

Opinia prawna o niekonstytucyjności projektowanej ustawy (art. 7a ustawy o prawach pacjenta) umożliwiającej małoletnim od 13. Roku życia korzystanie ze świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki psychiatrycznej realizowanych bez zgody przedstawiciela ustawowego

Streszczenie kluczowych tez opinii prawnej

Projekt zezwala młodzieży od 13. roku życia na korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki psychiatrycznej realizowanych ambulatoryjnie (z wyłączeniem porad lekarskich) bez zgody rodzica. Rozwiązanie prowadzi do generalnego odsunięcia rodziców od decyzji terapeutycznych i informacji o zdrowiu dziecka, a w skrajnych przypadkach pozwala terapię całkowicie ukryć interwencję przed rodziną.

Sprzecznność z Konstytucją:

- Naruszenie art. 18 i 48 Konstytucji: osłabia więzi rodzinne, ingeruje w pieczę rodzicielską bez orzeczenia sądu, choć orzecznictwo TK (K 16/04, K 18/02) nakazuje wyjątkowo ostrożne, indywidualne ograniczanie władzy rodziców.
- Niespełnienie testu proporcjonalności (art. 31 ust. 3): cel – szybszy dostęp do pomocy – można osiągnąć mniej inwazyjnie (reforma systemu, tryb pilny w sądzie).
- Sprzecznność z art. 8 EKPC – ingerencja w życie rodzinne bez konieczności i bez starannego wyważenia interesów dziecka i rodziców.

Nie adekwatność zastosowanego środka do potrzeby systemowej:

Główne bariery w dostępie do opieki psychiatrycznej, wskazane przez NIK i przytoczone w uzasadnieniu, mają charakter organizacyjny: deficyt specjalistów, kolejki, słaba koordynacja między resortami. Odosobnione przypadki braku zgody rodziców można rozwiązać już dziś przy pomocy sądu opiekuńczego.

Ryzyka praktyczne:

- Rozbicie zaufania w rodzinie, konflikty po ujawnieniu tajnych wizyt.
- Brak kryteriów oddzielających sytuacje realnego zagrożenia od zwykłych napięć nastolatka z rodzicem.
- Możliwość ideologicznej „afirmacji wybranej płci” bez kontroli rodziców – doświadczenia Szwecji, Finlandii i Wielkiej Brytanii pokazują, że wykluczenie rodziców prowadziło do nadużyć, od których państwa te się wycofały.

Dowody naukowe na absurdalność przyjętych rozwiązań.

Metaanalizy 73 RCT jasno wskazują: udział rodziców zwiększa skuteczność terapii i trwałość efektów; marginalizacja opiekunów jest sprzeczna z aktualnymi standardami pediatrii (Raport Cass, 2024).

Rekomendacja

Ustawę należy skierować do Trybunału Konstytucyjnego w trybie kontroli prewencyjnej.

Przedmiotem analizy jest nowelizacja ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, która dodaje art. 7a umożliwiający małoletnim, po ukończeniu 13 lat, korzystanie ze świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki psychiatrycznej realizowanych bez zgody rodziców lub opiekunów prawnych. Udzielający pomocy specjalista ma obowiązek poinformować przedstawiciela ustawowego o stanie zdrowia psychicznego dziecka oraz o konieczności dalszego leczenia, chyba że uzna, iż poinformowanie rodzica zagraża dobru małoletniego – wówczas zawiadamia sąd opiekuńczy. Nowe przepisy zostały uchwalone z

intencją zapewnienia dostępu do wsparcia psychiatrycznego dla młodzieży pozostającej w kryzysie, zwłaszcza gdy rodzice nie wyrażają na to zgody lub sami są przyczyną problemów dziecka. W niniejszej opinii dokonano oceny konstytucyjności tej regulacji w świetle zasady ochrony rodziny, praw rodziców (art. 18 i 48 Konstytucji RP), zasady proporcjonalności ograniczania praw obywatelskich oraz zasady dobra dziecka, a także zakazu dyskryminacji. Uwzględniono również standardy międzynarodowe (Europejska Konwencja Praw Człowieka, orzecznictwo ETPCz oraz odwołano się do praktyki państw UE). Analiza prowadzi do wniosku, że kwestionowana nowelizacja budzi poważne zastrzeżenia co do zgodności z Konstytucją RP, zaś przedstawione w niej rozwiązania są sprzeczne z istotną częścią dorobku naukowego współczesnej psychiatrii. Nie bez znaczenia pozostają również zmiany w otoczeniu regulacyjnym, w szczególności wprowadzanie zakazów i utrudnień regulacyjnych w zakresie tzw. terapii afirmacyjnej. Choć w całym projekcie nie wspomniano o ułatwieniu dostępu małoletnim do tego typu konkretnej usługi medycznej, jednak można z łatwością domniemywać, że był to główny cel regulacyjny.

Naruszenie art. 18 i 48 Konstytucji RP – ochrona rodziny i pieczy rodzicielskiej

Art. 18 Konstytucji stanowi, że małżeństwo, rodzina, macierzyństwo i rodzicielstwo znajdują się pod ochroną i opieką Rzeczypospolitej Polskiej. Przepis ten nakłada na władze publiczne obowiązek wzmacniania więzi rodzinnych, w szczególności relacji między rodzicami a dziećmi. Jak stwierdził Trybunał Konstytucyjny (TK) w orzeczeniu z 18 maja 2005 r., sygn. K 16/04, polityka państwa powinna umacniać, a nie osłabiać więzi rodzinne. Z kolei art. 48 ust. 1 Konstytucji gwarantuje rodzicom prawo do wychowania dzieci zgodnie z własnymi przekonaniami, co obejmuje kierowanie ich rozwojem, dbałość o edukację, zdrowie i moralność. Rodzicom przysługuje piecza nad dzieckiem, w ramach której podejmują oni decyzje dotyczące jego życia, w tym decyzje o udzieleniu dziecku świadczeń zdrowotnych. Konstytucja w art. 48 ust. 2 wyraźnie przewiduje, że pozbawienie lub ograniczenie praw rodzicielskich może nastąpić tylko w przypadkach przewidzianych w ustawie i na podstawie prawomocnego orzeczenia sądu. Ustawodawca zwykły nie może zatem arbitralnie wyłączać określonych atrybutów władzy rodzicielskiej – każda ingerencja w sferę praw rodziców musi następować w trybie indywidualnej kontroli sądowej i z ważnej przyczyny (np. zagrożenie dobra dziecka).

Projektowany art. 7a stanowi odstępstwo od ogólnej zasady wyrażonej w Kodeksie rodzinnym i opiekuńczym oraz ustawie o działalności leczniczej, iż małoletni pacjent może korzystać ze świadczeń zdrowotnych wyłącznie za zgodą przedstawiciela ustawowego (bądź za zgodą sądu opiekuńczego, gdy rodzic odmawia zgody na potrzebne leczenie). Nowe przepisy de facto ograniczają prawo rodziców do decydowania o terapii dziecka, przyznając pozorną samodzielność decyzyjną małoletnim od 13 lat w zakresie leczenia psychiatrycznego. Należy podkreślić, że samodzielność ta jest pozorna z uwagi na oczywisty brak zdolności dziecka do zrozumienia podejmowanych decyzji. Rodzic zostaje postawiony przed faktem dokonanym – może zostać poinformowany o odbyciu przez dziecko sesji terapeutycznych dopiero po ich realizacji, bez swojej wcześniejszej wiedzy czy zgody. W ten sposób dziecko zostaje w rzeczywistości pozbawione opieki i narażone na kontakt z osobami, które mogą zwyczajnie mieć interes ekonomiczny w świadczeniu określonych usług. Nawet jeśli rodzic po fakcie uzyska informację o skorzystaniu przez dziecko z pomocy psychiatry, nie ma wpływu na już udzielone świadczenie. Co więcej, w pewnych sytuacjach (uznanych przez terapeutę za uzasadnione dobrem dziecka) rodzic w ogóle nie zostanie poinformowany – zamiast tego zawiadomiony zostanie sąd opiekuńczy. Oznacza to, że państwo celowo dopuszcza wyłączenie rodziców z procesu decyzyjnego i informacyjnego dotyczącego zdrowia psychicznego ich dziecka. Taka regulacja budzi ogromne wątpliwości z perspektywy art. 48 Konstytucji. Prawo rodziców do wychowania i kierowania dzieckiem

obejmuje również troskę o jego zdrowie oraz prawo do informacji medycznej o stanie dziecka. Trybunał Konstytucyjny wielokrotnie podkreślał, że rodzice są naturalnymi opiekunami dziecka, a ich prawo do wykonywania władzy rodzicielskiej może zostać ograniczone tylko w wyjątkowych okolicznościach, gdy wymaga tego ochrona dobra dziecka, i to z poszanowaniem gwarancji proceduralnych (udział sądu). W analizowanym przypadku dochodzi natomiast do generalnej i abstrakcyjnej ingerencji ustawowej – ustawodawca z góry odbiera rodzicom pewien zakres decydowania o dziecku (w sferze opieki psychiatrycznej) wszystkim rodzinom, niezależnie od ich indywidualnej sytuacji. W praktyce oznacza to osłabienie konstytucyjnie chronionej więzi rodzic–dziecko, poprzez dopuszczenie, by dziecko działało poza wiedzą i wolą rodzica przy korzystaniu z pomocy medyczno-psychiatrycznej. Taki skutek ustawy jest trudny do pogodzenia z art. 18 Konstytucji, nakazującym państwu wzmacniać więzi rodzinne, a nie je niszczyć.

Warto zauważyć, że zgodnie z obecnym stanem prawnym lekarz co do zasady ma obowiązek informować rodziców małoletniego pacjenta o jego stanie zdrowia i leczeniu, gdyż to rodzice wyrażają zgodę i ponoszą odpowiedzialność za decyzje medyczne dotyczące dziecka. Projektowana ustawa odwraca tę regułę – przewiduje, iż specjalista może świadczyć pomoc psychiatryczną 13-latkowi bez uprzedzenia rodzica, a dopiero po pewnym czasie przekazuje opiekunowi informacje, i to tylko o tyle, o ile sam uzna to za nieszkodliwe dla dziecka. Rodzic traci zatem możliwość reagowania *ex ante* na problemy dziecka, zostaje pozbawiony prawa do wcześniejszej konsultacji czy wyboru terapeuty, a niekiedy także dostępu do informacji *ex post*. Jest to poważne ograniczenie prawa do pieczy nad dzieckiem, nieprzewidziane dotychczas w systemie – *de iure* władza rodzicielska nie zostaje tu formalnie ograniczona wyrokiem sądu, ale *de facto* rodzic nie może w pełni wykonać swoich praw i obowiązków w opisanym zakresie. Trudno nie dostrzec tu analogii do sytuacji ograniczenia władzy rodzicielskiej, które zgodnie z art. 48 ust. 2 Konstytucji powinno następować tylko w trybie sądowym. Ustawodawca, ustanawiając generalną normę pozwalającą ominąć zgodę rodzica, obchodzi wymóg kontroli sądowej – każdy rodzic dziecka powyżej 13 lat zostaje potencjalnie dotknięty ustawowym ograniczeniem swojego konstytucyjnego prawa, niezależnie od tego, czy właściwie wykonuje obowiązki wobec dziecka. W orzecnictwie TK przyjęto zaś, że ingerencje ustawowe, które mogą osłabiać więzi między rodzicami a dziećmi, należy oceniać surowo z perspektywy art. 18 i 48 Konstytucji.

Nowe przepisy mogą prowadzić do wielu problematycznych sytuacji. Po pierwsze, potajemne korzystanie z terapii przez dziecko może nadwerężyć relacje w rodzinie. Jeżeli np. nastolatek uda się samowolnie do psychiatry, a rodzic dowie się o tym po fakcie z pism przesłanych przez poradnię lub – w skrajnym przypadku – z informacji z sądu opiekuńczego, może to wywołać szok, poczucie utraconego zaufania i kontroli nad wychowaniem dziecka. Nie jest trudno wyobrazić sobie konflikt rodzinny, gdy rodzic odkryje, że dziecko z pomocą państwa zataiło przed nim istotne problemy. Podczas debaty sejmowej zwracano uwagę, że regulacja może skutkować dodatkowym konfliktem i utratą zaufania między rodzicami a dzieckiem. Zamiast poprawy sytuacji dziecka, efektem może być pogorszenie atmosfery domowej i eskalacja sporu – tym groźniejsza, że dotyczy rodzin już zmagających się z kryzysem.

Po drugie, ustawa otwiera możliwość, by dziecko podjęło istotne decyzje pod nieobecność rodzica, potencjalnie sprzeczne z jego światopoglądem lub oceną dobra dziecka. Przykładowo, 14-letnie dziecko wychowane w określonym systemie wartości może w tajemnicy przed rodzicami uzyskać pomoc medyczną o charakterze ideologicznym lub dotyczącą delikatnych kwestii (np. identyfikacji płciowej, życia seksualnego, religijności, relacji rodzinnych). Rodzice mogą mieć zupełnie inne spojrzenie na sposób rozwiązywania problemów nastolatka – np. w rodzinach kierujących się wiarą religijną preferowane może

być wsparcie duszpasterskie czy terapia zgodna z ich wartościami. Pominięcie rodziców oznacza, że dziecko może zostać ukierunkowane przez terapeutę w sposób sprzeczny z przekonaniami rodziny. Rodzi to pytanie, czy państwo wkracza tu w neutralność światopoglądową i nie zastępuje wychowawczej roli rodzica arbitralnymi metodami oddziaływania na dziecko. Europejski Trybunał Praw Człowieka (ETPC) wyrażał w swoich orzeczeniach pogląd, że władze publiczne powinny powstrzymać się od działań mogących indoktrynować dzieci wbrew woli rodziców, gdyż prawo rodziców do wychowania jest chronione w ramach prawa do poszanowania życia rodzinnego (art. 8 EKPC) oraz wolności myśli, sumienia i wyznania (art. 9 EKPC) – przykładem są sprawy dotyczące indoktrynacji szkolnej lub wychowania religijnego, w których ETPC uznawał naruszenie praw rodziców, jeżeli państwo narzucało treści sprzeczne z ich przekonaniami (*np. sprawa Kjeldsen, Busk Madsen i Pedersen przeciwko Danii, wyrok z 1976 r., dot. obowiązkowej edukacji seksualnej*). W kontekście pomocy psychiatrycznej, pozbawienie rodziców wpływu na wybór rodzaju terapii i specjalisty może oznaczać, że dziecko zostanie poddane oddziaływaniu sprzecznemu z wizją dobra dziecka wyznawaną przez rodziców. Władza rodzicielska obejmuje zaś prawo do ukierunkowania wychowania dziecka zgodnie z własnymi wartościami, z uwzględnieniem rosnącej dojrzałości dziecka, ale jednak z zachowaniem nadrzędnej roli rodzica aż do osiągnięcia pełnoletności.

Po trzecie, pojawia się kwestia dostępu rodziców do dokumentacji medycznej i ciągłości opieki. Skoro dziecko 13-letnie może odbyć wizytę u psychiatry bez zgody i wiedzy rodzica, to czy rodzic – dowiadując się po fakcie – będzie miał dostęp do pełnej dokumentacji z tych wizyt? Ustawa tego wprost nie reguluje. Tymczasem zgodnie z ustawą o prawach pacjenta, prawo dostępu do dokumentacji medycznej pacjenta ma przedstawiciel ustawowy małoletniego. Czy jednak ta regulacja zadziała, jeśli rodzic formalnie nie był „stroną” zgłaszającą dziecko do leczenia? Jeśli lekarz uzna, że powiadomienie rodzica zagraża dobru dziecka i skieruje sprawę do sądu, rodzic może nawet przez dłuższy czas nie wiedzieć, czego sprawa dotyczy. Taka alienacja informacyjna rodzica stoi w sprzeczności z ideą, że to rodzina jest najbardziej naturalnym środowiskiem wychowania i ochrony dziecka, a zadaniem instytucji publicznych jest wspierać rodziców w realizacji ich roli, nie zaś ich zastępować. Art. 18 Konstytucji wymaga, by polityka państwa sprzyjała integracji rodziny i wspólnemu działaniu rodziców dla dobra dziecka. Tutaj natomiast mechanizm ustawy zakłada działanie poza rodziną, co może rozbić spójność działań opiekuńczo-wychowawczych. Jak zauważył TK, trwałe odseparowanie dziecka od rodzica czy uniemożliwienie rodzicowi udziału w istotnym fragmencie życia dziecka jest dopuszczalne tylko przy zaistnieniu bardzo poważnych okoliczności i z woli niezawisłego sądu, nigdy zaś jako rutynowe rozwiązanie ustawowe stosowane wobec wszystkich.

Analizowana regulacja jawi się wyraźnie jako podważająca konstytucyjne gwarancje ochrony rodziny i władzy rodzicielskiej. TK w swych orzeczeniach akcentował, że państwo nie może zastępować rodziców w wypełnianiu ich funkcji wychowawczej, chyba że rodzice ci rażąco zaniedbują swe obowiązki lub krzywdzą dziecko, co musi być stwierdzone indywidualnie. Na przykład w wyroku z 28 kwietnia 2003 r., sygn. K 18/02, TK wskazał, że organy władzy publicznej muszą respektować autonomię rodziny, a wszelka ingerencja w kompetencje rodziców wymaga wykazania jej niezbędności dla ochrony dziecka. Standard konstytucyjny zakazuje uprzedmiotowienia rodziców i pozbawiania ich naturalnej roli w procesie dorastania dzieci – przeciwnie, państwo ma wspierać rodziców w wychowaniu (art. 72 ust. 2 Konstytucji nakłada na władze publiczne obowiązek pomocy rodzinie w opiece nad dzieckiem pozbawionym opieki rodzicielskiej). W świetle tych zasad, ułatwienie dziecku dostępu do psychiatry bez udziału rodzica rodzi poważne obawy. Można argumentować, że kwestionowana regulacja narusza art. 48 ust. 1 Konstytucji (prawo rodziców do wychowania dzieci), gdyż odbiera rodzicowi możliwość zrealizowania tego prawa w istotnym fragmencie

dotyczącym zdrowia psychicznego. Ponadto narusza art. 18 Konstytucji – zamiast chronić rodzinę, osłabia ją, wprowadzając mechanizm potencjalnie konfliktogenny i wyłączający rodzica ze sprawowania pieczy. Podsumowując tę część, należy stwierdzić, że projektowana ustawa godzi w konstytucyjne wartości, jakimi są ochrona rodziny i władza rodzicielska. Bez dostatecznego uzasadnienia pozbawia rodziców ich praw i obowiązków względem dzieci w delikatnej sferze życia, jaką jest zdrowie psychiczne. Taki stan prawny pozostaje w kolizji z art. 48 i 18 Konstytucji RP oraz z utrwalonym orzecznictwem TK interpretującym te przepisy jako gwarancję nadrzędnej roli rodziny w wychowaniu dzieci.

Brak proporcjonalności zastosowanych środków demokratycznym państwie prawa.

Zasada proporcjonalności (art. 31 ust. 3 Konstytucji) wymaga, aby ograniczenia konstytucyjnych praw i wolności (tu: prawa rodziców z art. 48 oraz pośrednio prawa dziecka do wychowania w rodzinie) były konieczne dla ochrony wartości o randze konstytucyjnej i niezbędne do osiągnięcia zamierzonego celu, a zarazem proporcjonalne sensu stricto, tzn. by korzyści przewyższały społeczne uciążliwości. Analizując nową regulację w tym pryzmacie, powstaje pytanie: czy dopuszczenie 13-latków do terapii psychiatrycznej bez zgody rodziców jest środkiem niezbędnym i właściwie wyważonym dla ochrony zdrowia psychicznego młodzieży? Czy cel ustawy – poprawa dostępności pomocy psychiatrycznej dla małoletnich w kryzysie – nie mógł zostać osiągnięty metodami mniej inwazyjnymi względem praw rodziców i więzi rodzinnych? Uzasadnienie projektodawców odwołuje się do alarmujących danych o rosnącej skali zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży oraz przypadków, gdy rodzice nie dostrzegają potrzeb dziecka bądź sami stanowią źródło przemocy. Bezspornie troska o zdrowie psychiczne młodego pokolenia jest ważnym zadaniem publicznym (por. art. 68 ust. 1 i 3 Konstytucji – prawo do ochrony zdrowia i szczególna opieka nad dziećmi). Jednak diagnoza problemu przedstawiona przez autorów ustawy zdaje się być niekompletna i skupiona jednostronnie na kwestii braku zrozumienia ze strony części rodziców. Tymczasem niezależne analizy i raporty, zwłaszcza Najwyższej Izby Kontroli (NIK), wskazują, że główne przyczyny trudności w dostępie nieletnich do opieki psychologicznej mają charakter systemowy, a nie wynikają wprost z barier stwarzanych przez rodziców. Z kontroli NIK przeprowadzonych w latach 2020–2023 wynika, że system wsparcia psychologicznego i psychoterapeutycznego dla dzieci i młodzieży jest niewydolny strukturalnie – brakuje odpowiedniej liczby specjalistów (psychologów, psychoterapeutów), poradnie są przepełnione, a czas oczekiwania na wizytę bywa dramatycznie długi (nawet do 12 miesięcy). W 2020 r. w 62% szkół w Polsce nie było na etacie ani jednego psychologa, dopiero w 2023 r. odsetek ten spadł do 42%, co wciąż oznacza olbrzymie braki kadrowe. Nowo tworzone ośrodki środowiskowej opieki psychologicznej co prawda zwiększyły dostępność świadczeń, ale zapotrzebowanie znacznie przekraczało możliwości tych placówek. Innymi słowy, popyt na pomoc psychologiczną przewyższa podaż usług, co skutkuje tym, że wiele potrzeb dzieci pozostaje niezaspokojonych na czas. NIK punktuje także brak skoordynowanego modelu współpracy między resortami edukacji, zdrowia i pomocy społecznej – pomimo zapowiedzi reform nie stworzono Centrów Dziecka i Rodziny ani standardów działania poradni, a działania resortu edukacji były nieskuteczne. Wreszcie, w systemie edukacji brakuje profilaktyki i edukacji emocjonalnej – podstawy programowe pomijają w praktyce ten wymiar rozwoju młodzieży. Powyższe ustalenia NIK prowadzą do wniosku, że kluczowe problemy to braki organizacyjne i finansowe państwa w obszarze ochrony zdrowia psychicznego dzieci, a nie wyłącznie opór rodziców. Oczywiście zdarzają się sytuacje, gdzie rodzice nie współpracują – część bagatelizuje objawy, zwleka z decyzją o wizycie u specjalisty lub wypiera fakt istnienia zaburzeń u dziecka. NIK odnotowała przypadki, gdy nieletni sam szukał pomocy, dzwoniąc do ośrodka, ale rodzic (zwłaszcza z środowisk patologicznych) nie wyrażał zainteresowania podjęciem terapii. Są to sytuacje bardzo trudne, wymagające reakcji – jednakże nawet według NIK miały one charakter

incydentalny (sygnalizowane przez „jeden z kontrolowanych ośrodków”). Nie jest to zatem reguła dotycząca większości rodzin, lecz raczej patologiczne wyjątki. System prawny już obecnie zawiera mechanizmy na takie okoliczności: jeśli rodzic zaniedbuje potrzeby zdrowotne dziecka, służby społeczne mogą wszcząć procedurę (np. wywiad kuratorski, sprawa w sądzie opiekuńczym o ograniczenie władzy rodzicielskiej z art. 109 KRO). W skrajnych przypadkach istnieje możliwość – za zgodą sądu – zastosowania przymusowego leczenia psychiatrycznego lub interwencji instytucji takich jak Rzecznik Praw Dziecka. Innymi słowy, prawo przewiduje indywidualne środki interwencji wobec rodziców, którzy odmawiają pomocy dziecku. Projektodawcy jednak zdają się zakładać, że problem ma charakter masowy i systemowy, skoro proponują generalną normę dotyczącą wszystkich rodzin z nastolatkami. Ta generalizacja rodzi wątpliwość, czy spełniono wymóg konieczności ograniczenia prawa rodziców. Czy rzeczywiście jedynym sposobem na poprawę dostępu do terapii było odsunięcie rodziców od decydowania? Alternatywnie, państwo mogło – i powinno, jak sugeruje raport NIK – skupić się na naprawie systemu opieki: zwiększeniu liczby psychologów szkolnych, skróceniu kolejek w poradniach, stworzeniu efektywnie działających centrów pomocy rodzinie, kampaniach edukacyjnych dla rodziców o zdrowiu psychicznym dzieci. Zwraca się uwagę, że Ministerstwo Edukacji i Nauki przez lata nie wdrożyło przygotowanych rozwiązań i zaniechało działań, które mogły realnie poprawić sytuację. Tymczasem sięgnięto po środek najbardziej kontrowersyjny i inwazyjny, uderzający w prawa rodziny – czyli zezwolenie dziecku na samowolne korzystanie z pomocy bez udziału rodzica. To tak, jakby w celu „leczenia” kryzysu zaufania między nastolatkiem a rodzicem ustawodawca postanowił instytucjonalizować działanie za plecami rodzica, co może to zaufanie jeszcze bardziej podkopać. W publicystyce określono by takie podejście dość dosadnie jako „gaszenie pożaru benzyną” – próba rozwiązania problemu poprzez działania mogące ten problem zaostrzyć. Jeżeli bowiem źródłem wielu kryzysów psychicznych młodzieży jest rozpad więzi rodzinnych i brak komunikacji z rodzicami (na co wskazują psychologowie), to ustawowe zachęcanie do tajemnicy i pomijania rodziców może działać przeciwnie do zamierzeń. Zamiast „wspierać rodzinę w kryzysie zdrowia psychicznego młodzieży” – co projekt deklaruje jako cel – rozwiązanie to może rodzinę osłabiać.

Warto również zauważyć, że mechanizm ustawy jest blankietowy – pozwala każdemu dziecku powyżej 13 lat na uzyskanie pomocy psychiatry bez zgody, niezależnie od przyczyny czy realnej potrzeby pominięcia rodzica. Nie przewidziano żadnych kryteriów weryfikacji, czy dana sytuacja faktycznie uzasadnia brak zgody rodzica (np. podejrzenie przemocy domowej, pilne zagrożenie samobójcze, itp.). Ustawodawca nie wprowadził też obligatoryjnego udziału psychologa szkolnego czy pedagoga jako ogniwa pośredniego – dziecko może samodzielnie zgłosić się do placówki mającej kontrakt z NFZ, legitymując się dowodem tożsamości. W efekcie rozwiązanie działa w oderwaniu od kontekstu rodzinnego i szkolnego. Przykładowo, 14-latek skonfliktowany przejściowo z rodzicem może w emocjach udać się do terapeuty, by poskarżyć się na rodzica, zamiast spróbować rozwiązać spór w domu – co może utwierdzić go w przekonaniu, że rodzic jest zbędny przy rozwiązywaniu jego problemów. Ustawa nie nakłada na terapeutę obowiązku choćby próby włączenia rodzica, jeśli ten nie jest sprawcą przemocy. Przeciwnie, w pierwszej fazie zakłada izolację dziecka. To podejście stoi w sprzeczności z uznanym w pedagogice i psychologii standardem holistycznego podejścia, zgodnie z którym w rozwiązywaniu problemów dziecka należy współpracować z rodziną, o ile to możliwe, a nie eliminować ją z procesu. Nawet same założenia projektodawców wskazują na chęć „wzmocnienia sytuacji małoletniego w obszarze realizacji prawa pacjenta do informacji”, lecz nie idzie za tym realne wzmocnienie roli rodziny. Deklarowane „wzmocnienie systemu rodziny” pozostaje pustym hasłem, skoro w praktyce narzędzia ustawy omijają rodzinę. Brak precyzyjnego zawężenia wyjątku od zasady zgody rodzica do okoliczności absolutnie koniecznych powoduje, że środek ten jest zbyt szeroki i pochopny.

Dokonując ważeń wartości, należy zestawić potencjalną korzyść ustawy (umożliwienie części młodzieży skorzystania z profesjonalnej pomocy mimo sprzeciwu opiekunów) z kosztami społecznymi (osłabienie praw rodziców, ryzyko konfliktów rodzinnych, erozja zaufania w rodzinie, ograniczenie nadzoru rodzicielskiego nad terapią dzieci). Wydaje się, że zakładane pozytywy mogą być osiągnięte w węższy sposób, np. poprzez usprawnienie procedury sądowej w trybie pilnym dla uzyskania zgody na terapię wbrew rodzicowi. Aktualnie, jeżeli małoletni powyżej 16 lat chce się leczyć, a rodzic odmawia, ustawa już przewiduje, że zgodę może wyrazić sąd opiekuńczy. Można było rozważyć rozszerzenie tego mechanizmu również na młodszych nastolatków w sytuacjach nagłych – czyli zachować kontrolę sądu jako gwaranta obiektywnego zbadania, czy brak zgody rodzica rzeczywiście zagraża dobru dziecka. Projekt jednak woli ominąć sąd w pierwszej fazie, dopiero przy kontynuacji terapii przewidując powiadomienie sądu, jeśli rodzica wyłączono od informacji. Tym samym wyeliminowano filtr kontroli proporcjonalności w indywidualnym przypadku. Ograniczono też rolę Rzecznika Praw Dziecka czy kuratora sądowego, którzy mogliby mediować między dzieckiem a rodzicem – ustawa zamiast tego systemowo faworyzuje separację dziecka od rodzica przy szukaniu pomocy. Można postawić tezę, że środek ten nie jest proporcjonalny sensu stricto. Narusza istotę prawa rodzicielskiego (bo czyni wyjątek od udziału rodzica w decyzjach zdrowotnych, co jest fundamentalnym atrybutem władzy rodzicielskiej), podczas gdy efekt leczniczy dla dziecka jest niepewny. Jeśli rodzic był nieświadomy pierwszej fazy, może stracić zaufanie zarówno do dziecka, jak i do systemu opieki zdrowotnej, co utrudni dalszą współpracę. Zatem ryzyko negatywnych konsekwencji (eskalacja konfliktu rodzinnego, przerwanie terapii po ujawnieniu, wrogość rodzica do systemu ochrony zdrowia psychicznego) jest znaczne. Czy warto je ponosić, skoro przyczyny kryzysu leżą gdzie indziej (w niedofinansowaniu i braku specjalistów), a dotychczasowy system prawny przewidywał środki zaradcze w sytuacjach, gdy rodzic działa na szkodę dziecka?

W państwach Unii Europejskiej obserwuje się różne podejścia do kwestii autonomii nastolatków w podejmowaniu decyzji zdrowotnych. Generalnie trend wyznaczają rozwiązania hybrydowe: w wielu krajach stosuje się zasadę tzw. podwójnej zgody (np. dziecko powyżej pewnego wieku musi wyrazić zgodę wraz z rodzicem), a w razie sporu decyduje sąd lub niezależna komisja. Brak jest praktyki całkowitego wyłączenia rodzica ustawą w tak niskim wieku jak 13 lat. Na uwagę zasługują szczególnie doświadczenia krajów, które eksperymentowały z szerokim umożliwieniem małoletnim decydowania o istotnych kwestiach zdrowotnych – np. w zakresie tzw. terapii afirmacyjnej tożsamości płciowej (która jest skrajnym przypadkiem ingerencji medycznej podejmowanej często pod presją nastolatka). Szwecja i Finlandia po okresie liberalnego podejścia w ostatnich latach radykalnie zmieniły kurs, wycofując się z afirmacyjnej polityki zmiany płci u nieletnich. W Szwecji w 2021 r. zakazano rutynowego stosowania blokerów dojrzewania i hormonów u dzieci poniżej 18 lat, dopuszczając takie interwencje jedynie w ramach ścisłych procedur eksperymentalnych i w wyjątkowych przypadkach. Podejście czysto afirmacyjne – opierające się na założeniu, że nastolatek „wie lepiej” i sam może decydować o swojej tożsamości i leczeniu – zostało odrzucone jako zbyt ryzykowne. Decyzję tę podjął prestiżowy Instytut Karolinska w Sztokholmie już w 2021 r., a rok później podobne ograniczenia objęły cały system opieki zdrowotnej Szwecji. Wpływ na to miały zarówno badania naukowe kwestionujące bezpieczeństwo i skuteczność takich terapii u młodzieży, jak i głośnie przypadki młodych pacjentów, którzy czuli się pokrzywdzeni zbyt pochopnym leczeniem. W Wielkiej Brytanii z kolei doszło wręcz do zamknięcia jedynej kliniki tożsamości płciowej dla dzieci (Tavistock Clinic), po serii skandali związanych z zarzutami, że pochopnie kierowano małoletnich na zmianę płci, ignorując zdanie rodziców i zbyt słabo wnikając w przyczyny zaburzeń. W lipcu 2022 r. Narodowa Służba Zdrowia (NHS) zdecydowała o likwidacji tej

placówki w jej miejsce utworzono mniejsze ośrodki przy szpitalach pediatrycznych, kładące nacisk na psychoterapię i wzmacnianie samoakceptacji młodzieży zamiast od razu medykaliżować problemy.

Raport dr Hilary Cass wykazał, że dotychczasowy model opieki pozostawiał nastolatków „w poważnym ryzyku”, m.in. z uwagi na brak holistycznego podejścia i zaniedbanie zdrowia psychicznego na rzecz szybkiej afirmacji. Te przykłady z Europy pokazują pewną zmianę paradygmatu: dostrzeżono, że zbyt daleko posunięta autonomia dziecka przy decyzjach o zdrowiu (zwłaszcza w kontekście tożsamości i psychiatrii) może prowadzić do błędów nie do odwrócenia, a wyłączenie lub marginalizacja roli rodziców bywa szkodliwa. Zamiast tego zaleca się większą ostrożność, pogłębioną diagnozę i włączenie opiekunów, aby decyzje były naprawdę w najlepszym interesie dziecka. Odnosząc te doświadczenia do polskiej ustawy: choć korzystanie z porad psychiatry to nie tak drastyczna interwencja jak terapie hormonalne, mechanizm jest podobny – pominięcie rodziców motywuje się chęcią dobra dziecka, ale może skutkować niekontrolowanym ukierunkowaniem dziecka przez jedną tylko stronę – specjalistę, który podchodzi z określonej perspektywy teoretycznej. Jeśli w przyszłości doszłoby do sytuacji, że np. 14-latek w tajemnicy przed rodzicem omawia z psychiatrą kwestie swojej orientacji seksualnej czy odczuwanego dyskomfortu płciowego, otrzymując jednostronne wsparcie „afirmacyjne” – rodzic może zostać postawiony przed faktem dokonanym, gdy dziecko już się utwierdzi w przekonaniach, a relacja z rodzicem będzie nadwątlona brakiem szczerości. Doświadczenia z innych krajów wskazują zaś na potrzebę rozważań i włączania rodziny. W rezolucjach Rady Europy oraz zaleceniach międzynarodowych organizacji zdrowotnych podkreśla się, że najlepszym środowiskiem dla rozwoju dziecka jest rodzina, a wszelkie działania powinny zmierzać do jej wsparcia, nie zastępowania. Konwencja o Prawach Dziecka (art. 5) zobowiązuje państwa do szanowania odpowiedzialności, praw i obowiązków rodziców do kierowania dzieckiem przy wykonywaniu przez nie praw konwencyjnych, stosownie do rozwoju jego zdolności. Zgodnie zaś z art. 3 Konwencji, dobro dziecka ma być sprawą nadrzędną we wszystkich działaniach dotyczących dzieci. Wydaje się wątpliwe, by automatyczne odsunięcie rodzica od udziału w terapii można było uznać za zgodne z zasadą najlepszego interesu dziecka, jeśli nie dokonano uprzednio oceny, czy ów rodzic faktycznie zagraża dobru dziecka. Dziecko generalnie potrzebuje wsparcia zarówno specjalistów, jak i rodziny, a najlepsze efekty terapeutyczne osiąga się, gdy te sfery współdziałają. Również zasada niedyskryminacji (art. 2 Konwencji o Prawach Dziecka oraz art. 32 ust. 2 Konstytucji RP) wymaga, by dzieci znajdujące się w podobnej sytuacji miały równy dostęp do swoich praw. Tymczasem ustawa może paradoksalnie prowadzić do nierówności – dzieci z rodzin troskliwych i zaangażowanych zostaną objęte tą samą ryzykowną procedurą co dzieci z rodzin patologicznych. Te pierwsze wcale nie potrzebują pominięcia rodzica, a jednak będą mogły z niego skorzystać np. nastolatek w buntowniczym okresie może to zrobić z błahego powodu, podczas gdy te drugie być może i tak nie zdołają dotrzeć do specjalisty bez pośrednictwa szkoły czy opieki społecznej. Prawo nie czyni tu rozróżnienia, przez co nie adresuje precyzyjnie rzeczywistych potrzeb, za to wszystkich traktuje wedle założenia braku zaufania do rodziców.

Warto zwrócić uwagę, że badania empiryczne ostatnich lat konsekwentnie akcentują, że aktywna partycypacja opiekunów prawnych stanowi warunek skuteczności i trwałości interwencji psychologicznych u osób małoletnich. Systematyczny przegląd siedemdziesięciu trzech randomizowanych badań kontrolowanych wykazał, iż programy terapeutyczne obejmujące rodziców wyraźnie przewyższają interwencje skupione wyłącznie na dziecku, a brak rodzinnego komponentu „ogranicza trwałość efektów” leczenia zaburzeń lękowych i depresyjnych u młodzieży. Podobny wzorzec odnotowano poza psychiatrią: metaanaliza dwunastu RCT (5 573 uczestników) dotyczących otyłości wieku rozwojowego potwierdziła,

że interwencje rodzinne nie tylko istotnie silniej obniżają BMI-z score, lecz również redukują ekspozycję ekranową dzieci średnio o 0,36 h dziennie.

W nurcie krytyki praktyk marginalizujących rodziców centralne miejsce zajmuje raport dr Hilary Cass dla brytyjskiej NHS. Autorka określiła dotychczasowy model opieki nad dziećmi z dysforią płciową mianem „silosowego”, a systematyczne wyłączanie opiekunów prawnych uznała za „niespójne z dobrą praktyką pediatryczną”. Z kolei analiza Yale Law School Integrity Project podkreśla, że ignorowanie głosu rodziców „narusza podstawowe standardy etyczne i kliniczne” oraz stwarza ryzyko decyzji podejmowanych bez pełnej zgody poinformowanej. W efekcie, w latach 2022-2025 państwa takie jak Szwecja, Finlandia i Zjednoczone Królestwo radykalnie ograniczyły stosowanie procedur „afirmacyjnych” właśnie dlatego, iż procedury te pomijały opiekunów i opierały się na nisko-jakościowych dowodach klinicznych.

Znaczenie rodziców w procesie diagnozy i terapii podkreślają również uznani klinicyści. Prof. Kenneth Zucker stwierdza, że „Rodzice wnoszą niepowtarzalną historię rozwoju dziecka; bez ich danych diagnostyka jest ułomna” i że „‘Usunięcie’ rodziców z procesu to nienaukowy eksperyment”. Dr Miriam Grossman wskazuje, iż opiekunowie „potrzebują pełnej informacji, by móc podjąć świadomą zgodę, a nie być biernymi obserwatorami ideologii”. Również dr William Malone, endokrynolog, ostrzega, że decyzje o farmakologicznej interwencji „muszą być poprzedzone zrozumieniem ryzyka przez rodziców”, a dr Jordan Peterson krytykuje stosowanie emocjonalnego szantażu – pytania w rodzaju „chcesz żywe trans-dziecko czy martwe?” – jako nieakceptowalnej podstawy medycyny.

Korzyści z terapii rodzinnych potwierdzają badania nad Brief Strategic Family Therapy, gdzie odnotowano skrócenie hospitalizacji o 30 % i spadek nawrotów o 50 % u młodzieży z zaburzeniami zachowania. Scoping review dotyczący rodzicielskich decyzji o zastosowaniu blokerów dojrzewania pokazuje, że większość opiekunów – motywowanych ochroną zdrowia psychicznego dziecka – podejmuje decyzje dopiero po gruntownej analizie bilansu ryzyka i korzyści, co dowodzi racjonalnej roli rodzica w procesie leczenia.

Ujęcie to znajduje odzwierciedlenie w standardach etycznych. „Medical institutions must treat the Cass review as a wake-up call” – apeluje BMJ, wskazując, że marginalizacja rodziców podważa zasadę informed consent. Idzie to w parze z orzecznictwem: wyrok Bell v. Tavistock (EWHC 3274/2020) stwierdził, iż małoletni nie są w stanie samodzielnie ocenić długoterminowych skutków zabiegów medycznych, a w razie sporu konieczny jest udział sądu.

W świetle tych dowodów legislacyjne pomysły wyłączające opiekunów z pierwszej fazy opieki psychiatrycznej – jak przewiduje art. 7a nowelizacji ustawy o prawach pacjenta – rażąco rozmiągają się z aktualną wiedzą naukową i międzynarodowym zwrotem ku modelowi rodzinnemu. Jak trafnie podsumowuje redakcja Cambridge University Press, „Dzieci otrzymują najlepszą opiekę tylko wtedy, gdy pacjenci i profesjonaliści łączą siły z rodziną – w atmosferze szacunku i komunikacji”.

Wniosek końcowy – potrzeba kontroli konstytucyjności ustawy

Przeprowadzona analiza prowadzi do wniosku, że nowelizacja ustawy o prawach pacjenta (dodający art. 7a) w obecnym kształcie jest wysoce problematyczna konstytucyjnie. Przede wszystkim projektowany art. 7a nie spełnia wymogu proporcjonalności. Ograniczenie praw rodziców i ingerencja w autonomię rodziny nie wydają się ani niezbędne, ani odpowiednio umiarkowane dla realizacji celu w postaci poprawy zdrowia psychicznego młodzieży. Istnieją inne, mniej drastyczne środki zaradcze, a skupienie się na nich (reforma systemu, edukacja, interwencja sądu w razie konfliktu) pozwoliłoby chronić dobro dziecka bez poświęcania

wartości konstytucyjnej, jaką jest ochrona rodziny. Obecne rozwiązanie może przynieść skutek odwrotny do zamierzonego, co stoi w sprzeczności z zasadą poprawnej legislacji i zasadą zaufania obywateli do państwa (art. 2 Konstytucji). Zamiast realnie pomóc dzieciom, ustawa może wywołać kolejne problemy natury prawnej i społecznej, godząc zarazem w konstytucyjne prawa rodziców.

Projektowana regulacja narusza zasadę ochrony rodziny (art. 18 Konstytucji) poprzez osłabienie więzi rodzic–dziecko i pominięcie rodziców w procesie decydowania o sprawach dziecka, co stoi w sprzeczności z obowiązkiem państwa umacniania rodziny. Narusza prawo rodziców do wychowywania dzieci (art. 48 ust. 1 Konstytucji), wkraczając w istotne uprawnienia władzy rodzicielskiej bez indywidualnej kontroli sądowej i bez wykazania, że jest to konieczne dla dobra dziecka.

Dobro dziecka, które powinno być nadrzędnym kryterium, nie wydaje się być należycie zabezpieczone – dziecko pozostawione bez wsparcia rodzica w sytuacji kryzysu może paradoksalnie czuć się jeszcze bardziej zagubione, a po jednorazowej konsultacji bez dalszej opieki rodzinnej jego sytuacja nie ulegnie trwałej poprawie.

Ponadto, projekt ustawy jest niezgodny ze standardami międzynarodowymi, w tym art. 8 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka (prawo do poszanowania życia rodzinnego), gdyż stanowi ingerencję w relacje rodzinne, nieproporcjonalnie uprzywilejowując pozorną autonomię dziecka kosztem integralności rodziny. Europejski Trybunał Praw Człowieka wskazuje, że rozdzielenie dziecka i rodzica – czy to fizycznie, czy decyzyjnie – wymaga bardzo poważnego uzasadnienia i powinno być ostatecznością, przy czym zawsze należy szukać rozwiązań, które umożliwią utrzymanie więzi rodzinnych. W analizowanym przypadku ustawodawca nie wykazał, że nie było innych możliwości osiągnięcia zamierzonego celu ani że wprowadzony środek będzie skuteczny i bezpieczny dla ogółu dzieci. Mając na uwadze powyższe argumenty, zasadne jest skierowanie uchwalonej ustawy w trybie kontroli prewencyjnej do Trybunału Konstytucyjnego albo – w razie wejścia ustawy w życie – wniesienie wniosku o kontrolę abstrakcyjną przez podmioty uprawnione. Trybunał Konstytucyjny powinien ocenić zgodność nowych przepisów z Konstytucją RP, zwłaszcza z art. 18, 48 ust. 1, 48 ust. 2 w zw. z art. 31 ust. 3, a także art. 72 ust. 1 (zasada dobra dziecka) oraz art. 32 (zasada równości wobec prawa). Istnieją bowiem poważne przesłanki, by uznać, że wprowadzona regulacja narusza konstytucyjne gwarancje praw rodziców i rodziny, nie realizując w sposób proporcjonalny deklarowanego celu ochrony zdrowia psychicznego dzieci. W interesie ochrony porządku konstytucyjnego oraz stabilności prawa rodzinnego leży wyjaśnienie tych wątpliwości przez Trybunał.

radca prawny Szymon Gajda