

Warszawski Uniwersytet Medyczny

PRZEGLĄD PRAWA MEDYCZNEGO

KWARTALNIK Nr 1/2026 (22)



ISSN 2657-8573

Warszawski Uniwersytet Medyczny

PRZEGLĄD PRAWA MEDYCZNEGO

KWARTALNIK nr 1/2026 (22)



PRZEGLĄD PRAWA MEDYCZNEGO

Kwartalnik recenzowany według wytycznych Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego

Czasopismo punktowane MNiSW: 70 pkt.

ISSN 2657-8573, e-ISSN 2719-3748

Rada Programowa

Przewodniczący: prof. dr hab. Leszek Pączek (Warszawski Uniwersytet Medyczny)

Medycyna: prof. dr hab. Agnieszka Cudnoch-Jędrzejewska (Warszawski Uniwersytet Medyczny), prof. dr hab. Tomasz Grodzicki (Uniwersytet Jagielloński), prof. dr hab. Marcin Gruchala (Gdański Uniwersytet Medyczny), Łukasz Jankowski (Naczelna Rada Lekarska), prof. dr hab. Tomasz Pasierski (Warszawski Uniwersytet Medyczny), dr Piotr Pawliszak (Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie), dr Tadeusz Urban (Okręgowa Rada Lekarska w Katowicach), dr Piotr Winciunas (Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie), prof. dr hab. Paweł Włodarski (Warszawski Uniwersytet Medyczny)

Etyka: dr Anna Alichniewicz (Uniwersytet Medyczny w Łodzi), prof. dr hab. Alicja Przyłuska-Fischer (Akademia Wychowania Fizycznego w Warszawie), prof. em. dr hab. Zbigniew Szawarski (Uniwersytet Warszawski)

Prawo: prof. em. dr hab. Teresa Dukiet-Nagórska (Uniwersytet Śląski w Katowicach), prof. dr hab. Kinga Flaga-Gieruszyńska (Uniwersytet Szczeciński), prof. dr hab. Agnieszka Malarewicz-Jakubów (Uniwersytet w Białymstoku), prof. dr hab. Teresa Mróz (Uniwersytet w Białymstoku), prof. em. dr hab. Mirosław Nesterowicz (Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu), dr hab. Małgorzata Świdowska, prof. ucz. (Wyższa Szkoła Administracji i Biznesu w Gdyni), prof. em. dr hab. Mirosław Wyrzykowski (Uniwersytet Warszawski), prof. Judit Sándor (Central European University, Węgry), prof. Atina Krajewska (University of Birmingham, Wielka Brytania), prof. Filip Křepelka (Masarykova Univerzita, Czechy), prof. Karl Harald Sövig (Universitetet i Bergen, Norwegia)

Redakcja

Redaktor naczelna: dr hab. Maria Boratyńska, prof. ucz. (Uniwersytet Warszawski, Warszawski Uniwersytet Medyczny)

Zastępca redaktor naczelnej: dr Wojciech Rożdżeński

Sekretarz redakcji: mgr Krzysztof Ślaski

Sekretarz ds. technicznych i finansowych: mgr Aleksander Wiaderek

Redaktorzy merytoryczni: dr hab. Kinga Bączyk-Rozwadowska, prof. ucz., dr hab. Wojciech Machała, prof. ucz., dr hab. Przemysław Konieczniak, dr Jacek Malczewski, dr Ewa Plebanek, dr Joanna Różyńska

Redaktorzy techniczni: mgr Michał Kropiwnicki, mgr Ryszard Przewoźniak

Skład i korekta: dr Joanna Plużańska

Projekt okładki: CORNERIA

Wydawca: Warszawski Uniwersytet Medyczny, ul. Żwirki i Wigury 61, 02-091 Warszawa

Adres redakcji: Warszawski Uniwersytet Medyczny – Przegląd Prawa Medycznego,
ul. A. Pawińskiego 3, 02-106 Warszawa

Spis treści

Dr Dorota Krekora-Zajac

Uniwerytet Warszawski

Zgoda, ustawa czy akt donacji? O poszukiwaniu podstawy na przekazanie części zwłok ludzkich dla celów naukowych 5

Dr Katarzyna Maria Zoń

Uniwerytet SWPS

Ustawiczny rozwój zawodowy osób wykonujących zawody medyczne w świetle ustawy z dnia 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych 31

Dr Karolina Czapska-Malecka

Uniwerytet Warszawski

Wypalenie zawodowe w środowisku medycznym – uwarunkowania prawne. Wnioski *de lege lata* i *de lege ferenda* 54

Mgr Bartosz Batko

Uniwerytet Śląski w Katowicach

Mgr Paweł Urzenitzok

Akademia Leona Koźmińskiego w Warszawie

Prawne ramy stosowania terapii cyfrowej jako subsydiarnej formy procesu leczenia 84

Mgr Filip Pańczyk

Uniwerytet Warszawski

Dostęp do informacji o stanie zdrowia pacjenta pozostającego w związku jednopłciowym 123

Mgr Stanisław Chyla-Smyk

Uniwersytet SWPS

**Zasada *volenti non fit iniuria* w kontekście nieodwracalnych procedur
medycznych i kosmetycznych 154**

R. pr. Jolanta Budzowska

Budzowska Fiutowski i Partnerzy. Radcowie Prawni

Głos do wyroku Sądu Najwyższego z dnia 2 lipca 2025 r., II CSKP 920/23 179

DR DOROTA KREKORA-ZAJĄC

UNIWERSYTET WARSZAWSKI

ORCID: 0000-0003-3782-7477

Zgoda, ustawa czy akt donacji? O poszukiwaniu podstawy na przekazanie części zwłok ludzkich dla celów naukowych

DOI: 10.70537/PPM/210284

Streszczenie

Pobieranie elementów zwłok ludzkich do badań naukowych od lat budzi wiele kontrowersji praktycznych. Było ono przedmiotem również bardzo sprzecznych wypowiedzi przedstawicieli doktryny prawa. Rozwój biobankowania w ostatnich kilkunastu latach spowodował konieczność wskazania precyzyjnej podstawy prawnej dla donacji poszczególnych części ciała, jak np. mózgow, która realnie umożliwi pobieranie komórek, tkanek i narządów dla celów badań naukowych. Od 20 lat nie znowelizowano w tym zakresie ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, co powoduje konieczność wykładni art. 4 tej ustawy jako samodzielnej i szczególnej podstawy pobrania oraz poszukiwania *ratio legis* istniejącej regulacji. Badania naukowe na zwłokach ludzkich są prowadzone od tysięcy lat i były przedmiotem regulacji prawnych w Polsce od chwili odzyskania przez nią niepodległości. Oprócz rysu historycznego w artykule przedstawiono również wnioski *de lege ferenda*, które umożliwią ustawodawcy nie tylko poszanowanie woli negatywnej wyrażonej za życia (sprzeciwu), ale również pozytywnej.

Słowa kluczowe: zgoda, sekcja zwłok, badania naukowe na zwłokach, donacja mózgow, biobankowanie

1. Wstęp i istota problemu

Zwłoki ludzkie od pokoleń były przedmiotem zainteresowania naukowców. To dzięki badaniom na zwłokach może rozwijać się medycyna i wszystkie nauki o człowieku¹. W tym roku mija 20 lat od uchwalenia polskiej ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz.U. z 2023 r., poz. 1185; dalej jako: u.p.k.) oraz 30 lat od przyjęcia pierwszej ustawy o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów z 26 października 1995 r. (Dz.U., nr 138, poz. 682). Regulacje tych ustaw, co jest pewnym polskim fenomenem, dotyczyły jednak nie tylko pobierania komórek, tkanek i narządów ze zwłok dla celów transplantacyjnych (tj. przeszczepiania czy zastosowania u człowieka, dalej zwane celem transplantologicznym), ale również naukowych. Polska ustawa powstała w przeważającej mierze w wyniku harmonizacji europejskiego prawa transplantacyjnego, jednak regulacja w zakresie pobierania komórek, tkanek i narządów ze zwłok ludzkich wykraczała poza zakres zarówno dyrektywy, jak i Rozporządzenia SOHO².

Brak szczególnej regulacji prowadzenia badań biomedycznych w Polsce sprawił, że art. 4 u.p.k.³, pomimo krytycznych głosów doktryny, jest jedną z niewielu regulacji prawnych dopuszczających wprost pobieranie materiału biologicznego ze zwłok ludzkich dla celów naukowych⁴. Z uwagi

¹ P. Morciniec, *Ludzkie zwłoki jako obiekty badawcze: dowolność działań czy normowanie?*, „Diametros” 2009, nr 19, s. 78.

² Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2024/1938 w sprawie standardów jakości i bezpieczeństwa substancji pochodzenia ludzkiego przeznaczonych do zastosowania u ludzi oraz uchylające dyrektywy 2002/98/WE i 2004/23/WE (Dz.Urz. UE L z 2024 r., s. 1938).

³ Komórki, tkanki i narządy mogą być pobierane ze zwłok ludzkich po stwierdzeniu zgonu w sposób określony w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty w celach diagnostycznych, leczniczych, naukowych i dydaktycznych.

⁴ W polskim systemie prawnym najszerza definicja badań naukowych została zawarta w ustawie z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (tj. Dz.U. z 2024 r., poz. 1571 ze zm.), dalej jako: p.s.w. Zgodnie z art. 4 p.s.w. badaniami naukowymi są zarówno badania podstawowe, rozumiane jako prace empiryczne lub teoretyczne, podejmowane przede wszystkim w celu zdobywania nowej wiedzy o podstawach zjawisk i obserwowalnych faktach bez nastawienia na bezpośrednie zastosowanie komercyjne, jak i badania aplikacyjne. Te ostatnie są rozumiane jako prace mające na celu zdobycie nowej wiedzy oraz umiejętności, nastawione na opracowywanie nowych produktów, procesów czy usług lub wprowadzanie do nich znaczących ulepszeń.

jednak na lakoniczność art. 4 u.p.k. i brak określenia dodatkowych warunków dla pobrania materiału biologicznego ze zwłok ludzkich dla celów naukowych w doktrynie od lat wskazywano na konieczność uzyskania zgody zmarłego wyrażonej za życia⁵. Niektórzy wskazują, że zgoda w tym zakresie nie jest wymagana, gdyż sprzeciw wynikający z art. 5 u.p.k. jest dopuszczalny dla wszystkich celów, a nie tylko transplantologicznych⁶. Inni postulują uzyskiwanie zgody zastępczej członków rodziny zmarłego⁷.

Z drugiej strony, zgodnie z zasadą *numerus clausus* czynności prawnych *mortis causa*, człowiek ma ograniczone podstawy do wydawania dyspozycji na wypadek śmierci i zawsze muszą one wynikać wprost z regulacji ustawowej. Zatem powstaje wątpliwość co do interpretacji rozszerzającej skuteczność prawnej zgody na pobranie ze zwłok komórek, tkanek czy narządów, która nie wynika wprost z ustawy. Niektórzy przedstawiciele doktryny wskazują, że brak szczegółowej regulacji dotyczącej celów innych niż transplantacyjne stanowi lukę prawną, która jest trudna do wypełnienia w drodze wykładni⁸. Inni wskazują, że konieczność szczegółowych regulacji dotyczących zwłok ludzkich wynika z faktu przekraczania „zasad moralnych czy kanonów religijnych”⁹. Z uwagi jednak na rozwój badań naukowych na ludzkich narządach, tkankach i komórkach oraz ich biobankowanie należałoby rozważyć *ratio legis* art. 4 u.p.k. oraz wskazać na podstawy prawne dla pobrania komórek, tkanek lub narządów ze zwłok ludzkich dla celów naukowych.

⁵ M. Nesterowicz, K. Śliwka, *Pobieranie ze zwłok komórek, tkanek i narządów do celów naukowych – problem prawny i medyczny*, „Prawo i Medycyna” 2009, nr 4, s. 6-7; M. Królikowski, *Transplantacja* [w:] *Transplantacje. Spór o dar*, red. B. Chyrowicz, Lublin 2011, s. 93-94; M. Żelichowski, *Pobranie komórek, tkanek i narządów: zgoda jest regułą, sprzeciw wyjątkiem*, <https://archiwum.rp.pl/artukul/712430-Pobranie-komerek-tkanek-i-narzadow--zgoda-jest-regula--sprzeciw-wyjatkiem.html>; D. Tykwińska-Rutkowska, *Transplantacja. Studium z prawa administracyjnego*, Warszawa 2014, s. 141.

⁶ A. Fiutak, *Odpowiedzialność karna za wykonanie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta*, Warszawa 2016, s. 209.

⁷ P. Morciniec, *Status filozoficznomoralny i teologicznomoralny ludzkiego ciała, zwłok, komórek, tkanek i narządów w kontekście badań nad ludzkim materiałem biologicznym* [w:] *Ciało w badaniach naukowych i praktyce medycznej*, red. J. Pawlikowski, Warszawa 2020, s. 87.

⁸ E. Guzik-Makaruk, *Transplantacje* [w:] *System Prawa Medycznego, Regulacja prawna czynności medycznych*, red. M. Boratyńska, P. Konieczniak, Warszawa 2019, s. 33.

⁹ A. Tworowska, *Określenie statusu ludzkich zwłok jako problem prawno-społeczny*, „Prawo i Medycyna” 2015, nr 2, s. 70.

Celem artykułu jest zatem odpowiedź na trzy pytania:

1. Czy w polskiej tradycji ustawodawczej podstawą dla wykorzystywania zwłok ludzkich dla celów naukowych była zgoda zmarłego?
2. Jakie skutki prawne wywołuje sprzeciw wyrażony za życia co do pobrania komórek, tkanek i narządów ze zwłok ludzkich dla celów naukowych?
3. Czy art. 4 u.p.k. jest wystarczającą podstawą prawną do pobierania komórek, tkanek i narządów ze zwłok ludzkich dla celów naukowych?

Konsekwencją odpowiedzi na te pytania badawcze jest nie tylko wykładnia art. 4 u.p.k., ale również wskazanie postulatów *de lege ferenda*.

W tekście pominę w tym zakresie tematy, które były już przedmiotem moich publikacji, a więc status prawny i filozoficzny zwłok ludzkich¹⁰, kwestie rozporządzania zwłokami poprzez polecenie testamentowe¹¹, prawa kultu pamięci po osobie zmarłej¹² oraz akty donacji zwłok¹³.

2. Zmiany w przeznaczeniu części zwłok ludzkich dla celów naukowych

Trzydzieści lat od uchwalenia prawa transplantacyjnego w Polsce to czas wielkiego rozwoju nie tylko transplantologii, ale również badań naukowych na ciele ludzkim. Nie ulega wątpliwości, że zwłoki ludzkie były przedmiotem zainteresowania naukowców od wieków (*mortui vivos docent*),

¹⁰ D. Krekora-Zajac, *Ludzka próbka biologiczna wykorzystywana dla celów naukowych jako przedmiot prawa cywilnego*, „Studia Prawnicze INP PAN” 2015, nr 3, s. 93 i nast.; J. Pawlikowska, J. Pawlikowski, D. Krekora-Zajac, *Biobanking of human biological material and the principle of noncommercialisation of the human body and its parts*, „Bioethics” 2023, nr 2, s. 164.

¹¹ D. Krekora-Zajac, *Dopuszczalność polecenia dotyczącego pochówku i innego dysponowania zwłokami* [w:] *Ius et Ratio. Księga Jubileuszowa dedykowana Profesor Elżbiecie Skonrońskiej-Bocian*, red. W. Borysiak, A. Golaszewska, M. Olechowski, J. Wierciński, Warszawa 2022, s. 663.

¹² D. Krekora-Zajac, *art. 4 [w:] Ustawa o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. Komentarz*, red. D. Tykwińska-Rutkowska, Warszawa 2025, s. 140.

¹³ D. Krekora-Zajac, *O konieczności zmiany regulacji prawnej „aktu donacji zwłok ludzkich”*, „Państwo i Prawo” 2017, nr 11, s. 85.

a badania na nich przeprowadzone stały się fundamentem współczesnej wiedzy medycznej i innych nauk o człowieku¹⁴. Przez wiele dziesięcioleci przedmiotem zainteresowania naukowców były całe zwłoki, a nie jedynie ich wybrane części.

Radykalnie to podejście zmienił rozwój biobankowania ludzkiego materiału biologicznego. Biobanki sprawiły, że zaczęto zbierać dla celów naukowych już nie całe zwłoki, a wybrane narządy, a niekiedy nawet komórki i tkanki. Powstały biobanki, które zbierają i udostępniają dla celów badań naukowych również takie narządy, których obecny rozwój medycyny nie pozwala przeznaczyć dla celów transplantacyjnych, jak np. mózgi¹⁵. W 2009 r. magazyn Time¹⁶ uznał biobankowanie za jedną z idei, która może zmienić świat, umożliwia ona bowiem właśnie prowadzenie badań naukowych na bardzo małych elementach ciała ludzkiego i generowanie olbrzymich ilości danych.

Przez ostatnie lata powstały zarówno na świecie, jak i w Polsce, biobanki, które zbierają, digitalizują i przekazują dla celów naukowych narządy pochodzące tylko ze zwłok ludzkich. Przykładem takich biobanków są biobanki mózgów. Badania przeprowadzone na danych i próbkach z nich pochodzących zrewolucjonizowały nasze postrzeganie chorób takich jak demencja, Alzheimer czy Parkinson¹⁷. Dowiedzieliśmy się, jaki wpływ na mózg miał covid, a jaki mikroplastik¹⁸. Biobanki te nie mają możliwości przechowywania całych zwłok. Co więcej, w praktyce dość często ze zwłok pobierane są dla celów naukowych pojedyncze narządy, aby umożliwić bliskim pochowanie zwłok w zwyczajowym czasie po śmierci.

¹⁴ A. Liwerska-Garstecka, „*Mortui vivos docent*” – badania anatomiczne w starożytnej medycynie greckiej, „Medycyna Nowożytna” 2023, nr 2, s. 121.

¹⁵ Największy biobank mózgów istnieje w Warszawie od 1952 r. w Instytucie Psychiatrii i Neurologii. Zawiera on zdigitalizowaną kolekcję ponad 6 tysięcy mózgów.

¹⁶ A. Park, *10 Ideas Changing the World Right Now*, <https://content.time.com/time/covers/0,16641,20090323,00.html>.

¹⁷ [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanneur/PIIS1474-4422\(24\)00313-2.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanneur/PIIS1474-4422(24)00313-2.pdf).

¹⁸ A.J. Nihart, M.A. García, E. El Hayek i in., *Bioaccumulation of microplastics in decedent human brains*, „Nature Medicine” 2025, nr 31.

3. Rozwój regulacji prawnej przekazywania całych zwłok ludzkich dla celów badań naukowych w Polsce

Na wstępie należy zauważyć, że regulacja prawna prowadzenia badań na ludzkich zwłokach w Polsce początkowo połączona była z regulacją etyczną. M. Soniewicka wskazuje, że w tradycji europejskiej widać zdecydowanie mocniej niż w tradycji *common law* podejście godnościowe do zwłok ludzkich znajdujące swoje uzasadnienie w filozofii Kanta¹⁹. Pierwszy kodeks deontologiczny po zaborach został uchwalony w 1928 r. na terenie wileńsko-nowogrodzkiej izby lekarskiej. W rozdziale IX, który został poświęcony pracy naukowej, wskazywano zasady, na podstawie których materiał do pracy naukowej (wówczas określany jako zwłoki) jest w dyspozycji konkretnego lekarza²⁰. Obecnie Kodeks Etyki Lekarskiej nie odnosi się do badań na zwłokach ludzkich, regulując jedynie pobranie ze zwłok ludzkich narządów, tkanek i komórek dla celów transplantacyjnych²¹. Nie istnieją również rekomendacje czy zalecenia kierowane do lekarzy określające zasady dotyczące pobierania części zwłok ludzkich dla celów naukowych, jak jest to np. w Norwegii²².

Po odzyskaniu przez Polskę niepodległości zagadnienie kształcenia lekarzy, a więc również przekazywania zwłok ludzkich dla celów naukowych i dydaktycznych, było przedmiotem ożywionej dyskusji. Jak wskazuje P. Żelazko, „jeszcze w 1919 r. przeprowadzanie sekcji zwłok do celów naukowych nie było rozwiązaniem wyjątkowym”²³. Kontrowersje

¹⁹ M. Soniewicka, *Status normatywny ludzkich zwłok, ludzkiego ciała i odłączonych od niego części – perspektywa filozoficzna* [w:] *Ciało w badaniach naukowych i praktyce medycznej*, red. J. Pawlikowski, Warszawa 2020, s. 102.

²⁰ Za: A. Gałęska-Słiwka, *Komisje Bioetyczne na tle ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty*, Warszawa 2024, s. 79; Zasady Deontologii Lekarskiej obowiązujące na terenie wileńsko-nowogrodzkiej izby lekarskiej, Pogoń, Wilno 1929, s. 15.

²¹ Art. 34 Kodeksu Etyki Lekarskiej – załącznika nr 5 do uchwały Nadzwyczajnego XVI Zjazdu Lekarzy z 18 maja 2024 r.

²² National Committee for Research Ethics on Human Remains, *Guidelines for Ethical Research on Human Remains*, 2022, <https://www.forskningsetikk.no/en/guidelines/human-remains/guidelines-for-research-ethics-on-human-remains/>.

²³ P. Żelazko, *Wykorzystanie zwłok na cele naukowe w Polsce w XX w. – analiza historyczno-prawna* [w:] *Prawa człowieka w perspektywie społecznej i prawnej*, red. G. Skrobotowicz, Lublin 2023, s. 135.

społeczne przybrały jednak na sile w latach dwudziestych XX w., gdy na uczelniach medycznych w Polsce pojawiała się tzw. „trupia afera” dotycząca nieprzekazywania dla celów naukowych zwłok żydowskiego pochodzenia²⁴.

Pierwszą szczegółową podstawą dla pobierania części zwłok ludzkich było Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z 1928 r. o zakładach leczniczych²⁵, w myśl którego zwłoki osób zmarłych w szpitalach publicznych były poddane sekcji (art. 40). Nowelizacja rozporządzenia w 1949 r.²⁶ zezwoliła na pobranie w czasie sekcji tkanek w celach leczniczych, a ponadto w „przypadkach, gdy wymagają tego poważne względy naukowe (...) właściwy ordynator może zarządzić dokonanie sekcji przed upływem 12 godzin od chwili śmierci”²⁷. Rozporządzenie stanowiło samodzielną podstawę pobrania, nie uzależniając go od zgody zmarłego lub członków jego rodziny.

W późniejszych latach regulacja w zakresie pobrania dla celów naukowych zaczęła budzić pewne kontrowersje. W 1963 r. B. Popielski wskazywał, że „(w) zasadzie należałoby w takich przypadkach uzyskiwać zgodę osób uprawnionych (rodziny zmarłego). Ze względu na stan psychiczny rodziny zmarłego byłoby jednak trudne i nietaktowne zwracanie się do niej z takimi sprawami. Lekarz powinien w każdym przypadku rozstrzygnąć sprawę według własnego sumienia i na własną odpowiedzialność, decydując się na samodzielne pobranie materiału do zbiorów naukowych w przypadkach szczególnie uzasadnionych. Wartość naukowa anatomicznych, anatomopatologicznych lub sądowo-lekarskich zbiorów muzealnych usprawiedliwia jednak takie postępowanie”²⁸. Odrzucano koncepcję, w ramach której podstawą dla pobrania dla celów naukowych narządów i tkanek ze zwłok ludzkich miała być wola zmarłego²⁹. J. Sawicki w 1966 r.

²⁴ Ibidem, s. 136.

²⁵ Dz.U. z 1928 r., nr 38, poz. 382.

²⁶ Dz.U., nr 65, poz. 350.

²⁷ Art. 40 ust. 2 ustawy z dnia 30 grudnia 1949 r. w sprawie zmiany rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o zakładach leczniczych (Dz.U., nr 65, poz. 530).

²⁸ B. Popielski, *Medycyna i prawo*, Warszawa 1963, s. 136.

²⁹ J. Sawicki, *Przymus leczenia, eksperyment, udzielenie pomocy i przęszczęp w świetle prawa*, Warszawa 1966, s. 222.

wskazywał na przypadki, kiedy sądy w innych krajach odrzucały takie oświadczenia woli zmarłego, wskazując, że są one prawnie nieważne³⁰.

Pomimo braku regulacji ustawowej wcześniej również dostrzegano konieczność wykorzystania całych zwłok dla celów naukowych. Z okólnika nr 52/49³¹ w sprawie przekazywania zwłok szkołom akademickim do celów naukowych wynikało, że powstawał on z uwagi na to, że „wydziały lekarskie szkół akademickich odczuwają dotkliwy brak zwłok do celów naukowych”³². W dokumencie tym Minister Zdrowia dokonał podziału kraju pomiędzy poszczególne szkoły akademickie³³ (podobny podział zawierała również instrukcja nr 10/68 Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 19 kwietnia 1968 r. w sprawie przekazania zwłok akademikom medycznym do celów naukowych³⁴). Szkoły akademickie mogły wystąpić o zwłoki pochodzące również z innego rejonu – wówczas podstawą były porozumienia pomiędzy zarządami instytucji mających dostarczyć zwłoki (szpitali, więzień, domów starców) oraz powiadomienie portowego urzędu zdrowia. Zgodnie z pkt 4 okólnika koszty związane z przechowaniem i przewozem zwłok przeznaczonych dla szkół akademickich ponosiły te szkoły.

Kolejna uchwalona regulacja to ustawa z 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (dalej jako: u.c.). Umożliwiała ona już wprost przekazywanie całych zwłok dla celów naukowych na podstawie art. 10. W uzasadnieniu do art. 10 ust 2 u.c. wskazano jedynie, że „(z)włoki niepochowane mogą być przekazane zakładom naukowym dla celów badawczych”³⁵. Brakowało w tym zakresie szerszego uzasadnienia przyjętej regulacji, być może dlatego, że temat ten nie budził istotnych kontrowersji.

³⁰ Ibidem.

³¹ Dz.Urz. Min. Zdr., nr 16, poz. 118.

³² Z. Branowitzer, L. Krotkiewska, *Chowanie zmarłych. Przepisy prawne i komentarz. Stan na dzień 1 maja 1963*, Warszawa 1963, s. 84.

³³ Zgodnie z tym podziałem Uniwersytet Warszawski otrzymywał zwłoki pochodzące z terenów m.st. Warszawy, woj. warszawskiego i białostockiego.

³⁴ Na mocy instrukcji zwłoki z terenów m.st. Warszawy i województwa warszawskiego były przekazywane do Akademii Medycznej w Warszawie.

³⁵ Uzasadnienie do projektu Rady Ministrów ustawy o cmentarzach o chowaniu zmarłych, NR RM. 784/58/Pt., Druk nr 229, s. 2.

Od początku obowiązywania ustawy o cmentarzach i chowaniu zmarłych podstawą do przekazania zwłok dla celów naukowych nie była zgoda członków rodziny, a decyzja administracyjna. Początkowo – właściwego do spraw zdrowia i opieki społecznej organu prezydium powiatowej (miejskiej, dzielnicowej) rady narodowej – później po nowelizacji ustawy, która weszła w życie 1 stycznia 1999 r., właściwego starosty. Strona podmiotowa tej regulacji została ograniczona w 2007 r. poprzez wskazanie, że zwłoki mogą być przekazane tylko publicznym uczelniom medycznym lub publicznym uczelniom prowadzącym działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych. W 2018 r. rozszerzono też cel przekazania zwłok również na cel dydaktyczny.

Obecnie, zgodnie z art. 10 ust. 2 u.c. zwłoki niepochowane przez najbliższą rodzinę, tj. małżonka, krewnych zstępnych i wstępnych, krewnych bocznych do 4. stopnia pokrewieństwa oraz powinowatych w linii prostej do 1. stopnia, mogą być przekazane do celów naukowych i dydaktycznych uczelni medycznej lub innej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i naukową w dziedzinie nauk medycznych. Przekazanie zwłok dla tych celów nie jest uzależnione od woli zmarłego. Podstawą takiego przekazania jest decyzja starosty wydana na podstawie art. 10 u.c., a sam tryb przekazania jest regulowany przez rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie trybu i warunków przekazywania zwłok do celów naukowych z dnia 30 lipca 2009 r. (Dz.U., nr 129, poz. 1067). Dopiero w dniu 1 stycznia 2007 r. uchwalono nowelizację ustawy umożliwiającą przekazanie zwłok uczelni na podstawie pisemnego oświadczenia osoby, która pragnie przekazać swoje zwłoki tej uczelni. Początkowo, jak wskazuje A. Tworkowska, uczelnie nadal głównie pozyskiwały ciała na podstawie decyzji administracyjnej³⁶. Obecnie większość uczelni medycznych prowadzi programy świadomej donacji zwłok, a zainteresowanie tymi programami sprawia, że polskie uczelnie nie borykają się z problemem niedoboru zwłok dla celów naukowych czy dydaktycznych³⁷.

³⁶ A. Tworkowska, *Implikacje prawne i społeczno-kulturowe śmierci człowieka, ze szczególnym uwzględnieniem problematyki ochrony dóbr osobistych*, rozprawa doktorska, Białystok 2013, <https://repozytorium.uwb.edu.pl/jspui/handle/11320/3746?mode=full>.

³⁷ Takie wnioski wynikały z Pierwszego Otwartego Seminarium Wydziału Medycznego i Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Warszawskiego pt. *Donacja ciała do celów naukowych i dydaktycznych – aspekty*

Zupełnie inaczej wygląda sytuacja w zakresie pobierania ze zwłok ludzkich komórek, tkanek i narządów. Uchwalona dnia 30 sierpnia 1991 r. ustawa o zakładach leczniczych³⁸ pomijała możliwość pobrań dla celów naukowych. Dopuszczała jednak na podstawie art. 24 ust. 2 pobranie narządów lub tkanek ze zwłok do celów leczniczych, jeśli osoba zmarła nie wyraziła za życia sprzeciwu. Po raz pierwszy wówczas uregulowano sprzeciw wobec pobrania dla celów transplantacyjnych.

4. Ustawa z dnia 26 października 1995 r. o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów

Pomimo faktu, że nigdy w prawie polskim pobranie tkanek i narządów nie było oparte na woli zmarłego, w doktrynie na etapie prac nad ustawą z dnia 26 października 1995 r. o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów podnoszono głosy, że „przymusowe dawstwo organów” jest wyrazem „dyktatury profesjonalistów” oraz „nie godzi się z etyką”³⁹. W toczącej się wówczas dyskusji G. Rejman podnosiła, że ustawa z 1995 r. rozszerzyła prawo lekarzy do pobierania części zwłok ludzkich względem pierwotnego prawa do pobierania dla celów dydaktycznych i naukowych⁴⁰. Z rozważań tych wynikało, że na etapie prac nad ustawą nie budziło zasadniczych kontrowersji wykorzystanie części zwłok ludzkich dla celów naukowych czy ich przetwarzania przez przemysł farmaceutyczny, ale kwestie ich przeszczepiania innej osobie⁴¹. G. Rejman przytacza pogląd L. Manteuffel wyrażony w czasie dyskusji w 1968 r.⁴², że lekarz ten wskazywał, że myśl o przeszczepach budzi w nim odrazę oraz że poniżają one godność ludzką⁴³.

medyczne, prawne, etyczne i społeczne, które odbyło się 12 czerwca 2025 r. na Wydziale Prawa i Administracji UW, <https://www.uw.edu.pl/seminarium-o-donacji-do-celow-naukowych/>.

³⁸ Dz.U., nr 91, poz. 408.

³⁹ J. Rybicka, K. Gibiński [w:] *Zawłaszczenie zwłok ludzkich*, red. A. Wiekłuk, Kraków 1996, s. 41.

⁴⁰ G. Rejman, *Do kogo należą zwłoki ludzkie?* [w:] *Zawłaszczenie zwłok ludzkich*, red. A. Wiekłuk, Kraków 1996, s. 33.

⁴¹ Ibidem, s. 35.

⁴² T. Kotarbiński, *Etyczne aspekty transplantacji serca* [w:] *W kręgu życia i śmierci. Moralne problemy medycyny społecznej*, red. Z. Szawarski, Warszawa 1987, s. 299.

⁴³ G. Rejman, *Do kogo należą...*, s. 38.

Wydaje się, że powyższe kontrowersje związane z przeszczepami doprowadziły do przyjęcia w ustawie z 1995 r. mechanizmu sprzeciwu. Zgodnie bowiem z art. 2 tej ustawy komórki, tkanki i narządy mogły być pobierane ze zwłok ludzkich w celach diagnostycznych, leczniczych, naukowych i dydaktycznych. Pobranie ze zwłok możliwe było tylko, jeśli osoba zmarła nie wyraziła za życia sprzeciwu. Sprzeciw w tym brzmieniu ustawy nie był zatem ograniczony jedynie do celu transplantacyjnego, ale dla każdego dopuszczanego przez ustawę celu pobrania ze zwłok ludzkich.

Uzasadnienie do art. 2 ustawy było dość lakoniczne, wskazano jedynie, że „(o)prócz bezpośrednich celów diagnostycznych i leczniczych, projekt dopuszcza również cele naukowe i dydaktyczne”⁴⁴.

Należy wyraźnie podkreślić, że regulacja ta była szczególnie krytykowana przez M. Nesterowicza. Wskazywał on, że sprzeciw w odniesieniu do celu naukowego powinien być zastąpiony wyraźną zgodą⁴⁵. Ustawa jednak w tym zakresie nigdy nie została znowelizowana.

5. Zgoda a ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów

Na podstawie ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów⁴⁶ ustawodawca ograniczył zastosowanie sprzeciwu z art. 5 jedynie do celów transplantacyjnych. Pozostawił zaś bez istotnych zmian regulację ogólną, na mocy której komórki, tkanki i narządy mogą być pobierane ze zwłok ludzkich w celach diagnostycznych, leczniczych, naukowych i dydaktycznych. Artykuł ten został znowelizowany w 2017 r. poprzez odesłanie do ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, która określa sposób stwierdzenia zgonu⁴⁷.

⁴⁴ Uzasadnienie do rządowego projektu ustawy o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów L.p. RP/02/817, s. 1.

⁴⁵ M. Nesterowicz, *List otwarty do Sejmu. Niedoróbka legislacyjna w ustawie o przeszczepach*, „Rzeczpospolita. Prawo co dnia” z 10 czerwca 1996 r.

⁴⁶ Dz.U. z 2005, nr 169, poz. 1411.

⁴⁷ Ustawa z dnia 24 lutego 2017 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz.U. z 2017 r., poz. 757).

Z treści ustawy ani w pierwotnym brzmieniu, ani po nowelizacji, nie wynikało zatem, jakoby podstawą do pobrania komórek, tkanek czy narządów ze zwłok ludzkich stała się zgoda. Pomimo tego w 2009 r. w czasopiśmie „Prawo i Medycyna” ukazał się artykuł M. Nesterowicza i K. Śliwki⁴⁸, w którym autorzy wprost wskazywali, że wcześniej wyrażona krytyka sprzeciwu względem pobrania dla celów naukowych na podstawie ustawy z 1995 r. spowodowała przyjęcie zgody jako podstawy prawnej dla pobrania ze zwłok ludzkich komórek, tkanek i narządów dla celów naukowych. Wskazywali oni, że przyjęte „unormowanie ustawowe oznacza koniec badań naukowych i postępu wiedzy. Takie badania wchodzić przeważnie w zakres eksperymentów medycznych, które wymagają pozytywnej opinii Komisji Bioetycznej (art. 29 ustawy z 5. XII. 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, Dz. U. tekst jedn. z 2008 r., Nr 136, poz. 875), lecz stosując się ściśle do przepisów ustawy transplantacyjnej, można stwierdzić, że pozytywna opinia komisji nie wystarczy. Potrzebna jest zgoda potencjalnego dawcy (już nieżyjącego)”⁴⁹. Postulowali oni powrót do brzmienia ustawy z 1995 r., tj. do objęcia sprzeciwem również celu naukowego⁵⁰.

Koncepcja wyrażona przez M. Nesterowicza i K. Śliwkę, w ramach której brak regulacji prawnej sprzeciwu oznacza wymóg zgody, została przyjęta przez zdecydowaną większość przedstawicieli doktryny również współcześnie, a także przez część instytucji finansujących naukę⁵¹. M. Gałązka wskazywała, że „(t)am bowiem, gdzie ustawodawca nie ograniczył prawa do samostanowienia przez wyraźne ustanowienie instytucji sprzeciwu, konieczne jest poszanowanie tego prawa”⁵². Trudno jednak określić, z czego to prawo wynika, zwłaszcza w sytuacji wprowadzania *numerus clausus* czynności prawnych *mortis causa*. Ponadto ustawodawca w art. 10 ust. 2 u.c. w odniesieniu do przekazania całych zwłok dla celów

⁴⁸ M. Nesterowicz, K. Śliwka, *Pobieranie ze zwłok komórek...*, s. 5 i nast.

⁴⁹ Ibidem, s. 6.

⁵⁰ Ibidem, s. 12.

⁵¹ Takie zasady wynikają również z wytycznych Narodowego Centrum Nauki dla badaczy.

⁵² M. Gałązka, *Transplantacja ex mortuo* [w:] *System Prawa Medycznego. Szczególne świadczenie zdrowotne. Tom 2*, red. L. Bosek, A. Wnukiewicz-Kozłowska, Warszawa 2018, s. 375.

naukowych i dydaktycznych również nie ustanowił zgody jako podstawy prawnej do takiego przekazania, a akty donacji zwłok (dopuszczone w art. 10 ust. 6 u.c.) nie są zgodą, ale szczególnym oświadczeniem osoby, którego to oświadczenia charakter prawny jest sporny⁵³.

Co ciekawe, P. Księżak i W. Robaczyński, choć również zgodzili się z poglądem M. Nesterowicza i K. Śliwki, wskazali, że nie podzielają jego uzasadnienia oraz postulowali, aby zgodę na przekazanie części zwłok ludzkich dla celów naukowych wyrażali członkowie najbliższej rodziny⁵⁴.

Przeciwny pogląd wyrazili początkowo jedynie E. Guzik-Makaruk oraz M. Holda, którzy wskazali, że *de lege lata* zgoda nie jest podstawą do pobrania części zwłok dla celów naukowych. Za niedopuszczalny uznawali oni również w tym zakresie sprzeciw. Jako *ratio legis* tej regulacji wskazali, że potrzeba autostanowienia dotyczy jedynie pobrania dla celów przeszczepów – gdyż wtedy części zwłok pozostają w ciele innego żyjącego człowieka⁵⁵. Z. Banaszczyk wskazuje podobnie, że „(t)am bowiem, gdzie ustawodawca nie ograniczył prawa do samostanowienia przez wyraźne ustanowienie instytucji sprzeciwu, nie jest konieczne poszanowanie nietykalności ciała człowieka po jego śmierci, w sytuacjach, w których przepisy wyraźnie to dopuszczają”⁵⁶. Należy również wskazać, że art. 4 znajduje się w ustawie szczegółowej, a zatem możliwość jego niestosowania mogłaby wynikać jedynie wprost z innej ustawy szczegółowej.

Niewątpliwie art. 4 u.p.k. jest dość ogólną regulacją, aby w praktyce zatem mogła być stosowana, muszą istnieć regulacje ją doprecyzowujące, np. w odniesieniu do prawnych procedur, w ramach których takie pobranie jest dopuszczalne oraz skutku prawnego sprzeciwu wyrażonego za życia.

⁵³ D. Krekora-Zajac, *O konieczności...*, s. 94.

⁵⁴ P. Księżak, W. Robaczyński, *Dysponowanie zwłokami ludzkimi dla celów naukowych i medycznych*, „Państwo i Prawo” 2015, nr 1, s. 68.

⁵⁵ E. Guzik-Makaruk, M. Holda, *Prawne aspekty pozyskiwania i wykorzystywania ludzkich tkanek i narządów post mortem w celach naukowych i dydaktycznych*, „Państwo i Prawo” 2021, nr 4, s. 125.

⁵⁶ Z. Banaszczyk, *art. 5 [w:] Ustawa o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. Komentarz*, red. D. Tykwińska-Rutkowska, Warszawa 2025, s. 148.

6. Sprzeciw a procedury, w ramach których jest możliwe pobranie komórek, tkanek i narządów ze zwłok

W praktyce wydaje się, że ustawodawca przewidział dwie sytuacje, w których możliwe jest pobranie części zwłok dla celów naukowych. Pierwsza – przy okazji pobrania dla celów transplantologicznych, a druga podczas sekcji zwłok.

Pobranie dla celów transplantacyjnych jest możliwe tylko, gdy za życia nie wyrażono sprzeciwu. Choć nie wynika to wprost z regulacji ustawy, zgodnie z formularzem zgłoszenia sprzeciwu do Poltransplantu, dotyczy on każdego pobrania ze zwłok ludzkich komórek, tkanek i narządów⁵⁷. Niezależnie od tego, jak ocenimy skutek prawny takiego formularza, należy wyraźnie podkreślić, że w sytuacji, kiedy nie zostanie przeprowadzona procedura pobrania transplantacyjnego, lekarze nie będą mogli pobrać materiału biologicznego dla celów naukowych. Zatem w praktyce wówczas, gdy sprzeciw zostanie zgodnie z art. 5 u.p.k. zgłoszony, niedopuszczalne będzie pobranie zarówno dla celów transplantacyjnych, jak i naukowych.

Drugą procedurą, w ramach której dopuszczalne będzie pobranie dla celów naukowych materiału biologicznego ze zwłok ludzkich, jest sekcja zwłok. Historycznie była to wcześniej powstała procedura wykorzystywana do pobrania dla celów naukowych⁵⁸. Podstawą dla przeprowadzenia sekcji zwłok jest art. 31 i art. 32 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2026 r., poz. 156; dalej jako: u.d.l.). Zgodnie z ich brzmieniem zwłoki pacjenta mogą być poddane sekcji w szczególności wtedy, gdy zgon tej osoby nastąpi przed upływem 12 godzin od przyjęcia do szpitala, o ile osoba za życia nie wyraziła swojego sprzeciwu ani nie zrobił tego jej przedstawiciel ustawowy. Zgodnie z art. 32 ust. 2 u.d.l. możliwe jest przeprowadzenie sekcji przed upływem 12 godzin właśnie wtedy, gdy w trakcie sekcji mają zostać pobrane komórki, tkanki lub narządy ze zwłok ludzkich. Podstawą pobrania w tym zakresie będzie

⁵⁷ https://www.poltransplant.pl/Download/Sprzeciw_CRS.pdf.

⁵⁸ E. Guzik-Makaruk, *Transplantacje...*, s. 30.

art. 4 ust. 2 u.p.k. O ile zatem osoba wyraziła swój sprzeciw za życia, nie będzie możliwości dokonania sekcji zwłok, a więc również w związku z jej brakiem nie będzie możliwości pobrania dla celów naukowych.

Wyjątkowo jedynie będzie mogła być przeprowadzona sekcja zwłok w przypadku sprzeciwu. Jak wskazuje J. Haberko, „(n)ie można jednak sprzeciwić się sekcji zwłok przeprowadzanej na podstawie ustaw karnych, jak również na podstawie ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi i gdy przyczyny zgonu nie da się określić w sposób jednoznaczny”⁵⁹. Regulacja ta uchyla sprzeciw, ale tylko w odniesieniu do wskazanych ustaw. Nie sposób w tych przypadkach wskazywać na dopuszczenie pobrania dla celów naukowych, o ile ustawa wprost tego nie będzie regulowała. Ponadto, zgodnie z art. 8 u.p.k., jeśli zgon nastąpił w wyniku czynu zabronionego stanowiącego przestępstwo, pobrania komórek, tkanek i narządów można dokonać po uzyskaniu od właściwego prokuratora informacji, że nie wyraża sprzeciwu wobec zamiaru pobrania komórek, tkanek i narządów, a gdy postępowanie jest prowadzone przeciwko nieletniemu – stanowiska sądu rodzinnego. Pobranie zatem dla celów naukowych nie będzie dopuszczalne, jeśli prokurator wyrazi sprzeciw lub zmarły za życia wyrazi sprzeciw przeciwko dokonaniu sekcji zwłok.

7. Podmioty uprawnione do pobrania komórek, tkanek i narządów ze zwłok

Kolejnym istotnym zagadnieniem wykładni art. 4 u.p.k. jest określenie podmiotów, które mogą dokonać pobrania dla celów naukowych w przypadku sekcji zwłok oraz pobrania dla celów transplantacyjnych. W obu przypadkach, zgodnie z art. 36 ust. 1 pkt 3 u.p.k., takie pobieranie może być prowadzone w podmiotach leczniczych, zakładach medycyny sądowej, zakładach anatomii patologicznej uczelni medycznych i uczelni prowadzących działalność naukową i kształcenie w zakresie nauk medycznych, instytutach badawczych, o których mowa w art. 3 ustawy z dnia

⁵⁹ J. Haberko, *Dopuszczalność wykorzystania do badań naukowych lub celów dydaktycznych ludzkiego materiału biologicznego pobranego w trakcie sądowo-lekarskiej sekcji zwłok*, „Prokuratura i Prawo” 2022, nr 3, s. 28.

30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych, i zakładach pogrzebowych posiadających salę sekcijną. Dotyczy to jednak jedynie pobrania komórek i tkanek ze zwłok ludzkich. Ustawodawca nie przewidział szczególnej regulacji w odniesieniu do pobrania narządów dla innych celów niż transplantologicznych. Należy wskazać, że współczesne brzmienie tego artykułu powstało w wyniku nowelizacji ustawy w 2009 r. w ramach wdrażania dyrektyw unijnych dot. jedynie komórek i tkanek⁶⁰. Przed nowelizacją brzmienie art. 36 odnosiło się bowiem również do narządów. W wyniku zatem nowelizacji powstała luka prawna. Od lat przedstawiciele doktryny wskazują na konieczność dodania do art. 36 ust. 1 pkt 3 również narządów⁶¹. Usunięcie narządów z art. 36 ust. 1 pkt 3 nie było wynikiem postulatów przedstawicieli doktryny ani nie zostało uzasadnione w ramach uzasadnienia do nowelizacji ustawy.

Należy wskazać, że ustawodawca nie ograniczył kręgu pracowników instytucji wymienionych w art. 36 ust. 1 pkt 3 u.p.k. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych warunków pobierania, przechowywania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów z dnia 26 października 2018 r. (Dz.U. z 2018 r., poz. 2060) dotyczy jedynie pobrań dla celów transplantacyjnych. W przypadku celu naukowego pobrać komórki i tkanki ze zwłok zatem może dowolny pracownik tych instytucji.

Podmiotem uprawnionym do pobrania w tym zakresie może być również zespół pobierający (w ramach pobrań dla celów transplantacyjnych). Katalog zadań zespołu pobierającego wynikający z art. 36a ust. 3 u.p.k. jest katalogiem otwartym⁶². Zgodnie z u.p.k. do zadań zespołu pobierającego należy organizowanie pobierania i pobieranie komórek i tkanek ze zwłok ludzkich, przekazywanie pobranych komórek i tkanek do banków

⁶⁰ Ustawa z dnia 17 lipca 2009 r. o zmianie ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów oraz o zmianie ustawy – przepisy wprowadzające kodeks karny (Dz.U., nr 141, poz. 1149).

⁶¹ I. Uhrynowicz-Tyszkiewicz, *art. 36 [w:] Ustawa o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. Komentarz*, red. J. Haberko, I. Uhrynowicz, Warszawa 2014, s. 271; A. Rabięga-Przyłęcka, D. Tykwińska-Rutkowska, A. Wołoszyn-Cichocka, *art. 36 [w:] Ustawa o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. Komentarz*, red. D. Tykwińska-Rutkowska, Warszawa 2025, s. 418.

⁶² A. Rabięga-Przyłęcka, D. Tykwińska-Rutkowska, A. Wołoszyn-Cichocka, *art. 36...*, s. 431.

tkanek i komórek, współpraca z lekarzami pobierającymi narządy w celu przeszczepienia. Niewątpliwie pkt 1 wspomnianego wyżej przepisu wskazuje, że zespół pobierający jest uprawniony do pobierania komórek i tkanek ze zwłok ludzkich. Uprawnienie to zawiera w sobie możliwość dokonywania pobrania na wszystkie cele zgodne z u.p.k., tj. diagnostyczny, naukowy, leczniczy, dydaktyczny, bowiem co do zasady sam ustawodawca zezwala na pobieranie w tychże zakresach. Nie ulega wątpliwości, że w przypadku każdego celu pobrania na lekarzu będzie ciążył obowiązek zapewnienia zwłokom należytego wyglądu, wynikający z art. 11 u.p.k. Słusznie wskazuje Z. Banaszczyk⁶³, że obowiązek ten nie ma sankcji publiczno-prawnej, a jedynie jego niedopełnienie może powodować konsekwencje w zakresie naruszenia dóbr osobistych bliskich zmarłego.

8. *Ratio legis* art. 4 u.p.k.

Poszukując *ratio legis* art. 4 u.p.k. jako samodzielnej podstawy do pobrania części zwłok ludzkich dla celów naukowych, należy wskazać na kilka zasadniczych konkluzji.

Po pierwsze przeprowadzone analizy polskich regulacji prawnych od lat dwudziestych XX w. wskazują, że wola zmarłego nigdy nie była samodzielną podstawą do pobrania części zwłok dla celów naukowych. Co więcej, wydaje się, że od wieków ludzie dokonywali sekcji zwłok i pobierali z nich części właśnie dla celów zdobywania wiedzy czy to o przyczynach zgonu, czy o budowie człowieka, czy też o chorobach go trawiących. Cele te znacznie poprzedzały pobranie dla celów transplantacyjnych. Co więcej, należy wskazać, że pobrania dla celów naukowych są realizowane w interesie publicznym. W przeciwieństwie do transplantacji, gdzie celem jest ratowanie życia i zdrowia innego pacjenta lub kilku pacjentów, pobranie dla celu naukowego umożliwia rozwój nauki, a więc przyczynia się do ratowania życia i zdrowia nieograniczonej ilości ludzi. Ustawodawca przyjął zatem inną metodę regulacji chroniącą tylko negatywną wolę

⁶³ Z. Banaszczyk, *art. 12 [w:] Ustawa o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. Komentarz*, red. D. Tykwińska-Rutkowska, Warszawa 2025, s. 191.

zmarłego, tj. umożliwił mu wyrażenie za życia sprzeciwu co do pobrania dla celów transplantacyjnych oraz sekcji zwłok, sprawiając, że wówczas, kiedy takie sprzeciwy zostaną wyrażone, z uwagi na brak innej procedury pobrania, nie będzie również możliwości pobrania dla celów naukowych. Brak sprzeciwu wobec tych procedur umożliwia zatem (w ramach pobrania transplantacyjnego lub sekcji zwłok) pobranie również dla celów naukowych.

Po drugie należy wskazać, że ustawodawca zdecydował się enumeratywnie wymienić czynności, jakie mogą być dokonane na ludzkich zwłokach, to jest: pochówek zgodnie z art. 9 u.c., przekazanie dla celów dydaktycznych lub naukowych zgodnie z art. 10 ust. 2. u.c., przekazanie do wykonania sekcji oraz wykorzystanie do pobrania komórek, tkanek i narządów dla celów wskazanych właśnie w art. 4 u.p.k. Metoda regulacji w tym zakresie dość jasno wskazuje, że zwłoki w dużej mierze wyjęte są z możliwości samodzielnego dysponowania nimi przez zmarłego. Pozytywna wola zmarłego wywołuje skutek prawny *de facto* jedynie w przypadku aktu donacji zwłok. Ustawodawca nadaje jednak skutek prawny negatywnej woli wyrażonej za życia w postaci sprzeciwu wobec sekcji zwłok oraz sprzeciwu dla celów transplantacyjnych. Dodatkowo warto podkreślić jest również to, że ochrona zwłok wynika w dużej mierze z ochrony porządku publicznego (art. 262 k.k.) oraz z przepisów sanitarnych mających na celu ochronę zdrowia publicznego (u.c.). Metoda cywilistyczna stosowana jest jedynie w odniesieniu do ochrony dobra osobistego osób bliskich zmarłemu (kult pamięci po osobie zmarłej), a nie samych zwłok. Należy zgodzić się w tym zakresie z A. Piskosz-Ryń, że regulacja ustawowa ma pierwszeństwo wówczas, kiedy dochodzi do kolizji z dobrami osobistymi bliskich zmarłego⁶⁴. *De lege lata* również ustanowienie polecenia w testamencie w zakresie przekazania części zwłok dla celów naukowych nie będzie gwarantowało wypełnienia woli zmarłego⁶⁵.

⁶⁴ A. Piskorz-Ryń, *In articulo mortis. Komentarz i chowanie zmarłych. Zagadnienia administracyjne*, Warszawa 2023, s. 127.

⁶⁵ D. Krekora-Zajac, *Dopuszczalność...*, s. 73.

Po trzecie należy wskazać, że samo prowadzenie badań naukowych jest wartością chronioną przez art. 73 Konstytucji RP, a więc jego ograniczenie powinno wynikać wprost z ustawy. Nie ulega wątpliwości zatem, że pomimo iż zgoda została przyjęta przez większość doktryny, nie wynika ona również z regulacji art. 4 u.p.k. Autorzy wskazujący na zgodę jako podstawę do pobrania komórek, tkanek i narządów ze zwłok dla celów naukowych zarówno *de lege lata*, jak i *de lege ferenda* nie wskazują zakresu takiej zgody oraz nie precyzują dobra osobistego, jakiego bezprawność naruszenia zgoda ta miałaby uchylać⁶⁶. W praktyce biobanki nie stosują zgody na pobrania *post mortem* komórek, tkanek lub narządów, uznając, że brak wyraźnej regulacji prawnej stwarzałby niebezpieczeństwo prawne. Jest to istotna luka prawna.

Wreszcie, po czwarte, należy wskazać, że intencja ustawodawcy widoczna jest również w art. 36 u.p.k., w którym nie ograniczył on kręgu osób, które mogą dokonywać takich pobrań, a wskazał jedynie miejsca, gdzie takie pobrania mogą nastąpić, gwarantując w ten sposób bezpieczeństwo epidemiologiczno-sanitarne.

9. Postulaty *de lege ferenda*

Należy podkreślić, że regulacja ustawowa w odniesieniu do pobrania komórek, tkanek i narządów ze zwłok ludzkich nie jest kompletna i w praktyce stwarza stan niepewności prawnej zarówno dla badaczy, jak i dla obywateli. W mojej ocenie nie można wykładnią zastąpić regulacji prawnej i uznać, że przepisy dotyczące donacji zwłok mogą być wprost stosowane do donacji części ciała. Wynika to przede wszystkim z zasady *numerus clausus* czynności *mortis causa* oraz z konieczności ustanowienia szczególnego trybu z uwagi na bezpieczeństwo sanitarne.

Lakoniczność regulacji widoczna jest szczególnie w odniesieniu do narządów. Niewątpliwie brzmienie art. 36 u.p.k. nie daje wyraźnych uprawnień biobankom oraz innym podmiotom wymienionym w tym artykule

⁶⁶ D. Krekora-Zajac, *art. 4 [w:] Ustawa o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. Komentarz*, red. D. Tykwińska-Rutkowska, Warszawa 2025, s. 135.

do pobierania narządów dla celów naukowych. W tym miejscu należy zaznaczyć, że często cel naukowy wiąże się z celem diagnostycznym, tj. np. narząd pobierany jest w celu oceny przyczyny śmierci, a badania na nim przeprowadzone zwiększają wiedzę medyczną. Wątpliwości ponadto może budzić art. 36 ust. 1 pkt 4 u.p.k., zgodnie z którym narządy pobrane powinny być przechowywane wyłącznie w podmiotach leczniczych wykonujących przeszczepy. Ustawodawca pominął w tym zakresie możliwość przechowywania narządów dla innych celów niż transplantacyjne. Wynika to z definicji przechowywania zawartej w art. 2 ust. 1 pkt 35 u.p.k., zgodnie z którą przechowywanie oznacza utrzymanie narządów we właściwych warunkach do chwili ich przeszczepienia lub zastosowania u ludzi. Nie sposób jednak znaleźć *ratio legis* wyłączenia regulacji dotyczącej narządów, skoro dopuszczalne jest pobranie i przechowywanie nawet dużych ilości tkanek np. skóry – nie można zatem przyjąć, jak się wydaje, że ustawodawca celowo wyłączył z możliwości pobrania przez właściwe podmioty narządów ludzkich.

Z tych też względów postuluję zmianę dotychczasowej regulacji poprzez dodanie do art. 10 u.c. regulacji umożliwiającej donację narządów. Należy bowiem zauważyć, że ilość aktów donacji zwłok w Polsce wskazuje, że istnieje bardzo wysoka akceptacja społeczna⁶⁷ dla przekazywania zwłok dla celów naukowych⁶⁸. W wielu krajach europejskich donacja zwłok, jak i ich części, opiera się właśnie na zgodzie wyrażonej za życia⁶⁹. Taka regulacja ułatwi rozwój biobanków poszczególnych narządów jak np. biobanków mózgu. Ponadto umożliwi poszanowanie dla emocji ludzi

⁶⁷ R. Karaś, T. Lepich, K. Starszak, G. Bajor, *Study of social awareness regarding body donations for scientific and educational purposes*, „Folia Morphologica” 2024, nr 3.

⁶⁸ Takie były wyniki seminarium *Donacja ciała do celów naukowych i dydaktycznych – aspekty medyczne, prawne i społeczne*, <https://medycyna.uw.edu.pl/lekarze-i-prawnicy-o-donacji/>.

⁶⁹ C. Bai, B.-H. Liao, R.-P. Lei, *Ethical, legal and social issues raised by human brain bank*, „European Review for Medical and Pharmacological Sciences” 2022, nr 22, s. 5635-5645; V. Bolcato, T.E. Poloni, G. Basile i in., *Brain donation rules in Italy and worldwide: overview of a cutting-edge topic for human brain research*, „Neurological Sciences” 2025, nr 46; A. Kleindienst, W.F. Haupt, G. Hildebrandt, *Brain death and organ donation in Germany: analysis of procurement in a neurosurgical unit and review of press reports*, „Acta Neurochirurgica (Wien)” 1999, nr 6; J.S. Englbrecht, D. Schrader, H. Kraus i in., *How Large is the Potential of Brain Dead Donors and what Prevents Utilization? A Multicenter Retrospective Analysis at Seven University Hospitals in North Rhine-Westphalia*, „Transplant International” 2023, nr 36.

w odniesieniu do zwłok oraz tworzenie prawa, które, jak nazywa to M. Soniewicka, odwołuje się nie tylko do rozumu, ale również do „serca jako źródła woli, uczuć i percepcji”⁷⁰. Akt donacji różni się znacząco swoim charakterem prawnym od zgody. Jeśli akt donacji narządów, tkanek i komórek wynikałby wprost z ustawy, wówczas stałby się nową instytucją prawną podobną do aktu donacji zwłok, która umożliwia dysponowanie swoim ciałem na wypadek śmierci, respektując zasadę *numerus clausus* czynności prawnych *mortis causa*. Dałoby to zarówno potencjalnym dawcom, jak i naukowcom klarowną podstawę prawną i zapewne, tak jak program donacji zwłok, umożliwiłoby świadome przekazywanie części swojego ciała dla nauki.

Postulat dotyczący rozszerzenia aktu donacji na donacje narządów, tkanek i komórek nie oznacza jednak anihilacji art. 4 u.p.k. Regulacja pobrania na podstawie art. 4 u.p.k., tj. bez wcześniejszej zgody denata, jest słuszna. Cel naukowy bowiem, z uwagi na fakt, że do takiego pobrania może dojść tylko w czasie pobrań dla celów transplantacyjnych lub sekcji zwłok, ma również walor diagnostyczny. Nie sposób bowiem w tym przypadku oddzielić od siebie tych celów. Celem takiego pobrania jest bowiem ocena stanu zwłok, przyczyny śmierci, jak i również kwestii zdrowotnych dotyczących zmarłego, które mogą przyczynić się nie tylko do prawidłowej oceny stanu zdrowia jego oraz jego rodziny, ale również wspomóc wiedzę medyczną. Pełne stosowanie art. 4 u.p.k. w zakresie narządów możliwe będzie w przypadku dodania przez ustawodawcę do art. 36 ust. 1 pkt 3 u.p.k. pojęcia narządów.

Ostatni postulat *de lege ferenda* dotyczy stworzenia rejestru zgód na donację zwłok i ich części. Taki rejestr zdejmie z bliskich zmarłego odium niepewności co do jego woli, co ułatwi niewątpliwie przejście im przez żałobę. Rejestry istnieją już w niektórych krajach europejskich⁷¹. Umożliwiają one poszanowanie woli wyrażonej za życia, co, jak słusznie wskazuje A. Piskorz-Ryń, jest pewnym uznaniem historii danego człowieka i może być „źródłem uspokojenia i komfortu za życia”⁷².

⁷⁰ M. Soniewicka, *Emocje a prawo. Znaczenie i rola uczuć w ujęciu filozoficzno-prawnym*, Warszawa 2024, s. 371.

⁷¹ E. Brenner, R. Bleys, R. de Caro i in., *The legal and ethical framework governing body donation in Europe - 2nd update on current practice*, „Annals of Anatomy – Anatomischer Anzeiger” 2024, nr 252.

⁷² A. Piskorz-Ryń, *In articulo...*, s. 125.

Podsumowując, należy wyrazić nadzieję, że przedstawione analizy będą przyczynkiem do rozpoczęcia na nowo dyskusji nad dobrowolną donacją komórek, tkanek i narządów, co skłoni ustawodawcę do uchwalenia prawa szanującego wolę dotyczącą przekazania własnych narządów dla celów naukowych, a z biobanków zdejmie odium niepewności prawnej.

Bibliografia:

- Bai C., Liao B.-H., Lei R.-P., *Ethical, legal and social issues raised by human brain bank*, „European Review for Medical and Pharmacological Sciences” 2022, nr 22.
- Banaszczyk Z., art. 5 [w:] *Ustawa o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. Komentarz*, red. D. Tykwińska-Rutkowska, Warszawa 2025.
- Banaszczyk Z., art. 12 [w:] *Ustawa o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. Komentarz*, red. D. Tykwińska-Rutkowska, Warszawa 2025.
- Bolcato V., Poloni T.E., Basile G. i in., *Brain donation rules in Italy and worldwide: overview of a cutting-edge topic for human brain research*, „Neurological Sciences” 2025, nr 46, [doi: <https://doi.org/10.1007/s10072-025-08214-7>].
- Branowitz Z., Krotkiewska L., *Chowanie zmarłych. Przepisy prawne i komentarz. Stan na dzień 1 maja 1963*, Warszawa 1963.
- Englbrecht J.S., Schrader D., Kraus H. i in., *How Large is the Potential of Brain Dead Donors and what Prevents Utilization? A Multicenter Retrospective Analysis at Seven University Hospitals in North Rhine-Westphalia*, „Transplant International” 2023, nr 36, [doi: <https://doi.org/10.3389/ti.2023.11186>].
- Fiutak A., *Odpowiedzialność karna za wykonanie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta*, Warszawa 2016.
- Gałęska-Śliwka A., *Komisje Bioetyczne na tle ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry*, Warszawa 2024.
- Gałązka M., *Transplantacja ex mortuo* [w:] *System Prawa Medycznego. Szczególne świadczenie zdrowotne. Tom 2*, red. L. Bosek, A. Wnukiewicz-Kozłowska, Warszawa 2018.
- Guzik-Makaruk E., *Transplantacje* [w:] *System Prawa Medycznego, Regulacja prawna czynności medycznych*, red. M. Boratyńska, P. Konieczniak, Warszawa 2019.

- Guzik-Makaruk E., Holda M., *Prawne aspekty pozyskiwania i wykorzystywania ludzkich tkanek i narządów post mortem w celach naukowych i dydaktycznych*, „Państwo i Prawo” 2021, nr 4.
- Haberko J., *Dopuszczalność wykorzystania do badań naukowych lub celów dydaktycznych ludzkiego materiału biologicznego pobranego w trakcie sądowo-lekarskiej sekcji zwłok*, „Prokuratura i Prawo” 2022, nr 3.
- Karaś R., Lepich T., Starszak K., Bajor G., *Study of social awareness regarding body donations for scientific and educational purposes*, „Folia Morphologica” 2024, nr 3, [doi: <https://doi.org/10.5603/fm.100032>].
- Kleindienst A., Haupt WF., Hildebrandt G., *Brain death and organ donation in Germany: analysis of procurement in a neurosurgical unit and review of press reports*, „Acta Neurochirurgica (Wien)” 1999, nr 6, [doi: <https://doi.org/10.1007/s007010050354>].
- Kotarbiński T., *Etyczne aspekty transplantacji serca* [w:] *W kregu życia i śmierci. Moralne problemy medycyny współczesnej*, red. Z. Szawarski, Warszawa 1987.
- Krekora-Zajac D., art. 4 [w:] *Ustawa o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek tkanek i narządów. Komentarz*, red. D. Tykwińska-Rutkowska, Warszawa 2025.
- Krekora-Zajac D., *Dopuszczalność polecenia dotyczącego pochówku i innego dysponowania zwłokami* [w:] *Ius et Ratio. Księga Jubileuszowa dedykowana Profesor Elżbiecie Skonrońskiej-Bocian*, red. W. Borysiak, A. Gołaszewska, M. Olechowski, J. Wierciński, Warszawa 2022.
- Krekora-Zajac D., *O konieczności zmiany regulacji prawnej „aktu donacji zwłok ludzkich”*, „Państwo i Prawo” 2017, nr 11.
- Krekora-Zajac D., *Ludzka próbka biologiczna wykorzystywana dla celów naukowych jako przedmiot prawa cywilnego*, „Studia Prawnicze INP PAN” 2015, nr 3.
- Królikowski M., *Transplantacja* [w:] *Transplantacje. Spór o dar*, red. B. Chyrowicz, Lublin 2011.
- Księżak P., Robaczyński W., *Dysponowanie zwłokami ludzkimi dla celów naukowych i medycznych*, „Państwo i Prawo” 2015, nr 1.
- Liwerska-Garstecka A., *„Mortui vivos docent” – badania anatomiczne w starożytnej medycynie greckiej*, „Medycyna Nowożytna” 2023, nr 2.

- Morciniec P., *Ludzkie zwłoki jako obiekt badawczy: dowolność działań czy normowanie?*, „Diametros” 2009, nr 19.
- Morciniec P., *Status filozoficznomoralny i teologicznomoralny ludzkiego ciała, zwłok, komórek, tkanek i narządów w kontekście badań nad ludzkim materiałem biologicznym* [w:] *Ciało w badaniach naukowych i praktyce medycznej*, red. J. Pawlikowski, Warszawa 2020.
- Nesterowicz M., Śliwka K., *Pobieranie ze zwłok komórek, tkanek i narządów do celów naukowych – problem prawny i medyczny*, „Prawo i Medycyna” 2009, nr 4.
- Nesterowicz M., *List otwarty do Sejmu. Niedoróbka legislacyjna w ustawie o przeszczepach*, „Rzeczpospolita. Prawo co dnia” z 10 czerwca 1996 r.
- Nihart A.J., Garcia M.A., El Hayek E. i in., *Bioaccumulation of microplastics in decedent human brains*, „Nature Medicine” 2025, nr 31, [doi: <https://doi.org/10.1038/s41591-024-03453-1>].
- Park A., *10 Ideas Changing the World Right Now*, <https://content.time.com/time/covers/0,16641,20090323,00.html>.
- Pawlikowska J., Pawlikowski J., Krekora-Zajac D., *Biobanking of human biological material and the principle of noncommercialisation of the human body and its parts*, „Bioethics” 2023, nr 2.
- Piskorz-Ryń A., *In articulo mortis. Cmentarze i chowanie zmarłych. Zagadnienia administracyjne*, Warszawa 2023.
- Popielski B., *Medycyna i prawo*, Warszawa 1963.
- Rabiega-Przyłęcka A., Tykwińska-Rutkowska D., Wołoszyn-Cichocka A., *art. 36 [w:] Ustawa o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek tkanek i narządów. Komentarz*, red. D. Tykwińska-Rutkowska, Warszawa 2025.
- Rejman G., *Do kogo należą zwłoki ludzkie?* [w:] *Zawłaszczanie zwłok ludzkich*, red. A. Wiekłuk, Kraków 1996.
- Rybicka J., Gibiński K. [w:] *Zawłaszczanie zwłok ludzkich*, red. A. Wiekłuk, Kraków 1996.
- Sawicki J., *Przymus leczenia, eksperyment, udzielenie pomocy i przeszczep w świetle prawa*, Warszawa 1966.
- Soniewicka M., *Emocje a prawo. Znaczenie i rola uczuć w ujęciu filozoficznoprawnym*, Warszawa 2024.

- Soniewicka M., *Status normatywny ludzkich zwłok, ludzkiego ciała i odłączonych od niego części- perspektywa filozoficzna* [w:] *Ciało w badaniach naukowych i praktyce medycznej*, red. J. Pawlikowski, Warszawa 2020.
- Tworowska A., *Implikacje prawne i społeczno-kulturowe śmierci człowieka, ze szczególnym uwzględnieniem problematyki ochrony dóbr osobistych*, rozprawa doktorska, Białystok 2013, <https://repozytorium.uwb.edu.pl/jspui/handle/11320/3746?mode=full>.
- Tworowska A., *Określenie statusu ludzkich zwłok jako problem prawno-społeczny*, „Prawo i Medycyna” 2015, nr 2.
- Tykwińska-Rutkowska D., *Transplantacja. Studium z prawa administracyjnego*, Warszawa 2014.
- Uhrynowicz-Tyszkiewicz I., *art. 36 [w:] Ustawa o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek tkanek i narządów. Komentarz*, red. J. Haberko, I. Uhrynowicz, Warszawa 2014.
- Żelazko P., *Wykorzystanie zwłok na cele naukowe w Polsce w XX w. – analiza historyczno-prawna* [w:] *Prawa człowieka w perspektywie społecznej i prawnej*, red. G. Skrobotowicz, Lublin 2023.
- Żelichowski M., *Pobranie komórek, tkanek i narządów: zgoda jest regułą, sprzeciw wyjątkiem*, <https://archiwum.rp.pl/arttykul/712430-Pobranie-komorek--tkanek-i-narzadow--zgoda-jest-regula--sprzeciw-wyjatkciem.html>.

Summary

Consent, bill, or deed of donation? On the search for a basis for the transfer of parts of human remains for scientific purposes

The collection of human cadavers for scientific research has been a source of considerable practical controversy for years, and has also been the subject of highly controversial statements from legal scholars. The development of biobanking over the past decade or so has also necessitated the establishment of a precise legal basis for the donation of individual body parts, such as brains. A basis that will realistically enable the collec-

tion of cells, tissues, and organs for scientific research purposes. The Act on the Collection, Storage, and Transplantation of Cells, Tissues, and Organs has not been amended in this regard for 20 years, necessitating the interpretation of Article 4 of this Act as an independent and specific basis for collection and the exploration of the ratio legis of the existing regulation. Scientific research on human cadavers has been conducted for thousands of years and has been subject to legal regulations in Poland since Poland regained independence. In addition to a historical overview, the article also presents *de lege ferenda* conclusions that will enable the legislator not only to respect negative wills expressed during life (objection) but also positive ones.

Key words: transplantation, autopsy, biobanking, consent, cadaver research

DR KATARZYNA MARIA ZOŃ

UNIWERSYTET SWPS

ORCID: 0000-0001-5175-2091

Ustawiczny rozwój zawodowy osób wykonujących zawody medyczne w świetle ustawy z dnia 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych

DOI: 10.70537/PPM/211365

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

Celem artykułu jest analiza regulacji prawnej dotyczącej ustawicznego rozwoju zawodowego zawartej w ustawie z dnia 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych. Rozważane zagadnienie ma istotne znaczenie praktyczne. Nieodłącznie wiąże się bowiem z prawidłowym wykonywaniem każdego zawodu medycznego, a tym samym wpływa na sytuację pacjentów. Stosując w pracy metodę prawno-dogmatyczną, wskazano oraz scharakteryzowano poszczególne formy realizacji ustawicznego rozwoju zawodowego, obejmujące zarówno kształcenie podyplomowe, jak i doskonalenie zawodowe, a następnie przybliżono zagadnienia związane z kosztami ustawicznego rozwoju zawodowego oraz sposobem weryfikacji jego dopełnienia. Uwzględniono również szczególne uprawnienia przysługujące osobom wykonującym zawód na podstawie umowy o pracę. Uregulowanie kwestii ustawicznego rozwoju zawodowego osób wykonujących zawody medyczne było niezbędne dla zapewnienia prawidłowej realizacji czynności zawodowych i tym samym bezpieczeństwa pacjenta.

Słowa kluczowe: doskonalenie zawodowe, kształcenie podyplomowe, zawód medyczny, ustawiczny rozwój zawodowy

1. Wprowadzenie

Podstawowym celem ustawy z dnia 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych (dalej jako: u.n.z.m.)¹ było uregulowanie zasad wykonywania określonych zawodów medycznych, a także usystematyzowanie zagadnienia ustawicznego rozwoju zawodowego i ponoszenia odpowiedzialności zawodowej przez osoby je wykonujące². Z uwagi na to, że wskazane kwestie nie zostały dotychczas poddane regulacji ustawowej, wejście w życie powyższego aktu prawnego miało istotne znaczenie. Zmianie uległa sytuacja nie tylko osób wykonujących zawody medyczne, ale również pacjentów, którym udzielane są świadczenia zdrowotne.

Prowadzenie dalszych rozważań warto rozpocząć od przywołania definicji legalnej osoby wykonującej zawód medyczny. Ustalenie zakresu znaczeniowego tego zwrotu jest konieczne, gdyż ustawodawca posługuje się nim w innych regulacjach³. W myśl art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (dalej jako: u.d.l.)⁴ pojęcie to obejmuje zarówno osoby uprawnione do udzielania świadczeń zdrowotnych na podstawie odrębnych przepisów, jak i osoby legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny⁵. Konstytywnym zatem elementem definicji ustawowej jest systematyczne wykonywanie czynności polegających na udzielaniu świadczeń zdrowotnych,

¹ Ustawa z dnia 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych (t.j. Dz.U. z 2023, poz. 9742 ze zm.), która weszła w życie w dniu 26 marca 2024 r.

² Uzasadnienie projektu ustawy o niektórych zawodach medycznych (druk nr 3183), s. 8, <https://orka.sejm.gov.pl/Druki9ka.nsf/0/0075A598F1A99BE9C12589A5002D7A99/%24File/3183.pdf>, [dostęp: 14.04.2025 r.].

³ Przykładowo w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 581) czy art. 43 ust. 1 pkt 19 ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (t.j. Dz.U. z 2025 r., poz. 896).

⁴ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2025, poz. 450 ze zm.).

⁵ Przy rozważaniu zakresu pojęcia osoby wykonującej zawód medyczny można również pomocniczo uwzględnić wykaz grup zawodowych zaliczanych do kategorii „specjaliści do spraw zdrowia” zawarty w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (t.j. Dz.U. z 2017 r., poz. 227 ze zm.).

który to zwrot ma ogólny charakter⁶. W literaturze wskazuje się, że sposób skonstruowania drugiej części definicji, dotyczącej osób legitymujących się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny, powoduje trudności w precyzyjnym wyliczeniu zawodów medycznych⁷. Brak jest bowiem odpowiednich regulacji zawierających katalog prawnych przesłanek wykonywania profesji kwalifikowanych do grupy zawodów medycznych na podstawie drugiego kryterium⁸. Zastosowane sformułowanie ustawowe nie pozwala na wskazanie konkretnych wymogów czy zasad wykonywania tych profesji, co ma kluczowe znaczenie praktyczne. Co więcej, z uwagi na dokonujący się rozwój nauki, katalog zawodów medycznych nie ma charakteru statycznego. Od wielu lat przygotowywane były projekty rozwiązań zmierzających do uregulowania licznych zawodów medycznych, które dotąd nie zostały poddane ingerencji ustawodawcy. Stąd też tak ważne było wejście w życie u.n.z.m., określającej zasady wykonywania zasadniczo piętnastu profesji medycznych. W ostatecznym kształcie postanowienia ustawy obejmują zawody medyczne wymienione w katalogu z art. 1 ust. 1 pkt. 1 u.n.z.m.: asystentka stomatologiczna, elektroradiolog, higienistka stomatologiczna, instruktor terapii uzależnień, opiekun medyczny, optometrysta, ortoptyst(k)a, podiatra, profilaktyk, protetyk słuchu, technik farmaceutyczny, technik masażysta, technik ortopeda, technik sterylizacji medycznej, terapeuta zajęciowy. Dodatkowo w pewnych aspektach, choć nieodnoszących się do ustawicznego rozwoju zawodowego, regulację tę stosuje się również w stosunku do dietetyka, jeśli wykonuje czynności zawodowe w ramach świadczeń gwarantowanych⁹. Z brzmienia tytułu nadanego ustawie jednoznacznie

⁶ D. Karkowska, B. Kmiecik, *art. 3* [w:] *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, red. D. Karkowska, LEX 2021.

⁷ Z. Banaszczyk [w:] *Instytucje prawa medycznego, System Prawa Medycznego Tom 1. Instytucje prawa medycznego*, red. M. Safjan, L. Bosek, Warszawa 2018, s. 662.

⁸ D. Karkowska, *Rozdział 3. Klasyfikacja zawodów medycznych* [w:] *Zawody medyczne*, LEX 2012.

⁹ Do osób wykonujących czynności zawodowe w zakresie planowania diety, prowadzenia konsultacji dietetycznych oraz udzielania porad edukacyjnych w ramach świadczeń gwarantowanych odpowiednie zastosowanie znajduje art. 2 ust. 1 pkt 1-5 i ust. 2, art. 10 ust. 1, art. 15-18 i art. 41-83 u.n.z.m. W myśl art. 5 pkt 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze

wynika, że jej zakres nie obejmuje wszystkich praktykowanych zawodów medycznych. Poza nim pozostają zagadnienia związane z wykonywaniem profesji normowanych już uprzednio w odrębnych przepisach (przykładowo lekarze, ratownicy medyczni, diagnosty laboratoryjni)¹⁰. Z przedstawionych powyżej rozważań wynika, że ustawodawca nie uregulował wszystkich zawodów medycznych w jednolity sposób¹¹. Ponadto ustawa ta nie obejmuje niewymienionych w niej zawodów medycznych, które nadal pozostają nieuregulowane ustawowo, jak między innymi kosmetolog, psychoonkolog czy audiofonolog. Problematyka wykonywania zawodów medycznych nie została zatem wciąż poddana kompleksowej regulacji. W tym kontekście warto wspomnieć, że szczególnie istotne wydaje się pilne uchwalenie ustawy dotyczącej zasad wykonywania zawodu kosmetyka z uwagi na skalę problemu i wagę potencjalnych negatywnych konsekwencji związanych z przedmiotową ingerencją.

Podejmowane w pracy rozważania dotyczą ustawicznego rozwoju zawodowego ujmowanego jako szczególny aspekt prawidłowego wykonywania zawodów medycznych, nieodłącznie związanych z podejmowaniem działań bezpośrednio wpływających na zdrowie, a niekiedy również życie człowieka. Rozwój nauk medycznych, przejawiający się między innymi w wypracowywaniu coraz skuteczniejszych metod postępowania czy unowocześnianiu stosowanego sprzętu, wymaga stałej aktualizacji posiadanej wiedzy, umiejętności i kompetencji oraz nabywania nowych celem wykorzystania tych rozwiązań w codziennej praktyce zawodowej. Dynamika tego procesu jest szczególnie widoczna w obszarze

środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2025 r., poz. 779) świadczenia gwarantowane to świadczenia opieki zdrowotnej finansowane w całości lub współfinansowane ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonym w powołanej ustawie.

¹⁰ Tytułem przykładu warto wskazać, że odrębne przepisy regulują wykonywanie zawodu lekarza i lekarza dentysty (ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, t.j. Dz.U. z 2025 r., poz. 769, dalej jako: u.z.l.), ratownika medycznego (ustawa z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych, t.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 637, dalej jako: u.z.r.m.) czy diagnosty laboratoryjnego (ustawa z dnia 15 września 2022 r. o medycynie laboratoryjnej, t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 1987, dalej jako u.m.l.).

¹¹ A. Miętek, Ł. Pisarczyk [w:] *System Prawa Medycznego. Tom 3. Organizacja systemu ochrony zdrowia*, red. D. Bach-Golecka, R. Stankiewicz, Warszawa 2020, s. 792.

ochrony zdrowia¹², co w konsekwencji wiąże się z wymogiem nieustannego rozwoju zawodowego osób wykonujących zawody medyczne¹³.

Wyznaczając ramy przedmiotowe prowadzonej analizy, należy podkreślić, że dopuszczenie do wykonywania każdego zawodu medycznego uregulowanego w u.n.z.m. zostało uzależnione od spełnienia kilku przesłanek. Już na początkowym etapie jest weryfikowany wymóg posiadania odpowiedniego wykształcenia lub kwalifikacji, określonych dla danego zawodu medycznego (art. 2 ust. 1 pkt 5 u.n.z.m.). Rozwiązanie to ogranicza dostęp do niego osobom legitymującym się niewystarczającym przygotowaniem merytorycznym. Zapewnieniu zaś utrzymania odpowiednich standardów już w toku wykonywania zawodu medycznego służy ustawiczny rozwój zawodowy. Stanowi on narzędzie zmierzające do zagwarantowania wymaganego poziomu profesjonalizmu przez cały okres aktywności zawodowej. Powyższa konstatacja uzasadnia zaakcentowanie roli ustawicznego rozwoju zawodowego również jako instytucji ukierunkowanej na wykonywanie zawodu medycznego w sposób zbieżny z ustawowymi dyrektywami wymienionymi w art. 15 u.n.z.m., czyli zgodnie z należyta starannością, wskazaniem aktualnej wiedzy medycznej i umiejętnościami niezbędnymi do wykonywania tego zawodu oraz z poszanowaniem praw pacjenta i dbałością o jego bezpieczeństwo. Jak już wskazano, ustawiczny rozwój zawodowy powinien przebiegać równolegle na dwóch płaszczyznach, obejmując nie tylko stałe rozwijanie posiadanych już kwalifikacji, ale również nabywanie nowych umiejętności. Aspekt bieżącego poszerzania wiedzy wynika bowiem także pośrednio z konieczności wykonywania zawodu medycznego zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej¹⁴, którego utrzymanie wymaga zaangażowania w ciągły rozwój zawodowy¹⁵.

¹² A. Dąbek, *art. 18 [w:] Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, red. E. Zielińska, LEX 2022.

¹³ K. Szczucki [w:] *System Prawa Medycznego. Tom 1. Instytucje prawa medycznego*, red. M. Safjan, L. Bosek, Warszawa 2018, s. 881.

¹⁴ R. Kubiak, *Obowiązek ustawicznego podnoszenia kwalifikacji zawodowych [w:] System Prawa Medycznego. Tom I. Pojęcie, źródła i zakres prawa medycznego*, red. R. Kubiak, L. Kubiński, E. Zielińska, LEX 2018.

¹⁵ P. Drembkowski, *art. 15 [w:] P. Czarnecki, P. Drembkowski, Ustawa o niektórych zawodach medycznych. Komentarz*, LEX 2024.

Poczynione dotychczas uwagi wstępne uwypukliły istotne znaczenie praktyczne poruszanej problematyki, stanowiącej bardzo aktualne zagadnienie. Punktem wyjścia dla prowadzonej analizy jest podkreślenie znaczenia ustawowego uregulowania po wielu latach statusu osób wykonujących niektóre zawody medyczne, a tym samym sytuacji podmiotów, do których są adresowane świadczenia zdrowotne. Kluczowym bowiem aspektem należytego wykonywania każdego zawodu medycznego i gwarantem odpowiedniej jakości udzielanych świadczeń jest realizacja ustawicznego rozwoju zawodowego. W konsekwencji na osoby wykonujące jeden z piętnastu wymienionych zawodów medycznych również został nałożony obowiązek doskonalenia zawodowego.

Po przedstawieniu na początku ogólnej charakterystyki ustawicznego rozwoju zawodowego, przybliżone zostaną zagadnienia związane z jego realizacją (forma, koszty, sposób weryfikacji dopełnienia ustawicznego rozwoju zawodowego, konsekwencje niespełnienia). W ramach rozważań uwzględniono szczególne uprawnienia, które przysługują osobom wykonującym zawód medyczny na podstawie umowy o pracę jako jednej z form realizacji czynności zawodowych przewidzianych w art. 13 ust. 3 u.n.z.m.¹⁶ Podjęto również próbę analizy problemów prawnych mogących potencjalnie powstać na tle nowej regulacji oraz przedstawiono wnioski płynące z prowadzonych rozważań.

2. Ogólna charakterystyka ustawicznego rozwoju zawodowego

Jak już wspomniano powyżej, ustawiczny rozwój zawodowy stanowi kluczowy element mający na celu zapewnienie właściwego standardu wykonywania zawodów medycznych. Zgodnie z treścią art. 20 ust. 1 u.n.z.m. cechuje go złożony charakter prawny. Ustawiczny rozwój zawodowy obejmuje bowiem odpowiednio prawo osób wykonujących zawód me-

¹⁶ W myśl art. 13 ust. 3 u.n.z.m. wykonywanie zawodów medycznych może się również odbywać w ramach stosunku służbowego, na podstawie umowy cywilnoprawnej, w ramach wolontariatu (w zakładzie leczniczym w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 14 u.d.l. oraz poza zakładem leczniczym), a także jako przedsiębiorca będący podmiotem leczniczym (art. 4 ust. 1 pkt 1 u.d.l.) lub przedsiębiorca niebędący podmiotem leczniczym.

dyczny do stałego aktualizowania wiedzy i umiejętności zawodowych oraz obowiązek doskonalenia zawodowego. Określając sposób jego realizacji, ustawodawca akcentuje ustawiczość oznaczającą stałe, nieustające zwiększanie zasobu posiadanej wiedzy oraz kompetencji i umiejętności, jednocześnie podkreślając, że proces ten dokonuje się przez cały okres wykonywania zawodu. Ponadto konieczność dopełnienia rozwoju zawodowego w określonych okresach rozliczeniowych, wynoszących w myśl art. 39 ust. 1 u.n.z.m. 5 lat, zwraca uwagę na cechę systematyczności w podejmowanych działaniach. Bezpośrednim wyrazem dbałości o zachowanie regularności w tym zakresie jest także regulacja, zgodnie z którą punkty gromadzi się w ramach danego okresu rozliczeniowego i nie przechodzą one na następny. Realizacja ustawicznego rozwoju zawodowego wymaga przeznaczenia dodatkowego czasu na podjęcie tej aktywności czy poniesienia kosztów z tym związanych, co stanowi wyzwanie dla osób wykonujących zawody medyczne. W tym kontekście warto zasygnalizować, że ustawodawca przewidział pewne ułatwienia dla osób wykonujących zawód medyczny na podstawie umowy o pracę, przejawiające się między innymi w postaci ustanowienia urlopu szkoleniowego.

Określając zakres przedmiotowy u.n.z.m., zaakcentowano szczególną rolę ustawicznego rozwoju zawodowego. Systematyzacja zasad jego realizacji oraz nadanie regulacji odpowiedniego kształtu zmierzało do zapewnienia prawidłowego przebiegu procesu kształcenia i doskonalenia w sposób gwarantujący należyte wykonywanie zawodów medycznych. Podkreślenia wymaga, że osoby praktykujące zawody medyczne uregulowane w ustawie samodzielnie dokonują określonych czynności zawodowych, z zastrzeżeniem, iż czynią je po spełnieniu wymogu teoretycznego i praktycznego przygotowania oraz w granicach wyznaczonych przez zasady wykonywania danego zawodu. Przy uwzględnieniu brzmienia art. 13 ust. 2 u.n.z.m., wykonywanie zawodu medycznego obejmuje nie tylko czynności wymienione w art. 13 ust. 1 u.n.z.m. (przykładowo realizowanie czynności zawodowych w zakresie asystowania lekarzowi dentyście i utrzymania gabinetu w gotowości do pracy w przypadku asystentki stomatologicznej czy wykonywanie czynności zawodowych w zakresie optometrii w odnie-

sieniu do optometrysty¹⁷), ale ma szerszy zakres. Za równoznaczne uważa się również takie aktywności jak: prowadzenie zajęć na studiach umożliwiających uzyskanie wykształcenia niezbędnego do wykonywania danego zawodu medycznego lub w szkołach prowadzących kształcenie w danym zawodzie medycznym lub wykonywanie pracy na rzecz ustawicznego rozwoju zawodowego, a także realizację badań naukowych lub prac rozwojowych, których tematyka dotyczy danego zawodu medycznego oraz kierowanie pracą zawodową osób wykonujących dany zawód medyczny czy też zatrudnienie na stanowiskach administracyjnych, na których wykonuje się czynności związane z przygotowywaniem, organizowaniem lub nadzorem nad udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej. Podobne rozwiązanie zastosowano także w innych przepisach regulujących wykonywanie poszczególnych zawodów medycznych¹⁸. Co istotne, prawo i obowiązek ustawicznego rozwoju zawodowego z art. 20 ust. 1 u.n.z.m. dotyczy każdej osoby wykonującej zawód medyczny, niezależnie od postaci realizowania tej aktywności.

3. Formy ustawicznego rozwoju zawodowego

W związku z tym, że ustawiczny rozwój zawodowy stanowi zarówno prawo, jak i obowiązek osób wykonujących zawody medyczne, należy go rozpatrywać na obu tych płaszczyznach. Pierwszy z aspektów, czyli uprawnienie do stałego aktualizowania wiedzy oraz umiejętności przez uczestnictwo w ramach kształcenia podyplomowego ma na celu uzyskanie przez osobę wykonującą dany zawód medyczny dodatkowej wiedzy, a także umiejętności zawodowych. Natomiast obowiązek doskonalenia zawodowego wiąże się z wiedzą i umiejętnościami niezbędnymi do wypełniania czynności zawodowych określonych w art. 13 ust. 1 u.n.z.m.

Realizacja ustawicznego rozwoju zawodowego następuje w formach przewidzianych w art. 20 ust. 2 u.n.z.m. Są to: kształcenie podyplomowe,

¹⁷ Na podstawie delegacji ustawowej z art. 14 ust. 4 u.n.z.m. szczegółowy wykaz czynności zawodowych został określony w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 kwietnia 2025 r. w sprawie szczegółowego wykazu czynności zawodowych osób wykonujących niektóre zawody medyczne (Dz.U., poz. 626).

¹⁸ Przykładowo diagnosty laboratoryjnego (por. art. 6 ust. 2 u.m.l.).

obejmujące szkolenie specjalizacyjne i kurs kwalifikacyjny, oraz doskonalenie zawodowe odbywające się w postaci kursu doskonalącego i samokształcenia.

3.1. Kształcenie podyplomowe

W myśl art. 22 u.n.z.m. prawo do stałego aktualizowania wiedzy i umiejętności zawodowych realizowane w ramach kształcenia podyplomowego może następować w formie szkolenia specjalizacyjnego lub kursu kwalifikacyjnego. Szkolenie specjalizacyjne odbywa się na zasadach określonych w ustawie z dnia 24 lutego 2017 r. o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia¹⁹. Zatem z tej formy rozwoju zawodowego nie będą mogli skorzystać przedstawiciele wszystkich zawodów medycznych wymienionych w art. 1 ust. 1 pkt 1 u.n.z.m., ale jedynie spełniający wymogi i realizujący procedury precyzyjnie określone w przepisach ustawowych dotyczących uzyskiwania tytułu specjalisty. Celem tej postaci kształcenia jest przygotowanie zawodowe osób wykonujących zawody medyczne do samodzielnego wykonywania zadań w konkretnym obszarze medycyny²⁰. Natomiast szczegółowe kwestie dotyczące kursu kwalifikacyjnego zostały uregulowane w art. 23-30 u.n.z.m. Odbycie drugiej z form kształcenia podyplomowego umożliwia osobom wykonującym dany zawód medyczny uzyskanie dodatkowej wiedzy i umiejętności zawodowych niezbędnych do wykonywania określonych czynności zawodowych. Realizacja kursu kwalifikacyjnego wymaga od uczestników dysponowania pewnym zasobem wiedzy i umiejętności w danym zakresie, zmierzając do jego poszerzenia oraz pogłębienia. Jest on bowiem adresowany do osób dysponujących doświadczeniem w praktykowaniu określonego zawodu medycznego. Konkretyzacji tego wymogu dokonano w art. 23 ust. 2 u.n.z.m., ujmując go jako posiadanie co najmniej

¹⁹ Ustawa z dnia 24 lutego 2017 r. o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (t.j. Dz.U. z 2025 r., poz. 342).

²⁰ Dziedziny ochrony zdrowia, w których można uzyskać tytuł specjalisty, określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2017 r. w sprawie specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (t.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 1771). Są to przykładowo: fizyka medyczna, zdrowie publiczne, radiofarmacja.

3-letniego stażu pracy w danym zawodzie medycznym. Należyty poziom realizacji tej formy kształcenia mają zapewnić przewidziane rozwiązania ustawowe, takie jak przykładowo przyznanie kompetencji do opracowania programu kursu kwalifikacyjnego zespołowi ekspertów powołanemu przez dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (CMKP) spośród osób legitymujących się doświadczeniem zawodowym lub dorobkiem naukowym w zakresie dziedziny właściwej dla programu kursu kwalifikacyjnego (art. 23 ust. 5 u.n.z.m.) czy też określenie katalogu podmiotów uprawnionych do organizacji kursu, ze wskazaniem wymogów, które muszą spełnić (art. 24 u.n.z.m.). Potwierdzenie odbycia kursu kwalifikacyjnego, kończącego się teoretycznym lub praktycznym egzaminem z zagadnień objętych programem, następuje w postaci zaświadczenia o ukończeniu kursu.

3.2. Doskonalenie zawodowe

Drugi z rozpatrywanych aspektów ustawicznego rozwoju zawodowego, czyli obowiązek doskonalenia zawodowego, obejmuje swoim zakresem wiedzę i umiejętności niezbędne do realizacji przez osobę wykonującą zawód medyczny czynności zawodowych wskazanych w art. 13 ust. 1 u.n.z.m. Może być on realizowany w formie kursu doskonalącego oraz samokształcenia. Obie wymienione postaci mają istotne znaczenie dla utrzymania oraz rozwoju wiedzy, a także umiejętności osób wykonujących zawód medyczny²¹.

Zgodnie z treścią art. 32 ust. 1 u.n.z.m. kurs doskonalący zmierza do pogłębienia i aktualizacji wiedzy oraz umiejętności zawodowych, stanowiąc zinstytucjonalizowaną postać doskonalenia zawodowego. Podobnie jak w przypadku kursu kwalifikacyjnego, jego realizacja następuje na podstawie programu kursu (opracowanego przez zespół ekspertów powołanych przez dyrektora CMKP spośród osób legitymujących się doświadczeniem zawodowym lub dorobkiem naukowym w zakresie dziedziny właściwej dla programu kursu doskonalącego przewidzianego dla

²¹ P. Drembkowski, art. 31 [w:] P. Czarnecki, P. Drembkowski, *Ustawa...*

danego zawodu medycznego), a dodatkowo wymaga zatwierdzenia przez Ministra Zdrowia. Ponadto mogą go prowadzić wyłącznie podmioty spełniające określone wymogi weryfikowane przez dyrektora CMKP²². Następuje to w ramach procedury uzyskiwania wpisu na listę podmiotów uprawnionych do prowadzenia kursu doskonalącego, w toku której wydawana jest również opinia zespołu ekspertów o dopełnieniu przez dany podmiot ustawowych warunków. Poza powyższymi rozwiązaniami odpowiedni poziom kursów ma nadto zapewnić przewidziana w art. 38 u.n.z.m. kontrola ich realizacji przez zespół kontrolny powoływany przez dyrektora CMKP. Aktualizacja, a także pogłębianie dotychczasowej wiedzy może następować także w ramach samokształcenia, czyli w wyniku aktywności podejmowanych samodzielnie przez osoby wykonujące zawód medyczny. Szczegółowe regulacje dotyczące poszczególnych form samokształcenia zostały określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 19 kwietnia 2024 r. w sprawie ustawicznego rozwoju zawodowego osób wykonujących niektóre zawody medyczne (dalej jako: r.u.r.z.)²³ wydanym na podstawie upoważnienia z art. 39 ust. 7 u.n.z.m. Przykładowe postaci samokształcenia w zakresie wiedzy i umiejętności niezbędnych do realizacji czynności zawodowych wymieniono w § 2 r.u.r.z. Są to między innymi: udział w określonych aktywnościach o charakterze naukowym lub szkoleniowym (seminarium, kongres, zjazd, konferencja, warsztat szkoleniowy, kurs, szkolenie), opublikowanie lub tłumaczenie książki czy artykułu (zarówno naukowego, jak i popularnonaukowego), ale także uzyskanie kwalifikacji naukowych (stopnia naukowego doktora, doktora habilitowanego lub tytułu profesora w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu, nauk inżynieryjno-technicznych, nauk ścisłych i przyrodniczych), sprawowanie opieki nad studentami lub uczniami odbywającymi praktyki zawodowe oraz prowadzenie indywidualnej prenumeraty czasopisma naukowego z dziedziny nauk medycznych i nauk o zdrowiu

²² Uzupełniającą warto wskazać, że zgodnie z treścią art. 37 u.n.z.m. prowadzenie kursu doskonalącego przez przedsiębiorcę stanowi działalność regulowaną.

²³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 kwietnia 2024 r. w sprawie ustawicznego rozwoju zawodowego osób wykonujących niektóre zawody medyczne (Dz.U., poz. 674), które weszło w życie w dniu 15 maja 2024 r.

(znajdującego się w wykazie czasopism naukowych i recenzowanych materiałów z konferencji międzynarodowych). Powyższa egzemplifikacja ukazuje różnorodność i wielość postaci samokształcenia stanowiących realizację obowiązku ustawowego. Zaproponowane rozwiązanie zasługuje na aprobatę.

4. Ponoszenie kosztów ustawicznego rozwoju zawodowego

Jedną z praktycznych barier realizacji ustawicznego rozwoju zawodowego na zasadach określonych w u.n.z.m. może stanowić kwestia kosztów generowanych w tym procesie zarówno w zakresie podmiotów obciążonych ich ponoszeniem, jak i wysokości wydatkowanych na ten cel środków. Uczestnictwo w wielu formach ustawicznego rozwoju zawodowego może wiązać się z określonymi wydatkami. Udział w konferencji, szkoleniu lub kursie wymaga poniesienia kosztów noclegu, przejazdu, uiszczenia wpisowego czy opłaty za szkolenie. Natomiast prenumerata czasopisma naukowego obejmuje konieczność dokonania przedpłaty celem uzyskania dostępu do czasopisma w oznaczonym okresie. Z drugiej strony niektóre z postaci ustawicznego rozwoju zawodowego nie generują dodatkowych wydatków (przykładowo sprawowanie opieki nad studentami lub uczniami odbywającymi praktyki zawodowe).

Powstałe koszty związane z podejmowaniem ustawicznego rozwoju zawodowego obciążają podmioty wskazane w art. 21 u.n.z.m. Będzie to po pierwsze osoba praktykująca zawód medyczny, czyli bezpośrednio zaangażowana w realizację ustawicznego rozwoju zawodowego, a ponadto podmiot, w którym jest wykonywany zawód medyczny lub też jednostka prowadząca określoną formę ustawicznego rozwoju zawodowego. W świetle przywołanej regulacji należy podkreślić, że podmiot, w którym wykonywany jest zawód medyczny, nie ma obowiązku uczestniczenia w ponoszeniu kosztów ustawicznego rozwoju zawodowego. Dotyczy to także sytuacji, gdy realizacja czynności zawodowych następuje na podstawie umowy o pracę. Jednocześnie uwzględnienia wymaga regulacja przewidziana w ustawie z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (dalej jako: k.p.)²⁴,

²⁴ Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (t.j. Dz.U. z 2025 r., poz. 807).

zgodnie z którą partycypacja pracodawcy w ponoszeniu kosztów może wynikać z zasad finansowania podnoszenia kwalifikacji zawodowych pracownika określonych w art. 102 i nast. k.p.

Sytuacja osoby wykonującej zawód medyczny jako pracownik jest zatem potencjalnie korzystniejsza, gdyż z tym statusem wiąże się możliwość finansowania przez pracodawcę podnoszenia kwalifikacji zawodowych na zasadach określonych w k.p. Przywołane regulacje stanowią jeden z przejawów uprzywilejowania pozycji osób wykonujących zawód medyczny na podstawie umowy o pracę w porównaniu do innych form jego praktykowania, wskazanych w treści art. 13 ust. 3 u.n.z.m. W tym kontekście należy również zwrócić uwagę, że w przypadku wykonywania zawodu medycznego w oparciu o umowę cywilnoprawną można w niej przewidzieć postanowienia umożliwiające pokrywanie kosztów ustawicznego rozwoju zawodowego przez podmiot zatrudniający.

5. Urlop szkoleniowy w celu podniesienia kwalifikacji zawodowych w ramach ustawicznego rozwoju zawodowego

Kontynuując poczynione rozważania, należy odnieść się do urlopu szkoleniowego przewidzianego w art. 40 u.n.z.m., gdyż rozwiązanie to w istotny sposób sprzyja prawidłowej realizacji ustawicznego rozwoju zawodowego. Powyższe uprawnienie, wynikające wprost z ustawy, przysługuje jednak wyłącznie osobom wykonującym zawód medyczny na podstawie umowy o pracę. Zatem również w tym aspekcie dostrzegalne jest zróżnicowanie sytuacji osób praktykujących zawód medyczny ze względu na podstawę, na jakiej ono następuje. Analogiczne rozwiązanie funkcjonujące także w regulacjach dotyczących innych zawodów medycznych takich jak przykładowo lekarzy²⁵ czy ratowników medycznych²⁶.

Urlop szkoleniowy ma charakter urlopu celowego, przeznaczonego na realizację ustawicznego rozwoju zawodowego. Z tego tytułu pracownikowi przysługuje 6 dni roboczych rocznie, a zatem jego wymiar został usta-

²⁵ Por. art. 18 ust. 5 u.z.l.

²⁶ Por. art. 78 u.z.r.m.

lony niezależnie od czasu trwania okresu rozliczeniowego. Dzień roboczy stanowi dzień pracy przewidziany w rozkładzie czasu pracy dla danego pracownika. Ze względów organizacyjnych każdorazowo termin urlopu szkoleniowego, udzielanego na wniosek pracownika, jest uzgadniany z pracodawcą. Z tych samych powodów należy również uprzednio ustalić jego długość. Nie ulega bowiem wątpliwości, że urlop szkoleniowy może być udzielany kilkukrotnie, byleby łączna liczba dni nie przekroczyła 6 dni roboczych w ciągu roku. W związku z tym, że urlop szkoleniowy jest płatny, przy obliczeniu wynagrodzenia stosuje się w tym zakresie zasady obowiązujące dla urlopu wypoczynkowego. Co istotne, pracodawca nie może odwołać pracownika z urlopu szkoleniowego udzielonego w uzgodnionym terminie ani też przesunąć go na inną datę, chyba że zgodę na to wyrazi pracownik²⁷. Natomiast urlop niewykorzystany przez pracownika nie przechodzi na następny rok. Nie sumuje się on także w ramach 5-letniego okresu rozliczeniowego. Potwierdzeniu wykorzystania urlopu zgodnie z ustawowo określonym celem służy nałożony na pracownika obowiązek niezwłocznego przedłożenia pracodawcy dokumentu poświadczającego udział w danej formie ustawicznego rozwoju zawodowego.

Mając na uwadze powyższe, warto dodać, że regulacja przewidziana w art. 40 u.n.z.m. nie wyłącza uprawnień pracownika podnoszącego kwalifikacje zawodowe, między innymi w zakresie urlopu szkoleniowego na przygotowanie pracy dyplomowej oraz przygotowanie się i przystąpienie do egzaminu dyplomowego wynikających z art. 103² § 1 pkt 4 k.p.

6. Sposób dopełnienia i weryfikacja realizacji ustawicznego rozwoju zawodowego

Jak wynika z treści art. 39 u.n.z.m., ustawiczny rozwój zawodowy jest realizowany w 5-letnim okresie rozliczeniowym, rozpoczynającym się z dniem 1 stycznia roku następującego po roku, w którym osoba wykonująca zawód medyczny uzyskała wpis do Centralnego Rejestru Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego (dalej jako:

²⁷ T. Młynarski, *art. 40 [w:] Niektóre zawody medyczne. Komentarz*, LEX 2025.

Rejestr). W tym kontekście warto zwrócić uwagę na przepisy przejściowe regulujące kwestie związane z wpisem do Rejestru przez osoby, które wykonywały określony zawód medyczny w dniu wejścia w życie ustawy (tj. na dzień 26 marca 2024 r.). Zgodnie z treścią art. 99 ust. 1 u.n.z.m., podmioty te mogły wykonywać zawód medyczny bez uzyskania wpisu do Rejestru w okresie roku od dnia wejścia w życie ustawy, czyli do dnia 26 marca 2025 r. Jednakże wniosek o wpis powinien być złożony nie później niż w okresie 6 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy, czyli do dnia 26 września 2025 r. (art. 99 ust. 2 u.n.z.m.). Jeśli zatem osoby te uzyskały wpis w roku wejścia w życie ustawy (2024) – okres rozliczeniowy rozpoczął się dla nich w roku 2025. Natomiast jeśli wpis został dokonany od dnia 1 stycznia 2025 r. do dnia 26 marca 2025 r. (ostateczna data na jego uzyskanie), to okres rozliczeniowy zacznie biec dopiero w roku 2026. W odniesieniu zaś do podmiotów, które rozpoczęły wykonywanie zawodu medycznego w 2024 r., okres rozliczeniowy rozpoczął się w roku 2025, albowiem w myśl art. 2 ust. 1 pkt 6 u.n.z.m. wpis do Rejestru stanowi niezbędną przesłankę wykonywania zawodu medycznego.

Kwestie związane z liczbą punktów edukacyjnych za udział w poszczególnych formach ustawicznego rozwoju zawodowego wraz z dokumentami potwierdzającymi ich realizację zostały doprecyzowane w r.u.r.z. Dla zobrazowania kształtu rozwiązań przyjętych w szczegółowym wykazie w zakresie liczby punktów edukacyjnych za konkretne postaci ustawicznego rozwoju zawodowego (zawartym w załączniku nr 1 do r.u.r.z.), tytułem przykładu, można wskazać, że za uzyskanie tytułu specjalisty w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia jest przyznawanych 50 punktów edukacyjnych, za udział w kursie kwalifikacyjnym 40 punktów edukacyjnych, a w kursie doskonalącym 120 punktów edukacyjnych. Ponadto liczba punktów edukacyjnych za aktywność w postaci opublikowania książki naukowej wynosi 60, za uzyskanie stopnia naukowego doktora, doktora habilitowanego i tytuł profesora odpowiednio 60, 70 i 80 punktów edukacyjnych, zaś za indywidualną prenumeratę czasopisma naukowego z dziedziny nauk medycznych i nauk o zdrowiu przysługuje 5 punktów edukacyjnych za tytuł (nie więcej jednak niż 10 punktów edukacyjnych w danym okresie rozliczeniowym).

Przez dopełnienie ustawicznego rozwoju zawodowego rozumie się uzyskanie w okresie rozliczeniowym co najmniej 200 punktów edukacyjnych za udział w wybranych jego formach. W treści § 3 ust. 1 r.u.r.z. regulującego powyższą kwestię nie do końca precyzyjnie użyto sformułowania o dopełnieniu „obowiązku ustawicznego rozwoju zawodowego”. Jak bowiem wynika wprost z regulacji ustawowej, ustawiczny rozwój zawodowy stanowi jednocześnie prawo i obowiązek osoby wykonującej zawód medyczny. Zaś ustawodawca na podstawie delegacji ustawowej z art. 39 ust. 7 u.n.z.m. przekazał Ministrowi Zdrowia kompetencję w zakresie określenia „liczby punktów niezbędnych do zaliczenia obowiązku doskonalenia zawodowego” (art. 39 ust. 7 pkt 2 u.n.z.m.). Należy podkreślić, że poza sumarycznie wskazaną liczbą punktów edukacyjnych dodatkowo zastrzeżono, że niezbędnym wymogiem w zakresie realizacji doskonalenia zawodowego jest uzyskanie w każdym okresie rozliczeniowym 120 punktów edukacyjnych za udział w kursie doskonalącym. Wybór zatem konkretnych postaci aktywności przez osoby wykonujące zawód medyczny został w pewnym stopniu ograniczony, gdyż wymaga uwzględnienia uczestnictwa w formie doskonalenia zawodowego określonej w art. 31 ust. 1 u.n.z.m. W pozostałym zakresie osobom wykonującym zawód medyczny pozostawiono możliwość decydowania o sposobie dopełnienia ustawowego rozwoju zawodowego. W myśl § 3 ust. 3 r.u.r.z. nawet jeśli suma punktów edukacyjnych uzyskana w danym okresie rozliczeniowym będzie większa niż wymagane 200, nadwyżka nie zostanie zaliczona na poczet następnego okresu rozliczeniowego. Niezależnie zatem od liczby punktów edukacyjnych zdobytych ponad wskazaną wartość, również w kolejnym, 5-letnim okresie rozliczeniowym ustawiczny rozwój zawodowy wymaga realizacji w pełnym wymiarze, co akcentuje ustawiczość w znaczeniu systematyczności w sposobie realizacji rozwoju zawodowego.

Analizowana ustawa nie przewiduje regulacji zakładającej, że dopełnienie obowiązku nie będzie dotyczyło pewnych grup osób wykonujących zawody medyczne, jak ma to przykładowo miejsce w odniesieniu do lekarzy przebywających na urlopie macierzyńskim, albo będących na zwolnieniu lekarskim z powodu choroby przekraczającej łącznie 50% okresu

rozliczeniowego²⁸. Powyższe skłania do refleksji nad wprowadzeniem analogicznego rozwiązania w tym zakresie.

Doprecyzowanie w r.u.r.z. ustawowych regulacji zmierzało do zapewnienia odpowiedniej jakości ustawicznego rozwoju zawodowego, a także stworzenia narzędzia umożliwiającego potwierdzenie jego przebiegu w rzetelny i przejrzysty sposób. Właściwemu udokumentowaniu podejmowanych aktywności służy karta rozwoju zawodowego, w której umieszcza się dane wymienione w art. 39 ust. 4 u.n.z.m. Poza informacjami dotyczącymi osoby wykonującej zawód medyczny (m.in. imię i nazwisko, indywidualny identyfikator wpisu, nazwa i miejsce wykonywania zawodu medycznego) zamieszcza się przede wszystkim dane o miejscu realizacji, terminie i czasie trwania poszczególnych form ustawicznego rozwoju zawodowego, a także liczbie punktów edukacyjnych oraz nazwie i adresie podmiotu realizującego konkretne jego postaci. Wzór karty rozwoju zawodowego osoby wykonującej zawód medyczny określono w załączniku nr 2 do r.u.r.z. Organem zaś właściwym do jej wydania oraz potwierdzenia dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego jest wojewoda właściwy ze względu na miejsce zamieszkania osoby wykonującej zawód medyczny²⁹. W myśl art. 39 ust. 4 u.n.z.m. na osobę wykonującą zawód medyczny obowiązek przekazania temu organowi karty nie później niż w ciągu 30 dni od dnia zakończenia okresu edukacyjnego. Zasadniczo w przypadku innych, uregulowanych już zawodów medycznych, kompetencja do potwierdzenia realizacji obowiązku doskonalenia zawodowego należy do samorządu zawodowego³⁰. Jak wynika z dotychczasowych rozważań, potwierdzanie dopełnienia analizowanego obowiązku następuje w formie papierowej. Nie przewidziano natomiast możliwości dokonywania powyższego w formie elektronicznej, co stanowiłoby istotne ułatwienie nie tylko w zakresie wprowadzania danych, ale również bieżącego nadzoru nad realizacją obowiązku doskonalenia zawodowego.

²⁸ Por. art. 18 ust. 3 u.z.l.

²⁹ Jeśli nie jest możliwe ustalenie właściwego wojewody, kartę rozwoju zawodowego wydaje Wojewoda Mazowiecki.

³⁰ Por. art. 18 ust. 2 u.z.l., art. 77 ust. 4 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (t.j. Dz.U. z 2025 r., poz. 608).

Uzupełniając poczynione rozważania, należy wskazać, że narzędziem ułatwiającym weryfikację dopełnienia ustawicznego rozwoju zawodowego w danym okresie rozliczeniowym jest Rejestr prowadzony przez Ministra Zdrowia będącego administratorem danych. Zawarte w nim dane osób wykonujących zawód medyczny są udostępniane systemowi informacji w ochronie zdrowia³¹. W myśl art. 4 ust. 1 pkt 7 u.n.z.m. w Rejestrze zamieszcza się między innymi informację o dopełnieniu ustawicznego rozwoju zawodowego. Zastosowane rozwiązanie służy monitorowaniu i kontrolowaniu realizacji obowiązku oraz zapewnieniu odpowiedniej jakości świadczonych usług medycznych, a także umożliwia odpowiednim organom dostęp do niezbędnych danych o osobach wykonujących zawód medyczny w Polsce³². Należy jednak zastrzec, że w zakresie informacji dotyczących wypełnienia ustawowego obowiązku Rejestr nie jest jawny³³.

Kluczowe znaczenie dla osiągnięcia celu ustawy, czyli zapewnienia optymalnej jakości udzielanych świadczeń, ma rzeczywista realizacja obowiązku doskonalenia oraz świadomość i nieuchronność konsekwencji jego niedopełnienia. Rozważając możliwe następstwa niedochowania obowiązku doskonalenia, analogicznie jak przy innych zawodach medycznych, warto podkreślić ich wielopłaszczyznowość objawiającą się zarówno w możliwości poniesienia odpowiedzialności cywilnej, karnej, jak i zawodowej. W literaturze wskazuje się, że brak realizacji obowiązku doskonalenia może stanowić pośrednią podstawę do uznania, że dana osoba nie posiadała odpowiednich kwalifikacji do wykonania konkretnej czynności medycznej. Odpowiednio na gruncie prawa cywilnego rozważenia wymaga zarzut niedochowania należytej staranności wymaganej od profesjonalisty, zaś w prawie karnym kwestia zachowania wymaganej

³¹ Na podstawie art. 3 ust. 3 pkt 4b ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (t.j. Dz.U. z 2025 r., poz. 779) minister właściwy do spraw zdrowia prowadzi bazy zawierające dane o usługodawcach i pracownikach medycznych w zakresie informacji przetwarzanych w Centralnym Rejestrze Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego.

³² P. Drembkowski, *art. 4 [w:] P. Czarnecki, P. Drembkowski, Ustawa...*

³³ W myśl art. 4 ust. 3 u.n.z.m. rejestr jest jawny w zakresie określonych ustawowo danych i informacji dotyczących osoby wykonującej zawód medyczny, wskazanych w art. 4 ust. 1 pkt 1-4, pkt 5 lit. a oraz pkt 8-13 u.n.z.m.

ostrożności będącej elementem konstrukcyjnym nieumyślności³⁴. Ponadto, skoro z art. 20 u.n.z.m. wynika ustawowy obowiązek ustawicznego rozwoju zawodowego, zawiniony brak jego realizacji powinien skutkować odpowiedzialnością zawodową osoby wykonującej zawód medyczny³⁵.

W świetle art. 41 u.n.z.m. osoby wykonujące zawody medyczne podlegają również odpowiedzialności zawodowej za przewinienie zawodowe rozumiane jako zawinione naruszenie przepisów związanych z wykonywaniem danego zawodu medycznego. Odpowiedzialność ta nie obejmuje naruszenia zasad etyki zawodowej z uwagi na brak kodeksu etyki dla tej grupy zawodowej. W myśl art. 43 ust. 1 u.n.z.m. postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej obejmuje: czynności sprawdzające oraz czynności wyjaśniające prowadzone przez rzecznika dyscyplinarnego, a także postępowanie przed Komisją Odpowiedzialności Zawodowej, która zasadniczo orzeka w składzie pięcioosobowym. Jednocześnie można wskazać, że przewidziany przez ustawodawcę katalog kar jest podobny do regulacji przewidzianych w tym zakresie dla innych zawodów medycznych. W art. 68 u.n.z.m. wymieniono bowiem: upomnienie, nagane, karę pieniężną, zawieszenie uprawnienia do wykonywania zawodu medycznego na okres do 5 lat oraz pozbawienie uprawnienia do wykonywania zawodu medycznego.

7. Podsumowanie

Dynamiczny rozwój nauki i techniki sprzyja specjalizacji w ramach poszczególnych czynności zawodowych, prowadząc do wyodrębniania się nowych zawodów. Powyższy proces znajduje swoje odzwierciedlenie również w obszarze ochrony zdrowia, co przejawia się w usamodzielnianiu określonych zawodów medycznych, których przedstawiciele posia-

³⁴ R. Kubiak, *Obowiązek ustawicznego podnoszenia...* Choć rozważania te Autor prowadził w odniesieniu do niewykonania obowiązku doskonalenia przez lekarza, to można je również przywołać w kontekście rozważań nad odpowiedzialnością innych zawodów medycznych.

³⁵ W. Kozielewicz, *Standard wykonywania zawodu lekarza w orzecznictwie Sądu Najwyższego jako sądu dyscyplinarnego* [w:] *Standard wykonywania zawodów medycznych*, red. A. Górski, M. Grassmann i E. Sarnacka, LEX 2019. W powołanej literaturze Autor rozważał konsekwencje zawinionego niewywiązywania się z ustawowego obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy mającego podstawy w art. 18 u.z.l.

dają wiedzę, umiejętności oraz kwalifikacje niezbędne dla prawidłowego wykonywania konkretnych czynności zawodowych.

W odniesieniu do niektórych zawodów medycznych funkcjonujących w ramach ochrony zdrowia brak było dotychczas jednolitych reguł dotyczących zasad ich wykonywania, ustawicznego rozwoju zawodowego czy odpowiedzialności zawodowej. Mimo podnoszonej od lat konieczności poddania wskazanych aspektów regulacji prawnej dopiero w dniu 26 marca 2024 r. weszła w życie ustawa o niektórych zawodach medycznych obejmująca swoim zakresem powyższe kwestie zasadniczo w odniesieniu do piętnastu zawodów medycznych.

Obecnie zawody medyczne wymienione w katalogu z art. 1 ust. 1 pkt 1 u.n.z.m. stanowią zawody regulowane, których wykonywanie jest oparte na uporządkowanych zasadach i precyzyjnych przesłankach. Przewidziane wymagania ustawowe reglamentują dostęp do ich wykonywania. Taki sposób regulacji jednoznacznie przesądza, że wymienione profesje mieszczą się w kategorii zawodów medycznych, co wiąże się z istotnymi następstwami. Jedną z konsekwencji jest nałożenie na przedstawicieli również tej grupy zawodowej obowiązku doskonalenia zawodowego. Rozwiązania przewidziane w u.n.z.m. zmierzają do zagwarantowania, że poszczególne świadczenia będą udzielane przez osoby o odpowiednich kwalifikacjach, co przyczyni się do podniesienia poziomu sprawowanej opieki, zapewniając pacjentom optymalną jakość udzielanych świadczeń.

Istotne znaczenie praktyczne oraz aktualność zagadnienia uzasadniały podjęcie pogłębionych rozważań nad ustawicznym rozwojem zawodowym dotyczącym tej grupy osób wykonujących zawody medyczne. Analizowany aspekt praktykowania zawodu, obejmujący prawo i obowiązek, jest realizowany przez aktualizację wiedzy oraz umiejętności zawodowych. W założeniu ustawiczny rozwój zawodowy służy dochowaniu ustawowych standardów wykonywania zawodu medycznego przez cały okres aktywności zawodowej, stanowiąc jeden z filarów budujących bezpieczeństwo pacjenta. Ma on szczególne znaczenie dla prawidłowego dokonywania czynności zawodowych, bezpośrednio wpływając na standard udzielanych świadczeń.

Na tle przeprowadzonej analizy dostrzec można, że zasadniczo kwestie związane z dopełnieniem ustawicznego rozwoju zawodowego zostały ukształtowane w podobny sposób jak w przypadku innych zawodów medycznych, z zastrzeżeniem jednak występujących różnic. Dotyczą one między innymi długości okresu rozliczeniowego (przykładowo, w przypadku lekarzy wynosi on 4, a nie 5 lat) czy podmiotu kompetentnego w kwestiach związanych z realizacją ustawicznego rozwoju zawodowego (odpowiednio w odniesieniu do lekarzy czyni to okręgowa izba lekarska jako jednostka organizacyjna samorządu zawodowego). W tym kontekście zwraca uwagę, że nie powołano samorządu zawodowego dla grupy zawodów medycznych uregulowanych w ustawie, co może wynikać z uwzględnienia w ramach jednego aktu prawnego problematyki wykonywania kilkunastu różnorodnych profesji. Brak samorządu zawodowego może wpływać na sposób weryfikacji realizacji obowiązku doskonalenia. Rolą samorządu zawodowego jest bowiem sprawowanie pieczy nad należyтым wykonywaniem zawodu czy ustalanie standardów zawodowych i standardów kwalifikacji zawodowych, które to zadania są realizowane między innymi poprzez opiniowanie oraz wnioskowanie w sprawach kształcenia zawodowego, prowadzenia kształcenia podyplomowego czy orzekania w zakresie odpowiedzialności zawodowej.

W kontekście praktycznej realizacji ustawicznego rozwoju zawodowego podkreślenia wymaga również szczególne uprawnienie w postaci prawa do urlopu szkoleniowego w wymiarze 6 dni roboczych rocznie w celu podnoszenia kwalifikacji. Ten płatny urlop celowy został jednak przyznany wyłącznie osobom wykonującym zawód medyczny na podstawie umowy o pracę. Jest to analogiczne rozwiązanie przewidziane w odniesieniu do przedstawicieli innych zawodów medycznych.

Podsumowując, warto wskazać, że uregulowanie kwestii ustawicznego rozwoju zawodowego osób wykonujących zawody medyczne było niezbędne dla zapewnienia prawidłowej realizacji czynności zawodowych i tym samym bezpieczeństwa pacjenta. Jednakże już obecnie, pomimo krótkiego obowiązywania ustawy, można dostrzec potencjalne trudności związane z jej stosowaniem (przykładowo w zakresie weryfikacji realizacji obowiązku doskonalenia zawodowego), co będzie wymagało dalszej anali-

zy. Proponowanym rozwiązaniem usprawniającym proces wprowadzania danych potwierdzających dopełnienie tego obowiązku i przeprowadzania rozliczeń byłoby umożliwienie dokonywania tego również w systemie teleinformatycznym, w formie elektronicznej. Ułatwiłoby to także sprawowanie bieżącego nadzoru nad jego realizacją. Ponadto podkreślić należy konieczność uregulowania także innych zawodów medycznych niepoddanych dotychczas ingerencji ustawodawcy, w tym w szczególności uchwalenie ustawy dotyczącej zasad wykonywania zawodu kosmetologa.

Bibliografia:

- Banaszczyk Z. [w:] *System Prawa Medycznego. Tom 1. Instytucje prawa medycznego*, red. M. Safjan, L. Bosek, Warszawa 2018.
- Czarnecki P., Drembkowski P., *Ustawa o niektórych zawodach medycznych. Komentarz*, LEX 2024.
- Dąbek A., *art. 18* [w:] *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz*, red. E. Zielińska, LEX 2022.
- Karkowska D., Kmiecik B., *art. 3* [w:] *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, red. D. Karkowska, LEX 2021.
- Karkowska D., *Zawody medyczne*, LEX 2012.
- Kozielewicz W., *Standardy wykonywania zawodu lekarza w orzecznictwie Sądu Najwyższego jako sądu dyscyplinarnego* [w:] *Standard wykonywania zawodów medycznych*, red. A. Górski, M. Grassmann i E. Sarnacka, LEX 2019.
- Kubiak R., *Obowiązek ustawicznego podnoszenia kwalifikacji zawodowych* [w:] *System Prawa Medycznego. Tom I. Pojęcie, źródła i zakres prawa medycznego*, red. R. Kubiak, L. Kubicki, E. Zielińska, LEX 2018.
- Miętek A., Pisarczyk Ł. [w:] *System Prawa Medycznego. Tom 3. Organizacja systemu ochrony zdrowia*, red. D. Bach-Golecka, R. Stankiewicz, Warszawa 2020.
- Młynarski T., *Niektóre zawody medyczne. Komentarz*, LEX 2025.
- Szczucki K. [w:] *System Prawa Medycznego. Tom 1. Instytucje prawa medycznego*, red. M. Safjan, L. Bosek, Warszawa 2018.
- Uzasadnienie projektu ustawy o niektórych zawodach medycznych (druk nr 3183), <https://orka.sejm.gov.pl/Druki9ka.nsf/0/0075A598F1A-99BE9C12589A5002D7A99/%24File/3183.pdf>, [dostęp: 14.04.2025 r.].

S u m m a r y

Continuing professional development with healthcare profession in light of the Act of 17th August 2023 on the Selected Healthcare Professions

The aim of the paper is to analyse the legal regulations regarding continuing professional development in the light of the Act of 17th August 2023 on the Selected Healthcare Professions. Above issue is of the essence in practice. Continuing professional development is integrally related to the proper pursuit of the health profession, thus impacts of legal status of the patient. The author, using the legal-dogmatic method, points out and characterizes the form of continuing professional development (postgraduate education and professional development). Subsequently, the issues of cost and method of verification of continuing professional development were presented. The special rights that have a health professional perform a profession based on a labor employment relationship were also included. The regulation regarding continuing professional development is essential to ensure proper performance of professional activities and thus the safety of the patient.

Key words: professional development, continuing professional development, postgraduate education, health profession

DR KAROLINA CZAPSKA-MAŁECKA

UNIWERSYTET WARSZAWSKI

ORCID: 0000-0002-4524-7539

Wypalenie zawodowe w środowisku medycznym – uwarunkowania prawne. Wnioski *de lege lata* i *de lege ferenda*

DOI: 10.70537/PPM/217589

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

Wypalenie zawodowe to jedno z najszybciej narastających zagrożeń psychicznych wśród pracowników, w tym przedstawicieli zawodów medycznych, a szczególnie lekarzy. Z problemem tym może mierzyć się każda osoba wykonująca pracę, jednak lekarze stanowią grupę zawodową szczególnie narażoną na ryzyko jego wystąpienia, ze względu na charakter wykonywanej profesji. Doświadczenie wypalenia zawodowego może w bardzo niekorzystny sposób wpływać na bezpieczeństwo pacjentów, którzy oczekują, że lekarz potraktuje ich z profesjonalizmem, należyta starannością i pełnym zaangażowaniem. Tymczasem utrata sił fizycznych i psychicznych lekarza stanowi istotny problem nie tylko dla niego samego, ale także dla osób, nad którymi sprawuje opiekę medyczną. Wypalenie zawodowe jest wpisane w naturę wielu zawodów i nie jest zjawiskiem, które można na stałe wyeliminować z życia pracowników. Choć syndrom ten łączy się przede wszystkim ze sferą psychologiczną, jego złożona istota i konsekwencje, które wynikają dla otoczenia z doświadczenia tego problemu, sprawiają, że należy przyrzeć się temu zjawisku także pod kątem aspektów prawnych. Odpowiednio zaprojektowane rozwiązania legislacyjne mogą bowiem w istotny sposób przyczynić się do zmniejszenia czę-

stotliwości występowania wypalenia zawodowego wśród przedstawicieli zawodów medycznych.

Słowa kluczowe: wypalenie zawodowe, choroba zawodowa, zawody medyczne, umowa o pracę, urlop dla poratowania zdrowia

1. Wstęp

W dobie gwałtownych przemian technologicznych i szybkiego tempa życia, granice między sferą prywatną a zawodową ulegają zacieraniu, co utrudnia zachowanie tzw. *work-life balance*. Brak równowagi między pracą a życiem osobistym może stanowić jedną z przyczyn wystąpienia syndromu wypalenia zawodowego. Ponadto, silny stres, praca pod presją, niewspółmierność między wkładanym wysiłkiem a osiąganymi rezultatami czy nieprawidłowe relacje w organizacji mogą spowodować, że pracownicy, zwłaszcza ci początkowo mocno zmotywowani zaczną tracić swój entuzjazm, a w efekcie – wypalać się. Szczególne narażenie na ten problem dotyka przedstawicieli zawodów medycznych, których praca w dużym stopniu wiąże się z licznymi czynnikami stresogennymi. Jako problem interdyscyplinarny, wypalenie zawodowe dotyczy kwestii psychologicznych, medycznych oraz organizacyjnych, a najczęściej badane jest właśnie z perspektywy psychologii i medycyny. Jednak skutki płynące z doświadczenia wypalenia zawodowego powodują, że problem ten powinien też być rozpatrywany z uwzględnieniem aspektów prawnych. Wypalenie zawodowe oddziałuje bowiem nie tylko na zdrowie pracownika dotkniętego tym problemem, ale także jego otoczenie, w tym wypadku pacjentów. Przyjęcie ram prawnych wypalenia zawodowego mogłoby stać się podstawą do nałożenia na organizacje i pracodawców obowiązku przeciwdziałania temu zjawisku i zapewnienia odpowiednich warunków pracy. W związku z tym w artykule postawiono tezę, że wypalenie zawodowe powinno być rozumiane jako problem prawny ze względu na sferę oddziaływania i jego konsekwencje formalno-organizacyjne. Wobec tego konieczne staje się przeprowadzenie analizy obowiązujących regulacji prawnych w tym ob-

szarze oraz zaproponowanie rozwiązań legislacyjnych dotyczących zawodów medycznych, które mogłyby przyczynić się do ograniczenia ryzyka występowania wypalenia zawodowego wśród przedstawicieli tej profesji.

W artykule zostało naświetlone zjawisko wypalenia zawodowego i jego definicje, specyfika zawodu lekarza i czynniki ryzyka odpowiadające za wystąpienie wypalenia zawodowego wśród przedstawicieli zawodów medycznych. Szczególnie istotnym punktem w pracy jest zaproponowanie interdyscyplinarnych rozwiązań prawnych, które mogą przyczynić się do ograniczenia występowania tego syndromu.

2. Definicja wypalenia zawodowego

Termin *wypalenie* funkcjonuje w języku potocznym od wielu lat i nierozdzielnie wiąże się z obrazem zużycia, utraty zasobów i trwałego uszczerbku, zarówno fizycznego, jak i psychicznego. O ile jednak pojęcie „wypalenie” dotyczy ogólnego stanu wyczerpania, którego przyczyn można poszukiwać w wielu źródłach, tak wypalenie zawodowe bezpośrednio łączy się z czynnikami wynikającymi ze środowiska zawodowego. Choć pojęcie wypalenia zawodowego istnieje już od dawna, systematyczne badania nad tym syndromem rozpoczęły się dopiero w latach siedemdziesiątych XX w. Pierwszy raz określenie „wypalenie zawodowe” zostało użyte w 1961 r. przez Grahama Greene’a, który w swojej książce „A Burn-Out Case” opisał architekta, u którego wypalenie przyczyniło się do porzucenia pracy i dotychczasowego życia, a w rezultacie do zamieszkania w dżungli¹. Można więc stwierdzić, że ów architekt był pierwszym opisanym przypadkiem osoby dotkniętej wypaleniem zawodowym, jednak nie był to przykład oparty na badaniach ani konkretnej metodologii.

Bardziej zaawansowane badania nad wypaleniem zawodowym zapoczątkował amerykański psychiatra Freudenberger w 1974 r. Jego publikacja „Staff Burnout” oparta była na doświadczeniach z pracy w ośrodku dla osób uzależnionych od narkotyków. Autor dostrzegł zmianę w po-

¹ M. Polikowska, A. Grabowska, B. Łoza, Zespół wypalenia według Grahama Greene’a, „Neuropsychiatria. Przegląd Kliniczny” 2016, nr 8(4), s. 162-166.

stawie młodych osób, które rozpoczęły swoją działalność w charakterze wolontariuszy. Brak widocznych efektów włożonego wysiłku powodował wyraźny spadek ich zaangażowania. Osłabienie motywacji spowodowane było brakiem wzmocnienia w postaci wyjścia z nałogu ich podopiecznych i nienależytym docenieniem wykonanej pracy. Zdaniem Freudembergera wypalenie zawodowe należy rozumieć jako stan wyczerpania jednostki, na który wpływają nadmierne wymagania stawiane przez środowisko pracy. Wobec tego, osoba dotknięta tym syndromem zaczyna odczuwać objawy somatyczne w postaci chronicznego zmęczenia, bólu głowy, osłabienia odporności organizmu, poczucia znudzenia i zniechęcenia². Równoległe do prac Freudembergera badania na szerszą skalę nad wypaleniem zawodowym prowadziła amerykańska psycholożka Christina Maslach. W pierwszej fazie swoich badań przedstawiła ona trzy fazy wypalenia zawodowego:

1. wyczerpanie emocjonalne,
2. depersonalizacja,
3. obniżone poczucie dokonań osobistych.

Z czasem, wymienione przez nią stadia wypalenia zawodowego zostały zaktualizowane. Maslach uznała, że bardziej adekwatne będzie wyszczególnienie innych filarów wypalenia zawodowego, tj.:

1. wyczerpanie,
2. cynizm,
3. poczucie braku osiągnięć zawodowych³.

W zaktualizowanej typologii Maslach wykazała, że wypalenie zawodowe objawia się szeroko rozumianym wyczerpaniem, także w sferze fizycznej, nie tylko psychicznej. Poprzez wyróżnienie filaru cynizmu, udowodniła, że syndrom ten dotyka także relacji z innymi ludźmi poprzez dystansowanie się i brak życzliwości. Wreszcie, ostatni z etapów wskazuje, że wypalenie zawodowe odnosi się bezpośrednio do życia zawodowego, z pominięciem innych płaszczyzn życia prywatnego. Należy zaznaczyć, że

² K. Harasim, Wypalenie zawodowe w zawodach wysokiego ryzyka, „Prosopon. Europejskie Studia Społeczno-Humanistyczne” 2018, nr 23(2), s. 93.

³ C. Maslach, S.E. Jackson, *The measurement of experienced burnout*, „Journal of Occupational Behavior” 1981, nr 2(2), s. 99-113.

objawy syndromu wypalenia zawodowego mogą być zbliżone do innych zaburzeń natury psychicznej, jednak to, co odróżnia wypalenie zawodowe od innych chorób to podłoże występowania tego problemu. Wypalenie zawodowe następuje wyłącznie w wyniku aktywności zawodowej i jest nieodłącznie związane z pracą, a jego przyczyn nie stanowią problemy pojawiające się w życiu osobistym. W kontekście zawodów medycznych wypalenie zawodowe rozumiane jest jako syndrom reakcji stresowych, które mogą przejawiać się w wieloraki sposób, lecz bardzo często wiążą się z zaburzeniami natury emocjonalnej i wyczerpaniem. Reakcje te mogą występować zwłaszcza wtedy, gdy pracownikom stawia się wygórowane oczekiwania co do wykonywanej pracy⁴.

Maslach początkowo wskazywała, że wypalenie zawodowe może pojawić się wśród osób, które świadczą pracę o charakterze misyjnym. Do tej grupy zaliczyła przede wszystkim przedstawicieli takich zawodów jak lekarze, pielęgniarki, pedagodzy specjaliści czy nauczyciele. Dziś uznaje się jednak, że problemem wypalenia zawodowego może być dotknięty każdy pracownik, bez względu na wykonywaną profesję. Wbrew pozorom syndrom ten może spotkać nie tylko bardzo doświadczonych pracowników, znużonych rutyną i powtarzalnością przydzielanych im zadań, ale także tych, którzy z dużym entuzjazmem rozpoczęli swoją pracę, jednak zdechli się z rozczarowaniem i brakiem zadowalających efektów. Taki model może być charakterystyczny zwłaszcza dla przedstawicieli zawodów medycznych. W środowisku medycznym widoczna staje się bowiem niepokojąca tendencja wskazująca, że wypalenie zawodowe zaczyna dotyczyć coraz młodszych lekarzy, a nawet rezydentów. A. Pines, badaczka nad wypaleniem zawodowym, w swoich pracach stwierdziła, że wypala się ta osoba, która początkowo płonęła, stąd też można uzasadnić, dlaczego wypalenie zawodowe dotyczy tak dużą liczbę osób młodych⁵. Studia medyczne są dużym wyzwaniem zarówno pod kątem intelektualnym, jak i psychicznym. Często edukację w tym zakresie podejmują osoby, które osiągnęły bardzo wysokie wyniki we wcześniejszych etapach nauki i są

⁴ E. Wilczek-Rużyczka, *Wypalenie zawodowe pracowników medycznych*, Warszawa 2014, s. 77.

⁵ A.M. Pines, *Burnout: An existential perspective* [w:] *Professional Burnout: Recent Developments in Theory Research*, red. W.B. Schaufeli, C. Maslach, T. Marek, Washington D.C. & London, 1993, s. 4.

wysoce zmotywowane do pomocy innym ludziom, z tego względu mogą szybko się wypalać. Potwierdzają to m.in. badania przeprowadzone w latach 2019-2020 wśród rezydentów i młodszych lekarzy, w których uczestniczyło 125 lekarzy (specjalistów i rezydentów) różnych specjalności⁶. Aż 67% badanych spełniało kryteria wypalenia zawodowego, co stwierdzono za pomocą narzędzi: Maslach Burnout Inventory (MBI) oraz WHO-5 Well-Being Index. W badaniu potwierdzono także silną korelację między wypaleniem zawodowym a popełnionymi błędami przez lekarzy oraz obniżonym dobrostanem psychicznym.

Zagadnienie wypalenia zawodowego nie jest definiowane jedynie w literaturze. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) podjęła decyzję o wpisaniu wypalenia zawodowego w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD-11) obowiązującej od 1 stycznia 2022 r. wśród czynników wpływających na stan zdrowia związanych z zatrudnieniem (kod diagnostyczny QD85). WHO definiuje wypalenie zawodowe jako syndrom wynikający z przewlekłego stresu w miejscu pracy, który nie został w sposób skuteczny opanowany⁷. Nie uznano jednak tego problemu za jednostkę chorobową ani stan medyczny, ale zespół objawów, które mogą oddziaływać na stan zdrowia pracownika⁸. We wcześniejszych wersjach ICD uwzględniono jedynie problem wypalenia rozumianego szeroko jako poczucie ogólnego wyczerpania życiowego niezwiązanego z pracą (kod Z73.0), dlatego wyróżnienie wypalenia zawodowego w najnowszej klasyfikacji jest wyraźnym sygnałem, że problem narasta i nie może pozostać niezauważony.

3. Przyczyny wypalenia zawodowego wśród lekarzy i wnioski *de lege lata*

Z racji wielopłaszczyznowości wypalenia zawodowego, jednoznaczne wskazanie przyczyn jego wystąpienia nie należy do zadań łatwych. Omawiając tę problematykę, można wyróżnić jednak kilka najczęstszych kate-

⁶ J. Owoc, M. Manczak, M. Tombarkiewicz, R. Olszewski, *Burn-out, well-being and self-reported medical errors among physicians*, „Polish Archives of Internal Medicine” 2021, nr 131(7-8), s. 626-632.

⁷ Burn-out an “occupational phenomenon”: International Classification of Diseases: <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>.

⁸ M. Kopacz, D. Ames, H.G. Koenig, *It's time to talk about physician burnout and moral injury*, „The Lancet” 2019, nr 6, s. 28.

gorii, które realnie wpływają na ryzyko wystąpienia tego syndromu. Należą do nich czynniki dotyczące możliwości odpoczynku i zachowania równowagi między życiem osobistym a prywatnym, nadmiar biurokracji, kwestia regulacji czasu pracy, problemy związane ze specyfiką danego zawodu i cechy osobowości pracownika, a także relacje istniejące w środowisku pracy oraz poziom bezpieczeństwa psychologicznego panującego w danej organizacji. Silnym czynnikiem wystąpienia wypalenia zawodowego jest również stresujący charakter pracy lekarzy, który nie jest zależny od cech osobowości, ale od codziennego obciążenia i warunków pracy zapewnianych lekarzom. Poniżej zostaną naświetlone możliwe najważniejsze przyczyny wypalenia zawodowego, a także przeprowadzona zostanie analiza dotycząca dotychczas obowiązującego stanu prawnego, co stanowi podstawę do dalszego sformułowania wniosków *de lege ferenda*.

3.1. Czas pracy

Jeśli chodzi o zawody medyczne, palącą kwestią pozostaje regulacja czasu pracy, nieodłącznie związana z podstawą zatrudnienia lekarza. Najbardziej typową formą zatrudnienia lekarzy jest umowa o pracę, która proponowana jest przedstawicielom tej profesji w szczególności w jednostkach państwowych, tj. szpitalach, przychodniach. Ta forma współpracy jest atrakcyjna dla lekarzy ze względu na stabilność zatrudnienia, gwarantowane przez kodeks pracy prawa pracownicze oraz zabezpieczenie społeczne. Natomiast inną, często zawieraną formą współpracy z lekarzami jest kontrakt, czyli umowa o świadczenie usług medycznych, oraz umowy cywilnoprawne, np. umowa zlecenie. Lekarze bardzo często decydują się także na prowadzenie własnej działalności gospodarczej o charakterze medycznym.

Jedną z najistotniejszych przyczyn wypalenia zawodowego wśród lekarzy jest nieregularny czas pracy oraz wykonywanie pracy zmianowej. Zgodnie z art. 66 ust. 2 Konstytucji RP pracownik ma prawo do określonych w ustawie dni wolnych od pracy i corocznych płatnych urlopów, a maksymalne normy czasu pracy określa ustawa⁹. Norma konstytucyjna

⁹ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. 1997, nr 78, poz. 483 ze zm.), art. 66.

znajduje swoje uszczegółowienie w odrębnych regulacjach. Jak wskazuje się w art. 93 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, czas pracy pracowników zatrudnionych w podmiocie leczniczym, z zastrzeżeniem art. 94 ust. 1, nie może przekraczać 7 godzin 35 minut na dobę i przeciętnie 37 godzin 55 minut na tydzień w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym. Jeżeli jest to uzasadnione rodzajem pracy lub jej organizacją, w stosunku do pracowników mogą być stosowane rozkłady czasu pracy, w których dopuszczalne jest przedłużenie wymiaru czasu pracy do 12 godzin na dobę¹⁰. Zgodnie z art. 97 ustawy o działalności leczniczej pracownikowi przysługuje w każdej dobie prawo do co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku.

Wydaje się więc, że powyższe regulacje stanowią istotną ochronę przed wypaleniem zawodowym, biorąc pod uwagę obniżenie dobowej normy czasu pracy względem kodeksu pracy. Jednak przewidziane rozwiązania mają charakter odbiegający od realiów funkcjonowania podmiotów leczniczych i lekarzy. Wspomniane normy dotyczą ochrony formalnej, która skoncentrowana jest na dobowym i tygodniowym wymiarze czasu pracy. Jednak bardzo często lekarze są zobowiązani do podejmowania innych aktywności, które stanowią realne zagrożenie wypaleniem zawodowym.

Zgodnie z art. 95 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej pracownicy wykonujący zawód medyczny i posiadający wyższe wykształcenie, zatrudnieni w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, mogą być zobowiązani do pełnienia w zakładzie leczniczym tego podmiotu dyżuru medycznego, co stanowi wykonywanie obowiązków zawodowych poza obowiązującymi godzinami pracy. O ile jednak dyżury są zlecane sporadycznie, nie wydają się istotnym czynnikiem ryzyka wypalenia zawodowego, natomiast dyżury pełnione regularnie stanowią zagrożenie obniżeniem jakości zdrowia psychicznego lekarzy. Ponadto, zgodnie z art. 98 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej pracownicy, którzy wykonują zawód medyczny, posiadają wyższe wykształcenie i są zatrudnieni w podmiocie leczniczym,

¹⁰ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, (Dz.U. z 2011 r., nr 112, poz. 654 ze zm.), art. 93 i 94.

który wykonuje działalność leczniczą w postaci całodobowego lub stacjonarnego świadczenia zdrowotnego, mogą zostać zobowiązani przez pracodawcę do pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych. Z tytułu wykonywania pracy w ramach dyżuru i pozostawania w gotowości do pracy, lekarze otrzymują dodatkowe wynagrodzenie, jednak nie zmniejsza to przeciążenia fizycznego i psychicznego, które może przyczyniać się do wystąpienia wypalenia zawodowego.

Podejmowanie powyższych działań może realnie wykraczać poza granice regeneracji pracownika medycznego ze względu na długie ciągi pracy, ponad normy przewidziane w ustawie, co skraca lub nawet eliminuje odpoczynek dobowy lekarza. Pełnienie dyżurów lub pozostawanie w gotowości do pracy wymaga stałego zaangażowania w pracę i często wiąże się z sytuacjami nagłymi, kryzysowymi, a także zwiększa poczucie odpowiedzialności i presji.

Kolejnym ważnym elementem pracy lekarza, który realnie wpływa na ryzyko wystąpienia wypalenia zawodowego, jest klauzula *opt-out*. Zgodnie z art. 96 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej i dyrektywą 2003/88/WE lekarze mogą wykonywać pracę w przyjętym okresie rozliczeniowym, dłużej niż 48 godzin tygodniowo, jeśli wyrażą na to zgodę pisemną. Lekarze, którzy nie wyrazili zgody na podpisanie klauzuli *opt-out*, nie mogą być jednak przez pracodawcę gorzej traktowani i dyskryminowani. Lekarzom, którzy podpisali klauzulę *opt-out*, przysługuje prawo do cofnięcia zgody z miesięcznym okresem wypowiedzenia. W praktyce, klauzula *opt-out* legalizuje pracę znacznie przekraczającą normy ochronne. Choć zgoda ta w świetle przepisów jest dobrowolna, to w rzeczywistości lekarze decydują się na jej podpisanie ze względów systemowych – zbyt napiętych grafików, braków kadrowych, presji społecznej i organizacyjnej na jej podpisanie, co było już sygnalizowane przez Rzecznika Praw Obywatelskich oraz NIL we wcześniejszych raportach¹¹.

¹¹ Jak rząd chce zagwarantować ludziom dostęp do służby zdrowia w związku z przewidywanym drastycznym niedoborem lekarzy?, <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-prawo-ludzi-do-leczenia>; Naczelna Izba Lekarska, Ile pracują lekarze i lekarze dentyści w Polsce? https://nil.org.pl/uploaded_files/1575629862_mapy-2017-raport-ogolny-v1.pdf.

Środowisku medycznemu nieobce jest także zjawisko wielopracy, które stanowi jedną z poważniejszych przyczyn wypalenia zawodowego. Poprzez zjawisko wielopracy należy rozumieć wykonywanie pracy na rzecz więcej niż jednego pracodawcy lub na podstawie różnych form prawnych, np. na podstawie umowy o pracę, umowy cywilnoprawnej i działalności gospodarczej, często w kilku podmiotach leczniczych równolegle. Wpływ na decyzję o podjęciu pracy w kilku podmiotach leczniczych jednocześnie mają przede wszystkim niedobory kadrowe, czynniki ekonomiczne, a także brak globalnego limitu czasu pracy obejmującego wszystkich pracodawców. Obowiązujące przepisy prawne nie zabraniają podejmowania takiej działalności, a braki systemowe w służbie zdrowia powodują, że lekarze coraz częściej decydują się na takie rozwiązania. Wykonywanie pracy ponad wskazane normy, ustalone w art. 93 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej stanowi ryzyko dla lekarzy i ich pacjentów ze względu na możliwość przeciążenia i obniżenia jakości wykonywanej pracy i udzielanych świadczeń zdrowotnych.

W tym miejscu należy odnieść się także do badań przeprowadzonych w zakresie czasu pracy lekarzy. Zgodnie z raportem pokontrolnym Najwyższej Izby Kontroli (NIK) opracowanym na podstawie kontroli przeprowadzonej w pięciu losowo wybranych szpitalach w województwie podkarpackim w latach 2019-2022 w zakresie czasu pracy lekarzy, wnioski są alarmujące i dalekie od wyżej przytoczonych norm: lekarze zatrudnieni na podstawie umów cywilnoprawnych pracują nawet ponad dwie doby bez przerw na odpoczynek¹². Ze względu na specyfikę zawodu lekarza ograniczenie czasu pracy staje się w wielu przypadkach utrudnione, mimo istnienia przepisów prawnych regulujących normy dobowe i tygodniowe, bez względu na podstawę prawną wykonywania tej pracy. NIK skupiła się przede wszystkim na zbadaniu zjawiska pozornego outsourcingu świadczeń zdrowotnych, czyli zawierania umów cywilnoprawnych z podmiotami zewnętrznymi na realizację świadczeń zdrowotnych w tych szpitalach przez ich etatowych pracowników. W pierwszej kolejności NIK stwierdziła konieczność ustawowego przeciwdziałania zjawisku pozornego outsourcingu świadczeń zdrowotnych. W konsekwencji, zgodnie

¹² Raport NIK: <https://www.nik.gov.pl/kontrola/I/23/002/LRZ/>.

ze stanowiskiem NIK, dla uporządkowania kwestii związanych z czasem pracy, niezbędne jest ustalenie norm czasu pracy i prawa do odpoczynku przez danego pracownika, niezależnie od liczby i form zawartych przez niego umów. W odpowiedzi na raport NIK, Rzecznik Praw Obywatelskich zwrócił się do Ministerstwa Zdrowia z podobnymi wnioskami. Przede wszystkim RPO zgłosił postulat, by przepisy regulujące czas pracy i odpoczynek były stosowane dla wszystkich form zatrudnienia, łącznie z umowami cywilnoprawnymi¹³. Jednocześnie powinny zostać określone maksymalne limity czasu pracy oraz obowiązkowe przerwy między dyżurami i okresami pracy. Ministerstwo Zdrowia dotychczas nie rozpoczęło działań nad wprowadzeniem regulacji w zakresie czasu pracy dla pracujących na innych podstawach niż umowa o pracę. Wejście w życie postulowanych propozycji mogłoby jednak przyczynić się do ograniczenia występowania wypalenia zawodowego wśród lekarzy.

Poza kwestiami związanymi bezpośrednio z nieregularnymi godzinami pracy lekarzy, istotne znaczenie ma także duże obciążenie lekarzy pracą administracyjną. Alarmujące w tym zakresie są dane pochodzące z badania lekarzy i lekarek wykonujących świadczenia medyczne w warunkach szpitalnych przeprowadzonego przez Naczelną Izbę Lekarską (NIL) w 2023 r. Zgodnie z wynikami ankiet, lekarze średnio 60,6% swojego czasu pracy spędzają na wypełnianiu dokumentacji medycznej, a grupa 25,3% z nich wskazała, że dokumentacja zabiera od 80 do 100% czasu pracy. Ta okoliczność została wymieniona w badaniu jako sprzyjająca powstaniu wypalenia zawodowego ze względu na pojawiającą się frustrację, zmęczenie i poczucie nieadekwatnego wykorzystania swoich kompetencji¹⁴.

3.2. Przemoc w pracy a ryzyko wystąpienia wypalenia zawodowego

Na ryzyko wystąpienia wypalenia zawodowego wpływają nie tylko czynniki organizacyjne czy charakter wykonywanej pracy, lecz także relacje inter-

¹³ *Czas pracy lekarzy zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych. MZ nie planuje zmian*, <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-lekarze-umowy-czas-pracy-mz-odpowiedz>.

¹⁴ Naczelna Izba Lekarska, *Badanie lekarzy i lekarek wykonujących świadczenia medyczne w warunkach szpitalnych*, Centralny Ośrodek Badań i Analiz, COBIK-NIL, https://nil.org.pl/uploaded_files/art_1705390425_prezentacja-ankieta-szpitalna.pdf.

personalne w środowisku zawodowym. Napięcia, konflikty czy brak wsparcia ze strony współpracowników i przełożonych mogą znacząco nasilać objawy wypalenia. Badania pokazują, że jedną z przyczyn wypalenia zawodowego wśród lekarzy mogą być zaburzone relacje między personelem medycznym oraz między pacjentem a lekarzem stanowiące formę przemocy w pracy. Pojęcie przemocy w kontekście relacji zawodowych jest złożone definicyjnie. Z jednej strony przemoc wyraża się poprzez ataki fizyczne, z drugiej natomiast przemoc rozumiana jest w kontekście psychologicznym. Ta druga forma ma najczęściej miejsce w relacjach służbowych. WHO rozumie pod pojęciem przemocy w pracy zdarzenia, w czasie których pracownicy są wykorzystywani, zastraszani lub atakowani w związku z wykonywaną pracą¹⁵. Do form przemocy należą różne zachowania naruszające godność, zdrowie psychiczne lub fizyczne pracownika, przede wszystkim mobbing, który stanowi kwalifikowaną formę naruszenia godności, ale także dyskryminacja, w tym molestowanie i molestowanie seksualne, a także naruszanie zasad współżycia społecznego. Środowisko medyczne jest szczególnie podatne na występowanie przemocy w pracy, ze względu na silną hierarchiczność i istnienie kultury zależności. Dla tej grupy zawodowej nieobce są także stres i przeciążenie pracą, związane z odpowiedzialnością za zdrowie i życie pacjentów, co znacznie zwiększa skłonność do zachowań agresywnych i obniża umiejętność regulacji emocji. Przemoc w środowisku medycznym jest więc problemem systemowym, z czym wiąże się także niejednokrotnie brak odpowiednich procedur w placówkach medycznych, które właściwie regulowałyby kwestie związane z przeciwdziałaniem działaniom niepożądanym.

W tym miejscu naświetlić należy przede wszystkim problematykę mobbingu jako najpoważniejszej formy przemocy w środowisku pracy. Mobbing i zachowania zbliżone do niego nie są rzadkością w środowisku medycznym, zwłaszcza wśród pielęgniarek¹⁶, jednak lekarze także doświad-

¹⁵ World Health Organization, World report on violence and health: Chapter 5 – Violence at work, 2002, s. 59-69, <https://www.who.int/docs/default-source/documents/violence-against-health-workers/vwstateart.pdf>.

¹⁶ L.I. Serafin, B. Czarkowska-Pączek, Prevalence of bullying in the nursing workplace and determinant factors: a nationwide cross-sectional Polish study survey, „BMJ Open” 2019, nr 9(12).

czają tego zjawiska¹⁷. W badaniu potwierdzającym tę okoliczność brali udział anestezjolodzy i ratownicy medyczni, z których aż 86,2% stwierdziło, że byli eksponowani na mobbing. Podobne wnioski wylaniają się z wyżej przytoczonych badań przeprowadzonych przez NIL. Wypalenie zawodowe często stanowi pochodną występowania przemocy w miejscu pracy, ponieważ agresja, mobbing czy inne formy przemocy negatywnie wpływają na dobrostan psychiczny pracowników i zwiększają ryzyko frustracji, wyczerpania emocjonalnego oraz spadku motywacji¹⁸.

Środowisko medyczne należy do jednego z najbardziej zhierarchizowanych, co potęguje wzrost ryzyka wystąpienia mobbingu. W świetle definicji zawartej w art. 943 § 2 kodeksu pracy mobbing oznacza działania lub zachowania dotyczące pracownika, lub skierowane przeciwko pracownikowi, polegające na uporczywym i długotrwałym nękanii lub zastraszaniu pracownika, wywołujące u niego zaniżoną ocenę przydatności zawodowej, powodujące lub mające na celu poniżenie, lub ośmieszenie pracownika, izolowanie go lub wyeliminowanie z zespołu współpracowników. Powyższa definicja obowiązująca od 2004 r. doczekała się licznych krytycznych komentarzy, jawiąc się jako zbyt skomplikowana i problematyczna, zwłaszcza dla osób doświadczających mobbingu, które mają istotne trudności w dochodzeniu swoich racji przed sądem. W styczniu 2025 r. Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej opublikowało projekt ustawy nowelizującej kodeks pracy w zakresie zmian w obszarze mobbingu i dyskryminacji oraz przeciwdziałania tym zjawiskom, a od tego czasu pojawiły się nowe wersje projektu¹⁹. W chwili opracowywania publikacji projektowane przepisy podlegają konsultacjom, dlatego ich ostateczny kształt nie jest jeszcze znany. Dotychczasowe prace legislacyjne prowadzą jednak do wniosku, że celem nowelizacji jest uproszczenie definicji

¹⁷ P. Sener, O. Onal, S. Eski Akpınar, K. Altınbas, The effect of mobbing on the development of depression in anesthesia workers: A prospective, multicenter, observational study, „WORK: A Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation” 2024, nr 77(3), s. 993-1004.

¹⁸ M. Nowak, *Przemoc w miejscu pracy i jej wpływ na syndrom wypalenia zawodowego (rozważania na tle Konwencji nr 190 MOP)*, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne” 2023, nr 3, s. 32.

¹⁹ Rządowe Centrum Legislacji (2025), *Projekt ustawy o zmianie ustawy – Kodeks pracy* (UD 183), <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12393651/katalog/13106695#13106695>.

mobbingu, co ma przełożyć się na zwiększoną ochronę pracowników. Mobbing ma być rozumiany jako zachowania polegające na uporczywym nękaniu pracownika. Definicja mobbingu w zaproponowanym kształcie znacznie różni się od tej dotychczas obowiązującej w kodeksie pracy ze względu na jej skrócenie, a także ze względu na otwarcie katalogu przesłanek, które mogą wypełniać znamiona mobbingu. Należą do nich w szczególności: upokarzanie lub uwłaczanie, zastraszanie, zaniżanie oceny przydatności zawodowej pracownika, nieuzasadniona krytyka, poniżanie lub ośmieszanie, utrudnianie funkcjonowania w środowisku pracy w zakresie możliwości osiągania efektów pracy, wykonywania zadań służbowych, wykorzystania posiadanych kompetencji, komunikacji ze współpracownikami, dostępu do koniecznych informacji, izolowanie pracownika lub eliminowanie z zespołu. Każda z przesłanek może wystąpić łącznie lub samodzielnie, o ile przyjmą postać uporczywego nękania. W świetle projektu za mobbing ma być uznane także zachęcanie do powyższych działań i nakazanie postępowania w ten sposób. Podkreślono przy tym, że przez mobbing rozumie się nie tylko celowe działania, ale także te niecelowe. Na działania o charakterze mobbingu mogą składać się fizyczne, werbalne lub pozawerbalne elementy.

W projekcie podkreślono także, że mobbingiem nie są zachowania incydentalne, choćby stanowiły one naruszenie dóbr osobistych pracownika. Istotną kwestią pozostaje objęcie wszystkich lekarzy ochroną przed mobbingiem, nie tylko tych zatrudnionych na podstawie umów o pracę, co postulowano już wcześniej w literaturze. Działania niepożądane w środowisku medycznym w sposób silnie negatywny wpływają bowiem na zdrowie psychiczne osoby, która jej doświadcza.

3.3. Cechy osobowości a ryzyko wypalenia zawodowego

Opisując przyczyny występowania wypalenia zawodowego, nie można zapomnieć o czynnikach psychologicznych, które również stanowią ryzyko pojawienia się tego syndromu. W tym miejscu nie zostanie więc przeprowadzona analiza istniejącego stanu prawnego, ale ogólny zarys, wskazujący na to, że wypalenie zawodowe jest w swej istocie zagadnieniem wielo-

plaszczynowym. Ze specyfiką zawodów medycznych nieodłącznie wiążą się cechy osobowości lekarza, których w sposób oczywisty nie można generalizować, jednak można zauważyć płynące z badań jednoznaczne wnioski, które również mogą mieć wpływ na ryzyko doświadczenia wypalenia zawodowego. Osoby, które wybierają zawody medyczne, często bowiem wyróżniają się określonymi przymiotami osobowościowymi, co nie pozostało bez echa w literaturze przedmiotu²⁰. Na podstawie teorii tzw. Pięcioczynnikowego Modelu Osobowości, która jest jedną z najbardziej popularnych koncepcji psychologii osobowości i którą często odnosi się do pracy lekarzy, wyróżnia się pięć podstawowych wymiarów osobowości²¹:

1. neurotyzm – wymiar opisujący zrównoważenie emocjonalne vs. niezrównoważenie emocjonalne. Osoby wysoce neurotyczne mają trudności w panowaniu nad stresem i doświadczanie emocji, takich jak strach, gniew, poczucie winy;
2. ekstrawersję – wymiar, który odnosi się do jakości i ilości interakcji społecznych, poziom aktywności i zdolność do odczuwania pozytywnych emocji, osoby o wysokim natężeniu tej cechy są bardzo otwarte na kontakty z drugim człowiekiem;
3. otwartość na doświadczenie – skłonność człowieka do przeżywania nowych doświadczeń życiowych i pozytywnego wartościowania. Osoby o wysokim natężeniu tej cechy są skłonne do doświadczania nowości i eksperymentowania, podczas gdy osoby o niskim poziomie tej cechy są raczej nastawione na bardziej tradycyjne i konwencjonalne zachowania;
4. ugodowość – to wymiar, który przejawia się pozytywnym vs. negatywnym nastawieniem do innych ludzi, realizowanym na kilku poziomach: emocjonalnym, poprzez altruizm lub antagonizm, be-

²⁰ M.in. R. Zastrow, K. Ryley, N. Chintalapudi, R. Pool, P. Rosopa, B. Scannell, B. Hartley, A. S. Levin, G. Ode, *Correlation Between the "Big Five" Personality Traits and Burnout in Orthopaedic Surgery Residents*, „JBJS Open Access” 2025, nr 10(3).

²¹ B. Zawadzki, J. Strelau, P. Szczepaniak, M. Śliwińska, *Inwentarz Osobowości Paula T. Costy Jr i Roberta R. McCrae. Adaptacja polska. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego*, Warszawa 2010, s. 12-17.

hawioralnym w postaci nastawienia kooperacyjnego lub rywalizującego i na poziomie poznawczym, który opisuje poziom zaufania do innych osób;

5. sumienność – cecha ta opisuje stosunek człowieka do pracy i zdolności do realizacji celu oraz poziomu wytrwałości, a także styl organizowania. Osoby o wysokim natężeniu tej cechy są nastawione na cel i wytrwale w swoim działaniu, z kolei osoby o niskim poziomie tej cechy są mniej skupione na sukcesie i podchodzą w mniej restrykcyjny sposób do swoich obowiązków.

Badania potwierdzają, że najbardziej charakterystyczną cechą osobowości wśród lekarzy może być wysoka sumienność. Z kolei neurotyzm w tej grupie zawodowej często przejawia się na niskim poziomie lub poniżej przeciętnej w populacji²². Oznacza to, że lekarze mają zwykle większą odporność na stres niż osoby niewykonujące zawodów medycznych. Jak stwierdził Glen Gabbard, amerykański psychiatra dbający o zdrowie psychiczne lekarzy, wśród tej profesji widoczne są w dużej mierze cechy perfekcjonistyczne, jak dążenie do doskonałości, skrupulatność czy odpowiedzialność. Jednak przymioty te, choć niezwykle pożądane przez pacjentów i często przez samych lekarzy, mogą stać się piętnem dla nich samych – ich nadmierne nasilenie może bowiem prowadzić do pojawienia się ryzyka wypalenia zawodowego, depresji, czy stanów lękowych²³. W związku z tym niezwykle ważna jest codzienna dbałość o kondycję psychiczną lekarzy i działania systemowe pomocne lekarzom w radzeniu sobie z sytuacjami stresującymi.

4. Wnioski *de lege ferenda*

Wypalenie zawodowe jest zjawiskiem niezwykle złożonym i interdyscyplinarnym, o wielu przyczynach występowania, które dotyka przede wszyst-

²² M.N. Stienen, F. Scholtes, R. Samuel, A. Weil, A. Weyerbrock, W. Surbeck, *Different but similar: personality traits of surgeons and internists-results of a cross-sectional observational study*, „BMC Medical Education” 2018, nr 18(1), s. 292.

²³ S. Solomon, *The perilous plight of the perfectionist physician*, „National Review of Medicine” 2007, nr 4(1), https://www.nationalreviewofmedicine.com/issue/special_sections/2007/4_physician_wellness01_1.html.

kim kwestii psychologicznych i medycznych, dlatego trudno ująć je w ramy prawne. Kodeks pracy ani inne ustawy nie dostrzegają w swoich przepisach tego problemu. Wypalenie zawodowe może być postrzegane jako zjawisko wysoce subiektywne, które zależne jest od predyspozycji osobistych pracownika, w tym jego cech osobowości i podatności na stres oraz odporności organizmu na zmęczenie i trudne warunki. Tym, co jednak przesądza o konieczności spojrzenia na ten problem z perspektywy prawnej, jest bezpośrednia przyczyna wystąpienia tego syndromu u pracownika. Wypalenie zawodowe może pojawić się tylko i wyłącznie z powodu czynników obecnych w środowisku pracy, a więc to otoczenie zawodowe uruchamia i potęguje pojawienie się tego syndromu. W związku z tym warunki pracy powinny być dopasowane do potrzeb pracowników wynikających z konieczności zachowania równowagi między życiem zawodowym a prywatnym i ochrony zdrowia psychicznego. Nic nie stoi więc na przeszkodzie, by pracodawcy ponosili odpowiedzialność za tworzenie warunków przyczyniających się do zaistnienia tego syndromu.

W Polsce temat wypalenia zawodowego w środowisku medycznym staje się powoli coraz bardziej dostrzegany, jednak dotychczas nie wdrożono systemowych ani legislacyjnych rozwiązań, które mogłyby wspomóc medyków w tym zakresie. Ze względu na złożoność problematyki wypalenia zawodowego niezbędne jest uwzględnienie również aspektu prawnego, który pozwala kompleksowo ocenić ryzyka wynikające z tego zjawiska. Konieczne jest więc przedstawienie obecnie obowiązujących rozwiązań oraz wskazanie kierunków ich potencjalnego rozwoju.

Na uwagę zasługują inicjatywy podejmowane w celu nagłośnienia tego problemu, jak np. ogłoszenie przez Wielkopolską Izbę Lekarską (WIL) roku 2025 rokiem Przeciwdziałania Wypaleniu Zawodowemu, co wiąże się z prowadzeniem szkoleń, konferencji i warsztatów mających na celu zwrócenie uwagi na ten stale narastający problem. Jak wskazuje WIL, 45% młodych lekarzy czuje się przytłoczonych obowiązkami już w pierwszym roku pracy, a 60% lekarzy z 20-letnim stażem doświadczyło objawów wypalenia zawodowego²⁴. Mimo niewątpliwie pozytywnej oceny dla tego

²⁴ 2025 Rokiem Przeciwdziałania Wypaleniu Zawodowemu, <https://wil.org.pl/aktualnosci/wielkopolska-izba-lekarska-oglosila-2025-rokiem-przeciwdzialania-wypaleni-zawodowemu/>.

typu inicjatywy, należy jednak stwierdzić, że nie jest ona wystarczająca, ponieważ konieczne jest uregulowanie kwestii wypalenia zawodowego w przepisach, tak by prawo mogło realnie służyć jako pomoc dla pracowników dotkniętych tym syndromem.

Profilaktyka wypalenia zawodowego w postaci edukacji studentów medycyny powinna być pierwszym krokiem w zmniejszaniu ryzyka wystąpienia tego zjawiska. Już na etapie studiów i rezydentury studenci i młodzi lekarze, często niezwykle zaangażowani, traktujący swoje studia jako spełnienie marzeń oraz realizację powołania lub misji, są wysoce narażeni na wystąpienie wypalenia zawodowego. Specyfika zawodów medycznych wymaga od przedstawicieli tej profesji stałego kształcenia się. Ścieżka edukacji w zakresie zdobywania kompetencji medycznych jest złożona i długa. Nie można jednak zapomnieć o psychologicznych aspektach wykonywania zawodów medycznych. Można tu wspomnieć nie tylko o kwestiach empatii w relacjach z pacjentami, ale także dbałości o własne zdrowie psychiczne lekarzy, którzy mierzą się z wieloma wyzwaniami. W związku z tym, konieczne jest więc wdrożenie do programu studiów medycznych przedmiotów obowiązkowych związanych z radzeniem sobie ze stresem, ale też *stricte* pokazujących, czym jest wypalenie zawodowe i jakie działania podjąć, by nie doszło do rozwoju tego syndromu u młodego lekarza, a także lekarza będącego na późniejszych etapach swojej kariery zawodowej. Obecnie polskie uczelnie poruszają temat wypalenia zawodowego, jednak najczęściej w formie fakultatywnych spotkań i inicjatyw. W art. 15 ust. 5 u.z.l. wymieniono szkolenia z zakresu przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu jako element stażu podyplomowego lekarzy, jednak ważne jest także wprowadzenie obligatoryjnego kształcenia w tym zakresie już na wczesnym etapie edukacji, a także monitorowanie stanu zdrowia psychicznego lekarzy, np. poprzez obowiązkowe ankiety, których wymóg wprowadzenia regulowałaby ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

Innym, istotnym wnioskiem *de lege ferenda* jest wprowadzenie rozwiązań legislacyjnych, dzięki którym uregulowany zostałby czas pracy przedstawicieli zawodów medycznych, którzy zatrudnieni są na innej podstawie niż kodeks pracy, do czego nawiązuje wspomniany powyżej raport NIK oraz

wystąpienie Rzecznika Praw Obywatelskich. Niezbędne jest więc podjęcie działań legislacyjnych zmierzających do określenia w przepisach ustawy o działalności leczniczej maksymalnego dopuszczalnego nieprzerwanego czasu pracy personelu medycznego, w celu wyeliminowania przypadków nadmiernie długiego czasu udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy bez względu na podstawę prawną zatrudnienia. Istotnym wnioskiem *de lege ferenda* jest także podjęcie działań legislacyjnych prowadzących do wyeliminowania klauzuli *opt-out*, która generowała dotychczas zagrożenia w zakresie występowania wypalenia zawodowego.

Istotnym elementem przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu jest zapewnienie odpowiedniego odpoczynku, co w zawodach medycznych nieodłącznie wiąże się z koniecznością przeciwdziałania zaburzeniom równowagi wynikającym z przekraczania norm czasu pracy. Polskie prawo reguluje w odrębnych ustawach tzw. urlop dla poratowania zdrowia dla niektórych grup pracowniczych. Należą do nich m.in. nauczyciele i nauczyciele akademicki, a także sędziowie²⁵. Celem takiego urlopu jest regeneracja zdrowia pracowników, którzy ze względu na trudne warunki pracy są dotknięci podwyższonym ryzykiem wystąpienia chorób wynikających z charakteru obowiązków służbowych. Dzięki skorzystaniu z urlopu dla poratowania zdrowia pracownicy mają szansę odzyskać pełną zdolność do pracy i wyleczyć choroby powstałe lub nasilone wskutek wykonywanej pracy. To, co łączy omawiane świadczenie zdrowotne dla każdej z profesji, jest jego odpłatność i charakter leczniczy. Ponadto urlop tego typu udzielany jest po osiągnięciu przewidzianego dla danej profesji stażu pracy. Szczegółnej analizie należy poddać warunki pracy, które predestynują wybrane grupy zawodowe do skorzystania z urlopu. W wybranych zawodach, które mają prawo do urlopu dla poratowania zdrowia, często występuje zarówno wysokie zaufanie publiczne, jak i znacząca presja psychiczna. Wydaje się, że szczególnie obciążającymi warunkami pracy są dotknięci także lekarze, którzy narażeni są na stres wskutek ciążącej na nich

²⁵ Ustawa z dnia 26 stycznia 1982 r. – Karta Nauczyciela (Dz.U. z 2023 r., poz. 984 ze zm.), art. 73; ustawa z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz.U. z 2023 r., poz. 742 ze zm.); art. 131; ustawa z dnia 27 lipca 2001 r. – Prawo o ustroju sądów powszechnych (Dz.U. z 2018 r., poz. 1668), art. 93.

odpowiedzialności za życie i zdrowie pacjentów. Mimo to, dotychczas nie zostały podjęte żadne kroki, które wprowadzałyby taki urlop dla lekarzy. W związku z tym ta grupa zawodowa nie ma formalnie możliwości korzystania z urlopu dla poratowania zdrowia, tak jak przedstawiciele innych profesji. Ten stan rzeczy wymaga analizy i podjęcia rozwiązań legislacyjnych, gdyż wydaje się, że to właśnie lekarze stanowią szczególną grupę zawodową, która powinna mieć dostęp do tego typu urlopów.

Innym rozwiązaniem, które wymaga rozważenia na gruncie postulowanych zmian w prawie, jest wprowadzenie do polskiego porządku prawnego, zwłaszcza w kontekście grupy zawodowej, jaką są lekarze urlopu regeneracyjnego zwanego również urlopem sabatycznym (tzw. *sabbatical leave*). W Polsce dotychczas taki urlop nie został przewidziany przez prawo, choć to świadczenie urlopowe stosowane jest w innych krajach, zwłaszcza anglosaskich, takich jak Stany Zjednoczone i Wielka Brytania²⁶. Celem urlopu sabatycznego jest możliwość zregenerowania się pracownika, który doświadcza wypalenia zawodowego, choć historycznie celem skorzystania z takiego urlopu było także podnoszenie kwalifikacji zawodowych, np. uczestnictwo w stażu lub realizacja studiów, także odbycie wolontariatu. Początkowo, urlopy sabatyczne były wprowadzane na uczelniach wyższych od XIX wieku, np. w Harvard University dla wykładowców²⁷. Dziś jednak zarówno pracodawcy prywatni, jak i publiczni wprowadzają w swoich organizacjach tego typu świadczenia urlopowe, z których skorzystać może każda grupa zawodowa. Urlop sabatyczny udzielany jest ponad przysługujący pracownikowi limit urlopu wypoczynkowego, przede wszystkim w celach regeneracyjnych. Zwykle przyznawany jest w drodze umowy lub na podstawie postanowień układu zbiorowego pracy oraz regulaminu pracy pracownikom zajmującym wyższe stanowiska i legitymizującym się określonym stażem pracy.

Na uwagę zasługują doświadczenia Wielkiej Brytanii, gdzie urlopy regeneracyjne są wprowadzane w wyniku negocjacji między pracownikami

²⁶ Sz. Balcarek, *Urlop sabatyczny jako recepta na wypalenie zawodowe: de lege lata, de lege ferenda* [w:] *Współczesne aspekty prawa pracy*, red. A. Fortuna, Łódź 2022, s. 131-139.

²⁷ W.C. Eells, E.V. Hollis, *Sabbatical leave in American higher education. Origin, Early History and Current Practices*, Washington D.C. 1962, s. 1.

a pracodawcą, ponieważ prawo nie obliuguje pracodawców do udzielania takiego świadczenia urlopowego. Urlop sabatyczny nie jest w tym kraju instytucją jednolitą, ponieważ każdy pracodawca może wprowadzić własne zasady jego przyznawania. Ponadto, urlop ten bywa rozumiany na różne sposoby, jako przerwa w karierze związana ze zdobywaniem wiedzy i nowych umiejętności lub jako czas na regenerację w celu poprawy kondycji psychofizycznej. Co istotne dla niniejszych rozważań, urlop regeneracyjny jest wprowadzany w placówkach publicznych, jak np. National Health Service, czyli brytyjskiej publicznej służbie zdrowia.

Polski porządek prawny nie przewiduje możliwości wprowadzenia urlopu sabatycznego, choć analiza przepisów prowadzi do wniosku, że nie ma przeszkód, by pracownicy mogli korzystać z dodatkowego czasu na regenerację. Postanowienia dotyczące urlopów sabatycznych mogą być wprowadzone w umowie o pracę, a także w układach zbiorowych pracy i regulaminach pracy, z poszanowaniem zasady równego traktowania i zakazu dyskryminacji w zatrudnieniu. W obecnym reżimie prawnym pracownicy mogą skorzystać z urlopu bezpłatnego oraz wyżej omówionego urlopu dla poratowania zdrowia, które jednak mają inną istotę i cel niż urlop sabatyczny. W swoim założeniu urlop bezpłatny pozostaje czasem, gdy pracownik nie pobiera wynagrodzenia, a pracodawca nie jest zobowiązany przez kodeks pracy do jego wypłacania. Tymczasem urlop sabatyczny może być bezpłatny, jednak najczęściej pracodawcy decydują się na jego odpłatność, by zapewnić pracownikom należyty komfort psychiczny i zachętę do powrotu do organizacji z nowymi siłami i zwiększoną motywacją. Ponadto, zgodnie z art. 174 k.p. pracodawca może odmówić udzielenia urlopu bezpłatnego, z kolei urlop regeneracyjny jest zagwarantowany przez pracodawcę w regulaminie pracy lub układach zbiorowych pracy po spełnieniu określonych wymagań, które wewnętrznie reguluje pracodawca. Urlop regeneracyjny nie stanowi także przerwy w zatrudnieniu, ponieważ w tym czasie odprowadzane są składki na ubezpieczenia społeczne, a pracownik powinien korzystać z pełnej ochrony przewidzianej przez kodeks pracy, co nie ma miejsca w przypadku urlopu bezpłatnego. Ponadto urlop regeneracyjny różni się od urlopu dla poratowania zdrowia, który przeznaczony jest dla podjęcia działań medycznych. Urlop saba-

tyczny może być z kolei wykorzystywany przez pracowników w dowolny sposób, który umożliwi im regenerację i odzyskanie sił, którymi będą mogli dzielić się ze współpracownikami i klientami. Mając na uwadze powyższe, istotnym postulatem *de lege ferenda* wydaje się wprowadzenie do polskiego reżimu prawnego instytucji urlopu sabatycznego, zwłaszcza dla pracowników służby zdrowia. Czas, który pracownicy mogą wykorzystać w dowolny, wybrany przez siebie sposób wpływa pozytywnie na zdrowie psychiczne. Dla pracodawców z kolei przyznanie urlopu regeneracyjnego jest korzystne, ponieważ stanowi formę gratyfikacji pracownika z jednocześnie założeniem, że pracownik wróci wypoczęty i pełen sił do dalszej pracy na zajmowanym stanowisku. Obecnie jednak nie są prowadzone prace legislacyjne nad tym zagadnieniem, mimo udowodnionego wpływu na dobrostan pracowników.

Kolejnym bardzo istotnym postulatem *de lege ferenda* jest prewencja dotycząca różnych form przemocy w pracy. Projekt nowelizacji kodeksu pracy zakłada większy nacisk na przeciwdziałanie działaniom niepożądanym w środowisku pracy, co także odnosi się do zawodów medycznych. W proponowanym brzmieniu art. 94³ § 1 kodeksu pracy, pracodawca jest obowiązany aktywnie i stale przeciwdziałać mobbingowi przez stosowanie działań prewencyjnych, wykrywanie oraz właściwe reagowanie, a także przez działania naprawcze i wsparcie osób dotkniętych mobbingiem. Postuluje się zatem, by w środowiskach medycznych obowiązek ten był realizowany z dużą starannością ze względu na omówione powyżej zagrożenia, które predestynują tę grupę zawodową do występowania przemocy w pracy, np. w postaci mobbingu. W środowisku medycznym istotne staje się podjęcie działań o zasięgu wielosystemowym, które będą dotyczyły zarówno prewencji w zakresie mobbingu, jak i dyskryminacji. Do takich działań należy podejście oparte na zasadzie „zero tolerancji dla działań niepożądanych w placówkach medycznych” i wyraźna edukacja personelu medycznego, zwłaszcza poprzez szkolenia dotyczące przeciwdziałania działaniom niepożądanym. Innym ważnym elementem prewencji jest wprowadzenie polityki przeciwdziałania przemocy w pracy, do której przestrzegania będą zobowiązani wszyscy pracownicy. Taki dokument powinien zapewniać niezależne i bezstronne postępowanie wyjaśniające,

zapewniać osobom zgłaszającym ochronę przed odwetem, a także umożliwiać zgłoszenia także poza linią służbową, dedykowanym osobom, np. wybieranym przez pracowników za zgodą pracodawcy osobom zaufania. Prewencja dotycząca działań przemocowych powinna mieć przede wszystkim charakter systemowy, a także powinna stanowić realne wsparcie dla pracowników. Jak wskazuje się jednak w piśmiennictwie, ochroną przed mobbingiem należy objąć nie tylko lekarzy zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, ale także tych, którzy są zatrudnieni na podstawie kontraktów²⁸, co może przyczynić się nie tylko do obniżenia ryzyka wystąpienia mobbingu, ale także wypalenia zawodowego.

Wzorem innych krajów europejskich, wypalenie zawodowe mogłoby zostać uznane za chorobę zawodową, która dotknąć może nie tylko lekarzy, ale wszystkich pracowników. Zaklasyfikowanie wypalenia zawodowego w katalogu chorób zawodowych daje osobom pracującym prawo do dochodzenia roszczeń za pogorszenie stanu zdrowia wskutek niesprzyjających jego ochronie warunków pracy. Wypalenie zawodowe zostało wpisane wprost do katalogu chorób zawodowych na Łotwie, a w krajach takich jak np. Francja, Szwecja, Węgry, Portugalia, Estonia czy Słowacja katalog chorób zawodowych jest otwarty, w związku z czym z tytułu stwierdzenia wypalenia zawodowego pracownicy mogą otrzymać odszkodowanie²⁹. W Polsce dotychczas nie podjęto żadnych kroków, które pozwalałyby na dochodzenie roszczeń przez pracowników doświadczających wypalenia zawodowego. W świetle art. 235¹ kodeksu pracy za chorobę zawodową uważa się chorobę wymienioną w wykazie chorób zawodowych, jeżeli w wyniku oceny warunków pracy można stwierdzić bezspornie lub z wysokim prawdopodobieństwem, że została ona spowodowana działaniem czynników szkodliwych dla zdrowia występujących w środowisku pracy albo w związku ze sposobem wykonywania pracy, zwanych „narażeniem zawodowym”³⁰. Zgodnie z rozporządzeniem w sprawie chorób zawo-

²⁸ T. Chauvin, K. Czapska-Malecka, P. Gogol, Stosunek pracy lekarzy na kontraktach w kontekście ochrony przed mobbingiem, „Przegląd Prawa Medycznego” 2020, nr 4, s.103-150.

²⁹ A. Lastovkova, M. Carder, H.M. Rasmussen i in., *Burnout syndrome as an occupational disease in the European Union: an exploratory study*, „Industrial Health” 2018, nr 56(2), s. 160-165.

³⁰ Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (Dz.U. z 1974 r., nr 24, poz. 14), art. 235¹.

wych katalog wymienionych chorób pozostaje zamknięty, a wypalenie zawodowe nie zostało w nim uwzględnione³¹. W myśl przepisów kodeksu pracy dla uwzględnienia wypalenia zawodowego jako choroby zawodowej niezbędne byłoby zatem otwarcie katalogu wynikającego z rozporządzenia lub wprost wpisanie syndromu obok innych chorób zawodowych. W ślad za ustawodawstwem wymienionych krajów europejskich, pożądane wydaje się podjęcie działań legislacyjnych, które dałyby pracownikom możliwość dochodzenia roszczeń z tytułu pogorszenia ich stanu zdrowia, kwalifikującego się jako wypalenie zawodowe. Należy jednak zaznaczyć, że dochodzenie odszkodowania z tytułu wypalenia zawodowego może wiązać się z większymi trudnościami niż ma to miejsce np. w przypadku urazów fizycznych, których pracownicy doświadczają w miejscu pracy. Problemатyczne jest bowiem wykazanie istnienia związku przyczynowo-skutkowego między wystąpieniem wypalenia zawodowego a nienależytymi warunkami pracy, które spowodowały pojawienie się tego syndromu, ze względu na inne czynniki stanowiące przyczyny wypalenia zawodowego. Doświadczenia europejskie pokazują jednak, że zbudowanie odpowiedniego systemu oceny wystąpienia tego syndromu i zaangażowanie organów, jak np. Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i Państwowej Inspekcji Pracy, umożliwiają dochodzenie roszczeń przez pracowników wypalonych zawodowo. Uznanie tego syndromu za chorobę zawodową niesie za sobą także zwiększenie odpowiedzialności pracodawców za zapewnienie odpowiednich warunków psychospołecznych w środowisku pracy³².

Zakończenie

Wypalenie zawodowe jest zjawiskiem rosnącym, które dotyka coraz większą liczbę pracowników i negatywnie wpływa na ich zdrowie, efektywność pracy oraz zaangażowanie zawodowe. Wśród zawodów medycznych wielu pracowników jest szczególnie narażonych na wypalenie zawodo-

³¹ Rozporządzenie w sprawie chorób zawodowych (Dz.U., nr 105, poz. 869 ze zm.).

³² K. Czapska-Malecka, *Wypalenie zawodowe jako wyzwanie dla polskiego prawa pracy*, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne” 2021, nr 5, s. 43-51.

we, gdyż charakter wykonywanej pracy obejmuje czynniki ryzyka, które często wskazuje się jako główne przyczyny tego zjawiska. W zawodach medycznych występuje szereg czynników ryzyka wypalenia zawodowego – m.in. duże obciążenie pracą, nieregularne godziny i ograniczone możliwości odpoczynku, zaburzona równowaga między życiem prywatnym a zawodowym, wysokie wymagania w zakresie empatycznej i życzliwej postawy wobec pacjentów oraz panujące w środowisku hierarchiczne struktury, które mogą sprzyjać także zjawisku mobbingu. Sama specyfika pracy lekarza predestynuje tę profesję do doświadczenia tego syndromu. Lekarze wykonujący zawód zaufania publicznego, bez względu na wybraną specjalizację, ponoszą odpowiedzialność za zdrowie i życie pacjentów, w związku z tym w obowiązujących regulacjach prawnych oraz normach etycznych stawiane są im liczne i szczegółowe wymagania dotyczące właściwej postawy zawodowej wobec pacjenta. Kwestią zasadniczą jest wysoki poziom kompetencji i ich stale podnoszenie. Jednak przepisy nakładają na lekarzy także innego rodzaju obowiązki związane z budowaniem zaufania wśród pacjentów. Poza obowiązkiem poszanowania godności i intymności pacjenta, ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentysty nakłada w art. 13 dodatkowe powinności, tj. „Lekarz powinien odnosić się do pacjenta z należnym szacunkiem i życzliwością oraz respektować jego prawa”³³. Kodeks Etyki Lekarskiej obliguje natomiast lekarzy do traktowania pacjentów życzliwie i kulturalnie, do respektowania ich godności osobistej, prawa do prywatności i intymności³⁴. Życzliwość względem pacjentów nie może być więc uzależniona od nastawienia lekarza, ale należy do elementów obligatoryjnych jego postępowania. Poprzez życzliwość można rozumieć cechę kogoś, kto lubi ludzi, chce ich dobra i gotów jest działać w tym celu, aby było to dla innych korzystne³⁵. Wypalenie zawodowe może jednak skutecznie uniemożliwić wykazywanie życzliwości względem pacjentów. Skutki wypalenia zawodowego można bowiem

³³ Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 1997 r., nr 28, poz. 152), art. 13.

³⁴ Naczelna Izba Lekarska, *Kodeks Etyki Lekarskiej*, art. 12.

³⁵ Wielki Słownik Języka Polskiego, <https://wsjp.pl/haslo/podglad/30212/zyczliwosc/5003562/czlowieka>.

podzielić ze względu na płaszczyznę jego oddziaływania. Następstw indywidualnych doświadcza bezpośrednio osoba dotknięta wypaleniem zawodowym. O tytułowym syndromie nie można jednak mówić wyłącznie w kategoriach indywidualnych, ponieważ skutki wypalenia zawodowego odczuwalne są dla otoczenia osoby wypalanej, w tym, w przypadku lekarzy – pacjentów. Z tego względu wystąpienie tego syndromu może być zgubne nie tylko dla samych osób doświadczających tego problemu, ale także dla pacjentów, którzy oczekują rzetelnej opieki, zrozumienia i zaangażowania w leczenie swojej choroby. Syndrom wypalenia zawodowego może uniemożliwić prawidłowe wykonywanie obowiązków służbowych, co wiąże się z ryzykiem naruszenia dobra chorego. Doświadczenie cynizmu, wyróżnionego przez Christinę Maslach, będącego istotnym etapem wypalenia zawodowego, sprawia, że lekarz zaczyna dystansować się od pacjentów. Cynizm można więc postrzegać jako przeciwieństwo życzliwości, czyli odnoszenie się z lekceważeniem do zasad społecznych, połączone z przekonaniem, że inni także nie kierują się tymi zasadami³⁶. Postawa ta wiąże się więc z brakiem zaufania do ludzi, stąd osoby doświadczające wypalenia zawodowego nie są w stanie wykazywać życzliwości wobec pacjentów, a w rezultacie nie wypełniają swoich obowiązków wynikających z ustawy, w przypadku zawodów medycznych. Konsekwencje tego stanu rzeczy mogą być bardzo poważne i mogą wystąpić na kilku płaszczyznach. Przede wszystkim, w wyniku cynizmu najbardziej poszkodowani są pacjenci, którzy nie otrzymują profesjonalnej pomocy. Lekarze wypaleni zawodowo, poza doświadczeniem objawów tego syndromu, mogą również ponieść odpowiedzialność dyscyplinarną lub cywilną w wypadku pogorszenia zdrowia pacjenta i sprawowania nienależytej opieki. Powyższe konstatacje potwierdzają także badania przeprowadzone w zakresie zadowolenia pacjentów z usług lekarzy w kontekście ryzyka wypalenia zawodowego, które wskazują jednoznacznie: dwukrotnie wzrasta poziom niezadowolenia pacjentów w sytuacji, gdy opiekę nad pacjentem sprawuje lekarz wypalony zawodowo. Ponadto wypalenie zawodowe rzutuje na

³⁶ Wielki Słownik Języka Polskiego, <https://wsjp.pl/haslo/podglad/53708/cynizm/5155134/zyciowy>.

prawdopodobieństwo niskiego profesjonalizmu lekarzy, którego ryzyko wystąpienia wzrastało aż o 200%³⁷.

Na wypalenie zawodowe należy spojrzeć nie tylko z perspektywy psychologicznej i medycznej, ale konieczne jest poszukiwanie także rozwiązań prawnych regulujących tę materię. Istnieje wiele narzędzi, które mogą wspomóc pracowników medycznych i pracodawców w doświadczeniu wypalenia zawodowego. Należą do nich działania edukacyjne, a także podjęcie działań legislacyjnych, które mogą przyczynić się do ograniczenia tego syndromu. Istotną staje się edukacja studentów i młodych lekarzy w zakresie przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu oraz stale monitorowanie warunków pracy lekarzy i ich kondycji psychicznej, a także uregulowanie kwestii dotyczących czasu pracy.

Doświadczenia krajów europejskich pokazują, że wypalenie zawodowe może zostać uznane za chorobę zawodową, co wiąże się z możliwością dochodzenia odszkodowania z tytułu pogorszenia stanu zdrowia z tego powodu. W Polsce dotychczas nie podjęto kroków, które poszerzałyby katalog chorób zawodowych o wypalenie zawodowe, co wydaje się ważnym postulatem na przyszłość. Innym rozwiązaniem wspierającym zdrowie psychiczne lekarzy może być także wprowadzenie urlopów dla poratowania zdrowia dla lekarzy, podobnie jak ma to miejsce w przypadku innych profesji. Tym samym lekarze, po spełnieniu określonych warunków, uzyskaliby prawo do dłuższej regeneracji i zebrania sił do dalszej pomocy pacjentom.

Bibliografia:

Piśmiennictwo

- Balcarek Sz., *Urlop sabatyczny jako recepta na wypalenie zawodowe: de lege lata, de lege ferenda* [w:] *Współczesne aspekty prawa pracy*, red. A. Fortuna, Łódź 2022.
- Chauvin T., Czapka-Malecka K., Gogol P., *Stosunek pracy lekarzy na kontraktach w kontekście ochrony przed mobbingiem*, „Przegląd Prawa Medycznego” 2020, nr 4.
- Czapka-Malecka K., *Wypalenie zawodowe jako wyzwanie dla polskiego prawa pracy*, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne” 2021, nr 5.

³⁷ A. Hodkinson, A. Zhou, J. Johnson i in., *Associations of physician burnout with career engagement and quality of patient care: systematic review and meta-analysis*, „BMJ” 2022, nr 378.

- Eells W.C., Hollis E.V., *Sabbatical leave in American higher education. Origin, Early History and Current Practices*, Washington D. C. 1962.
- Harasim K., *Wypalenie zawodowe w zawodach wysokiego ryzyka*, „Prosopon. Europejskie Studia Społeczno-Humanistyczne” 2018, nr 23(2).
- Hodkinson A., Zhou A., Johnson J. I in., *Associations of physician burnout with career engagement and quality of patient care: systematic review and meta-analysis*, „BMJ” 2022, nr 378.
- Kopacz M., Ames D., Koenig D.H., *It's time to talk about physician burnout and moral injury*, „The Lancet” 2019, nr 6.
- Lastovkova A., Carder M., Rasmussen H.M. i in., *Burnout syndrome as an occupational disease in the European Union: an exploratory study*, „Industrial Health” 2018, nr 56(2).
- Maslach, C., Jackson S.E., *The measurement of experienced burnout*, „Journal of Occupational Behavior” 1981, nr 2(2).
- Nowak M., *Przemoc w miejscu pracy i jej wpływ na syndrom wypalenia zawodowego (rozważania na tle Konwencji nr 190 MOP)*, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne” 2023, nr 3.
- Owoc J., Manczak M., Tombarkiewicz M., Olszewski R., *Burn-out, well-being and self-reported medical errors among physicians*, „Polish Archives of Internal Medicine” 2021, nr 131(7-8).
- Pines A.M., *Burnout: An existential perspective* [w:] *Professional Burnout: Recent Developments in Theory Research*, red. W.B. Schaufeli, C. Maslach, T. Marek, Washington D.C. & London 1993.
- Polikowska M., Grabowska A., Łoza B., *Zespół wypalenia według Grabama Greene’a*, „Neuropsychiatria. Przegląd Kliniczny” 2016, nr 8(4).
- Serafin L.I., Czarkowska-Pączek B., *Prevalence of bullying in the nursing workplace and determinant factors: a nationwide cross-sectional Polish study survey*, „BMJ” 2019, nr 9(12).
- Solomon S., *The perilous plight of the perfectionist physician*, „National Review of Medicine” 2007, nr 4(1), https://www.nationalreviewofmedicine.com/issue/special_sections/2007/4_physician_wellness01_1.html.
- Stienen M.N., Scholtes F., Samuel R., Weil A., Weyerbrock A., Surbeck W., *Different but similar: personality traits of surgeons and internists-results of a cross-sectional observational study*, „BMC Medical Education” 2018, nr 18(1).

- Wilczek-Rużyczka E., *Wypalenie zawodowe pracowników medycznych*, Warszawa 2014.
- Zastrow R., Ryley K., Chintalapudi N., Pool R., Rosopa P., Scannell B., Hartley B., Levin A.S., Ode G., *Correlation Between the “Big Five” Personality Traits and Burnout in Orthopaedic Surgery Residents*, „JBJS Open Access” 2025, nr 10(3).
- Zawadzki B., Strelau, J., Szczepaniak P., Śliwińska M., *Inwentarz Osobowości Paula T. Costy Jr i Roberta R. McCrae. Adaptacja polska. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego*, Warszawa 2010.

Raporty i strony internetowe

- 2025 Rokiem Przeciwdziałania Wypaleniu Zawodowemu, <https://wil.org.pl/aktualnosci/wielkopolska-izba-lekarska-oglosila-2025-rokiem-przeciwdzialania-wypaleniu-zawodowemu/>.
- Burn-out an “occupational phenomenon”: International Classification of Diseases, <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases/>.
- Czas pracy lekarzy zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych. MZ nie planuje zmian, <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-lekarze-umowy-czas-pracy-mz-odpowiedz.>
- Naczelna Izba Lekarska, *Badanie lekarzy i lekarzek wykonujących świadczenia medyczne w warunkach szpitalnych*, Centralny Ośrodek Badań i Analiz, COBIK-NIL, https://nil.org.pl/uploaded_files/art_1705390425_prezentacja-ankieta-szpitalna.pdf.
- Naczelna Izba Lekarska, *Ile pracują lekarze i lekarze dentyści w Polsce?*, https://nil.org.pl/uploaded_files/1575629862_mapy-2017-raport-ogolny-v1.pdf.
- Raport NIK, <https://www.nik.gov.pl/kontrola/I/23/002/LRZ/>.
- Rządowe Centrum Legislacji, *Projekt ustawy o zmianie ustawy – Kodeks pracy (UD 183)*, <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12393651/katalog/13106695#13106695>.
- Rzecznik Praw Obywatelskich, *Jak rząd chce zagwarantować ludziom dostęp do służby zdrowia w związku z przewidywanym drastycznym niedoborem lekarzy?*, <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-prawo-ludzi-do-leczenia>.
- Wielki Słownik Języka Polskiego, <https://wsjp.pl/haslo/podglad/30212/zyczliwosc/5003562/czlowieka>

Wielki Słownik Języka Polskiego, <https://wsjp.pl/haslo/podglad/53708/cynizm/5155134/zyciowy>

World Health Organization, *World report on violence and health: Chapter 5 – Violence at work*, <https://www.who.int/docs/default-source/documents/violence-against-health-workers/wvstateart.pdf>.

Summary

Occupational Burnout in the Medical Environment – Legal Conditions. Conclusions *de lege lata* and *de lege ferenda*

Occupational burnout is one of the fastest-growing mental health threats among employees, including healthcare professionals, and particularly physicians. Anyone performing work can face this problem; however, doctors constitute a professional group especially at risk due to the nature of their profession. Experiencing occupational burnout can have a highly adverse effect on patient safety, as patients expect their physicians to act with professionalism, due diligence, and full commitment. Meanwhile, the loss of physical and mental strength in a doctor represents a significant problem not only for the physician themselves but also for the individuals under their medical care.

Occupational burnout is inherent to the nature of many professions and is not a phenomenon that can be permanently eliminated from employees' lives. Although this syndrome is primarily associated with psychological aspects, its complex nature and the consequences it produces for others make it necessary to examine the issue also from a legal perspective. Appropriately designed legislative solutions can play a significant role in reducing the prevalence of occupational burnout among healthcare professionals.

Key words: occupational disease, occupational burnout, medical professions, employment contract, leave for health recovery

MGR BARTOSZ BATKO

UNIWERSYTET ŚLĄSKI W KATOWICACH

ORCID: 0009-0002-6564-1282

MGR PAWEŁ URZENTZOK

AKADEMIA LEONA KOŹMIŃSKIEGO W WARSZAWIE

ORCID: 0009-0003-2245-7407

Prawne ramy stosowania terapii cyfrowej jako subsidiarnej formy procesu leczenia

DOI: 10.70537/PPM/211129

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

Wraz z postępem technologicznym terapie cyfrowe zyskują na znaczeniu jako innowacyjna i skuteczna forma leczenia, oferując nowe możliwości dla systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Celem artykułu jest analiza i ocena obecnych ram prawnych regulujących stosowanie terapii cyfrowej jako subsidiarnej formy leczenia, ze szczególnym uwzględnieniem wyzwań, jakie polski system prawny napotyka przy integracji nowych technologii zdrowotnych z tradycyjnymi modelami opieki.

Tekst wprowadza w definicję i zakres terapii cyfrowej oraz jej potencjalne zastosowania, a następnie omawia polskie regulacje prawne, kwestie ochrony danych osobowych i prywatności pacjentów oraz związane z tym dylematy etyczne. Szczególna uwaga poświęcona jest identyfikacji luk prawnych oraz potrzebie dostosowania obowiązujących przepisów.

Artykuł zawiera również porównanie z ramami prawnymi wybranych państw Unii Europejskiej, wskazując najlepsze praktyki mogące stanowić wzorzec dla Polski. Na podstawie przykładów krajowych zaprezentowano praktyczne aspekty wdrażania terapii cyfrowych.

W zakończeniu przedstawiono postulaty *de lege ferenda*, których celem jest stworzenie bardziej elastycznego i otwartego na innowacje środowiska prawnego, przy jednoczesnym zapewnieniu wysokiego poziomu ochrony pacjentów i ich danych.

Słowa kluczowe: telemedycyna, e-zdrowie, m-zdrowie, zdrowie cyfrowe, Terapia cyfrowa, medycyna cyfrowa

Wprowadzenie

Szacuje się, że globalny rynek Digital Therapeutics, czyli terapii cyfrowej wzrośnie do aż 56 miliardów dolarów do roku 2025¹. W związku z tym warto przyrzeć się prawnym aspektom terapii cyfrowej w Polsce i w Europie.

Zastosowanie technologii cyfrowych w ochronie zdrowia psychicznego jest coraz szersze, co prowadzi do postulatów stworzenia jaśniejszych ram prawnych i regulacyjnych².

Zgodnie z raportem Deloitte³ w Polsce, gdzie aż 8 milionów osób zmagających się z problemami zdrowia psychicznego, cyfrowe aplikacje terapeutyczne odgrywają coraz większą rolę w kontekście braku odpowiedniej liczby specjalistów i zapewnienia dostępu do skutecznych metod leczenia. Terapia cyfrowa daje możliwości wspierania leczenia m.in.: zdrowia psychicznego, nadwagi, otyłości oraz cukrzycy, jak również umożliwia monitorowanie i zarządzanie stanem zdrowia.

Cel artykułu to zbadanie polskich i europejskich regulacji prawnych dotyczących terapii cyfrowej oraz przedstawienie propozycji *de lege ferenda*. Postawione pytanie badawcze brzmi następująco: Jakie konkretne zmiany w polskim systemie prawnym są niezbędne dla skutecznej implementacji terapii cyfrowych jako uzupełniającej formy leczenia? Postawiono również hipotezę, że polski system prawny wymaga wprowadzenia definicji legal-

¹ eMarketer, *The rise of digital therapeutics*, <https://www.emarketer.com/content/rise-of-digital-therapeutics/>, [dostęp: 24.03.2024 r.].

² P. Gooding, *Mapping the rise of digital mental health technologies: Emerging issues for law and society*, „International Journal of Law and Psychiatry” 2019, t. 67, s. 2.

³ Deloitte, *Technologia w służbie pacjentom: terapeutyczne aplikacje i urządzenia na receptę*, <https://www2.deloitte.com/pl/pl/pages/deloitte-digital/Articles/Technologia-w-sluzbie-pacjentom-terapeutyczne-aplikacje-i-urzadzenia-na-recepte.html>, [dostęp: 24.03.2024 r.].

nej terapii cyfrowej. W opracowaniu zastosowano metodę dogmatyczną oraz prawnoporównawczą. Zaprezentowano także przykłady wdrożeń terapii cyfrowej w Polsce, wskazując na główne bariery legislacyjne.

Analiza ram prawnych terapii cyfrowej wymaga wstępnego zdefiniowania tego pojęcia oraz odróżnienia go od pojęć pokrewnych.

1. Definicja terapii cyfrowej

Początki terapii cyfrowej sięgają 1995 roku, gdy dr Kvedar poprowadził program mający na celu zastosowanie technologii do świadczenia opieki poza placówką medyczną. Kvedar chciał rozszerzyć zakres działalności lekarzy, a zarazem zminimalizować czynniki ograniczające świadczenie opieki zdrowotnej, takie jak ograniczenia czasowe, przestrzenne i kadrowe, zapewniając tym samym lepszą opiekę nad pacjentem przy mniejszych zasobach⁴.

Pojęcie będące w bliskości z terapią cyfrową, „e-pacjent”, zostało stworzone przez dr. Fergusona w 1999 roku⁵, a wykorzystanie produktu cyfrowego w celu uzyskania lepszych wyników zdrowotnych pojawiło się w 2000 roku⁶.

Terapia cyfrowa definiowana jako „Digital Therapeutics”⁷ to „interwencje terapeutyczne poprzez klinicznie ocenianą, ukierunkowaną na pacjenta aplikację oprogramowania, mającą na celu usprawnienie procesu diagnozowania, leczenia, zarządzania i/lub zapobiegania chorobom”⁸.

Inna, choć podobna definicja terapii cyfrowej z 2015 roku to „oparte na dowodach terapie behawioralne dostarczane online, które mogą zwiększyć dostępność i skuteczność opieki zdrowotnej”⁹.

⁴ S. Makin, *The emerging world of digital therapeutics*, „Nature” 2019, t. 573, s. 106-109.

⁵ T. Ferguson, *Doctom*, <http://www.doctom.com/>, [dostęp: 24.03.2024 r.].

⁶ E. Capobianco, *On Digital Therapeutics*, „Frontiers in Digital Humanities” 2015, t. 2, s. 6.

⁷ W opracowaniach zagranicznych często pojawia się skrót DTx, w tym opracowaniu jednak pojawia się jedynie pełna nazwa, aby uniknąć nieporozumienia.

⁸ D. Fürstenau, M. Gersch, S. Schreiter, *Digital Therapeutics (DTx)*, „Business & Information Systems Engineering” 2023, t. 10.

⁹ S. Sepah, L. Jiang, A. Peters, *Long-term outcomes of a Web-based diabetes prevention program: 2-year results of a single-arm longitudinal study*, „Journal of Medical Internet Research” 2015, t. 17, s. 92.

Digital Therapeutics Alliance (DTA) definiuje Digital Therapeutics jako „dostarczanie pacjentom opartych na dowodach interwencji terapeutycznych, które są sterowane przez oprogramowanie w celu zapobiegania, zarządzania lub leczenia zaburzeń medycznych, lub chorób. Są one stosowane niezależnie lub w połączeniu z lekami, urządzeniami lub innymi terapiami w celu optymalizacji opieki nad pacjentem i wyników zdrowotnych”¹⁰.

W raporcie Deloitte Digital Therapeutics pojawia się jako „nowatorska podkategoria medycyny cyfrowej, wnosząca znaczącą wartość do ekosystemu opieki zdrowotnej, oferując alternatywne lub wspomagające metody leczenia”¹¹.

Nawiązując do powyższych definicji można stwierdzić, że terapia cyfrowa to działania terapeutyczne dostarczane online poprzez oprogramowanie, w celu zwiększenia skuteczności leczenia i opieki nad pacjentem.

Pozycja Digital Therapeutics w kontekście zdrowia cyfrowego to „poddział cyfrowego zdrowia, który reprezentuje zbiór technologii, produktów i usług w branży opieki zdrowotnej i wellness”¹².

2. Terapia cyfrowa w polskim porządku prawnym

Polski porządek prawny nie posiada definicji legalnej terapii cyfrowej.

Ustawa o działalności leczniczej¹³ reguluje zasady wykonywania działalności leczniczej, jednak nie zawiera żadnych odniesień do terapii cyfrowej czy aplikacji terapeutycznych. Warto jednak zauważyć, że art. 3 ust. 1 ustawy stanowi podstawę prawną dla telemedycyny: „Działalność lecznicza polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Świadczenia te mogą być udzielane za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności”. Telemedycyna nie jest jednak terapią cyfrową. Telemedycyna to jedynie sposób realizacji tradycyjnych świadczeń zdrowotnych na odległość.

¹⁰ DTA, *Digital therapeutics alliance*, <https://www.dtxalliance.org>, [dostęp: 24.03.2024 r.].

¹¹ Deloitte, *Technologia w służbie...*

¹² A. Dang, D. Arora, P. Rane, *Role of digital therapeutics and the changing future of healthcare*, „Journal of Family Medicine and Primary Care” 2020, t. 9, s. 2207-2213.

¹³ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2026 r., poz. 156).

Ustawa o wyrobach medycznych¹⁴ implementuje rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/745¹⁵. Rozporządzenie stanowi podstawowy akt prawny UE regulujący wyroby medyczne, w tym oprogramowanie, jednak zostało ono zaprojektowane przede wszystkim dla tradycyjnych wyrobów medycznych i nie uwzględnia specyfiki terapii cyfrowych. Art. 2 ustawy odsyła do definicji z art. 2 MDR. Ustawa operuje pojęciem „wyrób medyczny”, który zgodnie z art. 2 pkt 1 MDR oznacza: „narzędzie, aparat, urządzenie, oprogramowanie, implant, odczynnik, materiał lub inny artykuł przewidziany przez producenta do stosowania – pojedynczo lub łącznie – u ludzi do co najmniej jednego z następujących szczególnych zastosowań medycznych:

- diagnozowanie, profilaktyka, monitorowanie, przewidywanie, prognozowanie, leczenie lub łagodzenie choroby,
- diagnozowanie, monitorowanie, leczenie, łagodzenie lub kompensowanie urazu, lub niepełnosprawności,
- badanie, zastępowanie lub modyfikowanie budowy anatomicznej, lub procesu, lub stanu fizjologicznego, lub chorobowego,
- dostarczanie informacji poprzez badanie *in vitro* próbek pobranych z organizmu ludzkiego, w tym pobranych od dawców narządów, krwi i tkanek, i który nie osiąga swojego zasadniczego przewidzianego działania środkami farmakologicznymi, immunologicznymi lub metabolicznymi w ludzkim ciele, lub na nim, ale którego działanie może być wspomagane takimi środkami”.

Powyższe przepisy definiują oprogramowanie jako narzędzie, a nie faktyczną terapię. Wydaje się, że w związku z tymi przepisami zarówno proste kalkulatory medyczne, jak i złożone programy terapeutyczne będą klasyfikowane identycznie, czyli jako „oprogramowanie będące wyrobem medycznym”.

¹⁴ Ustawa z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 1620 ze zm.).

¹⁵ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/745 z dnia 5 kwietnia 2017 r. w sprawie wyrobów medycznych, zmiany dyrektywy 2001/83/WE, rozporządzenia (WE) nr 178/2002 i rozporządzenia (WE) nr 1223/2009 oraz uchylecia dyrektyw Rady 90/385/EWG i 93/42/EWG (Dz.Urz. UE. L. z 2017 r., nr 117, s. 1 ze zm.), dalej także jako: MDR lub Rozporządzenie.

Reguła 11 w załączniku VIII Rozporządzenia stanowi „Oprogramowanie, które ma dostarczać informacje wykorzystywane przy podejmowaniu decyzji do celów diagnostycznych lub terapeutycznych, należy do klasy IIa, z wyjątkiem przypadków, gdy skutki takich decyzji mogą spowodować:

- zgon danej osoby albo nieodwracalne pogorszenie stanu jej zdrowia, w którym to przypadku oprogramowanie należy do klasy III, lub
- poważne pogorszenie stanu zdrowia danej osoby lub konieczność interwencji chirurgicznej, w którym to przypadku oprogramowanie należy do klasy IIb.

Oprogramowanie przeznaczone do monitorowania procesów fizjologicznych należy do klasy IIa, z wyjątkiem przypadków, gdy jest przeznaczone do monitorowania życiowych parametrów fizjologicznych, w przypadku, gdy zmiana tych parametrów może powodować bezpośrednie zagrożenie dla pacjenta, w którym to przypadku oprogramowanie należy do klasy IIb.

Pozostałe oprogramowanie należy do klasy I”.

Powyższa klasyfikacja dotyczy zatem oprogramowania, które wspomaga decyzje, a nie oprogramowania samodzielnie realizującego terapię.

Kolejny istotny z perspektywy terapii cyfrowej akt prawny to ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁶. Art. 5 pkt 40 definiuje jedynie „świadczenie zdrowotne – działanie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania”, bez uwzględnienia specyfiki cyfrowej.

Art. 6 pkt 1 ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych¹⁷

¹⁶ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2025 r., poz. 1461 ze zm.).

¹⁷ Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (t.j. Dz.U. z 2026 r., poz. 253).

dzieli kategorie refundacyjne na 4 kategorie dostępności refundacyjnej:

- „1. lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrób medyczny dostępny w aptece na receptę:
 - a) w całym zakresie zarejestrowanych wskazań i przeznaczeń,
 - b) we wskazaniu określonym stanem klinicznym;
2. lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego stosowany w ramach programu lekowego;
3. lek stosowany w ramach chemioterapii:
 - a) w całym zakresie zarejestrowanych wskazań i przeznaczeń,
 - b) we wskazaniu określonym stanem klinicznym;
4. lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrób medyczny stosowany w ramach udzielania świadczeń gwarantowanych, innych niż wymienione w pkt 1-3”.

Warto podkreślić, iż skuteczna implementacja terapii cyfrowej będzie utrudniona bez możliwości jej finansowania. Na ten moment polskie ustawodawstwo nie przewiduje jednak takiej możliwości.

Polskie Ministerstwo Zdrowia w 2022 roku rozpoczęło prace nad Portfelem Aplikacji Zdrowotnych¹⁸. Wtedy rozpoczęło się przyznawanie aplikacjom tytułu „Aplikacja Certyfikowana MZ”, w przypadku, gdy jej oprogramowanie zostanie uznane za wyrób medyczny. Prace nad projektem nadal trwają i zakończą się planowo 30 listopada 2026 r.¹⁹

Mimo tego, że w polskim porządku prawnym nie znajduje się definicja terapii cyfrowej, to znajdują się w nim jednak podobne pojęcia. W tym miejscu warto przyrzeć się podobnym definicjom, które częściowo obejmują terapię cyfrową lub są z nią związane, gdyż rozróżnienie pomiędzy pojęciami jest kluczowe, aby uniknąć nieporozumień. W zależności od klasyfikacji produktu zmienia się również poziom jego ryzyka, wymagania dotyczące dowodów klinicznych oraz szerokość aspektów regulacyjnych.

¹⁸ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/komunikat-ministra-zdrowia-w-sprawie-przyznawania-aplikacji-tytułu-aplikacja-certyfikowana-mz-oraz-włączania-do-portfela-aplikacji-zdrowotnych-paz>.

¹⁹ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/portfel-aplikacji-zdrowotnych>, [dostęp: 04.07.2025 r.].

Warto wskazać, że terapia cyfrowa nie jest tożsama z pojęciami takimi jak m.in.: telemedycyna, e-Zdrowie, m-Zdrowie. Ich zakresy częściowo się pokrywają, lecz nie są identyczne.

Najszerszym terminem wykazującym stosunkowo dużo podobieństwa jest „TEC” (*technology-enabled care*), który obejmuje wykorzystanie technologii elektronicznej w opiece nad pacjentem. Jest to jednak bardzo ogólne i szerokie pojęcie i warto zauważyć, że zaliczają się do niego również rozwiązania, które nie zaliczają się do telemedycyny, takie jak krokomierz²⁰.

Terapia cyfrowa obejmuje różne formy, w literaturze wskazuje się, że mogą one obejmować na przykład aplikacje internetowe, aplikacje mobilne, rzeczywistość wirtualną i gry wideo²¹.

2.1. Zdrowie cyfrowe

Pierwszym ze zbliżonych do terapii cyfrowej pojęć jest zdrowie cyfrowe. Można je zdefiniować jako połączenie opieki zdrowotnej i technologii²². „Cyfrowe zdrowie obejmuje zarówno medycynę cyfrową, jak i Digital Therapeutics. Zdrowie cyfrowe to najszersza kategoria obejmująca technologie, platformy i systemy, które angażują konsumentów w styl życia, dobre samopoczucie i cele związane ze zdrowiem. Cyfrowe podmioty zajmujące się zdrowiem mogą przechwytywać, przechowywać i przysyłać dane dotyczące zdrowia w celu wspierania operacji klinicznych. Przykłady cyfrowych systemów opieki zdrowotnej obejmują między innymi technologie informacji zdrowotnej, systemy telezdrowia, systemy wykorzystujące informacje zdrowotne konsumentów oraz narzędzia do administrowania opieką kliniczną”²³.

²⁰ M. Czarnuch, M. Grabowski, P. Najbuk, L. Kołtowski, P. Balsam, J. Pachocki, M. Jaśkiewicz, A. Luba, *Otoczenie regulacyjne telemedycyny w Polsce – stan obecny i nowe otwarcie*, Warszawa 2015, s. 9, https://www.dzp.pl/files/shares/Publikacje/Otoczenie_Regulacyjne_Telemedycyny-_w_Polsce.pdf, [dostęp: 11.03.2024 r.].

²¹ P. Phan, S. Mitragotri, Z. Zhao, *Digital therapeutics in the clinic*, „Bioengineering & Translational Medicine” 2023, t. 8(4), s. 1.

²² HealthXL, <https://www.healthxl.com/blog/digital-health-digital-medicine-digital-therapeutics-dtx-whats-the-difference>, [dostęp: 11.03.2024 r.].

²³ A. Dang, D. Arora, P. Rane, *Role of digital...*, s. 2207-2213.

2.2. Medycyna cyfrowa

Medycyna cyfrowa składa się z oprogramowania zazwyczaj wspieranego przez dowody, w celu pomiaru lub interwencji w służbie ludzkiego zdrowia. Przykładem medycyny cyfrowej może być diagnostyka cyfrowa, cyfrowe biomarkery i urządzenia do zdalnego monitorowania pacjentów²⁴.

Digital Therapeutics z kolei obejmuje oparte na dowodach interwencje terapeutyczne, które zapobiegają zaburzeniom medycznym lub chorobom, zarządzają nimi lub je leczą²⁵. Przykładami zastosowań Digital Therapeutics są czujniki cyfrowe, niektóre urządzenia VR i urządzenia sztucznej inteligencji²⁶.

2.3. Telemedycyna

Następnie należy przyjrzeć się telemedycynie, jako że wykorzystuje ona możliwości technologiczne do udzielenia świadczenia zdrowotnego realizowanego na odległość, czyli gdy lekarz i pacjent nie znajdują się w tym samym miejscu²⁷. Łącząc postępy z zakresu medycyny, informatyki i telekomunikacji, istnieje możliwość diagnozy, jak również profilaktyki, leczenia oraz kontroli stanu zdrowia na odległość. Aby podkreślić możliwości telemedycyny, warto zwrócić uwagę na możliwość wykorzystania jej w przypadku telechirurgii, czyli możliwość wykonania operacji na odległość²⁸.

Pojęcie „telemedycyna” pojawiło się już w latach siedemdziesiątych XX w. w Stanach Zjednoczonych. Nie ma ono jednak jednolitej definicji, a jego zakres można określić na podstawie innych definicji²⁹. Telemedy-

²⁴ Ibidem, s. 13.

²⁵ DTA, *Digital therapeutics alliance*, <https://www.dtxalliance.org>, [dostęp: 11.03.2024 r.].

²⁶ A. Dang, D. Arora, P. Rane, *Role of digital...*, s. 2207-2213.

²⁷ M. Sakowska-Baryła, M. Pawelczyk, M. Jankowska, *Artificial intelligence and selected aspects of digital transformation in healthcare system* [w:] *Prawo sztucznej inteligencji i nowych technologii 2*, red. B. Fischer, A. Pązik, M. Świerczyński, Warszawa 2022, s. 226.

²⁸ Ibidem.

²⁹ A. Nowak, *Telemedycyna transgraniczna – problematyka prawa właściwego dla przypadków odpowiedzialności cywilnej podmiotów medycznych na gruncie prawodawstwa unijnego*, „Prawo Mediów Elektronicznych” 2018, nr 1, s. 37.

cyna to „świadczanie usług medycznych z wykorzystaniem technologicznych form komunikowania się na odległość”³⁰. Pojęcie pochodzi z połączenia dwóch wyrazów: łacińskiego *medicus* i greckiego *tele*, a dosłownie oznacza „leczenie na odległość”.

Definicja telemedycyny według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) to „świadczanie usług opieki zdrowotnej przez wszystkie osoby wykonujące zawody medyczne przy wykorzystywaniu technologii informacyjno-komunikacyjnych służących wymianie istotnych informacji w celach diagnostycznych, leczniczych oraz zapobiegania chorobom i urazom, prowadzenie badań i ich oceny, zapewnienia kontynuacji kształcenia pracowników służby zdrowia, czyli w celu poprawy zdrowia jednostek oraz tworzonych przez nie społeczności, w których kluczową rolę odgrywa rozłączność miejsca, w którym przebywa pacjent, i miejsca świadczenia usługi medycznej”. Telemedycyna pojawia się również w jednym z dokumentów Unii Europejskiej jako świadczenie usług zdrowotnych z wykorzystaniem technologii informacyjno-komunikacyjnych w sytuacji, gdy pracownik służby zdrowia i pacjent (lub dwaj pracownicy służby zdrowia) nie znajdują się w tym samym miejscu³¹. Usługi telemedyczne wiążą się z przesyłem danych i informacji medycznych (jako tekstu, obrazu, dźwięku lub w innej formie), które są konieczne do działań prewencyjnych, diagnozy, leczenia i kontroli stanu zdrowia pacjenta³².

Kryteria, których spełnienie pozwala na dokonanie kwalifikacji aktywności na rynku medycznym, są również czterema podstawowymi elementami telemedycyny:

1. telemedycyna ma na celu zapewnienie wsparcia klinicznego;
2. zakłada rozłączność miejsca przebywania komunikujących się podmiotów i ma na celu przezwyciężenie barier geograficznych przez skomunikowanie użytkowników przebywających w różnych lokalizacjach;

³⁰ J. Zabrzycy, T. Małecka-Massalska, *Telemedycyna – medycyna i technika w walce o nasze zdrowie*, „Zdrowie Publiczne” 2010, nr 4, s. 422.

³¹ M. Sakowska-Baryła, M. Pawelczyk, M. Jankowska, *Artificial intelligence and...*, s. 229.

³² P. Durbajło, A. Piskorz-Ryń, *Problemy cyberbezpieczeństwa w telemedycynie* [w:] *Telemedycyna i e-zdrowie*, red. I. Lipowicz, G. Szpor, M. Świerczyński, Warszawa 2019, s. 276.

3. wiąże się z użyciem ICT, a więc technologii informacyjno-komunikacyjnych (ang. *information and communication technologies*);
4. zmierza do uzyskania korzyści zdrowotnych³³.

W obrębie telemedycyny istnieją trzy metody przekazywania informacji³⁴:

1. dane medyczne mogą być gromadzone w postaci danych cyfrowych, w tym zdjęć, plików wideo lub innych, a następnie przesyłane do dalszej analizy za pomocą zabezpieczonego łącza (*store and forward*);
2. usługi telemedyczne mogą być świadczone w drodze komunikacji w czasie rzeczywistym (*real time*);
3. usługi telemedyczne mogą przybrać postać przekazu danych w formie tzw. zdalnego monitoringu (*remote monitoring*) polegającego na monitorowaniu na odległość stanu zdrowia pacjentów, co jest szczególnie użyteczne w przypadku osób cierpiących na przewlekłe choroby, na przykład cukrzycę, przewlekłą niewydolność serca czy astmę – zdalny monitoring może polegać na pozyskiwaniu danych w sposób zautomatyzowany za pomocą urządzeń monitorujących stan zdrowia (np. pompy insulinowe, implantowane kardiowertery-defibrylatory serca).

Amerykańskie Stowarzyszenie Telemedycyny definiuje telemedycynę jako użycie informacji medycznych, wymienianych między dwoma różnymi punktami przy użyciu komunikacji elektronicznej, w celu poprawy klinicznego stanu zdrowia pacjenta³⁵.

Warto zauważyć, że w ramach telemedycyny wyróżnia się również pojęcia węższe, stanowiące swoiste gałęzie telemedycyny. Jedynie dla przykładu można wskazać teleradiologię, przez którą należy rozumieć przesyłanie zdjęć radiologicznych z jednego miejsca geograficznego do

³³ M. Czarnuch, M. Grabowski, P. Najbuk, Ł. Kołtowski, P. Balsam, J. Pachocki, M. Jaśkiewicz, A. Luba, *Otoczenie regulacyjne telemedycyny...*

³⁴ A. Nowak, *Telemedycyna transgraniczna...*, s. 38.

³⁵ American Telemedicine Association, *About telemedicine: FAQs*, <http://www.americantelemed.org/main/about/about-telemedicine/tele-medicine-faqs>, [dostęp: 19.02.2024 r.].

drugiego celem ich interpretacji i konsultacji³⁶. Telerehabilitacja to dostarczanie materiałów instruktażowych dotyczących rehabilitacji oraz organizowanie wideokonferencji, podczas których terapeuta nadzoruje i ocenia poprawność wykonywanych przez pacjenta ćwiczeń rehabilitacyjnych³⁷.

Znaczenie terminu „telemedycyna” może być ustalone w oparciu o zalecenia specjalistyczne zawarte w dyrektywach. W przepisach prawnych, takich jak art. 36 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, minister właściwy do spraw zdrowia wskazuje na potrzebę upowszechniania wiedzy na temat funkcjonowania systemów informatycznych w ochronie zdrowia oraz telemedycyny. Interpretacja tego przepisu sugeruje, że sam fakt istnienia systemów informatycznych w obszarze ochrony zdrowia nie jest tożsamy z usługami telemedycznymi. Dlatego można wnioskować, że obecność systemów informatycznych w ochronie zdrowia nie jest wystarczającym warunkiem do uznania świadczonych usług za usługi telemedyczne³⁸.

Czynności towarzyszące świadczeniu usług medycznych, wykorzystujące komunikację na odległość, takie jak przetwarzanie danych o stanie zdrowia pacjentów, prowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej, rezerwacje wizyt online oraz wystawianie e-recept, nie mieszczą się w ramach normatywnej definicji terminu „telemedycyna”. Te działania nie są bezpośrednio związane z prewencją, diagnozą, terapią ani kontrolą stanu zdrowia pacjenta. To rozumienie „telemedycyny” pokrywa się z definicją przyjętą przez Komisję Europejską, która określa usługę telemedyczną jako taką, w której przekaz danych medycznych jest „niezbędny do działań prewencyjnych, diagnozy, leczenia i kontroli stanu zdrowia pacjenta”, czyli ma cel zdrowotny. W konsekwencji można wnioskować, że pojęcie „e-zdrowia” (lub „telezdrowia”) ma szerszy zakres niż „telemedycyna” i „usługi telemedyczne”, obejmując wszelkie technologiczne rozwiązania w obsza-

³⁶ K. Świtała, *Interoperability and security of medical data in e-health systems and telemedicine: Abstract* [w:] *Telemedycyna i e-Zdrowie. Prawo i informatyka*, red. I. Lipowicz, G. Szpor, M. Świerczyński, Warszawa 2019, s. 41.

³⁷ M. Jankowski, A. Klimczak-Wieczorek, M. Kloc, M. Matuszewski, J. Rozum, *Telemedycyna w Polsce. Możliwości i szanse rozwoju*, Warszawa 2016, s. 5.

³⁸ K. Świtała, *Interoperability and security...*, s. 41.

rze ochrony zdrowia, włączając w to świadczenie usług zdrowotnych poprzez wykorzystanie technologii informacyjnych i telekomunikacyjnych.

W literaturze wskazuje się na konieczność uregulowania telemedycyny i zapewnienia bezpieczeństwa danych w polskim porządku prawnym³⁹.

W kontekście terapii cyfrowej pomocne wydaje się odwołanie do możliwości wykorzystania telemedycyny, czyli ustawy z dnia 9 października 2015 roku o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw, bowiem regulacja ta wprowadziła zmiany w regulacjach dla systemu ochrony zdrowia. Można wnioskować, że terapia cyfrowa jest w Polsce możliwa dzięki dodaniu do ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty⁴⁰ przepisu art. 2, gdzie dodano ust. 4 w brzmieniu: „Lekarz, lekarz dentysta może wykonywać czynności, o których mowa w ust. 1 i 2, także za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności”.

Na podstawie tego artykułu można uznać, że w szerokim zakresie telemedycyna to właśnie udzielanie świadczeń zdrowotnych określonych w art. 2 u.z.l. za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.

Warto zauważyć, że to lekarz decyduje o udzieleniu świadczenia z wykorzystaniem telemedycyny, bo trudniej jest określić stan kliniczny pacjenta na przykład podczas rozmowy telefonicznej niż w czasie tradycyjnej konsultacji w placówce medycznej. Co istotne, zmieniona w 2015 r. we wspomniany sposób ustawa o systemie informacji w ochronie zdrowia w słowniku pojęć w niej używanych w celu zdefiniowania pojęcia systemu teleinformatycznego odsyła w art. 2 pkt 13 do ustawy o świadczeniu usług drogą elektroniczną⁴¹. Zgodnie z treścią art. 2 pkt 3 u.ś.u.d.e. system teleinformatyczny to zespół współpracujących ze sobą urządzeń informatycznych i programowania, zapewniający przetwarzanie i przecho-

³⁹ Ibidem.

⁴⁰ Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz.U. z 2026 r., poz. 37 ze zm.), dalej jako: u.z.l.

⁴¹ Ustawa z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 1513 ze zm.), dalej jako: u.ś.u.d.e.

wywanie, a także wysyłanie i odbieranie danych poprzez sieci telekomunikacyjne za pomocą właściwego dla danego rodzaju sieci telekomunikacyjnego urządzenia końcowego w rozumieniu ustawy z 16.07.2004 r. – Prawo telekomunikacyjne (Dz.U. z 2018 r., poz. 1954 ze zm.).

Zauważyć należy, że wyraźnym podobieństwem telemedycyny do terapii cyfrowej jest korzystanie ze środków komunikacji na odległość.

2.4. mHealth

Kolejnym zbliżonym do terapii cyfrowej pojęciem, które nie ma jednak definicji legalnej, jest mHealth. Światowa Organizacja Zdrowia charakteryzuje mHealth jako część e-Health, definiowaną jako: „praktyka medyczna i zdrowia publicznego wspierana przez urządzenia mobilne, takie jak telefony komórkowe, urządzenia monitorujące pacjentów, osobistych asystentów cyfrowych (ang. *Personal digital assistants – PDAs*) i inne urządzenia bezprzewodowe”⁴².

Komisja Europejska dodatkowo wskazuje, że zakres mHealth obejmuje także aplikacje, które mogą łączyć się z urządzeniami medycznymi, takimi jak zegarki smart, jak również aplikacje będące dziennikiem zdrowotnym, gdzie informacje mogą być dostarczane poprzez wykorzystanie telemedycyny⁴³. Warto zwrócić uwagę na fakt, że mHealth wydaje się mieć inne znaczenie niż telemedycyna, gdyż telemedycyna polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych regulowanych przepisami prawa poprzez systemy teleinformatyczne i systemy łączności, dlatego mHealth wydaje się mieć jednak inne znaczenie niż telemedycyna⁴⁴.

2.5. e-zdrowie

Kolejnym podobnym pojęciem niemającym definicji legalnej jest e-zdrowie. Światowa Organizacja Zdrowia definiuje je jako „wykorzystanie technologii

⁴² WHO Global Observatory for eHealth, *mHealth: new horizons for health through mobile technologies: second global survey on eHealth*, s. 6, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44607>, [dostęp: 19.02.2024 r.].

⁴³ Ibidem.

⁴⁴ M. Kogut-Czarkowska, M. Czapska, *mHealth – próba definicji oraz wybrane zagadnienia prawne* [w:] *Prawo nowych technologii, dane osobowe i cyberbezpieczeństwo, Internet i media, handel elektroniczny, prawo IT, technologie*, red. X. Konarski „Monitor Prawa Pracy” 2019, nr 21, s. 74.

informacyjnych i komunikacyjnych (ang. TIC) dla zdrowia”⁴⁵. Komisja Europejska rozszerza tę definicję i charakteryzuje e-zdrowie jako wykorzystanie technologii informacyjno-komunikacyjnych w produktach, usługach i procesach związanych ze zdrowiem, które obejmuje także zmiany organizacyjne w systemach opieki zdrowotnej i nowe umiejętności. Celem e-zdrowia jest poprawa zdrowia obywateli, efektywności i wydajności świadczenia opieki zdrowotnej, a także podniesienie gospodarczej i społecznej wartości zdrowia. E-zdrowie obejmuje wymianę informacji między pacjentami i usługodawcami zdrowia, transfer danych między placówkami medycznymi oraz komunikację między pacjentami lub personelem medycznym⁴⁶. Bazując na powyższych informacjach, można stwierdzić zgodnie z doktryną, że według WHO oraz Komisji Europejskiej e-zdrowie jest pojęciem szerszym niż mHealth⁴⁷. Niektórzy autorzy twierdzą, że e-zdrowie obejmuje też elementy takie jak łączność pomiędzy pacjentami a pracownikami ochrony zdrowia lub elektroniczną dokumentację medyczną, a także usługi telemedycyny⁴⁸.

Usługi, które nie mają za zadanie poprawy zdrowia, nie mogą być uznane za świadczenia z zakresu opieki zdrowotnej. Na przykład, do kategorii usług e-zdrowia, które nie mają takiego celu, należą: wystawianie e-recept, umawianie się online na wizyty lekarskie, transmitowanie przebiegu operacji chirurgicznych w celach edukacyjnych, prowadzenie portalu internetowego dotyczącego zdrowia, zarządzanie aplikacją mobilną do oceny ryzyka zachorowań na określone choroby na podstawie wypełnionej ankiety przez użytkownika, oferowanie aplikacji do monitorowania stylu życia lub właściwego doboru żywienia, oraz wykorzystanie metod e-learningowych w szkoleniu personelu medycznego⁴⁹.

⁴⁵ WHO, *About eHealth*, <https://www.who.int/ehealth/about/en/>, [dostęp: 19.02.2024 r.].

⁴⁶ Komunikat Komisji do Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów, *Plan działania w dziedzinie e-zdrowia na lata 2012-2020 – Innowacyjna opieka zdrowotna w XXI wieku*, s. 4, <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/PDF/?uri=CELEX:52012DC0736&from=PL>, [dostęp: 14.02.2022 r.].

⁴⁷ M. Sakowska-Baryła, M. Pawelczyk, M. Jankowska, *Artificial intelligence and...*, s. 236.

⁴⁸ M. Kogut-Czarkowska, M. Czapska, *mHealth – próba definicji...*, s. 74-75.

⁴⁹ K. Świtala, *Interoperability and security...*, s. 41.

2.6. Aplikacja zdrowotna

Następnym pojęciem, któremu warto się przyjrzeć w kontekście terapii cyfrowej, jest aplikacja zdrowotna. Aplikacje zdrowotne umożliwiają dostęp do wyników badań pacjenta, przypominają, kiedy zbliżają się badania, monitorują parametry życiowe oraz przede wszystkim umożliwiają personelowi medycznemu sprawdzanie wyników pomiarów w czasie rzeczywistym. Wskazuje się, że aplikacje wykorzystujące narzędzia sztucznej inteligencji, dzięki możliwości analizy dużych zbiorów informacji, uczenia się nawyków zdrowotnych konkretnego pacjenta i porównywania ich z wynikami setek tysięcy innych osób, mogą sprawić, że opieka medyczna będzie jeszcze bardziej skuteczna i obejmie zarówno leczenie szpitalne, jak i badania kliniczne oraz opracowywanie leków⁵⁰.

Aplikacje mobilne można uznać za jedną z dziedzin mHealth i wyróżnić wśród nich aplikacje zdrowotne i dotyczące stylu życia⁵¹. Przykładem może być aplikacja Zdrowie od Apple'a oferująca możliwość monitorowania i zapisania konkretnych objawów samopoczucia. Na rynku funkcjonują już aplikacje umożliwiające umawianie zdalnych konsultacji u specjalisty, dostarczanie informacji o lekach oraz aplikacje sportowe umożliwiające zapisywanie danych dotyczących treningów.

Można również spotkać aplikacje, które, wykorzystując zdjęcia, dokonują analizy objawów choroby oraz umożliwiają konsultację lekarską⁵².

W tym miejscu warto rozważyć możliwe konsekwencje wprowadzenia oraz analizy tych danych, jako że nie jest oczywiste, czy wprowadzone informacje to dane osobowe. Nasuwa to wątpliwości z zakresu prawa medycznego, kwestie cywilnoprawne, prawnoautorskie, a także związane z obszarem ochrony danych osobowych⁵³.

⁵⁰ IBM Watson, *The era of AI: Artificial intelligence in medical imaging*, <https://www.ibm.com/watson/health/resources/artificial-intelligence-medical-imaging/>, [dostęp: 19.02.2024 r.].

⁵¹ M. Sakowska-Baryła, M. Pawelczyk, M. Jankowska, *Artificial intelligence and...*, s. 236.

⁵² M. Kogut-Czarkowska, M. Czapska, *mHealth – próba definicji...*, s. 76.

⁵³ M. Sakowska-Baryła, M. Pawelczyk, M. Jankowska, *Artificial intelligence and...*, s. 236.

Podstawowym aktem prawnym Unii Europejskiej regulującym przetwarzanie danych osobowych jest Rozporządzenie UE 2016/679 (RODO). W kontekście terapii cyfrowej warto wskazać, że RODO przewiduje szczególne zasady dla „danych dotyczących zdrowia”, uznawanych za dane wrażliwe (art. 9 ust. 1).

Zgodnie z art. 4 pkt 15 RODO „dane dotyczące zdrowia” oznaczają dane osobowe o zdrowiu fizycznym lub psychicznym osoby fizycznej – w tym o korzystaniu z usług opieki zdrowotnej – ujawniające informacje o stanie jej zdrowia. W przypadku terapii cyfrowej mogą być to dane różnego rodzaju, takie jak parametry życiowe, informacje o stosowanych lekach czy zaburzeniach psychicznych.

RODO w art. 9 ust. 1 wprowadza ogólny zakaz przetwarzania danych szczególnych kategorii (m.in. dotyczących zdrowia). Jednak w ust. 2 tego artykułu przewidziano wyjątki, które mogą legalizować takie przetwarzanie. W praktyce w przypadku terapii cyfrowej najczęściej podstawę takiej legalizacji stanowi:

1. art. 9 ust. 2 lit. a RODO (wyrażna zgoda osoby, której dane dotyczą),
2. art. 9 ust. 2 lit. h RODO (niezbędność do celów profilaktyki zdrowotnej lub świadczenia opieki zdrowotnej),
3. ewentualnie art. 9 ust. 2 lit. i (ważny interes publiczny w dziedzinie zdrowia publicznego).

Dla podmiotów tworzących lub korzystających z aplikacji terapeutycznych oznacza to konieczność zagwarantowania podstawy prawnej, spełnienia zasady ograniczonego celu i minimalizacji danych (art. 5 RODO), a także zastosowania odpowiednich środków organizacyjnych i technicznych (art. 32 RODO), takich jak szyfrowanie, anonimizacja czy pseudonimizacja.

Szczegółowe wyjaśnienia dotyczące interpretacji danych medycznych czy wyrażenia zgody pacjenta można znaleźć w dokumentach Grupy Roboczej Art. 29, obecnie Europejskiej Rady Ochrony Danych. Zgodnie

z Art. 29⁵⁴ Grupy Roboczej można przyjąć, że informacje stanowią dane dotyczące zdrowia, jeśli:

1. dane stanowią nieodłącznie/wyrażnie dane medyczne;
2. są to „surowe dane” (*raw data*) pochodzące z czujników, które mogą być wykorzystane samodzielnie lub w połączeniu z innymi danymi w celu wyciągnięcia wniosków na temat rzeczywistego stanu zdrowia, lub zagrożenia dla zdrowia danej osoby, a także
3. jeśli wyciągane są wnioski dotyczące stanu zdrowia lub zagrożenia dla zdrowia danej osoby, niezależnie od tego, czy wnioski te są dokładne lub niedokładne, zgodne z prawem lub niezgodne z prawem, lub w inny sposób adekwatne, lub nieadekwatne⁵⁵.

W związku z powyższym za dane o stanie zdrowia uznaje się między innymi informacje o wysokim lub niskim ciśnieniu krwi, nadmiernej konsumpcji alkoholu czy wyrobów tytoniowych, używek czy też jakiegokolwiek dane, w odniesieniu do których powszechnie wiadomo, że wiążą się z ryzykiem chorób⁵⁶.

3. Terapia cyfrowa w kontekście świadczenia zdrowotnego i usługi zdrowotnej

Polski porządek prawny definiuje pojęcie świadczenia zdrowotnego w art. 2 ust. 1 pkt 10 u.d.l. jako „działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia, lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania” oraz działalność leczniczą, w art. 3 ust. 1 i 2 jako udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz promocję zdrowia lub realizację za-

⁵⁴ Dyrektywa 95/46 Grupa Robocza do spraw ochrony osób fizycznych w zakresie przetwarzania danych osobowych. Dyrektywa uchylona przez rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych oraz swobodnego przepływu danych i uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), Dz.Urz. UE L 119 z 04.05.2016, s. 1 (dalej: RODO).

⁵⁵ Letter of the Chair of the ART 29 WP to eHEALTH, 05.02.2015, <https://ec.europa.eu/newsroom/article29/items/625392/en>, [dostęp: 19.02.2024 r.].

⁵⁶ Ibidem.

dań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia. Warto również zwrócić uwagę na sformułowanie zawarte na gruncie przepisu art. 3 ust. 1 u.d.l., zgodnie z którym: „Działalność lecznicza polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Świadczenia te mogą być udzielane za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności”.

Przez „usługę zdrowotną” należy zasadniczo rozumieć świadczenie zdrowotne zdefiniowane w art. 5 pkt 40 ustawy z 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a więc działanie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia, lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania⁵⁷.

4. Terapia cyfrowa na świecie

W pierwszej kolejności należy zaznaczyć, że idea stojąca za cyfrowym zdrowiem oraz cyfrową terapią Digital Therapeutics w dużej mierze nabrała rozpędu wskutek pandemii COVID-19/SARS-CoV-2. Przejawem tego w szczególności był dynamiczny rozwój aplikacji zdrowia (*wellness apps*), które zaczęły zyskiwać na znaczeniu w wyniku ograniczonego dostępu do tradycyjnych form ochrony zdrowia w tamtym czasie.

Jeszcze przed pandemią koronawirusa w okresie od 2015 do 2019 roku łączny kapitał podwyższonego ryzyka, w jakim wyceniony został rynek Digital Therapeutics na rynku europejskim, uległ zwiększeniu dziesięciokrotnie, a sam rynek uległ podziałowi na ponad 30 pomniejszych rynków w poszczególnych krajach europejskich. Pomimo rozpowszechnienia zachodzą różnice w implementacji rozwiązań w zakresie medycyny cyfrowej, co wynika z różnic w systemach ochrony zdrowia pomiędzy państwami.

⁵⁷ H. Matyja, *Zagadnienia terminologiczne* [w:] *Prawo nowych technologii*, red. K. Flaga-Gieruszyńska, J. Gołaczyński, Warszawa 2021.

4.1 Niemcy

„Elementem wspólnym dla państw UE jest obowiązek stosowania Rozporządzenia MDR, które bezpośrednio reguluje kwestie certyfikacji wyrobów medycznych, w tym oprogramowania stanowiącego wyrób medyczny (Software as Medical Device – SaMD). Terapie cyfrowe, spełniające definicję wyrobu medycznego z art. 2 pkt 1 MDR, podlegają procedurom oceny zgodności określonym w tym rozporządzeniu”. Tym samym część kryteriów przyjętych dla wyrobów medycznych posiada elementy wspólne między krajami UE. Warto jednak zaznaczyć, że poszczególne kraje mogą posiadać odrębne regulacje w zakresie zarządzania ryzykiem, ochrony danych czy wobec kwestii ekonomicznych⁵⁸.

Jedną z głównych różnic jest odmienny system ubezpieczeń zdrowotnych, gdzie w zależności od przyjętego stosunku między publicznymi a prywatnymi usługami medycznymi różni się również czas i zakres, w jakim wprowadzane są rozwiązania o charakterze cyfrowym. Przykładowo, w Niemczech zastosowanie znajduje rozporządzenie „Digital Health Applications Ordinance” oraz „The Digital Healthcare Act” – stanowiące wyznacznik dla dostawców technologii Digital Therapeutics. Rozporządzenia obejmują kryteria akceptacji i integracji przyjętych projektów technologicznych dla prywatnych przedsiębiorstw, które aspirują do włączenia wytworzonych przez nich rozwiązań do ogólnokrajowego systemu opieki zdrowia.

Niemieckie rozwiązania nie są jednak tożsame z przyjętymi regulacjami innych krajów. Francja, Belgia i Wielka Brytania stosują, chociażby odmiennie definicje dla terminów odnoszących się do zdrowia cyfrowego czy cyfrowej terapii. Zawierają jednak również podobieństwa w odniesieniu do implementacji poszczególnych rozwiązań o charakterze technicznym, ochrony danych osobowych, systemu rozpoznawania twarzy użytkownika czy stawianych kryteriów względem odnoszonych korzyści, jak zapobieganie chorobom i zaburzeniom zdrowotnym.

⁵⁸ Sitra, *How can digital therapeutics help Europe?*, <https://www.sitra.fi/app/uploads/2021/11/sitra-how-can-digital-therapeutics-help-europe2.pdf>, [dostęp: 23.03.2024 r.].

Niemniej jednak, z pewnością wartym uwagi jest system DiGA, powstały na podstawie niemieckiej ustawy o opiece cyfrowej z 2019 roku, który wprowadził program aplikacji cyfrowych w ochronie zdrowia. Program ten ustanowił pionierski model integracji terapii cyfrowych (DTx) z systemem ochrony zdrowia, umożliwiając skalowalne i skuteczne strategie refundacyjne, a jednocześnie wytyczając jasną i szybką ścieżkę, tzw. *fast track*. Warunkiem implementacji produktu do systemu jest posiadanie statusu wyrobu medycznego z oznaczeniem CE w klasie I lub IIA. Oceną zajmuje się z kolei Federalny Instytut Leków i Wyrobów Medycznych (BfArM). Procedura została skonstruowana w taki sposób, aby przebiegała szybko – standardowo kończy się w ciągu trzech miesięcy od złożenia kompletnego wniosku. Ocena obejmuje kryteria odnoszące się w szczególności do bezpieczeństwa, jakości, funkcjonalności oraz ochrony danych. Istotą tej oceny jest badanie oświadczeń złożonych przez producenta, weryfikując deklarowane przez niego cechy produktu.

W tym miejscu warto wspomnieć o wymogach dowodowych określonych w § 8 niemieckiego rozporządzenia DiGAV (*Digitale-Gesundheitsanwendungen-Verordnung*), które stanowią istotny filar procedury *DiGA fast track* regulującej włączanie terapii cyfrowych do systemu refundacyjnego w Niemczech. Zgodnie z tym przepisem producent ubiegający się o wpis swojej aplikacji do katalogu DiGA zobowiązany jest do przedstawienia dowodów potwierdzających osiąganie tzw. pozytywnych efektów opieki (*positive Versorgungseffekte*).

Termin ten rozumiany jest szeroko i obejmuje nie tylko klasycznie pojmowaną poprawę stanu zdrowia pacjenta, lecz także inne, mierzalne korzyści, takie jak redukcja czasu trwania terapii, wzrost jakości życia czy zwiększenie dostępności do świadczeń medycznych. W konsekwencji przedmiotem oceny staje się nie wyłącznie efekt kliniczny w postaci zmniejszenia objawów chorobowych, lecz również elementy związane z organizacją procesu leczenia i łatwością korzystania z opieki zdrowotnej.

Tak ujęte kryteria niosą ze sobą istotne atuty. Z jednej strony umożliwiają refundację aplikacji, które nie zawsze przynoszą bezpośredni rezultat medyczny, lecz w istotny sposób usprawniają przebieg leczenia – np. skracają czas oczekiwania na wizytę lub ułatwiają kontakt pacjenta z leka-

rzem. Z drugiej strony, szeroka interpretacja pozytywnych efektów opieki otwiera rynek dla innowacyjnych rozwiązań wspomagających zarządzanie chorobą, działania profilaktyczne czy proces rehabilitacji.

Jeżeli producent nie jest w stanie przedstawić wystarczających dowodów na pozytywny wpływ zdrowotny swojej aplikacji, ale spełnia wszystkie pozostałe wymagania, może ubiegać się o wpis na tymczasową listę katalogu DiGA. W takim przypadku konieczne badanie porównawcze musi zostać przeprowadzone w trakcie okresu próbnego trwającego z reguły rok, a w wyjątkowych sytuacjach może on zostać wydłużony do dwóch lat.

Po umieszczeniu aplikacji w katalogu DiGA lekarze mogą ją przepisywać pacjentom. Jeżeli w związku z jej stosowaniem wymagane są dodatkowe świadczenia medyczne, lekarze otrzymują za nie dodatkową refundację. Szczegółowe zaś zasady dotyczące procedury aplikacyjnej, wymagań wobec DiGA oraz kształtu katalogu zostały określone w rozporządzeniu o cyfrowych aplikacjach zdrowotnych (*Digitale-Gesundheitsanwendungen-Verordnung, DiGAV*) wydanym przez Federalne Ministerstwo Zdrowia (*Bundesministerium für Gesundheit, BMG*)⁵⁹.

Istotnym rozwiązaniem jest mechanizm refundacji przewidziany w § 134 *Sozialgesetzbuch Fünftes Buch* (SGB V). Przepis ten stanowi, że po uzyskaniu wpisu do katalogu DiGA, aplikacja cyfrowa podlega obowiązkowej refundacji przez okres pierwszego roku. W praktyce oznacza to, iż koszty jej stosowania są pokrywane ze środków publicznego ubezpieczenia zdrowotnego, a stawka refundacyjna wynosi przeciętnie ok. 400-500 euro na kwartał na pacjenta.

Rozwiązanie to ma istotne znaczenie zarówno dla pacjentów, jak i dla producentów. Z punktu widzenia pacjentów zapewnia ono natychmiastową dostępność do nowatorskich terapii cyfrowych, bez konieczności ponoszenia dodatkowych kosztów. Z kolei dla producentów stanowi gwarancję finansową w początkowej fazie wdrażania produktu, co ułatwia rozwój rynku i zwiększa atrakcyjność inwestycyjną sektora Digital Therapeutics.

⁵⁹ https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/EN/MedicalDevices/DiGA_Guide.html, [dostęp: 21.07.2025 r.].

Jednocześnie należy podkreślić, że refundacja w pierwszym roku ma charakter warunkowy. W tym czasie producent zobowiązany jest do przedstawienia dalszych dowodów potwierdzających skuteczność kliniczną i organizacyjną swojej aplikacji. Jeśli badania wykażą brak oczekiwanych rezultatów zdrowotnych lub organizacyjnych, produkt może zostać usunięty z katalogu DiGA i utracić prawo do finansowania ze środków publicznych. Tym samym system niemiecki łączy otwartość na innowacje z mechanizmem kontroli jakości i efektywności⁶⁰.

4.2 Włochy

Niewątpliwie Niemcy były pionierem uregulowań prawnych wobec technologii cyfrowych, jednakże za nimi podążyły również inne kraje UE. W przypadku Włoch zdrowie cyfrowe postrzega się jako koncepcję, która umożliwi w przyszłości ujednolicenie różnic w opiece zdrowotnej pomiędzy poszczególnymi obszarami tego państwa. W tym również jako szansę na zwiększenie jakości usług medycznych oraz optymalizację wydatków publicznych. Brak jest jednak na ten moment odniesień i właściwej terminologii w przypadku Digital Therapeutics w tym kraju na gruncie prawa lokalnego.

Z tego względu Włochy operują jedynie na rozporządzeniu unijnym 2017/745 – MDR, które nie nazywa terapii cyfrowej czy Digital Therapeutics wprost (niezależnie od wybranej wersji językowej wskazanego aktu prawnego). Rozporządzenie definiuje wyrób medyczny jako narzędzie, aparat, oprogramowanie, implant, odczynnik, materiał lub inny artykuł przewidziany przez producenta do stosowania.

Z treści rozporządzenia wynika, iż terapie cyfrowe należy traktować jako formę oprogramowania, a tym samym rygor przepisów wymaga jego weryfikacji i walidacji poprzez uprzednią ocenę przedkliniczną i kliniczną, wobec tego wymaga odpowiedniej certyfikacji opartej na badaniach opartych na udokumentowanej efektywności dla zapobiegania i leczenia schorzeń. Nośnik oprogramowania powinien również zawierać kod UDI.

⁶⁰ https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/___134.html, [dostęp: 10.07.2025 r.].

W zakresie nadzoru producent jest obowiązany utrzymywać system nadzoru, w ramach którego zbierane są dane dotyczące jakości, działania i bezpieczeństwa wyrobu medycznego w trakcie używania. Zbierane informacje służą między innymi do aktualizacji oceny klinicznej, instrukcji używania, oznakowania, bezpieczeństwa i skuteczności klinicznej oraz usprawnienia zarządzania ryzykiem.

Nadzór przeprowadzany jest także przez właściwe organy państwowe, które odpowiedzialne są za przeprowadzanie kontroli i inspekcji w zakresie zgodności właściwości i działania wyrobów medycznych w ramach nadzoru rynku. W przypadku wykrytych nieprawidłowości właściwe organy, w zależności od ustalonych odstępstw od treści rozporządzenia, proporcjonalnie do ryzyka, mogą ograniczyć udostępnianie wyrobu na danym rynku, wycofanie z obrotu lub używania.

Wskazane powyżej wymogi zachodzą, gdy chociaż jedno z zastosowań medycznych oprogramowania, a wskazanych przez producenta, przynależy do definicji wyrobu medycznego ujętego w rozporządzeniu. Warto jednak zaznaczyć, iż rozporządzenie zawiera wyjątek w postaci oprogramowania do zastosowań ogólnych oraz do zastosowań związanych ze stylem życia lub samopoczuciem. Tego rodzaju oprogramowanie, nawet jeżeli jest stosowane w ochronie zdrowia, nie jest klasyfikowane jako wyrób medyczny i tym samym nie podlega rygorom rozporządzenia.

Jak wskazano, rozporządzenie ma charakter ogólny i nie odnosi się wprost do obszaru terapii cyfrowej, a jej klasyfikacja jako wyrobu medycznego jest zależna od zastosowania przewidzianego przez producenta. Warto dodać, że na terenie Włoch stosowane są restrykcyjne przepisy w zakresie możliwości przekazywania danych pacjentów do podmiotów zewnętrznych, bez wyrażenia przez pacjentów indywidualnej zgody, co uniemożliwia natomiast personalizację aplikacji oraz utrudnia ich dalszy rozwój w zakresie funkcjonalności.

Z racji braku krajowych regulacji nie ma możliwości uzyskania odpowiedniej dokumentacji do tego wymaganej, co z kolei przekłada się na przejście sfery biznesu zajmującego się tematyką Digital Therapeutics do innych państw europejskich.

4.3 Francja

W przypadku Francji wymienić warto funkcjonujący w tym kraju system PECAN (*Prise en Charge Anticipée Numérique*). Jest to system zapewniający dostęp do przejściowej i tymczasowej refundacji przez okres dwunastu miesięcy. Pozwala on operatorowi na sfinalizowanie wykazywania korzyści klinicznych i organizacyjnych swojego produktu będącego już objętym refundacją. System Pecan został utworzony na podstawie artykułu 58 ustawy o finansowaniu ubezpieczeń społecznych (LFSS). Wczesne wsparcie dotyczy dwóch rodzajów cyfrowych wyrobów medycznych (DMN) – do celów terapeutycznych oraz służących do telemonitoringu medycznego. *National Committee for the Evaluation of Medical Devices and Health Technologies* (CNEDiMTS) dokonuje ewaluacji potencjału technologicznego, w szczególności w zakresie innowacji wynikającej z korzyści klinicznych lub postępu w organizacji opieki. W przypadku wydania pozytywnej opinii produkt zyskuje wcześniejsze wsparcie przez nieodnawialne finansowanie, umożliwiając dostęp pacjentom do innowacyjnych cyfrowych rozwiązań medycznych⁶¹.

4.4 Estonia

Inny przykład stanowi Estonia, która jest uważana za jedno z państw o najbardziej dynamicznym rozwoju w zakresie zdrowia cyfrowego. W aktualnym stanie rzeczy państwo to koncentruje się na zdalnym świadczeniu usług zdrowotnych oraz prowadzeniu badań, które mają dostarczyć danych pozwalających na ocenę skuteczności tych systemów. Jest to część większego projektu o charakterze pilotażowym, który jest nadzorowany przez EHIF (*Estonian Health Insurance Fund*). Niemniej, chociaż postępuje rozwój technologiczny w tym obszarze, to również w Estonii brak jest propozycji w zakresie prawodawczym, które umożliwiłyby szybszą implementację nowatorskich systemów zdrowotnych. Godna uwagi jest natomiast wola władz Estonii do powiązania aplikacji zdrowia cyfrowego

⁶¹ https://www.has-sante.fr/jcms/p_3376633/fr/dispositifs-medicaux-numeriques-la-prise-en-charge-anticipee#toc_1_2, [dostęp: 21.08.2025 r.].

z systemem e-rządowym. Chociaż zmiany te następują powoli, to można znaleźć pewną analogię do polskich rozwiązań umożliwiających zdalny dostęp przez aplikacje obywatelskie – jak, chociażby Internetowe Konto Pacjenta (IKP).

4.5 Grecja

Za lidera telemedycyny można niewątpliwie uznać Grecję, która z uwagi na konieczność świadczenia usług medycznych w obrębie przynależących do niej wysp inwestuje w zdalne możliwości konsultacji z pacjentami. Specyfikę tego regionu stanowi również znaczna ilość projektów typu start-up, które zdominowały sektor zdrowia. Sprzyja rozwojowi technologicznemu założenie programowe „The Digital Transformation Strategy” 2020-2025, które w założeniu ma znacznie poprawić ogólnokrajową digitalizację, wzorując się na standardzie niemieckim.

Grecja dąży do powiązania sektora państwowego i prywatnego, a w szczególności w zakresie projektów start-up. Wciąż jednak działania ostatnich lat koncentrują się przede wszystkim w obszarze telemedycyny⁶².

4.6 Belgia

W Belgii ukształtowano system przypominający system niemiecki *DiGA fast track* określany jako piramida mZdrowia (*mHealth pyramid*). Piramida mZdrowia składa się z trzech etapów, stopniowo zaostrzających wymagania i angażujących różne instytucje publiczne. Przyjęto tego rodzaju model, aby obejmował szeroki wachlarz cyfrowych narzędzi zdrowotnych. Przyjęte stopniowanie i określone wymogi dzielone są z uwagi na funkcje produktu. Pierwszy poziom weryfikuje zgodność wyrobu medycznego z rozporządzeniem MDR oraz RODO. Dla aplikacji cyfrowych w obszarze zdrowia, które jedynie gromadzą dane medyczne i przekazują je personelowi medycznemu, wystarczające jest uzyskanie autoryzacji na poziomie 1.

⁶² EIT Health, *DiGA report, January 2023*, https://eithealth.eu/wpcontent/uploads/2023/01/EIT_Health_DiGA_report_Jan2023.pdf, [dostęp: 23.03.2024 r.].

Jeżeli jednak oprogramowanie umożliwia aktywne monitorowanie stanu pacjenta lub posiada funkcje diagnostyczne, wymagane jest spełnienie wymogów poziomu 2 – Zgodność ze standardami interoperacyjności w belgijskim systemie opieki zdrowotnej wraz ze wzmocnioną ochroną danych pacjentów dzięki środkom technicznym.

Uzyskanie autoryzacji poziomu 3 ma charakter dobrowolny i jest konieczne jedynie wtedy, gdy wnioskodawca ubiega się o refundację kosztów leczenia przez belgijską kasę chorych – sprowadza się do dowodzenia skuteczności klinicznej oraz korzyści społeczno-ekonomicznych wyrobu medycznego.

Przyjęty model umożliwia w przejrzysty sposób informowanie producentów, użytkowników oraz firm ubezpieczeniowych, na jakim etapie weryfikacji znajduje się dany produkt oraz jakiego rodzaju gwarancje bezpieczeństwa i jakości zapewnia⁶³.

5. Główne wyzwania procesu legislacyjnego

Przyglądając się poszczególnym rozwiązaniom przyjętym w danych krajach UE i odnoszących się do problematyki terapii cyfrowej, można spostrzec, że głównymi wyzwaniami, które napotyka proces legislacyjny, jest oczekiwanie na szczegółowe dane w zakresie efektywności prowadzonych programów pilotażowych w dziedzinie Digital Therapeutics oraz trudność w utworzeniu jednolitej koncepcji pozwalającej na wykorzystywanie danych osobowych, przy jednoczesnym poszanowaniu prawa do prywatności pacjenta.

5.1 Dane osobowe

W tym zakresie priorytet ma wobec tego zapewnienie odpowiednich procedur utrudniających ewentualny wyciek danych wrażliwych. Jeden z przykładów mogą stanowić aplikacje mobilne przeznaczone dla osób walczących z nałogiem nikotynowym czy depresją. Również w sytuacji

⁶³ <https://quickbirdmedical.com/en/belgium-digital-health-reimbursement/>.

anonimizacji danych osobowych problem stanowi utworzenie systemu zabezpieczeń, który zapewni ochronę przed algorytmami umożliwiającymi późniejszą identyfikację pacjentów⁶⁴.

5.2 Etyka

Przechodząc do kwestii etycznych, należy podkreślić, że przy projektowaniu rozwiązań technologicznych wskazane jest, aby uwzględnić szereg elementów z obszaru kontroli ryzyka. Aplikacje Digital Therapeutics nie uchodzą za szczególnie groźne dla użytkowników, jednakże nie należy przy tym tracić z pola widzenia, że ich użytkowanie może być uzależniające.

Z tego powodu wiele przedsiębiorstw decyduje się wprowadzać polityki mające na celu zminimalizowanie tego ryzyka przez wczesną prewencję, jeszcze na etapie projektowania. Innym problemem jest konieczność monitorowania pacjentów w czasie rzeczywistym, aby zapewnić realizację nawet podstawowych funkcji aplikacji, co z kolei wymaga stałego dostępu do Internetu. Nadzór nad aplikacją wymaga również odpowiednio przeszkolonego personelu z zakresu zarządzania danymi oraz analityki. Innym ryzykiem jest kwestia cyberbezpieczeństwa, gdyż nawet pomniejszy błąd może przyczynić się do pokrzywdzenia znacznej ilości pacjentów, których dane są przetwarzane przez nadzorowany system.

W odniesieniu do problematyki danych osobowych warto zaznaczyć, że wątpliwości etyczne może budzić praktyka formy zgody wyrażanej przez użytkownika. Korzystanie z aplikacji mobilnych monitorujących stan zdrowia poprzedza rejestracja, w trakcie której wyraża się zgodę pod długim i zwykle trudno zrozumiałym dla przeciętnego użytkownika dokumentem prawnym. Zawierana umowa ma zwykle charakter adhezyjny i obligatoryjny, nie pozostawiając pacjentowi wyboru, jeżeli ma zamiar skorzystania z określonego produktu. Warunki umowy mogą również w czasie ulec zmianie, zabezpieczając interesy przedsiębiorstw oraz działając potencjalnie na niekorzyść pacjenta, który niekoniecznie musi zdawać sobie z tego sprawę.

⁶⁴ Springer, *Digital Therapeutics (DTx)*, <https://link.springer.com/article/10.1007/s12599-023-00804>, [dostęp: 25.03.2024 r.].

Niezależnie od powyższych zagrożeń, korzystanie z aplikacji ma również wiele pozytywnych aspektów. Przede wszystkim umożliwia bardzo szybkie przetwarzanie danych oraz udostępnianie ich podmiotom zaangażowanym w proces leczenia pacjenta, w szczególności lekarzom, co może przyczynić się do przyspieszenia całego procesu.

Aplikacje są również zwykle zaprojektowane w sposób przyjazny użytkownikom oraz umożliwiają personalizację określonych funkcji. Jest to korzystne także dla lekarzy, gdyż dysponują oni możliwością uzyskania szybko istotnych informacji dla każdego z pacjentów, których proces leczenia nadzorują. Oczekiwany rezultat jest wobec tego skrócenie kolejek do usług profesjonalistów przez zwiększenie efektywności realizowanych działań⁶⁵.

6. Europejska Przestrzeń Danych dotyczących Zdrowia / *European Health Data Space Regulation (EPDZ / EHDS)*

Europejska Przestrzeń Danych dotyczących Zdrowia (EPDZ/EHDS) to unijny projekt, który ma całkowicie zmienić sposób, w jaki korzystamy z informacji medycznych. Dzięki niemu pacjenci będą mogli w dowolnym kraju UE szybko uzyskać dostęp do swojej dokumentacji, recept czy wyników badań – a także decydować, kto i w jakim celu może ich dane wykorzystać. Nadrzędnym celem jest zapewnienie pacjentom pełnego i bezpiecznego dostępu do własnych danych zdrowotnych – zarówno w kraju, jak i poza jego obszarem – oraz stworzenie przejrzystego systemu do dalszego wykorzystywania tych danych w badaniach, bądź dla opracowania w przyszłości nowej polityki zdrowotnej czy regulacji. Projekt umożliwia harmonizację rynku cyfrowych usług zdrowotnych, wspiera interoperacyjność systemów EHR, a także tworzy warunki do rozwoju innowacji.

Zgodnie z EHDS pacjenci zyskują kontrolę nad swoimi elektronicznymi danymi zdrowotnymi. Będą mieli prawo do ograniczenia dostępu do nich w stosunku do pracowników służby zdrowia w ramach transgranicznej infrastruktury. Co więcej, państwa członkowskie mogą zaoferować swoim obywatelom opcję rezygnacji z wymiany danych zdrowotnych na pozio-

⁶⁵ EIT Health, *DiGA report...*

mie unijnym, opcja ta określana jest jako „opt-out”, co jednak nie wpłynie na cyfryzację krajowych systemów opieki zdrowotnej. Oznacza to, że dane wciąż będą przechowywane i przetwarzane cyfrowo wewnątrz kraju.

Kolejnym istotnym aspektem jest wtórne wykorzystanie danych, na przykład w badaniach naukowych. Przetwarzanie danych w tych celach jest ściśle regulowane i możliwe tylko w konkretnych, określonych prawem przypadkach, na podstawie zezwolenia. Rozporządzenie wyraźnie zakazuje wykorzystywania danych do celów, które mogłyby zaszkodzić osobom fizycznym, a także w celach marketingowych. Pacjenci mają prawo do sprzeciwu wobec wtórnego wykorzystania swoich danych, ale nawet w przypadku sprzeciwu, dane te mogą być użyte do ważnych celów publicznych, pod warunkiem zastosowania ścisłych zabezpieczeń.

Kwestie bezpieczeństwa i prywatności są traktowane priorytetowo. Dane zdrowotne mogą być przetwarzane wyłącznie w bezpiecznych środowiskach, z których nie można ich pobrać. Naukowcy i instytucje mogą uzyskać dostęp do danych tylko w formie pseudonimizowanej (dane z zastępczymi identyfikatorami) lub zanonimizowanej (dane, z których usunięto identyfikatory). Próby identyfikacji osób na podstawie tych danych są surowo zabronione. Wprowadzone rygorystyczne środki mają na celu ochronę wrażliwego charakteru danych zdrowotnych.

Rozporządzenie nakłada również surowe wymogi na producentów systemów elektronicznej dokumentacji medycznej. Muszą oni przestrzegać rygorystycznych kryteriów bezpieczeństwa i interoperacyjności oraz poświadczać ich spełnienie. Ma to na celu zapewnienie, że systemy te są wysokiej jakości, bezpieczne i mogą bezproblemowo wymieniać dane na całym rynku UE, co jest kluczowe dla wiarygodności i spójności transgranicznej wymiany danych zdrowotnych⁶⁶.

Jako przykład implementacji rozporządzenia wskazać można niemieckie rozwiązania. Bundestag przyjął kluczowe ustawy – *Digital-Gesetz* (DigiG) oraz *Gesundheitsdatennutzungsgesetz* (GDNG) – stanowiące bezpośrednie legislacyjne przygotowanie kraju na implementację EHDS. Ustawy te, uchwalone na długo przed pełnym wejściem w życie unijnych przepisów,

⁶⁶ https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/european-health-data-space-regulation-chds_pl, [dostęp: 15.08.2025 r.].

mają na celu poprawę opieki zdrowotnej i ułatwienie badań naukowych, zgodne z celami EHDS. W szczególności GDNG reguluje wtórne wykorzystanie danych zdrowotnych, precyzując zasady ich udostępniania w celach badawczych.

Zgodnie z GDNG pacjent może skorzystać także z prawa do sprzeciwu, tzn. z klauzuli „opt-out”, uniemożliwiając wykorzystanie wtórnych danych zdrowotnych w całości lub w części. Fakt, że niemieckie władze i *Bundesärztekammer* (BÄK) uznają to prawo za priorytet, podkreśla, że Niemcy dążą do wdrożenia EHDS z zachowaniem własnych, rygorystycznych standardów ochrony danych osobowych⁶⁷.

7. Korzyści wynikające z terapii cyfrowej

Terapia cyfrowa wiąże się z licznymi korzyściami, takimi jak poprawa zarówno fizycznego, jak i psychicznego stanu zdrowia wraz z przeciwdziałaniem chorobom poprzez aplikację mobilną lub stronę internetową.

Aby dokonać integracji Digital Therapeutics z systemem opieki zdrowotnej w bezpieczny sposób, wymagane są badania kliniczne oraz rejestracja produktu jako wyrobu medycznego.

Pomocne wydaje się zwłaszcza monitorowanie parametrów życiowych pacjenta, personalizacja usługi medycznej oraz analiza aktywności pacjenta, które nie wymagają bezpośredniej wizyty w placówce medycznej.

Terapia cyfrowa wydaje się też być pomocna w przypadku chorób takich jak cukrzyca i utrata masy ciała, przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP), zaburzenia rozwojowe i zespół stresu pourazowego (PTSD)⁶⁸.

Przykłady terapii cyfrowej obejmują między innymi aplikacje do samoopieki w leczeniu zaburzeń zdrowia psychicznego (np. zaburzeń poznawczo-behawioralnych) oraz wirtualne programy behawioralne, które pomagają w leczeniu uzależnień od narkotyków (np. alkoholizmu)⁶⁹.

⁶⁷ <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/internationale-gesundheitspolitik/europa/europaeische-gesundheitspolitik/ehds.html>, [dostęp: 16.08.2025 r.].

⁶⁸ J. Moar, *Digital therapeutics and wellness*, <https://www.juniperresearch.com/researchstore/innovation-disruption/digital-therapeutics-wellness>, [dostęp: 11.03.2024 r.].

⁶⁹ P. Phan, S. Mitragotri, Z. Zhao, *Digital therapeutics in...*, s. 1.

Kolejnym skutecznym zastosowaniem terapii cyfrowej jest cyfrowe zarządzanie chorobą (*digital disease management*), czego przykładem są wyniki badania przeprowadzonego przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Badanie zostało przeprowadzone na dziesięciu tysiącach pacjentów i wykazało 45-procentową redukcję trzymiesięcznego wskaźnika MACE (poważne niepożądane zdarzenia sercowo-naczyniowe) i 40-procentową redukcję 12-miesięcznej śmiertelności uzyskaną dzięki zarządzanej opiece po AMI (ostry zawał mięśnia sercowego). Badanie obejmowało m.in. rehabilitację kardiologiczną z poradnictwem lekarskim, sesje doradcze dotyczące zmiany stylu życia oraz sesje relaksacyjne⁷⁰.

W literaturze pojawia się stwierdzenie, że „cyfrowe produkty zdrowotne nie muszą udowadniać skuteczności klinicznej, a zatem nie wymagają zatwierdzenia przez agencje regulacyjne”⁷¹.

Raport Deloitte Digital⁷² dotyczący „Phygitalowego Pacjenta przyszłości” zwraca uwagę na to, że innowacje technologiczne często wyprzedzają obowiązujące przepisy prawne, co skutkuje ostrożnym podejściem regulatorów do stosowania oprogramowania w celach terapeutycznych.

Niemniej jednak istnieją obiecujące zmiany w podejściu do regulacji, widoczne w sukcesie aplikacji takich jak *Deprexis* – aplikacji otrzymującej certyfikat dostępności na receptę, przeznaczonej do leczenia przewlekłej depresji.

Rosnące zapotrzebowanie na wsparcie psychologiczne i psychiatryczne może być zaspokajane przez cyfrowe rozwiązania, a aplikacje mobilne posiadające odpowiednie certyfikaty kliniczne i zintegrowane ze szpitalnymi systemami informacyjnymi (HIS) stopniowo zyskują zaufanie społeczne i są coraz skuteczniej wykorzystywane w terapii.

8. Postulaty *de lege ferenda*

Dynamiczny rozwój terapii cyfrowych (Digital Therapeutics, DTx) wymaga dostosowania polskiego systemu prawnego do wyzwań, jakie niosą nowe

⁷⁰ K. Wita, A. Kulach, M. Wita, M.T. Wybraniec, K. Wilkosz, M. Polak i in., *Managed Care after Acute Myocardial Infarction (KOS-zawał) reduces major adverse cardiovascular events by 45% in 3-month follow-up – single-center results of Poland's National Health Fund program of comprehensive post-myocardial infarction care*, „Archives of Medical Science” 2020, t. 16(3), s. 551-558.

⁷¹ P. Phan, S. Mitragotri, Z. Zhao, *Digital therapeutics in...*, s.1.

⁷² Deloitte, *Technologia w służbie...*

technologie w medycynie. Obecne regulacje oparte na ogólnych przepisach dotyczących wyrobów medycznych oraz telemedycyny nie zapewniają wystarczającej precyzji ani kompleksowości. Analiza porównawcza systemów prawnych innych państw europejskich pozwala z kolei sformułować postulaty *de lege ferenda*, które mogłyby znaleźć zastosowanie w polskim porządku prawnym.

W pierwszej kolejności należy podkreślić konieczność wprowadzenia ustawowej definicji terapii cyfrowej. Obecnie brak jest jednoznacznego określenia tego pojęcia w ustawodawstwie krajowym, co prowadzi do niejasności interpretacyjnych, a tym samym utrudnia praktyczne wdrażanie terapii cyfrowych zarówno przez podmioty lecznicze, jak i producentów. Definicja powinna wskazywać na terapeutyczny cel aplikacji oraz wymogi klinicznej weryfikacji wyrobu medycznego. Analiza rozwiązań przyjętych w państwach członkowskich Unii Europejskiej wskazuje szereg dobrych praktyk, które mogą stanowić inspirację dla polskiego prawodawcy.

Kolejnym postulatem jest utworzenie rejestru terapii cyfrowych, analogicznego do niemieckiego katalogu DiGA (Digitale Gesundheitsanwendungen), prowadzonego przez Federalny Instytut Leków i Wyrobów Medycznych (BfArM). Rejestr ten umożliwia szybką ścieżkę rejestracji terapii cyfrowych oraz ich włączenie do systemu refundacyjnego, pod warunkiem spełnienia określonych wymogów bezpieczeństwa, skuteczności i jakości. Podobne rozwiązanie mogłoby zostać wprowadzone w Polsce, co zapewniłoby transparentność systemu i umożliwiło lekarzom przepisywanie terapii cyfrowych w ramach świadczeń gwarantowanych.

Z kolei § 134 SGB V może stanowić istotną inspirację dla polskiego systemu. Wprowadzenie podobnego rozwiązania pozwoliłoby na stworzenie modelu czasowej refundacji terapii cyfrowych, który z jednej strony zwiększałby dostęp pacjentów do nowoczesnych rozwiązań, a z drugiej ograniczałby ryzyko finansowe państwa poprzez warunkowe uzależnienie dalszego finansowania od wyników badań klinicznych i oceny skuteczności.

Nierozzerwalnie związana z powyższym jest kwestia refundacji terapii cyfrowych. Brak mechanizmu finansowania ze środków publicznych stanowi obecnie istotną barierę rozwoju tego segmentu medycyny. Wzorując się na doświadczeniach Niemiec oraz Francji, gdzie funkcjonuje system

PECAN – należy stworzyć instrumenty umożliwiające czasową refundację nowatorskich aplikacji cyfrowych, warunkowaną dalszymi badaniami klinicznymi i ewaluacją efektów zdrowotnych.

Ważnym obszarem wymagającym uregulowania jest także bezpieczeństwo danych pacjentów oraz interoperacyjność systemów informatycznych. Terapie cyfrowe opierają się na gromadzeniu i przetwarzaniu danych szczególnej kategorii w rozumieniu RODO, co nakłada na dostawców aplikacji obowiązek stosowania podwyższonych standardów ochrony, takich jak szyfrowanie, anonimizacja czy pseudonimizacja danych.

Nie bez znaczenia pozostaje również kwestia wsparcia dla innowatorów i start-upów medycznych. Polski ustawodawca winien rozważyć wprowadzenie szybkiej ścieżki dopuszczania terapii cyfrowych do systemu, podobnie jak ma to miejsce w Niemczech. Tego rodzaju rozwiązanie mogłoby zwiększyć konkurencyjność polskiego sektora Medtech i ułatwić wprowadzanie innowacyjnych produktów na rynek.

Kolejnym postulatem jest formalna integracja terapii cyfrowych z praktyką lekarską. Stworzenie ram prawnych umożliwiających lekarzom przepisywanie terapii cyfrowych „na receptę” pozwoliłoby włączyć je do standardowych procedur diagnostycznych i terapeutycznych. Doświadczenia niemieckie pokazują, że takie rozwiązanie zwiększa akceptację środowiska medycznego i pacjentów, a jednocześnie wzmacnia kontrolę nad procesem terapeutycznym.

Wreszcie istotnym kierunkiem działań legislacyjnych powinno być wdrażanie programów pilotażowych i kampanii edukacyjnych. Programy pilotażowe pozwoliłyby na empiryczną ocenę skuteczności i opłacalności terapii cyfrowych w warunkach polskiego systemu ochrony zdrowia, natomiast działania edukacyjne skierowane do lekarzy i pacjentów zwiększyłyby świadomość możliwości oraz ograniczeń tego rodzaju rozwiązań.

Podsumowanie

Niniejszy artykuł przedstawia zagadnienia związane z terapią cyfrową jako wsparciem w procesie leczenia. Obejmuje zarówno teoretyczne podstawy tego zagadnienia, jak i praktyczne aspekty jego wdrażania w systemie ochrony zdrowia.

Kluczowe tematy poruszone w tekście to definicja terapii cyfrowej, jej formy i związane z nią kwestie prawne oraz wyzwania związane z implementacją i akceptacją tego rodzaju terapii w środowisku medycznym.

Praca przedstawia stan prawny, jaki reguluje stosowanie terapii cyfrowej, zarówno na poziomie krajowym, jak i międzynarodowym. Podkreśla przy tym, że regulacje dotyczące nowych technologii w medycynie są wciąż rozwijane i dostosowywane do dynamicznych zmian rynkowych.

Zwrócono także uwagę na trudności związane z wdrażaniem terapii cyfrowych do systemu ochrony zdrowia. Wykazano, że brak jednolitych standardów w różnych krajach utrudnia rozwój globalnego rynku terapii cyfrowych. Przedstawiono również przykładowe korzyści z jej implementacji dla pacjentów.

W obliczu opisanych wyzwań dla terapii cyfrowych konieczne jest dostosowanie środowiska prawno-regulacyjnego w Polsce, aby zapewnić wysoki poziom ochrony pacjentów i ich danych. Przyjęcie odpowiednich rekomendacji i strategii oraz rozwój ram prawnych wspierających terapię cyfrową będzie kluczowe dla sukcesu tego nowatorskiego podejścia w polskim systemie opieki zdrowotnej.

Ostateczne przemyślenia dotyczące przyszłości terapii cyfrowej w Polsce wymagają refleksji nad znaczeniem tych zmian dla poprawy jakości i dostępności opieki zdrowotnej dla wszystkich pacjentów.

Podsumowując, terapia cyfrowa jest innowacyjną metodą wspierającą proces leczenia, ale jej skuteczność i bezpieczeństwo zależą od odpowiednich regulacji prawnych.

W artykule podkreślono kilka kluczowych kwestii, które wymagają dalszej pracy legislacyjnej i badawczej. Niemniej jednak warto podkreślić, że cyfrowe aplikacje terapeutyczne reprezentują przyszłość medycyny, umożliwiając bardziej spersonalizowaną, dostępną i skuteczną opiekę zdrowotną.

Bibliografia:

American Telemedicine Association, *About telemedicine: FAQs*, <http://www.americantelemed.org/main/about/about-telemedicine/tele-medicine-faqs>, [dostęp: 19.02.2024 r.].

Capobianco E., *On Digital Therapeutics*, „Frontiers in Digital Humanities” 2015, t. 2.

- Czarnuch M., Grabowski M., Najbuk P., Kołtowski Ł., Balsam P., Pachocki J., Jaśkiewicz M., Luba A., *Otoczenie regulacyjne telemedycyny w Polsce – stan obecny i nowe otwarcie*, Warszawa 2015, https://www.dzp.pl/files/shares/Publikacje/Otoczenie_Regulacyjne_Telemedycyny_w_Polsce.pdf, [dostęp: 11.03.2024 r.].
- Dang A., Arora D., Rane P., *Role of digital therapeutics and the changing future of healthcare*, „Journal of Family Medicine and Primary Care” 2020, t. 9.
- Deloitte, *Technologia w służbie pacjentom: terapeutyczne aplikacje i urządzenia na receptę*, <https://www2.deloitte.com/pl/pl/pages/deloitte-digital/Articles/Technologia-w-sluzbie-pacjentom-terapeutyczne-aplikacje-i-urzadzenia-na-recepte.html>, [dostęp: 24.03.2024 r.].
- DTA, *Digital therapeutics alliance*, <https://www.dtxalliance.org>, [dostęp: 24.03.2024 r.].
- Durbajło P., Piskorz-Ryń A., *Problemy cyberbezpieczeństwa w telemedycynie* [w:] *Telemedycyna i e-zdrowie*, red. I. Lipowicz, G. Szpor, M. Świerczyński, Warszawa 2019.
- EIT Health, *DiGA report, January 2023*, https://eithealth.eu/wpcontent/uploads/2023/01/EIT_Health_DiGA_report_Jan2023.pdf, [dostęp: 23.03.2024 r.].
- eMarketer, *The rise of digital therapeutics*, <https://www.emarketer.com/content/rise-of-digital-therapeutics/>, [dostęp: 24.03.2024 r.].
- Ferguson T., *Doctom*, <http://www.doctom.com/>, [dostęp: 24.03.2024 r.].
- Fürstenau D., Gersch M., Schreiter S., *Digital Therapeutics (DTx)*, „Business & Information Systems Engineering” 2023, t. 10.
- Gooding P., *Mapping the rise of digital mental health technologies: Emerging issues for law and society*, „International Journal of Law and Psychiatry” 2019, t. 67.
- HealthXL, <https://www.healthxl.com/blog/digital-health-digital-medicine-digital-therapeutics-dtx-whats-the-difference>, [dostęp: 11.03.2024 r.].
- https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/european-health-data-space-regulation-ehds_pl, [dostęp: 15.08.2025 r.].
- <https://quickbirdmedical.com/en/belgium-digital-health-reimbursement/>.
- https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/EN/MedicalDevices/DiGA_Guide.html, [dostęp: 21.07.2025 r.].

- <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/internationale-gesundheitspolitik/europa/europaeische-gesundheitspolitik/ehds.html>, [dostęp: 16.08.2025 r.].
- https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/___134.html, [dostęp: 10.07.2025 r.].
- <https://www.gov.pl/web/zdrowie/komunikat-ministra-zdrowia-w-sprawie-przyznawania-aplikacji-tytulu-aplikacja-certyfikowana-mz-oraz-wlacznania-do-portfela-aplikacji-zdrowotnych-paz>.
- <https://www.gov.pl/web/zdrowie/portfel-aplikacji-zdrowotnych>, [dostęp: 04.07.2025 r.].
- https://www.has-sante.fr/jcms/p_3376633/fr/dispositifs-medicaux-numeriques-la-prise-en-charge-anticipee#toc_1_2, [dostęp: 21.08.2025 r.].
- IBM Watson, *The era of AI: Artificial intelligence in medical imaging*, <https://www.ibm.com/watson/health/resources/artificial-intelligence-medical-imaging/>, [dostęp: 19.02.2024 r.].
- Jankowski M., Klimczak-Wieczorek A., Kloc M., Matuszewski M., Rozum J., *Telemedycyna w Polsce. Możliwości i szanse rozwoju*, Warszawa 2016.
- Kogut-Czarkowska M., Czapska M., *mHealth – próba definicji oraz wybrane zagadnienia prawne* [w:] *Prawo nowych technologii, dane osobowe i cyberbezpieczeństwo, Internet i media, handel elektroniczny, prawo IT, technologie*, red. X. Konarski „Monitor Prawa Pracy” 2019, nr 21.
- Komunikat Komisji do Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów, *Plan działania w dziedzinie e-zdrowia na lata 2012-2020 – Innowacyjna opieka zdrowotna w XXI wieku*, s. 4, <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/PDF/?uri=CELEX:52012DC0736&from=PL>, [dostęp: 14.02.2022 r.].
- Letter of the Chair of the ART 29 WP to eHEALTH, 05.02.2015, <https://ec.europa.eu/newsroom/article29/items/625392/en>, [dostęp: 19.02.2024 r.].
- Makin S., *The emerging world of digital therapeutics*, „Nature” 2019, t. 573.
- Matyja H., *Zagadnienia terminologiczne* [w:] *Prawo nowych technologii*, red. K. Flaga-Gieruszyńska, J. Gołaczyński, Warszawa 2021.
- Moar J., *Digital therapeutics and wellness*, <https://www.juniperresearch.com/researchstore/innovation-disruption/digital-therapeutics-wellness>, [dostęp: 11.03.2024 r.].

- Nowak A., *Telemedycyna transgraniczna – problematyka prawa właściwego dla przypadków odpowiedzialności cywilnej podmiotów medycznych na gruncie prawodawstwa unijnego*, „Prawo Mediów Elektronicznych” 2018, nr 1.
- Phan P., Mitragotri S., Zhao Z., *Digital therapeutics in the clinic*, „Bioengineering & Translational Medicine” 2023, t. 8(4).
- Sakowska-Baryła M., Pawelczyk M., Jankowska M., *Artificial intelligence and selected aspects of digital transformation in healthcare system [w:] Prawo sztucznej inteligencji i nowych technologii 2*, red. B. Fischer, A. Pązik, M. Świerczyński, Warszawa 2022.
- Sepah S., Jiang L., Peters A., *Long-term outcomes of a Web-based diabetes prevention program: 2-year results of a single-arm longitudinal study*, „Journal of Medical Internet Research” 2015, t. 17.
- Sitra, *How can digital therapeutics help Europe?*, <https://www.sitra.fi/app/uploads/2021/11/sitra-how-can-digital-therapeutics-help-europe2.pdf>, [dostęp: 23.03.2024 r.].
- Springer, *Digital Therapeutics (DTx)*, <https://link.springer.com/article/10.1007/s12599-023-00804>, [dostęp: 25.03.2024 r.].
- Świtała K., *Interoperability and security of medical data in e-health systems and telemedicine: Abstract [w:] Telemedycyna i e-Zdrowie. Prawo i informatyka*, red. I. Lipowicz, G. Szpor, M. Świerczyński, Warszawa 2019.
- WHO Global Observatory for eHealth, *mHealth: new horizons for health through mobile technologies: second global survey on eHealth*, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44607>, [dostęp: 19.02.2024 r.].
- WHO, *About eHealth*, <https://www.who.int/ehealth/about/en/>, [dostęp: 19.02.2024 r.].
- Wita K., Kulach A., Wita M., Wybraniec M.T., Wilkosz K., Polak M. i in., *Managed Care after Acute Myocardial Infarction (KOS-żawał) reduces major adverse cardiovascular events by 45% in 3-month follow-up - single-center results of Poland's National Health Fund program of comprehensive post-myocardial infarction care*, „Archives of Medical Science” 2020, t. 16(3).
- Zabrzycycki J., Małecka-Massalska T., *Telemedycyna – medycyna i technika w walce o nasze zdrowie*, „Zdrowie Publiczne” 2010, nr 4.

Summary

Legal frameworks for the use of digital therapy as a subsidiary form of treatment in Poland

With technological progress, digital therapeutics are gaining importance as an innovative and effective form of treatment, offering new opportunities for the healthcare system in Poland. The aim of this article is to analyze and evaluate the current legal frameworks governing the use of digital therapeutics as a subsidiary form of treatment, with particular emphasis on the challenges faced by the Polish legal system in integrating new health technologies with traditional models of care.

The article introduces the definition and scope of digital therapeutics and their potential applications, followed by a discussion of Polish legal regulations, issues of personal data protection and patient privacy, as well as the related ethical dilemmas. Particular attention is devoted to identifying legal gaps and the need to adapt existing provisions.

The study also compares the regulatory approaches of selected European Union member states, highlighting best practices that may serve as a model for Poland. Based on domestic examples, it presents practical aspects of implementing digital therapeutics.

Finally, the article puts forward *de lege ferenda* proposals aimed at creating a more flexible and innovation-friendly legal environment, while ensuring a high level of patient and data protection.

Key words: telemedicine, e-health, m-health, digital health, digital medicine, Digital therapy

MGR FILIP PAŃCZYK

UNIwersytet Warszawski

ORCID: 0000-0003-4622-0685

Dostęp do informacji o stanie zdrowia pacjenta pozostającego w związku jedнопłciowym

DOI: 10.70537/PPM/210285

Streszczenie

Dostęp do informacji o stanie zdrowia stanowi jedno z najważniejszych praw pacjenta, respektujące jego godność oraz autonomię w podejmowaniu decyzji o leczeniu. Równocześnie uzyskanie informacji o stanie zdrowia pacjenta jest niezwykle ważne dla jego bliskich. Gdy jest przytomny, może swobodnie upoważniać do odbioru informacji medycznych inne osoby. Sytuacja komplikuje się jednak, gdy pacjent jest nieprzytomny bądź niezdolny do zrozumienia znaczenia informacji. W takim przypadku zastosowanie znajduje przepis upoważniający do uzyskania informacji osobę bliską pacjenta. Nierzadko zdarza się, że wskutek niewłaściwego rozumienia tego pojęcia odmawia się udzielenia informacji partnerowi lub partnerce pacjenta tej samej płci. W ramach artykułu poddano analizie przepisy dotyczące możliwości uzyskania informacji o stanie zdrowia pacjenta. Refleksji poddano również zakres podmiotowy pojęcia „osoba bliska”, wykazując, iż różnica płci jest irrelevantna dla możliwości udzielenia informacji. Oceniając krytycznie niedostatki w obecnie obowiązujących regulacjach, sformułowano postulaty *de lege ferenda*.

Słowa kluczowe: prawo do informacji o stanie zdrowia, prawa pacjenta, osoba bliska, pacjenci LGBT+

1. Wprowadzenie

Raport Stowarzyszenia Miłość Nie Wyklucza, dotyczący społeczności LGBTQIA w Polsce wskazuje, że dostęp do informacji o stanie zdrowia partnera bądź partnerki stanowi najbardziej pożądane przez osoby nieheteronormatywne prawo spośród wszystkich uprawnień przysługujących w Polsce małżonkom. Z przeprowadzonych badań wynika, że stanowi to priorytet aż dla 70% respondentów. Kolejne 29% ankietowanych uznało to za kwestię bardzo ważną bądź ważną¹. Osoby należące do mniejszości seksualnych borykają się w codziennym życiu z szeregiem problemów, a jednym z najpoważniejszych z nich jest właśnie możliwość uzyskania informacji o stanie zdrowia partnera bądź partnerki tej samej płci. Gdy zapytano pary jednopłciowe o trudności, z którymi dotychczas się zetknęły, najwięcej respondentów (aż 38% par) wskazało na kontakt z personelem medycznym, w tym – trudności w dostępie do informacji o stanie zdrowia pacjenta². Dlatego też warto rozważyć, jak kształtuje się sytuacja pacjentów LGBT+ oraz ich partnerów w kontekście dostępu do informacji medycznej.

Prowadzone w niniejszym artykule rozważania obejmują przede wszystkim analizę przepisów dotyczących możliwości uzyskania informacji o stanie zdrowia pacjenta oraz refleksję nad zakresem podmiotowym pojęcia „osoba bliska”. Autor stoi na stanowisku, iż partner tej samej płci może zostać uznany za osobę bliską w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta³, a tym samym uzyskać informacje o stanie zdrowia pacjenta, gdy ten jest nieprzytomny bądź niezdolny do zrozumienia znaczenia informacji. Przyjęcie założenia, iż obowiązujące obecnie regulacje nie odpowiadają szczególnym potrzebom osób należących do społeczności LGBT+, prowadzi do sformułowania postulatów *de lege ferenda*, wskazujących przede wszystkim na konieczność

¹ Zob. A. Mulak, *Społeczność LGBTQIA w Polsce. Raport z badań*, Warszawa 2015, s. 22.

² Zob. J. Mizieleńska, M. Abramowicz, A. Stasińska, *Rodziny z wyboru w Polsce. Życie rodzinne osób nieheteronormatywnych*, Warszawa 2014, s. 79.

³ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 581); dalej jako: u.p.p.

ujednoczenia procedury weryfikacji osób podających się za osoby bliskie pacjenta.

2. Szczególna sytuacja pacjentów LGBT+

Nielatwo oszacować, jak wielu osób dotyczy problematyka niniejszego artykułu. Wskazuje się, że około 7% światowej populacji stanowią osoby homoseksualne, przy czym częściej są to mężczyźni (10%), niż kobiety (4%)⁴. W odniesieniu do Polski szacuje się, że mieszka w niej ponad dwa miliony osób nieheteroseksualnych⁵. Należy jednak pamiętać, że „[u]krywanie swojej orientacji seksualnej jest główną przyczyną tzw. *ciemnej liczby*, czyli niemożności precyzyjnego określenia, jaki jest faktycznie udział osób nieheteronormatywnych w populacji”⁶. Przedstawione szacunki można więc, z dużą dozą prawdopodobieństwa, uznać za zaniżone.

Z przeprowadzonych badań wynika, iż nierzadko osoby nieheteronormatywne ukrywają swoją orientację seksualną przed lekarzami i personelem medycznym⁷, obawiając się „dyskryminacji, wyśmiania, osądu, krytyki czy bagatelizowania problemów, z którymi się zgłosiły”⁸, a także ujawnienia ich orientacji⁹. Badając sytuację społeczną osób LGBT+ w Polsce, Kampania Przeciw Homofobii i Stowarzyszenie Lambda Warszawa wykazały, że swoją orientację ukrywa od 65,9% (homoseksualni mężczyźni) aż do 91% (osoby aseksualne) nieheteroseksualnych pacjentów¹⁰. Trafny jest przy tym wniosek, iż „w ostatnich latach lęk osób LGBT+ ulegać mógł istotnemu nasileniu w związku z trwającą ofensywą ideologiczną ze

⁴ Zob. *Zdrowie LGBT. Przewodnik dla kadry medycznej*, red. R. Kowalczyk, M. Rodzinka, M. Krzystanek, Warszawa 2016, s. 7.

⁵ Zob. J. Mizielińska, M. Abramowicz, A. Stasińska, *op.cit.*, s. 15.

⁶ *Zdrowie LGBT. Przewodnik...*, s. 8.

⁷ Zob. *ibidem*, s. 16-17. Tak też R. Poniat, M. Skowrońska, *Dyskryminacja i odmienne/gorsze traktowanie osób LGBT+*, [w:] *Sytuacja społeczna osób LGBT+ w Polsce. Raport za lata 2019-2020*, red. M. Winiewski, M. Świder, Warszawa 2021, s. 102.

⁸ *Zdrowie LGBT. Przewodnik...*, s. 11-12. Zob. też *Równe traktowanie pacjentów – osoby nieheteroseksualne w opiece zdrowotnej*, raport z serii Zasada równego traktowania. Prawo i praktyka nr 14, Biuletyn Rzecznika Praw Obywatelskich nr 7/2014, Warszawa 2014, s. 26.

⁹ Zob. *Zdrowie LGBT. Przewodnik...*, s. 52 oraz *Równe traktowanie...*, s. 26-27.

¹⁰ Zob. R. Poniat, M. Skowrońska, *op.cit.*, s. 108.

strony części polskich polityków i przedstawicieli Kościoła katolickiego. Poświęcili oni wiele czasu i energii na mówienie o »tęczowej zarazie«, »genderyzmie« albo »ideologii LGBT«. Tego rodzaju język i działania mają, jak wiadomo, swoje reperkusje społeczne¹¹. Wskazuje się nawet, że nieheteroseksualni pacjenci mogą czuć się wykluczeni z systemu ochrony zdrowia¹². To z kolei w znacznym stopniu może wpływać na ich decyzję o unikaniu kontaktów z lekarzami, uniemożliwiając w istocie uzyskanie odpowiedniej opieki zdrowotnej¹³. Dotychczasowe raporty organizacji działających na rzecz osób LGBT+ wielokrotnie przywoływały zasługujące na krytykę traktowanie, jakiego doświadczają pacjenci pozostający w związku z osobą tej samej płci¹⁴.

3. Prawo pacjenta do informacji o stanie zdrowia – zarys ujęcia systemowego

Ze względu na przedmiot niniejszego opracowania szczególny nacisk należy położyć na art. 9 u.p.p. oraz ściśle związany z nim art. 31 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry¹⁵. Artykuł 9 ust. 1 u.p.p. gwarantuje

¹¹ Ibidem, s. 101. Więcej o tzw. strefach wolnych od ideologii LGBT – zob. F. Pańczyk, *Strefy wolne od ideologii LGBT a konstytucyjne prawa i wolności jednostki* [w:] *Konstytucyjne wolności i prawa człowieka*, red. A. Fortuna, Warszawa 2021, s. 79-114. Według rankingu ILGA Europe – najważniejszego międzynarodowego rankingu mierzącego poziom równouprawnienia osób LGBT+ – Polska zajęła 39 miejsce wśród 49 państw europejskich. Wśród państw Unii Europejskiej zajęła przedostatnie miejsce (zob. ILGA Europe, *2025 Rainbow Map*, <https://rainbowmap.ilga-europe.org>, [dostęp: 18.05.2025 r.]).

¹² Zob. *Zdrowie LGBT. Przewodnik...*, s. 11.

¹³ Zob. *Równe traktowanie...*, s. 20.

¹⁴ Zob. J. Mizielińska, M. Abramowicz, A. Stasińska, *op.cit.*, s. 81; *Zdrowie LGBT. Przewodnik...*, s. 51-54; A. Mazurczak, *Dyskryminacja ze względu na orientację seksualną w obszarze opieki zdrowotnej w badaniach Rzecznika Praw Obywatelskich* [w:] *Raport z seminarium Zjawisko dyskryminacji pacjentów LGBT*, red. M. Rodzinka, Warszawa 2014, s. 13-14; *Promowanie włączającej i kompetentnej opieki zdrowotnej dla osób LGBTI*, red. H. Pajęczkowski, Warszawa 2020, s. 22 i 24; K. Więckiewicz, P. Godzisz, *Health* [w:] *LGBTI rights in Poland*, red. P. Godzisz, P. Knut, Warszawa 2018, s. 115-116; R. Ponią, M. Skowrońska, *op.cit.*, s. 109-110; *Równe traktowanie...*, s. 20-23 i 29-30.

¹⁵ Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 1287 ze zm.), dalej jako: u.z.l. W doktrynie wskazuje się, iż pomiędzy wskazanymi przepisami istnieje relacja tego rodzaju, że prawo pacjenta „jest bezpośrednim korelatem obowiązku spoczywającego na lekarzu” (D. Karkowska, B. Kmiciać, *art. 9* [w:] *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, red. D. Karkowska, Warszawa 2021, s. 448. Tak też R. Tymiński, *Informacja lekarska w praktyce*, Kraków 2012, s. 86).

pacjentowi prawo do informacji o swoim stanie zdrowia, które ma „wartość samoistną, gdyż normatywnie zagwarantowana możliwość uzyskania informacji o swojej sytuacji zdrowotnej jest przejawem honorowania godności człowieka”, a równocześnie stanowi instrument umożliwiający korzystanie z innych praw, „realizujących postulaty autonomicznej pozycji pacjenta w stosunkach z osobami wykonującymi zawody medyczne”¹⁶. Ust. 2 omawianego przepisu precyzuje, iż pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego przedstawiciel ustawowy, mają prawo do uzyskania od osoby wykonującej zawód medyczny przystępnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu, w zakresie udzielanych przez tę osobę świadczeń zdrowotnych oraz zgodnie z posiadanymi przez nią uprawnieniami. Odpowiednik tego przepisu w zakresie obowiązków lekarza stanowi art. 31 ust. 1 u.z.l. Informacje te, jak *expressis verbis* wskazuje przepis, mają być przystępne, a więc ich forma i treść muszą być dostosowane do stanu pacjenta i jego indywidualnych cech¹⁷. Wreszcie, ust. 3 art. 9 u.p.p. przewiduje prawo pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego do wyrażenia zgody na udzielenie informacji wymienionych w ust. 2 art. 9 u.p.p. innym osobom¹⁸.

Choć artykuł odnosi się do najczęściej występującej w praktyce sytuacji, w której pacjent jest osobą pełnoletnią, a tym samym możliwość wyrażenia przez niego zgody, o której mowa w art. 9 ust. 3 u.p.p., nie budzi wątpliwości, w praktyce może wystąpić wiele znacznie bardziej złożonych stanów faktycznych. Ich kompleksowa analiza przekraczałaby ramy niniejszego opracowania, tym niemniej, aby szerzej przedstawić złożoność

¹⁶ B. Janiszewska, art. 9 [w:] *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, red. L. Bosek, Warszawa 2020, s. 208. Por. V. Vachev, art. 16 [w:] *Kodeks Etyki Lekarskiej. Komentarz*, red. O. Nawrot, Warszawa 2021, s. 232 oraz L. Caban, art. 31 [w:] *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz*, red. M. Kopeć, Warszawa 2016, s. 666.

¹⁷ Zob. M. Malczewska, art. 31 [w:] *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz*, red. E. Zielińska, Warszawa 2022, s. 799-800.

¹⁸ Takie oświadczenie zamieszcza się w indywidualnej dokumentacji pacjenta, co *explicite* wynika z § 8 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 798).

omawianej problematyki, można zwrócić uwagę na niejednoznaczną sytuację pacjenta małoletniego, który ukończył 16 lat. Jest to szczególnie ważne w przypadku osób nieheteronormatywnych, gdyż rodzice nieakceptujący orientacji seksualnej swojego dziecka mogą starać się utrudniać, a nawet całkowicie zablokować dostęp do informacji jego partnera bądź partnerki tej samej płci. Należy więc rozważyć pokrótce, czy pacjent taki może skutecznie wyrazić zgodę na udzielenie informacji, o której mowa w art. 9 ust. 2 u.p.p.

W doktrynie prezentowane są w tym zakresie zróżnicowane stanowiska. Według D. Karkowskiej i B. Kmieciaka „należy uznać, że dziecko nie posiada samodzielnych kompetencji pozwalających mu na wskazanie, komu ekspert medyczny może przekazać informacje. W działaniu tym może współuczestniczyć z rodzicami lub opiekunami prawnymi po osiągnięciu 16. roku życia”¹⁹. Zdaniem L. Boska „w braku przepisów określających w szczególności sposób kwalifikacje personalne do samodzielnego wykonywania praw pacjenta innych niż prawo do wyrażenia zgody na świadczenie zdrowotne oraz uzyskania informacji koniecznej do skutecznego wyrażenia zgody należy stosować wprost przepisy prawa cywilnego o zdolności do czynności prawnych”²⁰. Przenosząc powyższy pogląd na problematykę niniejszego artykułu, należałoby przyjąć, że pacjenci, którzy nie ukończyli 13 lat, nie mają możliwości samodzielnego wykonywania praw pacjenta i decyzję o wyrażeniu zgody na udzielenie informacji o ich stanie zdrowia podejmują wyłącznie rodzice. Małoletni po ukończeniu 13. roku życia, korzystając ze swojej ograniczonej zdolności do czynności prawnych, mogliby podjąć wskazaną powyżej decyzję, przy czym dla jej skuteczności konieczne byłoby jej zatwierdzenie przez przedstawicieli ustawowych²¹.

¹⁹ D. Karkowska, B. Kmieciak, *op.cit.*, s. 459.

²⁰ L. Bosek, *Zagadnienia ogólne praw pacjenta* [w:] *System Prawa Medycznego. Tom 1. Instytucje Prawa Medycznego*, red. M. Safjan, L. Bosek, Warszawa 2018, s. 717-718. J. Haberko wskazuje natomiast na odpowiednie stosowanie tych przepisów przy ocenianiu, czy dziecko dysponuje odpowiednim rozeznaniem podczas podejmowania decyzji (zob. J. Haberko, *Udzielanie informacji o stanie zdrowia dziecka a poszanowanie prawa do samostanowienia i prywatności małoletniego pacjenta*, „Białostockie Studia Prawnicze” 2020, nr 2, s. 131).

²¹ L. Bosek, *Zagadnienia...*, s. 720-721.

Odmienne stanowisko prezentuje J. Haberko, która wskazuje, iż ustawodawca respektuje „autonomię informacyjną pacjenta, który ukończył 16. rok życia, przyjmując, że o ile ukończył on ten wiek, należy w zakresie realizacji obowiązku informacyjnego traktować go tak jak pacjenta pełnoletniego”²², co przemawia za możliwością podejmowania przez niego samodzielnej decyzji dotyczącej wyrażenia zgody na udzielenie informacji o jego stanie zdrowia. Zwracając uwagę, iż ustawodawca posłużył się alternatywą zwykłą w postaci spójnika „lub” w art. 9 ust. 3 u.p.p. i art. 31 ust. 2 u.z.l., można argumentować, iż wystarczająca jest zgoda jednego z podmiotów uprawnionych do jej wyrażenia²³. Z braku dookreślenia we wskazanych przepisach wieku pacjenta, należy zdaniem Autorki uznać, iż kompetencja ta przysługuje każdemu pacjentowi²⁴, a więc także temu, który nie ukończył jeszcze 16. roku życia. Wniosek ten stanowi przykład rozumowania opartego o paremię *lege non distinguente nec nostrum est distinguere*, należy jednak pamiętać, iż reguła ta nie ma charakteru konkluzywnego i dopuszczalne są odstępstwa od niej²⁵.

Jako najbardziej przekonujący należy oceniać pogląd wyrażany przez B. Janiszewską, zdaniem której „[m]ożliwość wyrażenia zgody na udzielenie informacji innym osobom jest niejako »pochodną« prawa do uzyskania informacji medycznych, przysługującego pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu [...]». Każdy ze wskazanych podmiotów może sam zdecydować, w odniesieniu do której osoby trzeciej zgadza się na udzielenie informacji”²⁶. Cytowana Autorka zawęży równocześnie możliwość wyrażenia zgody na udzielenie informacji innym osobom wyłącznie do pacjenta uprawnionego do ich uzyskania, a więc małoletniego, który ukończył 16 lat²⁷. Rozwiązanie takie wydaje się słuszne,

²² J. Haberko, *Prawnomedyczne relacje rodzice-dziecko-pacjent* [w:] *Dziecko – rodzice – państwo w kontekście świadczeń zdrowotnych, edukacyjnych i przemocy domowej*, red. M. Łączkowska-Porawska, Warszawa 2020, s. 23.

²³ J. Haberko, *Udzielanie...*, s. 130. Zob. J. Petzel, *Rachunek zdań* [w:] *Logika dla prawników*, red. S. Lewandowski, Warszawa 2022, s. 79.

²⁴ Zob. J. Haberko, *Udzielanie...*, s. 131.

²⁵ Zob. L. Morawski, *Zasady wykładni prawa*, Toruń 2006, s. 108.

²⁶ B. Janiszewska, *Obowiązki informacyjne lekarza* [w:] *System Prawa Medycznego. Tom 1. Instytucje Prawa Medycznego*, red. M. Safjan, L. Bosek, Warszawa 2018, s. 993.

²⁷ Ibidem, s. 1005.

zachowuje bowiem pewien balans pomiędzy autonomią dorastającego dziecka a obowiązkiem rodziców wynikającymi ze sprawowania przez nich władzy rodzicielskiej²⁸. Przyjęcie, iż pacjent małoletni po ukończeniu 16. roku życia może podjąć decyzję o wyrażeniu zgody na udzielenie informacji o swoim stanie zdrowia, nie doprowadzi równocześnie do marginalizacji rodziców i ich możliwości wpływania na dziecko. Należy bowiem pamiętać iż, zgodnie z art. 95 § 2 k.r.o., w sprawach, w których dziecko może samodzielnie podejmować decyzje i składać oświadczenia woli, powinno wysłuchać opinii i zaleceń rodziców formułowanych dla jego dobra.

W doktrynie nie wzbudza wątpliwości, że osobą upoważnioną przez pacjenta nie musi być osoba bliska w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 u.p.p.²⁹ Jak zasadnie zauważono w raporcie Rzecznika Praw Obywatelskich (RPO), to pacjent podejmuje decyzję w kwestii wyboru osoby upoważnionej, nie mając przy tym obowiązku informowania kogokolwiek o charakterze związku, jaki łączy go z tą osobą³⁰. Decyzję pacjenta w tym zakresie należy poczytywać jako wiążącą dla lekarza³¹, uniemożliwiającą mu kontrolę wyboru dokonanego przez pacjenta³². Problematiczną kwestią może być sposób udzielenia takiego upoważnienia. Ustęp 3 art. 9 u.p.p. nie wskazuje żadnych wymogów formalnych, w związku z czym może ono zostać udzielone przez pacjenta zarówno ustnie, jak i pisemnie³³. Sugeruje się jednak, by pozostać przy formie pisemnej, co z jednej strony zwiększa

²⁸ Zob. art. 92 i nast. ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy (t.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 2809 ze zm.), dalej jako: k.r.o.

²⁹ Zob. M. Świdarska, *Tajemnica medyczna za życia i po śmierci pacjenta oraz pozycja prawna osób bliskich przy jej ujawnianiu* [w:] *Prawo rodzinne*, red. D. Wetoszka, Warszawa 2022, s. 62-63.

³⁰ Zob. *Równe traktowanie...*, s. 50.

³¹ Zob. Z. Wierzchoń, *Wykonuję zawód lekarz, lekarz dentysta. Komentarz do ustawy. Kodeks Etyki Lekarskiej*, Brzeźnia Łąka 2017, s. 470 oraz A. Dudzińska, *Wymagana informacja udzielana pacjentowi*, „Państwo i Prawo” 2008, nr 8, s. 100.

³² Por. B. Janiszewska, *art. 9...*, s. 231-232 oraz M. Drapalska-Grochowicz, *O tym, jak ustawodawca ujmuje bliskie relacje w polskim prawie medycznym*, „Przegląd Prawa Medycznego” 2020, nr 3, s. 85.

³³ Zob. A. Wołoszyn-Cichocka, *Ochrona praw pacjenta. Studium publicznoprawne*, Lublin 2017, s. 253. Zdaniem L. Boska „[w]ydaje się, że trzeba przyjmować, iż wola pacjenta zgodnie z ogólnymi zasadami prawa cywilnego może być wyrażona w każdy sposób (art. 60 KC)” (L. Bosek, *art. 3* [w:] *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, red. L. Bosek, Warszawa 2020, s. 32).

pewność, że informacja zostanie udzielona³⁴, a z drugiej – zwalnia lekarza od ewentualnej odpowiedzialności za naruszenie tajemnicy zawodowej³⁵. Zaleca się również, by zgoda precyzowała zakres informacji, które mają zostać ujawnione przez lekarza osobie upoważnionej³⁶. Szczególnie kontrowersyjna wydaje się możliwość działania *per facta concludentia*, a pogląd o możliwości udzielenia upoważnienia w sposób dorozumiany znajduje zarówno swoich zwolenników³⁷, jak i przeciwników³⁸. Na aprobatę zasługuje pogląd M. Safjana, zgodnie z którym kwestia wyrażania zgody na informowanie osób bliskich „nie może być rozpatrywana wyłącznie w kategoriach formalnego obowiązywania tajemnicy lekarskiej, ponieważ wkraczamy tu w sferę subtelnych i skomplikowanych relacji związanych z opieką nad człowiekiem chorym”³⁹. Każda sytuacja powinna być tym samym oceniana w świetle całokształtu składających się na nią okoliczności.

Przedstawionej regulacji odpowiada art. 31 ust. 2 u.z.l., zgodnie z którym lekarz może udzielić informacji, o której mowa w ust. 1, innym osobom za zgodą pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego. Posłużenie się przez ustawodawcę czasownikiem „móc” wskazuje, że przepis przyznaje lekarzowi prawo, z którego może on jednak nie skorzystać. Jednoznacznie powinność lekarza w takiej sytuacji określa natomiast Kodeks

³⁴ Zob. *Zdrowie LGBT. Przewodnik...*, s. 54. Mimo to wskazuje się przypadki braku respektowania takiego upoważnienia w przypadku par jedнопłciowych – zob. *Równe traktowanie...*, s. 33-34.

³⁵ Zob. R. Tymiński, *op.cit.*, s. 71.

³⁶ Zob. *ibidem*, s. 71.

³⁷ T. Dukiet-Nagórska, *Autonomia pacjenta a polskie prawo karne*, Warszawa 2008, s. 48; K. Góralczyk, *Prawo innych osób do informacji o stanie zdrowia oraz decydowania o badaniu pacjenta w ustawodawstwie polskim* [w:] *Prawa pacjenta*, red. U. Drozdowska, A. Wnukiewicz-Kozłowska, Warszawa 2016, s. 106; M. Safjan, *Prawo i medycyna. Ochrona praw jednostki a dylematy współczesnej medycyny*, Warszawa 1998, s. 129; M. Drapalska-Grochowicz, *op.cit.*, s. 101.

³⁸ K. Bączyk-Rozwadowska, *Prawo pacjenta do informacji według przepisów polskiego prawa medycznego*, „Studia Iuridica Toruniensia” 2011, t. IX, s. 70; E. Bachera, B. Smółka, *Prawo do udostępnienia dokumentacji medycznej oraz informacji o stanie zdrowia osobom żyjącym w związku nieformalnym – potrzeba uregulowań prawnych?* [w:] *Prawa pacjenta*, red. U. Drozdowska, A. Wnukiewicz-Kozłowska, Warszawa 2016, s. 121; M. Boratyńska, *Autonomia pacjenta a granice upoważnienia osoby bliskiej i zaufanej*, „Prawo i Medycyna” 2014, nr 1, s. 64-65.

³⁹ M. Safjan, *op.cit.*, s. 129.

Etyki Lekarskiej⁴⁰, który w swoim art. 17 ust. 3 nakłada na lekarza obowiązek udzielenia informacji.

Zasadnie wskazuje V. Vachev, iż „[p]rawo do informacji o własnym stanie zdrowia jako wyłączne prawo pacjenta wymaga, by informowanie innych osób odbywało się jedynie za wiedzą i zgodą pacjenta zawsze, gdy jest to możliwe”⁴¹. W przypadku braku takiej możliwości uzasadnione będzie zastosowanie art. 31 ust. 6 u.z.l., zgodnie z którym, gdy pacjent jest nieprzytomny bądź niezdolny do zrozumienia znaczenia informacji, lekarz udziela informacji osobie bliskiej w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 u.p.p. Gwarancje zawarte w przywoływanym przepisie określa się w doktrynie jako „substytucyjne prawo do informacji”, powstające po stronie osób innych niż pacjent. M. Boratyńska zwraca uwagę, iż pełni ono dwojaką funkcję. Z jednej strony zapewnia ono, że informacja zostanie udzielona, choć pacjent nie może sam jej przyjąć, z drugiej – umożliwia zaspokojenie własnego interesu osoby innej niż pacjent, poczucia „troski i niepokoju o stan zdrowia bliskiej osoby, gdy ta nie może w żaden sposób o siebie zadbać”⁴². W przeciwieństwie do ust. 2 art. 31 u.z.l., przepis ten nie formułuje jedynie upoważnienia, lecz nakłada na lekarza obowiązek udzielenia informacji⁴³. Wskazuje się, że „[n]ieprzytomność należy rozumieć w sposób odpowiadający wskazaniom wiedzy medycznej, czyli jako stan pacjenta, w którym nie reaguje on na polecenia i bodźce zewnętrzne”⁴⁴. Natomiast niezdolność do zrozumienia znaczenia informacji, jak wskazuje B. Janiszewska, „obejmuje dwa rodzaje stanów: 1) niezdolność do zrozumienia znaczenia, tzn. treści informacji, którą lekarz kieruje do pacjenta, oraz 2) niezdolność do oceny znaczenia – czyli istotnej rangi tej informacji”⁴⁵.

⁴⁰ Kodeks Etyki Lekarskiej od 1.01.2025 r., https://nil.org.pl/uploaded_images/1723037323_kel-2305.pdf [dostęp: 04.05.2025 r.], dalej jako: KEL.

⁴¹ V. Vachev, *op.cit.*, s. 239; por. M. Boratyńska, *Wolny wybór. Gwarancje i granice prawa pacjenta do samodecydowania*, Warszawa 2012, s. 141.

⁴² M. Boratyńska, *Obowiązek czy dobrowolność wyjawienia tajemnicy lekarskiej*, „Białostockie Studia Prawnicze” 2020, nr 2, s. 35.

⁴³ Zob. ibidem, s. 35. Por. M. Świdarska, *op.cit.*, s. 71.

⁴⁴ B. Janiszewska, *art. 9...*, s. 222; por. T. Dukiet-Nagórska, *op.cit.*, s. 45; M. Drapalska-Grochowicz, *op.cit.*, s. 102.

⁴⁵ B. Janiszewska, *art. 9...*, s. 222-223.

Autorka trafnie zaznacza również, że irrelewantne są przyczyny takiej niezdolności, czas jej trwania oraz czynniki, które ją wywołały⁴⁶. Niezdolność powinna być przy tym oceniana *ad casum*, z uwzględnieniem okoliczności konkretnego przypadku⁴⁷.

Sporne jest, jaki zakres informacji powinien zostać przedstawiony osobom ubiegającym się o ich uzyskanie w przypadku scharakteryzowanej powyżej niedyspozycji pacjenta. Z jednej strony można bowiem twierdzić, że powinien to być pełny zakres przysługujący pacjentowi, określony w art. 9 ust. 2 u.p.p. oraz, analogicznie, w art. 31 ust. 1 u.z.l.⁴⁸ Z drugiej jednak, z braku odwołania w treści przepisu do ust. 1 art. 31 u.z.l. wywodzi się, że osoba bliska nie może otrzymać pełnej informacji, a jej zakres powinien zostać ograniczony do „informacji ogólnej o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, planowanym działaniu leczniczym, a także o rokowaniach”, gdyż pozostałe informacje, o których mowa w przywołanych przepisach, są ściśle związane z zapewnieniem pacjentowi możliwości wyboru metody leczenia lub diagnozowania. Skoro osoby bliskie nie zostały uprawnione do podejmowania decyzji w tym zakresie, udzielenie im takich informacji nie jest celowe⁴⁹. Wyrażono również przypuszczenie, iż ustawodawca pozostawił lekarzowi swobodę w podejmowaniu decyzji, jakie informacje są przez niego przekazywane, gdy pacjent jest nieprzytomny lub niezdolny do zrozumienia znaczenia informacji⁵⁰. Niezależnie od jego zgodności z rzeczywistymi intencjami ustawodawcy, taki kierunek interpretacji wydaje się właściwy. Nie sposób przewidzieć abstrakcyjnie wszystkich elementów konkretnego stanu faktycznego, dlatego też należy pozostawić lekarzowi pewien zakres swobody co do zakresu informacji, których udziela. W istocie to właśnie on będzie w stanie najlepiej ocenić, które informacje i w jaki sposób powinny być w konkretnym przypadku udzielone.

⁴⁶ Zob. ibidem, s. 223.

⁴⁷ Zob. K. Bączyk-Rozwadowska, *op.cit.*, s. 67.

⁴⁸ L. Pawłowski, *Osoba bliska w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych a obowiązki lekarza – aspekty prawne* (część 2), „Forum Medycyny Rodzinnej” 2014, nr 4, s. 197. Tak też M. Boratyńska, *Autonomia...*, s. 73.

⁴⁹ Zob. R. Tymiński, *op.cit.*, s. 75.

⁵⁰ B. Janiszewska, *Obowiązki...*, s. 1000-1001.

Do omawianego zagadnienia odnoszą się również normy o charakterze deontologicznym, zawarte w przywoływanym już Kodeksie Etyki Lekarskiej. Zgodnie z art. 3 KEL, lekarz wypełnia swoje obowiązki z poszanowaniem człowieka bez względu na wiek, płeć, rasę, wyposażenie genetyczne, narodowość, wyznanie, przynależność społeczną, sytuację materialną, poglądy polityczne, orientację seksualną lub inne uwarunkowania. Artykuł 13 nakazuje lekarzowi życzliwe i kulturalne traktowanie pacjentów, szanowanie ich godności osobistej, prawa do intymności i prywatności. Według normy zawartej w art. 20, w trakcie leczenia szpitalnego lekarz powinien umożliwić pacjentowi korzystanie z opieki rodziny lub przyjaciół, odnosząc się przy tym ze zrozumieniem do osób bliskich pacjenta. Największe znaczenie dla omawianej problematyki ma niewątpliwie art. 17 KEL. Zgodnie z jego ust. 1 zd. 2, analogicznie do przytoczonych przepisów rangi ustawowej, informowanie rodziny lub innych osób o stanie zdrowia pacjenta bądź o leczeniu powinno być uzgodnione z chorym. Zgodnie z art. 17 ust. 3 KEL, w przypadku chorego nieprzytomnego lekarz udziela niezbędnych informacji osobie uprawnionej. Nowe, obowiązujące od 1 stycznia 2025 r. brzmienie KEL, zdaje się usuwać wątpliwości, jakie w doktrynie wzbudzał wcześniej jego art. 16 ust. 2, zgodnie z którym w przypadku chorego nieprzytomnego lekarz może udzielić dla dobra chorego niezbędnych informacji osobie, co do której jest przekonany, że działa ona w interesie chorego⁵¹. Choć *prima facie* wątpliwości mogłoby wzbudzać pojęcie osoby uprawnionej, którym posługuje się KEL, jego wykładnia wydaje się dość jasna i należy przez

⁵¹ Regulacja dawnego art. 16 ust. 2 KEL (https://nil.org.pl/uploaded_images/1721304748_1574857770-kodeks-etyki-lekarskiej.pdf, [dostęp: 01.06.2025 r.]) zakreślała krąg osób uprawnionych do uzyskania informacji znacznie szerzej, aniżeli czyni to u.z.l., co rodziło istotne pytanie o zakres obowiązku informacyjnego lekarza. W odniesieniu do tego zagadnienia w doktrynie wykształciły się dwa stanowiska. Zgodnie z pierwszym z nich, lekarz powinien w takim przypadku zastosować się do przepisu ustawy (zob. M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Standardy wykonywania zawodu lekarza* [w:] *System Prawa Medycznego. Tom II. Część 1. Regulacja prawna czynności medycznych*, red. M. Boratyńska, P. Konieczniak, Warszawa 2019, s. 327), a więc informować tylko te osoby wskazane w art. 16 KEL, które jednocześnie zostały uwzględnione w art. 3 ust. 1 pkt 2 u.p.p. Drugie stanowisko opierało się natomiast na przyjęciu, iż art. 4 u.z.l. nakłada na lekarza obowiązek wykonywania zawodu „zgodnie z zasadami etyki zawodowej. W przypadku, o który chodzi, zasady etyczne i deontologiczne stawiają lekarzom wyższe wymagania niż regulacja ustawowa. Podwyższony rygor ochrony pacjenta uzasadnia zatem kierowanie się wskazaniami etycznymi” (M. Drapalska-Grochowicz, *op.cit.*, s. 96).

to pojęcie rozumieć zarówno osoby upoważnione przez pacjenta, jak i osoby bliskie, o których mowa w art. 3 ust. 1 pkt 2 u.p.p. W przypadku małoletniego będzie to również jego przedstawiciel ustawowy.

Omawiając problematykę dostępu do informacji o stanie zdrowia pacjenta, nie sposób pominąć kwestii tajemnicy medycznej. Artykuł 13 u.p.p. stanowi, iż pacjent ma prawo do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym udzielające mu świadczeń zdrowotnych, informacji z nim związanych, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego. Artykuł 14 u.p.p. nakłada natomiast na osoby wykonujące zawód medyczny⁵² obowiązek zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, w szczególności ze stanem zdrowia pacjenta. Zgodnie natomiast z art. 40 ust. 1 u.z.l. lekarz ma obowiązek zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu. Zarówno art. 40 ust. 2 u.z.l., jak i art. 14 ust. 2 u.p.p., przewidują wyjątki od obowiązku zachowania tajemnicy. Ze względu na analizowaną problematykę najważniejsze z nich stanowi zgoda pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego⁵³ oraz przepis rangi ustawowej umożliwiający ujawnienie informacji⁵⁴.

Ujawnienie informacji o stanie zdrowia pacjenta w przypadkach innych niż przewidziane przez ustawy jest niedopuszczalne i stanowi naruszenie tajemnicy medycznej. Ochrona zaufania pacjenta wobec lekarza ma niezwykle ważne znaczenie dla zapewnienia skuteczności procesu leczenia, bowiem postawienie prawidłowej diagnozy oraz przeprowadzenie odpowiedniego leczenia może w wielu wypadkach wymagać informacji, których w innych okolicznościach pacjent by nie ujawnił. Wątpiąc w zachowanie poufności przez lekarza, może nie być z nim całkowicie szczerym, niejako ograniczając swoje szanse na skuteczne leczenie, bądź

⁵² Tajemnica medyczna obejmuje nie tylko lekarzy, ale również m.in. pielęgniarki i położne, farmaceutów oraz ratowników medycznych (zob. M. Burdzik, A. Nowak, C. Chowaniec, *Tajemnica lekarska w świetle nowelizacji kodeksu postępowania karnego* z 10.06.2016 r., „Państwo i Prawo” 2019, nr 9, s. 134). Ze względu na przedmiot niniejszego opracowania rozważania zostaną zawężone do tajemnicy medycznej obowiązującej lekarzy.

⁵³ Art. 40 ust. 2 pkt 4 u.z.l. oraz art. 14 ust. 2 pkt 3 u.p.p.

⁵⁴ Art. 40 ust. 2 pkt 1 u.z.l. oraz art. 14 ust. 2 pkt 1 u.p.p.

nawet całkowicie je sobie odbierając. Równocześnie zachowanie tajemnicy realizuje konstytucyjnie chronioną prywatność jednostki⁵⁵.

4. Pojęcie osoby bliskiej

Polski prawodawca posługuje się zróżnicowanymi pojęciami określającymi relację bliskości pomiędzy ludźmi. Własną definicję legalną osoby bliskiej posiada ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Zgodnie z art. 3 ust. 1 pkt 2 u.p.p. jest nią małżonek, krewny do drugiego stopnia lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciel ustawowy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba wskazana przez pacjenta. Sytuacja prawna wszystkich wymienionych podmiotów jest jednakowa, a udzielenie informacji jednej z nich nie pozbawia pozostałych możliwości domagania się informacji⁵⁶. Wśród tego szerokiego katalogu, na potrzeby niniejszego artykułu, rozważać można zakwalifikowanie partnera bądź partnerki tej samej płci jako małżonka, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu bądź osobę wskazaną przez pacjenta.

Najmniej problematyczna jest bez wątpienia ostatnia kategoria, upoważnienie zdejmując bowiem z lekarza obowiązek dochodzenia, jakie relacje wiążą pacjenta z osobą ubiegającą się o dostęp do informacji; nie są one zresztą w takim przypadku istotne⁵⁷. Co niemniej ważne w przypadku osób, które nie chcą ujawniać swojej orientacji, upoważnienie pozwala również „uniknąć kłopotliwych nierzadko tłumaczeń, którym przecież lekarze wcale nie muszą dawać wiary”⁵⁸. Jak już wskazano, ustawa nie określa, w jaki sposób ma nastąpić owo wskazanie, choć zalecać należy zachowanie formy pisemnej.

W przypadku osób, które zawarły za granicą jednopłciowy związek małżeński, niewykluczone jest ubieganie się o informację jako małżonek, w oparciu o art. 1138 Kodeksu postępowania cywilnego⁵⁹. Zgodnie z tym przepisem zagraniczne dokumenty urzędowe mają moc dowodową na

⁵⁵ Zob. M. Burdzik, A. Nowak, C. Chowaniec, *op.cit.*, s. 130.

⁵⁶ Zob. M. Drapalska-Grochowicz, *op.cit.*, s. 79.

⁵⁷ Por. R. Tymiński, *op.cit.*, s. 70.

⁵⁸ M. Boratyńska, *Autonomia...*, s. 72.

⁵⁹ Ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 1568 ze zm.), dalej jako: k.p.c.

równi z polskimi dokumentami urzędowymi, personel medyczny nie dysponuje tym samym kompetencją do odebrania takiej mocy zagranicznemu aktowi małżeństwa. W konsekwencji, zdaniem M. Wojewody, można skutecznie powoływać się na taki akt⁶⁰. Podzielając taki pogląd, należy jednak podnieść wątpliwość, czy będzie to w istocie możliwe w praktyce. Kwestia małżeństw osób tej samej płci zawartych za granicą jest przedmiotem wielu sporów w literaturze przedmiotu⁶¹, ponadto trudno oczekiwać od personelu medycznego oceny możliwości udzielenia informacji małżonkowi tej samej płci na podstawie art. 1138 k.p.c. Choć informacja powinna być w takim przypadku udzielona, wydaje się, iż w praktyce bardziej prawdopodobne jest uznanie dokumentów potwierdzających zawarcie jednopłciowego związku małżeńskiego za granicą za dowód potwierdzający fakt wspólnego pożycia. Ostatecznie kwestia ta sprowadza się jedynie do rozważań teoretycznych, niemających większego znaczenia dla omawianej problematyki w tym sensie, iż, jak już wskazano, sytuacja każdej z osób bliskich w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 u.p.p. jest identyczna. Niezależnie więc od zakwalifikowania małżonka do którejkolwiek ze wskazanych kategorii, informacja w trybie art. 31 ust. 6 u.z.l. powinna zostać udzielona⁶².

Najbardziej problematyczną z omawianych kategorii osób bliskich stanowi osoba pozostająca we wspólnym pożyciu. Jeżeli nie została ona uprzednio wskazana przez pacjenta, niezwykle trudne, a wręcz niemożliwe może okazać się udowodnienie pozostawania we wspólnym pożyciu⁶³. Podkreśla się przy tym, że personel medyczny nie dysponuje prawną możliwością „żądania od osoby, podającej się za osobę bliską pacjenta, przedłożenia dokumentu tożsamości, odpisów aktów stanu cywilnego

⁶⁰ Zob. M. Wojewoda, *Małżeństwa jednopłciowe i związki partnerskie w polskim rejestrze stanu cywilnego?*, „Studia Prawno-Ekonomiczne” 2017, t. CIII, s. 147.

⁶¹ Zob. szerzej F. Pańczyk, *Transkrypcja zagranicznego aktu małżeństwa osób tej samej płci* [w:] *Prawo administracyjne w obliczu przemian cywilizacyjnych*, red. A. Jakubowski, J. Piecha, Warszawa 2024, s. 140-146 i przywołana tam literatura.

⁶² Bardziej jednoznaczna ocena jest możliwa w przypadku zawarcia za granicą, niezależnie od jego nazwy i cech charakterystycznych, związku partnerskiego. Artykuł 3 ust. 1 pkt 2 u.p.p. nie zalicza do osób bliskich zarejestrowanego partnera, więc dokument potwierdzający zawarcie takiego związku *de lege lata* w praktyce powinno się traktować jako dowód pozostawania we wspólnym pożyciu. Także w tym przypadku informacja powinna więc zostać udzielona.

⁶³ Zob. P. Glen, *Prawo do informowania* [w:] *Ochrona danych medycznych i osobowych pacjentów*, red. M. Jendra, Warszawa 2017, s. 101.

lub innych dokumentów pozwalających na jej identyfikację”⁶⁴. Wskazuje się także, co już wcześniej odnotowano, że personel ten nie ma wystarczającej wiedzy prawniczej, by podejmować takie decyzje⁶⁵ oraz nie dysponuje czasem na dogłębne analizowanie relacji pomiędzy pacjentem a osobą podającą się za bliską⁶⁶. Dlatego też niebezzasadny jest wniosek, iż „co prawda ustawodawca wprowadził rozwiązanie pozwalające *de iure* na realizację praw partnerów (w tym LGBT+), ale regulacja ta jest awykonalna w praktyce”⁶⁷. Rozwiązaniem tej trudnej sytuacji może być zawierzenie deklaracjom takiej osoby⁶⁸, przy czym bez wątpienia decydująca będzie dobra wola lekarza⁶⁹. Podejście takie nie jest jednak przyjmowane w literaturze powszechnie, podnosi się bowiem, iż „bardziej uzasadnione wydaje się zastosowanie zasady ograniczonego zaufania”⁷⁰, a „[e]wentualne wątpliwości powinny być rozstrzygane na rzecz respektu dla tajemnicy lekarskiej”⁷¹. Mając na względzie, że odpowiedzialność lekarza za naruszenie omawianej tajemnicy może przybrać postać odpowiedzialności karnej⁷², cywilnej⁷³

⁶⁴ M. Jabłońska, *Tajemnica medyczna a prawo osoby bliskiej pacjenta do informacji medycznej – przyczynek do dyskusji*, „Białostockie Studia Prawnicze” 2020, nr 2, s. 283; por. L. Pawłowski, *op.cit.*, s. 198.

⁶⁵ Zob. K. Góralczyk, *op.cit.*, s. 105 oraz M. Drapalska-Grochowicz, *op.cit.*, s. 110.

⁶⁶ Zob. K. Góralczyk, *op.cit.*, s. 109-110 oraz A. Wołoszyn-Cichocka, *op.cit.*, s. 252.

⁶⁷ G. Zieliński, M. Graczyk, M. Łabuś-Centek, W.K. Leśniak, T. Dzierżanowski, *Wybrane problemy prawne osób nieheteronormatywnych (LGBT+) w opiece paliatywnej*, „Medycyna Paliatywna” 2021, nr 3, s. 106.

⁶⁸ Zob. A. Wołoszyn-Cichocka, *op.cit.*, s. 252; E. Bachera, B. Smółka, *op.cit.*, s. 120; M. Drapalska-Grochowicz, *op.cit.*, s. 92 i 110.

⁶⁹ Zob. E. Bachera, B. Smółka, *op.cit.*, s. 123 oraz G. Zieliński, M. Graczyk, M. Łabuś-Centek, W.K. Leśniak, T. Dzierżanowski, *op.cit.*, s. 106. Na ryzyko dokonywania przez personel medyczny oceny relacji bliskości przez pryzmat własnych przesłanek światopoglądowych zwraca uwagę M. Drapalska-Grochowicz, *op.cit.*, s. 93-94.

⁷⁰ Ibidem, s. 91.

⁷¹ K. Góralczyk, *op.cit.*, s. 104-105, tak też R. Tymiński, *op.cit.*, s. 81.

⁷² Zob. art. 266 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (t.j. Dz.U. z 2025 r., poz. 383, dalej jako: k.k.) oraz art. 107 ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. z 2019 r., poz. 1781). Szerzej o odpowiedzialności karnej zob. R. Kubiak, *Karnoprawna ochrona danych medycznych*, „Białostockie Studia Prawnicze” 2020, nr 2, s. 101-112.

⁷³ Zob. art. 24 oraz art. 448 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 1061 ze zm.). Szerzej na ten temat zob. A. Kowalska, *Zadośćuczynienie za naruszenie praw pacjenta*, „Studia Prawnoustrojowe” 2020, t. 48, s. 93-105; M. Świdarska, *Zadośćuczynienie z tytułu naruszenia dóbr osobistych w związku z ujawnieniem tajemnicy medycznej*, „Białostockie Studia Prawnicze” 2020, nr 2, s. 49-63; B. Janiszewska, *Ochrona poufności pacjenta z perspektywy prawa cywilnego*, „Białostockie Studia Prawnicze” 2020, nr 2, s. 11-29.

oraz zawodowej⁷⁴, bardziej zrozumiale wydają się niektóre przypadki odmowy udzielenia informacji o stanie zdrowia pacjenta na podstawie art. 31 ust. 6 u.z.l.

De lege lata w doktrynie panuje raczej konsens, że osobą pozostającą we wspólnym pożyciu może być osoba tej samej płci⁷⁵. Stanowisko takie prezentuje również RPO⁷⁶, a nawet Ministerstwo Zdrowia⁷⁷. Pogląd ten znajduje również silne oparcie w judykaturze, choć przedstawione poniżej orzeczenia zapadły na kanwie przepisów innych ustaw. Na gruncie prawa cywilnego najistotniejsze dla omawianej tematyki orzeczenia odnosiły się do art. 691 § 1 k.c. umożliwiającego wstąpienie w stosunek najmu po zmarłym najemcy m.in. osobie, która pozostawała faktycznie we wspólnym pożyciu z najemcą. W orzecznictwie dominowało przekonanie, iż „faktyczne wspólne pożycie, w rozumieniu art. 691 § 1 k.c., oznacza więc łączącą dwie osoby pozostające w takich relacjach jak małżonkowie”⁷⁸, odbierając tym samym partnerom tej samej płci możliwość skorzystania z dobrodziejstwa tego przepisu. I choć wskazywano, że „o faktycznym wspólnym pożyciu świadczy wspólnota ekonomiczna, gospodarcza, duchowa (np. wspólne plany na przyszłość, opieka, dbanie o wspólne dobro), a także intymna, nie zaś pleć partnerów”⁷⁹, to zmianę podejścia przyniosła dopiero uchwała SN z 28 listopada 2012 r.⁸⁰. Uznano w niej, że

⁷⁴ Zob. art. 53 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (t.j. Dz.U. z 2021 r., poz. 1342). Szerzej zob. R. Tymiński, *op.cit.*, s. 23.

⁷⁵ Zob. D. Karkowska, *art. 3 [w:] Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, red. D. Karkowska, Warszawa 2021, s. 143; R. Tymiński, *op.cit.*, s. 73; J. Haberko, *Pojęcie osoby bliskiej w prawie cywilnym*, „Przeegląd Sądowy” 2011, nr 3, s. 75; K. Góralczyk, *op.cit.*, s. 109.

⁷⁶ Zob. *Równe traktowanie...*, s. 32; A. Mazurczak, *op.cit.*, s. 15.

⁷⁷ Ministerstwo Zdrowia uznaje pary jedнопłciowe, <https://kph.org.pl/ministerstwo-zdrowia-uznaje-pary-jedнопłciowe/>, [dostęp: 03.02.2025 r.]. Komitet Ministrów Rady Europy wskazuje natomiast, iż w każdym przypadku przepisy krajowe regulujące kwestie dotyczące „osób najbliższych” powinny być stosowane bez dyskryminacji ze względu na orientację seksualną i tożsamość płciową (zob. Memorandum wyjaśniające do zalecenia CM/Rec(2010)5, s. 30).

⁷⁸ Uchwała SN z 20.11.2009 r., sygn. III CZP 99/09, LEX nr 530773. Uzasadnionej krytyki tego orzeczenia dokonuje M. Wąsik, *Związki osób tej samej płci. Konsekwencje braku regulacji w prawie polskim*, Warszawa 2024, s. 43-44.

⁷⁹ Wyrok SO w Poznaniu z 19.04.2011 r., sygn. II Ca 284/11, niepubl., cyt. za: P. Knut (red.), *Prawa osób LGBT w Polsce – orzecznictwo*, Warszawa 2015, s. 25.

⁸⁰ Uchwała SN z dnia 28.11.2012 r., sygn. III CZP 65/12, LEX nr 1230043.

pojęcie wspólnego pożycia „ma ugruntowaną konotację w odniesieniu do małżonków oraz osób odmiennej płci niebędących małżeństwem; oznacza szczególnego rodzaju więź emocjonalną, fizyczną (cielesną) i gospodarczą, obejmującą niekiedy także inne elementy, wśród których można wymienić wspólne zamieszkanie, niekonieczne zresztą dla trwania tej więzi, ale jednoznacznie ją umacniające”. Sąd Najwyższy stwierdził jednak, iż „nie ma przekonujących racji jurydycznych, a także argumentów socjologicznych lub psychologicznych, przemawiających za różnicowaniem – na płaszczyźnie prawnej – skutków wynikających ze wspólnego pożycia hetero- i homoseksualnego; przeciwnie, więzi emocjonalne, fizyczne i gospodarcze powstające w ramach takiego pożycia są w obu przypadkach tożsame i mogą tworzyć równie mocną spójnię”. Uzasadniając swoje stanowisko SN wskazał na wynikający art. 32 Konstytucji RP nakaz równego traktowania i zakaz jakiejkolwiek dyskryminacji, a także podzielił postulat, by w przypadku braku regulacji dotyczących wyraźnie związków osób tej samej płci, dokonywać wykładni obowiązujących przepisów w sposób zapełniający tę lukę, uwzględniając uzasadnione interesy tych osób.

Wstąpienie w stosunek najmu lokalu po zmarłym partnerze było również przedmiotem wyroku Europejskiego Trybunału Praw Człowieka (ETPC) w sprawie *Kozak v. Polska*⁸¹. Trybunał uznał, że głównym powodem, dla którego odmówiono skarżącemu zawarcia umowy najmu, był homoseksualny charakter związku, w którym pozostawał, i który *per se* wyłączał go z grona podmiotów uprawnionych w świetle art. 691 § 1 k.c. W postępowaniu polskich władz ETPC nie doszukał się obiektywnego i uzasadnionego usprawiedliwienia dla różnicowania sytuacji hetero- i homoseksualnych partnerów, nie dostrzegł także zachowania odpowiedniej proporcji pomiędzy celem, jaki władze chciały osiągnąć, a zastosowanymi przez nie środkami. Z tego też powodu uznał, że Polska naruszyła art. 14 w zw. z art. 8 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka⁸². Warto

⁸¹ Wyrok ETPC z dnia 02.03.2010 r., *Kozak v. Polska*, skarga nr 13102/02, HUDOC.

⁸² Konwencja o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności, sporządzona w Rzymie dnia 4 listopada 1950 r., zmieniona następnie Protokołami nr 3, 5 i 8 oraz uzupełniona Protokołem nr 2 (Dz.U. z 1993 r., nr 51, poz. 284 ze zm.).

w tym miejscu zaznaczyć, że Trybunał strasburski od lat konsekwentnie uznaje, że osoby tej samej płci są tak samo zdolne do tworzenia stabilnego i trwałego związku, jak osoby odmiennej płci, a tym samym znajdują się w podobnej do nich sytuacji i powinny korzystać z podobnej ochrony na gruncie Konwencji⁸³.

Powracając na grunt polskiego prawa cywilnego, warto zauważyć, że również w odniesieniu do kwestii rozliczeń między osobami tej samej płci po zakończeniu związku sądy wskazywały, iż „pod pojęciem konkubinatu należy rozumieć stabilną, faktyczną wspólnotę osobisto-majątkową dwojga osób. Bez znaczenia we wspomnianym aspekcie jest płeć osób tworzących taki związek”⁸⁴. W orzeczeniu Sądu Apelacyjnego w Warszawie wprost stwierdzono, iż pojęcie konkubinatu było dawniej rozumiane jako trwałe pożycie kobiety i mężczyzny bez zawarcia związku małżeńskiego. Rozumienie tego pojęcia przeszło jednak ewolucję, wskutek której „obecnie pojęcie konkubinatu oznacza trwałe wspólne pożycie dwojga osób bez względu na ich płeć”⁸⁵.

Warto zwrócić również uwagę na orzecznictwo w sprawach karnych odnoszących się do pojęcia osoby najbliższej, którą zgodnie z art. 115 § 11 k.k., jest m.in. osoba pozostająca we wspólnym pożyciu. Dla uznania, że pod pojęciem tym rozumieć można również osobę tej samej płci, niezwykle ważny był wyrok Sądu Najwyższego z dnia 21 marca 2013 r.⁸⁶, stanowiący wyłom w dotychczasowej linii orzeczniczej⁸⁷. Biorąc pod uwagę zastosowanie systemowych i funkcjonalnych dyrektyw interpretacyjnych oraz odwołując się do dorobku doktryny, stwierdzono w nim, że termin „wspólne pożycie” obejmuje „osoby, które – niezależnie od ich

⁸³ Zob. F. Pańczyk, *Transkrypcja...*, s. 151-153 i przywołane tam orzecznictwo ETPC.

⁸⁴ Wyrok SA w Białymstoku z dnia 23.02.2007 r., sygn. I ACa 590/06, LEX nr 259105. Rozumowania tego nie podzielił SN, wskazując, że odmienność płci konkubentów jest istotną cechą konkubinatu. Stwierdził jednak, iż pozostawienie związków homoseksualnych poza zakresem pojęcia konkubinatu nie wyklucza zastosowania do spraw majątkowych wzorców analogicznych do tych, które przyjęte zostały dla dokonywania rozliczeń majątkowych konkubentów (zob. wyrok SN z dnia 06.12.2007 r., sygn. IV CKS 301/07, LEX nr 361309).

⁸⁵ Wyrok SA w Warszawie z dnia 26.06.2014 r., sygn. I ACa 40/14, LEX nr 1496122.

⁸⁶ Wyrok SN z dnia 21.03.2013 r., sygn. III KK 268/12, LEX nr 1311768.

⁸⁷ Zob. M. Wąsik, *op.cit.*, s. 76.

plci i wieku – razem ze sobą żyją, co zakłada (...) prowadzenie wspólnego gospodarstwa domowego oraz (jak się zdaje) określoną więź psychiczną”. W swojej późniejszej uchwale⁸⁸ SN poszedł jeszcze dalej, jednoznacznie wskazując, iż „zwrot »osoba pozostająca we wspólnym pożyciu« określa osobę, która pozostaje z inną osobą w takiej relacji faktycznej, w której pomiędzy nimi istnieją jednocześnie więzi duchowe (emocjonalne), fizyczne oraz gospodarcze (wspólne gospodarstwo domowe). Ustalenie istnienia takiej relacji [...] jest możliwe także wtedy, gdy brak określonego rodzaju więzi jest obiektywnie usprawiedliwiony. Odmienność płci osób pozostających w takiej relacji nie jest warunkiem uznania ich za pozostających we wspólnym pożyciu w rozumieniu art. 115 § 11 k.k.”

Konkludując rozważania dotyczące rozumienia pojęcia osoby bliskiej, należy przyjąć, iż jest nią, także w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 u.p.p. osoba tej samej płci pozostająca w związku z pacjentem. Jak wskazuje M. Wąsik, „[t]aka wykładnia pozostaje spójna z [...] wykładnią osoby bliskiej dla celów Kodeksu cywilnego czy Kodeksu karnego, a odmienne podejście rozumienia osoby bliskiej na gruncie ustawy o prawach pacjenta powodowałoby dysonans rozumienia tego pojęcia na tle różnych gałęzi prawa, co byłoby nieracjonalnym działaniem ustawodawcy, nawet przy braku systemowej ochrony osób żyjących w związkach jednopłciowych”⁸⁹.

Miejsce to wydaje się właściwe, by powrócić do podjętego uprzednio wątku pacjenta małoletniego, który ukończył 16. rok życia, i rozważyć, czy jego partner tej samej płci również będzie mógł zostać uznany za osobę bliską w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 u.p.p. Jak wskazują wcześniejsze rozważania, wydaje się to możliwe, jeżeli został upoważniony przez pacjenta. Gdyby małoletni zawarł za granicą związek małżeński, co hipotetycznie należy uznać za możliwe⁹⁰, aktualność zachowają uwagi poczynione w odniesieniu do pełnoletnich małżonków. Niebezzasadna wydaje się natomiast wątpliwość, czy możliwe będzie postrzeganie part-

⁸⁸ Uchwała SN z dnia 25.02.2016 r., sygn. I KZP 20/15, LEX nr 1984687.

⁸⁹ M. Wąsik, *op.cit.*, s. 88.

⁹⁰ Zob. J. Pawliczak, *Zarejestrowany związek partnerski a małżeństwo*, Warszawa 2014, s. 194 oraz 206-207 i przedstawione tam rozwiązania obowiązujące w innych państwach europejskich.

nera tej samej płci jako osoby pozostającej we wspólnym pożyciu z pacjentem. Nie jest raczej możliwe udzielenie w tym zakresie jednoznacznej odpowiedzi, gdyż rozstrzygnięcie powinno być dokonywane *a casu ad casum*, z uwzględnieniem okoliczności konkretnego przypadku. Nie można bowiem wykluczyć, że pomiędzy pacjentem a jego partnerem będą w rzeczywistości występowały przedstawione powyżej więzi, które, zdaniem SN, składają się na pozostawanie we wspólnym pożyciu, albo też będą zachodzić okoliczności usprawiedliwiające ich brak. Jeśli partner pacjenta będzie w stanie wykazać, że pozostaje z nim we wspólnym pożyciu, lekarz zobowiązany będzie, zgodnie z art. 31 ust. 6 u.z.l., udzielić mu informacji. W praktyce może jednak wystąpić sytuacja, w której, przykładowo, rodzice pacjenta ukrywającego swój związek, wskażą, nawet bez złej woli, iż jest to osoba obca dla pacjenta. To na lekarzu ciążyć będzie wówczas obowiązek rozstrzygnięcia takiej sytuacji.

5. Postulaty *de lege ferenda*

Jak wskazuje przeprowadzona analiza, art. 3 ust. 1 pkt 2 u.p.p. umożliwia partnerowi tej samej płci uzyskanie informacji o stanie zdrowia pacjenta, z którym pozostaje we wspólnym pożyciu. Cytowane raporty skłaniają jednak do stwierdzenia, iż możliwość ta okazuje się w praktyce nierzadko iluzoryczna. W obliczu toczących się prac nad przyjęciem ustawy o rejestrowanych związkach partnerskich⁹¹ należy wskazać, iż projektodawca dostrzegł znaczenie omawianej problematyki i podjął próbę wprowadzenia odpowiednich zmian do obecnie obowiązujących regulacji. Zgodnie z art. 138 pkt 1 projektu ustawy – Przepisy wprowadzające ustawę o rejestrowanych związkach partnerskich⁹², katalog osób bliskich zawarty w art. 3 ust. 1 pkt 2 u.p.p. miałby zostać uzupełniony o „drugą osobę w związku partnerskim w rozumieniu art. 2 ustawy z dnia ... o rejestrowa-

⁹¹ Ustawa o rejestrowanych związkach partnerskich (projekt z 14.04.2025 r. dostępny pod adresem: <https://legislacja.gov.pl/projekt/12390651>, [dostęp: 12.05.2025 r.]).

⁹² Ustawa – Przepisy wprowadzające ustawę o rejestrowanych związkach partnerskich (projekt z 14.04.2025 r. dostępny pod adresem: <https://legislacja.gov.pl/projekt/12390652/katalog/13088590#13088590>, [dostęp: 12.05.2025 r.]).

nych związkach partnerskich”. Taka regulacja nie eliminowałaby zarazem wszelkich wątpliwości, jakie mogą dotyczyć pojęcia „osoba pozostająca we wspólnym pożyciu”. Nie ma bowiem racjonalnych podstaw, by przypuszczać, że wszystkie osoby pozostające w związkach jednopłciowych skorzystałyby z możliwości sformalizowania swojego wniosku. Ponadto, biorąc pod uwagę, że wejście w życie ustawy o rejestrowanych związkach partnerskich nie jest zdarzeniem pewnym, warto rozważyć inne możliwości. Być może zasadnym działaniem byłoby dokonanie nowelizacji art. 3 ust. 1 pkt 2 u.p.p. w sposób, który wskazywałby jednoznacznie, iż osobą pozostającą we wspólnym pożyciu może być także osoba tej samej płci. Przepis ten mógłby przybrać, przykładowo, następujące brzmienie: „osoba bliska – małżonka, krewnego do drugiego stopnia lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciela ustawowego, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu bez względu na jej płeć lub osobę wskazaną przez pacjenta”. Postulowanie, by analogiczne rozwiązanie przyjąć w odniesieniu do małżonka, wydaje się obecnie niemożliwe do realizacji w praktyce ze względów politycznych. Oznaczałoby ono bowiem ustawowe uznanie małżeństw osób tej samej płci w polskim porządku prawnym.

Jak należy przypuszczać, realizacja powyższego postulatu, jakkolwiek miałaby doniosłe znaczenie dla godności osób LGBT+ i mogłaby potencjalnie zmniejszyć liczbę sygnalizowanych nieprawidłowości, także nie byłaby wystarczająca. Zasadniczym zidentyfikowanym problemem jest bowiem brak jasnych wytycznych dotyczących procedury weryfikacji osób podających się za osoby bliskie. W doktrynie podnoszony był już postulat wskazania ustawowych kryteriów weryfikacji przesłanki wspólnego pożycia⁹³, substytucyjnie można by rozważać wydanie wytycznych przez Ministerstwo Zdrowia. Jednym z podstawowych zadań funkcjonującego w jego ramach Departamentu Równości w Zdrowiu jest „realizacja działań na rzecz osób LGBTQ+, w tym kwestie postępowania w przypadku osób niebinarnych i uzgadniania płci osób transpłciowych”⁹⁴.

⁹³ Zob. K. Bączyk-Rozwadowska, *op.cit.*, s. 68-69.

⁹⁴ § 30 pkt 14 zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 sierpnia 2024 r. w sprawie ustalenia regulaminu organizacyjnego Ministerstwa Zdrowia (Dz.Urz. MZ, poz. 55 ze zm.).

Wydaje się, że właśnie tam powinny rozpocząć się prace mające na celu ujednolicenie procedur weryfikacji. Do udziału w pracach powinny zostać zaangażowane także inne podmioty, takie jak Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych czy Rzecznik Praw Pacjenta, ale także przedstawiciele organizacji pozarządowych działających na rzecz osób należących do społeczności LGBT+.

Dokonany w celu przedstawienia możliwych postulatów *de lege ferenda* przegląd nielicznych, dostępnych w Internecie procedur obowiązujących w poszczególnych placówkach wskazuje, iż tworzą one dla swoich potrzeb zróżnicowane rozwiązania. Choć poza zakresem niniejszego artykułu pozostaje kwestia udzielania informacji za pomocą środków komunikowania się na odległość, to jednak pandemia COVID-19 i związany z nią rozwój udzielania informacji o stanie zdrowia właśnie za pomocą takich środków spowodowały powstanie wytycznych mających umożliwiać weryfikację stosunku bliskości. Wytyczne Rzecznika Praw Pacjenta oraz Urzędu Ochrony Danych Osobowych wskazują na możliwość zadawania pytań kontrolnych mających na celu uprawdopodobnienie, że osoba ubiegająca się o informację jest osobą bliską dla pacjenta. Wśród przykładowych pytań zamieszczono pytania o PESEL, datę i miejsce urodzenia czy drugie imię pacjenta, wskazanie jego znaków szczególnych, opisanie jego wyglądu czy ubioru w dniu przyjęcia do szpitala⁹⁵.

Wśród rozwiązań przyjętych w poszczególnych placówkach warto wskazać na rozwiązanie przyjęte w czasie pandemii w Sosnowieckim Szpitalu Miejskim. Zgodnie z nim, w przypadku pacjenta nieprzytomnego lub niezdolnego do zrozumienia informacji, „przeprowadza się wywiad z osobą dzwoniącą w celu potwierdzenia jej uprawnień do informacji. Osoba dzwoniąca zobowiązana jest podać swoje imię i nazwisko, imię i nazwisko pacjenta, na temat zdrowia, którego chce uzyskać informacje, stopień pokrewieństwa lub powinowactwa. Następnie osoba dzwoniąca zobowiązana jest odpowiedzieć na następujące pytania kontrolne doty-

⁹⁵ Wytyczne dotyczące realizacji prawa do informacji przez osoby uprawnione na odległość, <https://www.gov.pl/web/rpp/wytyczne-dotyczace-realizacji-prawa-do-informacji-przez-osoby-uprawnione-na-odleglosc>, [dostęp: 07.06.2025 r.].

czące pacjenta: numer PESEL lub data urodzenia, miejsce zamieszkania, dzień hospitalizacji, sposób zgłoszenia (dowiedzenie przez zespół ratownictwa, samodzielne zgłoszenie się ze skierowaniem z POZ, samodzielne zgłoszenie się ze skierowaniem z poradni specjalistycznej, samodzielne zgłoszenie się bez skierowania). [...] Podanie przez osobę dzwoniącą swojego imienia i nazwiska, imienia i nazwiska pacjenta, stopnia pokrewieństwa lub powinowactwa, oraz udzielenie prawidłowej odpowiedzi na dwa z czterech pytań kontrolnych, daje pozytywną weryfikację i umożliwia udzielenie jej informacji o stanie zdrowia pacjenta”⁹⁶.

Biorąc pod uwagę, iż takie dane, jak drugie imię czy numer PESEL określonych osób są dostępne publicznie np. w Krajowym Rejestrze Sądowym⁹⁷, a cechy szczególne osób popularnych mogą być publicznie znane, rozwiązanie to może w pewnych przypadkach okazać się niewystarczające. Z pewnością może jednak stanowić podstawę dla próby stworzenia uniwersalnej procedury weryfikacji, która zapewnić będzie zachowanie w tajemnicy przed osobami nieuprawnionymi informacji o stanie zdrowia pacjenta, gwarantując równocześnie udzielenie takiej informacji uprzednio zweryfikowanym osobom bliskim.

Drugim z kluczowych problemów jest brak wystarczającej wiedzy wśród personelu medycznego, jak bowiem wykazano, partner pacjenta tej samej płci może być traktowany jako osoba bliska w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 u.p.p. Przeprowadzane badania wskazują natomiast, iż „prawa pacjenta nie są w sposób dostateczny rozpropagowane wśród przedstawicieli zawodów medycznych”, a ponadto „[i]stnieje rozdźwięk między przekonaniem personelu medycznego, że przedstawiciele ich profesji znają prawa pacjenta a faktyczną wiedzą oraz przestrzeganiem tych praw”⁹⁸.

⁹⁶ Informacja dla rodzin i osób bliskich Pacjentów leczonych w oddziałach COVID-19, <https://www.szpital.sosnowiec.pl/18945-2>, [dostęp: 07.06.2025 r.].

⁹⁷ Art. 35 pkt 1 ustawy z 20.08.1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 979 ze zm.).

⁹⁸ B. Chmielowiec, M. Puścion, J. Adamski, A. Goworski, *Znajomość praw pacjenta wśród przedstawicieli zawodów medycznych*, „Journal of Modern Science” 2025, nr 1, s. 556. Zob. też P. Karniej, Ł. Pietrzykowski, A. Dissen, R. Juarez-Vela, J. Kulińska, M. Czapla, *Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Clinical Competence of Medical Professionals in Poland*, „Sexuality Research and Social Policy” 2025 i przywołana tam literatura.

Niebezzasadnym postulatem wydaje się więc wprowadzenie większej ilości szkoleń z zakresu praw pacjenta oraz zwrócenie na tę kwestię większej uwagi w programie studiów.

De lege ferenda należałoby wreszcie postulować jednoznaczne uregulowanie możliwości wyrażenia zgody na udzielenie informacji o swoim stanie zdrowia przez pacjenta małoletniego. Jak wskazano w niniejszym artykule, obecnie obowiązujące przepisy mogą być interpretowane w zróżnicowany sposób, co nie sprzyja poszanowaniu autonomii dorastającego pacjenta. Wszelkie działania w tym zakresie muszą cechować się szczególną rozważą, tak aby nie zostało naruszone dobro dziecka.

6. Podsumowanie

Uzyskanie informacji o stanie zdrowia pacjenta przez partnera tej samej płci stanowi niezwykle ważną dla osób nieheteronormatywnych kwestię. *De lege lata* pacjent, gdy jest przytomny, może upoważnić do uzyskiwania dotyczących go informacji medycznych dowolną osobę, a więc także partnera tej samej płci. Personel medyczny nie może kwestionować wyboru dokonanego przez pacjenta, nie ma on jednak obowiązku, a jedynie dysponuje możliwością udzielenia informacji zgodnie z życzeniem pacjenta. Sytuacja zmienia się, gdy pacjent jest nieprzytomny bądź niezdolny do zrozumienia znaczenia informacji. W takim przypadku lekarz udziela informacji osobie bliskiej, którą może być m.in. małżonek, osoba wskazana przez pacjenta oraz osoba pozostająca z pacjentem we wspólnym pożyciu. Choć przedstawiona ewolucja orzecznictwa wskazuje, że za osobę taką należy uznać również osobę tej samej płci, to jednak problemy, jakie mogą powstać przy udowadnianiu wspólnego pożycia, sugerują przyjęcie pragmatycznego podejścia i wcześniejsze sporządzenie stosownego upoważnienia na taką okoliczność. Mając na uwadze powyższe, ustawodawca powinien rozważyć podjęcie stosownych działań, które miałyby na celu ujednolicenie procedury weryfikacji, czy osoba podająca się za osobę bliską w rzeczywistości nią jest.

Bibliografia:

Piśmiennictwo

- Bachera E., Smółka B., *Prawo do udostępnienia dokumentacji medycznej oraz informacji o stanie zdrowia osobom żyjącym w związku nieformalnym – potrzeba uregulowań prawnych?* [w:] *Prawa pacjenta*, red. U. Drozdowska, A. Wnukiewicz-Kozłowska, Warszawa 2016.
- Bączyk-Rozwadowska K., *Prawo pacjenta do informacji według przepisów polskiego prawa medycznego*, „Studia Iuridica Toruniensia” 2011, t. IX.
- Boratyńska M., *Autonomia pacjenta a granice upoważnienia osoby bliskiej i zaufanej*, „Prawo i Medycyna” 2014, nr 1.
- Boratyńska M., Konieczniak P., *Standardy wykonywania zawodu lekarza* [w:] *System Prawa Medycznego. Tom II. Część 1. Regulacja prawna czynności medycznych*, red. M. Boratyńska, P. Konieczniak, Warszawa 2019.
- Boratyńska M., *Obowiązek czy dobrowolność wyjawienia tajemnicy lekarskiej*, „Białostockie Studia Prawnicze” 2020, nr 2.
- Boratyńska M., *Wolny wybór. Gwarancje i granice prawa pacjenta do samodecydowania*, Warszawa 2012.
- Bosek L., *art. 3* [w:] *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, red. L. Bosek, Warszawa 2020.
- Bosek L., *Zagadnienia ogólne praw pacjenta* [w:] *System Prawa Medycznego. Tom 1. Instytucje Prawa Medycznego*, red. M. Safjan, L. Bosek, Warszawa 2018.
- Burdzik M., Nowak A., Chowaniec C., *Tajemnica lekarska w świetle nowelizacji kodeksu postępowania karnego z 10.06.2016 r.*, „Państwo i Prawo” 2019, nr 9.
- Caban Ł., *art. 31* [w:] *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz*, red. M. Kopeć, Warszawa 2016.
- Chmielowiec B., Puścion M., Adamski J., Goworski A., *Znajomość praw pacjenta wśród przedstawicieli zawodów medycznych*, „Journal of Modern Science” 2025, nr 1.
- Drapalska-Grochowicz M., *O tym, jak ustawodawca ujmuje bliskie relacje w polskim prawie medycznym*, „Przegląd Prawa Medycznego” 2020, nr 3.
- Dudzińska A., *Wymagana informacja udzielana pacjentowi*, „Państwo i Prawo” 2008, nr 8.

- Dukiet-Nagórska T., *Autonomia pacjenta a polskie prawo karne*, Warszawa 2008.
- Glen P., *Prawo do informowania* [w:] *Ochrona danych medycznych i osobowych pacjentów*, red. M. Jendra, Warszawa 2017.
- Góralczyk K., *Prawo innych osób do informacji o stanie zdrowia oraz decydowania o badaniu pacjenta w ustawodawstwie polskim* [w:] *Prawa pacjenta*, red. U. Drozdowska, A. Wnukiewicz-Kozłowska, Warszawa 2016.
- Haberko J., *Pojęcie osoby bliskiej w prawie cywilnym*, „Przegląd Sądowy” 2011, nr 3.
- Haberko J., *Prawnomedyczne relacje rodzice-dziecko-pacjent* [w:] *Dziecko – rodzice – państwo w kontekście świadczeń zdrowotnych, edukacyjnych i przemocy domowej*, red. M. Łączkowska-Porawska, Warszawa 2020.
- Haberko J., *Udzielanie informacji o stanie zdrowia dziecka a poszanowanie prawa do samostanowienia i prywatności małoletniego pacjenta*, „Białostockie Studia Prawnicze” 2020, nr 2.
- ILGA Europe, *2025 Rainbow Map*, <https://rainbowmap.ilga-europe.org>.
- Informacja dla rodzin i osób bliskich Pacjentów leczonych w oddziałach COVID-19*, <https://www.szpital.sosnowiec.pl/18945-2>.
- Jabłońska M., *Tajemnica medyczna a prawo osoby bliskiej pacjenta do informacji medycznej – przyczynek do dyskusji*, „Białostockie Studia Prawnicze” 2020, nr 2.
- Janiszewska B., *art. 9 [w:] Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, red. L. Bosek, Warszawa 2020.
- Janiszewska B., *Obowiązki informacyjne lekarza* [w:] *System Prawa Medycznego. Tom 1. Instytucje Prawa Medycznego*, red. M. Safjan, L. Bosek, Warszawa 2018.
- Janiszewska B., *Ochrona poufności pacjenta z perspektywy prawa cywilnego*, „Białostockie Studia Prawnicze” 2020, nr 2.
- Karkowska D., *art. 3 [w:] Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, red. D. Karkowska, Warszawa 2021.
- Karkowska D., Kmiecik B., *art. 9 [w:] Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, red. D. Karkowska, Warszawa 2021.
- Karniej P., Pietrzykowski Ł., Dissen A., Juarez-Vela R., Kulińska J., Czapla M., *Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Clinical Competence of Medical Professionals in Poland*, „Sexuality Research and Social Policy” 2025, [doi: <https://doi.org/10.1007/s13178-025-01081-z>].

- Kowalska A., *Zadośćuczynienie za naruszenie praw pacjenta*, „Studia Prawnoustrojowe” 2020, t. 48.
- Kubiak R., *Karnoprawna ochrona danych medycznych*, „Białostockie Studia Prawnicze” 2020, nr 2.
- Malczewska M., *art. 31 [w:] Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz*, red. E. Zielińska, Warszawa 2022.
- Mazurczak A., *Dyskryminacja ze względu na orientację seksualną w obszarze opieki zdrowotnej w badaniach Rzecznika Praw Obywatelskich [w:] Raport z seminarium Zjawisko dyskryminacji pacjentów LGBT*, red. M. Rodzinka, Warszawa 2014.
- Ministerstwo Zdrowia uznaje pary jedнопłciowe, <https://kph.org.pl/ministerstwo-zdrowia-uznaje-pary-jedнопłciowe/>.
- Mizielińska J., Abramowicz M., Stasińska A., *Rodziny z wyboru w Polsce. Życie rodzinne osób nieheteronormatywnych*, Warszawa 2014.
- Morawski L., *Zasady wykładni prawa*, Toruń 2006.
- Mulak A., *Społeczność LGBTQIA w Polsce. Raport z badań*, Warszawa 2015.
- Pańczyk F., *Strefy wolne od ideologii LGBT a konstytucyjne prawa i wolności jednostki [w:] Konstytucyjne wolności i prawa człowieka*, red. A. Fortuna, Warszawa 2021.
- Pańczyk F., *Transkrypcja zagranicznego aktu małżeństwa osób tej samej płci [w:] Prawo administracyjne w obliczu przemian cywilizacyjnych*, red. A. Jakubowski, J. Piecha, Warszawa 2024.
- Pawliczak J., *Zarejestrowany związek partnerski a małżeństwo*, Warszawa 2014.
- Pawłowski L., *Osoba bliska w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych a obowiązki lekarza – aspekty prawne (część 2)*, „Forum Medycyny Rodzinnej” 2014, nr 4.
- Petzel J., *Rachunek zdań [w:] Logika dla prawników*, red. S. Lewandowski, Warszawa 2022.
- Poniat R., Skowrońska M., *Dyskryminacja i odmienne/gorsze traktowanie osób LGBT+ [w:] Sytuacja społeczna osób LGBTQIA w Polsce. Raport za lata 2019-2020*, red. M. Winiewski, M. Świder, Warszawa 2021.
- Prawa osób LGBT w Polsce – orzecznictwo*, red. P. Knut, Warszawa 2015.
- Promowanie włączającej i kompetentnej opieki zdrowotnej dla osób LGBTI*, red. H. Pa-jackowski, Warszawa 2020.

- Równe traktowanie pacjentów – osoby nieheteroseksualne w opiece zdrowotnej*, raport z serii Zasada równego traktowania. Prawo i praktyka nr 14, Biuletyn Rzecznika Praw Obywatelskich nr 7/2014, Warszawa 2014.
- Safjan M., *Prawo i medycyna. Ochrona praw jednostki a dylematy współczesnej medycyny*, Warszawa 1998.
- Świdarska M., *Tajemnica medyczna za życia i po śmierci pacjenta oraz pozycja prawna osób bliskich przy jej ujawnianiu* [w:] *Prawo rodzinne*, red. D. Wetoszka, Warszawa 2022.
- Świdarska M., *Zadośćuczynienie z tytułu naruszenia dóbr osobistych w związku z ujawnieniem tajemnicy medycznej*, „Białostockie Studia Prawnicze” 2020, nr 2.
- Tymiński R., *Informacja lekarska w praktyce*, Kraków 2012.
- Vachev V., *art. 16 [w:] Kodeks Etyki Lekarskiej. Komentarz*, red. O. Nawrot, Warszawa 2021.
- Wąsik M., *Związki osób tej samej płci. Konsekwencje braku regulacji w prawie polskim*, Warszawa 2024.
- Wierchoń Z., *Wykonuje zawód lekarz, lekarz dentysta. Komentarz do ustawy. Kodeks Etyki Lekarskiej*, Brzeźnia Łąka 2017.
- Więckiewicz K., Godzisz P., *Health* [w:] *LGBTI rights in Poland*, red. P. Godzisz, P. Knut, Warszawa 2018.
- Wojewoda M., *Małżeństwa jedno płciowe i związki partnerskie w polskim rejestrze stanu cywilnego?*, „Studia Prawno-Ekonomiczne” 2017, t. CIII.
- Woloszyn-Cichocka A., *Ochrona praw pacjenta. Studium publicznoprawne*, Lublin 2017.
- Zdrowie LGBT. Przewodnik dla kadry medycznej*, red. R. Kowalczyk, M. Rodzinka, M. Krzystanek, Warszawa 2016.
- Zieliński G., Graczyk M., Łabuś-Centek M., Leśniak W.K., Dzierżanowski T., *Wybrane problemy prawne osób nieheteronormatywnych (LGBT+) w opiece paliatywnej*, „Medycyna Paliatywna” 2021, nr 3.

Orzecznictwo

- Uchwała Sądu Najwyższego z 20.11.2009 r., sygn. III CZP 99/09, LEX nr 530773.
- Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 28.11.2012 r., sygn. III CZP 65/12, LEX nr 1230043.

Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 25.02.2016 r., sygn. I KZP 20/15, LEX nr 1984687.

Wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z dnia 02.03.2010 r., *Kozák v. Polska*, skarga nr 13102/02, HUDOC.

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 23.02.2007 r., sygn. I ACa 590/06, LEX nr 259105.

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 26.06.2014 r., sygn. I ACa 40/14, LEX nr 1496122.

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 06.12.2007 r., sygn. IV CKS 301/07, LEX nr 361309.

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 21.03.2013 r., sygn. III KK 268/12, LEX nr 1311768.

Wyrok Sądu Okręgowego w Poznaniu z 19.04.2011 r., sygn. II Ca 284/11, nie-publ.

Summary

Access to information about the health status of a patient in the same-sex relationship

The right to access information concerning one's health status constitutes one of the fundamental rights of the patient, serving as an expression of respect for their dignity and autonomy in making decisions regarding medical treatment. Concurrently, access to such information is of considerable significance to individuals closely connected to the patient. In situations where the patient remains conscious and possesses full capacity, they may freely authorize designated individuals to obtain medical information on their behalf. Complications arise, however, when the patient is unconscious or otherwise incapable of comprehending the nature and significance of the information. In such circumstances, statutory provisions entitle a "person closely related to the patient" to access the

patient's health information. In practice, this term is frequently subject to misinterpretation, which may result in the unjustified refusal to disclose information to a same-sex partner of the patient. This article undertakes a legal analysis of the applicable regulations governing access to medical information in the context of patient incapacity. Particular attention is devoted to the interpretative scope of the term "person closely related to the patient" with the aim of demonstrating that the gender composition of the relationship bears no legal relevance to the right of access. The text further offers a critical evaluation of the deficiencies inherent in the current legal framework and proposes *de lege ferenda* recommendations.

Key words: access information about a health status, patients' rights, person closely related to the patient, LGBT+ patients

MGR STANISŁAW CHYLA-SMYK

UNIWERSYTET SWPS

ORCID: 0009-0001-8525-2404

Zasada *volenti non fit iniuria* w kontekście nieodwracalnych procedur medycznych i kosmetycznych

DOI: 10.70537/PPM/210286

Streszczenie

W przedstawionym tekście omawiana jest zasada *volenti non fit iniuria*. Analizowane jest jej zastosowanie w kontekście procedur medycznych i kosmetycznych mających związek ze współczesnymi zmianami społeczno-kulturowymi. Rozważane jest odniesienie omawianej zasady do prawa karnego i granic praw jednostki do samostanowienia o swoim ciele. Problem dotyczy m.in. zabiegów medycznych i kosmetycznych ingerujących w cielesność człowieka, takich jak wazektomia, tzw. zmiana płci oraz tatuaże i skaryfikacje ciała. Podane zabiegi, mimo iż podlegają tym samym regulacjom prawnym, cechuje różna dostępność, a także inne skutki prawno-karne ich wykonania. Wiąże się to z charakterem dóbr, jakie są naruszane – czy jest to dobro o charakterze indywidualnym, społecznym czy łączonym.

Słowa kluczowe: prawo karne, *volenti non fit iniuria*, procedury medyczne i kosmetyczne, dostęp do świadczeń

Znana nie tylko prawnikom łacińska reguła *volenti non fit iniuria* (pol. *chcącemu nie dzieje się krzywda*) została w 1999 roku umieszczona jako jedna z 86 inskrypcji na kolumnach Sądu Najwyższego Rzeczypospolitej Polskiej w Warszawie. Paremia ujęta w nieco dłuższej, zaczerpniętej z Ulpiana formie, w brzmieniu: *nulla iniuria est, quae in volentem fiat* (pol. *nie wyrządza się*

krzywdy chcącemu)¹, będąca elementem uniwersalnego i ponadczasowego kanonu rzymskiej myśli prawnej, wykuta w spiżu stała się jednym z filarów myśli prawniczej – zarówno dla obecnych, jak i przyszłych pokoleń Polaków². Reguła zaczerpnięta z *Digestów justyniańskich* przeszła długą drogę od swego pierwotnego użycia aż po kontrowersyjne zastosowanie, chociażby w prawie kontraktowym, gdzie stanowić zaczęła tarczę dla strony silniejszej w prawnym starciu ze stroną słabszą³.

Celem niniejszego opracowania jest ustalenie, w jakim zakresie i pod jakimi warunkami zasada *volenti non fit iniuria* może stanowić podstawę do wyłączenia odpowiedzialności karnej w przypadku nieodwracalnych⁴ procedur medycznych i zabiegów kosmetycznych⁵, takich jak wazektomia czy podwiązanie jajowodów, operacje określane jako zmiana płci lub tatuaże i skaryfikacje ciała. Problem badawczy koncentruje się na pytaniu: czy i w jakim stopniu zgoda osoby poddającej się tego typu procedurom może skutecznie wyłączyć bezprawność czynu na gruncie obowiązujących regulacji karnych, w kontekście ochrony dóbr prawnych o charakterze indywidualnym, społecznym i indywidualno-społecznym? W szczególności analizie zostało poddane napięcie między konstytucyjnym prawem jednostki do samostanowienia a prawnokarną ochroną określonych dóbr i wartości, wyrażającą się w zakazie określonych zachowań – nawet w przypadku wyraźnej zgody dysponenta dobra.

W niniejszym opracowaniu zastosowana została metoda analizy dogmatycznej, ze szczególnym uwzględnieniem wykładni przepisów pra-

¹ D. 47,10,1,5, pochodzi z fragmentu lib. 56 *ad edictum* Ulpiana [za:] W. Wołodkiewicz, *Regulae iuris. Łacińskie inskrypcje na kolumnach Sądu Najwyższego Rzeczypospolitej Polskiej*, Warszawa 2011, s. 83.

² W. Wołodkiewicz, *Regulae iuris. Łacińskie...*, s. 13-14.

³ Por. W. Wołodkiewicz, *Regulae iuris. Łacińskie...*, s. 84. Jak pisze ponadto W. Wołodkiewicz: *również w polskim orzecznictwie występuje jako argument uzasadniający liberalne „twarde” wykonywanie umów* (zob. np. orzeczenie TK z 4.12.1991 r., W 4/91, OTK 1991, Nr 1, poz. 22).

⁴ W tekście przyjęto, iż procedury/zabiegi, o których mowa, są nieodwracalne w tym sensie, że ich odwrócenie – o ile w ogóle możliwe – stanowi trudny problem, obciążony wysokim ryzykiem niepowodzenia.

⁵ Zabiegi kosmetyczne rozumiane są na potrzeby tego tekstu szeroko, jako zabiegi mające na celu upiększenie ciała osoby im się poddającej lub jego zmianę podyktowaną chęcią poprawienia samooceny danej osoby. Równocześnie nie mają one bezpośredniego uzasadnienia medycznego, tzn. nie służą bezpośredniej ochronie zdrowia lub życia.

wa karnego materialnego. Punktem odniesienia jest zasada *volenti non fit iniuria*, której zakres zastosowania został zestawiony z obowiązującym stanem prawnym, orzecznictwem i stanowiskiem doktryny. Celem badania jest nie tylko zdiagnozowanie obecnego modelu prawnokarnej oceny wybranych procedur medycznych i kosmetycznych, ale także wskazanie napięć normatywnych w obszarze kolizji między autonomią jednostki a interesem publicznym.

Problem trudności istniejących na styku medycyny i prawa opisuje np. M. Filar, który doszukuje się jego źródeł w zasadniczej różnicy między filozofią prawa oraz medycyny. W filozofii prawa istnieje wyraźny punkt, w którym kończy się jeden byt normatywny, a zaczyna inny. Odmienne w filozofii medycyny, gdzie dychotomia *zdrowie-choroba* funkcjonuje rozpięta na pewnym *continuum*, płynnie przechodzącym z jednego ekstremum w drugie. Trudno mówić o momencie, w którym zaczyna się zdrowie, a kończy choroba i odwrotnie⁶. To napięcie i ta niejednoznaczność będzie uwidaczniać się również w poniższych rozważaniach.

Odnosząc się do konkretnych, przywołanych we wstępie przykładów, nakreślę stan prawny i zaznaczę różnice, z jakimi spotykają się w Polsce trzy podane grupy zabiegów, z których każdy ingeruje w mniejszy lub większy sposób w cielesność człowieka, wszystkie zaś są pożądane przez osoby pragnące się im poddać⁷.

Nieterapeutyczna sterylizacja chirurgiczna

Pierwszym przykładem jest tzw. trwała antykoncepcja, która w polskim porządku prawnym nie została ustawowo uregulowana. Chodzi tu o procedury medyczne, stanowiące *de facto* zabiegowe metody antykoncepcji – wazektomię, mającą na celu zablokowanie drożności nasieniowodów, jak i salpingotomię, tj. podwiązanie jajowodów. Stosowane i uznawane

⁶ M. Filar, *Lekarskie prawo karne*, Kraków 2000, s. 13.

⁷ Dla podjętych tu rozważań ważna jest własnowolność i chęć poddania się procedurze medycznej/kosmetycznej.

w wielu krajach, w Polsce oferowane są rzadko (choć dostrzegany jest trend wzrostowy⁸), m.in. ze względu na ryzyka wynikające z niejasnego stanu prawnego w odniesieniu do normy prawnokarnej formułującej tzw. przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu⁹. Chodzi oczywiście o te, które *per se* nie stanowią zabiegów medycznych, gdyż *obejmują swym zakresem każde działanie podjęte z zastosowaniem takich środków, metod i procedur, którego przedmiotem jest nprawdźcie organizm ludzki, jednak motywem ich podjęcia nie jest cel leczniczy*¹⁰.

M. Filar dokonuje rzetelnego podziału nieterapeutycznych czynności lekarskich na trzy grupy: 1) prawem dozwolone, 2) bez określonych norm prawnych, ale dające się wywieść z ogólnosystemowej wykładni prawa, 3) czynności prawnie zabronione¹¹. Na gruncie prawa polskiego trwała antykoncepcja uznawana jest w doktrynie, przez większość komentatorów, za niezgodną z przepisami. Wypełnia bowiem znamiona czynu zabronionego z art. 156 § 1 pkt 1 k.k., tj. sytuacji spowodowania ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, m.in. w postaci pozbawienia zdolności płodzenia¹². Pogląd taki wyraża m.in. E. Hryniewicz¹³, E. Zielińska¹⁴, G. Rejman¹⁵ czy M. Nesterowicz¹⁶. W moim przekonaniu należy się z tym stanowiskiem zgodzić¹⁷.

⁸ Por. J. Gierak-Onoszko, *Antykoncepcja po męsku*, „Polityka” 2015, nr 43, s. 42.

⁹ M. Filar, *Odpowiedzialność karna związana z nieterapeutycznymi czynnościami lekarskimi*, „Prawo i Medycyna” 2000, nr 5, s. 59-60.

¹⁰ M. Filar, S. Krześ, E. Marszałkowska-Krześ, P. Zaborowski, *Odpowiedzialność lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej*, Warszawa 2004, s. 156.

¹¹ M. Filar, *Odpowiedzialność karna...*, s. 63.

¹² Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (t.j. Dz.U. z 2020 r., poz. 1444); czyn jest objęty sankcją *pozbawienia wolności od lat 3 do 20*.

¹³ E. Hryniewicz, *Zgoda dysponenta dobrem prawnym na gruncie prawa karnego* [w:] *Zgoda pokrzywdzonego*, red. R. Zawłocki, Warszawa 2012, s. 32.

¹⁴ E. Zielińska, *Warunki dopuszczalności zabiegów sterylizacji*, „Państwo i Prawo” 1985, nr 9, s. 67.

¹⁵ G. Rejman, *Odpowiedzialność karna lekarza*, Warszawa 1991, s. 145-147.

¹⁶ M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, Toruń 2013, s. 360.

¹⁷ Gwoli ścisłości pragnę zaznaczyć, że w niniejszych rozważaniach świadomie pomijane są przypadki wyjątkowej konieczności. Na potrzeby tej krótkiej analizy przyjęto bowiem – jako najważniejszy czynnik – woluntarystyczną postawę jednostki, pragnącej przy zastosowaniu procedur wykonywanych przez osoby trzecie dysponować swoim ciałem wedle własnego wyobrażenia i uznania.

Niemniej jednak w doktrynie występuje także stanowisko bardziej znuansowane lub wręcz przeciwne¹⁸, jak również głosy wprost postulujące legalizację omawianych zabiegów¹⁹. Autorzy podnoszą argumenty m.in. z zakresu standardów ochrony praw człowieka oraz postulują stworzenie jednoznacznych regulacji ustawowych, które eliminowałyby wątpliwości co do wykładni art. 156 k.k. Brakuje jednak wystarczającej refleksji na temat ryzyka możliwych nadużyć czy ewentualnych konsekwencji demograficznych²⁰ – szczególnie w kontekście wcale niemałej statystycznie możliwości wystąpienia żalu jako następstwa poddania się procedurom sterylizacyjnym albo faktycznego nieuświadomienia sobie trwałości skutków tych zabiegów²¹.

Trzeba w tym miejscu podkreślić, że uznanie takich zabiegów za w pełni dopuszczalne – na podstawie samej tylko zgody zainteresowanego –

¹⁸ Por. M. Kowalewska-Laguna, *Dobrowolna sterylizacja w prawie polskim na tle prawnoporównawczym*, „Państwo i Prawo” 2014, nr 1; R. Kubiak, *Czy zgoda na ciężki uszczerbek na zdrowiu jest skuteczna prawnie* [w:] *Meandry prawa karnego i kryminalistyki. Księga jubileuszowa prof. zw. dra hab. Stanisława Pikeńskiego*, red. J. Kasprzak, W. Cieślak, I. Nowicka, Szczytno 2015; O. Sitarz, *Dobrowolna sterylizacja* [w:] *Miedzy stabilnością a zmiennością prawa karnego. Dylematy ustawodawcy*, red. W. Cieślak, M. Romańczuk-Gracka, Olsztyn 2017; R. Snarski, *Dopuszczalność dobrowolnej sterylizacji – uwagi na tle prawnoporównawczym*, „Przegląd Prawniczy Uniwersytetu Warszawskiego” 2015, nr 2; A. Wąsek, *Czy dobrowolna sterylizacja jest przestępstwem*, „Państwo i Prawo” 1988, nr 8.

¹⁹ Np. M. Reshef stwierdza: *nowoczesne państwo demokratyczne powinno gwarantować swoim obywatelom, że nikt nikomu nie będzie narzucać restrykcyjnych regulacji w sprawach, które powinny być pozostawione wyłącznie sumieniu człowieka. W świeckim państwie każdy, zarówno wierzący, jak i niewierzący, powinien móc żyć wedle własnych przekonań*. Odnosząc to do warunków polskich trzeba pamiętać o ogromnej roli, jaką w dyskursie publicznym odgrywa Kościół katolicki. M. Reshef, *Wąsekotomia na życzenie – karnoprawne skutki jej dokonania*, „Medyczna Wokanda” 2013, nr 5, s. 96. W swej argumentacji autorka kładzie nacisk na indywidualny wymiar dobra, jakim jest zdolność płodzenia, dezawuuując przy tym jego wymiar społeczny. Wydaje się to zbyt dużym uproszczeniem.

²⁰ W dyskusji na temat dobrowolnej sterylizacji nieterapeutycznej nie da się zupełnie pominąć bieżącego kontekstu demograficznego. Obecnie w Polsce widoczny jest wyraźny kryzys – w 2023 r. wskaźnik dzietności wyniósł 1,16. Dane z analizy statystycznej: GUS, *Sytuacja demograficzna Polski do 2023 r.*, Warszawa 2024, s. 67.

²¹ Ze zrozumiałego braku danych pochodzących z Polski, bazuję tu na danych amerykańskich, które wskazują, że po sterylizacji średnio 7,7% respondentów zgłosiło żal, przy czym znacznie wyższy odsetek żalu odnotowano wśród osób poddanych sterylizacji w wieku ≤ 30 lat. Łącznie 21,1% osób poddanych sterylizacji i 38,0% osób rozważających sterylizację odpowiedziało, że chciałoby skorzystać z pomocy w podjęciu decyzji, gdy rozważało sterylizację – tłumaczenie własne – S. Siemons, M. Vleugels, M. van Balken, D. Braat, T. Nieboer, *Male or female sterilization – the decision making process: Counselling and regret*, „Sexual & Reproductive Healthcare” 2022, nr 33, s. 3. Autorzy wskazują też na cztery wcześniejsze analizy badawcze, z których wynika, że 6% mężczyzn i 5–20% kobiet żałuje poddania się sterylizacji po jej przeprowadzeniu – ibidem, s. 1.

osłabiałoby prawnokarną ochronę zdolności do prokreacji jako dobra o znaczeniu ważnym nie tylko dla jednostki, ale też szerzej – dla całej wspólnoty²². Stanowisko to, choć obecne w literaturze, nie znajduje dostatecznego oparcia w aksjologii polskiego systemu prawa karnego, który chroni wartości współtworzące fundament ładu społecznego.

Oczywiście należy dodać, że omawiane zabiegi mogą być legalne w pewnych okolicznościach. Jest to możliwe, gdy ich cel jest leczniczy, np. w przypadku onkologicznego leczenia jajników. Brakuje jednak jednoznacznych rozwiązań prawnych w odniesieniu do przypadków, w których motywacja jest nieterapeutyczna, np. osobista decyzja o bezdzietności. Warto tutaj spostrzec, że w ostatnich latach w sferze polityki pojawiły się inicjatywy mające na celu zmianę obowiązującego prawa w tymże zakresie²³.

W przypadku trwałej antykoncepcji widać jasno, iż analizowana w tym tekście antyczna reguła podlega obecnie wyraźnym ograniczeniom w zakresie tu omawianym. Píše o tym np. M. Świderska: *jeśli w dziedzinie nieterapeutycznych zabiegów lekarskich nie respektuje się zasady volenti non fit iniuria, nie można więc wyłącznie skupiać się na bezwzględnym respektowaniu woli żądającego sterylizacji z powodów pozamedycznych. Jest to bowiem postać okaleczania pacjenta na jego żądanie, przy założeniu, że sterylizacja taka ma skutki nieodwracalne lub niska jest szansa na przywrócenie płodności*²⁴.

²² M.in. konstytucyjna ochrona rodzicielstwa (art. 18 Konstytucji RP) i zdrowia kobiety ciężarnej (art. 68) czy też prawnokarna ochrona rozwoju człowieka od momentu poczęcia (art. 152-154 k.k.) wskazują pośrednio na uznanie prokreacji za dobro chronione – istotne dla całej wspólnoty, nie zaś tylko dla jednostki.

²³ Np. 26 listopada 2021 r. Lewica złożyła w Sejmie poselski projekt zmiany w Kodeksie karnym zakładający wyłączenie przestępności pozbawienia płodności w przypadku przeprowadzenia zabiegu lekarskiego przez lekarza za świadomą zgodą pacjenta. W. Nowicka, przedstawicielka wnioskodawców, pisała wówczas: *złożyłam dziś do łaski marszałkowskiej projekt ustawy ostatecznie legitymizującej metodę antykoncepcji, traktowanej w Polsce jak nielegalną – świadomej rezygnacji z własnej płodności, czyli dobrowolnego ubezpłodnienia*. Cytat za postem na portalu Facebook: <https://www.facebook.com/WandaNowickaPoslanka/posts/368190291772428>.

²⁴ M. Świderska, *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny*, Toruń 2007, s. 370. W naukach medycznych można spotkać się ze stanowiskiem, iż np. wazektomia jest *bezpieczną i efektywną metodą trwałej sterylizacji u mężczyzn*, E. Oszukowska, J. Słowikowska-Hilczar, J.K. Wolski, P. Kula, M. Sosnowski, K. Kula, *Chirurgia w andrologii*, „Chirurgia Polska” 2006, nr 8, s. 219. Inny pogląd, podnoszący wpływ postępu w dziedzinie mikrochirurgii, można spotkać np. w: J.J. Pawłowicz, *Wazektomia: metoda „antykoncepcji” czy okaleczanie mężczyzn?*, „Teologia i Moralność” 2010, nr 8, s. 57, jednak i tam wskazuje się na niepełną, a z biegiem lat wręcz drastycznie malejącą skuteczność rewazektomii, tj. odwrócenia procedury wazektomii.

Zabiegi tzw. zmiany płci

Przykład drugi, zarysowany na wstępie, to tzw. operacje zmiany płci (czy też korekty lub uzgodnienia płci – jak niekiedy preferują określać to osoby poddające się zabiegom). Chodzi tu o poddanie się właściwym procedurom – choć niewyłącznie, to przede wszystkim chirurgicznym, mającym – w zależności od przyjętej aksjologii – charakter terapeutycznych bądź nie-terapeutycznych²⁵ procedur zlecanych i wykonywanych przez lekarzy.

Odrębną kwestią, wartą jednak poruszenia w tym miejscu, jest sprawa zmiany statusu prawnego osoby przechodzącej tzw. tranzycję, czyli proces fizycznej zmiany płci. Dotychczasowa praktyka wymagała, aby osoba transseksualna chcąc dokonać metrykalnej zmiany płci, pozywała swoich rodziców o błędne oznaczenie płci w akcie urodzenia²⁶. Rodziło to niekiedy istotne pytania o granice samostanowienia jednostki i zakres ingerencji państwa w możliwość autoidentyfikacji płciowej obywatela.

W ostatnim czasie nastąpiła jednak zmiana obowiązującej zasady prawnej – w uchwale pełnego składu Izby Cywilnej Sądu Najwyższego z 4 marca 2025 r. w sprawie III CZP 6/24 odstąpiono od utrwalonej linii z 1989 r. (III CZP 37/89), dopuszczając tryb nieprocesowy. Obecnie żądanie zmiany oznaczenia płci w akcie urodzenia podlega rozpoznaniu przez sąd w postępowaniu nieprocesowym przy zastosowaniu w drodze analogii art. 36 ustawy z dnia 28 listopada 2014 r. – Prawo o aktach stanu cywilnego²⁷. Zmiana może nastąpić wyłącznie na wniosek osoby, której akt dotyczy²⁸.

Choć rozwiązanie to upraszcza procedurę i eliminuje konieczność pozywania rodziców, nie zmienia to faktu, że sama chirurgiczna zmiana płci

²⁵ Przyjmuje się, iż zabiegi terapeutyczne i nieterapeutyczne to synonimy odpowiednio zabiegów leczniczych i nieleczniczych; R. Rejmanski, *Problemy interpretacyjne wybranych pojęć zawartych w art. 192 k.k.*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2012, nr 4, s. 68.

²⁶ O polskich regulacjach choćby w: K. Urbanowicz, M. Bętkowska, *Prawne aspekty zmiany płci – uwagi na gruncie prawa polskiego oraz wybranych krajów europejskich*, „Medyczna Wokanda” 2018, nr 10; J. Ludwиковski, *Aby zmienić płeć, trzeba pozwać do sądu rodziców*, *Gazeta Prawna* 8 czerwca 2015.

²⁷ Procedura sprostowania aktu stanu cywilnego przez sąd w postępowaniu nieprocesowym.

²⁸ Ponadto oprócz wnioskodawcy uczestnikiem postępowania może być tylko jego małżonek (art. 510 k.p.c.).

– jako zabieg nieodwracalny oraz pozbawiony jednoznacznie leczniczego charakteru – pozostaje w kolizji z prawnokarną ochroną integralności cielesnej człowieka i wymaga traktowania w kategoriach wyjątku. Nowe orzecznictwo nie może być równocześnie traktowane jako podstawa do pełnej liberalizacji sfery, jaką jest płciowość i związana z nią płodność człowieka, lecz jedynie jako korekta proceduralna – w kwalifikowanych okolicznościach, która nie uchyla obowiązku państwa do ochrony określonych dóbr prawnych i nie zmienia podstawowej aksjologii systemu prawnego.

Kwestia przejścia procesu metrykalnej zmiany płci jest ważna, gdyż bez niej niemożliwa jest chirurgiczna zmiana płci. Aby zrozumieć przyczynę takiego stanu rzeczy, musimy się cofnąć do źródeł prawa. Kluczowy staje się tu znów art. 156 § 1 k.k., z którego wywodzi się znaczenie takich pojęć jak choćby zdrowie człowieka. A. Zoll w komentarzu do kodeksu karnego, nawiązując do rzeczzonego artykułu, definiuje zdrowie jako *prawidłowość procesów fizjologicznych i związaną z tym wydolność człowieka do wypełniania jego funkcji społecznych*²⁹. Można zatem wnioskować, iż utrudniający w stopniu znaczącym przyszłe funkcjonowanie społeczne jednostki zabieg, trzeba by uznać za bezprawny.

Polskie prawo dopuszcza jednak wyjątek: uchylenie bezprawności kryminalnej zabiegu zmiany płci jest możliwe przy uznaniu, iż odbywa się on w celu leczniczym, a osoba transseksualna wyraziła nań zgodę³⁰. Taką interpretację wywieść można jeszcze z orzeczenia Sądu Najwyższego z dnia 25 lutego 1978 roku, sankcjonującego praktykę, które mówi, iż *w wypadku wyjątkowym sąd może sprostować akt urodzenia przez zmianę oznaczenia płci także przed dokonaniem korekcyjnego zabiegu operacyjnego zewnętrжных narządów płciowych, jeżeli cechy nowo kształtujących się płci są przeważające i stan ten jest nieodwracalny*³¹.

²⁹ Kodeks Karny. Część szczególna. Komentarz do art. 117-277, red. A. Zoll, Kraków 2006, s. 328. Równocześnie warto tutaj przywołać szeroko akceptowaną w porządku międzynarodowym definicję Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), która weszła w życie dnia 7 kwietnia 1948 r., w myśl której *zdrowie to stan pełnego fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu, a nie tylko brak choroby lub niepełnosprawności*.

³⁰ J. Warylewski, *O duszy uwięzionej w obcym ciele. Dopuszczalność chirurgicznej zmiany płci w świetle prawa karnego*, „Gazeta Sądowa” 2000, nr 7-8, s. 56-60.

³¹ Wyrok SN z dnia 25.02.1978 r., sygn. III CZP 100/77, OSP 1983, nr 10, poz. 217; zob. także: M. Sośniak, *Głosa do wyroku SN z 25 lutego 1978 r., III CZP 100/77, OSP 1983, nr 10, poz. 217 oraz*

Jak pisze J. Warylewski w konsekwencji orzeczenia: *w środowisku medycznym, wypracowano jednolity tryb postępowania przy podejmowaniu decyzji co do adaptujących operacji chirurgicznych. Przedstawiał się on następująco: 1) uzyskanie skierowania z Zakładu Seksuologii i Patologii Więzi Międzynarodowych w Warszawie, 2) odbycie 2-letniej kuracji hormonalnej połączonej z obserwacją, 3) sprostowanie aktu urodzenia i 4) wykonanie zabiegu*. Proces ten, mimo pewnych zmian, co do *meritum* zachowuje aktualność do dziś³². T. Gardocka, pisząc m.in. o ryzykach prawnych związanych z przedwczesną zmianą płci metrykalnej, kiedy nie został jeszcze dokonany *zabieg nazywany „chirurgiczną zmianą płci”*³³, wskazuje, że pełna procedura powinna obejmować faktycznie sześć następujących po sobie etapów: 1) badania psychologiczne, 2) terapia hormonalna, 3) test realnego życia, 4) uregulowanie sytuacji prawnej w zakresie dotychczasowego związku małżeńskiego, jeżeli osoba pozostaje w takim związku, 5) zabieg medyczny (cykl zabiegów chirurgicznych), 6) specyficzna administracyjna procedura zmiany w akcie stanu cywilnego – jako finalna część postępowania³⁴. I dodaje: *wydaje się, że uregulowanie procedury w odrębnej, specyficznej ustawie zapewniłoby odpowiednią kontrolę tej, z jednej strony okaleczającej, z drugiej strony niezwykle ważnej dla pacjenta, procedury*³⁵.

Należy także nadmienić, że wciąż dyskusyjna pozostaje kwestia, na ile terapeutycznym zabiegiem jest tzw. korekta płci³⁶. M. Filar w sposób na-

S. Dulko, K. Imieliński, *Glosa do wyroku SN z dnia 25 lutego 1978 r., III CZP 100/77*, OSP 1983, nr 10, poz. 217.

³² J. Ostojka, *Sądowa zmiana płci*, rozprawa doktorska, Warszawa 2014, s. 53-54.

³³ T. Gardocka, *Zmiana płci jako zagadnienie prawne*, „Medyczna Wokanda” 2013, nr 5, s. 49; i doprecyzowuje w dalszej części zdania, czym ów zabieg skutkuje: *de facto pozbawia człowieka płci biologicznej (wyrażającej się m.in. w zdolności płodzenia), wytwarzając natomiast zewnętrzne cechy płci oczekiwanej*.

³⁴ Ibidem, s. 50-51.

³⁵ Ibidem, s. 51.

³⁶ Na marginesie należy zauważyć, że w czerwcu 2018 roku Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), publikując odświeżoną, jedenastą edycję Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD-11), wykreśliła transseksualizm z listy zaburzeń psychicznych. Ponownie otworzyło to pole do dyskusji o medycznym wymiar samego zabiegu (czy raczej serii zabiegów) tzw. zmiany płci. Skoro bowiem nie ma mowy o zaburzeniu wymagającym leczenia – ani na poziomie fizjologii, ani psychiki, to czym właściwie jest procedura, którą ma przeprowadzać lekarz i na ile mieści się ona w etosie zawodu, ale też w jego przedmiotowym zakresie (hipokratesowe *primum non nocere*)? W tej sytuacji nie można mówić o zabiegu *sensu stricto* medycznym. Trzeba także nadmienić, że transseksualizm wciąż budzi dość powszechne społeczne kontrowersje, w tym również w środowiskach lekarskich oraz psychoterapeutycznych. Wciąż bywa

stępujący wykazuje na brak możliwości uznania leczniczego charakteru zabiegu zmiany płci: *skoro transseksualizm jest patologicznym zaburzeniem identyfikacji rodzajowej, a więc w istocie chorobą, uświadomić sobie musimy, iż zabieg taki nie prowadzi do jej wyleczenia, tj. w tym przypadku do przywrócenia prawidłowej, zgodnej ze stanem biologicznym identyfikacji rodzajowej, a przeciwnie, przez wytworzenia atrap zewnętrznych narządów płciowych, utrwała jedynie patologiczną identyfikację rodzajową, czyniąc ponadto stan ten nieodwracalnym. (...) W takiej sytuacji prawnej medyk musi wykazać sporo odwagi, by się zabiegowi takiego podjąć. Tym bardziej że jest to zabieg niełatwy i jego sukces wcale nie gwarantowany*³⁷. Po raz kolejny mamy więc do czynienia z dużą niejasnością interpretacyjną odnośnie do samej procedury oraz z niejednoznacznym odczytywaniem i uwzględnianiem woli osoby transseksualnej.

Problemu należy znów doszukiwać się w aksjologii, przede wszystkim zaś w braku zgody we współczesnej nauce co do definicji pojęcia płci. Medycyna definiuje ją jako *zespół cech, które w obrębie gatunku odróżniają osobniki męskie produkujące plemniki oraz osobniki żeńskie, które produkują komórki jajowe*³⁸. Psychologia określa płeć jako *złożone atrybuty kulturowo przypisywane mężczyznom i kobietom, powstające w konkretnych warunkach i okolicznościach, na podstawie specyficznych doświadczeń*³⁹. Socjologia zaś nazywa nią *zróżnicowane i złożone relacje między mężczyznami i kobietami, obejmujące system reprodukcji, płciowy podział pracy oraz kulturowe definicje kobiecości i męskości*⁴⁰.

Jak widać, mimo przytoczenia tylko wybranych przykładów definicji, materia ta ujmowana jest w różnoraki sposób przez różne dziedziny nauki. Dodatkowo nakładane są na nią „filtry” o charakterze etyczno-mo-

też przez niektórych postrzegany jako zaburzenie osobowości, stanowiące *sytuację patologiczną nie na poziomie cielesnym, ale na poziomie autoidentyfikacji płciowej osoby*, por. J. Wróbel, *Transseksualizm z perspektywy ekologicznej*, „Family Forum” 2016, nr 6, s. 119. Niewątpliwa jest złożoność samego zjawiska. Podobnie bezsporna jest próba sztywnego uramowienia go, nosząca niekiedy znamiona ideologizacji, co dotyczy szczególnie skrajnych uczestników dyskursu – po różnych jego stronach. Przyjmują oni dziś niejednokrotnie rolę apologetów radykalnych zmian, w tym również zmian prawnych, co chyba najwyraźniej widać na przykładzie dyskursu toczącego się obecnie w Stanach Zjednoczonych Ameryki.

³⁷ M. Filar, *Transseksualizm jako problem prawny*, „Przegląd Sądowy” 1996, nr 1, s. 82.

³⁸ K. Imieliński, S. Dulko, M. Filar, *Transpozycje płci. Transseksualizm i inne zaburzenia identyfikacji płciowej*, Kraków 2001, s. 3.

³⁹ B. Lott, D. Maluso, *Spółeczne uczenie się męskości i kobiecości* [w:] *Kobiety i mężczyźni: odmienne spojrzenie na różnice*, red. B. Wojciszke, Gdańsk 2004, s. 97.

⁴⁰ H. Bradley, *Płeć*, Warszawa 2008, s. 11.

ralnym – czy to wywodzone z religii, czy to związane z pozareligijnymi osobistymi przekonaniami człowieka. Stanowi to dodatkową trudność w jej prostym definiowaniu. Takiego rozdzwiku, jak dziś, nie było dotąd w historii ludzkości.

Należy również zauważyć, że w doktrynie znajdujemy twierdzenia niektórych autorów, uznających głęboko zakorzeniony charakter płci psychicznej osób transseksualnych. Na przykład J. Ignatowicz w głosie do uchwały Sądu Najwyższego z dnia 22 września 1995 roku pisze wyraźnie, że *pleć psychiczna osoby transseksualnej „znajdowała od początku zakotwiczenie w organizmie”, późniejsze zabiegi nie doprowadziły do zmiany płci, tylko do jej ujawnienia*⁴¹. Zakłada on więc, że transseksualizm istnieje *ex tunc*. Podobną tezę przyjmuje M. Safjan, kiedy mówi o ciągłości płci człowieka. W głosie do postanowienia Sądu Najwyższego z dnia 22 marca 1991 roku stwierdza on, iż *ustalenia w zakresie stanu cywilnego muszą z natury rzeczy opierać się na kryteriach dostatecznie pewnych, obiektywnych i w jakiś sposób weryfikowalnych. Stan cywilny nie należy do zakresu «samookreślenia się człowieka»; jest mu «dany», nie jest więc przedmiotem swobodnych dyspozycji*⁴². Należałoby zatem mówić nie o woli zmiany płci, lecz o woli osoby transseksualnej, by w autorytecie państwa ponownie została ustalona jej pleć.

Mimo iż – podobnie jak w przypadku trwałej antykoncepcji – zmiana płci stanowi nieodwracalne okaleczenie ciała dokonywane za zgodą osoby własnowolnie i chętnie się temu poddającej, stanowi ona przykład nieco jednak inny. Obarczona jest ogromnymi obostrzeniami, lecz zgodnie z obowiązującymi przepisami – w pewnych sytuacjach – możliwe jest jej chirurgiczne zrealizowanie.

Widzimy tutaj, jak inaczej zarysowane są granice omawianej reguły. W tym kontekście J. Warylewski napisał: *dostrzegając granice funkcjonowania zasady volenti non fit iniuria, uznaje realizację dążeń transseksualistów do zmiany płci za mieszczącą się jeszcze w tych granicach, aczkolwiek na zasadzie pewnego wyjątku*.

⁴¹ J. Ignatowicz, *Głos do uchwały SN z dnia 22 września 1995 r.*, III CZP 118/95, OSP 1996, nr 4.

⁴² M. Safjan, *Głos do postanowienia SN z dnia 22 marca 1991 r.*, III CRN 28/91, „Przegląd Sądowy” 1993, nr 2.

Bowiem jak mądrze zauważył M. Hirschfeld: „Nie ciało, ale dusza, stanowi w tych razach miarę”⁴³. Sprawa oceny jest, jak widać z lektury licznych tekstów i omówień, co najmniej niejednoznaczna i wciąż mocno dzieląca komentatorów.

Tatuaze i skaryfikacje ciała

Trzecim, a zarazem ostatnim przywoływanym tutaj przykładem są tatuaze oraz skaryfikacje ciała (nazwane też niekiedy tatuazami bliznowymi). Przykład ten pokazuje, że *chcący* ma nie tylko prawo i możliwość realizacji planu przemiany własnego ciała powodowanego innymi niż medyczne przesłankami, ale też ryzyko karalności czynu w przypadku osób wykonujących te zabiegi jest znikome, mimo iż jej źródłem mogą być identyczne przepisy prawnokarne, przywoływane wcześniej⁴⁴. Można przyjąć, że wynika to ze stosunkowo dużego przyzwolenia społecznego na robienie tatuażu, ale i na ponoszenie związanych z ich posiadaniem konsekwencji⁴⁵, a także zgodą – w tym konkretnym wypadku – na przedłożenie własnych jednostkowych wyborów ponad dość luźną już normę społeczną, za jaką uznać należy ograniczoną tolerancję dla tatuażu umieszczonych w miejscach widocznych, ze szczególnym uwzględnieniem uwarunkowań w tym zakresie obecnych na rynku pracy⁴⁶.

Warto zauważyć, że w przeciwieństwie do dwóch pierwszych przykładów, to jest tzw. trwałej antykoncepcji oraz zmiany płci, omawiane tu zabiegi nie są właściwie wykonywane przez lekarzy czy też inne osoby wykonujące zawody medyczne. Nie posiadają one charakteru zabiegów

⁴³ J. Warylewski, *O duszy uwięzionej...*; za tymże: M. Hirschfeld, *Seksualizm a kryminalistyka. Przestępstwa i choroby na tle płciowym*, Warszawa-Kraków-Poznań-Stanisławów, s. 55.

⁴⁴ Szczególnie jeśli te zabiegi mogłyby nieść realne zagrożenia np. dla płodności osoby im się poddającej.

⁴⁵ Por. B. Danieluk, Ł. Kościuczuk, J. Prokop, *Społeczna percepcja tatuażu w Polsce*, Lublin 2003, http://miki.hg.pl/index.php?a=archive_read&show=2018_10&aid=29.

⁴⁶ Por. choćby: <http://facet.interia.pl/ciekawostki/news-w-tych-miejscach-lepiej-zakryc-tatuaze,nId,1021396> czy <http://facet.interia.pl/ciekawostki/news-mial-tatuaze-doniesli-na-niego-dyrekcji,nId,1010838>; na temat zaś skaryfikacji ciała: <http://natemat.pl/28117,skaryfikacja-moda-na-blizny-zobacz-na-co-niektorzy-sa-gotowi-by-poczuc-sie-piekny>.

lecniczych, zaś ich celem jest ozdobienie ciała zgodnie z życzeniem zamawiającego. Można więc tutaj mówić o niemedycznych zabiegach estetycznych. Wykonywane są one odpowiednio przez tatuażystów lub osoby zajmujące się kosmetologią bądź kosmetyką⁴⁷. Tym samym nie mają do nich zastosowania regulacje dotyczące relacji lekarz-pacjent. Jako że osoba tatuująca bądź dokonująca zabiegu skaryfikacji oferuje swoim klientom usługę, zastosowanie znajdują w tych sytuacjach przepisy prawa kontraktowego.

Jak wynika z dotychczasowych rozważań, reguła *volenti non fit iniuria* ma większą moc w odniesieniu do zabiegów, które w swym założeniu służą zasadniczo jedynie ozdobieniu ciała lub poprawieniu jego subiektywnie postrzeganej estetyki, a których nie uzasadnia inna przyczyna, jak może to mieć miejsce np. przy operacjach plastycznych jako następstwie wypadków. Osoba własnowolnie poddająca się zabiegom ponosić powinna odpowiedzialność za swoją decyzję. Oczywiście z takiego rozumowania należy wyłączyć przypadki powikłań w następstwie braku odpowiednich zabezpieczeń higieniczno-sanitarnych. W takich przypadkach odpowiedzialność spoczywa na osobie lub grupie osób odpowiedzialnych za niewłaściwe przygotowanie procedury albo przeprowadzających zabieg.

W mojej opinii przyczyn tego można doszukiwać się w specyficznie ukształtowanej moralności rządzącej społeczeństwem. Przyjmując weberowską etykę odpowiedzialności za własne czyny⁴⁸, a także kierując się

⁴⁷ W tym kontekście warto zwrócić uwagę na dyskusję dotyczącą definicji świadczenia zdrowotnego toczącą się w środowisku medycznym, a w odpowiedzi także w branży kosmetycznej i kosmetologicznej. W załączniku nr 1 do Uchwały 5/21/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 29 stycznia 2021 r. w prawie przyjęcia projektu zmiany w ustawie o działalności leczniczej i projekcie ustawy o wyrobach medycznych zaproponowano nową definicję świadczenia medycznego. Rozszerzono jej treść o *działania służące przywracaniu lub poprawie fizycznego i psychicznego samopoczucia oraz społecznego funkcjonowania pacjenta, poprzez zmianę jego wyglądu, wiążące się z ingerencją w tkanki ludzkie*. Na razie jest to oczywiście jedynie postulat samorządu zawodowego lekarzy, ale spotkał się ze zdecydowaną reakcją branży kosmetycznej i kosmetologicznej, o czym świadczą np. głosy organizacji branżowych: <https://gabinetodzaplecha.pl/organizacje-branzowe-o-ostatnich-dzialaniach-mogacych-ograniczyc-dostep-do-wykonywania-czesci-zabiegow/>, jak również stanowisko: <https://beautyrazem.pl/stanowisko-wobec-nrl/>.

⁴⁸ M. Weber, *Polityka jako zawód i powołanie*, Kraków-Warszawa 1998, s. 70-76 oraz 92-100.

podstawową zasadą kształtowania granic prawa poprzez odniesienie do norm obowiązujących społecznie, należy wnioskować, iż rozumiana na sposób chrześcijański skromność⁴⁹ oraz szacunek do ludzkiego ciała⁵⁰ mogą w przekonaniu niektórych osób stać niejako w sprzeczności z chęcią trwałego zdobienia skóry tatuażami, a tym bardziej z chęcią skaryfikacji ciała. Dodatkowo, w związku z ewentualnością wystąpienia komplikacji natury medycznej, chęć trwałej ingerencji estetycznej w ciało może być w tym kontekście uznawana za nieodpowiedzialną, a co za tym idzie: moralnie wątpliwą⁵¹. Coraz częściej jednak ocena moralna tatuaży bywa dyskutowana wewnątrz choćby Kościoła katolickiego⁵². Widać tutaj wyraźną zmianę nastawienia⁵³.

Nie bez znaczenia pozostaje również fakt postępujących, głębokich zmian społecznych, idących w parze z relatywizacją postaw i ocen moralnych. W toku tych zmian tatuaże (czy szerzej: zewnętrzne aspekty wyglądu człowieka) przestają podlegać mocnym i wyraźnym ocenom społecznym, charakterystycznym dla sfery publicznej, i zostają pozostawiane jedynie subiektywnej ocenie jednostki, przynależąc tym samym wyłącznie do jej sfery prywatnej.

⁴⁹ Odczytywana jako wyraz cnoty *umiarkowania* (łac. *temperantia*); por. <https://adonai.pl/dekalog/?id=33>.

⁵⁰ W tym dla teologii ciała Jana Pawła II. Więcej na ten temat: S. Kozakiewicz, *Ciało dla Pana, a Pan dla ciała (1 Kor 6, 13) – przyczynek do teologii ciała ludzkiego*, „Polonia Sacra” 2015, nr 3(40), s. 65-90.

⁵¹ Por. L. Hoggan, *Tatuaż i piercing. Ocena moralna*, „Miesięcznik Egzorcysta” 2013, nr 43, a także na przykład: <http://gosc.pl/doc/2477762>. Tatuaż-nasz-powszedni. A. Dziuban w rozmowie prowadzonej przez D. Lisa mówi: *w dyskursie kościelnym ta forma modyfikacji ciała do tej pory budzi sporo kontrowersji. Nie zajmowałam się analizą wypowiedzi księży na ten temat, ale jeden z uczestników moich badań, człowiek religijny, miał poważny dylemat. Napiętnował go jeden z księży, sugerując, że tatuowanie ciała to wpuszczenie pod skórę diabła, postawa grzeszna i absolutnie nieakceptowalna*; por. *Zapiskane w ciele*, „Miesięcznik Znak” 2015, nr 2(717).

⁵² Odniesienie się do Kościoła katolickiego bierze się z faktu, iż według aktualnych danych w Polsce jest 89% katolików – por. M. Bożewicz, *Religijność Polaków w ostatnich dziesięcioleciach*, CBOS, 2024.

⁵³ O tatuażach bezpośrednio wypowiedział się choćby papież Franciszek podczas spotkania z młodymi, które odbyło się w Rzymie w 2018 roku: *nie bójcie się tatuaży*, dodając jeszcze: *problemem jest przesada, a nie tatuaż* – tłumaczenie własne – http://www.vatican.va/content/francesco/it/speeches/2018/march/documents/papa-francesco_20180319_visita-pcimme.html W tym temacie także: J. Mikuczewski, *Tatuaż? Przeczytaj zanim zrobisz*, DEON.pl 2015, <https://deon.pl/wiara/wiara-i-spolnoczenstwo/tatuaż-przeczytaj-zanim-zrobisz,224634>

Charakter chronionych dóbr

Ważne dla całości rozważań o zgodzie na dokonanie jakiegoś czynu przez osobę trzecią jest dostrzeżenie, przeciwko jakim dobrom ów czyn jest zwrócony, tj. czy są to dobra o charakterze indywidualnym, społecznym czy indywidualno-społecznym⁵⁴. O ile np. na gruncie prawa anglosaskiego wyłącza się spod odpowiedzialności karnej wybrane grupy czynów (*zgoda pokrzywdzonego jest traktowana jako okoliczność wyłączająca bezprawność również w przypadku zabiegów chirurgicznych – włącznie z zabiegiem zmiany płci, transplantacji organów, wykonywania tatuaży i chirurgii kosmetycznej*⁵⁵), o tyle polski prawodawca nie uregulował w prawie karnym tych spraw w sposób jednoznaczny i szczegółowy.

Należy też zwrócić uwagę na fakt, iż powoływanie się na zasadę *volenti non fit iniuria* jest cechą liberalnego podejścia do praw jednostki i ograniczania ingerencji państwa w zakres obowiązujących jednostkę norm w odniesieniu do dóbr indywidualnych. Łacińska zasada miałaby zdaniem jej piewców funkcjonować jako kontratyp o szerokim zakresie. Jak zauważa jednak M. Rybczyński, *o ile znajduje ona zastosowanie na gruncie prawa cywilnego, np. w przypadku zgody na naruszenie dobra osobistego, to nie można jej tak swobodnie stosownie stosować w prawie karnym*. Powołując się na J. Piskorskiego, stwierdza też, iż słusznym jest, jakoby *zasada volenti non fit iniuria powinna być stosowana z dalece posuniętą ostrożnością i w kategoriach wyjątku*⁵⁶.

W polskim prawie oraz normie orzecniczej zdolność płodzenia ma charakter wyraźnie indywidualno-społeczny i tym samym wszelka próba pozbawiania jednostki tego dobra, nawet na jej własne życzenie, stanowi czyn karalny, gdyż dobro to objęte jest społeczną kontrolą. Podobnie płeć człowieka, także w kontekście chęci jej zmiany, stanowi przykład dobra,

⁵⁴ M. Cieślak, *Polskie prawo karne. Zarys systemowego ujęcia*, Warszawa 1995, s. 255-257.

⁵⁵ J. Warylewski, *Karalność praktyk sadowasochistycznych a prawo do prywatności*, „Gdańskie Studia Prawnicze” 1999, nr 4.

⁵⁶ M. Rybczyński M., *Czy można skutecznie wyrazić zgodę na spowodowanie u siebie uszczerbku na zdrowiu?*, „Votum Separatum” 2015, nr 2-3, s. 16; por też: J. Piskorski, *Volenti non fit iniuria – niedoceniana czy przeceniana zasada prawa karnego?* [w:] *Zgoda pokrzywdzonego*, red. R. Zawłocki, Warszawa 2011, s. 28. W tym artykule autor przedstawia również różne poglądy na zasadę *volenti non fit iniuria* z punktu widzenia filozofii prawa, także w ujęciu historycznym.

które, choć traktowane jest jako indywidualne, posiada znamiona dobra indywidualno-społecznego. Można rzec, że dopiero dowiedzenie wyraźnych przesłanek medycznych zabiegu zmiany płci, poprzedzone prawnym rozstrzygnięciem jej charakteru, kwalifikuje je jako dobro wyraźnie indywidualne. Ta niedookreśloność była dyskutowana przez Sejm i Senat VII kadencji, przy czym prace nad ustawą o uzgodnieniu płci nie zostały sfinalizowane – na skutek jej późnego przegłosowania i weta prezydenta⁵⁷. Ostatni przykład, tj. przykład zabiegów estetycznych będących zabiegami nieterapeutycznymi, takich jak wykonanie tatuaży czy skaryfikacji ciała, opiera się na jasnym założeniu, że dobra, które mogłyby zostać naruszone, mają zasadniczo charakter indywidualny.

Charakter dobra prawnego – czy jest ono dobrem jednostkowym, wspólnym czy mieszanym – nie jest cechą zmienną ani dynamiczną, uzależnioną od orzeczeń sądowych lub od bieżącej polityki prawa. Nie można przyjmować, że decyzja sądu lub nawet ustalenia medyczne mogłyby przekształcać istotę dobra prawnego i przesuwac je z jednej kategorii do drugiej. Zarówno zdolność płodzenia, jak i płciowość człowieka, także w kontekście prób zmiany płci, są dobrami o złożonym, lecz obiektywnym charakterze, których znaczenie wykracza poza sferę czysto prywatnych wyborów jednostki. Orzeczenie sądu może co najwyżej kwalifikować dany stan faktyczny i określać zakres ochrony prawnej, lecz nie ma mocy zmieniania samej natury chronionego dobra.

Na marginesie tych rozważań należałoby dodać, że zasadne byłoby wystrzeganie się wyprowadzania charakteru dobra prawnego z samego tylko zakresu karalności czy aktualnego orzecznictwa, gdyż mogłoby to prowadzić do jego zasadniczej relatywizacji. Właściwe podejście wymaga przyjęcia, że cechy dobra prawnego mają charakter pierwotny i wynikają z jego obiektywnej roli w porządku społecznym i aksjologicznym, a nie z tego, jak w danym momencie ujmują je przepisy prawa.

Aktualna dyskusja na temat dopuszczalności trwałej antykoncepcji czy chirurgicznej zmiany płci pokazuje, że w doktrynie brak jest na ten mo-

⁵⁷ <http://www.sejm.gov.pl/sejm7.nsf/PrzebiegProc.xsp?id=85B75FD599203E5DC1257B8F0034A240>.

ment konsensu⁵⁸. Niemniej jednak skłaniam się ku twierdzeniu, że dobra takie jak zdolność do prokreacji lub integralność płciowa przekraczają granice czysto prywatnej dyspozycji. Choć niewątpliwie wiążą się silnie z tożsamością i poczuciem autonomii osoby, ich prawnokarna ochrona wynika z rozumienia tych wartości jako współkonstituujących strukturę społeczną i mających też wymiar wspólnotowy.

Podsumowanie i wnioski

Zestawienie reguły *volenti non fit iniuria* z obowiązującym stanem prawnym dotyczącym procedur trwałej ingerencji w cielesność człowieka ujawnia nie tylko niespójność praktyki orzeczniczej oraz doktrynalnej, lecz również głębszy problem aksjologiczny: jak właściwie wyważyć między podmiotowością jednostki a prawnokarną funkcją ochrony wartości wspólnych? Choć prawo do samostanowienia wywodzone z konstytucyjnych gwarancji godności (art. 30 Konstytucji RP), prywatności (art. 47) czy wolności osobistej (art. 41), stanowi fundament nowoczesnego państwa prawa, nie powinno być rozumiane w sposób absolutny. Autonomia jednostki nie jest bowiem jedynym dobrem zasługującym na ochronę – współlistnieją z nią dobra prawne o charakterze społecznym lub indywidualno-społecznym, których status wymaga szczególnego namysłu i zrównoważonego podejścia normatywnego.

Zasada *volenti non fit iniuria*, rozpatrywana w kontekście nieodwracalnych ingerencji w ciało człowieka, ujawnia istotne napięcia pomiędzy ochroną autonomii jednostki a potrzebą zapewnienia ciągłości określonego ład u normatywnego. Analiza wybranych procedur medycznych i kosmetycznych wskazuje, że zgoda osoby zainteresowanej nie zawsze prowadzi do wyłączenia bezprawności czynu. W szczególności, gdy naruszane dobra mają charakter indywidualno-społeczny, ustawodawca przy-

⁵⁸ Por. J.M. Ferenz, *Operacje korekty płci: czyn legalny czy bezprawny?*, „Family Forum” 2016, nr 6; B. Kadyśzewski, *Instytucja zgody dysponenta dobrem prawnym na przykładzie zabiegów ubezpladniających*, „Roczniki Administracji i Prawa” 2021, nr 3; I. Kozioł, K. Łakomy, *Wyłączenie odpowiedzialności karnej lekarza za wykonanie chirurgicznego zabiegu zmiany płci*, „Zeszyt Studencki Kół Naukowych Wydziału Prawa UAM” 2019, nr 9; S. Mana-Walasek, *Status prawny zabiegów trwałej antykoncepcji*, autoreferat rozprawy doktorskiej, Warszawa 2020.

muje ostrożne podejście, uznając, że ochrona pewnych wartości może uzasadniać ograniczenie skutków tej zgody. Taki stan rzeczy, choć może być postrzegany jako niespójny z liberalną wizją prawa, znajduje uzasadnienie w strukturze polskiego systemu karnego, który zasadza się mocno na aksjologii wspólnotowej.

W tym ujęciu, utrzymanie ograniczeń dotyczących legalności określonych procedur nie musi być interpretowane jako nieproporcjonalna ingerencja w wolność jednostki, lecz jako przejaw świadomego wyboru ustawodawcy, który dostrzega długoterminowe społeczne konsekwencje niektórych decyzji jednostkowych. Prawo karne – jako instrument o charakterze ochronnym – nie może być całkowicie obojętne wobec długofalowego wpływu określonych zachowań na funkcjonowanie porządku społecznego. Zgoda osoby, choć niewątpliwie istotna, nie może być uznawana za bezwzględnie wystarczającą w przypadku działań o potencjalnie destabilizującym charakterze – zarówno w wymiarze prawnym, jak i aksjologicznym.

Z tego względu refleksja nad kodyfikacją kontratypu zgody wymaga szczególnej uwagi. Niezbędne wydaje się uwzględnienie nie tylko postulatów systematyzacji przepisów, ale także potrzeby zachowania równowagi pomiędzy wolnością jednostki a ochroną dóbr, które mają istotne znaczenie społeczne. Regulacje prawne w tym zakresie powinny być projektowane z uwzględnieniem zarówno zmieniających się warunków kulturowych, jak i stabilnych elementów porządku aksjologicznego. Podejście ostrożne i wyważone – respektujące godność osoby ludzkiej i autonomię jednostki, a jednocześnie zachowujące funkcję ochronną prawa karnego – może zapewnić większą spójność oraz legitymizację rozwiązań obowiązujących w tej wrażliwej sferze.

Wątpliwości dotyczące zgody jako przesłanki wyłączającej bezprawność czynu – jej zakresu, znaczenia i relacji do natury dobra prawnego – pozostają aktualne. Zasadne wydaje się stanowisko, że nie każda zgoda – choćby udzielona w sposób świadomy i własnowolny – powinna prowadzić do zniesienia prawnokarnej ochrony. Jak wskazuje M. Derek, punktem wyjścia powinno być zrozumienie, czy dane dobro prawne w ogó-

le może być przedmiotem swobodnej dyspozycji jednostki⁵⁹. W przypadku dóbr, które nie mają charakteru wyłącznie indywidualnego, decyzja państwa o zachowaniu ochrony prawnej – nawet wbrew zgodzie osoby zainteresowanej – nie jest więc wyrazem paternalizmu, lecz odpowiedzialności za skutki szersze niż wyłącznie indywidualne.

Równocześnie nie powinno się tracić z pola widzenia standardów praw człowieka. Ujęcie wyważone nie może prowadzić do całkowitej negacji znaczenia zgody, lecz do jej kontekstowego rozumienia opartego na wadze dóbr i wartości. Proponowane przez W. Zalewskiego ujęcie kontraktowego zgody jako konstrukcji możliwej do skodyfikowania, ale wymagającej jednoznacznych ograniczeń i przesłanek stosowalności, stanowi obiecującą próbę znalezienia równowagi pomiędzy liberalizmem a funkcją ochronną prawa karnego⁶⁰. Takie podejście pozostaje zbieżne z postulatami O. Sitarz, która podkreśla, że penalizacja zachowań powinna być poprzedzona pogłębioną analizą aksjologiczną, jak również refleksją nad skutkami społecznymi danego zjawiska, nie zaś opierać się jedynie na odruchowej afirmacji wolności jednostki⁶¹.

Omawiane propozycje w zakresie formalizacji kontraktowego zgody są cenne, jednak w moim przekonaniu brakuje wciąż pogłębionej refleksji nad tym, czy zgoda może być różnicowana nie tylko ze względu na przedmiot dobra prawnego, ale także ze względu na trwałość i odwracalność skutków. Problem ten staje się jeszcze wyraźniejszy w konfrontacji z praktyką – zgoda na tatuaż nie budzi dziś już większych kontrowersji, lecz zgoda na zabieg prowadzący do trwałej bezpłodności lub kastracji – już tak. Można zapytać: czy odrębnie nie należałoby potraktować zgody dotyczącej czasowego naruszenia cielesności, jak np. udział w sportach

⁵⁹ Por. M. Derek, *Karnoprawne znaczenie woli dzierżyciela dobra prawnego*, Kraków 2021. Uważam, że w szczególności dotyczy to dóbr o charakterze indywidualno-społecznym, takich jak zdrowie reprodukcyjne czy integralność cielesna w kontekście trwałych zmian.

⁶⁰ Por. W. Zalewski, *Zgoda pokrzywdzonego. O postulat kodyfikacji kontraktowego zgody* [w:] *Zbrodnia i kara. Refleksje o przeszłości, teraźniejszości i przyszłości prawa karnego*, red. W. Zalewski, J. Potulski, T. Snarski, Gdańsk 2022. Por. także ujęcia zgody w prawie europejskim: K. Młynarczyk-Puławska, *Analiza porównawcza zgody wyłączającej odpowiedzialność karną w prawie europejskim*, „Studia Europejskie” 2017, nr 3.

⁶¹ Por. O. Sitarz, *Czy naruszenie/narażenie wyłącznie własnego dobra może być przesłanką penalizacji?* [w:] *Zbrodnia i kara...*

walki, a inaczej zgody na zabieg prowadzący do trwałej bezpłodności lub amputacji narządów? W tym kontekście wydaje się zasadny postulat wprowadzenia stopniowalnego modelu kontraktów zgody – zależnego od charakteru skutku i społecznej wagi dobra.

W doktrynie brakuje też szerszej analizy relacji między kontraktem zgody a zasadą niekaralności samookaleczenia. Skoro sam czyn okaleczenia siebie – w tym np. samodzielna kastracja – nie jest penalizowany, rodzi się pytanie, czy i w jakim zakresie zgoda na wykonanie takiego aktu przez osobę trzecią – np. lekarza, kosmetologa, tatuażystę – rzeczywiście powinna być wyłączona z ochrony prawa karnego. Czy istnieje spójna aksjologiczna linia, która uzasadnia różnicowanie tych przypadków, czy też mamy do czynienia z luką normatywną lub pozostałością tradycyjnego paternalizmu?

Wobec powyższego zasadne wydaje się rozważenie koncepcji „zgody kwalifikowanej”, szczególnie w kontekście zabiegów nielecniczych o trwałym skutku. Taka zgoda mogłaby być uzależniona od spełnienia szeregu wymogów informacyjnych, dokumentacyjnych, a niekiedy także sądowej lub etycznej weryfikacji – analogicznie do procedur obowiązujących w przypadku zmiany płci metrykalnej. Tego rodzaju rozwiązanie mogłoby zapewnić większą spójność aksjologiczną, bez konieczności całkowitej liberalizacji norm prawnokarnych.

W obliczu pytań, które nie znajdują pełni odpowiedzi w dotychczasowych analizach, widać, że konstrukcja zgody jako kontraktu wymaga zarówno formalizacji, jak i elastyczności dostosowanej do wrażliwego charakteru dóbr, które mogą podlegać jej obowiązywaniu.

Rzymska paremia, która stała się przyczynkiem do napisania tego tekstu, stanowi źródło wielu inspiracji do dalszych rozważań. Nie ulega wątpliwości, że coraz częściej wygrywa pogląd, iż indywidualne wybory, o ile nie uderzają w dobro ogółu, powinny być respektowane. Z obserwacji dotychczasowego rozwoju prawa można domniemywać, iż w dzisiejszym mocno zindywidualizowanym świecie zachodnim, do którego Polska cywilizacyjnie przynależy, omawiana zasada będzie mieć coraz większe znaczenie i zastosowanie. Niemniej jednak wciąż zasadne jest stawianie pytań

o przebieg granicy między tym, co ma wpływ na kształt życia osobistego i dobrostan konkretnej jednostki, a tym, co ma szersze oddziaływanie społeczne i wywiera ponadjednostkowy wpływ. Od tych rozważań nie należy się uchylać, szczególnie w dobie współczesnych, postępujących nader szybko przemian kulturowych i społecznych.

Ostatecznie refleksja nad zakresem zastosowania zasady *volenti non fit iniuria* w prawie karnym powinna więc uwzględniać dynamiczne napięcie między konstytucyjną wolnością a odpowiedzialnością państwa za ochronę porządku normatywnego. Wolność osobista nie może prowadzić do zniesienia ochrony prawnej dla dóbr, których utrata – nawet za zgodą – miałaby konsekwencje wykraczające poza sferę prywatną, szczególnie jeśli mówimy o dobru tak szczególnym i wyjątkowym, jakim jest np. zdolność płodzenia. W tym świetle postulaty pełnej liberalizacji podejścia do zgody jednostki, zwłaszcza w zakresie zabiegów nieleczniczych, a równocześnie nieodwracalnych, powinny być traktowane z dużą ostrożnością.

Zachowanie proporcjonalności między wolnością a ochroną dóbr o znaczeniu publicznym wymaga stałego ważenia wartości, a nie jednostronnych rozstrzygnięć. Zasada *volenti non fit iniuria* nie może być traktowana jako uniwersalny klucz do deregulacji prawa karnego. W przypadku nieodwracalnych ingerencji w cielesność, proporcjonalność ochrony wymaga rozstrzygnięć opartych m.in. na hierarchii dóbr prawnych, trwałości skutków czy kontekście aksjologicznym. Łacińska reguła powinna więc być stosowana wyjątkowo. Zasada ta nie może być rozumiana jako narzędzie całkowitego zniesienia granic, lecz jako wyjątek możliwy do zastosowania jedynie w warunkach uprzednio ustalonych oraz uzasadnionych aksjologicznie.

Bibliografia:

- Bożewicz M., *Religijność Polaków w ostatnich dziesięcioleciach*, CBOS, 2024.
- Bradley H., *Płeć*, Warszawa 2008.
- Cieślak M., *Polskie prawo karne. Zarys systemowego ujęcia*, Warszawa 1995.
- Danieluk B., Kościuczuk Ł., Prokop J., *Spółeczna percepcja tatuażu w Polsce*, Lublin 2003.

- Derek M., *Karnoprawne znaczenie woli dźierzyciela dobra prawnego*, Kraków 2021.
- Dulko S., Imieliński K., *Glosa do wyroku SN z dnia 25 lutego 1978 r., III CZP 100/77*, OSP 1983, nr 10, poz. 217.
- Ferenz J.M., *Operacje korekty płci: czyn legalny czy bezprawny?*, „Family Forum” 2016, nr 6.
- Filar M., Krześ S., Marszałkowska-Krześ E., Zaborowski P., *Odpowiedzialność lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej*, Warszawa 2004.
- Filar M., *Lekarskie prawo karne*, Kraków 2000.
- Filar M., *Odpowiedzialność karna związana z nieterapeutycznymi czynnościami lekarskimi*, „Prawo i Medycyna” 2000, nr 5.
- Filar M., *Transseksualizm jako problem prawny*, „Przegląd Sądowy” 1996, nr 1.
- Gardocka T., *Zmiana płci jako zagadnienie prawne*, „Medyczna Wokanda” 2013, nr 5.
- Gierak-Onoszko J., *Antykoncepcja po męsku*, „Polityka” 2015, nr 43.
- GUS, *Sytuacja demograficzna Polski do 2023 r.*, Warszawa 2024.
- Hirszfeld M., *Seksualizm a kryminalistyka. Przestępstwa i choroby na tle płciowym*, Warszawa-Kraków-Poznań-Stanisławów.
- Hoggan L., *Tatuaż i piercing. Ocena moralna*, „Miesięcznik Egzorcysta” 2013, nr 43.
- Hryniewicz E., *Zgoda dysponenta dobrem prawnym na gruncie prawa karnego* [w:] *Zgoda pokrzywdzonego*, red. R. Zawlocki, Warszawa 2012.
- Ignatowicz J., *Glosa do uchwały SN z dnia 22 września 1995 r., III CZP 118/95*, OSP 1996, nr 4.
- Imieliński K., Dulko S., Filar M., *Transpozycje płci. Transseksualizm i inne zaburzenia identyfikacji płciowej*, Kraków 2001.
- Kadyszewski B., *Instytucja zgody dysponenta dobrem prawnym na przykładzie zabiegów ubezpladniających*, „Roczniki Administracji i Prawa” 2021, nr 3.
- Kowalewska-Łaguna M., *Dobrowolna sterylizacja w prawie polskim na tle prawno-porównawczym*, „Państwo i Prawo” 2014, nr 1.
- Kozakiewicz S., *Ciało dla Pana, a Pan dla ciała (1 Kor 6, 13) – przyczynek do teologii ciała ludzkiego*, „Polonia Sacra” 2015, nr 3(40).

- Koziół I., Łakomy K., *Wyłączenie odpowiedzialności karnej lekarza za wykonanie chirurgicznego zabiegu zmiany płci*, „Zeszyt Studencki Kół Naukowych Wydziału Prawa UAM” 2019, nr 9.
- Kubiak R., *Czy zgoda na ciężki uszczerbek na zdrowiu jest skuteczna prawnie* [w:] *Meandry prawa karnego i kryminalistyki. Księga jubileuszowa prof. zw. dra hab. Stanisława Pitkulego*, red. J. Kasprzak, W. Cieślak, I. Nowicka, Szczepiń 2015.
- Lott B., Maluso D., *Spoleczne uczenie się męskości i kobiecości* [w:] *Kobiety i mężczyźni: odmienne spojrzenie na różnice*, red. B. Wojciszke, Gdańsk 2004.
- Ludwikowski J., *Aby zmienić płeć, trzeba pozwać do sądu rodziców*, *Gazeta Prawna* 8 czerwca 2015.
- Mana-Walasek S., *Status prawny zabiegów trwałej antykoncepcji*, autoreferat rozprawy doktorskiej, Warszawa 2020.
- Mikuczewski J., *Tatuaż? Przeczytaj zanim zrobisz*, DEON.pl 2015, <https://deon.pl/wiara/wiara-i-spolescenstwo/tatuaz-przeczytaj-zanim-zrobisz,224634>.
- Młynarczyk-Puławska K., *Analiza porównawcza zgody wyłączającej odpowiedzialność karną w prawie europejskim*, „*Studia Europejskie*” 2017, nr 3.
- Nesterowicz M., *Prawo medyczne*, Toruń 2013.
- Ostojka J., *Sądowa zmiana płci*, rozprawa doktorska, Warszawa 2014.
- Oszukowska E., Słowikowska-Hilczek J., Wolski J. K., Kula P., Sosnowski M., Kula K., *Chirurgia w andrologii*, „*Chirurgia Polska*” 2006, nr 8.
- Pawłowicz J.J., *Wazektomia: metoda „antykoncepcji” czy okaleczanie mężczyzn?*, „*Teologia i Moralność*” 2010, nr 8.
- Piskorski J., *Volenti non fit iniuria – niedoceniana czy przeceniana zasada prawa karnego?* [w:] *Zgoda pokrzywdzonego*, red. R. Zawłocki, Warszawa 2011.
- Rejman G., *Odpowiedzialność karna lekarza*, Warszawa 1991.
- Rejmaniak R., *Problemy interpretacyjne wybranych pojęć zawartych w art. 192 k.k.*, „*Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych*” 2012, nr 4.
- Reshef M., *Wazektomia na życzenie – karnoprawne skutki jej dokonania*, „*Medyczna Wokanda*” 2013, nr 5.
- Rybczyński M., *Czy można skutecznie wyrazić zgodę na spowodowanie u siebie uszczerbku na zdrowiu?*, „*Votum Separatum*” 2015, nr 2-3.

- Safjan M., *Glosa do postanowienia SN z dnia 22 marca 1991 r., III CRN 28/91*, „Przegląd Sądowy” 1993, nr 2.
- Safjan M., *Prawo i medycyna*, Warszawa 1998.
- Siemons S., Vleugels M., van Balken M., Braat D., Nieboer T., *Male or female sterilization – the decision making process: Counselling and regret*, „Sexual & Reproductive Healthcare” 2022, nr 33.
- Sitarz O., *Czy naruszenie/narażenie wyłącznie własnego dobra może być przestanką penalizacji?* [w:] *Zbrodnia i kara. Refleksje o przeszłości, teraźniejszości i przyszłości prawa karnego*, red. W. Zalewski, J. Potulski, T. Snarski, Gdańsk 2022.
- Sitarz O., *Dobrowolna sterylizacja* [w:] *Miedzy stabilnością a zmiennością prawa karnego. Dylematy ustawodawcy*, red. W. Cieślak, M. Romańczuk-Grącka, Olsztyn 2017.
- Snarski R., *Dopuszczalność dobrowolnej sterylizacji – uwagi na tle prawnoporównawczym*, „Przegląd Prawniczy Uniwersytetu Warszawskiego” 2015, nr 2.
- Sośniak M., *Glosa do wyroku SN z 25 lutego 1978 r., III CZP 100/77*, OSP 1983, nr 10, poz. 217.
- Świdorska M., *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny*, Toruń 2007.
- Urbanowicz K., Bętkowska M., *Prawne aspekty zmiany płci – uwagi na gruncie prawa polskiego oraz wybranych krajów europejskich*, „Medyczna Wokanda” 2018, nr 10.
- Warylewski J., *Karalność praktyk sadomasochistycznych a prawo do prywatności*, „Gdańskie Studia Prawnicze” 1999, nr 4.
- Warylewski J., *O duszy uwięzionej w obcym ciele. Dopuszczalność chirurgicznej zmiany płci w świetle prawa karnego*, „Gazeta Sądowa” 2000, nr 7-8.
- Wąsek A., *Czy dobrowolna sterylizacja jest przestępstwem*, „Państwo i Prawo” 1988, nr 8.
- Weber M., *Polityka jako zawód i powołanie*, Kraków-Warszawa 1998.
- Wołodkiewicz W., *Regulae iuris. Łacińskie inskrypcje na kolumnach Sądu Najwyższego Rzeczypospolitej Polskiej*, Warszawa 2011.
- Wróbel J., *Transseksualizm z perspektywy eklezjalnej*, „Family Forum” 2016, nr 6.
- Zalewski W., *Zgoda pokrzywdzonego. O postulacie kodyfikacji kontratypu* [w:] *Zbrodnia i kara. Refleksje o przeszłości, teraźniejszości i przyszłości prawa karnego*, red. W. Zalewski, J. Potulski, T. Snarski, Gdańsk 2022.
- Zielińska E., *Warunki dopuszczalności zabiegów sterylizacji*, „Państwo i Prawo” 1985, nr 9.

Summary

The Maxim *Volenti Non Fit Iniuria* in the Context of Irreversible Medical and Cosmetic Procedures

The text discusses the legal maxim *volenti non fit iniuria*, analyzing its application in the context of medical and cosmetic procedures within the framework of contemporary socio-cultural changes. It explores how this principle relates to criminal law and the limits of individual rights to self-determination over one's body. The issue concerns medical and cosmetic procedures, which affect human bodily integrity, such as vasectomy, so-called gender reassignment, tattoos, and body scarification. Although these procedures are governed by the same legal regulations, they vary in availability and criminal law consequences. This variation depends on the nature of the affected goods, whether they are individual, social, or a combination of both.

Key words: criminal law, access to services, *volenti non fit iniuria*, medical and cosmetic procedures

R. PR. JOLANTA BUDZOWSKA

BUDZOWSKA FIUTOWSKI I PARTNERZY, RADCOWIE PRAWNI

ORCID: 0000-0003-0578-4556

Glosa do wyroku Sądu Najwyższego z dnia 2 lipca 2025 r., II CSKP 920/23

DOI: 10.70537/PPM/213784

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

Autorka artykułu omawia najważniejsze tezy uzasadnienia wyroku Sądu Najwyższego z dnia 2 lipca 2025 r., sygn. II CSKP 920/23 w kontekście dotychczasowego dorobku orzecznictwa. Glosa jest aprobująca co do przyjęcia przez Sąd Najwyższy, że prawo do decyzji o przerwaniu ciąży jest prawem podmiotowym pozwalającym realizować dobro osobiste w postaci wolności decyzyjnej matki i wolności od ingerencji ojca, jak również, że nieskierowanie ciężarnej na badania prenatalne w określonych okolicznościach jest naruszeniem praw pacjenta obojga rodziców, tj. prawa do informacji i prawa do świadczeń zdrowotnych, uprawniającym do żądania zadośćuczynienia za doznaną krzywdę. Autorka krytycznie ocenia sformułowaną przez Sąd tezę, że przyjęcie, iż życie dziecka w pewnym stanie zdrowia nie jest dla jego rodziców szkodą w rozumieniu art. 361 § 1 i 2 k.c., wyklucza zarazem prawo do finansowej rekompensaty krzywdy i szkody majątkowej rodziców, powstałej w następstwie wkroczenia w sferę ich dóbr osobistych, a to w kontekście poczynionej przez Sąd Najwyższy na tej bazie konkluzji, że zachodzi kolizja dóbr osobistych między dobrami rodziców a dobrem płodu w postaci jego życia i zdrowia.

Słowa kluczowe: dobra osobiste, prawo do aborcji, kolizja dóbr, prawo do informacji, wolność decyzyjna, badania prenatalne

W wyroku z dnia 2 lipca 2025 roku sygn. akt III CSKP 920/23 Sąd Najwyższy poczynił szereg istotnych konstatacji, w tym dotyczących katalogu dóbr osobistych, kolizji tych dóbr, a także zakresu obowiązku informacyjnego lekarza, którego niedopełnienie uzasadnia jego odpowiedzialność odszkodowawczą wobec pacjenta. Z punktu widzenia jurydycznego najbardziej kontrowersyjna jest zawarta w uzasadnieniu teza, że narodziny i w efekcie – życie dziecka w pewnym stanie zdrowia, a zatem i dotkniętego zaburzeniami genetycznymi czy chorobą, nie jest dla jego rodziców ani szkodą w rozumieniu art. 361 § 1 i 2 k.c., ani krzywdą powstałą w następstwie wkroczenia w sferę ich dóbr osobistych.

W niniejszym artykule odniosę się do następujących, zacytowanych poniżej w części a) -c), tez uzasadnienia:

- a) Prawo zadecydowania o przerwaniu ciąży nie spełnia warunków uznania za dobro osobiste. Nie stanowi ono wartości niematerialnej o przytoczonych cechach, lecz prawo podmiotowe pozwalające realizować dobro osobiste w postaci wolności.
- b) Narodziny i w efekcie – życie dziecka w pewnym stanie zdrowia, a zatem i dotkniętego zaburzeniami genetycznymi czy chorobą, nie jest dla jego rodziców szkodą w rozumieniu art. 361 § 1 i 2 k.c., a zatem uszczerbkiem majątkowym w postaci różnicy między stwierdzanym stanem majątkowym a takim, jaki by zaistniał, gdyby nie nastąpiło zdarzenie szkodzące, obejmującym straty oraz korzyści, które mogliby uzyskać, gdyby im szkody nie wyrządzono. Nie jest to też krzywda dla rodziców, która by powstała w następstwie wkroczenia w sferę ich dóbr osobistych.
- c) W przypadku uzasadnionej obawy o stan zdrowia płodu prawo pacjenta do przystępnej informacji medycznej obejmuje także prawo do rzetelnych, zrozumiałych informacji o tym stanie oraz o badaniach prenatalnych pozwalających na podjęcie decyzji odnośnie do dalszego postępowania. Nieudzielenie takich informacji przez lekarza, udzielenie informacji nierzetelnych, dezinformacja oraz niewydanie skierowania na dalsze badania, które pozwoliłyby upewnić się co do stanu płodu i ewentualnych wad genetycznych, może stano-

wić o zawinionym przez lekarza zaniedbaniu jego obowiązków w stosunku do pacjenta.

Stan faktyczny leżący u podstaw sporu zakończonego omawianym, a wydanym w 2025 r. wyrokiem, miał miejsce na przełomie 2010 r. i 2011 r., a zatem w okresie, w którym obowiązywał art. 4a ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży¹ (dalej jako: ustawa o planowaniu rodziny). W tym stanie prawnym dopuszczalne było przerwanie ciąży w przypadku, gdy badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazywały na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu. Zaznaczenia wymaga przy tym, że SN w omawianym wyroku przyjął założenie, iż rozpoznanie u płodu zespołu Downa, zgodnie z praktyką w tamtych latach, wypełniałoby przesłankę ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu.

Przebieg postępowania przed sądami niższych instancji przedstawiał się następująco². Powodowie A. M. i P. M. wniosli o zasądzenie od X. spółki z ograniczoną odpowiedzialnością w W. łącznie na ich rzecz kwoty 2 796 956 zł z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu tytułem odszkodowania oraz kwot po 200 000 zł na rzecz każdego z nich z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu tytułem zadośćuczynienia. Roszczenia te miały stanowić rekompensatę za szkodę i krzywdę, doznane w związku z nieprawidłowym udzielaniem ciężarnej powódce świadczeń zdrowotnych, a także w związku z nieudzieleniem obojgu powodom informacji na temat stanu płodu dotkniętego zespołem Downa, co uniemożliwiło im podjęcie decyzji o przerwaniu lub kontynuacji ciąży. Żądanie zadośćuczynień powodowie wywodzili z art. 448 kodeksu cywilnego (dalej k.c.)³ w związku z art. 4 ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach

¹ Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz.U. z 1993 r., poz. 78 ze zm.).

² Przebieg postępowania opisany w pkt 2 niniejszego artykułu jest skrótem z odpowiednich fragmentów uzasadnienia omawianego wyroku i wyroków sądów wcześniejszych instancji.

³ Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (t.j. Dz.U. z 2025 r., poz. 1071).

pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁴ (dalej: u.p.p.), a roszczenie odszkodowawcze z art. 415 k.c. Szkodą powstałą ze względu na działania i zaniechania lekarki prowadzącej ciążę miała być konieczność ponoszenia dożywotnio kosztów utrzymania i opieki nad córką dotkniętą zespołem Downa, a w związku z tym także brak możliwości podjęcia przez powódkę regularnej pracy zarobkowej (art. 361 k.c.).

Uzasadniając swoje roszczenia, powodowie wskazali, że w maju 2010 r. 34-letnia wówczas powódka zaszła w pierwszą ciążę i od 25 maja 2010 r. do 30 listopada 2010 r. była pacjentką zatrudnionej przez pozwaną spółkę dr Z. L. Z uwagi na swój wiek powódka miała obawy, że płód może być obciążony wadą genetyczną lub innym upośledzeniem. W dniach 25 maja 2010 r. i 8 czerwca 2010 r., podczas pierwszych wizyt u dr Z. L., powódka informowała lekarkę o swoich obawach i dopytywała o możliwość przeprowadzenia badań prenatalnych oraz zgłosiła chęć wykonania testów PAPP-A. Lekarka oświadczyła, że nie należy demonizować wieku ciężarnej, a podstawą wszczęcia diagnostyki jest badanie ultrasonograficzne (USG) prenatalne i dopiero w razie stwierdzenia w tym badaniu odchyleń od normy zajdzie potrzeba wykonania dalszych, pogłębionych badań prenatalnych. W dniu 7 czerwca 2010 r. wykonane zostało u powódki badanie USG transwaginalne kontrolne, a 6 lipca 2010 r. badanie USG w kierunku zaburzeń chromosomowych (prenatalne). Kolejne badania USG przeprowadzono u powódki: 12 sierpnia, 30 sierpnia, 16 września, 9 listopada, 30 listopada i 20 grudnia 2010 r. Badanie z 6 lipca 2010 r. przeprowadziła dr E. Ł. zgodnie ze skierowaniem od lekarza prowadzącego. Wiek płodu wynosił wówczas 14 tygodni i 4 dni, a szerokość przezierności karkowej NT – 2,4 mm, co według dr E. Ł. było wynikiem w górnej granicy normy. Ten wynik dr Z. L. oceniła jako prawidłowy. Podczas trzeciej wizyty powódki, tj. 6 lipca 2010 r. dr Z. L. nie dostrzegła wskazań do wystawienia jej skierowania na pogłębione badania prenatalne, w tym genetyczne. Taki sam pogląd lekarka prezentowała w trakcie dalszego przebiegu ciąży powódki.

⁴ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 581).

W dniu 11 stycznia 2011 r. powódka urodziła córkę. W trzeciej dobie jej życia rodzice dowiedzieli się, że u dziecka rozpoznano zespół Downa. Wywołało to u nich szok, depresję i stany lękowe. Powodowie korzystali z pomocy psychologicznej. Ze względu na konieczność zapewniania córce stałej pomocy pogorszył się też stan ich zdrowia fizycznego. Córka powodów jest męczliwa, cierpi na dodatkowe schorzenia takie jak: hipotonia mięśniowa, niedoczynność tarczycy oraz upośledzenie umysłowe, uzyskała orzeczenie o niepełnosprawności i o potrzebie kształcenia specjalnego. Od urodzenia jest objęta opieką kardiologiczną, ortodontyczną, ortopedyczną, okulistyczną, dietetyczną i neurologiczną. Powódka zmuszona była zrezygnować z powrotu do pracy z uwagi na potrzebę sprawowania ciągłej, intensywnej opieki nad córką. Zwiększone koszty opieki i wychowania dziecka z zespołem Downa powodowie oszacowali na kwotę 2 435 zł miesięcznie.

W sprawie zostało wydanych – łącznie z omawianym orzeczeniem Sądu Najwyższego – siedem wyroków. Rozstrzygając sprawę po raz pierwszy, Sąd Okręgowy w W. wyrokiem z dnia 18 września 2015 r. oddalił w całości powództwo. Podstawę ustaleń sądu stanowiła opinia biegłego z zakresu ginekologii, prof. dr. hab. med. R. D., według którego diagnostyka prenatalna u powódki, która została włączona do programu badań prenatalnych, była przeprowadzona zgodnie z treścią obowiązującego wówczas zarządzenia Prezesa NFZ. Wynik badania USG genetycznego był prawidłowy i w myśl rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych⁵ (dalej jako: rozporządzenie z dnia 30 sierpnia 2009 r.) nie dawał podstaw do prowadzenia dalszej inwazyjnej diagnostyki prenatalnej, która niesie ryzyko straty ciąży wynoszące 1%. Także ryzyko trisomii 21 pary chromosomów ustalone na podstawie USG prenatalnego na poziomie 1:493 nie dawało podstawy do zakwalifikowania powódki do dalszego etapu badań prenatalnych, zwłaszcza że w dokumentacji powódki nie było obciążającego wywiadu. Sąd Okręgowy uznał te konkluzje biegłego za jasne i wyczerpujące i oddalił dalsze wnioski dowodowe powodów,

⁵ Dz.U. z 2009 r., nr 140, poz. 1148 ze zm.

uznając zachowanie lekarza prowadzącego ciążę powódki za zgodne z aktualną wiedzą medyczną.

W zakresie żądania zadośćuczynienia za naruszenie prawa pacjenta do informacji, Sąd Okręgowy przyjął, że zgodnie z art. 2 ust. 2a ustawy o planowaniu rodziny kobieta ma prawo do swobodnego dostępu do informacji i do badań prenatalnych szczególnie wtedy, gdy istnieje podwyższone ryzyko bądź podejrzenie wady genetycznej lub rozwojowej płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej życiu płodu. Według Sądu Okręgowego dr Z. L. udzieliła powódce informacji wyczerpujących i zgodnych ze stanem aktualnej wiedzy medycznej, a zarazem informacji potrzebnych do podjęcia przez nią decyzji, skoro wynik badania USG powódki był prawidłowy i nie dawał podstaw do prowadzenia dalszej diagnostyki prenatalnej. W efekcie Sąd uznał, że wymienione prawa powódki nie zostały naruszone.

Sąd Apelacyjny w W. wyrokiem z dnia 26 listopada 2015 r. oddalił apelację powodów wniesioną od wyroku sądu pierwszej instancji. Zdaniem SA nie doszło do naruszenia art. 27 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁶, albowiem zostało wykonane jedno z wymaganych badań, a tym samym powódka została objęta programem badań prenatalnych. Z uwagi na powyższe Sąd Apelacyjny uznał także, że nie zostały naruszone prawa pacjenta poprzez nieuwzględnienie prawa powodów do rzetelnej informacji na temat programu badań prenatalnych.

Na skutek wniesionej przez powodów skargi kasacyjnej, Sąd Najwyższy⁷ wyrokiem z dnia 16 lutego 2017 r., sygn. akt I CSK 212/16, uchylił wyrok Sądu Apelacyjnego w W. i przekazał sprawę do ponownego rozpoznania, wskazując przede wszystkim na braki w uzasadnieniu uchylonego wyroku, uniemożliwiające dokonanie oceny toku rozumowania stojącego za rozstrzygnięciem. SN zwrócił również uwagę na niepodjęcie przez SA właściwej analizy rozporządzenia z dnia 30 sierpnia 2009 r. regulującego program badań prenatalnych, wskazując równocześnie, iż z treści tego

⁶ Dz.U. z 2004 r., nr 210, poz. 2135 ze zm.

⁷ Wyrok SN z dnia 16.02.2017 r., sygn. I CSK 212/16, LEX nr 2294410.

aktu wynika, że aby zakwalifikować pacjentkę do programu, wystarczy spełnienie przez nią któregośkolwiek warunku, a jednym z nich był wiek powyżej 35 lat, które to kryterium powódka spełniała. SN podkreślił także, że nie jest możliwe zaakceptowanie poglądu SA, że nie doszło do naruszenia praw pacjenta, bez uprzedniego wskazania norm prawnych, które prawa te regulują oraz bez ustalenia, jakich informacji o stosowanych metodach diagnostycznych udzieliła powódce dr Z. L., zwłaszcza że, jak podkreślił SN, w tym zakresie brak jest także odpowiednich ustaleń sądu pierwszej instancji.

Co istotne, SN podzielił także zarzuty skargi kasacyjnej odnoszące się do tego, że Sąd Apelacyjny sprzecznie z art. 382 k.p.c. pominął istotne części dowodu z opinii biegłego ginekologa (prof. R. D.), którego wyjaśnienia złożone na rozprawie w sposób zasadniczy różniły się od opinii, jaką ten sam biegły wydał na piśmie – zwłaszcza odnośnie do dodatkowych badań prenatalnych, jakie biegły sam zleciłby swojej pacjentce oraz odnośnie do związanego z tymi badaniami ryzyka, które zagrażało zdrowiu matki lub dziecka.

W uzasadnieniu wydanego wyroku Sąd Najwyższy, analizując przesłanki odpowiedzialności pozwanych co do zasady, nie zawarł natomiast żadnych rozważań ani wskazówek interpretacyjnych odnoszących się do zgłoszonych przez powodów roszczeń, poza wspomnianym zagadnieniem naruszenia prawa pacjenta do informacji.

Sąd Apelacyjny, rozpatrując sprawę ponownie, uchylił wyrok Sądu Okręgowego i przekazał sprawę do ponownego rozpoznania temu sądowi.

Sąd Okręgowy, rozpoznając sprawę powtórnie, ustalił, że powódka ze względu na wiek kwalifikowała się w czasie ciąży do włączenia jej do programu badań prenatalnych, zgodnie z obowiązującym wówczas rozporządzeniem z dnia 30 sierpnia 2009 r.⁸ W celu skorzystania z tego rodzaju badań wystarczyło, żeby osoba ciężarna osiągnęła kalendarzowo wiek 35 lat, a ten warunek pacjentka spełniała. W tej sytuacji Sąd Okręgowy uznał,

⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz.U. z 2009 r., poz. 1148 ze zm.).

że zachowanie dr Z. L. było bezprawne i zawinione; skutkowało ono naruszeniem art. 6 ust. 1 i art. 9 ust. 1 u.p.p. oraz art. 4a ust. 1 pkt 2 ustawy o planowaniu rodziny. Obowiązkiem lekarki było należyte poinformowanie powódki o przysługujących jej świadczeniach i metodach diagnostycznych oraz umożliwienie pacjentce skorzystania z takich świadczeń przez wystawienie stosownego skierowania.

Wyrokiem z 10 lipca 2020 r. Sąd Okręgowy w Warszawie zasądził od pozwanej na rzecz powodów kwoty po 100 000 zł z ustawowymi odsetkami od 30 sierpnia 2012 r. tytułem zadośćuczynienia, a w pozostałej części oddalił powództwo o zadośćuczynienie oraz w całości oddalił powództwo o odszkodowanie. Sąd Okręgowy uznał powództwo za zasadne na podstawie art. 4 ust. 1 u.p.p. i art. 448 k.c., w części co do roszczenia o zadośćuczynienie w kwotach po 100 000 zł dla każdego z powodów za naruszenie praw pacjenta, tj. prawa do informacji, prawa do świadczeń zdrowotnych oraz prawa powodów do podjęcia decyzji co do kontynuacji lub przerwania ciąży. O wysokości świadczeń zasądzonych na rzecz każdego z powodów zadecydowało dążenie do zrealizowania oprócz kompensacyjnej funkcji zadośćuczynienia również funkcji represyjnej i prewencyjno-wychowawczej.

Co do roszczeń odszkodowawczych, obejmujących znaczący wzrost kosztów utrzymania chorego dziecka, to za decydujący o zasadności takiego roszczenia Sąd Okręgowy uznał sposób odpowiedzi na pytanie, jak zachowaliby się powodowie, gdyby w odpowiednim czasie powzięli wiarygodną wiedzę o upośledzeniu płodu, w szczególności czy zdecydowaliby się wówczas na dokonanie aborcji. Przyjście na świat dziecka obciążonego wadą genetyczną rodzi odpowiedzialność odszkodowawczą – jak uznał sąd – tylko wtedy, gdy zdarzenie takie było nieplanowane lub niechciane, co wymaga obiektywnej oceny hipotetycznego zachowania rodziców, ponieważ nie można przyjmować *a priori*, że każda ciąża obciążona wadą płodu byłaby przerywana. W tym wypadku Sąd ustalił, że powodowie nie rozważali, jak postąpiliby, gdyby dowiedzieli się o wadach genetycznych płodu i czy zdecydowaliby się na terminację ciąży. Na pewno wybraliby szpital o wyższym poziomie referencyjnym, tj. taki, w którym byłby bardziej rozwinięty specjalistyczny oddział neonatologiczny niż placówka,

gdzie nastąpił poród dziecka. Powodowie deklarowali przy tym głębokie przywiązanie, miłość do córki, która była ich pierwszym, wyczekiwany dzieckiem.

Sąd Okręgowy za nieprzekonujące uznał deklaracje powodów, że doprowadziliby do terminacji ciąży po dowiedzeniu się o obciążeniu płodu zespołem Downa. Zdaniem Sądu Okręgowego powodowie nie wykazali, że gdyby włączono powódkę do programu badań prenatalnych, to zdecydowaliby się na przeprowadzenie aborcji. Sąd Okręgowy w efekcie wykluczył związek przyczynowy pomiędzy niezakwalifikowaniem powódki do programu badań prenatalnych a szkodą w postaci konieczności ponoszenia przez powodów tej części kosztów utrzymania i wychowania córki, jaka wiąże się z jej niepełnosprawnością. Sąd Okręgowy oddalił zatem w całości roszczenie odszkodowawcze powodów.

Sąd Apelacyjny zaakceptował następnie ustalenia faktyczne Sądu Okręgowego i w większości ocenę prawną sprawy przedstawioną przez ten sąd, korygując orzeczenie sądu I instancji tylko w zakresie odsetek. Od orzeczenia SA skargi kasacyjne wniosły obie strony. Sąd Najwyższy oddalił obie skargi kasacyjne.

Sąd Najwyższy, rozpatrując skargi kasacyjne, poddał analizie szereg zagadnień prawnych leżących u podstaw zapadłych wyroków i wniesionych środków odwoławczych.

Pierwszoplanowym zagadnieniem prawnym, jakim zajmował się SN w omawianym wyroku, była kwestia oceny tego, czy prawo do podjęcia decyzji o przerwaniu ciąży jest dobrem osobistym, jako uprawnienie wynikające z prawa do planowania rodziny. Sąd Najwyższy stanął na stanowisku, że wbrew dostrzegalnej w prawodawstwie i w wypowiedziach orzecznictwa tendencji do rozwijania listy dóbr osobistych poprzez nazywanie kolejnych dóbr obejmowanych ochroną, należy dążyć do ich syntetycznego ujmowania i do ujednolicenia ich nazewnictwa w kierunku przyjęcia, że składają się na nie niejako „główne” dobra (w tym zdrowie, życie, wolność), przejawiające się jednak pod różnymi postaciami⁹. Jest to

⁹ Uchwała SN z dnia 28.05.2021 r., sygn. III CZP 27/20, OSNC 2021, nr 11, poz. 72.

stanowcza, zdecydowanie odmienna ocena od tych formułowanych jeszcze kilka lat temu w orzecnictwie¹⁰, w tym we wcześniejszych wyrokach Sądu Najwyższego, które zakładały potrzebę wyodrębnienia prawa do planowania rodziny, upodmiotawiającego kobietę w sprawach prokreacji i sprzeciwiającego się instrumentalnemu jej traktowaniu¹¹, a w konsekwencji formułowały jednoznaczne tezy, że prawo do planowania rodziny i wynikające z niego uprawnienie do legalnego przerwania ciąży w warunkach określonych w art. 4a ustawy o planowaniu rodziny jest dobrem osobistym¹².

Podążając tokiem rozumowania nakazującym usystematyzowanie uznanej przez naukę prawa listy dóbr osobistych, należy podzielić pogląd wyrażony w omawianym wyroku, że nie ma potrzeby konstruowania odrębnego dobra osobistego w postaci „prawa do aborcji”, skoro w istocie chodzi tu o dobro osobiste w postaci wolności, wywodzone z godności przyrodzonej osobie ludzkiej. Możliwość decydowania o przerwaniu ciąży w przypadkach określonych w art. 4a ustawy o planowaniu rodziny jest bowiem w istocie elementem ogólniejszego dobra osobistego, jakie stanowi szeroko rozumiana wolność (prawo do decydowania o swoim życiu osobistym)¹³. Trafnie sprecyzował to Sąd Najwyższy, wskazując w omawianym wyroku, że „z perspektywy kobiety chodzi o wolność decydowania – w granicach wyznaczonych ustawą – o sobie w aspekcie biologicznym i fizjologicznym, a mianowicie o tym, czy przez czas ciąży jej ciało ma służyć także nowemu życiu, ale także w aspekcie etycznym i religijnym, a to w związku pozostawieniem sumieniu kobiety kwestii, na ile to nowe życie jest wartością autonomiczną względem niej, nawet wtedy, gdy nie

¹⁰ Por. np. wyrok SO w Warszawie z dnia 12.04.2022 r., sygn. I C 1247/13, LEX nr 3788984: „Nie budzi wątpliwości, że prawo do planowania rodziny i wynikające z niego uprawnienie do legalnego przerwania ciąży w warunkach określonych w art. 4a ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży jest dobrem osobistym (tak chociażby (...) II CSK 580/09, OSP z 2011 r. Nr 2, poz. 13)”.

¹¹ Wyrok SN z dnia 21.11.2003 r., sygn. V CK 16/03, OSNC 2004, nr 6, poz. 104.

¹² Wyrok SN z dnia 13.10.2005 r., sygn. IV CK 161/05, OSP 2006, nr 6, poz. 71; wyrok SN z dnia 12.06.2008 r., sygn. III CSK 16/08, OSNC 2009, nr 3, poz. 48; wyrok SN z dnia 06.05.2010 r., sygn. II CSK 580/09, LEX nr 602234.

¹³ Uchwała SN z dnia 22.02.2006 r., sygn. III CZP 8/06, OSNC 2006, nr 7-8, poz. 123.

jest jeszcze w stanie przetrwać poza jej organizmem, oraz na ile wola kobiety może lub musi być podporządkowana działaniu na rzecz nowego życia. Z perspektywy kobiety i mężczyzny, który spłodził dziecko, chodzi też o prywatność, o wolność od ingerencji w te sfery ich życia, które mogą organizować samodzielnie, poza wglądem w nie i zainteresowaniem nimi innych osób, na co składa się też możliwość autonomicznego podejmowania decyzji, co do tego, czy stworzą rodzinę oraz kogo i kiedy w nią wprowadzą¹⁴. Pogląd Sądu potwierdza zatem zarysowującą się w ostatnim czasie linię orzecznictwą sprowadzającą się do tezy, że prawo kobiety do swobodnego kształtowania swojego życia osobistego, jak też jej uprawnienie do planowania rodziny, nie wyłączając przeprowadzenia zabiegu aborcyjnego¹⁵, należy postrzegać w szerszym kontekście systemu ochrony dóbr osobistych – wolności – dobra osobistego, o którym stanowi art. 47 Konstytucji RP¹⁶ oraz art. 23 k.c.

Niezależnie jednak od powyższych rozważań w przedmiocie katalogu dóbr osobistych, nie należy tracić z pola widzenia treści uchwały składu siedmiu sędziów Sądu Najwyższego z dnia 27 marca 2018 r., sygn. akt III CZP 69/17, w której sąd ten, potwierdzając istnienie dobra osobistego obejmującego więzi rodzinne i emocjonalne łączące osoby bliskie, określanego jako prawo do życia rodzinnego, stwierdził jednocześnie, że najważniejsza jest istota dobra osobistego, a nadana mu nazwa ma drugorzędne znaczenie¹⁷. To samo niewątpliwie dotyczy uznania danej wartości za odrębne dobro osobiste lub element (emanację) dobra niejako bardziej ogólnego.

Dokonawszy ustalenia, że prawo zadecydowania o przerwaniu ciąży nie spełnia warunków uznania za dobro osobiste, ale stanowi prawo podmiotowe pozwalające realizować dobro osobiste w postaci wolności, Sąd Najwyższy analizował możliwość skorzystania przez uprawnionych z rosz-

¹⁴ Fragment uzasadnienia omawianego wyroku SN z dnia 02.07.2025 r., sygn. II CSKP 920/23, LEX nr 3889978.

¹⁵ Wyrok SA w Białymstoku z dnia 05.11.2004 r., sygn. I ACa 550/04, OSAB 2005, nr 1, poz. 3.

¹⁶ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. z 1997 r., poz. 483 ze zm.).

¹⁷ Uchwała SN z dnia 27.03.2018 r., sygn. III CZP 69/17, OSNC 2018, nr 11, poz. 104.

czeń ochronnych wynikających z naruszenia tego dobra. Przedmiotem rozważań sądu stała się przede wszystkim analiza możliwości skompensowania wyrządzonej krzywdy stosownym zadośćuczynieniem w okolicznościach rozstrzyganego sporu.

Co do zasady Sąd Najwyższy stanął na stanowisku, że krzywda wynikająca z naruszenia dóbr osobistych, w tym wolności, jako postać szkody niemajątkowej, może być kompensowana świadczeniem pieniężnym. Dalsze rozważania w tym aspekcie sąd poświęcił jednak wyłącznie omówieniu zagadnienia kolizji dóbr oraz kolizji wykonywanych praw, służących ochronie takich wartości jak wolność czy, zadeklarowane w konwencji o ochronie praw człowieka, prawo do ochrony życia prywatnego, z prawami stojącymi na straży ochrony życia i zdrowia. SN opowiedział się zdecydowanie za preferencyjnym traktowaniem tych ostatnich dóbr, wskazując, że życie i zdrowie, jako najbardziej podstawowe wartości dotyczące człowieka, słuszenie w hierarchii dóbr plasowane są w europejskiej kulturze prawnej najwyżej. Przenosząc na grunt rozstrzyganej sprawy to generalne założenie, Sąd Najwyższy uznał, że w rozstrzyganej sprawie mamy do czynienia z kolizją prawa podmiotowego rodziców do zgodnej z prawem aborcji, służącego realizacji i ochronie przynależnych powodów dóbr osobistych w postaci wolności decydowania o sobie oraz wolności od ingerencji w prywatność, które muszą jednak ustąpić dobru osobistemu, jakim jest życie córki powodów; ona bowiem – jak pisze Sąd – „skoro już się urodziła” – stała się bezwarunkowym podmiotem własnych dóbr osobistych. Z tego stwierdzenia Sąd wywodzi dwa rozstrzygające wnioski. Pierwszy to taki, że „życie dziecka w pewnym stanie zdrowia (...) nie jest dla jego rodziców szkodą w rozumieniu art. 361 § 1 i 2 k.c., a zatem uszczerbkiem majątkowym w postaci różnicy między stwierdzanym stanem majątkowym a takim, jaki by zaistniał, gdyby nie nastąpiło zdarzenie szkodzące, obejmującym straty oraz korzyści, które mogłyby uzyskać, gdyby im szkody nie wyrządzono”. Druga konkluzja Sądu Najwyższego brzmi: „Nie jest to »życie dziecka w pewnym stanie zdrowia« – przyp. J. B.) też krzywda dla rodziców, która by powstała w następstwie wkroczenia w sferę ich dóbr osobistych”.

Sąd Najwyższy nie uzasadnia przekonująco żadnego z tych stwierdzeń. Wydaje się, że w wyroku nie dość wyraźnie przeprowadzono rozróżnienie konfliktu dóbr, jaki można by dostrzec na tle ustawy o planowaniu rodziny, od konfliktu wykonywanych praw. Dodatkowo należy wskazać, że kategoryczna i – w założeniu uniwersalna – hierarchizacja dóbr dokonana przez Sąd Najwyższy w wyroku II CSKP 920/23 budzi istotne zastrzeżenia. Już tylko we wzmiankowanym krótko przez sąd postanowieniu z 27 października 2005 r., Sąd Najwyższy uznał, że „w demokratycznym państwie prawnym wolność jest chroniona w sposób szczególny, w tym także wolność życia prywatnego oraz autonomia dokonywanych wyborów. Wolność jest także jedną z fundamentalnych zasad współczesnej doktryny praw człowieka por. art. 17 ust. 1 Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych (Dz.U. z 1977 r. Nr 38, poz. 167) oraz art. 8 Europejskiej Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności (Dz.U. z 1992 r. Nr 85, poz. 427), w związku z czym również Konstytucja powierza ją specjalnej opiece państwa, zapewniając każdemu wolność i nietykalność osobistą oraz chroniąc życie prywatne, rodzinne, cześć, dobre imię oraz prawo o decydowaniu o swoim życiu osobistym (art. 41 ust. 1 i art. 47 Konstytucji RP)”¹⁸. Przytoczone postanowienie zostało wydane w stanie faktycznym, w którym analizowano obowiązek respektowania oświadczenia pacjenta będącego świadkiem Jehowy nawet w sytuacji, gdy decyzja tego pacjenta jest w ocenie lekarza niesłuszna i obiektywnie godzi w jego dobra osobiste w postaci zdrowia czy życia. Dobro osobiste w postaci wolności decyzji materializuje się więc m.in. w prawach pacjenta i zasadach deontologii zawodowej lekarzy, a jedną z form realizacji tych dóbr jest prawo pacjenta do odmowy wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych¹⁹.

Co do konfliktu dóbr, to w pierwszej kolejności należałoby rozstrzygnąć kontrowersję, w oparciu o jakie kryterium należy dokonywać wyważania wartości: z jednej strony wartości, jaką jest życie płodu, a z drugiej

¹⁸ Postanowienie SN z dnia 27.10.2005 r., sygn. III CK 155/05, OSNC 2006, nr 7-8, poz. 137.

¹⁹ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 581), art. 16.

strony wartości określających konstytucyjny status kobiety, a wśród nich godności i wolności decyzyjnej. W tym zakresie jednak dylemat ten rozwiązał sam ustawodawca, w określonych sytuacjach przyzwalając na przerwanie ciąży i uznając, że dobro osobiste matki w postaci wolności do podjęcia decyzji o terminacji ciąży w danych okolicznościach jest nadrzędne w stosunku do ochrony życia. Dostrzega to także w omawianym wyroku SN, wskazując *explicite*, że ustawodawca dał wyraz temu, że wolności kobiety daje pierwszeństwo przed ochroną życia poczętego²⁰. Trafne jest w tym kontekście także stwierdzenie SN (aczkolwiek sformułowane, jak się wydaje, w innym celu), że granice dla wolności kobiety do zadecydowania o tym, czy chce znosić ciążę i urodzić dziecko, a zatem granice między jej wolnością a życiem dziecka nienarodzonego, ustalone zostały w ustawie. Prawo do życia nie ma więc charakteru absolutnego; w wyjątkowych sytuacjach i tylko w wypadkach przewidzianych w ustawie, musi ustąpić w kolizji z wolnością kobiety. Art. 38 Konstytucji RP przewiduje prawną ochronę życia każdego człowieka, ale nie przewiduje wprost ochrony życia od chwili poczęcia.

W poszukiwaniu uzasadnienia dla tych różnych sytuacji, w których wzgląd na ochronę innego dobra niż życie matki uzasadnia przerwanie ciąży, przywołuje się m.in. zasadę godności istoty ludzkiej. Jak pisze Lech Garlicki, „z samej istoty tej zasady wynika moim zdaniem niemożność żądania od kobiety takich ofiar i poświęceń, które w sposób oczywisty przekroczą zwykłą miarę obowiązków związanych z ciążą, porodem i wychowaniem dziecka”²¹. Ważenie dóbr w takich sytuacjach powinno więc następować z rozstrzygającym uwzględnieniem uwarunkowań prawnych²², w przeciwnym razie w każdym przypadku, gdy rozważany konflikt dóbr kobiety w postaci wolności decydowania o sobie i mężczyzny w postaci wolności od ingerencji z jednej strony, a życiem płodu z drugiej strony, miałby miejsce na gruncie przepisów ustawy o planowaniu rodziny, ochrona poszkodowanych byłaby unicestwiona.

²⁰ Uchwała SN z dnia 22.02.2006 r., sygn. III CZP 8/06, OSNC 2006, nr 7-8, poz. 123; wyrok ETTPC z dnia 26.05.2011 r., R.R. *przeciwko Polsce*, nr skargi 27617/04, HUDOC.

²¹ Zdanie odrębne sędziego TK Lecha Garlickiego do pkt 3 sentencji orzeczenia TK z dnia 28.05.1997 r., sygn. K 26/96, OTK 1997, nr 2, poz. 19.

²² Por. wyrok SN z dnia 30.06.2017 r., sygn. I CSK 603/16, OSNC-ZD 2018, nr 3, poz. 45.

Sąd Najwyższy w omawianym wyroku, mimo że pewną część rozważań poświęca samym dobrom osobistym, istotę kolizji zdaje się dostrzegać w potencjalnym wykonaniu przez powodów – poprzez podjęcie decyzji o terminacji ciąży – praw służących ochronie przysługujących im dóbr, w tym wartości takich jak wolność, z prawem płodu do życia. W takim rozumieniu uzasadnienia wyroku aktualne pozostają jednak rozważania przytoczone powyżej. W świetle treści ustawy o planowaniu rodziny brak jest argumentów mogących uzasadnić słuszność pozbawienia powodów prawa do korzystania z instrumentu ochrony ich dóbr osobistych, to jest zagwarantowanego im ustawowo prawa zadecydowania o przerwaniu ciąży.

Powracając do kwestii zabezpieczenia ochrony dobra osobistego, zauważyć należy, że Sąd Najwyższy omawia podstawowe instrumenty ochrony, jakimi są: możliwość przyznania osobie, przy której pozostaje wartość będąca takim dobrem, prawa żądania od innych, by wartości tej nie naruszali zarówno przez działanie, jak i zaniechanie, a także możliwość skompensowania wyrządzonej krzywdy stosownym zadośćuczynieniem. *In casu* sąd prowadzi jednak wywód, że wyłącznym następstwem zaniechania skierowania powódki na badania prenatalne, z których – co sugerowała lekarce – chciała skorzystać i z których miała prawo skorzystać, było pozbawienie powodów wiedzy o zaburzeniu genetycznym występującym u ich dziecka. Sąd Najwyższy wychodzi z założenia, że „zdarzeniem (zaniechaniem), z którym powodowie wiązali odpowiedzialność pozwanego, nie było odmówienie im terminacji ciąży (wyraźne lub przez kreowanie ku temu faktycznych barier), do którego miałoby dojść w sytuacji, gdy ustawodawca dał wyraz temu, że wolności kobiety daje pierwszeństwo przed ochroną życia (zob. uchwała Sądu Najwyższego z 22 lutego 2006 r., III CZP 8/06, wyrok ETPC z 26 maja 2011 r., nr 27617/04, R.R. przeciwko Polsce), lecz zaniechanie diagnostyki prenatalnej”. Dalej Sąd wywodzi, że „to zdarzenie – przy braku jakichkolwiek przesłanek do wnioskowania o tym, w jaki sposób wyniki tej zaniechanej diagnostyki wpłynęłyby na wykonywanie uprawnień powódki określonych w ustawie o planowaniu rodziny – można przyczynowo powiązać wyłącznie ze stanem wiedzy powodów o zaburzeniu genetycznym, na które cierpi córka w okresie poprzedzającym jej urodzenie, lecz nie z podniesieniem wyso-

kości kosztów utrzymania ich dziecka w stosunku do kosztów utrzymania dziecka niedotkniętego zespołem Downa (powstającym w konsekwencji samego zaburzenia) lub w ogóle z koniecznością ponoszenia kosztów utrzymania dziecka”. Sąd Najwyższy nie dostrzega więc związku przyczynowo-skutkowego między deliktem pozwanego a naruszeniem dóbr osobistych powodów w postaci wolności i prywatności. W tym kontekście rozstrzygającą przesłanką przemawiającą za uznaniem roszczenia powodów miałyby być – jak się wydaje – wykazanie przez powodów, w jaki sposób wyniki zaniechanej diagnostyki wpłynęłoby na wykonywanie uprawnień powódki określonych w ustawie o planowaniu rodziny, a konkretnie wykazanie, że poinformowanie powodów o zaburzeniu genetycznym spowodowałoby decyzję o przerwaniu ciąży. Ten sposób rozumowania Sądu Najwyższego – o ile uznać, że jest to prawidłowa interpretacja toku rozumowania sądu²³ – nie zasługuje na aprobatę.

Zgodnie z utrwalonym stanowiskiem doktryny i orzecznictwa w sprawach o błąd medyczny, gdzie obiektywnie utrudnione jest wykazanie przez poszkodowanego istnienia z całą pewnością związku przyczynowego pomiędzy zaniedbaniami a szkodą, wystarczy wykazanie z dostateczną dozą prawdopodobieństwa istnienia takiego związku²⁴. Na tym polega sedno błędu diagnostycznego, że pociąga za sobą daleko idące konsekwencje, uniemożliwiając wdrożenie odpowiedniego postępowania. Argumentacja sądu prowadziłaby do wniosku, że nigdy w przypadku błędu diagnostycznego nie byłoby możliwe przypisanie odpowiedzialności za błąd medyczny, gdyż sama, nawet prawidłowa diagnoza, nie uruchamia automatycznie dalszego postępowania terapeutycznego. Trzeba mieć jednak na uwadze, że to brak odpowiedniej diagnostyki uruchamia dalszy łańcuch

²³ Wydaje się jednak, że możliwy jest także taki kierunek wykładni, że Sąd Najwyższy, mimo wstępnych wywodów, że prawo do przerwania ciąży jest prawem służącym ochronie takich wartości jak wolność, w konkluzji w ogóle wyklucza możliwość przyznania zadośćuczynienia za krzywdę wynikającą z niemożności realizacji tego prawa, uznając, że wolność rodziców musi w takiej sytuacji ustąpić prawu dziecka do życia, „skoro się już urodziło”, a rodzice nie muszą wykazywać, czy zdecydowali się na aborcję, czy nie, bo nie mieli prawa się na nią zdecydować.

²⁴ Por. wyrok SN z dnia 14.12.1973 r., sygn. II CR 692/73, OSNC 1974, nr 10, poz. 176; wyrok SN z dnia 03.10.1979 r., sygn. II CR 304/79, OSNC 1980, nr 9, poz. 164; wyrok SN z dnia 13.10.2005 r., sygn. IV CK 161/05, OSP 2006, nr 6, poz. 71.

zdarzeń, co ostatecznie prowadzi do pogorszenia sytuacji pacjenta. Należy podkreślić, że związek przyczynowy między zachowaniem lekarza a szkodą nie musi mieć charakteru bezpośredniego: „Adekwatny związek przyczynowy między zachowaniem lekarza a szkodą może być bezpośredni lub pośredni. Nie ma znaczenia, czy przyczyna powstania szkody jest dalsza, czy bliższa, byleby tylko skutek pozostawał jeszcze w granicach „normalności”. Oznacza to, że wystarczający jest związek przyczynowy pośredni pomiędzy szkodą a zdarzeniem (zaniedbaniem lekarza), które doprowadziło do wyrządzenia szkody”²⁵. Ponadto, jak wskazuje się w orzecznictwie: „związek przyczynowy może występować jako normalny również w sytuacji, gdy pewne zdarzenie stworzyło warunki do powstania innych zdarzeń, z których dopiero ostatnie stało się bezpośrednią przyczyną szkody”²⁶. Brak zatem podstaw do stawiania wymagania, by powodowie udowodnili z całą pewnością istnienie związku przyczynowego w rozumieniu art. 361 § 1 k.c., a więc aby udowodnili z całą pewnością, że gdyby wiedzieli o wadzie genetycznej płodu, zdecydowaliby się na przerwanie ciąży.

Co więcej, w analizowanej sytuacji należy w całości podzielić pogląd, że w tego rodzaju postępowaniach nie zachodzą podstawy do badania, czy powodowie z dużym prawdopodobieństwem zdecydowaliby się na zabieg zakończenia ciąży. Jak wskazał przykładowo Sąd Najwyższy w wyroku I CSK 566/16, wymaganie, aby warunkiem przyznania odszkodowania i renty rodzicom z uwagi na urodzenie dziecka z zaawansowanymi wadami rozwojowymi, w obliczu braku należytego informowania ich o nieprawidłowym przebiegu ciąży, było złożenie w toku postępowania, a więc niejako *ex post*, oświadczenia, że matka-powódka przerwałaby ciążę (w sytuacji, w której wcześniej, nieświadoma stanu płodu, urodziła dziecko, które ma aktualnie kilka lat, jest obiektem miłości oraz troski rodziców) godzi w relacje uczuciowe i rodzinne, jest wątpliwe z punktu widze-

²⁵ Wyrok SA w Białymstoku z dnia 07.03.2013 r., sygn. I ACa 879/12, Legalis nr 715195; tak również w wyroku SA w Warszawie z dnia 07.03.2014 r., sygn. I ACa 1244/13, LEX nr 1461194 oraz w wyroku SN z dnia 06.04.2011 r., sygn. I CSK 459/10, LEX nr 821062.

²⁶ Wyrok SN z dnia 06.04.2011 r., sygn. I CSK 459/10, LEX nr 821062.

nia etycznego i „gubi” z pola widzenia zasadnicze źródło krzywdy i szkody powodów, polegających na zaniedbaniach lekarzy w czasie trwania ciąży²⁷.

Podobnie rozstrzygnął Sąd Najwyższy w wyroku II CSK 580/09, dostrzegając, że w tego rodzaju sprawach niewątpliwie trudnym problemem jest kwestia związku przyczynowego, który z jednej strony jest jedną z przesłanek odpowiedzialności (art. 361 § 1 k.c.), a z drugiej określa zakres odpowiedzialności odszkodowawczej (art. 361 § 2 k.c.), to jednak stwierdził, że: „Zapewne, nie zawsze szkoda wynikła z uniemożliwienia wykonania legalnego zabiegu przerwania ciąży może być uznana za normalne następstwo bezprawnego działania lekarza polegającego na błędzie w badaniu lekarskim i niedoinformowaniu ciężarnej pacjentki o wadach płodu. Mogą być sytuacje, w których prawdopodobieństwo, że błąd lekarza pociągnie za sobą uniemożliwienie dokonania legalnego przerwania ciąży, jest znikome i wówczas trudno byłoby uznać związek przyczynowy za normalny. Dla oceny normalności związku przyczynowego nie bez znaczenia jest stopień upośledzenia płodu”. I dalej (co ma bezpośrednie odniesienie także do stanu faktycznego leżącego u podstaw głosowanego wyroku): „Skarżący nadmierną wagę przywiązują do tego, że powódka w toku ciąży w żaden sposób nie wyraziła zamiaru przerwania ciąży, a w toku postępowania oświadczyła, że nie przerwałaby ciąży. W okresie ciąży miała ona wszelkie podstawy do sądzenia, że płód jest zdrowy, trudno więc, aby wyrażała zamiar jej przerwania. Nie można też oczekiwać od zdrowej psychicznie i moralnie matki, kochającej kalekie dziecko, aby złożyła w procesie oświadczenie, że gdyby w czasie ciąży wiedziała o kalectwie, to usunęłaby ją”²⁸.

W omawianym wyroku SN buduje całkowicie odmienną argumentację dla przyjętego dla dalszych rozważań własnego założenia, że zdarzeniem (zaniechaniem), z którym powodowie wiąźali odpowiedzialność pozwanego, nie było odmówienie im terminacji ciąży (wyraźne lub przez kre-

²⁷ Wyrok SN z dnia 23.06.2017 r., sygn. I CSK 566/16, LEX nr 2382435; wyrok SA w Lublinie z dnia 29.07.2025 r. sygn. I ACa 896/24, niepubl.

²⁸ Wyrok SN z dnia 06.05.2010 r., sygn. II CSK 580/09, LEX nr 602234.

owanie faktycznych barier), lecz zaniechanie diagnostyki prenatalnej. Na marginesie dostrzec jednocześnie wypada, że leżące u podstaw tego założenia ustalenia sądu poczynione są dość dowolnie, bowiem z jednej strony SN przytacza za sądem okręgowym, że: „Przed jej (córkę – przyp. autorki) urodzeniem powódowie nie rozważali, jak postąpiliby, gdyby dowiedzieli się o wadach genetycznych płodu i czy zdecydowaliby się na terminację ciąży”, a w innym miejscu, omawiając uzasadnienie tego wyroku, referuje, że sąd ten uznał „za nieprzekonujące deklaracje powodów, że doprowadziliby do terminacji ciąży po dowiedzeniu się o obciążeniu płodu zespołem Downa”. Dalsze stwierdzenie SN, że „po urodzeniu córki powódowie podjęli decyzję, że jako ich dziecko, niezależnie od stanu zdrowia, pozostanie ona pod ich opieką. Ta, zasługująca na wysoką moralną ocenę decyzja, pozwalająca dziecku realizować prawa podmiotowe składające się na jego dobra osobiste, spowodowała, że powódowie ponoszą koszty utrzymania córki, które w istocie są wyższe niż koszty utrzymania dziecka niedotkniętego zespołem Downa”, wydaje się już tylko dodatkową próbą uzasadnienia – wadliwego – toku rozumowania zaprezentowanego w omawianym wyroku. Wydaje się, że sposób wnioskowania SN przedstawia się następująco: jeśli 1) z winy lekarza powódowie nie mieli informacji o wadzie genetycznej płodu, 2) nie wiedząc o wadzie genetycznej, nie deklarowali w sposób stanowczy i jednoznaczny, że jeśli – hipotetycznie – badania genetyczne wykazały wadę genetyczną płodu, to zdecydują się na aborcję, 3) nie wiedząc o chorobie płodu, kontynuowali ciążę, 4) po urodzeniu wychowują dziecko, to 5) nie występuje łańcuch zdarzeń powiązanych związkiem przyczynowo-skutkowym między winą lekarza w postaci zaniechania właściwej informacji i diagnostyki a naruszeniem dobra osobistego powodów w postaci wolności do podjęcia decyzji. Taki tok rozumowania jako nieznaidujący oparcia ani w realiach tej i podobnych spraw, ani w dotychczasowym dorobku orzecznictwa i doktryny przytoczonym wyżej, nie zasługuje na aprobatę.

Niezależnie jednak od oceny wywodów Sądu odnośnie do braku związku przyczynowo-skutkowego zauważyć należy, że rozważania te nie pozostają w bezpośredniej relacji z tymi fragmentami uzasadnienia, które

odnoszą się do charakterystyki prawa do aborcji jako prawa podmiotowego będącego formą ochrony dobra osobistego w postaci wolności i do zagadnienia kolizji dóbr osobistych powodów z dobrem płodu w postaci prawa do życia. Jeśli bowiem przyjąć, że nie zachodzi związek przyczynowo-skutkowy między deliktem pozwanej a naruszeniem prawa powodów do podjęcia decyzji o terminacji ciąży, to wywoły o kolizji dóbr musiałby być uznane za zbędne.

Tylko zatem jeśli założyć, że zagadnienie związku przyczynowego jest w sprawie istotne i że związek ten istnieje lub może istnieć teoretycznie, to aktualizuje się konieczność ważenia dóbr i oceny zasadności roszczeń powodów, co też sąd czyni. Konkludując swoje rozważania, Sąd Najwyższy dochodzi do wniosku, że dobro osobiste w postaci życia dziecka nie może być przez rodziców identyfikowane jako postać wyrządzonej im szkody. Należy się, co do zasady, zgodzić z tym stwierdzeniem. Życie dziecka – także dziecka dotkniętego zaburzeniami genetycznymi czy chorobą – nie jest dla jego rodziców szkodą. Szkodą – czego sąd już nie dostrzega – jest jednak krzywda powstała w następstwie wkroczenia w sferę ich dóbr osobistych: naruszenia ich dobra osobistego w postaci wolności oraz szkoda materialna, jaka z tego wynikła. W tym stanie rzeczy nie zachodzi ani wymagająca rozstrzygnięcia kolizja dóbr osobistych (bo tę rozstrzygnął ustawodawca), ani tym bardziej kolizja wykonywanych praw służących ochronie takich wartości jak wolność – w przypadku rodziców, a życia i zdrowia – w przypadku dziecka, ponieważ prawa te nie pozostają w sprzeczności.

Podniesione przez SN w omawianym wyroku wątpliwości systemowe (aksjologiczne) w zakresie możliwości wynagrodzenia szkody materialnej nie zasługują na uwzględnienie. Nie podlega dyskusji, że w świetle przepisów ustawy o planowaniu rodziny motyw uniknięcia obciążeń finansowych związanych z urodzeniem niechcianego dziecka nie jest prawnie doniosły²⁹, co powoduje, że nie jest dopuszczalna aborcja z przyczyn ekonomicznych bądź społecznych. Nie czyni to jednak sprzecznym z zasadami współżycia społecznego wyrównania szkody majątkowej powstałej

²⁹ Por. orzeczenie TK z dnia 28.05.1997 r., sygn. K 26/96, OTK 1997, nr 2, poz. 19.

w wyniku deliktu; nie rodzi to także konfliktu praw. Nie znajdzie tu zatem zastosowania żaden z podstawowych sposobów uniknięcia kolizji praw podmiotowych. Nie ma bowiem uzasadnienia ani dla stosowania zasady pierwszeństwa, ani zasady redukcji³⁰. Co więcej, zaspokojenie szkody majątkowej rodziców w postaci pokrycia kosztów egzystencji dziecka dotkniętego chorobą genetyczną, w tym leczenia i opieki, będzie służyło dobru osobistemu dziecka w postaci zdrowia. Za trafny, acz nieco gorzki w wymowie komentarz do prowadzonych rozważań, może służyć fragment uzasadnienia wyroku Sądu Najwyższego, sygn. akt II CSK 580/09: „W skardze kasacyjnej wiele się mówi o ochronie życia ludzkiego, o pozytywnej wartości urodzenia się każdego człowieka, także dotkniętego kalectwem. Te idee oczywiście godne są podzielenia, nie sposób jednak oprzeć się konstatacji, że wysuwanie ich w okolicznościach niniejszej sprawy służyć ma wyłącznie uzasadnieniu tezy, że tylko rodzice powinni ponosić koszty związane z kalectwem ich dziecka. W przypadku znacznego kalectwa ponoszenie tych kosztów przekracza możliwości średnio-zamożnych rodziców.” Jak słusznie zauważył Sąd Najwyższy w innym rozstrzygnięciu: „czym innym jest urodzenie dziecka, a czym innym jest szkoda w postaci powstania obowiązku ponoszenia kosztów utrzymania dziecka. Uznanie powstania szkody w postaci konieczności ponoszenia kosztów utrzymania dziecka nie oznacza negatywnej oceny samego faktu urodzenia dziecka. Obciążenie kosztami utrzymania dziecka jest jedynie dalszą konsekwencją egzystencji dziecka, a negatywna ocena konsekwencji uznania, że powstała szkoda, nie musi oznaczać negatywnej oceny przyczyny (urodzenia dziecka)”³¹.

Naprawienie szkody niemajątkowej w drodze zadośćuczynienia pieniężnego ma charakter wyjątkowy, ponieważ krzywdę moralną naprawia się w polskim systemie prawa przede wszystkim poprzez środki ochronny niemajątkowej ukierunkowane na usunięcie skutków wyrządzonej czynem bezprawnym krzywdy. W realiach omawianej sprawy nie można

³⁰ M. Reysner, *Poczucie tożsamości (przynależności) narodowej a wolność artystyczna (swoboda twórcza) – kolizja dóbr osobistych i próba jej rozwiązania*, „Zeszyt Prawniczy UAM” 2024, nr 14, s. 117.

³¹ Uchwała SN z dnia 22.02.2006 r., sygn. III CZP 8/06, OSNC 2006, nr 7-8, poz. 123.

jednak „przywrócić” rodzicom możliwości realizacji prawa do wolności decydowania i prawa do prywatności, zatem jedynym środkiem mogącym posłużyć usunięciu skutków naruszenia dobra osobistego pozostaje możliwość przyznania zadośćuczynienia „temu, czyje dobro osobiste zostało naruszone”, co pozostaje w pełni zgodne z Konstytucją RP. Co wymaga podkreślenia, nie czyni to w żaden sposób ujmy dobru osobistemu dziecka w postaci jego prawa do życia i zdrowia.

Jak już wspomniano wyżej, podobna ocena prawna – wbrew tezę Sądu Najwyższego zawartym w omawianym wyroku – dotyczy roszczeń majątkowych. Zgodnie z utrwalonymi poglądami doktryny³² i orzecznictwa³³, bezprawne uniemożliwienie wykonania zabiegu przerwania ciąży – w sytuacji określonej w art. 4a ust. 1 pkt 3 ustawy o planowaniu rodziny – uprawnia kobietę do dochodzenia wyrównania szkody wynikłej z tego zdarzenia. W tym kontekście przez szkodę należy rozumieć wszelkie uszczerbki w dobrach lub interesach prawnie chronionych, których poszkodowany doznał wbrew swej woli, a zatem takie, które nie nastąpiły na mocy decyzji samego zainteresowanego podmiotu. Na gruncie prawa polskiego możliwe jest wyodrębnianie majątkowych skutków nieprzeprowadzenia aborcji w odniesieniu do kobiety ustawowo uprawnionej do tego zabiegu. Szkodą będą zarówno wydatki związane z ciążą i porodem, jak i utrata spodziewanych dochodów w następstwie tych zdarzeń (art. 361 § 1 i 2 k.c.).

³² Tak m.in. M. Boratyńska: „W razie naruszenia tych praw (do informacji i do planowania rodziny w postaci prawa do przerwania ciąży – przyp. J.B.), tak matki jak ojca, obojgu służyć mogą roszczenia odszkodowawcze” w: M. Boratyńska, *Wolny wybór. Gwarancje i granice prawa pacjenta do samodecydowania*, Warszawa 2012, s. 604; podobnie M. Sobas, wg której w przypadku takiej kategorii zdarzeń sprawczych „źródłem uszczerbku może być zawinione przez lekarza niezapewnienie kobiecie dostępu do badań odpowiadających aktualnym standardom medycznym we właściwym okresie ciąży, nieudzielenie rzetelnej informacji o stanie zdrowia płodu i (w konsekwencji) pozbawienie potencjalnych rodziców prawa do podjęcia decyzji dotyczącej kontynuowania ciąży (gdy jest to możliwe w świetle ustawowych przesłanek)”, w: M. Sobas, *Zdarzenia sprawcze związane z opieką prenatalną i okołoporodową w świetle odpowiedzialności cywilnoprawnej za szkody doznane przed urodzeniem*, „Roczniki Administracji i Prawa” 2021, z. 2, s. 206.

³³ Por. m.in. wyrok SN z dnia 21.11.2003 r., sygn. V CK 16/03, OSNC 2004, nr 6, poz. 104; wyrok SN z dnia 13.10.2005 r., sygn. IV CK 161/05, OSP 2006, nr 6, poz. 71; wyrok SN z dnia 23.06.2017 r., sygn. I CSK 566/16, LEX nr 2382435.

Sąd Najwyższy w precedensowym wyroku z dnia 13 października 2005 r., IV CK 161/05, tzw. sprawie łomżyńskiej, po rozstrzygnięciu *sui generis* zagadnienia wstępnego, że w sytuacji zawinionej odmowy skierowania na badania prenatalne i tym samym pozbawienia rodziców gwarantowanego ustawowo prawa do przerwania ciąży, z której rodzi się dziecko dotknięte poważną i nieuleczalną wadą genetyczną, mamy do czynienia nie z roszczeniem *wrongful life* (roszczeniem dziecka), a *wrongful birth* (roszczeniem rodziców dziecka), podkreślił, że szkodą rodziców nie jest sam fakt urodzenia dziecka dotkniętego wadą genetyczną, lecz uszczerbek majątkowy wynikający z konieczności ponoszenia dodatkowych kosztów utrzymania i wychowania związanych z upośledzeniem dziecka, których nie planowali, nie godzili się ponosić i nie musieliby ponosić, gdyby nie zostało naruszone ich prawo do planowania rodziny i podjęcia decyzji o przerwaniu ciąży. Te zwiększone wydatki obciążające rodziców powinny być pokryte ze środków pochodzących z miesięcznej renty określonej w art. 444 § 2 k.c. Według Mirosława Nesterowicza³⁴, którego zdanie podzielam, należy jednak iść krok dalej i przyjąć, że szkoda powinna tu obejmować także „zwykłe” koszty utrzymania dziecka, skoro rodzice zostali zmuszeni, z winy lekarza, do urodzenia dziecka z ciężką wadą genetyczną poprzez pozbawienie ich prawa do dokonania aborcji.

Na koniec należy się odnieść do tezy Sądu Najwyższego, zgodnie z którą w przypadku uzasadnionej obawy o stan zdrowia płodu prawo pacjenta do przystępnej informacji medycznej obejmuje także prawo do rzetelnych, zrozumiałych informacji o tym stanie oraz o badaniach prenatalnych pozwalających na podjęcie decyzji odnośnie do dalszego postępowania. Wymóg ten został w uzasadnieniu wyroku wyartykułowany zbyt wąsko. Zgodnie z art. 14 Kodeksu Etyki Lekarskiej obowiązkiem lekarza jest respektowanie prawa pacjenta do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących jego zdrowia. Aby jednak pacjent mógł dokonać świadomego wyboru, podjąć przemyślaną decyzję i stosowne działania, musi być uprzednio poinformowany o istniejących uwarunkowaniach i możliwościach oraz odpowiednio zorientowany w swojej sytuacji³⁵.

³⁴ M. Nesterowicz, *Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych*, Warszawa 2022, s. 526-532.

³⁵ J. Budzowska, art. 14 [w:] *Kodeks Etyki Lekarskiej. Komentarz*, red. R. Tymiński, Warszawa 2025.

Lekarz powinien więc dochować należytej staranności, by umożliwić pacjentowi realizację jego prawa do świadomej partycypacji w procesie leczenia i to niezależnie od tego, czy pacjent prezentuje „uzasadnione obawy” o swój stan zdrowia lub stan zdrowia płodu w przypadku ciąży. W tym kontekście należy zwrócić uwagę na wadliwą, a zaprezentowaną w pierwszym wyroku SO wydanym w tej sprawie (z dnia 18 września 2015 r.), zawężającą wykładnię odnoszącą się do zakresu informacji odnośnie do badań prenatalnych, jakie ma otrzymać pacjentka. Otóż sąd ten nietrafnie przyjął, że przepis art. 2 ust. 2a ustawy o planowaniu rodziny, zgodnie z którym kobieta ma prawo do swobodnego dostępu do informacji i badań prenatalnych szczególnie wtedy, gdy istnieje podwyższone ryzyko bądź podejrzenie wady genetycznej lub rozwojowej płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej życiu płodu, ogranicza prawo do informacji wynikające z art. 12 ust. 1 u.p.p. jedynie do przypadków, gdy istnieje podwyższone ryzyko dla płodu, co jest oczywiście nieprawidłową interpretacją. W istocie, przepis ten jest *superfluum* w stosunku do generalnego prawa do informacji, co wzmacnia znaczenie i rolę dostępu do informacji prenatalnej, a nie służy ograniczeniu obowiązków informacyjnych lekarzy.

Nie ulega także wątpliwości, zgodnie z tym, co orzekł Sąd Najwyższy, że wykładnia przepisów o prawach pacjenta powinna iść z duchem czasu, a ojciec jest dzisiaj świadomym uczestnikiem procesu udzielania świadczeń medycznych matce i jego dziecku. Skoro jako przedstawiciel ustawowy po urodzeniu dziecka ma prawo do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia, to nie ma racjonalnych powodów, aby odmawiać mu tego prawa w stosunku do płodu³⁶.

Nie można się jednak zgodzić z argumentacją SN zmierzającą do osłabienia wagi naruszonego przez pozwaną prawa do informacji i stopnia zawinienia. Prawo do informacji i do samostanowienia to fundamentalne prawa pacjenta. Jak trafnie zauważył Sąd Najwyższy w tzw. sprawie małopolskiej³⁷, gdzie podłożem sporu także było zawinione przez lekarzy niezlecenie badań prenatalnych i tym samym zamknięcie powódce drogi

³⁶ Tak m.in. SN w wyroku z dnia 27.11.2019 r., sygn. II CSK 491/18, OSNC-ZD 2020, nr 3, poz. 54.

³⁷ Wyrok SN z dnia 12.06.2008 r., sygn. III CSK 16/08, OSNC 2009, nr 3, poz. 48.

do przerwania ciąży, pacjent ma prawo do samodzielnego decydowania o sprawach osobistych o najistotniejszym znaczeniu, a „obowiązkiem zaś lekarza jest dostarczenie mu rzetelnych, obiektywnych i zrozumiałych informacji pozwalających na podjęcie takiej decyzji oraz wydanie skierowania na badania, które pozwolą na postawienie właściwej diagnozy”. Co warto podkreślić, dla SN nie budziło wątpliwości, że jeśli lekarz z jakichkolwiek przyczyn, także światopoglądowych, nie chce wydać skierowania na takie badania, to zgodnie z zasadami wykonywania zawodu, powinien m.in. wskazać realne możliwości uzyskania takiego skierowania od innego lekarza. Podobnie konstatuje M. Boratyńska: „Prawo pacjenta jest jako takie silniejsze od prawa lekarzy do rozterki moralnej i dlatego powołanie się na klauzulę (sumienia – przyp. autorki) jest skuteczne tylko pod warunkiem wskazania realnej możliwości uzyskania przez pacjenta pomocy gdzie indziej”³⁸.

Kontynuując myśl sformułowaną w przywołanym wyroku w tzw. sprawie małopolskiej, nie powinno budzić wątpliwości, że skoro w analizowanej sprawie powódka miała prawo – a tak ustalił sąd – do diagnostyki prenatalnej, to jej niezlecenie nie powinno znajdować żadnego usprawiedliwienia, a tym bardziej tak trywialnego, jak „graniczność” terminu przewidzianego prawem. Można zadać pytanie retoryczne: czy gdyby ta „graniczność” miała odwrotny charakter, czyli powódka jeszcze formalnie nie uzyskalaby prawa do pogłębionych badań, to czy ich niezlecenie zostałoby uznane za brak staranności i naruszenie obowiązków deontologicznych lekarza? Istotne zastrzeżenia etyczne w kontekście godności i prawa do samostanowienia pacjentki budzi też tłumaczenie przez SN zaniechań pozwanej lekarki (i to mimo domagania się przez uprawnioną pacjentkę zlecenia jej badań prenatalnych w celu upewnienia się co do stanu zdrowia płodu) dążeniem do „oszczędzenia ciężarnej stresu” i uznanie, że tym samym naruszenie przez lekarkę jej obowiązków informacyjnych i diagnostycznych „nie było oczywiste i ostentacyjne”. Czy stres, jakiego doznali powodowie na skutek naruszenia prawa przez pozwaną, nie był

³⁸ Zob. M. Boratyńska, *O łamaniu przepisów dopuszczających przerywanie ciąży*, „Prawo i Medycyna” 2008, nr 2, s. 103.

daleko większy? Czy sąd ma prawo do paternalistycznych ocen sprowadzających się do założenia, że pacjentka domagająca się skierowania na badania prenatalne z powodu obaw o stan płodu, nie jest świadoma, że wyniki tych badań mogą nie być korzystne? Jako trafny komentarz do poruszających ten wątek wywodów sądu jawi się fragment uzasadnienia innego wyroku Sądu Najwyższego: „Zabrakło w rozumowaniu Sądu wyobraźni co do przeżywania tego, co spotkało powodów, najpierw w szczególnym momencie życia każdego z przyszłych rodziców, jakim jest przyjście na świat oczekiwanego od miesiący dziecka, o którym się wie, że rozwija się prawidłowo w okresie płodowym, a nagle się okazuje, iż jest zupełnie inaczej, i o tym powinno się było być poinformowanym przez Szpital na wiele tygodni wcześniej”³⁹.

Bibliografia:

Piśmiennictwo

- Boratyńska M., *O łamaniu przepisów dopuszczających przerywanie ciąży*, „Prawo i Medycyna” 2008, nr 2.
- Boratyńska M., *Wolny wybór. Gwarancje i granice prawa pacjenta do samodecydowania*, Warszawa 2012.
- Budzowska J., *art. 14 [w:] Kodeks Etyki Lekarskiej. Komentarz*, red. R. Tymiński, Warszawa 2025.
- Nesterowicz M., *Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych*, Warszawa 2022.
- Reysner M., *Poczucie tożsamości (przynależności) narodowej a wolność artystyczna (swoboda twórcza) – kolizja dóbr osobistych i próba jej rozwiązania*, „Zeszyt Prawniczy UAM” 2024, nr 14.
- Sobas M., *Zdarzenia sprawcze związane z opieką prenatalną i okołoporodową w świetle odpowiedzialności cywilnoprawnej za szkody doznane przed urodzeniem*, „Roczniki Administracji i Prawa” 2021, z. 2.

³⁹ Ibidem.

Orzecznictwo

Orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego z dnia 28.05.1997 r., sygn. K 26/96, OTK 1997, nr 2, poz. 19.

Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 27.10.2005 r., sygn. III CK 155/05, OSNC 2006, nr 7-8, poz. 137.

Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 22.02.2006 r., sygn. III CZP 8/06, OSNC 2006, nr 7-8, poz. 123.

Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 27.03.2018 r., sygn. III CZP 69/17, OSNC 2018, nr 11, poz. 104.

Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 28.05.2021 r., sygn. III CZP 27/20, OSNC 2021, nr 11, poz. 72.

Wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z dnia 26.05.2011 r. R.R. *przeciwko Polsce*, nr skargi 27617/04, HUDOC.

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 05.11.2004 r., sygn. I ACa 550/04, OSAB 2005, nr 1, poz. 3.

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 07.03.2013 r., sygn. I ACa 879/12, Legalis nr 715195.

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 29.07.2025 r. sygn. I ACa 896/24, niepubl.

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 07.03.2014 r., sygn. I ACa 1244/13, LEX nr 1461194.

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 14.12.1973 r., sygn. II CR 692/73, OSNC 1974, nr 10, poz. 176.

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 03.10.1979 r., sygn. II CR 304/79, OSNC 1980, nr 9, poz. 164.

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 21.11.2003 r., sygn. V CK 16/03, OSNC 2004, nr 6, poz. 104.

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13.10.2005 r., sygn. IV CK 161/05, OSP 2006, nr 6, poz. 71.

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12.06.2008 r., sygn. III CSK 16/08, OSNC 2009, nr 3, poz. 48.

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 06.05.2010 r. sygn. II CSK 580/09, LEX nr 602234.

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 06.04.2011 r., sygn. I CSK 459/10, LEX nr 821062.

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 16.02.2017 r., sygn. I CSK 212/16, LEX nr 2294410.

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 23.06.2017 r., sygn. I CSK 566/16, LEX nr 2382435.

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 30.06.2017 r., sygn. I CSK 603/16, OSNC-ZD 2018, nr 3, poz. 45.

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27.11.2019 r., sygn. II CSK 491/18, OSNC-ZD 2020, nr 3, poz. 54.

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 02.07.2025 r., sygn. II CSKP 920/23, LEX nr 3889978.

Wyrok Sądu Okręgowego w Warszawie z dnia 12.04.2022 r., sygn. I C 1247/13, LEX nr 3788984.

Summary

Commentary on the Supreme Court ruling of July 2, 2025, II CSKP 920/23

The author discusses the key arguments of the reasoning in the Supreme Court judgment of 2 July 2025 (case no. II CSKP 920/23) in the context of existing case law. The commentary is approving with respect to the Court's recognition that the right to decide on the termination of pregnancy constitutes a subjective right enabling the exercise of the mother's personal interest in decisional autonomy and freedom from the father's interference. It also endorses the Court's view that the failure to refer a pregnant woman for prenatal testing in certain circumstances constitutes a violation of both parents' patients' rights, namely, the right to

information and the right to healthcare services, thereby entitling them to claim compensation for the harm suffered. However, the author is critical of the Court's conclusion that recognizing that the child's life, even in a particular state of health, does not constitute damage to the parents within the meaning of Article 361(1) and (2) of the Civil Code, simultaneously precludes the right to financial compensation for the parents' non-pecuniary and pecuniary losses arising from the infringement of their personal rights. This critique is made in light of the Court's further conclusion that a conflict of personal rights exists between the parents' interests and the fetus's interest in its life and health.

Key words: personal rights, right to abortion, conflict of interests, right to information, freedom of choice, prenatal testing