

Pojęcia kluczowe: *prawa dziecka, prawa rodziców, zgoda kumulatywna, prawa pacjenta, leczenie małoletnich*

Błażej Kmiecik

Wybrane uwagi prawno-społeczne dotyczące konieczności zmiany definicji zgody kumulatywnej

ABSTRAKT

W polskim prawie istnieją od kilku dekad konkretne normy dotyczące zasad wyrażania przez małoletnich zgody na udzielenie im świadczenia o zdrowotnym charakterze. Coraz powszechniej wiadomo, że małoletni dopiero od pewnego momentu swojego życia może współuczestniczyć w procesie podejmowania decyzji klinicznych dotyczących jego osoby. W przeważającej większości przypadków to rodzice dziecka lub jego opiekun prawny wyrażają zgodę na diagnozę i terapię młodego pacjenta. Wspomniany tutaj małoletni dołącza do grona decydentów dopiero w momencie, w którym ukończy 16. rok życia.

Od pewnego czasu coraz głośniej w dyskusjach prawno-społecznych wskazuje się na konieczność modyfikacji tego stanu. Z jednej strony podkreśla się wagę poszanowania praw dziecka, które w licznych sytuacjach pozbawione zostaje realnego wpływu na swoją sytuację. Z drugiej zaś perspektywy nie sposób dostrzec swobodnego paradoksu. Mowa tutaj o stanie, w którym polski ustawodawca pozwala dzieciom w wyjątkowych sytuacjach na współdecydowanie o swoim stanie zdrowia (np. procedura eksperymentu medycznego). W sytuacjach – wydawałoby się – bardziej codziennych (np. wizyta u dentysty) dziecko najczęściej nie jest pytane o zgodę na leczenie.

Wątek ten nabiera jeszcze wyraźniejszego znaczenia w ramach psychiatrycznego systemu ochrony zdrowia dzieci i młodzieży. Lecząc zaburzenia psychiczne młodych pacjentów, nie można pominąć ich zdania, które odnosi się do medycznej procedury. Bez akceptacji z ich strony np. psychoterapia w zasadzie nie zaistnieje. Być może zatem doszliśmy do sytuacji, w której znane nam standardy stosowania zgody kumulatywnej powinny ulec zmianie? Na pytanie to podjęta zostanie próba udzielenia odpowiedzi w poniższym artykule.

I. WPROWADZENIE

Pod koniec 2017 r. miał swoją światową premierę film pt. *W imię dziecka*. To interesujący, angielsko-amerykański dramat opowiadający historię orzekającej w Wydziale Rodzinnym brytyjskiego Sądu Najwyższego sędzi Fiony May, granej przez dwukrotną zdobywczynię Oscara, Emmę Thompson. Jednym z kluczowych wątków wskazanej tutaj opowieści jest dylemat, w jakim znalazła się ww. bohaterka. Kobieta ta otrzymała do rozpatrzenia sprawę nastoletniego chłopca, u którego pojawiła się konieczność przeprowadzenia transfuzji krwi w związku z leczeniem onkologicznym. Na zabieg ten nie wyrażali jednakże zgody jego rodzice, którzy deklarowali przynależność do religijnej wspólnoty Świadków Jehowy. Jednym z pierwszych działań, jakie zdecydowano się podjąć w tej sprawie, była próba udzielenia odpowiedzi na temat zdania głównego zainteresowanego, a więc małoletniego pacjenta, który miał zostać poddany zabiegowi transfuzji. Obowiązek taki pojawił się z racji wieku młodego mężczyzny. Miał on bowiem niespełna 18 lat i zgodnie z brytyjskim prawem mógł wyrazić także swoje stanowisko w tej sprawie. Co istotne, podzielił on opinię swoich rodziców, co mogło w sposób negatywny wpłynąć na jego dalsze życie¹. Pozostając w podobnej – filmowej formule wprowadzenia, warto wrócić do nieco starszej, fabularnej produkcji noszącej tytuł *Bez mojej zgody*. To z kolei opowieść o 13-letniej Amy, która zdecydowała się podać do sądu swoich biologicznych rodziców, jednocześnie żądając możliwości usamodzielnienia się w zakresie podejmowania decyzji o szeroko rozumianym medycznym charakterze. Dziewczynka ta od najmłodszych lat poddawana była bolesnym zabiegom medycznym, w ramach których pobierano od niej organy oraz tkanki przeznaczone dla jej starszej, chorej na raka siostry².

Wskazane powyżej dwie produkcje filmowe stanowią ważne wprowadzenie do dyskusji dotyczącej tzw. zgody kumulatywnej. W pierwszym z przykładów w sposób naturalny sędzia odwołała się właśnie do wskazanej tutaj instytucji, mając świadomość, że *casus* ten dotyczy nastolatka, który w najbliższym czasie osiągnie pełnoletność. Co jednak ważne, nie miał on jeszcze wówczas możliwości samodzielnego podejmowania decyzji. Uznany został on jednak za „naturalny podmiot” decyzji orzeczniczych, a także towarzyszących im aktywności personelu medycznego. Czy jednak sędzia Fiona May zdecydowałaby się spytać go o opinię, gdyby miał 13 lat? W takiej sytuacji była bohaterka drugiego z ww. filmów. W historii wspomnianej tutaj młodej osoby wielokrotnie pojawiały się deklaracje rodziców zaznaczających, że zawsze pytali swoją małą córkę o zgodę na zabieg, który często wiązał się z bólem. W jednej ze scen filmu mama Amy została zapytana przez jej adwokata, czy naprawdę uważa, że 5-letnie dziecko może kompetentnie współdecydować o udziale np. w zabiegu transplantacyjnym.

1 Zob. K. Szymańska, *Świat wartości bez dystansu*, „Filmosfera”, <https://filmosfera.pl/recenzja/2349>

2 A. Sojka, *Bez mojej zgody*, „Imago” 2012/6, s. 51–51.

Podobne wątki w sposób bezpośredni kierują nas w stronę wspomnianej już powyżej zgody kumulatywnej.

W literaturze przedmiotu spotykamy się m.in. z podobną definicją zgody o kumulatywnej postaci: „**Zgoda kumulatywna (łączna)** [pogrubienie oryginalne – BK] sytuacja, w której do udzielenia prawnie skutecznej zgody na zastosowanie określonej procedury medycznej (metody leczenia) konieczne jest nie tylko uzyskanie zgody innej niż pacjent osoby, ale również zgoda ze strony samego pacjenta. W pewnych sytuacjach, zamiast możliwości wyrażenia zgody, pacjentowi przyznana jest kompetencja do wyrażenia sprzeciwu wobec określonej interwencji medycznej”³. Wskazana tutaj definicja ukazuje nam swoisty, sytuacyjny dynamizm w działaniach. Z jednej strony mamy pacjenta, który bierze udział w określonych działaniach diagnostyczno-terapeutycznych. Z drugiej jednak perspektywy widzimy, że pojawia się jakaś inna – co ważne – istotna osoba, która współdecyduje o danych, konkretnych interwencjach medycznych. W przeważającej większości przypadków w polskim porządku prawnym możliwość współdecydowania o aktywnościach diagnostycznych i leczniczych dziecko uzyskuje po ukończeniu 16. roku życia. W zasadzie wyłącznie takie sytuacje, jak skierowanie będącej w ciąży małoletniej poniżej 16. roku życia na zabieg aborcji, udział dziecka w eksperymencie medycznym oraz transplantacji szpiku kostnego wobec osoby bliskiej nakazują uzyskanie (także) zgody dziecka poniżej przywołanej już wiekowej granicy⁴. Stan ten uznać należy za paradoksalny. Z jednej bowiem strony zgoda kumulatywna uruchamiana jest w przypadku poważnych zabiegów medycznych, z drugiej ustawodawca nadal przyjmuje założenie, że dziecko nie może współdecydować o innych, bardziej błahych zabiegach klinicznych. W tym miejscu pojawia się zatem kluczowe pytanie: czy obecnie przyjęta w polskim prawie forma zgody kumulatywnej posiada adekwatny do rzeczywistości charakter? Być może konieczne jest odejście od przyjętej w kilku ustawach granicy 16 lat? W ostatnich miesiącach 2024 r. Rzecznik Praw Dziecka, Monika Horna-Cieślak przekazała do Sejmu RP projekt ustawy o ochronie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Stanowi on nowelizację przepisów ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w części dotyczących możliwości udziału dziecka w spotkaniach z psychologiem, psychoterapeutą lub interwentem kryzysowym. Zaproponowano, by dziecko od 13. roku życia miało możliwość skorzystania z trzech podobnych wizyt, nawet bez zgody rodzica. Tytułem wprowadzenia, uzasadniając podobne rozwiązanie, dodano, że podobne działanie legislacyjne nie jest wymierzone w instytucję władzy rodzicielskiej, ale stanowi realną propozycję dla sytuacji, w których to dziecko wymaga wsparcia psychoterapeutycznego,

3 T. Filarski, T. Sroka, *Zrozumieć prawa pacjenta*, Warszawa 2013, s. 32.

4 Por. art. 12 ust. 3 ustawy z 1.07.2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz.U. z 2023 r. poz. 1185), art. 4a ust. 4 ustawy z 7.01.1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz.U. z 2022 r. poz. 1575) oraz art. 25 ust. 3 ustawy z 5.12.1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2024 r. 1287).

a ze strony rodziców pojawia się blokada decyzyjna (rodzice np. są w trakcie rozwodu) lub też to rodzice są źródłem cierpienia dziecka⁵. Śledząc podobne propozycje, warto zastanowić się, czy instytucja zgody kumulatywnej jest w ogóle potrzebna. W filmie *Bez mojej zgody* ostatecznie odstąpiono od niej, sądownie usamodzielniając nastoletnią osobę w kwestii podejmowania działań medycznych. Być może zatem odnosząc się również do wątków z zakresu praktyki psychiatrycznej, warto rozważyć likwidację tej instytucji? By udzielić odpowiedzi na wskazane tutaj pytania, warto zatrzymać się na dyskusji, jaka toczy się na temat wspomnianej w tytule instytucji. Odnosząc się do ww. propozycji Rzecznika Praw Dziecka, a także bazując na praktyce prawno-psychiatrycznej autora, podjęto dyskusję dotyczącą zasadności istnienia obecnych zasad związanych ze współdecydowaniem dzieci i ich rodziców o kwestiach medycznych⁶.

II. ZGODA KUMULATYWNA – WYBRANE KONTEKSTY

We wprowadzeniu została już zwrócona uwaga na charakter zgody o kumulatywnej postaci. Mowa tutaj zatem o sytuacji, w której to do podjęcia działań zdrowotnych konieczne jest uzyskanie zgody rodzica/opiekuna prawnego oraz dziecka, które ukończyło 16. rok życia (zob. w art. 32 ust. 5 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz art. 17 ust. 1–3 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta). Na marginesie warto w tym miejscu wskazać, że przepisy te poprzedzone są w poszczególnych aktach prawnych unormowaniami, które wskazują, że dziecko, które ukończyło 16 lat, posiada prawo do uzyskania informacji dotyczących jego stanu zdrowia w pełnym zakresie, tj. dokładnie takim samym jak jego rodzice lub opiekun prawny.

Powracając do głównego wątku proponowanych rozważań, warto zwrócić uwagę, czym z perspektywy słownikowej może być pojęcie „kumulacji”, w kontekście zjawiska, jakim jest zgoda. Zwrot ten może być rozumiany jako: „nagromadzenie, skupienie, spiętrzenie, połączenie czegoś”⁷. Prawno-medyczna perspektywa kieruje nas w stronę sytuacji, gdzie w jednej chwili łączą się ze sobą dwa stanowiska odnoszące się do określonych działań.

Badając przepisy polskiego prawa w odniesieniu do możliwości wyrażenia (w tym współdecydowania) akceptacji na dane działanie medyczne, zasadne jest, by zwrócić uwagę, że ukończenie 16. roku życia uznane zostało za istotny moment rozwoju jednostki. Pojawia w nim się (z założenia) możliwość wyrażenia opinii w sposób

5 „Nie pozwólcie nam umierać!”. Projekt ustawy o ochronie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, Biuro Rzecznika Praw Dziecka, Warszawa 2024, <https://brpd.gov.pl/2024/10/10/nie- pozwolcie-nam-umierac-projekt-ustawy-o-ochronie-zdrowia-psychicznego-dzieci-i-mlodziezy/>

6 W pracy wykorzystane zostaną zgromadzone przez autora materiały opublikowane pierwotnie w książce: B. Kmiecik, *Prawa dziecka jako pacjenta*, Warszawa 2016. Użytkowanie omawianych tutaj materiałów następować będzie po ich istotnym, merytorycznym uzupełnieniu oraz rozszerzeniu/rozbudowaniu.

7 *Słownik współczesnego języka polskiego*, red. B. Dunaj, Warszawa 1996, s. 444.

dojrzały, zbliżony do samodzielnego stanowienia. Zdaniem Doroty Karkowskiej: odnosimy się tutaj do zasady, zgodnie z którą: «wola człowieka co do tego, co dzieje się z jego ciałem, powinna być respektowana jak najwcześniej, tj. gdy tylko osiągnie on stosowną do tego dojrzałość lub też odpowiednie rozeznanie»⁸. Cytowana badaczka dodaje, że pojawiają się coraz częściej opinie, zgodnie z którymi przyznanie dziecku w wieku 16 lat możliwości wyrażenia zgody lub sprzeciwu ma w swej istocie jedynie charakter iluzoryczny i pozorny. Warto bowiem przypomnieć, że w sytuacji pojawienia się decyzyjnego konfliktu między dzieckiem a rodzicem lub opiekunem prawnym niezbędne jest uzyskanie opinii sądu opiekuńczego. Tylko wskazany tutaj organ ma narzędzia do nie tylko „przełamania sprzeciwu”, jak np. w ww. filmie *W imię dziecka*. Sąd może *de facto* zatem narzucić określony sposób rozwiązania danej złożonej sytuacji. W tym jednakże aspekcie celnie D. Karkowska dodaje, że „problem przełamywania sprzeciwu osoby małoletniej powinien być rozstrzygany w praktyce *in case*, czyli w drodze oceny konkretnego przypadku, przy uwzględnieniu alternatywnych metod postępowania i rzetelnego informowania pacjenta i jego przedstawiciela ustawowego”⁹. W doktrynie spotkać można bez trudu poglądy wskazujące na zasadność swistej dwuwładzy decyzyjnej w odniesieniu do świadczeń udzielanych dzieciom, w tym małoletnim powyżej 16. roku życia. Helena Babiuch podkreśla, że „Ze względu na psychofizyczną niedojrzałość dziecka poddane jest ono trosce i władzy rodzicielskiej i, mimo że dziecko jest podmiotem swoich praw, z reguły nie może podejmować samodzielnych decyzji wywołujących skutki prawne ani dochodzić swoich praw przed właściwymi organami władzy. Uprawnionymi do występowania w imieniu dziecka są jego rodzice lub w określonych sytuacjach opiekunowie prawni bądź inne osoby odpowiedzialne za dziecko”¹⁰. W tym jednakże miejscu pojawia się pewna wątpliwość. W podejściu socjologiczno-prawnym promowanym przez m.in. Antoniego Pieniążka oraz Magdalenę Stefaniuk odnajdujemy słuszny pogląd wskazujący na istnienie kluczowych elementów postawy, w tym postawy wobec prawa. Składają się na nią: wiedza o danym zjawisku, jego ocena oraz zdolność do następczego działania¹¹. Nie ulega wątpliwości, że w czasach, w których powstawały w szczególności przepisy ww. ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, dzieci posiadały ograniczone możliwości uzyskania wiedzy. Ta, w licznych obszarach, zarezerwowana była dla osób pełnoletnich (np. dostęp do konkretnych informacji w bibliotekach). Pojawienie się danych w formie zitalizowanej, dostęp nieustanny do mediów i płynących z nich informacji zmienił w sposób istotny rzeczywistość psychospołeczną, jakiej doświadczają osoby

8 Cyt. Za: D. Karkowska, *Ustawa o prawach pacjenta i rzeczniku Praw Pacjenta*, Warszawa 2010, s. 234.

9 D. Karkowska, *Ustawa...*, 235.

10 H. Babiuch, *Zakres praw rodziców do wychowania dziecka zgodnie z własnymi przekonaniami*, „Zeszyty Naukowe Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Witelona w Legnicy” 2014/13, s. 7.

11 Zob. np. A. Pieniążek, M. Stefaniuk, *Socjologia prawa – zarys wykładu*, Kraków 2003, s. 162.

młode. Z całą pewnością sieć Internet niejednokrotnie kojarzona może być jako środowisko potencjalnych niebezpieczeństw. W pierwszym jednakże skojarzeniu jest to dzisiaj dla osób niepełnoletnich naturalne środowisko uzyskania wiedzy. Nie jest w tym miejscu istotny jej poziom. Kluczowe jest bowiem pojawienie się u dzieci możliwości nieustannego analizowania określonych danych oraz nabywania wobec nich konkretnych postaw: akceptacji lub krytyki. Samoświadomość współczesnych nastolatków oraz ich kolegów oraz koleżanek z połowy lat 90. ubiegłego wieku jest w swej istocie trudna do porównania. Wiedza, możliwości oceny, a przez to kompetencja do działania są diametralnie inne. Być może zatem winno być to podstawą do rewizji zasad dotyczących zgody kumulatywnej?

III. KRYTYKA INSTYTUCJI ZGODY KUMULATYWNEJ

Dyskusja dotycząca idei zgody kumulatywnej spotkała się z zainteresowaniem polskich ombudsmanów. Prof. Irena Lipowicz, Rzecznik Praw Obywatelskich VI Kadencji zaskarżyła do Trybunału Konstytucyjnego (TK) przepisy, które w Polsce zezwalają na współdecydowanie o leczeniu dopiero dzieciom, które ukończyły 16. rok życia. Jak wskazywano w wystąpieniu, prawo małoletniego pacjenta do wyrażenia zgody ma charakter podmiotowy. Zdaniem ówczesnego RPO omawiane tutaj przepisy nie-dostatecznie chronią dobro dziecka, które jest poddawane terapii. W tym kontekście podkreślano, że w licznych przypadkach dzieci posiadają rozeznanie odnośnie powagi sytuacji, w której się znajdują. Poza tym naruszeniem praw dziecka jako pacjenta są sytuacje, w których polski ustawodawca w ogóle nie przewidział konieczności otrzymania zgody dziecka¹². Katarzyna Syroka-Marczewska trafnie wskazuje, że położenie to koresponduje z sytuacją „osób ubezwłasnowolnionych całkowicie, chorych psychicznie lub upośledzonych umysłowo, lecz dysponujących dostatecznym rozeznanie”. Badaczka ta, odnosząc się do ww. stanowiska RPO, przypomina, że w wystąpieniu tym wskazano, że osobom, które na mocy orzeczenia sądowego zostały pozbawione zdolności do czynności prawnych, przyznano w pewnych sytuacjach możliwość aktywnego i skutecznego wyrażenia stanowiska. Dzieci poniżej 16. roku życia takiej możliwości nie posiadają, co jest przykładem prawnej niekonsekwencji¹³. Prof. Lipowicz nie odniosła się krytycznie do ogólnej idei zgody kumulatywnej. Podkreślono jednak, że uzasadnione jest odstępianie od granicy 16 lat. Uznano również, że współdecydować o swoim medycznym położeniu winno mieć możliwość też dziecko młodsze. Odniesiono się tutaj do zagadnienia dojrzałości oraz zdolności kształtowania i wyrażania własnych poglądów. Zdaniem polskiego ombudsmana podobna nowelizacja obowiązujących

12 *Skończysz 16 lat, powiesz, jak chcesz być leczony*, „tvn24”, źródło: <https://tvn24.pl/polska/skonczysz-16-lat-powiesz-jak-chcesz-byc-leczony-ra187140-ls3535663>

13 Cyt. za: K. Syroka-Marczewska, *Prawa dziecka jako pacjenta*, „Czasopismo Fundacji Uniwersyteckich Poradni Prawnych” 2013/12, s. 27.

przepisów byłaby odzwierciedleniem ugruntowanych w wielu europejskich krajach zasad w pełni szanujących również autonomię dziecka jako pacjenta¹⁴. Stanowisko to z jednej strony podzielił Prokurator Generalny. Dołączył on do ww. postępowania przed TK, zaznaczając, że zniesienie wspomnianej już kilkakrotnie granicy wieku nie doprowadzi do pojawienia się niebezpieczeństwa w postaci szkody, jaką ponieść może dziecko. Przypomniano bowiem, że po ewentualnej nowelizacji przepisów ustawowych lekarz poza zgodą dziecka będzie zobligowany również do uzyskania zgody jego rodzica bądź opiekuna prawnego. Nadal sąd opiekuńczy byłby organem wkraczającym w sytuacji pojawienia się sprzecznych oświadczeń¹⁵. Warto także zwrócić uwagę na drugi element, jakim są wnioski pojawiające się po analizie zagranicznych ustawodawstw. Działania takie podjął m.in. Marcin Śliwka. Badacz ten krytycznie odnosi się do stanu utrzymywania się w polskich realiach rozstrzygnięć dotyczących zgody kumulatywnej. Jak wskazuje przywołany tutaj cywilista, wnioski z badań aktów prawnych innych państw europejskich sugerują kluczową zasadę, na bazie której można odejść od instytucji zgody kumulatywnej. Jest nią badanie możliwości podjęcia racjonalnej i kompetentnej decyzji przez dziecko. Najważniejszy powinien być w tym przypadku nie tyle wiek (np. jak w Polsce 16. rok życia), ale obiektywna ocena emocjonalnego i intelektualnego poziomu funkcjonowania osoby małoletniej. M. Śliwka dodaje, że instytucja zgody kumulatywnej ma trudną do zignorowania wadę. Nie jest rozstrzygnięciem, które daje realną możliwość dziecku na podjęcie autonomicznej decyzji w obecności rodziców, którzy w danej sytuacji mogą na nie wywierać wpływ: w omawianych, medycznych momentach będzie jedyną niepełnoletnią osobą¹⁶.

Powracając do wniosku, jaki złożył w 2010 r. ówczesny RPO, trzeba przypomnieć, że odniósł się do niego Trybunał Konstytucyjny. Nastąpiło to w wyroku z 11.10.2011 r.¹⁷ Na wstępie trzeba dodać, że w omawianym tutaj orzeczeniu zaznaczono, że przepisy dotyczące zgody kumulatywnej nie stoją w sprzeczności z zasadami ochrony dziecka oraz jego praw, jakie gwarantuje Konstytucja RP. Sędziowie TK podkreślili, że art. 48 ust. 1 zdanie drugie, art. 72 ust. 3 Konstytucji, a także art. 12 ust. 1 Konwencji o prawach dziecka nie wskazują na możliwość podjęcia samodzielnej decyzji przez dziecko. Treść tych przepisów sugeruje natomiast stworzenie norm, w których zaistnieje realna możliwość wysłuchania dziecka w każdej dotyczącej jego osoby sprawie. W podobnych chwilach powinno się uwzględnić zdanie osoby małoletniej, jeśli jest to tylko uzasadnione. W omawianym tutaj orzeczeniu dodano również, że polskie przepisy przyjęły wysoki standard. Polskie prawo daje dziecku od 16. roku życia realną możliwość

14 Por. J. Górski, *RPO: dzieci do 16. roku życia powinny móc decydować o swoim leczeniu*, Prawo.pl, <https://www.prawo.pl/prawnicy-sady/rpo-dzieci-do-16-roku-zycia-powinny-moc-decydowac-o-swoim-leczeniu,32329.html>

15 Zob. szerzej: A. Wołoszyn-Cichocka, *Prawo pacjenta – dziecko do wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego*, „Studia prawnicze KUL” 2018/4, s. 119–136.

16 M. Śliwka, *Prawa pacjenta w prawie polskim na tle prawnoporównawczym*, Toruń 2010, s. 238–240 i 250–251.

17 Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 11.10.2011 r. (K 16/10), Dz.U. z 2011 r. nr 240, poz. 14.36.

współdecydowania o swoim zdrowiu i ważnych w tym kontekście działaniach. TK w swoim rozstrzygnięciu podniósł również uwagi o ogólniejszej postaci. Jak słusznie bowiem zaznaczono: „swoboda dziecka – z natury rzeczy – musi być ograniczona”. Co natomiast ważne: „dzieci realizują swoje prawa pod kontrolą rodziców”¹⁸. W opinii Trybunału modyfikacja koncepcji lub też zmiana wiekowej granicy, na której opiera się omawiana tutaj zgoda kumulatywna, ukształtowałaby stan: „trudności związanych z udzielaniem pomocy medycznej”¹⁹. Jednocześnie zatem doszłoby do naruszenia istotnego *status quo*, a zatem ustawowo ukształtowanej równowagi istniejącej między wolnością osoby małoletniej a władzą posiadaną przez rodziców. W ujęciu takim ingerencja w obszar władzy rodzicielskiej bazowałaby wyłącznie na trudnym do zweryfikowania kryterium o subiektywnym i elastycznym charakterze²⁰. Ponadto rezygnacja z kryterium wieku dziecka, w którym wraz z rodzicami może wyrazić zgodę, wiązałaby się z koniecznością wprowadzenia konkretnych i miarodajnych swoistych narzędzi diagnostycznych dających personelowi medycznemu możliwość obiektywnej oceny kompetencji współdecydującego dziecka. Warto zaznaczyć, że zachowanie dziecka dla jednego z lekarzy może być uznane za rozsądne i dojrzałe. Inny z medyków może nie podzielać takich ocen. Brak jasnych i weryfikowalnych kryteriów prowadzić może do konieczności zatrudniania przez placówki ochrony zdrowia dodatkowego personelu, zajmującego się tylko oceną dojrzałości dzieci będących pacjentami²¹.

Stanowisko Trybunału Konstytucyjnego nie uciszyło dyskusji prezentowanych w ramach doktrynalnych analiz dotyczących instytucji kumulatywnej zgody. Przywoływany powyżej Marcin Śliwka wskazuje, że z jego analiz wynika, iż tylko w Polsce przyjął się model zgody równoległej dziecka i rodzica/rodziców. Jak dodaje badacz ten, zgoda dziecka powinna opierać się na faktycznej, a nie arbitralnie ustalonej, formalnej zdolności dziecka w zakresie podjęcia konkretnej decyzji diagnostycznej lub medycznej²². Podobnie uważa Michał Puk, którego zdaniem: „Należy bowiem wskazać fakt, iż skoro pacjent w wieku 13 lat jest uprawniony do podejmowania decyzji w ramach zgody kumulatywnej dotyczącej zabiegu pobrania szpiku, który w określonym zakresie osłabia jego organizm czy pogarsza jego stan, a jednocześnie nie przyświeca mu cel wyleczenia lub poprawy zdrowia tej osoby małoletniej, to tym bardziej powinna mieć ona zagwarantowane prawo do wyrażenia zgody na takie świadczenia medyczne, które wymagają podobnej ingerencji, obarczone są podobnym ryzykiem, lecz

18 Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 11.10.2011 r. (K 16/10), Dz.U. z 2011 r. nr 240, poz. 14.36.

19 Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 11.10.2011 r. (K 16/10), Dz.U. z 2011 r. nr 240, poz. 14.36.

20 Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 11.10.2011 r. (K 16/10), Dz.U. z 2011 r. nr 240, poz. 14.36.

21 K. Syroka-Marczewska, *Prawa dziecka jako pacjenta...*, s. 26.

22 M. Śliwka, *Prawa pacjenta w prawie polskim...*, s. 250.

dokonywane są bezpośrednio na korzyść uprawnionego”²³. Autor ten trafnie podnosi, że przepisy polskiego prawa cywilnego zaznaczają, że dziecko może być zobowiązane do naprawy określonej szkody, którą wyrządziło w świadomy sposób. Idąc tym tropem – małoletni powinien mieć realne „prawo do uczestniczenia we współdecydowaniu w sprawie swojego leczenia”²⁴. Autor ten w ramach wniosków *de lege ferenda* postuluje, by w sprawie medycznego współdecydowania obniżona została granica wieku dziecka do lat 13 (nabycie stanu ograniczonej zdolności do czynności prawnych.). Od tego momentu w opinii M. Puka małoletni powinni otrzymywać prawo do podejmowania razem z rodzicami równoległej decyzji. Autor ten ponadto stwierdza, że: „Powyższa koncepcja wpisывałaby się w tendencję obecną we współczesnych systemach prawnych, znajdującą wyraz w konwencjach międzynarodowych, tj. w art. 6 ust. 2 Konwencji Bioetycznej, który nakazuje uwzględniać stanowisko małoletniego w stopniu zależnym od jego wieku i dojrzałości psychicznej, oraz art. 12 Konwencji Praw Dziecka z 1989 r.”²⁵ Zwrócona została tutaj, jak widzimy, uwaga na kluczowe znaczenie dojrzałej zdolności dziecka do racjonalnej oceny zdrowotnego położenia, w którym się znajduje.

Zbliżoną opinię zaprezentowała Eleonora Zielińska. W komentarzu do ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry wskazana tu autorka zaznacza, że pozostawienie *status quo*, w którym dziecko, dopiero mając 16 lat, uzyskuje realną możliwość współdecydowania o swoim leczeniu, uznać trzeba za sprzeczne z przyjętymi w Polsce standardami prawnomedycznymi, które już w obecnym stanie dostrzegają sytuacje, w których zgoda dziecka poniżej 16. roku życia jest warunkiem niezbędnym rozpoczęcia np. procedury transplantacji szpiku kostnego. Zielińska, podobnie jak wcześniej przywołani autorzy, postuluje, by granica wiekowa została zastąpiona oceną faktycznych kompetencji psychicznych osoby małoletniej²⁶.

IV. DYSKUSJA

Przedstawiona powyżej krytyka instytucji zgody kumulatywnej nie jest jednoczesnym wnioskiem dotyczącym wprowadzenia generalnej zasady związanej z przeniesieniem decyzyjności na barki osób niepełnoletnich. Krytycy omawianej, aktualnie istniejącej koncepcji zaznaczają, że w sytuacji odebrania zgody od dziecka szczególnie istotna winna być obiektywna ocena jego kompetencji psychicznych. Tu kluczowe znaczenie posiada dotarcie do narzędzi, które w sposób obiektywny przedstawiają nam

23 M. Puk, *Kompetencje przedstawiciela ustawowego do wyrażania zgody na interwencję medyczną wobec pacjenta małoletniego*, „Zeszyt Studencki Kół Naukowych Wydziału Prawa i Administracji UAM” 2014/4, s. 166.

24 M. Puk, *Kompetencje...*, s. 167.

25 M. Puk, *Kompetencje...*, s. 167.

26 Zob. *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry*, red. E. Zielińska, Warszawa 2008, s. 471.

kompetencje osoby małoletniej w zakresie decydowania o swoim losie. W filmach *Bez mojej zgody*, a także *W imię dziecka*, jakie przedstawiono we wstępie, sądy ograniczyły się jedynie do dłuższej rozmowy z dziećmi. W praktyce można spotkać się z konkretnymi sposobami badania postawy dziecka znajdującego się przed podjęciem decyzji. Warto zwrócić w tym miejscu uwagę na tzw. „test odzwiernego”. Mowa tu o indywidualnej analizie, jakiej dokonuje lekarz w sytuacji konkretnego, małoletniego pacjenta. Medyk w wyniku powyższego dokonuje podziału na pacjentów mających kompetencje do wyrażenia zgody, a także tych niemających podobnych zdolności²⁷. Podejście to posiada swoje plusy i minusy. Z jednej strony każdy lekarz przed ukończeniem studiów musiał odbyć odpowiedni staż na oddziale psychiatrii, w tym psychiatrii dzieci i młodzieży. Stąd też założyć trzeba, że osoby z podobnym wykształceniem posiadają ogólne kompetencje oraz wiedzę w zakresie oceny zachowania pacjenta, w tym młodego pacjenta. Z drugiej jednak perspektywy takie podejście jest zbyt ogólne i nadal mało weryfikowalne. Możliwość ustosunkowania się przez dziecko do konkretnej sytuacji medycznej zależy nie tylko od stanu jego zdrowia oraz wieku. Działanie to uzależnione jest również od stopnia skomplikowania danej procedury diagnostycznej i/lub terapeutycznej.

Poszukując konstruktywnych rozwiązań w obszarze modyfikacji podejścia do instytucji zgody kumulatywnej, warto zatrzymać się na podejściu, jakie proponuje Karolina Więckiewicz. Badaczka ta, dokonując krytycznej oceny aktualnych regulacji w analizowanym zakresie, związanym z prawami małoletnich pacjentów, celnie wskazuje, że bezrefleksyjne podejmowanie przez medyków działań w stosunku do małoletniego pacjenta bez obecności rodziców narazić może lekarza lub pielęgniarkę na odpowiedzialność karną. Przepisy polskiego prawa nie przewidują, by dziecko mogło podjąć samodzielną decyzję. Przywołana badaczka wychodzi jednak naprzeciw konkretnym wyzwaniom, przed którymi stają pracownicy systemu ochrony zdrowia w dynamicznie zmieniającej się rzeczywistości społecznej. Więckiewicz postuluje, aby w sytuacji wystąpienia dylematu w trakcie leczenia dziecka, mieli możliwość skorzystania z tzw. „klauzuli dobrej woli”. Jak tłumaczy: „Klauzula «dobrej woli» nie jest usankcjonowana prawnie, stanowi wyłącznie termin roboczy. Oznacza możliwość odwołania się do całości systemu praw pacjenta, zwrócenie uwagi na problem konkretnego nastolatka i uznanie, że jego prawa stoją ponad okolicznościami je ograniczającymi i pomimo ich występowania należy udzielić świadczenia”²⁸. Zdaniem cytowanej autorki wspomniana tutaj praktyka powinna być jedną z alternatyw, z których skorzystać mogą lekarze. Jak ponadto dodaje – lekarz, który zdecyduje się na skorzystanie z ww. klauzuli,

27 T.L. Beauchamps, J. F. Childress, *Zasady etyki medycznej*, Warszawa 1996, s. 157.

28 K. Więckiewicz, *Nastolatki u lekarza: Analiza prawna przepisów regulujących zasady dotyczące wizyt osób małoletnich u lekarza, możliwości otrzymywania świadczeń zdrowotnych oraz ograniczeń w dostępie do nich ze szczególnym uwzględnieniem kontekstu zdrowia reprodukcyjnego oraz seksualności*, http://www.federa.org.pl/dokumenty_pdf/lewe/NASTOLATKI_U_LEKARZA.pdf, s. 4.

nie może być oceniany jako ten, który narusza prawa rodziców. Jednocześnie jednak Więckiewicz zaznacza, że medyk w swojej aktywności klinicznej „ma na względzie konkretnego pacjenta – jego dobro, jego godność, jego intymność, które lekarz ma prawo postawić ponad prawo rodzica do informacji czy też do wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia”²⁹.

Wątek ten kieruje nas ściśle w stronę ww. propozycji Rzecznik Praw Dziecka. W projekcie nowelizacji w szczególności ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta Monika Horna-Cieślak zaproponowała nowatorskie podejście do obowiązujących w Polsce zasad ściśle związanych z analizowaną instytucją zgody kumulatywnej. W pierwszym rzędzie wskazano na pojawienie się możliwości skorzystania przez dziecko, które ukończyło 13 lat, z trzech wizyt u psychologa, psychoterapeuty lub specjalisty wsparcia psychospołecznego. Zaproponowano także, by małoletni, który ukończy 16 lat, mógł z podobnych świadczeń korzystać bez liczbowego ograniczenia. Istotnym *novum* w proponowanych przepisach jest także wprowadzenie zasady, zgodnie z którą wszystkie dzieci, bez względu na ich wiek, informowane byłyby o swoim stanie zdrowia oraz planowanych działaniach diagnostyczno-leczniczych „w sposób przystępny a także dostosowany do wieku, stanu zdrowia i stanu rozwoju umysłowego pacjenta, w szczególności małoletniego”. Omawiany tutaj projekt rozbudowany został o stosowne uzasadnienie, którego główną częścią są wyniki badań społecznych wskazujących na coraz poważniejszy problem w zakresie możliwości udzielenia skutecznej pomocy dzieciom i młodzieży w kryzysie psychicznym. Rzecznik powołała się ponadto na stanowisko konsultanta krajowego w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, dr Aleksandry Lewandowskiej, która zaznaczyła, że liczne trudności w codziennym funkcjonowaniu dzieci z szeroko rozumianymi zaburzeniami psychicznymi spowodowane są brakiem odpowiedniej reakcji ze strony rodziców lub innych opiekunów. Tym samym projekt ten ma być propozycją realnego działania umożliwiającego uzyskanie wsparcia w chwili, gdy jest ono niezbędne, bez konieczności oczekiwania na zgodę rodzica, który z różnych względów może jej nie wyrazić. Interesujące jest, iż omawiana tutaj nowelizacja *de facto* proponuje nowe ujęcie „kumulatywności”. Rodzice w chwili, w której ich dziecko decyduje się na skorzystanie z pomocy w zaproponowanym, samodzielnym trybie, mają być natychmiast informowani o sytuacji dziecka, w tym jego stanie zdrowia. Tym samym zgodnie z podobnym podejściem dochodzi do swoistego rozdzielenia kwestii zgody dziecka oraz zgody rodzica. Udzielenie świadczenia zdrowotnego z zakresu ochrony zdrowia psychicznego nie wymaga kumulacji akceptacji. Jednocześnie jednak rodzic nie zostaje w tym miejscu wyłączony z udziału w procesie terapii. Jak zaznaczono bowiem: „Zaproponowane rozwiązania prawne koncentrują się także na wzmocnieniu systemu rodziny w sytuacji kryzysu zdrowia psychicznego młodzieży. (...) Rozwiązanie to wskazuje, że w przypadku stwierdzonych przez specjalistę

29 K. Więckiewicz, *Nastolatki...*, s. 5.

przesłanek do uznania, że małoletni wymaga usystematyzowanego dalszego leczenia albo terapii informowany jest o tym przedstawiciel ustawowy dziecka. Proces leczniczy lub terapeutyczny odbywa się wówczas na dotychczasowych zasadach opartych na zgodzie przedstawiciela ustawowego na udzielenie świadczeń zdrowotnych – w myśl obowiązujących w tym zakresie przepisów prawa³⁰.

Wydaje się, że nowelizacja proponowana przez Rzecznik Praw Dziecka odnosi się do jednego z obszarów dyskusji dotyczącej zgody kumulatywnej, który zasługuje na szczególną uwagę. To bowiem właśnie oddziały psychiatrii dziecięco-młodzieżowej są na co dzień miejscem, które w sposób wyraźny podaje w wątpliwość obecnie obowiązujące rozstrzygnięcia ustawowe w zakresie wyrażania zgody na leczenie, którego podmiotem ma być dziecko. Doskonale odzwierciedla to rzeczywistość np. placówek, w których leczone są pacjentki z rozpoznaniem zaburzeń odżywiania typu anoreksja. Niejednokrotnie pierwszy pobyt pacjentki w podobnej placówce ma miejsce, nim skończy ona 16 lat. Terapia omawianego tutaj zaburzenia psychicznego jest ściśle powiązana z behawioralno-poznawczym podejściem leczniczym. Wpierw opiera się ono na koniecznym podpisaniu kontraktu terapeutycznego. Następnie codziennością w oddziale, na bazie której funkcjonuje pacjent, jest tzw. regulamin wewnątrzoddziałowy. Ukazuje on kolejne fazy terapii, przez które przechodzi pacjent w trakcie szpitalnego leczenia. Fazy te opierają się najczęściej na wprowadzaniu restrykcji: ograniczenie w możliwości samodzielnego poruszania się po szpitalu, odebranie telefonu, obowiązek udziału w terapii, kontrola korzystania z toalety itd. W miarę pojawienia się sukcesów w terapii (np. wystąpienie krytycznego nastawienia do swojej sytuacji, wgląd w chorobę) dana osoba ma przywracane kolejne udogodnienia, np. otrzymuje telefon. Ważne jest jednak, że wskazany tutaj model leczenia musi opierać się na akceptacji pacjenta. Działanie przymusowe jest tutaj formalnie możliwe: przed 16. rokiem życia personel ma obowiązek pytać o zgodę na leczenie tylko rodziców dziecka. W praktyce jednak pominięcie dziecka skutkować będzie brakiem współpracy, co sprawi, iż leczenie będzie bezcelowe. Owszem, można podjąć działania ratujące życie dziecka (odżywienie jego organizmu). Jeśli jednak nie pojawi się z jego strony realna zgoda na leczenie, wówczas powrót do negatywnych objawów zaburzenia będzie nieunikniony³¹. Warto odnotować, że podobne realia obowiązują w licznych oddziałach psychiatrii młodzieżowej, gdzie leczenie opiera się często na działaniach socjoterapeutycznych. Jeśli zgoda dziecka traktowana będzie przez personel jako element niegodny uwagi, wówczas trudno oczekiwać efektów terapii. Przykłady te bardzo dokładnie pokazują, że idea zgody kumulatywnej opartej na kryterium wieku/ukończenia 16. roku życia przez dziecko jest nieadekwatna do aktualnej rzeczywistości.

30 Zob. szerzej: *Projekt ustawy o zmianie ustawy – o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw*, Biuro Rzecznika Praw Dziecka, Warszawa 2024, s. 1–10.

31 Por. B. Kmiecik, *Prawa pacjenta i ich ochrona. Studium socjologiczne*, Lublin 2014, s. 91–94.

V. KONKLUZJA I WNIOSKI

Przedstawione powyżej uwagi, refleksje oraz analizy były działaniem skierowanym w stronę odpowiedzi na kluczowe pytania związane z jednej strony z zasadnością istnienia w dzisiejszych czasach w polskich aktach prawnych instytucji zgody kumulatywnej. Ponadto pojawiło się pytanie wskazujące na istnienie – być może – konieczności zmiany formuły obowiązywania podobnych zasad wprost dotyczących rzeczywistości prawnorodzinnej. Wnioski z zaproponowanej tutaj wędrówki pokazującej relacje istniejące między prawami dziecka a władzą rodzicielską zostaną zaprezentowane poniżej w kolejnych punktach. Pozwoli to na jaśniejsze ukazanie konkluzji:

- należy przyznać, że obecnie obowiązujące w Polsce zasady stosowania instytucji zgody kumulatywnej są nieadekwatne w stosunku do istotnych elementów współczesności. Mowa tutaj zwłaszcza o kluczowych zmianach społecznych oraz psychopedagogicznych, jakie obserwujemy od kilku dekad, a zwłaszcza od chwili intensywnego rozwoju społeczeństwa informatycznego/teleinformatycznego. Ww. zasada współdecydowania przez dziecko dopiero od ukończenia przez nie 16. roku życia w sprawach dotyczących zdrowia budowana była w połowie lat 90. ubiegłego wieku. Obecnie dzieci oraz młodzież mają nieporównywalnie większy oraz nieskrępowany dostęp do informacji, a tym samym do wiedzy. Fakt ten wpływa na szybsze kształtowanie się u młodych osób krytycznego stosunku do otaczającej ich rzeczywistości. To z kolei ma kluczowe znaczenie w budowaniu określonych postaw. Innymi słowy – trudno dziś uznać, by nastolatek był wyłącznie biernym uczestnikiem dotyczących go działań;
- powyższa uwaga nie jest jednakże tożsama ze wskazaniem konieczności modyfikacji prawa w kierunku całkowitego usamodzielnienia osób małoletnich w zakresie podejmowanych przez nie medycznych decyzji. Podobna rzeczywistość była kluczowym elementem ww. filmu pt. *Bez mojej zgody*. W jego trakcie orzekająca sędzia zwróciła uwagę, iż przyznanie trzynastoletce pełnej swobody w zakresie zarządzania swoim zdrowiem nie jest równoznaczne z całkowitym jej usamodzielnieniem. Innymi słowy – dziecko to nie będzie musiało uzyskać zgody od rodziców na leczenie. Będą jednak mieć oni prawo, by wskazywać, o której ich córka ma wracać do domu. Uwaga ta jest niezwykle ważna. Istnienie w Polsce instytucji zgody kumulatywnej uznać trzeba za zjawisko pozytywne. Śledząc treść poszczególnych aktów prawnych obowiązujących w naszym kraju, widzimy swoistą drogę do samodzielności: wprawdzie dziecko nie może podjąć żadnych decyzji, następnie może podjąć je razem z rodzicami, by w końcu samodzielnie działać jako osoba dorosła. Aktywność ta może być uznana jako swoiste wychowanie do

- prawa. Jest ono całkiem uzasadnione i związane jest wprost z kluczowymi zasadami prawa rodzinnego, w których obserwujemy współistnienie władzy rodzicielskiej oraz poszanowania praw dziecka. Z jednej strony w obszar władzy wpisana jest odpowiedzialność za dziecko, które nie może w pełni dojrzałe i obiektywnie ocenić określonych faktów, nie ma możliwości również samodzielnie np. przeciwstawić się decyzji osób dorosłych. Z drugiej zaś strony dziecko, posiadając konkretne prawa, ma również możliwość popełniania błędów, których akceptacja jest z natury większa niż w przypadku danych, zbliżonych działań ze strony osób dorosłych. Tym samym pozostawienie dziecku pełni decyzyjności w sprawach dotyczących diagnozy i leczenia, z pominięciem rodziców byłoby aktywnością antypedagogiczną, a jednocześnie działaniem sprzecznym z ideą poszanowania praw dziecka;
- dwa powyższe obszary warto jednak złączyć w konkretnej propozycji zmiany obowiązujących przepisów prawa. Jak się zdaje, rację miała prof. Irena Lipowicz, kierując do TK wnioski wskazujące na niekonstytucyjność obecnych przepisów regulujących kwestię zgody kumulatywnej. Uzasadnione wydaje się przeniesienie jej granicy do poziomu 13 lat, a więc okresu, w którym dziecko nabywa ograniczoną zdolność do czynności prawnych. Tym samym przepisy prawno-medyczne byłyby spójne z unormowaniami zawartymi np. w Kodeksie rodzinnym. Nie można jednak pominąć ciekawej propozycji Rzecznik Praw Dziecka, która zaproponowała nowy sposób pojmowania kumulatywnych działań dziecka i rodzica. Nie ma możliwości prowadzenia skutecznego leczenia psychiatrycznego i psychoterapii bez akceptacji ze strony dziecka. Fakt ten powoduje, iż w wielu przypadkach granica 16. roku życia jest nieadekwatnym wymogiem, na który w praktyce nie zwraca się uwagi. Sugerowana możliwość, w szczególności skorzystania przez dziecko od 13. roku życia z trzech porad psychologicznych o charakterze interwencyjnym, zasługuje na pełne uznanie. Po pierwsze, rodzic o powyższym jest informowany, po drugie natomiast – pojawia się realne i skuteczne działanie w formie szybkiej ścieżki terapeutycznej, która w wielu przypadkach może być aktywnością ratującą życie dziecka³². Podobna propozycja wskazuje, jaki element w sytuacji zagrożenia winien być kluczowy. Nie jest nim dogmatycznie pojmowana istota władzy rodzicielskiej, ale realne dobro dziecka, w postaci jego zdrowia psychicznego i życia;
 - modyfikacja zasady zgody kumulatywnej, na co wskazuje literatura przedmiotu, powinna opierać się na korzystaniu z narzędzi, które w sposób obiektywny oceniać będą zdolność dziecka do współdecydowania o swoim

32 Zob. w tym kontekście *Pierwszy Raport Państwowej Komisji do spraw wyjaśniania przypadków czynności skierowanych przeciwko wolności seksualnej i obyczajności wobec małoletniego poniżej lat 15*, Warszawa 2021, s. 246.

zdrowotnym losie. Podobna propozycja musi wiązać się z koniecznym uzupełnieniem szkolenia medyków zajmujących się dziećmi o konkretne umiejętności psychologiczne o charakterze diagnostycznym i interwencyjnym.

dr hab. Błażej Kmiecik, prof. ucz.

Profesor Akademii Pedagogiki Specjalnej im. M. Grzegorzewskiej w Warszawie.

Professor at the Maria Grzegorzewska University, Warsaw.

bkmiecik@aps.edu.pl

ABSTRACT

Keywords: *children's rights, parents' rights, cumulative consent, patient's rights, medical treatment of minors*

Selected legal and social remarks about the need to change the definition of cumulative consent

In the Polish legal system, specific standards have existed for several decades regarding the principles regulating minors' consent to the provision of health-related services to them. It is becoming increasingly common knowledge that minors can only participate in the clinical decision-making process concerning themselves from a certain point in their lives. In the vast majority of cases, it is the child's parents or their legal guardian who consent to the diagnosis and therapy of a young patient. The minor only joins the group of decision-makers when they turn 16.

For some time now, the need to modify this state has been increasingly emphasised in legal and social discussions. On the one hand, the importance of respecting the rights of children is stressed, as in many situations they are deprived of real influence on their situation. On the other hand, it is impossible not to see a certain paradox. We are talking about a state in which the Polish legislator allows children in exceptional situations to co-decide about their health (e.g. a medical experiment procedure). In seemingly more mundane situations (e.g. a visit to the dentist), the child is most often not asked for consent to treatment.

This issue takes on an even greater importance within the system of psychiatric health care for children and adolescents. When mental disorders of young patients are treated, their opinion regarding the medical procedure cannot be ignored. Without their acceptance, for example, psychotherapy in principle will not work. Perhaps we have reached a situation when the standards of applying cumulative consent that we know should change? The following article will attempt to answer this question.

Bibliografia

1. **Babiuch Helena**, *Zakres praw rodziców do wychowania dziecka zgodnie z własnymi przekonaniami*, „Zeszyty Naukowe Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Witelona w Legnicy” 2014/13
2. **Beauchamps Tom, Childress James**, *Zasady etyki medycznej*, Warszawa 1996
3. **Filarski Tomasz, Sroka Tomasz**, *Zrozumieć prawa pacjenta*, Warszawa 2013
4. **Górski Jacek**, *RPO: dzieci do 16. roku życia powinny móc decydować o swoim leczeniu*, Prawo.pl, <https://www.prawo.pl/prawnicy-sady/rpo-dzieci-do-16-roku-zycia-powinny-moc-decydowac-o-swoim-leczeniu,32329.html>
5. **Karkowska Dorota**, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, Warszawa 2010
6. **Kmiecik Błażej**, *Prawa dziecka jako pacjenta*, Warszawa 2016
7. **Kmiecik Błażej**, *Prawa pacjenta i ich ochrona. Studium socjologiczne*, Lublin 2014
8. *Słownik współczesnego języka polskiego*, red. B. Dunaj, Warszawa 1996
9. „*Nie pozwólcie nam umierać!*”. *Projekt ustawy o ochronie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży*, Biuro Rzecznika Praw Dziecka, Warszawa 2024, <https://brpd.gov.pl/2024/10/10/nie-pozwolicie-nam-umierac-projekt-ustawy-o-ochronie-zdrowia-psychicznego-dzieci-i-mlodziezy/>
10. **Pieniążek Antoni, Stefaniuk Magdalena**, *Socjologia prawa – zarys wykładu*, Kraków 2003,
11. *Pierwszy Raport Państwowej Komisji do spraw wyjaśniania przypadków czynności skierowanych przeciwko wolności seksualnej i obyczajności wobec małoletniego poniżej lat 15*, Warszawa 2021
12. *Projekt ustawy o zmianie ustawy – o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw*, Biuro Rzecznika Praw Dziecka, Warszawa 2024
13. **Puk Michał**, *Kompetencje przedstawiciela ustawowego do wyrażania zgody na interwencję medyczną wobec pacjenta małoletniego*, „Zeszyt Studencki Kół Naukowych Wydziału Prawa i Administracji UAM” 2014/4

14. *Skończysz 16 lat, powiesz, jak chcesz być leczony*, „tvn24”, źródło: <https://tvn24.pl/polska/skonczysz-16-lat-powiesz-jak-chcesz-byc-leczony-ra187140-ls3535663>
15. **Sojka Anna**, *Bez mojej zgody*, „Imago” 2012/6
16. **Syroka-Marczewska Katarzyna**, *Prawa dziecka jako pacjenta*, „Czasopismo Fundacji Uniwersyteckich Poradni Prawnych” 2013/12
17. **Szymańska Katarzyna**, *Świat wartości bez dystansu*, „Filmosfera”, <https://filmosfera.pl/recenzja/2349>
18. **Śliwka Marcin**, *Prawa pacjenta w prawie polskim na tle prawnoporównawczym*, Toruń 2010
19. **Więckiewicz Karolina**, *Nastolatki u lekarza: Analiza prawna przepisów regulujących zasady dotyczące wizyt osób małoletnich u lekarza, możliwości otrzymywania świadczeń zdrowotnych oraz ograniczeń w dostępie do nich ze szczególnym uwzględnieniem kontekstu zdrowia reprodukcyjnego oraz seksualności*, http://www.federa.org.pl/dokumenty_pdf/lewe/NASTOLATKI_U_LEKARZA.pdf
20. **Wołoszyn-Cichocka Agnieszka**, *Prawo pacjenta – dziecka do wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego*, „Studia prawnicze KUL” 2018/4