

Sytuacja lekarza wobec braku zgody rodziców na świadczenia zdrowotne udzielane pacjentowi małoletniemu

The legal situation of a physician when parents refuse treatment on behalf of a minor patient

Paweł Rafałowicz¹✉, Karolina Pająk², Tomasz Jurek²

¹ Uniwersytet Wrocławski, Zakład Prawa Cywilnego i Międzynarodowego Prywatnego, ul. Uniwersytecka 22/26, 50-145 Wrocław
University of Wrocław, Department of Civil Law and Private International Law

² Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Zakład Prawa, ul. J. Mikulicza-Radeckiego 4, 50-345 Wrocław
Wrocław Medical University, Department of Medical Law

✉ pawel.rafalowicz@uwr.edu.pl

ABSTRACT

Introduction: Consent to or refusal of medical treatment is one of a patient's basic rights. Medical law in this matter includes special rules regarding minors. This article comments on the legal regulations concerning the obligations and rights of physicians, parents and their dependents in the consent process.

Materials and methods: The research material primarily involved sources of Polish law, current judgments, and practical problems. The selected method relied on the analysis of legal acts. The role of guardianship courts that can override parental authority to protect the well-being of the child, has been subjected to analysis. The article contains an interpretation of the regulations in the context of specific clinical cases, such as a life-threatening emergency, so that the physician does not become exposed to civil, criminal or disciplinary liability.

Results: Consent to medical treatment is an elementary expression of patient autonomy. A statutory representative's refusal

for health service can be articulated in any way. The law does not define if it is necessary to obtain permission from both or just one of the parents. An exception to the rule of permission for medical intervention is to direct the case to the guardianship court in order to obtain the proper permits. This decision overrides parental authority. Authorized people can also give their permission for medical intervention after the treatment (ex-post consent).

Conclusions: The unclear regulations that describe the whole procedure cause difficulties in practice for doctors. It is also uncertain where the regulations of the family and guardianship code cross over parental authority. The current juridical state creates a risk to doctors of civil, penal and disciplinary penalties.

Keywords: medical law; family law; court of caring; consent to medical treatment; minor patient; statutory representative; parental authority.

ABSTRAKT

Wstęp: Odmowa lub wyrażenie zgody na udzielanie świadczeń medycznych jest jednym z podstawowych praw pacjenta. W ustawach dotyczących prawa medycznego znajdują się przepisy dotyczące szczególnej w tym zakresie sytuacji pacjentów małoletnich. W artykule skomentowano regulacje prawne dotyczące obowiązków i praw lekarzy, rodziców oraz ich podopiecznych w procedurze wyrażania zgody.

Materiały i metody: Materiał badawczy stanowiły źródła prawa polskiego, aktualne orzecznictwo oraz problemy praktyczne. Akty prawne zostały przeanalizowane metodą dogmatyczną. Refleksji została poddana rola sądu opiekuńczego ingerującego we władzę rodzicielską i mającego na celu ochronę dobra dziecka. W artykule zawarto interpretację przepisów w kontekście konkretnych przypadków klinicznych, jak np. działań podejmowanych w sytuacji bezpośredniego zagrożenia życia, tak aby lekarz nie naraził się na odpowiedzialność cywilną, karną i dyscyplinarną.

Wyniki: Wyrażenie zgody na świadczenia zdrowotne jest podstawowym wyrazem autonomii woli pacjenta. Brak zgody przedstawiciela ustawowego na świadczenia zdrowotne udzielane pacjentowi małoletniemu można wyrazić w dowolny sposób. Prawo nie wyjaśnia, czy zgodę wyrazić ma jeden z rodziców, czy też powinni uczynić to oboje. Wyjątkiem od zasady wyrażania zgody na interwencje medyczne jest skierowanie sprawy do sądu opiekuńczego w celu otrzymania stosownej decyzji. Jego postanowienie ingeruje we władzę rodzicielską.

Wnioski: Niejasne przepisy określające procedurę wyrażania zgody powodują trudności w jej jednolitym stosowaniu przez lekarzy. Jest ona też niespójna z przepisami Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego w zakresie wykonywania władzy rodzicielskiej. Aktualny stan prawny stwarza ryzyko narażenia się lekarzy na odpowiedzialność cywilną, karną oraz dyscyplinarną.

Słowa kluczowe: prawo medyczne; prawo rodzinne; sąd opiekuńczy; zgoda na świadczenia zdrowotne; pacjent małoletni; przedstawiciel ustawowy; władza rodzicielska.

WSTĘP

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej [1] zapewnia każdemu obywatelowi ochronę dóbr osobistych, m.in. wolności i nieetykalności osobistej. Gwarantuje również prawo do ochrony

zdrowia. Urzeczywistnieniem tych wartości jest m.in. uregulowanie w systemie prawnym zgody pacjenta na świadczenia zdrowotne. Jest to fundamentalna zasada udzielania świadczeń zdrowotnych oraz jedno z podstawowych praw pacjenta, które gwarantuje ustawa z 6 listopada 2008 r.

o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Co więcej, prawna akceptacja ingerencji w ciało ludzkie (powodująca wyłączenie bezprawności czynności dokonywanych przez lekarza) jest wyrazem autonomii woli jednostki – pacjenta mogącego decydować o podejmowanych wobec siebie działaniach medycznych [2].

Z uprawnieniem do wyrażenia przez pacjenta zgody na świadczenia zdrowotne skorelowane są obowiązki lekarza. Uregulowane są one np. w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (UZL) [3]. Zgodnie z art. 30 UZL lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub poważnego rozstroju zdrowia oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki. Właściwa realizacja tego obowiązku jest możliwa wtedy, gdy lekarz mający odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia będzie wykonywał swój zawód zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej oraz zasadami etyki zawodowej. Czynić to ma dzięki dostępnym metodom i środkom zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób oraz z należytą starannością [3]. Uzasadnione zatem wydaje się, aby zawód lekarza (notabene zawód zaufania publicznego, powszechnie traktowany jako szczególne powołanie [4]), obciążony odpowiedzialnością za ludzkie zdrowie i życie, był wykonywany adekwatnie do standardów medycznych, prawnych i etycznych.

Szczególna ochrona w systemie prawnym przysługuje małoletnim, czego dowodzi np. ograniczony zakres dokonywania czynności prawnych [5] czy podleganie władzy rodzicielskiej [6]. Wyjątkowy status małoletnich zakłada również UZL, regulując specjalną procedurę wyrażenia zgody na świadczenia zdrowotne podejmowane wobec nich.

Regulacje dotyczące zgody kumulatywnej wciąż rodzą szereg wątpliwości. W szczególności za dosyć niepewną uznać należy sytuację, gdy rodzice nie wyrażają zgody na świadczenia zdrowotne mające być udzielone pacjentowi małoletniemu. Z jednej strony bowiem w ustawodawstwie mocno zaakcentowano znaczenie zgody (w myśl zasady *voluntas aegroti suprema lex* – wola chorego najwyższym prawem), z drugiej jednak strony lekarz dysponuje instrumentami zgodnymi z zasadą *salus aegroti suprema lex esto* (dobro chorego najwyższym prawem), które w szczególnych przypadkach umożliwiają działanie bez zgody [7].

MATERIAŁY I METODY

Celem artykułu była analiza dogmatycznoprawna sytuacji prawnej lekarza w związku z wykonywaniem obowiązków unormowanych w rozdziale 5 UZL „Zasady wykonywania zawodu lekarza” wobec pacjentów małoletnich. Rozważaniom poddano relację pacjent małoletni–lekarz w sytuacji niewyrażania zgody na świadczenia zdrowotne przez przedstawicieli ustawowych. Jednocześnie zasygnalizowano szereg problemów interpretacyjnych i praktycznych związanych ze stosowaniem komentowanych przepisów.

WYNIKI

Uwagi ogólne

Omawiana tematyka na początku wymaga przybliżenia kilku podstawowych regulacji prawnych związanych z wyrażeniem zgody oraz z władzą rodzicielską.

Zgoda na świadczenia medyczne uregulowana jest w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta (UPP) [8]. W akcie tym zawarto zapis umożliwiający stosowanie jego przepisów do innych ustaw w kwestiach regulujących wyrażenie zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych albo jej odmowy (sprzeciwu) [6, 8].

W ustawodawstwie brak objaśnienia terminu legalnej zgody. Według jednej z definicji doktrynalnych, dobrze oddającej istotę rzeczy, zgoda pacjenta jest to: „jednostronne, odwołalne działanie prawne, mocą którego wyłączona zostaje bezprawność zezwolonej czynności faktycznej w postaci interwencji medycznej, w granicach prawnie dopuszczalnych możliwości udzielenia zezwolenia na naruszenie dóbr, przy jednoczesnym przejęciu przez uprawnionego ryzyka zwykłych następstw z tym działaniem związanych” [9].

Instytucja zgody jest regulacją złożoną i swoistą. Wydaje się, że celem ustawodawcy wprowadzającego tę specyficzną konstrukcję prawną było zapewnienie równowagi w ochronie obydwóch stron w procesie leczenia: pacjenta i lekarza. Pacjentowi miało przynieść poczucie bezpieczeństwa oraz pewność, że podjęte działania służą leczeniu i zgodne są z jego wolą; lekarzom zaś – pewność, że w przypadku wykonania zabiegu z należytą starannością nie zostaną obciążeni odpowiedzialnością za szkody z nim związane [9].

Zakwalifikowanie zgody pacjenta w ramy konstrukcji prawnych jest szeroko komentowane w doktrynie. Z jednej strony wskazuje się, że zgoda jest oświadczeniem woli, czyli źródłem czynności prawnej i powstania stosunku prawnego między pacjentem a lekarzem, którego przedmiotem byłyby czynności wyraźnie określone [10, 11]. Ponadto zgoda w ocenie tej części doktryny nie stanowi aktu „dysponowania” dobrami osobistymi, albowiem zdrowie i integralność cielesna nie są dobrami, którymi jednostka może swobodnie dysponować [10]. Przeciwnicy tego poglądu podkreślają, że zgoda pacjenta nie ma na celu powstania ani tym bardziej zmiany lub ustania stosunku prawnego, ale polega na zadysponowaniu, w drodze autonomicznej decyzji, swoimi dobrami osobistymi [12]. Nie wdając się w dyskurs, w tym opracowaniu przyjmijmy pogląd, że zgoda jest to „przejaw woli podobny do oświadczenia woli” [13, 14]. Podobieństwo zgody do oświadczenia woli przejawia się w tym, że wyraża ona wolę pacjenta. Nie jest ona jednak uzależniona od zdolności do czynności prawnych, lecz wiąże się z dojrzałością pacjenta i z jego stanem psychicznym [15].

Należałoby jednak zaakcentować, że niezgodność w literaturze i judykaturze oraz lapidarny art. 65 Kodeksu cywilnego, odsyłający do odpowiedniego stosowania przepisów o czynnościach prawnych w praktyce może stwarzać trudności, np. przy badaniu wad oświadczenia woli, formy prawnej itp. [16].

Aby uznać, że świadczenia zdrowotne nie są wykonywane bezprawnie, zasadniczo konieczne jest uzyskanie zgody

pacjenta (lub innych osób uprawnionych). Ustawa przewiduje jednak wyjątki od tej reguły.

Problematyka poruszana w niniejszej pracy zawężona została do pacjenta małoletniego, czyli pacjenta [8], który nie jest pełnoletni [5, 6]. W zasadzie nie może on samodzielnie podejmować decyzji odnoszących się do świadczeń zdrowotnych, którym miałby być poddany. Sytuacja zmienia się po ukończeniu 16. r.ż., kiedy to pacjent małoletni może współdecydować o sobie w zakresie podejmowanych wobec niego działań lekarza. Taka granica wieku uzasadniana jest rozwojem psychicznym dziecka, dostatecznym do podjęcia decyzji o swoim życiu lub zdrowiu [17].

Decyzje w sprawie ingerencji w dobra osobiste pacjenta małoletniego podejmują przedstawiciele ustawowi. Dla dziecka są nimi rodzice (chyba że pozbawiono ich władzy rodzicielskiej, są małoletni albo ubezwłasnowolnieni) lub przysposabiający, opiekun i kurator [6] (w artykule odniesiono się tylko do rodziców). Władza rodzicielska ma charakter osobisty, a jej treść wynika z Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego (KRO). Ustawodawca zdecydował, że obejmuje ona zarówno obowiązki, jak i prawo rodziców m.in. do wykonywania pieczy nad osobą, z poszanowaniem jej godności i praw. Ponadto rodzice obowiązani są troszczyć się o fizyczny rozwój dziecka. Z kolei dziecko pozostające pod władzą rodzicielską ma obowiązek być im posłuszne, a w sprawach, w których samodzielnie może podejmować decyzje, ma obowiązek wysłuchania opinii i zaleceń rodziców, formułowanych dla jego dobra. Władza rodzicielska powinna być wykonywana tak, jak wymaga tego dobro dziecka i interes społeczny. Należy w szczególności zwrócić uwagę na to, że rodzice, zanim podejmą decyzję w ważniejszych sprawach dotyczących dziecka, mają obowiązek je wysłuchać, jeżeli rozwój umysłowy, stan zdrowia i stopień dojrzałości na to pozwalają, oraz uwzględnić w miarę możliwości jego rozsądne życzenia. Jeśli chodzi o sposób wykonywania władzy rodzicielskiej, to w zasadzie przewidywane jest działanie każdego rodzica samodzielnie. W przypadku podejmowania decyzji dotyczącej sprawy istotnej rodzice rozstrzygają ją wspólnie, a gdy nie ma między nimi porozumienia, wtedy wyrokują sąd opiekuńczy [6].

Termin „świadczenia zdrowotne” można zdefiniować jako wszelkie czynności, które mają na celu przywrócenie zdrowia lub polepszenie jego stanu. Posiłkowo można posłużyć się definicją zawartą w art. 2 ust. 1 pkt 10 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (DzU z 2016 r., poz. 1638 ze zm.), zgodnie z którą świadczeniami zdrowotnymi są działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania. Pomimo braku chociażby przykładowego katalogu tych czynności, ustawodawca wyodrębnił w nich pewną grupę, a mianowicie zabiegi operacyjne albo metody leczenia lub diagnostyki stwarzające podwyższone ryzyko dla pacjenta (dalej: zabiegi podwyższonego ryzyka). Nie ma jednak jasno wskazanych kryteriów rozróżniania tych zabiegów. Można zatem sądzić, że oceny, czy dana procedura medyczna jest związana z występowaniem podwyższonego

ryzyka dokonuje lekarz, uwzględniając rodzaj zabiegu, warunki jego wykonywania oraz stan pacjenta [18].

Zgoda zastępcza przedstawiciela ustawowego oraz kumulatywna pacjenta małoletniego i przedstawiciela ustawowego

Ustawodawca wyróżnia trzy rodzaje zgód: właściwą, zastępczą i kumulatywną. Zgoda właściwa jest wyrażona samodzielnie przez pacjenta, wobec którego mają zostać podjęte świadczenia zdrowotne. W przypadku pacjenta małoletniego wyrażenie takiej zgody jest niemożliwe. Prawodawca przewidział bowiem, że jeżeli pacjent jest małoletni, to konieczna jest zgoda jego przedstawiciela ustawowego. W tym przypadku mamy więc do czynienia z formą zastępczą. Z kolei zgoda kumulatywna jest wyrażona jednocześnie przez przedstawiciela ustawowego i pacjenta małoletniego, który ukończył 16 lat [3]. Są to zgody od siebie niezależne. Należy zaznaczyć jednak, że zgodnie z KRO przed podjęciem decyzji w sprawie dotyczącej dziecka obie strony powinny się wzajemnie wysłuchać [6, 18].

Ustawa stanowi, że za wiążącą dla lekarza należy uznać wolę pacjenta lub przedstawiciela ustawowego, wyrażoną ustnie albo nawet przez takie ich zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na akceptację proponowanych przez lekarza czynności medycznych. Oznacza to, że nawet konkludentne wyrażenie woli jest skuteczne (czyli np. położenie się na kozetce na prośbę lekarza pod warunkiem, że pacjent jest świadomy, w jakim celu kładzie się i jakim zabiegom będzie poddany, z pełną wiedzą o nich). Jedynie w przypadku zabiegu podwyższonego ryzyka wymagana jest forma pisemna zwykła [3], jednak ustawodawca nie przewidział konsekwencji braku jej zachowania. W praktyce oznacza to, że każda zgoda, niezależnie od sposobu uzewnętrznienia woli, jest skutecznie złożonym oświadczeniem. Potwierdza to również stanowisko Sądu Najwyższego, który uznał, że niezachowanie pisemnej formy oświadczenia pacjenta wyrażającego zgodę na zabieg operacyjny nie powoduje, że zgoda jest nieważna [19].

Aby zgoda taka była ważna i skuteczna, musi być wyrażona w sposób świadomy i dobrowolny. Inaczej nie można mówić o zgodzie w ogóle [7, 15, 18]. W konsekwencji powinna zostać poprzedzona informacjami których ma obowiązek udzielić lekarz. Należą do nich: przystępne informacje o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu choroby, możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniach [3, 18]. Jest to o tyle istotne, że lekarz ma obowiązek przedstawić w zasadzie pełny zakres możliwości diagnostycznych i metod leczenia (z modyfikacjami z art. 31 UZL). Powinien to zrobić rzetelnie i obiektywnie, w sposób zrozumiały dla odbiorcy, aby decyzję co do sposobu i metody leczenia podjęły osoby do tego uprawnione [20]. Informacja, o której mowa, nie ma na celu nakłaniania czy zachęcania do wybranej, preferowanej przez lekarza metody.

W tym miejscu należy również zaznaczyć, że zgodnie z uchwałą Sądu Najwyższego z dnia 13 maja 2015 r., III CZP 19/15 [21] przedstawiciel ustawowy małoletniego dziecka może udzielić pełnomocnictwa do złożenia oświadczenia

o wyrażeniu zgody na zabiegi podwyższonego ryzyka. Unikając komentowania niniejszego orzeczenia, należy zasymulować, że skoro tak, to zgodnie z wykładnią *a minorus ad maius* zgoda na inne świadczenia medyczne także może być wyrażona przez przedstawiciela. Co więcej, rozważaniom można byłoby poddać ewentualne zagadnienie jego sprzeciwu na czynności zdrowotne.

Brak zgody na świadczenia medyczne przedstawiciela ustawowego i pacjenta małoletniego

Jak zostało już zaakcentowane, zasadą jest, że wyrażenie zgody stanowi warunek *sine qua non* przeprowadzenia świadczenia medycznego. *A contrario*, lekarz nie jest uprawniony do zastosowania jakiegokolwiek świadczenia medycznego, ma wręcz zakaz naruszenia dóbr osobistych, gdy osoba uprawniona nie wyrazi na to zgody. Jeżeli jednak według lekarza wskazane jest przeprowadzenie interwencji medycznej, to wymaga się od niego informacji o planowanej diagnostyce, sposobie leczenia, a także o ewentualnych konsekwencjach zdrowotnych, do jakich może doprowadzić odmowa lub spóźnione zastosowanie się do zaleceń. Dopiero po takim udzieleniu informacji lekarz niemający zgody od uprawnionego podmiotu nie ponosi odpowiedzialności za ujemne konsekwencje braku hospitalizacji pacjenta [22].

Warto zauważyć, że rodzice, zgodnie z kształtem słownym ustawy [3], mają uprawnienie do niewyrażenia zgody na świadczenia zdrowotne, a pacjent małoletni, który ukończył 16 lat, może wyrazić sprzeciw na przeprowadzane świadczenia zdrowotne. Są to zatem literalnie dwie różne czynności, będące jednak swoimi odpowiednikami.

Przez brak zgody przedstawiciela ustawowego należy rozumieć każde zachowanie, z którego wynika dezaprobatą dla przeprowadzenia świadczenia zdrowotnego (*de facto* w tym przypadku również dla naruszenia dóbr osobistych). Zachowanie to nie jest uzależnione od tego, czy lekarz dopełnił obowiązku udzielenia informacji uprawnionym, czy też nie. Nie zależy także od rodzaju świadczenia zdrowotnego. Ustawodawca w przypadku zabiegów podwyższonego ryzyka nie ustanowił sankcji nieważności za niezachowanie formy pisemnej zgody, w związku z tym wyrażenie zgody bez wymaganej formy jest czynnością ważną i skuteczną. Z kolei analiza kontekstu językowego prowadzi do wniosku, że sprzeciw pacjenta małoletniego powyżej 16. r.ż. jest brakiem zgody, jednak powinien on być wyraźny, świadomy i dobrowolny. Nic nie stoi jednak na przeszkodzie, aby pacjent małoletni wyraził sprzeciw w sposób dorozumiany [23]. Wydaje się zatem, że w praktyce formy sprzeciwu i braku zgody nie różnią się od siebie niczym. Jedyne przykłady na to, że „brak zgody” jest nadrzędny zakresowo względem „sprzeciwu”, jest bierność rodzica (rodziców) względem proponowanych świadczeń zdrowotnych albo ich nieobecność podczas wyrażania (niewyrażania) zgody przez dziecko. Oba te przypadki są notabene brakiem zgody rodzica.

Dodatkowo należy zwrócić uwagę, że zgodnie z literaturą i orzecznictwem niewyrażenie sprzeciwu (czyli bierność wobec podejmowanych zamiarów lekarza) nie stanowi zgody, zwłaszcza jeśli pacjent nie uzyskał niezbędnej informacji [10,

24, 25, 26]. Judykat ten niejako zobowiązał lekarza do odczytywania znaków osób uprawnionych, sugerujących aprobatę albo dezaprobatę do proponowanych świadczeń zdrowotnych. W naszej kulturze odczytywanie znaków będącymi psychofizycznymi częściami składowymi czynności konwencjonalnych dzięki zastosowaniu odpowiednich reguł sensu nie sprawia większych trudności. W konsekwencji trudno znaleźć pasmo sytuacji, w których osoby uprawnione nie ustosunkują się pozytywnie albo negatywnie do możliwości przeprowadzenia świadczenia zdrowotnego.

W tym miejscu warto zaznaczyć, że nie może skutków prawnych wywołać wyrażona zgoda *in blanco* na czynności zdrowotne, polskie prawo bowiem nie przewiduje takiej formy [10, 27]. Nie można również uznać, że jest możliwe wyrażenie zgody *ex post* [24].

Brak zgody przedstawiciela ustawowego na świadczenia zdrowotne a obowiązki rodziców

Problematyczna wydaje się kwestia rozwiązania kolizji norm UZL w zakresie wyrażenia i niewyrażenia zgody z normami KRO odnoszącymi się do wykonywania władzy rodzicielskiej. Dylemat ten wyłania się nie tylko na gruncie wykładni językowej, ale przede wszystkim w wykładni funkcjonalnej. W analizowanej sytuacji bowiem niewątpliwie występuje konflikt wartości, jakimi są: wolność i nietykalność osobista oraz dobro dziecka.

Uwagę zwraca przede wszystkim zastosowanie w UZL formy liczby pojedynczej – „przedstawiciel ustawowy”. Sugerowałoby to, że zgodę w każdym przypadku może wyrazić tylko jeden z rodziców. Nie wzbudza to wątpliwości, jeśli się przypomni, że rodzice mogą wykonywać władzę rodzicielską samodzielnie. Należy jednak pamiętać, że w istotnych sprawach dotyczących dziecka rodzice decydują wspólnie, a w przypadku braku porozumienia między nimi – rozstrzygnięcie wydaje sąd opiekuńczy. Wobec tego nasuwa się pytanie, czy prawodawcy rzeczywiście chodziło o zgodę tylko jednego przedstawiciela ustawowego zgodnie z literalnym kształtem UZL, czy jednak są takie świadczenia zdrowotne, które można kwalifikować, idąc za KRO, jako istotne sprawy dziecka. W szczególności pytanie to odnieść można do zabiegów podwyższonego ryzyka. Dodatkową trudnością w stosowaniu tych przepisów jest możliwość, aby jeden z rodziców zgodził się na przeprowadzenie czynności medycznych, a drugi nie. W takiej sytuacji lekarz staje przed dylematem, jak postąpić, aby nie narazić się na konsekwencje prawne. W doktrynie wskazuje się, że zabiegi podwyższonego ryzyka wpisują się w istotne sprawy dziecka, w związku z tym decyzja powinna być podjęta przez oboje rodziców [28]. W praktyce sygnalizuje się jednak, że w każdym przypadku zgoda jednego z rodziców jest wystarczająca, a w konsekwencji lekarz nie ma obowiązku uzyskania zgody od drugiego rodzica [29, 30, 31]. Zasadny wydaje się pogląd pośredni, zgodnie z którym lekarz, wahając się, czy zgoda jednego z rodziców w danej sytuacji jest wystarczająca, powinien zwrócić uwagę na stosunki panujące w rodzinie i sytuację faktyczną. Wyrażenie zgody przez oboje rodziców może być nieosiągalne z powodu oddalenia jednego z nich, separacji

i braku kontaktu czy też trwania procedury rozwodowej [32]. Gdy jednak lekarz stwierdzi, że konieczna w tym zakresie jest zgoda obojga rodziców, możliwość realizacji zasady dobra dziecka sugerowałaby raczej skierowanie sprawy przed sąd opiekuńczy. W przeciwnym razie samodzielna decyzja lekarza w tym zakresie mogłaby naruszać dobra osobiste oraz ingerować we władzę rodzicielską.

Obecnie jak sugerowałaby analiza UZL, decyzja o tym, kto udziela zgody na czynności medyczne, pozostawiana jest do rozstrzygnięcia lekarzowi *in concreto*. To oznacza, że w praktyce ta sama procedura może być różnie stosowana przez poszczególnych lekarzy. W konsekwencji w każdym przypadku lekarz narażony jest na zarzut naruszenia procedury i stronniczość. Aktualna regulacja nie jest zatem skuteczną realizacją konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia pacjenta, nie zapewnia również bezpieczeństwa prawnego lekarza.

Rola sądu opiekuńczego w sprawach o wyrażenie zgody na czynności zdrowotne

W opisywanej procedurze pierwszym wyłomem od zasady wyrażania zgody na interwencje medyczne jest skierowanie sprawy do sądu opiekuńczego. Jego rozstrzygnięcie powoduje stan „przymusu leczenia” [33]. Potencjalne sytuacje, w których może ten wyjątek wystąpić, są następujące:

- zachodzi kolizja woli pacjenta i jego przedstawiciela ustawowego,
- zarówno pacjent, jak i przedstawiciel ustawowy nie wyrażają zgody na czynności medyczne,
- przedstawiciel ustawowy pacjenta małoletniego nie zgadza się na wykonanie czynności zdrowotnych podwyższonego ryzyka, które miałyby być niezbędne do usunięcia niebezpieczeństwa, utraty życia bądź ciężkiego rozstroju zdrowia,
- brak jest chociażby jednego przedstawiciela ustawowego albo porozumienie z nimi jest niemożliwe [3].

Pomimo społecznej doniosłości zadań sądów opiekuńczych, również w sferze udzielania zezwoleń i wyrażania zgody na podjęcie interwencji medycznej dla tej kategorii spraw nie przewidziano specjalnych przepisów [18]. Jedyną uregulowaną w ustawach prawno-medycznych kwestią jest określenie właściwości miejscowej kompetentnego sądu. Sądem, o którym tu mowa, jest sąd opiekuńczy, czyli zgodnie z Kodeksem postępowania cywilnego (KPC) – sąd rejonowy rodzinny [34], w okręgu którego mają być wykonywane świadczenia zdrowotne [3].

W doktrynie cywilnoprawnej zgodnie uznaje się, że postanowienia sądu rozstrzygające o istotności spraw dziecka w rozumieniu art. 156 KRO mają charakter mediacyjny, co sprowadza się do nakłaniania do wyrażenia przez rodziców wspólnego stanowiska. Takie rozstrzygnięcie sądu nie ogranicza władzy rodzicielskiej, a w związku z tym nie jest wiążące [24, 35, 36, 37]. W konsekwencji jednak można wyobrazić sobie sytuację, w której rodzice zgadzają się przed sądem na świadczenia zdrowotne, lecz po wydaniu decyzji dochodzą do odmiennego przekonania i nie wyrażają zgody. Przyjęcie jednak takiego założenia co do zabiegów medycznych jawi się jako wysoce wątpliwe. Lekarz bowiem po to wnosi o rozstrzygnięcie sprawy przez sąd, aby mieć pewność co do tego, że jego interwencja

będzie legalna. Z kolei brak konsekwencji rodziców po uzyskaniu takiej zgody przez sąd nie tylko podaje w wątpliwość należyte wykonywanie władzy rodzicielskiej, ale i stawia lekarza w sytuacji, w której albo nie podejmie interwencji medycznej, albo kolejny raz będzie się angażował w rozstrzygnięcie sprawy przez sąd. To jednak wydłuża czas, po którym może zostać udzielona pomoc małoletniemu pacjentowi. Wobec tego zasadne wydaje się uznanie, że rozstrzygnięcie sądu w sytuacjach udzielania świadczeń zdrowotnych na małoletnich nie może mieć takiego samego charakteru jak w przypadku rozstrzygnięcia o istotnych sprawach dziecka z KRO.

Rolą sądu opiekuńczego w rozważanej sytuacji jest podjęcie decyzji w sprawie dokonania interwencji medycznej względem małoletniego pacjenta i wydanie zezwolenia w formie postanowienia. Wydaje się, że w tym przypadku sąd podejmuje decyzję za przedstawicieli ustawowych, a zatem, dokonując swoistego rodzaju nadzoru, ingeruje we władzę rodzicielską. Jednocześnie bierze pod uwagę dobro dziecka i prawo pacjenta do samostanowienia. W związku z tym wydaje się, że interwencja sądu w tej sprawie musi mieć charakter wyjątkowy, tzn. gdy życie i zdrowie dziecka jest zagrożone, a inna decyzja niż o podjęciu czynności zdrowotnych byłaby niezgodna z ogólnie przyjętymi w społeczeństwie obyczajami [18].

Z kształtu słownego przepisów nie wynika, kto ma legitymację do skierowania sprawy do sądu opiekuńczego, ani czy jest to obowiązek, czy uprawnienie tego podmiotu. W tym zakresie sądy przyjmują różną praktykę [38], np. wniosek wnosić może lekarz, ordynator lub dyrektor szpitala. Wydaje się słusznym, żeby wniosek taki złożył organ reprezentujący szpital, bo w praktyce umożliwi to ewentualne przeprowadzenie czynności medycznych każdemu lekarzowi pracującemu w danej jednostce leczniczej. Odnośnie do pisma procesowego kierowanego do sądu, to w dyskusji pojawia się pogląd, że jest ono tylko sygnalizacją, aby ten zadziałał z urzędu (oznaczałoby to, że nie jest wnioskiem w sensie prawnym). O ile taki pogląd znajduje uzasadnienie w przypadku kolizji decyzji osób uprawnionych oraz w sytuacji braku przedstawiciela ustawowego (albo gdy porozumienie z nimi jest niemożliwe), o tyle w przypadku, gdy wszyscy uprawnieni nie zgadzają się na czynności zdrowotne, wydaje się zbyt daleko idącą ingerencją państwa w wolę pacjenta. Przymus bezpośredni, który w tej sytuacji ignoruje wolę dwóch uprawnionych podmiotów, trudno uznać za rozwiązanie zgodne z zasadą autonomii woli jednostki [31, 37]. Nie jest to jednak rozwiązanie pozbawione racjonalności. Chodzi bowiem o to, aby sąd opiekuńczy rzeczywiście mógł nadzorować rodziców, ilekroć rodzi się podejrzenie, czy przedstawiciel ustawowy działa zgodnie z interesem podopiecznego. Taka wątpliwość może powstać, gdy lekarz widzi potrzebę interwencji, zaś rodzic nie wyraża na nią zgody [23].

Trzeba mieć jednak na uwadze, że zachowanie przedstawiciela ustawowego, który odmawia możliwości przeprowadzenia zabiegu koniecznego dla jego podopiecznego, może sygnalizować, że nie kieruje się on jego dobrem, a co więcej – może manipulować podopiecznym i skłaniać go do wyrażenia sprzeciwu [39]. Wtedy też rozsądne życzenie dziecka

o przeprowadzenie czynności zdrowotnej stanowić może dodatkowy argument, albo nawet i bodziec do skierowania sprawy do sądu.

W zależności od tego, czy zachodzi potrzeba ochrony zdrowia i życia, odmawia lub udziela się zezwolenia na świadczenia zdrowotne [40]. Sąd zatem merytorycznie rozstrzyga sprawę. Warto zauważyć, że równocześnie ingeruje w wolę uprawnionych, a nawet wkracza w zakres władzy rodzicielskiej. Stąd też bardziej należałoby skłaniać się ku tezie, że lekarz (czy też inny uprawniony podmiot) tylko w wyjątkowych sytuacjach ma uprawnienie do złożenia wniosku o umożliwienie przeprowadzenia świadczenia zdrowotnego. Istotna jest przy tym zasada szybkości postępowania [34], umożliwiająca podjęcie działań lekarza w możliwie jak najkrótszym czasie po otrzymaniu postanowienia. W praktyce jest ona realizowana w ten sposób, że komunikacja między jednostką wykonującą czynność zdrowotną a sądem opiekuńczym odbywa się za pomocą faksu [38]. Należy wskazać, że w tych sytuacjach (za wyjątkiem bezpośredniego zagrożenia życia i zdrowia) lekarz powinien wstrzymać się z udzieleniem danego świadczenia zdrowotnego do czasu podjęcia decyzji [30] i ma prawo zatrzymać dziecko w szpitalu [41].

Brak zgody lub sprzeciw w sytuacji bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia

Kolejnym wyjątkiem od zasady jest podjęcie świadczeń zdrowotnych nawet wtedy, gdy lekarz nie ma zgody osób uprawnionych oraz sądu opiekuńczego. Przesłanki zastosowanego uprawnienia są sformułowane inaczej, w zależności od tego, czy mamy do czynienia z zabiegami podwyższonego ryzyka, czy też nie. Wspólną ich cechą jest z pewnością szczególny stan pacjenta, który uniemożliwia zastosowanie standardowej procedury. Stąd też wynika szczególny obowiązek staranności lekarza w podejmowaniu decyzji, aby z jednej strony zadbać o życie i zdrowie pacjenta małoletniego, z drugiej jednak – nie naruszyć jego dóbr osobistych. Ze względu na to, że są to wyjątki, trzeba interpretować je wąsko. Niemniej zastosowanie w analizowanych przepisach zwrotów nieostrych może powodować trudności ich zastosowaniu *in concreto*.

Zgodnie z kształtem słownym ustawy badanie lub udzielenie pacjentowi innego świadczenia zdrowotnego bez jego zgody jest dopuszczalne, gdy wymaga on niezwłocznej pomocy lekarskiej, a ze względu na stan zdrowia lub wiek nie może wyrazić zgody i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym [3]. Wyróżnienie w ten sposób przesłanek wymaga ponownego rozważenia sytuacji w przypadku pacjenta małoletniego przed 16. r.ż. oraz po osiągnięciu tego wieku. W obu sytuacjach niezbędna jest uzasadniona pomoc lekarska w przypadku braku porozumienia z rodzicami. Jednakże przed osiągnięciem 16. r.ż. są to dwie wystarczające przesłanki. Po osiągnięciu przez dziecko 16. r.ż. dodatkową przesłanką jest taki jego stan zdrowia, który uniemożliwia mu wyrażenie zgody.

Niewymienioną w przepisie przesłanką, a jednak konieczną w realizacji celu ratowania życia i zdrowia dziecka, jest brak możliwości oczekiwania na rozstrzygnięcie sądu opiekuńczego.

Inne rozumienie tej regulacji stałoby w sprzeczności z wcześniejszymi refleksjami odnoszącymi się do ingerencji sądu opiekuńczego. Zwłoka w tej sytuacji mogłaby bowiem spowodować nieodwracalne skutki dla życia i zdrowia pacjenta [23]. Przepis ten dotyczy zatem sytuacji pilnych, stwarzających bezpośrednie zagrożenia dla życia i zdrowia pacjenta.

Problematiczne jest tu także zastosowanie czasownika „porozumieć się”. Kontekst słowny wraz z analizą chronionych przez ustawodawcę wartości raczej skłaniałoby do wniosku, że chodzi tu o niemożność kontaktu, a nie inne zdanie lekarza i rodzica na temat ewentualnego leczenia pacjenta. Dodatkowe wymogi stawiane przez UZL to skonsultowanie zamiarów lekarza z innym lekarzem w celu potwierdzenia słuszności jego poczynań oraz odnotowanie okoliczności uzasadniających jego poczynania w dokumentacji medycznej pacjenta [3].

Jeśli zaś chodzi o zabiegi podwyższonego ryzyka, to lekarz może je wykonać wobec pacjenta małoletniego bez zgody przedstawiciela ustawowego albo zgody sądu opiekuńczego, jeśli zwłoka, spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody, groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub poważnego rozstroju zdrowia [3]. W takim przypadku jednak lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego specjalisty, w miarę możliwości tej samej specjalności. O wykonywanych czynnościach lekarz niezwłocznie zawiadamia przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego lub sąd opiekuńczy, a także dokonuje adnotacji w dokumentacji medycznej [3].

Dodać należy, że także w przypadku zabiegów wymagających natychmiastowej interwencji lekarskiej przeciw pacjentowi małoletniego powyżej 16. r.ż. i brak zgody przedstawiciela ustawowego nie zamyka drogi do skierowania sprawy do rozpatrzenia przez sąd opiekuńczy, nawet wtedy, gdy jego orzeczenie miało być zostać wydane *ex post*.

Praktyczny aspekt problemu ujawnia się w sytuacjach bezpośredniego zagrożenia życia, w których lekarz, chcąc ratować dziecko, podejmuje działania mimo sprzeciwów i braku zgody, nie mając jednocześnie możliwości niezwłocznej uzyskania postanowienia sądu opiekuńczego. Do takich sytuacji można zaliczyć np. uraz wielonarządowy doznany w przebiegu wypadku samochodowego. O ile uzasadnione wydaje się, że pacjent powinien wyrazić zgodę *ex ante*, to specyfika procedury oraz nagły stan zagrożenia życia pacjenta mocno uzasadniają pogląd, aby również sąd mógł skutecznie wyrazić zgodę *ex post* na zabieg, tzn. po jego dokonaniu. Nie oznacza to, że obowiązek ten ma zostać zaniedbany przez lekarza (leży to w jego interesie prawnym), lecz wykonany po spełnieniu pilnej interwencji. Podobną uwagę można poczynić w stosunku do dokonania adnotacji w dokumentacji medycznej. Ma to swoje uzasadnienie w konieczności ratowania życia i zdrowia pacjenta [42]. W tej sytuacji procedura nie może przysłańać względów słuszności i misji lekarza oraz wykonywania jego obowiązków zgodnych nie tylko z kwestiami prawnymi, ale także z wiedzą medyczną oraz etyką zawodową. Należy mieć również na uwadze art. 30 UZL, który nakazuje lekarzowi podjęcie niecierpiącej zwłoki ingerencji medycznej [3].

WNIOSKI

Skoro zgoda na czynności medyczne wyłącza bezprawność ingerencji lekarza w ciało pacjenta, to prawidłowe merytorycznie działanie, zgodne z procedurą unormowaną w ustawie, spowoduje brak odpowiedzialności lekarza za wykonywane czynności. Dotychczasowe rozważania pokazały zatem, że stopień skomplikowania przepisów w praktyce może powodować trudności w ich jednolitym, a co najważniejsze prawidłowym, stosowaniu. Tymczasem jest to jeden z najbardziej doniosłych segmentów czynności medycznych [18]. Brak w UZL dostatecznych i jednoznacznych uregulowań powoduje niespójność omawianych zasad z normami KRO. Sytuacja taka sprawia, że przy braku zgody rodziców na leczenie, lekarz znajduje się w trudnym i niebezpiecznym prawnie położeniu – zmuszony jest do ingerencji w relacje panujące w rodzinie. Jego zawód, który ma szczególne znaczenie społeczne, zobowiązuje go do niesienia pomocy każdemu człowiekowi. Gdy jednak z różnych przyczyn rodzice nie zgadzają się na leczenie małoletniego pacjenta, w grę wchodzi albo brak reakcji lekarza, albo jego reakcja w postaci interwencji w sądzie opiekuńczym. Jest to jednak, jak już wspomniano, ingerencja we władzę rodzicielską. Jeszcze większe wątpliwości wynikają z braku szczegółowych regulacji dotyczących procedury rozstrzygnięcia przez sąd.

Przepisy regulujące kwestie zgody rodziców na świadczenia zdrowotne udzielane pacjentowi małoletniemu stawiają lekarza w sytuacji, w której ma wykazać się nie tylko wiedzą medyczną i zasadami etycznymi wykonywania zawodu *in concreto*, ale również znajomością skomplikowanej procedury prawnej. Jednocześnie ukazują, że ochrona życia ludzkiego jest wyżej ceniona niż nietykalność i wolność osobista.

Konkludując, lekarz mając na uwadze nieostry kształt obowiązującej regulacji, stoi często w sytuacji, w której musi podejmować decyzje zgodne z własnym sumieniem. Niestety jednak w każdej sytuacji (w szczególności gdy nie zareaguje w odpowiedni sposób, tzn. udzieli pomocy, gdy nie była ona konieczna, albo nie udzieli jej w przypadku bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia) może narazić się na odpowiedzialność cywilną (odszkodowawczą) [5] za naruszenie dóbr osobistych, karną (za naruszenie art. 192 Kodeksu karnego) [43] oraz dyscyplinarną.

W związku z tym nasuwają się postulaty *de lege ferenda*, aby pacjent małoletni powyżej 16. r.ż. samodzielnie podejmował decyzje w zakresie świadczeń niebędących zabiegami podwyższonego ryzyka. Pod rozwagę można byłoby poddać obniżenie granicy wieku z 16 lat na niższą (choćby 13 lat, jak ma to miejsce w Kodeksie cywilnym [5]). Rozsądne wydaje się także rozstrzygnięcie w UZL relacji norm w niej zawartych do tych z KRO oraz ustanowienie przepisów szczególnych w KPC i UZL, regulujących proces wnoszenia wniosku o zezwolenie na świadczenia zdrowotne.

PIŚMIENNICTWO

1. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (DzU nr 78, poz. 483 ze zm.).
2. Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 27 października 2005 r., III CK 155/05, OSNC z 2006 r., nr 7-8, poz. 137.
3. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (DzU z 2015 r., poz. 464).
4. Kodeks Etyki Lekarskiej z dnia 2 stycznia 2004 r. http://www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0003/4764/Kodeks-Etyki-Lekarskiej.pdf (31.10.2016).
5. Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (DzU z 2016 r., poz. 380 ze zm.).
6. Ustawa z dnia 25 lutego 1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy (DzU z 2015 r., poz. 2082 ze zm.).
7. Zielińska E.: Powinności lekarza w przypadku braku zgody na leczenie oraz wobec pacjenta w stanie terminalnym. *Prawo Med*; 2000;5(2):73-93.
8. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (DzU z 2016 r., poz. 186 ze zm.).
9. Przybylska J. Cywilnoprawne aspekty instytucji zgody pacjenta na interwencję medyczną i jej definicja. *Monitor Prawniczy* 2003;16:740-4.
10. Instytucje prawa medycznego. System prawa medycznego. Tom 1. Safjan M., Bosek L., editors. Warszawa: C.H. Beck; 2017.
11. Zawadzki P. Oświadczenia podobne do oświadczeń woli – przebaczenie i zgoda. *Przegląd Prawniczy UW* 2007;2: 135-50.
12. Sośniak M. Funkcje i skuteczność zgody osoby uprawnionej. In: *Prace z prawa cywilnego*. Wrocław-Warszawa: Zakład Narodowy im. Ossolińskich; 1985.
13. Niemczyk S, Łazarska A. Materialnoprawne elementy aktu zgody pacjenta w ujęciu prawnym i medycznym. *Prawo Med* 2015;2 <http://www.prawoimedicyna.pl/index.php?str=artykul&id=210> (21.10.2016).
14. Bujny J. Prawa pacjenta. Między autonomią a paternalizmem. Wrocław: C.H. Beck; 2007.
15. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 11 kwietnia 2006 r., I CSK 191/05, OSNC z 2007 r. nr 1, poz. 18.
16. Smyk K. Charakter prawny zgody pacjenta na gruncie prawa cywilnego. *Folia Iuridica Universitatis Wratislaviensis* 2017;1(6):121-38.
17. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 11 października 2011, K 16/10. <http://trybunal.gov.pl/rozprawy-i-ogloszenia-orzeczen/wyroki-i-postanowienia/art/4784-wyrazenie-zgody-na-leczenie-przez-osobe-maloletnia> (31.10.2016).
18. Janiszewska B. Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego. Ujęcie wewnątrzsystemowe. Warszawa: C.H. Beck, Warszawa; 2013.
19. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 11 kwietnia 2006 r., I CSK 191/05, OSNC z 2007 r. nr 1, poz. 18.
20. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 18 września 2013 r., I ACa 355/13, OSA 14 Nr 1, poz. 2.
21. Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 13 maja 2015 r., III CZP 19/15, <http://www.sn.pl/sites/orzecznictwo/Orzeczenia3/III%20CZP%2019-15.pdf> (31.10.2016).
22. Wyrok Sądu Najwyższego z 23 listopada 2007 r., IV CSK 240/07, OSNC 2009 nr 1, poz. 16.
23. Caban Ł, Urbańska M. Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz, Kopec M., editor, Warszawa: Wolters Kluwer; 2016.
24. Dukiet-Nagórska T. Świadoma zgoda pacjenta w ustawodawstwie polskim. *Prawo Med* 2000;5-7(2):78-95.
25. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 14 listopada 1972 r., I CR 463/72, NP z 1975 r. nr 4.
26. Kąpko M. Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz. Zielińska E., editor. Warszawa: Wolters Kluwer; 2014.
27. Tymiański R. Czy zgoda blankietowa jest ważna? <http://prawalekarzy.pl/artykuly/czy-zgoda-blankietowa-jest-wazna-37> (6.11.2016).
28. Ignatowicz J. Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz. Pietrzykowski K, editor. Warszawa: C.H. Beck; 2010.
29. Prawo dla anestezjologów, Polanest – portal dla anestezjologów-praktyków. http://www.polanest.webd.pl/pliki/prawo/zgoda_obojs_cow.html (24.10.2016).
30. Kubiak R. Prawo medyczne. Warszawa: C.H. Beck; 2010.
31. Kosonoga-Zygmunt J. Zgoda rodziców na udzielenie świadczenia zdrowotnego małoletniemu pacjentowi. *Prokuratura i Prawo*. 2018;5:62-94.
32. Sieńko A. Czy konieczna jest zgoda obojga rodziców na leczenie dziecka, jeżeli są oni rozwiedzeni? Wolters Kluwer – zdrowie. <http://www.zdrowie.abc.com.pl/artykuly/czy-konieczna-jest-zgoda-obojsa-rodzicow-na-leczenie-dziecka-jezeli-sa-oni-rozwiedzieni,1881.html> (6.11.2016).

33. Karczeńska-Kamińska N. Przymus leczenia i inne interwencje medyczne bez zgody pacjenta. Warszawa: Wolters Kluwer; 2018.
34. Ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego (DzU z 2014 r., poz. 101 ze zm.).
35. Strzebinczyk J. System Prawa Prywatnego. Tom 12. T. Smoczyński, editor. Warszawa: C.H. Beck; 2011. p. 252.
36. Zieliński A. Kodeks postępowania cywilnego. Komentarz. A. Zieliński, editor. Warszawa: C.H. Beck; 2016. p. 110.
37. Zieliński A. Sądownictwo opiekuńcze w sprawach małoletnich. Warszawa: Wydawnictwo Prawnicze; 1975, p. 218-9.
38. Prawo rodzinne. Zgoda na zabieg operacyjny. EBOS.pl – dziennik wyroków i ogłoszeń sądowych. https://www.ebos.pl/opinie_prawne/893_zgoda_na_zabieg_operacyjny.html (27.10.2016).
39. Dukiet-Nagórska T. Autonomia pacjenta a polskie prawo karne. Warszawa: Wolters Kluwer; 2008, s. 70.
40. Żelichowski M. Lekarz a sąd opiekuńczy, mp.pl – etyka. http://www.mp.pl/etyka/prawo_medyczne/7622,lekarz-a-sad-opiekunczy (26.10.2016).
41. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (DzU z 2016 r., poz. 1638 ze zm.).
42. Świdorska M. Prawo pacjenta do informacji, wyrażenia lub odmowy zgody na interwencję medyczną w świetle nowej ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw pacjenta i znowelizowanej ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Część II. <http://www.prawoimedycyna.pl/?str=artykul&id=547> (5.03.2017).
43. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (DzU z 2016 r., poz. 1137 ze zm.).