przedstawiciela ustawowego na badania kwalifikacyjne, „Studia Prawa Publicznego” 2017, nr 3, s. 9–28.

22 Będzie tak np. wówczas, gdy rodzice, podejmując decyzje, kierują się sobie znanymi powodami, nie uwzględniając osiągnięć EBM, czyli medycyny opartej na dowodach; zob. np. doniesienia prasowe: <https://lekarski.blog.polityka.pl/2017/02/22/zaglodzone-dziecko-odpowiedzialnosc-rodzicow-odpowiedzialnosc-znachora/>; <https://wiadomosci.dziennik.pl/wydarzenia/artykuly/507360/sad-rodzice-zaglodzili-dziecko-wyroki-w-sprawie-znachora-z-brzeznej.html>; <http://www.rynekzdrowia.pl/Prawo/Malopolskie-koniec-procesu-znachora-quot-Leczyl-quot-6-miesieczne-dziecko-zmarlo-z-niedozywienia,170220,2.html> (18.02.2020); a także T. Biesaga, Autonomia lekarza i pacjenta a cel medycyny, „Medycyna Praktyczna” 2006, nr 5, s. 20–24.

23 Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn. Dz.U. z 2019 r. poz. 1127 ze zm.) – dalej u.p.p.

24 Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jedn. Dz.U. z 2019 r. poz. 537 ze zm.) – dalej u.z.l.

znaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Z tym obowiązkiem skorelowane jest prawo pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody<sup>25</sup>. Wiąże się to bezpośrednio z respektowaniem prawa pacjenta do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących jego zdrowia<sup>26</sup>. Sama zgoda na czynności medyczne powinna być poprzedzona, o czym była mowa wyżej, udzieloną pacjentowi informacją na temat stanu zdrowia, rozpoznania, proponowanych oraz możliwych metod diagnostycznych<sup>27</sup>.

Ustawodawca respektuje także autonomię informacyjną pacjenta, który ukończył 16. rok życia, przyjmując, że o ile ukończył on ten wiek, należy – w zakresie realizacji obowiązku informacyjnego – traktować go tak jak pacjenta pełnoletniego. Natomiast w świetle art. 9 ust. 7 u.p.p. pacjent małoletni, który nie ukończył 16 lat, ma prawo do uzyskania od osoby wykonującej zawód medyczny informacji w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu diagnostycznego lub terapeutycznego. Ma to oczywiście przełożenie na wymóg udzielenia zgody na działania lekarza. Nie oznacza jednak, że pacjent małoletni, który nie ukończył 16. roku życia, jest przez ustawodawcę w zakresie realizacji obowiązku informacyjnego traktowany przedmiotowo. Jak zauważyliśmy wyżej, pacjent ten ma prawo do uzyskania od lekarza informacji w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu diagnostycznego lub terapeutycznego<sup>28</sup>. To oznacza, że lekarz ma dołożyć staranności, by dziecku w sposób odpowiedni do jego wieku i możliwości percepcyjnych wyjaśnić, i to zrozumiałym dla niego językiem, co będzie się działo<sup>29</sup>. Przepis ten, choć w sytuacji na przykład małych dzieci (od 1 miesiąca do 3 roku życia), nie zmienia nic w zakresie decyzji (nie zmienia nic aż do osiągnięcia 16. roku życia dziecka), to jednak pozwala na podmiotowe traktowanie małego dziecka. Dziecko powinno usłyszeć od lekarza przekaz, który zrozumie<sup>30</sup>.

25 A. Dudzińska, Wymagana informacja udzielana pacjentowi, „Państwo i Prawo” 2008, z. 8, s. 90–102; także Zgoda na działanie medyczne, „Państwo i Prawo” 2009, z. 1, s. 69–79.

26 R. Krajewski, Funkcjonowanie..., *op. cit.*, s. 75–86.

27 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, (w:) Poradnik dla badacza, Warszawa 2008, s. 4; M. Świdarska, Zgoda pacjenta na zabieg medyczny, Toruń 2007; M. Nesterowicz, Prawo medyczne, Toruń 2019; R. Kubiak, Zgoda uczestnika eksperymentu, „Prawo i Medycyna” 2000, nr 8; J. Ignaczewski, Zgoda pacjenta na leczenie, Olsztyn 2003; A. Liszewska, Problem zgody pacjenta jako dylemat aksjologiczny, „Prawo i Medycyna” 1999, nr 1.

28 J. Zajdel, R. Zajdel, Dzieci..., *op. cit.*, s. 657 i n.

29 M. Nowina-Konopka, Komunikacja lekarz-pacjent. Teoria i praktyka, Kraków 2016, s. 80–95; W. Kwiatkowski, Między deontologią a autonomią pacjenta, (w:) J. Barański, E. Waszyński, A. Steciwko (red.), Komunikowanie się lekarza z pacjentem, Wrocław 2000, *passim*.

30 M. Makara-Studzińska, Komunikacja z pacjentem, Lublin 2012, s. 92–97.

## 2. Zgoda na udzielanie informacji innym osobom

Ważny w omawianym zakresie pozostaje także przepis art. 9 ust. 3 u.p.p. oraz art. 31 ust. 2 u.z.l. Pierwszy z nich stanowi, że pacjent lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do wyrażenia zgody na udzielenie informacji o stanie zdrowia, zabiegu czy rokowaniach, innym osobom; drugi, że lekarz może udzielić informacji innym osobom za zgodą pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego. Intencja ustawodawcy pozostaje jasna. Dysponentem informacji o stanie zdrowia jest pacjent<sup>31</sup>. Jeżeli wyrazi zgodę (upoważnienie), by informować inne osoby, lekarz względnie inny podmiot może, bez obawy o naruszenie tajemnicy lekarskiej (zawodowej), takiej informacji udzielać. Ustawodawca szanuje obecność innych osób przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Dzieje się tak często, *per facta con cludentia*, w sytuacji, w której lekarz udziela informacji pacjentowi w obecności członków rodziny czy osób bliskich, które za zgodą pacjenta uczestniczą w badaniu czy wizycie lekarskiej. Nie ma w tym zakresie nic nadzwyczajnego, a ustawodawca zdaje się respektować pewne obyczaje, zgodnie z którymi do lekarza, zwłaszcza w przypadku poważnych schorzeń, osób w podeszłym wieku czy na przykład w związku z ciążą, chodzi się w towarzystwie osób najbliższych. Jeszcze raz powtórzmy, że całokształt sytuacji zależy od pacjenta. Jeżeli on takiej woli nie wyraża, to skutecznie i ostatecznie blokuje możliwość informowania innych osób, podobnie jak ich uczestnictwa przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

Sytuacja prawna jest zatem jasna – żeby poinformować Jana Nowaka, który jest nie mężem Anny Kowalskiej, lekarz musi uzyskać zgodę Anny Kowalskiej na informowanie Jana Nowaka. Ustawodawca zakłada konieczność wyrażenia zgody. Nie ma zatem potrzeby wyrażania sprzeciwu, by nie informować Tomasza Kowalskiego, który jest mężem Anny Kowalskiej, czy Janiny Kaczmarek, która jest jej matką. To pacjent decyduje, kogo do sfery swej prywatności chce dopuścić<sup>32</sup>.

W sytuacji małoletniego całość już tak klarowna nie jest. W związku z analizowanymi przepisami pojawia się wątpliwość czy w przypadku małoletniego możliwe jest poprzestanie na wyrażeniu zgody wyłącznie przez małoletniego i to niezależnie od jego kompetencji, rozwoju, wieku czy percepcji i rozeznania. Ustawodawca posługuje się w analizowanych przepisach spójnikiem alternatywy nierozłącznej „lub”, co oznacza, że do wyrażenia skutecznej zgody (upoważnienia) wystarczy stanowisko jednego z podmiotów wskazanych w treści przepisu. Oznacza to, że jeżeli rodzic (przedstawiciel ustawowy) wyraża zgodę, wystarczy ona, by wskazany przez niego podmiot otrzymał informację. Podobnie, jeśli stanowisko wyraża małoletni. Mogą się w tym zakresie, rzecz jasna, pojawić problemy interpretacyjne, po pierwsze, dlatego że ustawodawca nie wskazuje kompetencji do wyrażenia zgody, o której mowa

---

31 B. Chyrowicz, Prawo do nieinformowania, „Diametros” 2005, nr 4, s. 147–150.

32 Użyto powszechnie występujących nazwisk, bez odniesień do konkretnych osób.



w przepisie art. 9 ust. 7 u.p.p. i 31 ust. 2 u.z.l. Nie jest to ta sama zgoda, która uprawnia do podjęcia czynności medycznych, nie obejmuje ona badania, zabiegów czy operacji. Jest jedynie upoważnieniem do przekazywania informacji o stanie zdrowia pacjenta, a skoro tak, nie znajdą tu zastosowania przepisy o wyłącznym lub kumulatywnym charakterze zgody. Nie znajdą tu także zastosowania przepisy o zakresie formalnej kompetencji małoletniego do jej wyrażenia. Jeżeli bowiem ustawodawca przyjmuje, że pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy może wyrazić zgodę na informowanie innych osób, nie wskazując żadnych dalszych cech podmiotu, przyjęć należy, że kompetencja ta przysługuje każdemu pacjentowi.

Po drugie, nie sposób tracić z pola widzenia sytuacji, w której stanowiska małoletniego i rodzica (przedstawiciela ustawowego) będą rozbieżne, tzn. małoletni wyrazi zgodę, a rodzic nie; lub rodzic wyrazi zgodę, a małoletni nie. Ustawodawca nie przewiduje tu możliwości sądowego rozstrzygnięcia, co więcej, system prawny zdaje się nie rozpoznawać ani odmowy tej zgody, ani sprzeciwu. Gdyby się zatem zdarzyła wskazana wyżej sytuacja, w której na przykład rodzic sprzeciwiałby się informowaniu jakiegoś podmiotu, co do którego zgody udzieliłby małoletni, zgoda małoletniego pozostawałaby – o ile byłaby złożona skutecznie – wiążąca. Mówiąc w tym przypadku o skuteczności zgody, należy założyć ogólną kompetencję w zakresie działania z dostatecznym rozeznaniem<sup>33</sup>. Jak się bowiem wydaje, wobec nieokreślenia formalnych kompetencji do udzielenia zgody kierować należy się ogólnymi regułami postępowania. Przepisy ogólne kodeksu cywilnego mogą tu przyjść z pomocą w zakresie kompetencji osoby o ograniczonej zdolności do czynności prawnych. W przypadku dziecka młodszego zdać się można wyłącznie na klauzulę dostatecznego rozeznania. Tu pojawia się jednak kolejny problem, a mianowicie konieczność udzielenia odpowiedzi na pytanie, czy bezrefleksyjne wyrażenie zgody przez małoletniego mogłoby być oceniane jako sprzeczne z zasadami współżycia społecznego<sup>34</sup>. Mimo że zgoda pozostaje czynnością podobną do czynności prawnych i że – jak się wydaje – należy do niej odpowiednio stosować przepisy o czynnościach prawnych odpowiedź na tak postawione pytanie pozostaje niezmiernie trudna, jeśli weźmie się pod uwagę fakt,

33 Celowe wydaje się w tym zakresie posłużyć regułami znaczeniowymi właściwymi językowi powszechnemu. Wynika z nich, że „rozeznanie” to „znajomość przedmiotu, zagadnienia, orientacja w jakiejś dziedzinie”, natomiast „dostateczne” znaczy tyle co „wystarczające, zadowalające”. Pacjent działa zatem „z dostatecznym rozeznaniem” wtedy, gdy w wystarczającym (zadowalającym) stopniu orientuje się w okolicznościach, znaczeniu oraz konsekwencjach swojego postępowania. Oznacza to tym samym, że nie musi on posiadać pełnej, absolutnej wiedzy. Podejmując określone czynności, powinien jedynie dysponować takimi informacjami, które pozwolą mu na możliwie świadome oraz przemyślane podejmowanie takich czynności. Przyjmując powyższe założenia za A. Wojcieszak, *Autonomia osób z zaburzeniami psychicznymi*, praca doktorska w maszynopisie, niepublikowana, s. 7 i n. oraz literatura tam zamieszczona.

34 P. Sobolewski, (w:) M. Safjan, L. Bosek (red.), *System prawa medycznego*, t. 1: Instytucje prawa medycznego, Warszawa 2018, s. 789.

że każda sprawa musi być rozpatrywana w sposób indywidualny z uwzględnieniem wieku oraz osobniczego rozwoju małoletniego<sup>35</sup>.

Oceniając sytuację dziecka starszego, które dysponuje ograniczonym zakresem zdolności do czynności prawnych, trzeba zauważyć, że w pierwszej kolejności czynnikiem brany pod uwagę musi być wiek. Jak wiadomo, stan ograniczonej zdolności do czynności prawnych trwa dość długo. Inaczej też myśli i ocenia rzeczywistość, a także konsekwencje wyrażonej zgody dziecko w wieku lat 13., a inaczej osoba na krótko przed uzyskaniem formalnej dojrzałości. Co więcej przyjęliśmy, że z kompetencji tej mógłby skorzystać nawet małoletni, który nie ma zdolności do czynności prawnych w ograniczonym zakresie. Takie stanowisko oczywiście prowadzi do upodmiotowienia małoletniego i poszanowania jego woli, ale może też wiązać się z negatywnymi skutkami w zakresie naruszenia prywatności przez osoby, co do których małoletni udzielił zgody<sup>36</sup>.

Do rozstrzygnięcia pozostaje także kwestia kompetencji przedstawiciela ustawowego w zakresie ewentualnego „zablokowania” zgody małoletniego. Przyjąć należy, że *de lege lata* takich kompetencji przedstawiciele ustawowi nie mają, gdyż zgoda, o której mowa, nie mieści się w zakresie tej części przepisu art. 95 § 2 k.r.o., z której wynika, że dziecko pozostające pod władzą rodzicielską winno rodzicom posłuszeństwo<sup>37</sup>. Dziecko może zatem podjąć decyzję niezależną od rodziców. Pewne możliwości daje jednak dalsza część powołanego przepisu, z której wynika, że w sprawach, w których dziecko może samodzielnie podejmować decyzje i składać oświadczenia woli (przyjąć należy, że także czynności podobnej do czynności prawnej), powinno wysłuchać opinii i zaleceń rodziców formułowanych dla jego dobra<sup>38</sup>. Na tym oprócz można interesujące nas rozstrzygnięcie. Przepis ten, podobnie jak art. 95 § 4 k.r.o., został sformułowany w interesie małoletniego, zwłaszcza rozsądnego małoletniego.

Rodzice przed powzięciem decyzji w ważniejszych sprawach dotyczących osoby lub majątku dziecka powinni je wysłuchać, jeżeli rozwój umysłowy, stan zdrowia i stopień dojrzałości dziecka na to pozwala, oraz uwzględnić w miarę możliwości jego rozsądne życzenia. To będzie dotyczyć na przykład udzielania przez nich zgody na informowanie o stanie zdrowia innych osób. Chodzi tu głównie o to, że je-

35 Por. J. Ignatowicz, (w:) K. Pietrzykowski (red.), Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz, wyd. 3, Warszawa 2012, s. 928 i n.; H. Dolecki, (w:) H. Dolecki, T. Sokołowski (red.), Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz, wyd. 2, Warszawa 2013, s. 724 i n.; a z bogatego orzecznictwa np. orzeczenie SN z dnia 28 kwietnia 2000, II CKN 452/00, Legalis; orzeczenie SN z dnia 13 września 2000, II CKN 1141/00, Legalis.

36 Chodzi w analizowanej sytuacji o możliwość wykorzystania np. faktu choroby czy pobytu w szpitalu przez inne osoby, w szczególności media, zwłaszcza gdy małoletni jest osobą rozpoznawalną publicznie (aktor, laureat konkursów, sportowiec etc.).

37 Na temat posłuszeństwa i obowiązków dziecka por. szerzej A. Sylwestrzak, Obowiązki dziecka wobec rodziców, „Ruch Prawniczy Ekonomiczny i Socjologiczny” 2001, nr 3, s. 67 i n.

38 O zakresie powinności wysłuchania rodziców por. np. J. Ignatowicz, (w:) K. Pietrzykowski (red.), Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz, wyd. 3, Warszawa 2012, s. 874.

żeli rodzice dojdą do przekonania, że dla dziecka informowanie innych osób może łączyć się z dyskomfortem, powinni, uwzględniając jego rozsądne życzenia, nie wyrażać zgody w tym zakresie. Powyższe będzie działać też w drugą stronę. Dziecko powinno wysłuchać opinii i zaleceń rodziców w zakresie niewyrażania zgody na informowanie innych osób<sup>39</sup>. Jest to w obecnym stanie prawnym główny cel udziału dorosłego i działającego dla dobra dziecka przedstawiciela ustawowego. Przedstawiciel ustawowy dysponujący pełnym zakresem zdolności do czynności prawnych powinien podejmować decyzje, których podstawą będzie wyłącznie dobro dziecka, przy czym dobro dziecka nie może być oceniane w kontekście zgody bądź jej braku w danej chwili. Nie ulega wątpliwości, że chcący udzielić zgody małoletni nie będzie z innej decyzji rodzica zadowolony. Jednak to na rodzicu ciąży ocena długookresowych skutków podejmowanej czynności. Nawet jeśli zagrożenia nie dostrzeżę dziecko, nie zwalnia to rodzica z gruntowanej analizy wszelkich za i przeciw podejmowanej zgody<sup>40</sup>.

### 3. Uprawnienia przedstawicieli ustawowych w zakresie dostępu do informacji o stanie zdrowia małoletniego

Udzielanie świadczeń zdrowotnych dziecku, czyli pacjentowi małoletniemu, nie odbywa się – jak zauważyliśmy wyżej – w oderwaniu od zasad prawa rodzinnego. Przepisy obejmujące zasady dostarczania informacji, wyrażania zgody na informowanie innych osób czy zachowania tajemnicy w stosunku do osoby i ciała dziecka nie mogą nie uwzględniać tego, że dzieckiem jest się do ukończenia 18. roku życia i że w zakresie realizacji jego praw główną rolę odgrywają rodzice (przedstawiciele ustawowi). To oni ponoszą finalnie odpowiedzialność za sytuację faktyczną i prawną dziecka<sup>41</sup>. Nie zmienia tego ani fakt podejmowania przez dziecko pewnych działań dopuszczalnych przez prawo (możliwość niepodlegającego karze podjęcia współżycia cielesnego po ukończeniu 15. roku życia), ani fakt szczególnie intymnych sytuacji związanych z wizytami na przykład u lekarza ginekologa-położnika. Rodzic, realizując swoje dobra osobiste, ma prawo wiedzieć, co dzieje się z jego dzieckiem, gdyż ponosi w tym zakresie odpowiedzialność. Realizuje on też ochronę dóbr osobistych swojego dziecka. System prawny jest tak ukształtowany, że to rodzic – nie ktoś inny (lekarz, pielęgniarka, położna) – może decydować o sytuacji małoletniego. Fakt ten wypływa z poszanowania godności małoletniego. Warto podkreślić w tym miej-

39 T. Sokołowski, Władza rodzicielska nad dorastającym dzieckiem, Poznań 1986, *passim*; *idem*, (w:) H. Dolecki, T. Sokołowski (red.), Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz, , wyd. 2, Warszawa 2013, s. 649; M. Śladkowski, Uwzględnienie woli dziecka przy wykonywaniu władzy rodzicielskiej, „Jurysta” 2000, nr 6.

40 J. Gajda, (w:) Kodeks..., *op. cit.*, s. 790–791.

41 S. Szer, Prawo rodzinne, Warszawa 1952, s. 273; J. Gajda, (w:) Kodeks..., *op. cit.*, s. 791.

scu, że to rodzice (przedstawiciele ustawowi) mają prawo i obowiązek realizacji pieczy nad osobą dziecka. Objawia się ona także realizacją zdrowotnego dobrostanu<sup>42</sup>, a żeby dobrostan ten realizować, a przynajmniej do tego stanu dążyć, rodzice powinni posiadać wiedzę na temat zdrowotnej sytuacji małoletniego.

Dalej, to, że rodzice (przedstawiciele ustawowi) zostali – w większym niż w przypadku innych osób – zakresie dopuszczeni do informacji o stanie zdrowia czy szczegółach życia dziecka, służy właśnie jego dobru. Rodzice, realizując pieczę nad osobą dziecka i reprezentację, pozostają w tym zakresie autonomiczni. Państwo, poprzez swoje służby (policję, prokuraturę, sąd, szkołę, służbę zdrowia czy opiekę społeczną), nie wtrąca się w realizację tych praw, o ile oczywiście nie dojdzie do zagrożenia dobra dziecka. Nie oznacza to oczywiście, że rodzic będzie podejmował decyzję zawsze i niezależnie od innych czynników. 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), 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. poprzez pozbawienie 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, ma prawo podjąć decyzję w zakresie udzielanych mu świadczeń zdrowotnych<sup>43</sup>. Pozbawienie rodzica tego prawa czy choćby jego naruszenie może skutkować odpowiedzialnością podmiotu, który te prawa naruszył. Mowa tu oczywiście o dobrach osobistych rodzica (przedstawiciela ustawowego). Fakt wyrażania życzeń, żądań czy zapewnień ze strony małoletniego jest bez znaczenia. 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. Bez znaczenia jest tu także rodzaj procedury medycznej. Dotyczy to każdej procedury, zarówno badania jak i zabiegów operacyjnych czy procedur o podwyższonym ryzyku.

Swoistego ograniczenia będzie doznawał w przypadku małoletniego przepis art. 13 u.p.p. i 14 u.p.p. Pierwszy z wymienionych przepisów stanowi, że pacjent ma prawo do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym udzielające mu świadczeń zdrowotnych, informacji z nim związanych, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego. W sytuacji pełnoletniego pacjenta

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

43 A. Michałek-Janiczek, Autonomia małoletniego w zakresie leczenia, „Państwo i Prawo” 2009, z. 10, s. 57–60.

jest oczywiste, że tajemnicą obejmować się będzie osobę pacjenta, jego sytuację zdrowotną, stan rodzinny etc. Jednocześnie należy uwzględnić wskazane wyżej czynniki i przyjąć, że lekarz nie jest związany tajemnicą w stosunku do przedstawiciela ustawowego (względnie, co zdarza się rzadziej, rodzica sprawującego bieżącą pieczę nad osobą małoletniego). Małoletni nie może zatem czynić lekarzowi zarzutu, że naruszył tajemnicę, informując rodzica o sytuacji zdrowotnej dziecka. Podstaw do takiego twierdzenia doszukiwać można się w ogólnych zasadach prawa rodzinnego, w szczególności w realizacji pieczy nad osobą i reprezentacji oraz w treści art. 14 ust. 2 pkt 1 u.p.p. Przepis ten stanowi, że przepisu art. 14 ust. 1 u.p.p. nie stosuje się, gdy tak stanowią przepisy odrębnych ustaw. Należy przyjąć, że do „przepisów odrębnych ustaw” zalicza się właśnie przepisy kodeksu rodzinnego i opiekuńczego w zakresie, w jakim regulują na przykład władzę rodzicielską.

Z tym wiąże się jednak kolejna wątpliwość związana z intymnością małoletniego pacjenta<sup>44</sup>. Małoletni zyskali w ostatnim czasie dość sporą samodzielność. W świetle doświadczenia życiowego sytuacja faktyczna małoletniego jest obecnie inna niż sytuacja małoletniego wówczas, gdy powstawał kodeks rodzinny i opiekuńczy oraz kodeks cywilny, wyznaczające zakres samodzielności dziecka tak w zakresie zdolności do czynności prawnych, odpowiedzialności za szkodę czy podległości władzy rodzicielskiej. Można *prima facie* zarzucić ustawodawcy brak życiowego podejścia i znajomości sytuacji, w której wzrastają czy dojrzewają nastoletnie dzieci. Nie ulega też wątpliwości, że obecnie osoby przed uzyskaniem pełnoletności podejmują działania, które w swym wymiarze cechuje daleko posunięta intymność relacji czy zachowań (relacje intymne, współżycie cielesne czy nawet pozostawanie w pożyciu). Wiąże się to także z większą dbałością o zdrowie, w tym zdrowie reprodukcyjne. Często też dziecko przed ukończeniem 18. roku życia chciałoby pójść do lekarza bez rodzica czy przedstawiciela ustawowego, zwłaszcza jeżeli temat wizyty czy sposób przeprowadzenia badania dla każdego człowieka są czy mogą być drażliwe, bo wiążą się z koniecznością mówienia o sprawach intymnych czy z okazaniem intymnych części ciała. Nikt, będąc osobą dorosłą lub u progu formalnej dorosłości, nie chce rozbierać się u lekarza w obecności innych osób, nawet bliskich.

Stoję na stanowisku, że w sytuacji pacjenta małoletniego przepis art. 20 ust. 1 u.p.p. powinien być interpretowany w jego interesie. Przepis ten stanowi – przypomnijmy – że pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych, i jeśli zestawić go z art. 21 u.p.p., daje to możliwość przeprowadzenia krępującego i naruszającego intymność badania bez obecności osoby bliskiej. Przepis art. 21 ust. 1 u.p.p., który stanowi, że na życzenie pacjenta przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych może być obecna osoba bliska, interpretować należy podobnie jak wcześniej sygnalizowany przepis art.

44 K. Szczucki, (w:) M. Safjan, L. Bosek (red.), System prawa medycznego, t. 1: Instytucje prawa medycznego, Warszawa 2018, s. 963.

9 ust. 3 u.p.p. Oczywiście i w tym przypadku ogólne zasady prawa rodzinnego znajdują zastosowanie, przy czym większą kompetencję zyskuje osoba wykonująca zabieg medyczny, udzielająca świadczeń zdrowotnych pacjentowi, która może odmówić obecności osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w przypadku istnienia prawdopodobieństwa wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta. Można ostrożnie przyjąć możliwość powołania bezpieczeństwa zdrowotnego małoletniego pacjenta w tym przypadku.

#### 4. Zwolnienie z tajemnicy zawodowej w przypadku małoletniego pacjenta

Tajemnica lekarska, względnie inna tajemnica zawodowa osób udzielających świadczeń zdrowotnych, zabezpiecza dobro, jakim jest prywatność<sup>45</sup>. System prawny wykształcił normy prawne, które obok norm moralnych mają zabezpieczać to, że informacje powierzane na przykład lekarzowi zostaną na przykład przedmiotem publicznego dyskursu i nikt poza osobami uprawnionymi nie będzie miał do nich dostępu. Pozwala to, przynajmniej formalnie, wzmacniać zaufanie do lekarza. Dobrem prawnie chronionym jest tu w pierwszej mierze prywatność pacjenta. Można wskazać też inne dobra, jak autonomia czy intymność. Jeżeli jednak jest tak, że dobrem prawnie chronionym jest prywatność pacjenta, może się okazać, że pacjent zechce do sfery swojego życia prywatnego dopuścić inne osoby. Nierzadko się zdarza, że człowiek udostępnia innym szczegóły ze swojego życia prywatnego. Portale społecznościowe są tutaj najlepszym przykładem udostępniania różnego rodzaju danych, informacji czy zdjęć, nawet takich, co do których można mieć wątpliwości co do „dobrego smaku” i celowości ich udostępniania szerokiemu gronu odbiorców. W przypadku osoby dorosłej sprawa jest oczywista. Działa tu zasada *volenti non fit iniuria*, czyli chcącemu nie dzieje się krzywda. W przypadku małoletniego całość, już tradycyjnie, się komplikuje.

Istotne w analizowanej sytuacji pozostają tu przepisy ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta i odpowiadające im przepisy wyznaczające obowiązki podmiotów profesjonalnych (np. lekarza). Chodzi mianowicie o możliwość zwolnienia z tajemnicy na podstawie art. 14 ust. 2 pkt 3 u.p.p. w związku z art. 40 ust. 2 pkt 4 u.z.l.<sup>46</sup> Pierwszy z powołanych przepisów stanowi, że zwolnienie z tajemnicy zawodowej następuje, gdy pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy; drugi jest w tym zakresie precyzyjniejszy i wskazuje, że lekarz nie jest związany tajemnicą i może ją ujawnić, jeżeli pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy, po uprzednim poinformowaniu

45 B. Chyrowicz, *Bezcenna in-formacja*, Laboratorium Więzi, [http://labo-old.wiez.pl/teksty.php?bezcenna\\_informacja&p=1](http://labo-old.wiez.pl/teksty.php?bezcenna_informacja&p=1) (18.02.2020).

46 K. Szczucki, (w:) *System...*, *op. cit.*, s. 965.

o niekorzystnych dla pacjenta skutkach jej ujawnienia. Zakres ujawnienia tajemnicy jest, rzecz jasna, ograniczony do niezbędnego zakresu, a w przypadku wskazanym w art. 14 ust. 2 pkt 3u.p.p. zakres ujawnienia tajemnicy może określić pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy. Wyżej prowadzone rozważania w zakresie kompetencji małoletniego pacjenta pozostają aktualne także tutaj, z tym zastrzeżeniem, że w przypadku zwolnienia z tajemnicy dokonywanej i przez samego pacjenta, i jego przedstawiciela ustawowego większą rolę przypisuje się lekarzowi, który w świetle doświadczenia życiowego jest w stanie przewidzieć negatywne konsekwencje ujawnienia tajemnicy dla samego pacjenta, jak i jego przedstawiciela ustawowego.

## Wnioski

Udzielanie informacji o stanie zdrowia małoletniego pacjenta wiąże się w sposób nierozzerwalny z sytuacją zdrowotną dziecka i uprawnieniami innych osób do podejmowania decyzji w zakresie osiągnięcia dobrostanu zdrowotnego małoletniego. Ustawodawca przyjmuje, że udzielanie informacji o stanie zdrowia dziecka wpisuje się w zasady wykonywania władzy rodzicielskiej, w szczególności w pieczę nad osobą i reprezentację. To oznacza, że rodzice (przedstawiciele ustawowi) mają prawo otrzymać informację o stanie zdrowia ich dziecka. Dysponując tą informacją, mają prawo i powinni podejmować decyzje w ramach jego zdrowotnego losu, kierując się najlepszym interesem dziecka. Pozbawienie rodzica tego prawa czy choćby jego naruszenie może skutkować odpowiedzialnością podmiotu, który te prawa naruszył.

Przeprowadzone wyżej analizy prowadzą dalej do wniosku, że ustawodawca *de lege lata* nie dopuszcza decyzyjnej samodzielności małoletniego dziecka w zakresie rozstrzygania o swoich zdrowotnych losach, nie dopuszcza do samodzielnego uczestnictwa w poddaniu się czynnościom medycznym, co jednak nie oznacza możliwości podejmowania pewnych skutecznych i prawnie wiążących decyzji w zakresie interesu informacyjnego małoletniego.

Małoletni może podejmować decyzje, realizując swoje uprawnienie do informacyjnego samostanowienia w zakresie zgody na udostępnienie informacji o stanie zdrowia, jak i zwolnienia podmiotu profesjonalnego z tajemnicy zawodowej, zwłaszcza tajemnicy lekarskiej. To ostatecznie uprawnienie doznaje wprawdzie pewnych ograniczeń, niemniej jednak w obecnym stanie prawnym ustawodawca respektuje informacyjną podmiotowość dziecka zarówno w zakresie udzielenia obowiązku o stanie zdrowia, jak i możliwości decydowania o włączeniu do sfery prywatności innych osób. Dostarczenie informacji pacjentowi małoletniemu nie jest uzależnione od wieku, przy czym zakres informacji powinien w przypadku dziecka, które nie ukończyło 16. roku życia, odpowiadać jego możliwościom percepcyjnym i służyć zapewnieniu prawidłowego przebiegu procesu diagnostycznego lub terapeutycznego.

Prywatność małoletniego pacjenta, choć wpisuje się w jego dość oczywistą rodzinnoprawną relację z rodzicami (przedstawicielami ustawowymi), nie wyklucza możliwości udzielenia świadczeń zdrowotnych z zachowaniem intymności, w tym także bez obecności rodziców podczas krępujących badań. Dotyczy to zwłaszcza dzieci starszych czy u progu formalnej dorosłości.

#### BIBLIOGRAFIA

- Bączyk-Rozwadowska K., Prawo pacjenta do informacji według przepisów polskiego prawa medycznego, „*Studia Iuridica Toruniensia*” 2011, t. 9.
- Biesaga T., Autonomia lekarza i pacjenta a cel medycyny, „*Medycyna Praktyczna*” 2006, nr 5.
- Błachut M., Autonomia podmiotu a neutralność moralna prawa, (w:) J. Helios (red.), *Z zagadnień teorii i filozofii prawa. Autonomia prawa a stanowiska teorii i filozofii prawa*, Wrocław 2003.
- Bosek L., (w:) M. Safjan, L. Bosek (red.), *System prawa medycznego, t. 1: Instytucje prawa medycznego*, Warszawa 2018.
- Brzeziński T., Zgoda na zabieg diagnostyczny i leczniczy, (w:) T. Kielanowski (red.), *Etyka i deontologia lekarska*, Warszawa 1980.
- Chyrowicz B., *Bezcenna informacja*, Laboratorium Więzi, [http://labo-old.wiez.pl/teksty.php?bezcenna\\_informacja&p=1](http://labo-old.wiez.pl/teksty.php?bezcenna_informacja&p=1).
- Chyrowicz B., *Bioetyka. Anatomia sporu*, Kraków 2015.
- Chyrowicz B., *Prawo do nieinformowania*, „*Diametros*” 2005, nr 4.
- Czarkowski M., Różyńska J., *Świadoma zgoda na udział w eksperymencie medycznym, Poradnik dla badacza*, Warszawa 2008.
- Czyż E., Falkowska E. (oprac.), *Przestrzeganie praw dziecka w Polsce. Rekomendacje dla Parlamentu i Rządu*, Helsińska Fundacja Praw Człowieka, Warszawa 2009.
- Dangel T., *Godność dziecka – refleksja lekarza, Opieka paliatywna nad dzieckiem* 2007, t. 15.
- Dercz M., Rek T., *Prawa dziecka jako pacjenta*, (w:) *Ochrona praw dziecka, t. II, Biuro Rzecznika Praw Dziecka*, Warszawa 2003.
- Dercz M., Rek T., *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, wyd. II, Warszawa 2014.
- Dercz M., Rek T., *Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej, Komentarz*, Kraków 2007.
- Dolecki H., (w:) H. Dolecki, T. Sokołowski (red.), *Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz*, wyd. 2, Warszawa 2013.
- Dudzińska A., *Wymagana informacja udzielana pacjentowi*, „*Państwo i Prawo*” 2008, z. 8.
- Dudzińska A., *Zgoda na działanie medyczne*, „*Państwo i Prawo*” 2009, z. 1.
- Dukiet-Nagórska T., *Świadoma zgoda pacjenta w ustawodawstwie polskim*, „*Prawo i Medycyna*” 2000.
- Gajda J., (w:) K. Pietrzykowski (red.), *Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz*, wyd. 6, Warszawa 2020.



- Goldbloom R.B., Zbieranie wywiadu i rozmowa z rodziną, (w:) R.B. Goldbloom (red.), Wywiad i badanie w pediatrii, 2012.
- Gromski W., Autonomia i instrumentalny charakter prawa, Wrocław 2000.
- Haberko J., Administracyjnoprawny obowiązek szczepienia dzieci a zgoda przedstawiciela ustawowego na badania kwalifikacyjne, „Studia Prawa Publicznego” 2017, nr 3.
- Haberko J., Mularski K., Uwagi o wybranych problemach umów o świadczenie usług przez lekarza oraz radcę prawnego, (w:) J. Sobczak, J. Skrzypczak, M. Urbaniak (red.), Zawody zaufania publicznego. Wybrane zagadnienia odpowiedzialności zawodowej radców prawnych i lekarzy, Poznań 2015.
- Howlett A.A., Jangaard K.A., Ocena noworodka – postępowanie diagnostyczne, (w:) R.B. Goldbloom (red.), Wywiad i badanie w pediatrii, 2012.
- Ignaczewski J., Zgoda pacjenta na leczenie, Olsztyn 2003.
- Ignatowicz J., (w:) K. Pietrzykowski (red.), Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz, wyd. 3, Warszawa 2012.
- Janiszewska B., Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego. Ujęcie wewnątrzsystemowe, Warszawa 2013.
- Kmieciak B., Prawa dziecka jako pacjenta, Warszawa 2016.
- Kobińska A., Zakres autonomii pacjenta na przykładzie niewyrażenia zgody na zastosowanie preparatu krwi podczas ewentualnej interwencji medycznej w bliżej nieokreślonej przyszłości, „Transformacje Prawa Prywatnego” 2006, nr 2–3.
- Krajewski R., Funkcjonowanie świadomej zgody w relacjach lekarz – pacjent, (w:) S. Torciuk (red.), Realizacja zasady informed consent w kontekście relacji lekarz – pacjent. Wyzwania i bariery rozwojowe w Polsce, Warszawa 2012.
- Kubiak R., Zgoda uczestnika eksperymentu, „Prawo i Medycyna” 2000, nr 8.
- Kwiatkowski W., Między deontologią a autonomią pacjenta, (w:) J. Barański, E. Waszyński, A. Steciwko (red.), Komunikowanie się lekarza z pacjentem, Wrocław 2000.
- Lis W., A. Balicki, Normatywny wymiar godności człowieka, Lublin 2012.
- Liszewska A., Problem zgody pacjenta jako dylemat aksjologiczny, „Prawo i Medycyna” 1999, nr 1.
- Łuków P., Granice zgody: autonomia zasad i dobro pacjenta, Warszawa 2005.
- Machnikowski P., (w:) E. Gniewek, P. Machnikowski (red.), Kodeks cywilny. Komentarz, Warszawa 2013.
- Makara-Studzińska M., Komunikacja z pacjentem, Lublin 2012.
- Michałek-Janiczek A., Autonomia małoletniego w zakresie leczenia, „Państwo i Prawo” 2009, z. 10.
- Nesterowicz M., Prawo medyczne, Toruń 2010.
- 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 Epidemiologii” 2008, nr 3.

- Nowina-Konopka M., Komunikacja lekarz– pacjent. Teoria i praktyka, Kraków 2016.
- Obuchowicz A., Badanie podmiotowe i przedmiotowe w pediatrii, Warszawa 2016.
- Pellegrino E.D., Thomasma D.C., For the patient's good: the restoration of beneficence in health care, New York 1988.
- Radwański Z., Olejniczak A., Prawo cywilne – część ogólna, Warszawa 2019.
- Safjan M., (w:) K. Pietrzykowski (red.), Kodeks cywilny. Komentarz, t. I, Warszawa 2004.
- Skrenty Ź., Obowiązek informowania pacjenta wobec jego prawa do samostanowienia, „Studia Lubuskie” 2015, nr 11.
- Sobczak J., Godność pacjenta, (w:) Prawo a medycyna, Studia i szkice, Warszawa 2018.
- Sobolewski P., (w:) M. Safjan, L. Bosek (red.), System prawa medycznego, t. 1: Instytucje prawa medycznego, Warszawa 2018.
- Sokołowski T., (w:) H. Dolecki, T. Sokołowski (red.), Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz, wyd. 2, Warszawa 2013.
- Sokołowski T., Władza rodzicielska nad dorastającym dzieckiem, Poznań 1986.
- Sylwestrzak A., Obowiązki dziecka wobec rodziców, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 2001, nr 3.
- Szczucki K., (w:) M. Safjan, L. Bosek (red.), System prawa medycznego, t. 1: Instytucje prawa medycznego, Warszawa 2018.
- Szer S., Prawo rodzinne, Warszawa 1952.
- Śladkowski M., Uwzględnienie woli dziecka przy wykonywaniu władzy rodzicielskiej, „Jurysta” 2000, nr 6.
- Świdarska M., Zgoda pacjenta na zabieg medyczny, Toruń 2007.
- Winczorek P., Komentarz do Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., Warszawa 2000.
- Wojcieszak A., Autonomia osób z zaburzeniami psychicznymi, praca doktorska w maszynopisie, niepublikowana.
- Zajdel J., Zajdel R., Dzieci i ryby głosu nie mają – prawa małoletniego w procesie leczenia, „Standardy Medyczne/Pediatria” 2009, t. 6.