

EWA RESPOND

PRAWNE ASPEKTY OCHRONY ZDROWIA DZIECI W POLSCE

Prawo do ochrony zdrowia jest jednym z podstawowych praw człowieka. Kondycja zdrowotna społeczeństwa zależy od standardu i jakości życia, profilaktyki zdrowotnej, rozwoju medycyny, dostępu do opieki zdrowotnej, a zatem także wydatków na publiczną ochronę zdrowia. Zakres problematyki jest wielopłaszczyznowy. Dziecko jako pacjent wymaga szczególnej ochrony prawnej opartej na wiedzy nie tylko w zakresie regulacji prawnych, ale również specjalistycznej wiedzy o jego rozwoju w obszarach: poznawczym, emocjonalnym, motywacyjnym i społecznym.

1. PODSTAWY PRAWNE FUNKCJONOWANIA SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA W POLSCE

System ochrony zdrowia można zdefiniować jako skoordynowany i zorganizowany zespół działań mających na celu realizację świadczeń i usług rehabilitacyjnych oraz profilaktyczno-leczniczych, dążących do zabezpieczenia i poprawy stanu zdrowia jednostki i zbiorowości¹.

Prawo do ochrony zdrowia jest zagwarantowane w art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z 1997 r., gdzie dodatkowo znajduje się przepis dotyczący rów-

Mgr EWA RESPOND – doktorant w Katedrze Nauk o Polityce, Wydział Prawa, Prawa Kanonicznego i Administracji Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II, Al. Raclawickie 14, 20-950 Lublin; e-mail: ewulia@interia.pl

¹ S. P o ź d z i o c h, *System zdrowoty*, [w:] *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*, red. A. Czupryna, S. Poździejch, A. Ryś [i in.], t. I, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 2000², s. 127; zob. także C. W ł o d a r c z y k, S. P o ź d z i o c h, *Systemy zdrowotne. Zarys problematyki*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001, s. 13.

nego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz zobowiązanie władz publicznych do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom². Podany artykuł jest umiejscowiony w rozdziale II Konstytucji regulującym prawa i wolności człowieka i obywatela, w części poświęconej prawom ekonomicznym, socjalnym i kulturalnym. Trybunał Konstytucyjny w wyroku z dnia 24 lutego 2004 r. orzekł, że prawo do ochrony zdrowia należy uznać w świetle Konstytucji za prawo socjalne w wąskim tego słowa znaczeniu, tzn. prawo do pewnych świadczeń materialnych ze strony władz publicznych³. Z kolei w wyroku z dnia 7 stycznia 2004 r. Trybunał Konstytucyjny stwierdził, że ponieważ warunki i zakres świadczeń określać ma ustawa, otwiera to możliwość kompilowania przez ustawodawcę modelu ochrony zdrowia zasadzającego się na środkach publicznych z innymi znanymi we współczesnych systemach sposobami finansowania kosztów tych świadczeń, np. poprzez udział własny, czy dodatkowe ubezpieczenie. Ustawa regulująca kwestie świadczeń medycznych nie może jednak pozostawiać wątpliwości co do tego, jaki jest zakres świadczeń przysługujących beneficjentom publicznego systemu opieki zdrowotnej wobec istnienia wyraźnego nakazu konstytucyjnego określenia tej materii⁴. System ochrony zdrowia jako całość musi gwarantować realizację prawa do ochrony zdrowia poszczególnych jednostek, zaś stanowiące jego komponent świadczenia finansowane ze środków publicznych muszą być dostępne dla wszystkich obywateli na zasadzie równości⁵. Konstytucja gwarantuje dodatkowo ochronę przed eksperymentami medycznymi bez dobrowolnie wyrażonej zgody⁶. Prawo do ochrony zdrowia jest ujęte również w traktatach międzynarodowych, które w wyniku ratyfikacji stały

² Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483; dalej cyt.: Konstytucja RP), art. 68: „1. Każdy ma prawo do ochrony zdrowia. 2. Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa. 3. Władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku. 4. Władze publiczne są obowiązane do zwalczania chorób epidemicznych i zapobiegania negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska. 5. Władze publiczne popierają rozwój kultury fizycznej, zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży”; zob. A. S u r ó w k a, *Miejsce konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia w systemie praw i wolności człowieka i obywatela*, [w:] *Dylematy polskiego konstytucjonalizmu*, red. W. Skrzydło, „Przegląd Prawa Konstytucyjnego” 3 (11) 2012, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2012, s. 91 n.

³ Zob. wyrok TK z dnia 24 lutego 2004 r., K 54/02 (OTK ZU 2004/2A/10), gdzie znajduje się również interpretacja unormowań konstytucyjnych: „jak wynika z art. 68 ust. 2, 3 i 4 Konstytucji prawo do ochrony zdrowia stanowi podstawę roszczeń skierowanych do władz publicznych”.

⁴ Zob. wyrok TK z dnia 7 stycznia 2004 r., K 14/03 (OTK ZU 2004/1A/1).

⁵ Tamże.

⁶ Art. 39 Konstytucji RP.

się źródłem prawa powszechnie obowiązującego w Polsce⁷. Warunki i zakres udzielania świadczeń zdrowotnych określone są w szczegółowych ustawach.

Podstawą prawną funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce jest ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z 2004 r.⁸ Ustawa określa warunki udzielania i zakres świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zasady powszechnego obowiązkowego i dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego, zasady i tryb kwalifikowania świadczeń opieki zdrowotnej jako świadczeń gwarantowanych, zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zasady funkcjonowania, organizację i zadania Narodowego Funduszu Zdrowia oraz zasady sprawowania nadzoru i kontroli nad finansowaniem i realizacją świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁹.

Aktem normatywnym porządkującym i ujednolicającym formy prawne, w jakich udzielane są świadczenia zdrowotne, jest ustawa o działalności leczniczej z 2011 r. Ustawa określa między innymi zasady wykonywania działalności leczniczej, funkcjonowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą niebędących przedsiębiorcami, zasady prowadzenia rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz zasady sprawowania nadzoru nad wykonywaniem działalności leczniczej i podmiotami wykonującymi działalność leczniczą¹⁰. Kwestie cen produktów leczniczych przeznaczonych do użytku oraz włączenia ich w zakres krajowego systemu ubezpieczeń zdrowotnych są uregulowane ustawą o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywienio-

⁷ Zob. art. 6 Konwencji o Prawach Dziecka z dnia 20 listopada 1989 r. (Dz. U. z 1991 r. Nr 120, poz. 526 z późn. zm.); art. 11 Europejskiej Karty Społecznej z dnia 18 października 1961 r. (Dz. U. z 1999 r. Nr 8, poz. 67); art. 12 Międzynarodowego Paktu Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych z dnia 19 grudnia 1966 r. (Dz. U. z 1977 r. Nr 38, poz. 169); art. 6 Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych z dnia 19 grudnia 1966 r. (Dz. U. z 1977 r. Nr 38, poz. 167); art. 2 Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności z dnia 4 listopada 1950 r. (Dz. U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284 z późn. zm.), zmienionej następnie Protokołami nr 3, 5 i 8 oraz uzupełnionej Protokołem nr 2.

⁸ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.).

⁹ Art. 1 w/w ustawy; odnośnie do Narodowego Funduszu Zdrowia, ma on status państwowej jednostki organizacyjnej posiadającej osobowość prawną, wypełnia dwie zasadnicze funkcje – zarządza środkami finansowymi przekazywanymi z budżetu państwa na podstawie ustawy i zawiera umowy ze świadczeniodawcami publicznymi i niepublicznymi.

¹⁰ Art. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654 z późn. zm.).

wego oraz wyrobów medycznych z 2011 r.¹¹ Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z 1994 r. przewiduje działania zapobiegawcze w zakresie ochrony zdrowia psychicznego podejmowane wobec dzieci i młodzieży, obejmujące w szczególności stosowanie zasad ochrony zdrowia psychicznego w pracy szkół, placówek systemu oświaty, placówek opiekuńczo-wychowawczych i resocjalizacyjnych, szczegółowo normuje także postępowanie lecznicze oraz rehabilitację¹². Prawa przysługujące pacjentom, zasady udostępniania dokumentacji medycznej oraz obowiązki podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych związane z prawami pacjenta określa ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z 2008 r.¹³ Ustanawia ona organ Rzecznika Praw Pacjenta, właściwy w sprawach ochrony praw pacjentów, niezależny od Ministra Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia oraz samorządów medycznych.

W analizowanym przedmiocie należy również przywołać ustawę o Rzeczniku Praw Dziecka z 2000 r., gdyż w myśl przepisów tej ustawy to Rzecznik Praw Dziecka stoi na straży praw dziecka, a w szczególności prawa do życia i ochrony zdrowia¹⁴.

2. DZIECKO JAKO ODBIORCA ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Pojęcie „dziecko” nie posiada w prawie polskim jednolitej definicji, jednak można taką definicję wyprowadzić z różnych aktów normatywnych. Występuje ono w ustawie o Rzeczniku Praw Dziecka z 2000 r., według której dzieckiem jest każda istota ludzka od momentu poczęcia do osiągnięcia pełnoletności¹⁵. Zgodnie z art. 10 Kodeksu cywilnego pełnoletność osiąga się po ukończeniu 18 roku życia. Małoletni może uzyskać pełnoletność również przez zawarcie małżeństwa i nie traci jej w razie unieważnienia małżeństwa¹⁶. Kodeks rodzinny i opiekuńczy

¹¹ Zob. art. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696 z późn. zm.).

¹² Zob. art. 4 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz. 535 z późn. zm.).

¹³ Art. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417 z późn. zm.).

¹⁴ Art. 3 ust. 2 pkt. 1 ustawy z dnia 6 stycznia 2000 r. o Rzeczniku Praw Dziecka (Dz. U. Nr 6, poz. 69 z późn. zm.).

¹⁵ Art. 2 ust. 1 w/w ustawy; należy w tym miejscu podkreślić, że jedynie ustawa o Rzeczniku Praw Dziecka precyzuje, że dziecko istnieje od chwili poczęcia.

¹⁶ Art. 10 § 1 i § 2 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz. U. Nr 16, poz. 93 z późn. zm.; dalej cyt.: kc).

zezwała na zawarcie małżeństwa przed ukończeniem 18 lat jedynie kobiecie, która ukończyła 16 lat, za zgodą sądu opiekuńczego¹⁷. Również według Konwencji o Prawach Dziecka, dzieckiem jest każda istota ludzka w wieku poniżej 18 lat, chyba że zgodnie z prawem odnoszącym się do dziecka uzyska ono wcześniej pełnoletność¹⁸. Reasumując, dzieckiem jest osoba ludzka od poczęcia do ukończenia 18 lat, o ile w wypadku kobiety nie zawarła ona wcześniej małżeństwa.

Dziecko poczęte lecz jeszcze nie urodzone ma także prawo do ochrony życia i zdrowia, choć jest szczególnym rodzajem pacjenta, związanym nierozdzielnie z organizmem matki¹⁹. Trybunał Konstytucyjny w orzeczeniu z dnia 28 maja 1997 r. wskazał na obowiązek ochrony życia i zdrowia ludzkiego w każdym stadium jego rozwoju, także w fazie prenatalnej²⁰. Uznanie, iż ochrona życia i zdrowia przysługuje człowiekowi od chwili poczęcia, znalazło wyraz również w ustawie o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży z 1993 r.²¹ Dodatkowo w polskim prawie cywilnym istnieją regulacje chroniące prawa dzieci poczętych²². Należy wskazać, iż pod warunkiem, że urodzą się żywe, dzieci poczęte mogą dochodzić wyrównania szkód uczynionych im w życiu płodowym²³.

Prawo do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej przysługuje zatem wszystkim dzieciom do ukończenia 18 roku życia, również w sytuacji gdy nie zostały zgłoszone do ubezpieczenia zdrowotnego²⁴. Na gruncie przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych również dziecko, które ukończyło 18 lat i kontynuuje naukę stacjonarną, do czasu ukończenia przez nie 26 roku życia może być zgłoszone do ubezpieczenia swoich ro-

¹⁷ Art. 10 § 1 zd. 2 ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. Kodeks rodzinny i opiekuńczy (Dz. U. Nr 9, poz. 59 z późn. zm.; dalej cyt.: kro).

¹⁸ Art. 1 Konwencji o Prawach Dziecka.

¹⁹ Zob. art. 79 ust. 1 Konstytucji wskazujący na obowiązek ochrony macierzyństwa, a więc tym samym życia i zdrowia płodu; zob. akapit dziesiąty Preambuły Konwencji o Prawach Dziecka, w myśl którego dziecko wymaga szczególnej opieki i troski, a zwłaszcza właściwej ochrony prawnej, także przed urodzeniem oraz art. 24 ust. 1 Konwencji o Prawach Dziecka, zgodnie z którym Państwa-Strony mają podejmować właściwe środki w celu zapewnienia matkom właściwej opieki prenatalnej i postnatalnej.

²⁰ Zob. orzeczenie TK z dnia 28 maja 1997 r., K 26/96 (OTK ZU 1997/2/19).

²¹ Zob. art. 1 i art. 2 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz. U. Nr 17, poz. 78 z późn. zm.).

²² Szerzej M. Andrzejewski, *Prawna ochrona rodziny*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, wyd. 2, Warszawa 1999, s. 16; M. Rzewuski, *Definicja dziecka w Polsce. Uwagi de lege lata i de lege ferenda*, „Rejent” 4 (2007), s. 186.

²³ Art. 446(1) kc.

²⁴ Zob. art. 2 ust. 1 pkt 3 oraz art. 67 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

dziców bądź opiekunów prawnych i korzystać z bezpłatnych świadczeń zdrowotnych w czasie kontynuowania nauki. Natomiast dziecko mające orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne orzeczenie traktowane na równi, bez ograniczenia wieku²⁵.

3. PRAWA DZIECKA JAKO PACJENTA

Dziecko jako pacjent ma prawo do korzystania z większości praw przysługujących pacjentom dorosłym, oczywiście z uwzględnieniem ograniczeń wynikających z wieku dziecka i praw przysługujących jego opiekunom.

Do praw pacjenta zalicza się: prawo do świadczeń zdrowotnych, prawo do informacji o stanie zdrowia, prawo do informacji o rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, prawo do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych, prawo do zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego, prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta, prawo do dostępu do dokumentacji medycznej, prawo do sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia, jeżeli mają one wpływ na prawa lub obowiązki pacjenta wynikające z przepisów, prawo do poszanowania życia rodzinnego i prywatnego, a także prawo do opieki duszpasterskiej²⁶. Odnośnie do praw dziecka w szpitalu należy wspomnieć o istnieniu dokumentu o nazwie Europejska Karta Praw Dziecka w Szpitalu, który został opracowany przez Krajowe Stowarzyszenie na rzecz Opieki nad Dziećmi w Szpitalu w Wielkiej Brytanii (National Association for the Welfare of Children in Hospital – NAWCH) i zaaprobowany przez trzynaście krajów na I Europejskiej Konferencji Stowarzyszeń na rzecz Dzieci w Szpitalu w 1988 r. Dokument ten oczekuje na ratyfikację przez Polskę, jednocześnie jest wprowadzany w wielu szpitalach w kraju na podstawie regulaminów. Jest to zbiór

²⁵ Zob. art. 5 pkt 3 lit. a oraz art. 67 w/w ustawy. Należy wspomnieć, że zgodnie z art. 4a ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 123, poz. 776 z późn. zm.), „osoby, które nie ukończyły 16 roku życia zaliczane są do osób niepełnosprawnych, jeżeli mają naruszoną sprawność fizyczną lub psychiczną o przewidywanym okresie trwania powyżej 12 miesięcy, z powodu wady wrodzonej, długotrwałej choroby lub uszkodzenia organizmu, powodującą konieczność zapewnienia im całkowitej opieki lub pomocy w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych w sposób przewyższający wsparcie potrzebne osobie w danym wieku”. W praktyce oznacza to, że dzieci, które ukończyły 16 lat w świetle przepisów cytowanej ustawy są traktowane jak osoby pełnoletnie.

²⁶ Szczegółowy wykaz praw pacjenta znajduje się w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (od art. 6 do art. 40).

dziesięciu praw, które powinny być przestrzegane w szpitalach na oddziałach dziecięcych²⁷.

Zgodnie z Europejską Kartą Praw Dziecka w Szpitalu dzieci należy przyjmować do szpitala tylko wtedy, kiedy nie jest możliwe ich leczenie w domu, pod opieką poradni lub na oddziale dziennym. Dzieci mają prawo do stałego towarzystwa rodziców lub opiekunów. Dodatkowo w szpitalu nie należy wprowadzać żadnych ograniczeń dla osób odwiedzających, bez względu na wiek dziecka. Rodzicom należy stwarzać warunki pobytu w szpitalu razem z dzieckiem i nie może się to wiązać z dodatkowymi kosztami lub utratą zarobków. Dzieci i rodzice mają prawo do informacji, a w przypadku dzieci informacje te należy przekazywać w sposób odpowiedni do ich wieku i możliwości pojmowania. Dzieci i ich rodzice mają prawo współuczestniczyć we wszystkich decyzjach dotyczących leczenia. Każde dziecko powinno być chronione przed zbędnymi zabiegami diagnostycznymi i leczniczymi. Dzieci powinny przebywać razem z innymi dziećmi w podobnym wieku, nie powinno się ich umieszczać razem z dorosłymi. Dzieciom należy stworzyć warunki do zabawy, odpoczynku i nauki odpowiednio do ich wieku i samopoczucia. Przygotowanie i umiejętności personelu muszą uwzględniać potrzeby fizyczne i psychiczne dzieci. Zespół opiekujący się dziećmi w szpitalu powinien zapewnić im ciągłość leczenia. Dzieci powinny być traktowane z taktem i wyrozumiałością, zawsze należy szanować ich prawo do intymności.

4. ZGODA NA UDZIELENIE ŚWIADCZENIA MEDYCZNEGO

Dziecko jest szczególnym uczestnikiem systemu ochrony zdrowia, ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, jednak z uwagi na wiek nie może samodzielnie decydować o korzystaniu z przysługujących mu świadczeń. W imieniu dziecka na przeprowadzenie badania lub innych świadczeń musi wyrazić zgodę jego przedstawiciel ustawowy, którym zazwyczaj są rodzice, ewentualnie kurator lub opiekun²⁸. Na gruncie prawa medycznego funkcjonują przepisy dające pewne uprawnienia dziecku, które ukończyło 13 oraz 16 lat. Takie regulacje zawiera ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry z 1996 r. Mianowicie do wzięcia udziału w eksperymencie medycznym ustawa przewiduje konieczność uzyskania obok pisemnej zgody przedstawiciela

²⁷ Dokument jest ogólnodostępny w dziecięcych oddziałach szpitalnych, na stronach internetowych szpitali i na stronie: http://www.dzieciecyszpital.pl/szpital/images/stories/galeria/pdf/euro_karta_praw_dziecka.pdf [dostęp: 29.01.2014].

²⁸ Zob. art. 92, art. 99 i art. 145-153 kro.

ustawowego również pisemnej zgody małoletniego, który ukończył 16 lat²⁹. Lekarz ma obowiązek udzielenia pełnej informacji medycznej pacjentowi, który ukończył 16 lat, natomiast młodszemu pacjentowi lekarz udziela informacji w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu diagnostycznego lub terapeutycznego i wysłuchuje jego zdania³⁰. Na przeprowadzenie badań i udzielenie świadczeń zdrowotnych jest wymagana zgoda od pacjenta, który ukończył 16 lat, natomiast na wykonanie zabiegu operacyjnego i leczenie stwarzające ryzyko, zgoda w formie pisemnej³¹. Przy braku zgody w podanych przypadkach sprawę rozstrzyga sąd opiekuńczy.

Zgodnie z przepisami ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów z 2005 r. nie można pobrać komórek, tkanek lub narządów od zmarłego małoletniego, który za życia po ukończeniu 16 lat wyraził sprzeciw lub taki sprzeciw za jego życia wyraził przedstawiciel ustawowy³². Również bez zgody małoletniego, który ukończył 13 lat, nie można pobrać szpiku kostnego i komórek krwiotwórczych krwi obwodowej; dodatkowo do dokonania pobrania potrzebna jest zgoda jego przedstawiciela ustawowego po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego³³. Warto także zwrócić uwagę, iż osoba, która ukończyła 16 lat, nie może bez swojej zgody zostać umieszczona w szpitalu psychiatrycznym. W uzasadnionych przypadkach może być w takim szpitalu umieszczona decyzją sądu opiekuńczego³⁴.

We wszystkich opisanych przypadkach zgoda małoletniego jest tzw. zgodą równoległą, obok zgody jego przedstawiciela ustawowego, a w przypadku sprzecznych oświadczeń decyzję podejmuje sąd opiekuńczy³⁵. Mimo iż osoba młodsza może być również zdolna do świadomego uczestniczenia w procesie decyzyjnym o poddaniu się bądź nie określonym procesom medycznym, granica ukończenia 16 lat do wyrażenia lub odmowy zgody obok zgody opiekuna na udzielenie świa-

²⁹ Art. 25 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 1997 r. Nr 28, poz. 152 z późn. zm.).

³⁰ Art. 31 ust. 5 i 7 w/w ustawy.

³¹ Art. 32 ust. 5 i art. 34 ust. 4 w/w ustawy.

³² Art. 5 ust. 2-3 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. Nr 169, poz. 1411 z późn. zm.).

³³ Zob. art. 12 ust. 3-4 w/w ustawy.

³⁴ Art. 22 ust. 4 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

³⁵ M. K a c z m a r e k, *Pomoc i interwencja w rodzinie, czyli co każdy pracujący z dzieckiem i rodziną wiedzieć powinien*, Wydawnictwo Naukowe Instytutu Technologii Eksploatacji – Państwowego Instytutu Badawczego, Warszawa 2011, s. 35.

dczenia zdrowotnego jest niezmienna. Natomiast w przypadku młodszego dziecka decyduje wyłącznie jego przedstawiciel ustawowy lub sąd opiekuńczy³⁶.

Kontrowersje może budzić także leczenie pacjenta bez jego zgody, które jest dopuszczalne w sytuacji, gdy wymaga on niezwłocznej pomocy lekarskiej, a ze względu na swój stan zdrowia lub wiek nie może wyrazić zgody i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym. Decyzję o podjęciu czynności medycznych, w takiej sytuacji, lekarz powinien w miarę możliwości skonsultować z innym lekarzem i opisać okoliczności działania w dokumentacji medycznej pacjenta³⁷.

5. GWARANTOWANE ŚWIADCZENIA OPIEKI ZDROWOTNEJ

Świadczeniobiorcy, na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, mają prawo do świadczeń opieki zdrowotnej mających na celu: zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnację oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie³⁸. Świadczenia gwarantowane wszystkim pacjentom obejmują: podstawową opiekę zdrowotną, ambulatoryjną opiekę specjalistyczną, leczenie szpitalne, opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień, rehabilitację leczniczą, świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, leczenie stomatologiczne, lecznictwo uzdrowiskowe, zaopatrzenie w wyroby medyczne, ratownictwo medyczne, opiekę paliatywną i hospicyjną, świadczenia wysokospecjalistyczne, programy zdrowotne, leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne dostępne w aptece na receptę, a także programy lekowe i leki stosowane w chemioterapii określone w przepisach ustawy o refundacji³⁹. Świadczenia profilaktyczne skierowane do dzieci obejmują między innymi wykonywanie szczepień ochronnych, profilaktykę stomatologiczną do ukończenia 19 roku życia, profilaktyczną opiekę zdrowotną w środowisku nauczania i wychowania, wykonywanie badań z zakresu medycyny sportowej do ukończenia 21 roku życia, wczesną, wielospec-

³⁶ Zob. wyrok TK z dnia 11 października 2011 r., K 16/10 (OTK ZU 2011/8A/80); zob. A. Miśkiewicz-Janiczek, *Autonomia małoletniego w zakresie leczenia*, „Państwo i Prawo” 10 (2009), s. 57-69.

³⁷ Art. 33 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty.

³⁸ Art. 15 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

³⁹ Art. 15 ust. 2 w/w ustawy.

jalistyczną i kompleksową opiekę nad dzieckiem zagrożonym niepełnosprawnością lub niepełnosprawnym⁴⁰.

6. ODPOWIEDZIALNOŚĆ LEKARZY I ZAKŁADÓW LECZNICZYCH

Podmioty udzielające świadczeń opieki zdrowotnej za naruszenie zdrowia i praw pacjentów ponoszą odpowiedzialność prawną, a w szczególności cywilną, karną oraz zawodową.

Lekarz i zakład leczniczy ponoszą odpowiedzialność cywilną za szkody wyrządzone pacjentowi, a w razie jego śmierci osobom bliskim⁴¹. Odpowiedzialność ta może być deliktowa lub kontraktowa w razie zawarcia umowy z pacjentem⁴². W tym drugim przypadku dochodzi do zbiegu odpowiedzialności, gdyż szkoda na osobie, będąca niewykonaniem lub nienależytym wykonaniem zobowiązania jest zawsze czynem niedozwolonym⁴³.

Szpitala i przychodnie, będąc samodzielными publicznymi lub niepublicznymi zakładami opieki zdrowotnej, mającymi osobowość prawną, w procesach odszkodowawczych występują we własnym imieniu, a także same ponoszą odpowiedzialność za swoje zobowiązania za szkody wyrządzone pacjentom.

Lekarze prowadzący praktykę w formie jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka lekarska bądź w formie spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej jako grupowa praktyka lekarska, ponoszą odpowiedzialność za szkody wyrządzone pacjentom zgodnie z przepisami kodeksu cywilnego. Lekarzy zatrudnionych w zakładach leczniczych na podstawie umowy o pracę chroni kodeks pracy i w razie wyrządzenia szkody pacjentom ponoszą tylko odpowiedzialność pracowniczą, regresową, ograniczoną do wysokości 3-miesięcznego wynagrodzenia za pracę, chyba że wyrządzili szkodę umyślnie, wtedy regres jest pełny, natomiast odpowiedzialność cywilną ponosi zakład leczniczy⁴⁴. Z kolei lekarze zatrudnieni w zakładach leczniczych na podstawie zamówienia⁴⁵,

⁴⁰ Zob. art. 27 w/w ustawy.

⁴¹ Zob. art. 444–449 kc.

⁴² Odnośnie do odpowiedzialności deliktowej zob. art. 415, 416, 429, 430 kc, odpowiedzialność kontraktową reguluje art. 471 kc.

⁴³ Art. 443 kc; szkoda na osobie polegająca na uszkodzeniu ciała, rozstroju zdrowia, cierpieniach fizycznych, krzywdzie moralnej; zob. M. S o ś n i a k, *Cywilna odpowiedzialność lekarza*, Wydawnictwo Prawnicze, wyd. 3, Warszawa 1989, s. 7 n.

⁴⁴ Zob. art. 120–122 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (Dz. U. Nr 24, poz. 141 z późn. zm.).

⁴⁵ Zob. art. 26 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, gdzie jest określone, że podmiot leczniczy może udzielić zamówienia na udzielanie w określonym zakresie świadczeń zdrowotnych podmi-

ponoszą odpowiedzialność cywilną za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń w zakresie zamówienia solidarnie z udzielającym zamówienia zakładem leczniczym, niezależnie od tego, czy zakład leczniczy jest publiczny, czy niepubliczny⁴⁶.

Zakłady lecznicze i lekarze mogą również odpowiadać za naruszenie praw pacjenta, a więc m.in. za działanie bez tzw. „poinformowanej” zgody pacjenta, ujawnienie tajemnicy lekarskiej czy danych zawartych w dokumentacji medycznej⁴⁷.

Odnosnie do szkód wyrządzonych pacjentom w szpitalach, należy wspomnieć o wprowadzonym od dnia 1 stycznia 2012 r. pozasądowym systemie kompensacji szkód medycznych. System ten stosuje się do tzw. zdarzeń medycznych, czyli zakażenia pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta albo śmierci pacjenta będącego następstwem niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną: diagnozy, jeżeli spowodowała ona niewłaściwe leczenie albo opóźniła właściwe leczenie, przyczyniając się do rozwoju choroby, leczenia, w tym wykonania zabiegu operacyjnego oraz zastosowania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego⁴⁸. Odszkodowanie w razie zakażenia, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta wynosi do 100 000 zł, a w ra-

towi wykonującemu działalność leczniczą, lub osobie legitymującej się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny.

⁴⁶ Art. 27 ust. 7 w/w ustawy.

⁴⁷ Zob. art. 4 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta; zawinione naruszenie praw pacjenta nie wymaga dowodu szkody, a zadośćuczynienie pieniężne na podstawie powołanego art. 4 ustawy w zw. z art. 448 kc może być przyznane za sam fakt naruszenia, niezależnie od tego, czy w następstwie naruszenia powstała szkoda; jest ono odszkodowaniem o charakterze jednorazowym, pacjent, który występuje o zadośćuczynienie, musi wykazać: jakie prawa zostały naruszone, na czym polegało ich naruszenie oraz określić wartość swojego żądania; odnośnie do zgody pacjenta zob.: wyrok SN z dnia 14 października 2005 r., III CK 99/05 (LEX nr 187040), wyrok SN z dnia 7 listopada 2008 r., II CSK 259/08 (LEX nr 577166), wyrok SN z dnia 16 maja 2012 r., III CSK 227/11 (LEX nr 1211885), wyrok SA w Warszawie z dnia 31 marca 2006 r., I ACa 973/05 (LEX nr 252827), wyrok SA w Warszawie z dnia 11 marca 2008 r., I ACa 846/07 (LEX nr 531737). Na ten temat wypowiedali się szerzej w literaturze: M. S a f j a n, *Prawo i medycyna. Ochrona praw jednostki a dylematy współczesnej medycyny*, Oficyna Naukowa, Warszawa 1998, s. 46 n.; M. Ś w i d e r s k a, *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny*, Dom Organizatora TNOiK, Toruń 2007, s. 172 n.; T. D u k i e t - N a g ó r s k a, *Świadoma zgoda pacjenta w ustawodawstwie polskim*, „Prawo i Medycyna” t. 2, 6/7 (2000), nr 2, s. 95; B. J a n i s z e w s k a, *Odmowa zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego (uwagi na tle wyroku Sądu Najwyższego z 7 listopada 2008 r., II CSK 259/08)*, „Studia Iuridica” 50 (2009), s. 51 n.; D. K a r k o w s k a, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Wolters Kluwer, Warszawa 2010, s. 98 n.

⁴⁸ Zob. M. N e s t e r o w i c z, M. W a ł a c h o w s k a, *Odpowiedzialność za szkody wyrządzone przy leczeniu w związku z nowym pozasądowym systemem kompensacji szkód medycznych*, [w:] *Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa*, red. E. Kowalewski, Dom Organizatora TNOiK, Toruń 2011, s. 20 n.

zie śmierci pacjenta na rzecz spadkobierców do 300 000 zł. Przyznaje je wojewódzka komisja do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, a wypłaca ubezpieczyciel albo podmiot leczniczy prowadzący szpital w razie wyczerpania kwoty gwarancyjnej ubezpieczenia lub niezawarcia umowy ubezpieczenia⁴⁹. Podmiot przyjmujący propozycję odszkodowania składa oświadczenie o zrzeczeniu się wszelkich roszczeń w zakresie szkód, które ujawniły się do dnia złożenia wniosku, a więc dochodzi do zawarcia ugody pozasądowej. Natomiast kompensacji szkód związanych z działaniem lekarza bez „poinformowanej” zgody pacjenta, z przekroczeniem zakresu zgody lub wbrew woli pacjenta oraz gdy lekarz działa *lege artis* co do diagnozy, terapii czy zastosowania produktu lub wyrobu medycznego (w tym tzw. wypadków medycznych, niezawinionych przez lekarza, niezwiązanych z początkowym stanem pacjenta i nieprzewidywalnych) poszkodowany może dochodzić tylko na drodze sądowej.

Poza tym należy zaznaczyć, że przedstawiciele ustawowi małoletniego nie mogą zrzec się roszczeń dziecka, które nie są ich własnymi roszczeniami (a zwłaszcza co do renty, której ten system odszkodowawczy nie przewiduje). Takie zrzeczenie należy uznać za nieważne. Małoletni po uzyskaniu pełnoletności może wystąpić do sądu z roszczeniami odszkodowawczymi⁵⁰.

Pacjent ma prawo wystąpić do sądu również o odpowiedzialność karną lekarza. Zastosowanie w sprawach medycznych mają przepisy prawa karnego⁵¹.

Lekarze ponoszą dodatkowo odpowiedzialność zawodową za naruszenie zasad etyki lekarskiej oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza, tzw. „przewinienie zawodowe”. Odpowiedzialność zawodowa lekarzy jest ponoszona przed specjalnie powołanymi organami samorządowymi w postaci rzeczni-

⁴⁹ Zob. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 lutego 2012 r. w sprawie szczegółowego zakresu oraz warunków ustalania wysokości świadczenia w przypadku zdarzenia medycznego (Dz. U. poz. 207).

⁵⁰ Art. 442¹ § 4 kc: „Przedawnienie roszczeń osoby małoletniej o naprawienie szkody na osobie nie może skończyć się wcześniej niż z upływem lat dwóch od uzyskania przez nią pełnoletności”. Zob. M. N e s t o r o w i c z, *Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych*, LexisNexis, Warszawa 2012, s. 23-24.

⁵¹ Są to m.in. przestępstwa: nieumyślne spowodowanie śmierci (art. 155 kk), spowodowanie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (art. 156 kk), spowodowanie naruszenia czynności narządu ciała lub rozstroju zdrowia innego niż określone w art. 156 (art. 157 § 1-3 kk), narażenie człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (art. 160 § 1 i 3 kk), nieudzielenie pomocy osobie znajdującej się w położeniu grożącym bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (art. 162 § 1 kk), wykonanie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta (art. 192 § 1 kk); szerzej na ten temat zob.: Z. B a n a s z c z y k, M. B a r z y c k a - B a n a s z c z y k, M. B o r a t y Ń s k a [i in.], *Odpowiedzialność lekarza – jej rodzaje i podstawy*, [w:] *Prawo Medyczne*, red. L. Kubicki, Urban & Partner, Wrocław 2003, s. 161-165; M. F i l a r, *Lekarskie prawo karne*, Zakamycze, Kraków 2000.

ka odpowiedzialności zawodowej oraz sądu lekarskiego. Pokrzywdzony pacjent składa skargę na lekarza do rzecznika odpowiedzialności zawodowej, który bada okoliczności i, jeżeli istnieją wystarczające podstawy, kieruje wniosek o ukaranie do właściwego sądu lekarskiego. Kolejnym etapem jest postępowanie co do zasady przed dwuinstancyjnym sądem lekarskim (sąd okręgowy i sąd naczelny). Pokrzywdzony pacjent bierze udział w postępowaniu w charakterze strony⁵².

7. PRIORYTETY I WYZWANIA W OCHRONIE ZDROWIA DZIECI

Prowadzenie racjonalnej polityki zdrowotnej przez państwo wymaga posiadania aktualnej i rzetelnej wiedzy o sytuacji zdrowotnej społeczeństwa oraz o czynnikach wpływających na tę sytuację⁵³. Zdrowie publiczne to „nauka i sztuka zapobiegania chorobom, wydłużania życia oraz promowania zdrowia fizycznego i sprawności poprzez zorganizowane wysiłki społeczeństwa mające na celu higienizację środowiska, zwalczanie zakażeń występujących w społecznościach, edukację jednostek odnośnie zasad higieny osobistej, organizację świadczeń lekarskich i pielęgniarских mających na celu wczesną diagnozę oraz profilaktycznie ukierunkowane leczenie oraz rozwój mechanizmów społecznych, które zapewnią każdej jednostce w społeczeństwie standard życia właściwy dla utrzymania zdrowia”⁵⁴. Zdrowie dzieci powinno stanowić jeden z głównych aspektów zdrowia publicznego, gdyż zdrowe młode pokolenie stanowi szansę na rozwiązanie w przyszłości wielu problemów, z którymi borykamy się dzisiaj, także tych wynikających z prognoz demograficznych⁵⁵.

⁵² Zob. Rozdział 5 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219, poz. 1708 z późn. zm.).

⁵³ M.J. Wysocki, *Słowo wstępne*, [w:] *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, red. B. Wojtyniak, P. Goryński, B. Moskalewicz, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2012, s. 7.

⁵⁴ J. Opolski, *Zdrowie publiczne – geneza, przedmiot i zakres. Wprowadzenie do zagadnienia*, [w:] *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*, red. J. Opolski, t. I, Wydawca: Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa 2011, s. 18. Podaną tu, ciągle aktualną definicję zdrowia publicznego sformułował w 1920 r. Charles-Edward Amory Winslow, profesor zdrowia publicznego Szkoły Medycznej Uniwersytetu Yale.

⁵⁵ J. Szymborski podaje: „W końcu 2010 r. ludność Polski liczyła 38200 tys. mieszkańców, z tego 7140,2 tys. stanowiły dzieci i młodzież w wieku 0–17 lat, a więc około 19% ogółu ludności. Odsetek dzieci i młodzieży w ogólnej populacji maleje nieprzerwanie od połowy lat 80. ubiegłego wieku. W roku 1990 populacja dzieci i młodzieży w wieku 0–17 lat stanowiła prawie 30% społeczeństwa, zaś na początku tego wieku tylko niespełna 25%. W 2010 r. było 5758 tys. dzieci w wieku 0–14 lat, tj. 15,1% ogółu ludności wobec prawie 25% w 1990 roku. Zgodnie z opublikowaną w lipcu 2008 r. przez GUS nową prognozą ludności w Polsce do 2035 r. współczynnik dzietności będzie

Przyczyny wielu problemów zdrowotnych dzieci i młodzieży w Polsce są spowodowane niską jakością, wąskim zakresem oraz utrudnioną dostępnością do opieki profilaktyczno-leczniczej i pomocy socjalnej, co z kolei jest przejawem braku spójnej, konsekwentnej polityki państwa wobec dzieci⁵⁶.

Stan zdrowotny dzieci w Polsce jest wysoce niezadowolający. Często choroby wieku dziecięcego rozpoznawane są późno, a do leczenia specjalistycznego trafiają dzieci już w zaawansowanych stadiach choroby. Potrzebny jest precyzyjny system finansowania i organizacji profilaktyki obejmujący nowoczesny kalendarz szczepień, badania profilaktyczne i bilansowe, projekty przesiewowe pozwalające na wykrycie wczesnych stadiów chorób, zwiększenie nadzoru pediatrycznego i świadomości społecznej zarówno rodziców jak i dzieci⁵⁷.

Szczególnym wyzwaniem współczesności jest zapewnienie odpowiedniej opieki zdrowotnej, programów wczesnych interwencji i poprawy warunków życia dzieciom przewlekle chorym i niepełnosprawnym. Są to dzieci, które na skutek chorób i wrodzonych lub nabytych dysfunkcji wymagają pomocy medycznej w większym stopniu niż ich rówieśnicy. Należy oczekiwać, że liczba dzieci przewlekle chorych będzie rosła ze względu na spadające wskaźniki umieralności niemowląt i wydłużenie trwania życia w przypadku chorób, które wcześniej przyczyniały się do wyższych wskaźników umieralności. W obecnych czasach statystycznie niepełnosprawność intelektualna dotyczy ok. 3% populacji, wśród dzieci do lat 16 waha się od 2 do 4%, a wśród osób dorosłych od 1 do 2%. Mózgowe porażenie dziecięce występuje u 2 dzieci na 1000 żywych urodzeń. Częstość nieprawidłowych umiejętności społecznych i komunikacyjnych z kręgu auty-

kształtował się w granicach 1,42 w 2015 r. do 1,45 począwszy od 2022 roku. Prognozowany jest stały spadek liczby urodzin – do 272 tys. w 2035 roku. Przewiduje się, że liczba dzieci i młodzieży w wieku 0–18 lat zmniejszy się z 7884,3 tys. w roku 2008 do 6020,1 tys. w 2035 r., tj. o ponad 1,8 mln osób, a udział dzieci i młodzieży w populacji ogółem wyniesie tylko 16,7%. Populacja dzieci w wieku do 14 lat zmniejszy się w 2035 r. o 1,4 mln”; J. S z y m b o r s k i, *Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce. Zarys diagnozy i kierunków poprawy*, [w:] *Zdrowie publiczne i polityka ludnościowa*, red. J. Szymborski, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2012, s. 41, 43-44.

⁵⁶ Tamże, s. 41. Wydatki publiczne na ochronę zdrowia kształtują się w Polsce w granicach 4,5% PKB, podczas gdy w większości krajów Unii Europejskiej stanowią one 6-9% PKB, niski poziom finansowania publicznego oznacza dla obywateli ograniczenie dostępności do opieki medycznej lub co najmniej obniżenie jej jakości, M. B a l i c k i, *Organizacja i funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Narodowy Fundusz Zdrowia (stan na 31.12.2009)*, [w:] *Zdrowie publiczne*, red. J. Opolski, t. I, s. 123.

⁵⁷ A. C h y b i c k a, *Problemy zdrowotne dzieci w Polsce*, [w:] *III Akademia Pielęgniarstwa. Konferencja naukowo-szkoleniowa „Bezpieczny Szpital dla Dzieci”*, Wrocław 2010, s. 11-13.

zmu to 3-6 na 1000 nowych urodzeń. Zaburzenia wzroku i słuchu występują u 1 na 100 żywych urodzeń⁵⁸.

Przyjęty przez rząd Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015⁵⁹ odnośnie do dzieci zakłada następujące cele operacyjne: poprawę opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i małym dzieckiem⁶⁰, wspieranie rozwoju i zdrowia fizycznego i psychospołecznego oraz zapobieganie najczęstszym problemom zdrowotnym i społecznym dzieci i młodzieży⁶¹, intensyfikację zapobiegania próchnicy u dzieci i młodzieży⁶². Równocześnie wśród realizowanych w ostatnich latach w Polsce programów Zdrowia Publicznego dotyczących dzieci można wymienić: Program kompleksowej diagnostyki i terapii wewnątrzmacicznej w profilaktyce następstw i powikłań wad rozwojowych i chorób płodu – jako element poprawy stanu zdrowia płodów i noworodków na lata 2009-2013, Program badań przesiewowych noworodków w Polsce na lata 2009-2014, Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej w latach 2013-2015, Program Wczesnej Diagnostyki Obrazowej Nowotworów u Dzieci w latach 2012-2016⁶³.

Co jest istotne, polityka zdrowotna powinna być ukierunkowana nie tylko na rozwój opieki medycznej i skuteczność działań diagnostyczno-leczniczych, ale także na zapewnienie warunków sprzyjających utrzymaniu zdrowia w środowisku życia i pracy mieszkańców, prawidłowego żywienia, możliwości odpoczynku, rekreacji i rozwoju fizycznego, zwłaszcza w stosunku do dzieci i młodzieży, powinna również podejmować działania promujące zdrowie i zapobiegające chorobom. Niezbędnym warunkiem dla skutecznej polityki prozdrowotnej jest współpraca międzysektorowa, przede wszystkim pomiędzy Ministerstwem Zdrowia, Ministerstwem Edukacji Narodowej i Ministerstwem Pracy i Polityki Społecznej, gdyż tylko kompleksowe rozwiązywanie problemów społecznych może przynieść wymierne efekty.

⁵⁸ Tamże; zob. także J. Szymborski, *Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce*, s. 44-58, gdzie autor przedstawia szczegółowe wyniki badań oraz wnioski dotyczące stanu zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce.

⁵⁹ Zob. Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015 przyjęty Uchwałą nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015. Narodowy Program Zdrowia jest podstawowym dokumentem charakteryzującym politykę zdrowotną naszego kraju oraz jej priorytety.

⁶⁰ Tamże, s. 38-39.

⁶¹ Tamże, s. 40-42.

⁶² Tamże, s. 45-47.

⁶³ Informacje szczegółowe dostępne są na stronie Ministerstwa Zdrowia pod adresem: <http://www2.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=m281&ms=&ml=pl&mi=189&mx=6&ma=139> [dostęp: 24.01.2014].

*

Ochrona zdrowia dzieci stanowi kluczowy obszar polityki społecznej państwa. Bezpłatny powinien być nie tylko dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej, ale również leki dla dzieci. Należy także zwracać uwagę, aby badania bilansowe i profilaktyczne dzieci, lekarze pediatrzy wykonywali szczegółowo i w terminie, tak by choroby i anomalie rozwojowe były wykrywane jak najszybciej. Bardzo ważne jest propagowanie zdrowego stylu życia i odpowiednich nawyków żywieniowych poprzez specjalne programy i akcje edukacyjne kierowane na szeroką skalę do dzieci i ich rodziców. Dodatkowo wszystkim dzieciom w przedszkolu i szkole podstawowej bez względu na ich sytuację materialną należałoby zapewnić darmowe obiady. Oczywiście, w pierwszej kolejności troska o prawidłowy rozwój i zdrowie dzieci jest obowiązkiem rodziców, jednak państwo powinno ich czynnie wspierać w realizacji tego jakże ważnego zadania. Pomoc udzielona dzieciom w okresie rozwoju będzie procentować w ich dorosłym życiu, przejawiając się w dobrym zdrowiu fizycznym i psychicznym. Zdrowsze dzieci to zdrowsze całe społeczeństwo w przyszłości, to najlepsza inwestycja dla państwa.

BIBLIOGRAFIA

Źródła prawa międzynarodowego

- Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności z dnia 4 listopada 1950 r. (Dz. U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284 z późn. zm.).
- Europejska Karta Społeczna z dnia 18 października 1961 r. (Dz. U. z 1999 r. Nr 8, poz. 67).
- Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych z dnia 19 grudnia 1966 r. (Dz. U. z 1977 r. Nr 38, poz. 167).
- Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych z dnia 19 grudnia 1966 r. (Dz. U. z 1977 r. Nr 38, poz. 169).
- Konwencja o Prawach Dziecka z dnia 20 listopada 1989 r. (Dz. U. z 1991 r. Nr 120, poz. 526 z późn. zm.).

Źródła prawa polskiego

- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483).
- Ustawa z dnia 25 lutego 1964 r. Kodeks rodzinny i opiekuńczy (Dz. U. Nr 9, poz. 59 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz. U. Nr 16, poz. 93 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (Dz. U. Nr 24, poz. 141 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz. U. Nr 17, poz. 78 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz. 535 z późn. zm.).

- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 1997 r. Nr 28, poz. 152 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 123, poz. 776 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 6 stycznia 2000 r. o Rzeczniku Praw Dziecka (Dz. U. Nr 6, poz. 69 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. Nr 169, poz. 1411 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219, poz. 1708 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696 z późn. zm.).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 lutego 2012 r. w sprawie szczegółowego zakresu oraz warunków ustalania wysokości świadczenia w przypadku zdarzenia medycznego (Dz. U. poz. 207).
- Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015, przyjęty Uchwałą nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015.

Orzecznictwo

- Orzeczenie TK z dnia 28 maja 1997 r., K 26/96, OTK ZU 1997/2/19.
- Wyrok TK z dnia 7 stycznia 2004 r., K 14/03, OTK ZU 2004/1A/1.
- Wyrok TK z dnia 24 lutego 2004 r., K 54/02, OTK ZU 2004/2A/10.
- Wyrok TK z dnia 11 października 2011 r., K 16/10, OTK ZU 2011/8A/80.
- Wyrok SN z dnia 14 października 2005 r., III CK 99/05, LEX nr 187040.
- Wyrok SN z dnia 7 listopada 2008 r., II CSK 259/08, LEX nr 577166.
- Wyrok SN z dnia 16 maja 2012 r., III CSK 227/11, LEX nr 1211885.
- Wyrok SA w Warszawie z dnia 31 marca 2006 r., I ACa 973/05, LEX nr 252827.
- Wyrok SA w Warszawie z dnia 11 marca 2008 r., I ACa 846/07, LEX nr 531737.

Literatura

- Andrzejewski Marek: Prawna ochrona rodziny, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, wyd. 2, Warszawa 1999.
- Banaszczyk Zbigniew, Barzycka-Banaszczyk Małgorzata, Bortyńska Maria [i in.]: Odpowiedzialność lekarza – jej rodzaje i podstawy, [w:] Prawo Medyczne, red. L. Kubicki, Urban & Partner, Wrocław 2003, s. 161-165.
- Chybicka Alicja: Problemy zdrowotne dzieci w Polsce, [w:], III Akademia Pielęgniarstwa. Konferencja naukowo-szkoleniowa „Bezpieczny Szpital dla Dzieci”, Wrocław 2010.
- Dukiet-Nagórska Teresa: Świadoma zgoda pacjenta w ustawodawstwie polskim, *Prawo i Medycyna* t. 2, 6/7 (2000), nr 2, s. 78-95.
- Filar Marian: Lekarskie prawo karne, Zakamycze, Kraków 2000.

- Janiszewska Beata: Odmowa zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego (uwagi na tle wyroku Sądu Najwyższego z 7 listopada 2008 r., II CSK 259/08), *Studia Iuridica* 50 (2009), s. 51-62.
- Kaczmarek Mirosław: Pomoc i interwencja w rodzinie, czyli co każdy pracujący z dzieckiem i rodziną wiedzieć powinien, Wydawnictwo Naukowe Instytutu Technologii Eksploatacji – Państwowego Instytutu Badawczego, Warszawa 2011.
- Karkowska Dorota: Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz, Wolters Kluwer, Warszawa 2010.
- Michałek-Janiczek Aldona: Autonomia małoletniego w zakresie leczenia, *Państwo i Prawo* 10 (2009), 57-69.
- Nestorowicz Mirosław: Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych, LexisNexis, Warszawa 2012.
- Nesterowicz Mirosław, Wałachowska Monika: Odpowiedzialność za szkody wyrządzone przy leczeniu w związku z nowym pozasądowym systemem kompensacji szkód medycznych, [w:] *Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa*, red. E. Kowalewski, Dom Organizatora TNOiK, Toruń 2011, s. 11-32.
- Opolski Janusz: Zdrowie publiczne – geneza, przedmiot i zakres. Wprowadzenie do zagadnienia, [w:] *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*, red. J. Opolski, t. I, Wydawca: Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa 2011, s. 9-29.
- Póździej Stefan: System zdrowotny, [w:] *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*, red. A. Czupryna, S. Póździej, A. Ryś [i in.], t. I, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 2000, s. 127-144.
- Rzewuski Maciej: Definicja dziecka w Polsce. Uwagi de lege lata i de lege ferenda, *Rejent* 4 (2007), s. 186-191.
- Safjan Marek: Prawo i medycyna. Ochrona praw jednostki a dylematy współczesnej medycyny, Oficyna Naukowa, Warszawa 1998.
- Sośniak Mieczysław: Cywilna odpowiedzialność lekarza, Wydawnictwo Prawnicze, wyd. 3, Warszawa 1989.
- Surówka Anna: Miejsce konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia w systemie praw i wolności człowieka i obywatela, [w:] *Dylematy polskiego konstytucjonalizmu*, red. W. Skrzydło, *Przegląd Prawa Konstytucyjnego* 3 (11) 2012, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2012, s. 91-130.
- Szymborski Janusz: Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce. Zarys diagnozy i kierunków poprawy, [w:] *Zdrowie publiczne i polityka ludnościowa*, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2012, s. 40-64.
- Świderska Małgorzata: Zgoda pacjenta na zabieg medyczny, Dom Organizatora TNOiK, Toruń 2007.
- Włodarczyk Cezary, Póździej Stefan: Systemy zdrowotne. Zarys problematyki, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001.
- Wysocki Mirosław J.: Słowo wstępne, [w:] *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, red. B. Wojtyniak, P. Goryński, B. Moskalewicz, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2012, s. 7.

PRAWNE ASPEKTY OCHRONY ZDROWIA DZIECI W POLSCE

S t r e s z c z e n i e

Artykuł przybliża wybrane aspekty ochrony zdrowia dzieci, przedstawia podstawy prawne funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce, definicję pojęcia dziecka – odbiorcy świadczeń opieki zdrowotnej, prawa dziecka jako pacjenta, kwestie związane z wyrażeniem zgody na udzielenie świadczenia medycznego, zakres gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej, odpowiedzialność lekarzy i zakładów leczniczych oraz priorytety i wyzwania w ochronie zdrowia dzieci.

Słowa kluczowe: dziecko, pacjent, prawo, zdrowie publiczne, świadczenia zdrowotne.

LEGAL ASPECTS OF CHILDREN'S HEALTH PROTECTION IN POLAND

S u m m a r y

This article introduces important aspects of child health protection, illustrates the legal basis of the functioning of the health care system in Poland, the definition of a child and his rights as a patient, the issue of consent on performing a medical procedure, the range of the guaranteed health care benefits, responsibility of doctors and medical institutions, also the priorities and challenges in protecting the health of children.

Key words: child, patient, right, public health, health care benefits.