

Warszawski Uniwersytet Medyczny

PRZEGLĄD PRAWA MEDYCZNEGO

KWARTALNIK Nr 2/2025 (19)



ISSN 2657-8573

Warszawski Uniwersytet Medyczny

PRZEGLĄD PRAWA MEDYCZNEGO

KWARTALNIK nr 2/2025 (19)



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-Fiszler (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 Świderska, 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 Sovig (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

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

Redaktor techniczny: mgr Aleksander Wiaderek

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 Marta Sagan-Martko

Uniwersytet Rzeszowski

lek. Justyna Żychowska

Tajemnica lekarska a działalność analityczna Krajowej Administracji Skarbowej 5

dr Julia Berg-Bajraszewska

Uniwersytet Warszawski

dr hab. Barbara Namysłowska-Gabrysiak

Uniwersytet Warszawski

**Dostęp kobiet w Polsce do bezpiecznego zabiegu przerywania ciąży –
przewidziany w prawie, nieobecny w praktyce 25**

dr Katarzyna Maria Zoń

Uniwersytet SWPS we Wrocławiu

**Teleporada w świetle postanowień nowego Kodeksu Etyki Lekarskiej –
brzmienie art. 9 k.e.l. od projektu do uchwały 71**

Mikołaj Piekutowski

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

**Triaż pacjentów przy użyciu sztucznej inteligencji a ochrona wybranych
praw podstawowych 91**

r. pr. dr hab. Kinga Bączyk-Rozwadowska, prof. ucz.

Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

dr Michał Marszelewski

Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

**Wcześniactwo a komplikacje poporodowe wynikłe z zaniechań personelu
szpitala – analiza wyroku Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 4 VI 2020 r.
(I ACa 395/19) 115**

Ryszard Przewoźniak, mgr Aleksander Wiaderek,
Michał Kropiwnicki, mgr Krzysztof Ślaski
Uniwersytet Warszawski

Sprawozdanie z III Ogólnopolskiej Konferencji Prawa Medycznego
„Ewolucja standardów obowiązku informacji” – Gdynia, 7 maja 2025 r. 153

Księga abstraktów

Ogólnopolskie Forum Prawa Medycznego i Etyki Lekarskiej
im. dr. Pawła Wójcika 162

DR MARTA SAGAN-MARTKO

UNIWERSYTET RZESZOWSKI

ORCID: 0000-0003-1385-2141

LEK. JUSTYNA ŻYCHOWSKA

ORCID: 0009-0007-3477-3430

Tajemnica lekarska a działalność analityczna Krajowej Administracji Skarbowej

DOI: 10.70537/ppm/210275

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

Za cel badawczy artykułu postawiono wykazanie, że w zakresie problematyki uzyskiwania przez Krajową Administrację Skarbową danych o wystawionych receptach w celu wyliczenia na ich podstawie liczby świadczeń udzielonych przez dany podmiot leczniczy równowaga pomiędzy prywatnością pacjenta a interesem publicznoprawnym jest naruszona. Nie można bowiem uznać, iż działalność analityczna KAS mająca na celu kontrolowanie przestrzegania przez lekarzy świadczących odpłatne usługi medyczne rzetelnego rozliczania się z uzyskiwanych dochodów jest okolicznością uzasadniającą pozyskiwanie informacji objętych tajemnicą lekarską. Tajemnica lekarska odnosi się bowiem zarówno do informacji mających związek z diagnozą i leczeniem pacjenta, jak i do informacji niemających takiego związku (w omawianym przypadku to numer PESEL pacjenta oraz liczba wystawionych na jego rzecz recept). Już sama informacja o fakcie korzystania z usług medycznych lekarza danej specjalności może zostać uznana za sprzeczną z interesem osobistym czy gospodarczym określonej osoby, czy też po prostu z jakiegoś względu dla niej wstydliwą, którą chciałaby zachować w sferze swojej prywatności. Przy

przygotowaniu pracy wykorzystano metodę formalno-dogmatyczną, która jako podstawowa dla badań prawniczych posłużyła do egzegezy i interpretacji aktów prawnych.

Słowa kluczowe: prywatność, poufność, tajemnica lekarska, Krajowa Administracja Skarbowa

Wprowadzenie

Mimo istnienia wielu opracowań dotyczących tajemnicy lekarskiej jako instytucji gwarantującej prawo do prywatności pacjenta, podjęcie tego zagadnienia w kontekście działalności Krajowej Administracji Skarbowej¹ wydaje się uzasadnione i aktualne ze względu na pojawiające się w ostatnich miesiącach wątpliwości odnoszące się do poszanowania prawa do prywatności i ochrony danych osobowych w kontekście pozyskiwania przez KAS danych o wystawionych receptach w celu wyliczenia na ich podstawie liczby świadczeń udzielonych przez dany podmiot leczniczy. Mając na uwadze zadania KAS, należy zwrócić uwagę na prowadzoną w jej ramach działalność analityczną dotyczącą ustalania zagrożeń w zakresie naruszeń prawa. Działalność analityczna nieodłącznie powiązana jest z gromadzeniem oraz przetwarzaniem informacji. W przypadku kolizji chronionych dóbr, którymi w rozważanym przypadku są interes prywatny oraz interes publiczny, konieczne jest zwrócenie przez ustawodawcę szczególnej uwagi na sposób regulacji spornych kwestii. Należy zachować zarówno konstytucyjne wymogi normowania, jak i równowagę między interesami pozostającymi w kolizji. Współcześnie w większości państw wysoko rozwiniętych ochrona prywatności jest zagwarantowana na poziomie norm konstytucyjnych. Warto dodać, że wszystkie najważniejsze międzynarodowe systemy ochrony praw człowieka wymieniają prywatność w katalogu dóbr chronionych². Za cel badawczy postawiono wykazanie,

¹ Dalej KAS.

² M. Rojszczak, *Definicje i granice prawnej ochrony prywatności w epoce analityki Big data*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny”, Rok LXXXI, z.1 (2019), s. 115.

że w zakresie omawianej problematyki równowaga pomiędzy prywatnością pacjenta a interesem publicznoprawnym jest naruszona. Przy przygotowaniu pracy wykorzystano metodę formalno-dogmatyczną, która jako podstawowa dla badań prawniczych posłużyła do egzegezy i interpretacji aktów prawnych.

Prawo do prywatności w polskim systemie prawnym

Prawo do prywatności oraz samo pojęcie prywatności w polskiej nauce prawa nie są definiowane jednolicie. Ze względu na objęcie zakresem prawa do prywatności wielu elementów o różnej naturze, jest ono przedmiotem sporów w zakresie definicji³. Zgodne natomiast są poglądy przedstawicieli doktryny dotyczące tego, że prywatność jest pojęciem szerokim oraz złożonym. Zaznacza się dwa główne podejścia do kategorii prywatności. Pierwsze z nich za konieczne uważa zwiększenie form i zakresu poziomu ochrony prywatności, co jest konsekwencją przyjęcia liberalnego poglądu o istnieniu różnie definiowanej sfery życia niepodlegającej kontroli ze strony państwa oraz innych osób⁴. Drugie natomiast dąży do ograniczenia sfery prywatności, uzasadniając to działalnością wyspecjalizowanych instytucji państwowych, zwalczających zagrożenia wymierzone w szeroko rozumiane bezpieczeństwo⁵.

Analiza związku przepisów mających za przedmiot tajemnicę lekarską z prawem do prywatności prowadzi do wniosku, że informacje objęte tajemnicą lekarską są jego bezsprzecznym elementem, a obowiązek ochrony prywatności pacjenta obejmuje również, co należy podkreślić w kontekście poruszanej problematyki, informacje zawarte w dokumen-

³ K. Motyka, *Prawo do prywatności i dylematy współczesnej ochrony praw człowieka na przykładzie Stanów Zjednoczonych*, Lublin 2006, s. 137. Ze względu na tematykę opracowania ograniczono się do wskazania podstaw ochrony prawa do prywatności mających ścisły związek z tajemnicą lekarską, pomijając np. ochronę dóbr osobistych na gruncie prawa karnego, czy prasowego.

⁴ Ochrona prywatności zakładająca prawo wyłącznej kontroli jednostki nad określoną sferą życia odnosi się do dwóch płaszczyzn, tj. do stosunków jednostki z innymi jednostkami (układ horyzontalny) oraz w relacjach jednostka–władza publiczna (układ wertykalny). Tak: M. Safjan, *Prawo do ochrony życia prywatnego* [w:] *Szkoła Praw Człowieka*, Helsińska Fundacja Praw Człowieka, Warszawa 2006, s. 213.

⁵ J. Braciak, *Prawo do prywatności* [w:] *Prawa i wolności obywatelskie w Konstytucji RP*, red. B. Banaszak, A. Preisner, Warszawa 2002, s. 278.

tacji medycznej⁶. Współcześnie ochrona prywatności ściśle koresponduje z systemem ochrony informacji i danych osobowych, w tym danych medycznych, jakie przez różne instytucje są gromadzone i przetwarzane⁷.

Prawo do prywatności nie zostało wprost wskazane w treści art. 23 Kodeksu cywilnego⁸, mimo że sama koncepcja ochrony prawa do prywatności narodziła się w kręgu prawa cywilnego. Także w orzecznictwie obserwuje się odniesienie koncepcji ochrony dóbr osobistych (art. 23 i 24 k.c.) do sfery życia prywatnego i sfery intymności⁹. Prywatność jako dobro została w późniejszym okresie podniesiona do wartości chronionej przez Konstytucję Rzeczypospolitej Polskiej¹⁰. Poszczególne elementy prawa do prywatności określają kolejne przepisy konstytucyjne, tj. art. 48-51, art. 53 ust. 7, art. 76, stanowiące *lex specialis* względem art. 47. Jeżeli określony element prywatności nie został objęty zakresem regulacji pozostałych przepisów ustawy zasadniczej, to oznacza, że gwarancje jej ochrony wynikają bezpośrednio z art. 47¹¹. Sfera prywatności jednostki, chroniona na gruncie art. 47 Konstytucji RP, obejmuje także informacje na temat stanu zdrowia człowieka, ponieważ ochrona danych medycznych

⁶ D. Karkowska, *Komentarz do ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, Warszawa 2010, s. 197.

⁷ M. Pryciak, *Prawo do prywatności*, „Studia Erasmiana Wratislaviensia” 2010, nr 4, s. 224.

⁸ Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (t. j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1360 ze zm.) dalej: „k.c.”.

W Polsce problematyka prawa do prywatności ma swoje początki w latach 70. XX w. Zainteresowanie tym zagadnieniem najpierw przejawiała doktryna prawa cywilnego, a w ślad za nią orzecznictwo. Pionierem badań nad prawem do prywatności był Andrzej Kopff. Postulował wyodrębnienie prawa do prywatności jako samodzielnego dobra osobistego na gruncie polskiego prawa. Por. A. Kopff, *Koncepcja prawa do intymności i do prywatności życia osobistego (zagadnienia konstrukcyjne)*, „Studia Cywilistyczne” 1972, nr 20, s. 3-40, tenże *Ochrona sfery życia prywatnego w świetle doktryny i orzecznictwa*, „Zeszyty Naukowe UJ” 1982, nr 100.

Z biegiem czasu, w latach 90. XX w. spotkała się z zainteresowaniem konstytucjonalistów ze względu na nowe regulacje w tym zakresie wprowadzone przez Konstytucję z 1997 r., a także w związku z przystąpieniem Polski do Unii Europejskiej i implementacją unijnych aktów normatywnych oraz orzecznictwa.

⁹ Wyrok SN z 8 kwietnia 1994 r., sygn. akt III ARN 18/94, <https://www.sn.pl/sites/orzecznictwo/Orzeczenia1/III%20ARN%2018-94.pdf>, [dostęp: 20.11.2024 r.]

¹⁰ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483 ze zm.), dalej: „Konstytucja”. Por. wyrok SA w Poznaniu z dnia 13 listopada 2001 r., I ACa 1140/01, Lex 55589; wyrok SN z dnia 15 lutego 2008 r., I CSK 358/07, LEX nr 383065.

¹¹ M. Florczak-Wątor [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, wyd. II, red. P. Tuleja, Warszawa 2023, art. 47, Lex/el.

ma podstawowe znaczenie dla możliwości korzystania przez jednostkę z prawa do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego¹². Z drugiej strony, należy podkreślić, że pozostające do dyspozycji władz publicznych środki pozwalają na daleko idącą ingerencję w prawo do prywatności. Jeśli nie zostanie zachowana proporcjonalność¹³ wyznaczająca miarę zakresu i procedury tej ingerencji, zdolna jest ona przekreślić nawet istotę prawa do prywatności. To zaś – z uwagi na immanentny związek między prywatnością i godnością mogłoby zagrozić godności jednostki, wręcz pozbawiając ją autonomii informacyjnej polegającej – jak stwierdził Trybunał Konstytucyjny, orzekając w sprawie o sygn. K 4/04 – na ochronie każdej informacji osobowej i przyznaniu podstawowego znaczenia przesłance zgody osoby zainteresowanej na udostępnienie informacji¹⁴. W innym z wyroków TK odniósł prawo do prywatności do dwóch płaszczyzn – prawa jednostki do prawnej ochrony sfer jej życia wskazanych w pierwszej części art. 47 Konstytucji RP oraz prawa do wolności decydowania w sprawach określonych w drugiej części tego przepisu. Pierwszemu prawu jednostki musi towarzyszyć ustawowa regulacja pozwalająca chronić prywatność, życie rodzinne, cześć i dobre imię. Drugie oznacza zakaz ingerencji w wolność kształtowania przez jednostkę jej życia osobistego¹⁵. Należy także w tym miejscu wskazać orzecznictwo TK, z którego wynika, iż autonomia informacyjna, której wyodrębnienie normatywne z całości ochrony prywatności przewiduje art. 51 Konstytucji RP, jest uzasadniona częstotliwością, uporczywością i typowością wkraczania w pry-

¹² Por. wyroki TK z dnia 26 lutego 2014 r., K 22/10, OTK-A 2014, nr 2, poz. 13; z dnia 19 czerwca 2018 r., SK 19/17, OTK-A 2018, nr 42.

¹³ Relewantnym zagadnieniem na kanwie poruszanej problematyki wydaje się być także kwestia zgodności z Konstytucją RP przepisów, które KAS wskazuje jako podstawę uzyskiwania informacji objętych tajemnicą lekarską. Ze względu na jego obszerność i konieczność przeprowadzenia szerokiej analizy orzecznictwa TK dotyczącego kryteriów oceny pozwalającej na ustalenie, czy doszło do naruszenia zasady proporcjonalności (np. orzeczenie TK z dnia 26 kwietnia 1995 r., K 11/94, „Orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego Zbiór Urzędowy” 1995, cz. 1, poz. 12) autorki jedynie je sygnalizują, wskazując, że ten wątek wymaga odrębnego opracowania.

¹⁴ Wyrok TK z dnia 20 czerwca 2005 r., K 4/04, „Orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego Zbiór Urzędowy” 2005, nr 6/A, poz. 64. Por. Orzeczenie TK z dnia 31 stycznia 1996 r., K 9/95, „Orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego Zbiór Urzędowy” 1996, nr 1, poz. 2.

¹⁵ Wyrok TK z dnia 5 marca 2013 r. U 2/11, OTK-A 2013, nr 3, poz. 24.

watność przez władzę publiczną. Ustanowienie w art. 51 ust. 2 Konstytucji RP odrębnego zakazu, ułatwia zatem dostrzeżenie takiego wkroczenia i upraszcza przedmiot dowodu, iż takie wkroczenie nastąpiło. Przedmiotem dowodu staje się wtedy bowiem tylko to, czy pozyskiwanie informacji było konieczne, czy tylko „wygodne” lub „użyteczne” dla władzy. Dowodu wymaga, że złamanie autonomii informacyjnej było konieczne (niezbędne) w demokratycznym państwie prawnym¹⁶. W przypadku konkurencyjności chronionych dóbr, konieczne jest uregulowanie przez ustawodawcę spornych kwestii z zachowaniem konstytucyjnych wymogów normowania oraz jasnej i czytelnej równowagi między interesami pozostającymi w kolizji, a zatem należy stwierdzić, że przy stanowieniu przepisów odnoszących się do materii, jaką jest ingerencja w prawo do prywatności, ustawodawca jest zobligowany do szczególnie starannego wyważenia konkurujących ze sobą wartości¹⁷. Wobec faktu, iż przedstawiciele władzy publicznej mogą w pewnych sytuacjach przekroczyć barierę czyjejs prywatności ze względu na cel prowadzonych przez siebie czynności, kwestią o szczególnym znaczeniu jest określenie granicy pomiędzy usprawiedliwionym a niesłusznym i celowo godzącym w prywatność podejściem ingerencji w przestrzeń osobistą danej osoby¹⁸.

Tajemnica lekarska i wyjątki od obowiązku jej zachowania

Zawód lekarza należy do grupy zawodów zaufania publicznego, a co za tym idzie, osoby go wykonujące zobowiązane są do przestrzegania zasad deontologii oraz etyki¹⁹. Tworzenie relacji pomiędzy lekarzem a pacjentem jest procesem wieloetapowym, w którym jednym z filarów jest bu-

¹⁶ Por. wyrok TK z dnia 20 listopada 2002 r., K 41/02, OTK-A 2002, nr 6, poz. 83; wyrok TK z dnia 12 grudnia 2005 r., K 32/04, OTK-A 2005, nr 11, poz. 132; wyrok TK z dnia 23 czerwca 2009 r., K 54/07, OTK-A 2009, nr 6, poz. 86; wyrok TK z dnia 30 lipca 2014 r., K 23/11, OTK-A 2014, nr 7, poz. 80; wyrok TK z dnia 11 października 2016 r., SK 28/15, OTK-A 2016, nr 79.

¹⁷ W. Hermeliński, B. Nita, *Prywatność obywateli a „prywatność” władz*, „Palestra” 2015, nr 3-4, s. 25.

¹⁸ E. Ryter, J. Ryter, *Granice ingerencji w prawo do prywatności w procesie zwalczania przestępczości oraz zapobiegania jej skutkom*, „Problemy Prawa Karnego” 2021, t. 5, nr 2, s. 7.

¹⁹ P. Kardas, *Konstytucyjne i ustawowe aspekty ochrony tajemnicy zawodowej powierzanej przedstawicielom zawodów zaufania publicznego*, *Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych Rok XVIII (2014)*, z. 4, s. 26.

dowanie zaufania pacjenta do lekarza. Zaufanie to powinno opierać się przede wszystkim na przestrzeganiu zasad dotyczących poufności²⁰. Osoby sprawujące opiekę nad pacjentem są zobowiązane do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji na temat pacjenta, pozyskanych podczas trwania tej opieki²¹. Przy korzystaniu z usług medycznych dla pacjenta niezwykle istotne jest, aby podmioty, które je oferują, zapewniały ochronę informacji pozyskanych podczas wizyty. Tajemnica lekarska winna pozwalać pacjentowi na całkowitą szczerłość oraz otwartość z lekarzem, co może przyczynić się do postawienia trafnej diagnozy i podjęcia leczenia. Gdyby pacjenci mieli podejrzenie, że ich dane dotyczące choroby zostaną ujawnione podmiotom trzecim, przyczyniłoby się to do spadku zaufania wobec systemu opieki zdrowotnej, a w konsekwencji – pogorszenia stanu zdrowia publicznego²².

Genezy obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej należy doszukiwać się w Przysiędze Hipokratesa, zgodnie z którą wszelkie informacje uzyskane podczas leczenia mają być zachowane w tajemnicy²³. Poza wskazanymi już w niniejszym opracowaniu podstawami prawnymi gwarantującymi ochronę prawa do prywatności, tajemnica lekarska regulowana jest ustawą o zawodach lekarza i lekarza dentystry²⁴. Zgodnie z art. 40 ust. 1

²⁰ M.H. Kottow, *Medical confidentiality: an intransigent and absolute obligation*. J Med Ethics. 1986 Sep;12(3):117-22. doi: 10.1136/jme.12.3.117. PMID: 3761330; PMCID: PMC1375347.

²¹ S.T. Wong, J.G. Lavoie, A.J. Browne, M.L. MacLeod, M. Chongo, *Patient confidentiality within the context of group medical visits: is there cause for concern?* Health Expect. 2015 Oct; 18(5): 727-39. doi: 10.1111/hex.12156. Epub 2013 Dec 9. PMID: 24314271; PMCID: PMC5060870. W tym miejscu należy zaznaczyć, że termin „tajemnica medyczna” jest terminem szerszym niż „tajemnica lekarska”, która się w nim zawiera. Tajemnica medyczna dotyczy wszelkich danych uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego, nie tylko zawodu lekarza i lekarza dentystry. Tak: D. Wąsik, *Tajemnica lekarska w procesie karnym*, „Prokuratura i Prawo” 2018, nr 4, s. 126-127.

²² J.H.L. Peterson, *Confidentiality in medicine: how far should doctors prioritise the confidentiality of the individual they are treating?* Postgrad Med J. 2018 Oct; 94(1116): 596-600. doi: 10.1136/postgradmedj-2018-136038. Epub 2018 Nov 13. PMID: 30425141.

²³ D. Rydlichowska, *Tajemnica lekarska w postępowaniu karnym*, „Prokuratura i Prawo” 2015, nr 9, s. 37. Szeroko na temat koncepcji uzasadniających zachowanie tajemnicy medycznej piszą M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Prawa pacjenta*, Warszawa 2001, s. 324 i n. oraz R. Kubiak, *Tajemnica medyczna*, Warszawa 2015, s. 1-12.

²⁴ 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 UoZLiLD. Z kolei tajemnicę medyczną w podstawowym zakresie normuje art. 13 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t. j. Dz. U. z 2024 r.

UoZLiLD lekarz ma obowiązek zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu, a zgodnie z ust. 2 tego przepisu nie stosuje się, gdy:

- 1) tak stanowią ustawy²⁵;
- 2) badanie lekarskie zostało przeprowadzone na żądanie uprawnionych, na podstawie odrębnych ustaw, organów i instytucji; wówczas lekarz jest obowiązany poinformować o stanie zdrowia pacjenta wyłącznie te organy i instytucje;
- 3) zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta, lub innych osób;
- 4) pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy, po uprzednim poinformowaniu o niekorzystnych dla pacjenta skutkach jej ujawnienia;
- 5) zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie lekarzowi sądowemu;
- 6) zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innemu lekarzowi lub uprawnionym osobom uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń.

Podstawą zwolnienia z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej jest także art. 240 Kodeksu karnego²⁶, z którego wynika obowiązek nie-

poz. 581), a szczegółowo tajemnice innych zawodów medycznych uregulowane zostały w poszczególnych ustawach ich dotyczących, a w przypadku zawodów medycznych, które nie posiadają regulacji ustawowych, stosuje się normy zawarte w ustawie o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta. E. Mucha, *Obowiązek denuncjacji w kontekście tajemnicy medycznej*, „Przegląd Policyjny” 2020 nr 4 (136), s. 159.

²⁵ Są to: art. 19 ust. 2 Ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (t. j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1185), art. 50 ust. 1 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (t. j. Dz. U. z 2024 r. poz. 917), art. 21 oraz 27 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t. j. Dz. U. z 2024 r. poz. 924). W ograniczonym zakresie wyjątki od obowiązku zachowania tajemnicy przewidują również: Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks postępowania karnego (t. j. Dz. U. z 2024 r. poz. 37 ze zm.), dalej k.p.k., ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. Kodeks postępowania cywilnego (t. j. Dz. U. z 2024 r. poz. 1568 ze zm.) w przypadku postępowania cywilnego kwestia granicy zeznań lekarza ograniczona jest to istotnej tajemnicy lekarskiej oraz ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (t. j. Dz. U. z 2021 r. poz. 1342).

²⁶ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (t. j. Dz. U. z 2024 r. poz. 17 ze zm.).

zwłocznego zawiadomienia przez lekarza (i felczera) organów powołanych do ścigania przestępstw o przygotowaniu, usiłowaniu lub dokonaniu przestępstwa wymienionego w tym przepisie²⁷ oraz art. 180 § 2 KPK. We wszystkich przypadkach, w których obowiązek zachowania poufności przez lekarza zostaje ograniczony, ujawnienie informacji powinno nastąpić tylko w zakresie niezbędnym, a więc takim, jaki jest konieczny do realizacji okoliczności wyjątkowych wskazanych w art. 40 ust. 2 UoZLiLD²⁸.

Podobnie w art. 24-30 omawiane zagadnienie reguluje Kodeks Etyki Lekarskiej²⁹.

W opracowaniach medycznych omówiono wiele niejednoznacznych przypadków, w których zachodziły poważne wątpliwości co do tego, czy zasadne jest ujawnienie danych objętych tajemnicą lekarską. Komentowane sprawy dotyczyły m.in. niedojścia do skutku zaplanowanego małżeństwa wskutek ujawnienia informacji na temat zakażenia wirusem HIV³⁰, sprawa ujawnienia informacji o stanie zdrowia pacjenta chorującego na schizofrenię (pacjent według oceny psychiatry stanowił zagrożenie dla

²⁷ M. Malczewska [w:] *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz*, wyd. III, red. E. Zielińska, Warszawa 2022, art. 40, Lex/el.

²⁸ Ł. Caban [w:] *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz*, red. M. Kopeć, Warszawa 2016, art. 40, Lex/el.

²⁹ Kodeks Etyki Lekarskiej- Załącznik do uchwały nr 5 Nadzwyczajnego XVI Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 18 maja 2024 r., https://nil.org.pl/uploaded_images/1723037323_kel-2305.pdf, dostęp: 22.11.2024.

³⁰ S. Kumar, *Medical confidentiality broken to stop marriage of man infected with HIV*, *Lancet*. 1998 Nov 28;352(9142):1764. doi: 10.1016/S0140-6736(05)79843-3. PMID: 9848367. Należy mieć na uwadze, że pacjent może odczuwać obawę dotyczącą reakcji rodziny i konsekwencji ujawnienia swojego statusu HIV, natomiast w badaniach wykazano, że szkody takie jak utrata wsparcia finansowego, rozpad związku czy przemoc ze strony partnera seksualnego po ujawnieniu swojego statusu HIV występują w równo lub mniej niż 1% przypadków (D. Greensides, K. Bishop, L. Manfredini, V. Wong, *Do No Harm: A Review of Social Harms Associated with HIV Partner Notification*, *Glob Health Sci Pract*. 2023 Dec 22;11(6):e2300189. doi: 10.9745/GHSP-D-23-00189. PMID: 38135515; PMID: PMC10749648). Z kolei badanie przeprowadzone w Kanadzie wykazało, że strach przed ściganiem za nieujawnienie informacji na temat wirusa HIV zmniejsza chęć pacjentów do poddania się testowi na obecność wirusa HIV. Natomiast spadek wykrywalności wirusa HIV zwiększa potencjał jego transmisji (M.A. Kesler, R. Kaul, M. Loutfy, T. Myers, J. Brunetta, R.S. Remis, D. Gesink, *Prosecution of non-disclosure of HIV status: Potential impact on HIV testing and transmission among HIV-negative men who have sex with men*, *PLoS One*. 2018 Feb 28;13(2):e0193269. doi: 10.1371/journal.pone.0193269. PMID: 29489890; PMID: PMC5831007).

społeczeństwa³¹, czy też rozmaitych aspektów ochrony danych genetycznych³². W kontekście problematyki poruszanej w artykule warto zauważyć, że większość z nich dotyczy ujawniania danych objętych tajemnicą medyczną innym jednostkom, dużo rzadsze są sprawy związane z ingerencją organów państwowych w prywatność pacjenta.

Działalność analityczna Krajowej Administracji Skarbowej

Działalność analityczna czy też czynności analityczne prowadzone przez KAS w ramach powierzonych jej zadań nie zostały zdefiniowane w aktualnie obowiązujących przepisach. Zgodnie z dyspozycją art. 2 ust. 1 pkt 10 ustawy z dnia 16 listopada 2016 r. o Krajowej Administracji Skarbowej³³ do zadań KAS należy prowadzenie działalności analitycznej, prognostycznej i badawczej dotyczącej zjawisk występujących we właściwości KAS oraz analizy ryzyka. Celem stosowania analizy jest zapobieganie powstawaniu lub minimalizowanie ryzyka związanego z niewypełnianiem obowiązków podatkowych i celnych³⁴, co nabiera istotnego znaczenia na etapie wszczęcia kontroli celno-skarbowej. Dobór podmiotów do kontroli celno-skarbowej powinien być dokonywany w oparciu o rzetelną analizę ryzyka, rozumianego jako prawdopodobieństwo i skutek wystąpienia naruszenia przepisów prawa³⁵. W doktrynie wskazuje się, że treść art. 2 ust. 1 pkt 10 uKAS jest niejasna i legislacyjnie niepoprawna ze względu na niedookreślenie pojęcia „zjawisk występujących we właściwości KAS. Co

³¹ Great Britain. England. Court of Appeal, Civil Division. *W v. Egde*. All Engl Law Rep. 1989 Nov 9; [1990]1:835-53. PMID: 11648630..

³² Por. np. Ethics Committee of American Society for Reproductive Medicine. *Informing offspring of their conception by gamete or embryo donation: a committee opinion*. Fertil Steril. 2013 Jul;100(1): 45-9. doi: 10.1016/j.fertnstert.2013.02.028. Epub 2013 Mar 7. PMID: 23477678, Frith L. Gamete donation and anonymity: the ethical and legal debate. Hum Reprod. 2001 May;16(5):818-24. doi: 10.1093/humrep/16.5.818. PMID: 11331623, Ravitsky V. The right to know one's genetic origins and cross-border medically assisted reproduction. Isr J Health Policy Res. 2017 Jan 16;6:3. doi: 10.1186/s13584-016-0125-0. PMID: 28105298; PMCID: PMC5240377.

³³ Ustawa z dnia 16 listopada 2016 r. o Krajowej Administracji Skarbowej (t. j. Dz. U. z 2023 r. poz. 615 ze zm.) weszła w życie 1 marca 2017 r, dalej uKAS.

³⁴ D. Strzelec, *Zadania Krajowej Administracji Skarbowej*, Lex/el. 2017.

³⁵ M. Łoboda, D. Strzelec, *Zadania w zakresie zwalczania przestępczości* [w:] M. Łoboda, D. Strzelec, *Kontrola przestrzegania przepisów prawa podatkowego*, Lex/el 2017.

więcej, nie można mówić o właściwości KAS w odniesieniu do formacji będącej częścią administracji publicznej, ale tylko o właściwości organów KAS³⁶.

Prowadzenie działalności analitycznej należy do Szefa KAS na podstawie art. 14 ust. 1 pkt 20 uKAS oraz dyrektora izby administracji skarbowej zgodnie z dyspozycją art. 25 ust. 1 pkt 10 uKAS. Na podstawie art. 33 ust. 1 pkt 14 uKAS także naczelnikowi urzędu celno-skarbowego powierzono prowadzenie działalności analitycznej prognostycznej i badawczej oraz analizy ryzyka dotyczącej zjawisk występujących w obszarze jego właściwości. W stanie prawnym obowiązującym przed utworzeniem KAS na podstawie art. 10 ust. 2 pkt 12 ustawy z dnia 28 września 1991 r. o kontroli skarbowej³⁷ zadaniem Głównego Inspektora Kontroli Skarbowej było prowadzenie działalności analitycznej i prognostycznej w odniesieniu do negatywnych zjawisk występujących w zakresie kontroli skarbowej oraz przedstawianie w tym zakresie informacji i analiz organom administracji rządowej. Artykuł 11 ust. 2 pkt 6 tej samej ustawy analogicznie regulował kompetencje Dyrektora Urzędu Kontroli Skarbowej³⁸.

Zakres przedmiotowy tajemnicy lekarskiej w kontekście pozyskiwania przez KAS danych o wystawionych receptach

Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie zwrócił się do Rzecznika Praw Obywatelskich w związku z wątpliwościami dotyczącymi pozyskiwania przez KAS danych o wystawionych receptach³⁹ w celu wyliczenia

³⁶ K. Teszner [w:] *Ustawa o Krajowej Administracji Skarbowej. Komentarz*, red. A. Melezini, Warszawa 2024, art. 2, Lex/el.

³⁷ Ustawa z dnia 28 września 1991 r. o kontroli skarbowej (t. j. Dz. U. z 2016 r. poz. 720 ze zm.).

³⁸ P. Majka, *Dokumenty zgromadzone w toku działalności analitycznej Krajowej Administracji Skarbowej jako dowód w postępowaniu podatkowym*, „Toruński Rocznik Podatkowy” 2018, s. 5.

³⁹ Zakres danych obejmował: NIP usługodawcy, REGON usługodawcy, nr księgi rejestrowej (kod_ext), typ usługodawcy, datę wystawienia recepty, PESEL wystawcy, numer prawa wykonywania zawodu, rodzaj zawodu, imiona wystawcy, nazwisko wystawcy, PESEL usługobiorcy, liczbę wystawionych recept (na rzecz jednego usługobiorcy w danym dniu). W tym miejscu warto wskazać, że także pielęgniarki i położne na podstawie art. 15a ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 814 ze zm.) oraz farmaceuci na podstawie art. 96 ust. 3 i kolejne ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 686 ze zm.) i art. 4 ust. 2 pkt 5 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 676 ze zm.)

na ich podstawie liczby udzielonych przez dany podmiot leczniczy świadczeń⁴⁰. Wątpliwości te dotyczyły potencjalnego ryzyka naruszenia tajemnicy lekarskiej w związku z prowadzonymi działaniami oraz nieadekwatnych, w ocenie Prezesa ORL w Warszawie, podstaw prawnych udostępnienia danych (art. 46, 46a oraz 47 ust. 2 ustawy o KAS). Przedstawiona argumentacja dotyczyła braku istotnego związku żądanych danych z możliwością weryfikacji wypełniania przez poszczególne podmioty obowiązków podatkowych (brak związku ilości wystawionych recept z uzyskaniem dochodu do opodatkowania, nie każde udzielone świadczenie zdrowotne powiązane jest z wystawieniem recepty, ale także nie każda recepta wystawiana jest w związku z udzielanym odpłatnym świadczeniem zdrowotnym) zwłaszcza w sytuacji, gdy dane te objęte są szczególną ochroną prawną. Ponadto wskazano na obowiązek stosowania przez lekarzy kas rejestrujących (z nielicznymi wyjątkami), co świadczy o możliwości pozyskania przez KAS danych pozwalających weryfikowanie wykazywania przez podmiot leczniczy dochodów podlegających opodatkowaniu z innych źródeł. W odpowiedzi⁴¹ Szef KAS wskazał, że KAS w poprzednich latach zwracała się do Ministerstwa Zdrowia o udostępnienie informacji wynikających z recept wystawionych przez lekarzy, powołując się na ich ścisły związek z zadaniami, o których mowa w art. 2 ustawy o KAS. Uzyskane dane są wykorzystywane w analizie ryzyka oraz służą do identyfikacji podmiotów, odnośnie do których zachodzi prawdopodobieństwo niewywiązywania się z obowiązków podatkowych lub wywiązywania się w sposób naruszający obowiązujące przepisy podatkowe. Zarzut ujawnienia tajemnicy lekarskiej uznano za nietrafny, podobnie jak ten dotyczący posiadania przez KAS innych źródeł informacji, na podstawie których mogłaby wyliczyć kwoty przychodów podmiotów leczniczych niewyka-

zostali przez ustawodawcę wyposażeni w kompetencje do wystawiania recept, jednakże ze względu na określony w temacie niniejszego opracowania problem badawczy rozważania prowadzone są tylko w odniesieniu do tajemnicy lekarskiej.

⁴⁰ Pismo RPO do Szefa KAS z dnia 8 kwietnia 2024 r., sygn. VII.520.20.2023.MK, https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/2024-04/Do_KAS_recepty_swiadczenia_wyliczanie_8_04_2024.pdf, [dostęp: 20.11.2024 r.]

⁴¹ Odpowiedź na pismo z 8 kwietnia 2024 r. znak VII.520.20.2023.MK, znak sprawy: DNK2.055.1.2024, https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/2024-05/Odpowiedz_KAS_recepty_swiadczenia_wyliczanie_06_05_2024.pdf, [dostęp: 27.11.2024 r.]

zanych do opodatkowania. Kluczowe ze względu tematyki podejmowanej w niniejszym opracowaniu wydaje się prezentowane stanowisko, że z pozyskiwanego przez KAS zakresu danych z recept wynika, iż nie są to dane zwierające informacje o stanie zdrowia pacjenta czy przepisanych dla niego lekach, a zatem nie są to dane dotyczące zdrowia pacjentów. Powyższe nie zmienia faktu, że skoro do zakresu żądanych przez KAS informacji zalicza się PESEL usługobiorcy i liczbę wystawionych na jego rzecz recept, to do dyspozycji KAS pozostaje informacja, że dana osoba korzystała z usług określonego lekarza, co stoi w sprzeczności z dyspozycją art. 40 ust. 1 UoZLiLD.

Wnioski

Podsumowując, tajemnica lekarska jest instytucją gwarantującą prawo do prywatności pacjenta, elementem etyki zawodowej oraz fundamentem zaufania w relacji lekarz-pacjent. Chroni intymność pacjenta oraz zapewnia mu poczucie bezpieczeństwa, co jest niezbędne do skutecznej diagnostyki i leczenia, jednak nie ma charakteru absolutnego. W wyjątkowych sytuacjach, określonych przepisami prawa, jak i normami deontologicznymi lekarz jest zobligowany do dokładnego rozważenia czy ujawnienie informacji poufnych w danym przypadku jest zasadne i ujawnienia określonych informacji. Ochrona tajemnicy lekarskiej, choć kluczowa dla ochrony prywatności pacjenta, wymaga rozważań, ale także elastyczności w obliczu szczególnych okoliczności. Nie można natomiast uznać, iż działalność analityczna KAS mająca na celu kontrolowanie przestrzegania przez lekarzy świadczących odpłatne usługi medyczne rzetelnego rozliczania się z uzyskiwanych dochodów taką okolicznością stanowi. Tajemnica lekarska odnosi się zarówno do informacji mających związek z diagnozą i leczeniem pacjenta, jak i do informacji niemających takiego związku⁴². NSA wprost wskazał, że takie dane jak: imię, nazwisko i adres są objęte tajemnicą medyczną na tych samych zasadach co informacje

⁴² R. Turchan, *Tajemnica zawodowa lekarza – wybrane zagadnienia prawne* [w:] *Pro opere perfecto gratias agimus: księga jubileuszowa dedykowana Profesorowi Tadeuszowi Kuczyńskiemu*, red. A. Górnicz-Mulcahy, M. Lewandowicz-Machnikowska, A. Tomanek, Wrocław 2022, s. 411-412.

dotyczące przebiegu leczenia⁴³. Dla określenia zakresu poufności warto skorzystać z teorii interesu uzasadniającej przestrzeganie tajemnicy lekarskiej. Zgodnie z nią o tym, czy dana informacja jest poufna, nie decyduje wola osoby, której ona dotyczy, lecz obiektywnie postrzegany interes tej osoby (oceniany w oparciu o kryteria społeczne)⁴⁴. Do naruszenia dyskrekcji dochodzi wówczas, gdy rozpowszechnienie określonych informacji będzie godziło w tak rozumiany interes, a więc będzie niekorzystne w sensie gospodarczym, majątkowym lub osobistym⁴⁵. Już informacja o fakcie korzystania z usług medycznych lekarza danej specjalności może zostać uznana za sprzeczną z interesem osobistym czy gospodarczym określonej osoby, czy też po prostu z jakiegoś względu dla niej wstydliwą, którą chciałaby zachować w swojej sferze prywatnej.

Bibliografia:

Akty prawne:

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

Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (t. j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1360 ze zm.).

Ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. Kodeks postępowania cywilnego (t. j. Dz. U. z 2024 r. poz. 1568 ze zm.).

⁴³ Wyrok NSA z dnia 4 marca 2016 r., II FSK 1452/14, Monitor Podatkowy 2016, nr 7, poz. 34-37. Mimo odniesienia do stanu faktycznego sprzed wejścia w życie ustawy o KAS, tezy zachowują aktualność. Wyrok dotyczy żądania przez organ kontroli skarbowej udostępnienia danych osobowych wynikających z dokumentacji medycznej. W uzasadnieniu NSA stwierdził, że „Jedynie upoważnienie wynikające z przepisu rangi ustawowej mogłoby stanowić podstawę do żądania przez organ podatkowy (kontrolny) danych wynikających z dokumentacji medycznej. Takie upoważnienia zostały zawarte w art. 26 ust. 3–5 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta”.

Ustawodawca jednak wyraźnie wskazał zakres możliwych do pozyskania danych jako „niezbędny do wykonywania przez te podmioty ich zadań”. Zob. przypis 13.

Por. <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/dane-pacjenta-nie-musza-byc-ujawniane-podczas-kontroli-skarbowej-u-lekarza>, [dostęp: 27.11.2024 r.]

⁴⁴ R. Kubiak, *Przedmiotowy zakres tajemnicy medycznej* [w:] *System Prawa Medycznego. Tom II. Część 1. Regulacja prawna czynności medycznych*, red. M. Boratyńska, P. Konieczniak, E. Zielińska, Warszawa 2019, Lex/el.

⁴⁵ B. Kunicka-Michalska, *Ochrona tajemnicy zawodowej w polskim prawie karnym*, Warszawa 1972, s. 26.

Ustawa z dnia 28 września 1991 r. o kontroli skarbowej (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 720 ze zm.).

Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 917).

Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 1287 ze zm.).

Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 17 ze zm.).

Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks postępowania karnego (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 37 ze zm.).

Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1185).

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 581).

Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 924).

Ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 1342).

Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 686 ze zm.).

Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 814 ze zm.).

Ustawa z dnia 16 listopada 2016 r. o Krajowej Administracji Skarbowej (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 615 ze zm.).

Ustawa z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 676 ze zm.).

Orzecznictwo:

Orzeczenie TK z dnia 26 kwietnia 1995 r., K 11/94, „Orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego Zbiór Urzędowy” 1995, cz. I, poz. 12.

Orzeczenie TK z dnia 31 stycznia 1996 r., K 9/95, „Orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego Zbiór Urzędowy” 1996, nr 1, poz. 2.

- Wyrok TK z dnia 20 czerwca 2005 r., K 4/04, „Orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego Zbiór Urzędowy” 2005, nr 6/A, poz. 64.
- Wyrok TK z dnia 12 grudnia 2005 r., K 32/04, OTK-A 2005, nr 11, poz. 132.
- Wyrok TK z dnia 20 listopada 2002 r., K 41/02, OTK-A 2002, nr 6, poz. 83.
- Wyrok TK z dnia 23 czerwca 2009 r., K 54/07, OTK-A 2009, nr 6, poz. 86.
- Wyrok TK z dnia 5 marca 2013 r., U 2/11, OTK-A 2013, nr 3, poz. 24.
- Wyrok TK z dnia 26 lutego 2014 r., K 22/10, OTK-A 2014, nr 2, poz. 13.
- Wyrok TK z dnia 30 lipca 2014 r., K 23/11, OTK-A 2014, nr 7, poz. 80.
- Wyrok TK z dnia 11 października 2016 r., SK 28/15, OTK-A 2016, nr 79.
- Wyrok TK z dnia 19 czerwca 2018 r., SK 19/17, OTK-A 2018, nr 42.
- Wyrok SN z dnia 8 kwietnia 1994 r., sygn. akt III ARN 18/94, <https://www.sn.pl/sites/orzecznictwo/Orzeczenia1/III%20ARN%2018-94.pdf>, dostęp: 20.11.2024.
- Wyrok SN z dnia 15 lutego 2008 r., I CSK 358/07, LEX nr 383065.
- Wyrok NSA z dnia 4 marca 2016 r., II FSK 1452/14, Monitor Podatkowy 2016, nr 7, poz. 34-37.
- Wyrok SA w Poznaniu z dnia 13 listopada 2001 r., I ACa 1140/01, Lex 55589.

Literatura:

- Boratyńska M., Konieczniak P., *Prawa pacjenta*, Warszawa 2001.
- Braciak J., Prawo do prywatności [w:] *Prawa i wolności obywatelskie w Konstytucji RP*, red. B. Banaszak, A. Preisner, Warszawa 2002.
- Caban Ł. [w:] *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, red. M. Kopec, Warszawa 2016, art. 40, Lex/el.
- Ethics Committee of American Society for Reproductive Medicine. Informing offspring of their conception by gamete or embryo donation: a committee opinion. *Fertil Steril*. 2013 Jul;100(1):45-9. doi: 10.1016/j.fertnstert.2013.02.028. Epub 2013 Mar 7. PMID: 23477678.

- Frith L. Gamete donation and anonymity: the ethical and legal debate. *Hum Reprod.* 2001 May; 16(5): 818-24. doi: 10.1093/humrep/16.5.818. PMID: 11331623.
- Florczyk-Wątor M. [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz, wyd. II*, red. P. Tuleja, Warszawa 2023, art. 47, Lex/el.
- Greensides D, Bishop K, Manfredini L, Wong V. Do No Harm: A Review of Social Harms Associated with HIV Partner Notification. *Glob Health Sci Pract.* 2023 Dec 22;11(6):e2300189. doi: 10.9745/GHSP-D-23-00189. PMID: 38135515; PMCID: PMC10749648.
- Hermeliński W., Nita B., *Prywatność obywateli a „prywatność” władz*, „Palestra” 2015, nr 3-4.
- Kardas P., *Konstytucyjne i ustawowe aspekty ochrony tajemnicy zawodowej powierzonej przedstawicielom zawodów zaufania publicznego*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” Rok XVIII (2014), z. 4.
- Karkowska D., *Komentarz do ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, Warszawa 2010.
- Kesler M.A., Kaul R., Loutfy M., Myers T., Brunetta J., Remis R.S., Gesink D. *Prosecution of non-disclosure of HIV status: Potential impact on HIV testing and transmission among HIV-negative men who have sex with men.* *PLoS One.* 2018 Feb 28;13(2):e0193269. doi: 10.1371/journal.pone.0193269. PMID: 29489890; PMCID: PMC5831007).
- Kopff A., *Koncepcja prawa do intymności i do prywatności życia osobistego (zagadnienia konstrukcyjne)*, „Studia Cywilistyczne” 1972, nr 20.
- Kopff A., *Ochrona sfery życia prywatnego w świetle doktryny i orzecznictwa*, „Zeszyty Naukowe UJ” 1982, nr 100.
- Kottow M.H., *Medical confidentiality: an intransigent and absolute obligation.* *J Med Ethics.* 1986 Sep;12(3):117-22. doi: 10.1136/jme.12.3.117. PMID: 3761330; PMCID: PMC1375347.
- Kubiak R., *Tajemnica medyczna*, Warszawa 2015.
- Kubiak R., *Przedmiotowy zakres tajemnicy medycznej* [w:] *System Prawa Medycznego. Tom II. Część 1. Regulacja prawna czynności medycznych*, red. M. Boratyńska, P. Konieczniak, E. Zielińska, Warszawa 2019, Lex/el.

- Kumar S. Medical confidentiality broken to stop marriage of man infected with HIV. *Lancet*. 1998 Nov 28;352(9142):1764. doi: 10.1016/S0140-6736(05)79843-3. PMID: 9848367.
- Kunicka-Michalska B., *Ochrona tajemnicy zawodowej w polskim prawie karnym*, Warszawa 1972.
- Łoboda M., Strzelec D., *Zadania w zakresie zwalczania przestępczości* [w:] M. Łoboda, D. Strzelec, *Kontrola przestrzegania przepisów prawa podatkowego*, Lex/el 2017.
- Majka P., *Dokumenty zgromadzone w toku działalności analitycznej Krajowej Administracji Skarbowej jako dowód w postępowaniu podatkowym*, „Toruński Rocznik Podatkowy” 2018.
- Malczewska M. [w:] *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, wyd. III, red. E. Zielińska, Warszawa 2022, art. 40, Lex/el.
- Motyka K., *Prawo do prywatności i dylematy współczesnej ochrony praw człowieka na przykładzie Stanów Zjednoczonych*, Lublin 2006.
- Mucha E., *Obowiązek denuncjacji w kontekście tajemnicy medycznej*, „Przegląd Policyjny” 2020 nr 4 (136).
- Peterson J.H.L., *Confidentiality in medicine: how far should doctors prioritise the confidentiality of the individual they are treating?*, *Postgraduate Medical Journal* 2018 94(1116).
- Pryciak M., *Prawo do prywatności*, „Studia Erasmiiana Wratislaviensia” 2010, nr 4.
- Ravitsky V. The right to know one’s genetic origins and cross-border medically assisted reproduction. *Isr J Health Policy Res*. 2017 Jan 16;6:3. doi: 10.1186/s13584-016-0125-0. PMID: 28105298; PMCID: PMC5240377.
- Rojszczak M., *Definicje i granica prawnej ochrony prywatności w epoce analityki Big data*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny”, Rok LXXXI, z.1 (2019).
- Rydlichowska D., *Tajemnica lekarska w postępowaniu karnym*, „Prokuratura i Prawo” 2015, nr 9.
- Ryter E., Ryter J., *Granice ingerencji w prawo do prywatności w procesie zwalczania przestępczości oraz zapobiegania jej skutkom*, „Problemy Prawa Karnego” 2021, t. 5, nr 2.

- Safjan M., *Prawo do ochrony życia prywatnego* [w:] *Szkoła Praw Człowieka, Helsińska Fundacja Praw Człowieka*, Warszawa 2006.
- Strzelec D., *Zadania Krajowej Administracji Skarbowej*, Lex/el. 2017.
- Teszner K.[w:] *Ustawa o Krajowej Administracji Skarbowej. Komentarz*, red. A. Melezi-
ni, Warszawa 2024, art. 2, Lex/el.
- Turchan R., *Tajemnica zawodowa lekarza – wybrane zagadnienia prawne* [w:] *Pro opere perfecto gratias agimus: księga jubileuszowa dedykowana Profesorowi Tadeuszowi Kuczyńskiemu*, red. A. Górnicz-Mulcahy, M.Lewandowicz-Machnikowska, A.Tomanek, Wrocław 2022.
- Wąsik D., *Tajemnica lekarska w procesie karnym*, „Prokuratura i Prawo” 2018, nr 4.
- Wong S.T, Lavoie J.G., Browne A.J., MacLeod M.L., Chongo M., *Patient confidentiality within the context of group medical visits: is there cause for concern?*, Health Expect. 2015 Oct;18(5):727-39. doi: 10.1111/hex.12156. Epub 2013 Dec 9. PMID: 24314271; PMCID: PMC5060870.

Pozostałe źródła:

- https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/2024-04/Do_KAS_recepty_swadczenia_wyliczanie_8_04_2024.pdf.
- https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/2024-05/Odpowiedz_KAS_recepty_swadczenia_wyliczanie_06_05_2024.pdf.
- <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/dane-pacjenta-nie-musza-byc-ujawniane-podczas-kontroli-skarbowej-u-lekarza>.
- Great Britain. England. Court of Appeal, Civil Division. *W v. Egddell*. All Engl Law Rep. 1989 Nov 9; [1990] 1:835-53. PMID: 11648630.
- Kodeks Etyki Lekarskiej- Załącznik do uchwały nr 5 Nadzwyczajnego XVI Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 18 maja 2024 r.

S u m m a r y

Medical secrecy and the analytical activity of the National Revenue Administration

The research objective of the article was to demonstrate that in case of obtaining data on issued prescriptions by the National Revenue Administration in order to calculate the number of services provided by a given medical entity, the balance between the patient's privacy and the public interest is violated. It cannot be assumed that the analytical activity of the National Revenue Administration aimed at monitoring compliance by doctors providing paid medical services with the reliable accounting of their income is a circumstance justifying the acquisition of information covered by medical secrecy. Medical secrecy applies both to information related to the diagnosis and treatment of the patient and to information that is not related in this way (in the discussed case, it is the patient's PESEL number and the number of prescriptions issued for him/her). The mere information about the fact of using the medical services of a doctor of a given specialty may be considered contrary to the personal or economic interest of a given person or simply embarrassing for some reason for them, which they would like to keep in the sphere of their privacy. In preparing the work, the formal-dogmatic method was used, which is basic for legal research and served for the exegesis and interpretation of legal acts.

Key words: privacy, confidentiality, medical secrecy, National Revenue Administration

DR JULIA BERG-BAJRASZEWSKA

UNIwersytet Warszawski

ORCID: 0009-0009-7299-6891

DR HAb. BARBARA NAMYSŁOWSKA-GABRYSLAK

UNIwersytet Warszawski

ORCID: 0000-0003-3380-0517

Dostęp kobiet w Polsce do bezpiecznego zabiegu przerwania ciąży – przewidziany w prawie, nieobecny w praktyce

DOI: 10.70537/PPM/210271

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

Artykuł porusza problematykę dopuszczalności przerwania ciąży w Polsce, koncentrując się w szczególności na analizie obowiązujących regulacji prawnych odnoszących się do przesłanki zagrożenia zdrowia kobiety ciężarnej. W opracowaniu przedstawiono wykładnię przepisów ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerwania ciąży, uwzględniając zarówno normy krajowego porządku prawnego, jak i międzynarodowe standardy ochrony praw człowieka. W artykule zaprezentowano również dane statystyczne z Polski i wybranych krajów europejskich, których analiza służy ukazaniu rzeczywistych potrzeb kobiet w zakresie ochrony zdrowia reprodukcyjnego. Część opracowania poświęcono prawnoporównawczej analizie regulacji obowiązujących w Wielkiej Brytanii, ze szczególnym uwzględnieniem ich interpretacji oraz praktycznej implementacji. Artykuł odnosi się również do standardów wynikających z orzecznictwa Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w zakresie praw reprodukcyjnych kobiet, w tym do obowiązków państwa w zakresie zapewnienia skutecznego dostępu do legalnych świadczeń zdrowotnych oraz ochrony przed

niehumanym i poniżającym traktowaniem. Według Auterek, obowiązujące w Polsce przepisy – w szczególności odnoszące się do zagrożenia zdrowia kobiety ciężarnej – stanowią podstawę do relatywnie szerokiej, zgodnej z prawem praktyki przerywania ciąży. Wskazuje się, że przesłanka ta, analogicznie jak w wielu innych państwach europejskich, powinna być interpretowana w sposób uwzględniający standardy międzynarodowe, w tym w szczególności szeroko rozumiane zdrowie psychiczne kobiety. Przyjęcie takiej wykładni – zgodnej z kierunkiem wyznaczanym przez sądy międzynarodowe oraz instrumenty ochrony praw człowieka – powinno prowadzić w praktyce do istotnego poszerzenia dostępu kobiet w Polsce do legalnych świadczeń w zakresie przerywania ciąży.

Słowa kluczowe: aborcja, przerwanie ciąży, prawa człowieka, prawa reprodukcyjne, zdrowie psychiczne, Europejski Trybunał Praw Człowieka

Uwagi wprowadzające

W Polsce – od wielu lat – obowiązuje prawo aborcyjne, które jest jednym z najbardziej restrykcyjnych w Europie¹. Kształt i wykładnia tej regulacji prowadzą do sytuacji praktycznego braku dostępu kobiet do ochrony zdrowia reprodukcyjnego.

Brak dostępu kobiet do bezpiecznej i legalnej aborcji wynika z wielu uwarunkowań: historycznych, kulturowych i prawnych. Skupiając się wyłącznie na aspektach prawnych problemu, wskazać należy jako pierwszą przyczynę, treść obowiązującego prawa, które przewiduje możliwość legalnego usunięcia ciąży w niewielu przypadkach. Oznacza to, że polskie ustawodawstwo reprezentuje konserwatywne podejście do tego problemu². Po drugie, wiele kontrowersji budzi wykładnia obowiązujących

¹ Zob. m.in. Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women, Inquiry concerning Poland conducted under article 8 of the Optional Protocol to the Convention, Report of the Committee, Grudzień 2024, <https://digitallibrary.un.org/record/4071460?v=pdf>, [dostęp: 01.05.2025 r.]

² M. Soniewicka, *Spór o dopuszczalność przerywania ciąży z perspektywy etycznej i filozoficzno-prawnej (komentarz do wyroku TK w sprawie K 1/20)*, Państwo i Prawo 2021, nr 8, s. 7.

przesłanek dopuszczalności przerywania ciąży. Paradoxem jest przy tym, że w niektórych krajach europejskich z łatwym w praktyce dostępem do aborcji, treść prawa określająca warunki legalizacji aborcji, nie odbiega znacząco od treści przepisów ustawy 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży³ (dalej też u.p.r. lub ustawa o planowaniu rodziny). Pomimo tego liczba wykonywanych zabiegów przerywania ciąży jest tam nieproporcjonalnie większa niż w Polsce⁴. Po trzecie, problemem w Polsce jest również brak efektywnych instrumentów prawnych, które zapewniłyby kobietom możliwość wyegzekwowania ich prawa do legalnej aborcji. Wprowadzane przez ostatnie trzy dekady zmiany ustawodawstwa dotyczącego przerywania ciąży, w postaci rozszerzenia klauzuli sumienia, zniesienia wskazań embriopatologicznych, surowe sankcjonowanie pomocnictwa do nielegalnego zabiegu⁵, miały na celu ograniczenie dostępu do takich zabiegów, co dodatkowo pogłębiała zawężająca interpretacja tych przepisów ustawy, które nadal pozwalały na aborcję⁶. Wszystko to sprawiło, że dostęp do przerywania ciąży stał się w praktyce fikcją. Ta sytuacja nie uległa zmianie, nawet pod wpływem standardów wypracowywanych na poziomie międzynarodowym oraz krytyki przez organy konwencyjne i trybunały praw człowieka obowiązujących w Polsce przepisów aborcyjnych, oraz praktyki ich stosowania⁷.

Inspiracją do napisania niniejszego tekstu jest przede wszystkim stały brak dostępu kobiet do ochrony zdrowia w zakresie zabiegu przerywania ciąży, który od wielu lat narusza podstawowe prawa człowieka kobiet w Polsce. Po drugie natomiast, coraz częściej w przestrzeni publicznej

³ Ustawa z 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, tj. Dz. U. z 1993 r., nr 17, poz. 78.

⁴ Zob. m.in. Wielka Brytania (pkt 2 i 3 niniejszego opracowania).

⁵ Zob. M. Piatek, G. Wrona, *Pomoc w przerywaniu ciąży – art. 152 § 2 Kodeksu karnego. Analiza przypadku na kamnie sprawy Justyny Wjdrzyńskiej*, Przegląd Prawa Medycznego 2024, Nr 1.

⁶ W tym przede wszystkim interpretacja zawężająca „zdrowie” kobiety wyłącznie do zdrowia w aspekcie fizycznym.

⁷ Zob. K. Sękowska-Kozłowska, *Stanowisko Komitetu Praw Człowieka ONZ w sprawie aborcji*, [w:] M. Grzyb, K. Sękowska-Kozłowska (red.), *Kobieta-cięża-żarodek-dziecko. Prawne aspekty przerywania ciąży*, Kraków 2023, s. 35-57.

pojawiają się sprawy⁸ świadczące jednoznacznie o ogromie naruszeń w zakresie prawa do legalnej i bezpiecznej aborcji. W ostatnim czasie do takich spraw zaliczyć można wydarzenia związane z nagłośnieniem sprawy przeprowadzenia legalnej aborcji w szpitalu w Oleśnicy⁹. Niezależnie od dramatu kobiety, której przez wiele miesięcy odmawiano przeprowadzenia legalnego zabiegu aborcji, wydarzenia z Oleśnicy stały się bezpośrednią przyczyną wystąpienia Zarządu Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników do Ministerstwa Zdrowia z prośbą o jednoznaczną wykładnię przepisów prawa dotyczących dopuszczalności przerywania ciąży, a w szczególności określenia granicy czasowej, w której możliwe jest jej legalne przeprowadzenie w przypadku zagrożenia zdrowia kobiety ciężarnej¹⁰. Wątpliwości lekarzy dotyczą m.in. możliwości pociągnięcia lekarza do odpowiedzialności karnej, na podstawie art. 152 § 3 kodeksu karnego¹¹, w przypadku wykonania zabiegu po 24. tygodniu ciąży, nawet w sytuacji istnienia zagrożenia zdrowia lub życia kobiety ciężarnej. W debacie publicznej pojawiają się głosy¹² opowiadające się za niezgodną z poprawną wykładnią i *contra legem* interpretacją przesłanki zagrożenia

⁸ W tym m.in. sprawa z Pszczyny z 2021 r. oraz sprawa z Nowego Targu z 2023 r., w którym nie przeprowadzono aborcji pomimo zagrożenia życia pacjentek, które następnie zmarły w wyniku zakażenia septycznego.

⁹ Chodzi o medialną sprawę dotyczącą przeprowadzenia aborcji w 36. tygodniu ciąży przez polską lekarzkę, która podjęła się wykonania zabiegu w oparciu o diagnozę prenatalną płodu, jak i przesłankę zagrożenia zdrowia kobiety ciężarnej, a którego to zabiegu odmówiono wcześniej pacjentce, zob. M. Nogaj, A. Brzozowski, *Groźby wobec szpitala w Oleśnicy i lekarki Gizeli Jagielskiej. Prokuratura: Niedługo wnioski o uchylenie immunitetów*, Gazeta Wyborcza, 22.04.2025, <https://wroclaw.wyborcza.pl/wroclaw/7,35771,31873577,w-szpitalu-w-olesnicy-ogloszono-alarm-bombowy-przed-budynkiem.html> [dostęp: 01.05.2025 r.]

¹⁰ Zob. m.in. Stanowisko Nr 35/25/P-IX Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 22 kwietnia 2025 r. w sprawie ataków na lekarzy w związku ze stosowaniem przepisów dotyczących procedury przerywania ciąży, <https://nil.org.pl/aktualnosci/8868-nie-do-zaakceptowania-sa-dla-nas-przejawymowy-nienawisci-i-internetowy-hejt-kierowany-w-stosunku-do-autorytetow-medycznych-standowisko-prezydium-nrl-z-dn-22042025>, [dostęp: 01.05.2025 r.]

¹¹ Art. 152 § 3 k.k., Kto dopuszcza się czynu określonego w § 1 lub 2, gdy dziecko poczęte osiągnęło zdolność do samodzielnego życia poza organizmem kobiety ciężarnej, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

¹² Zob. Analiza Ordo Iuris, *Aborcja nigdy nie może być środkiem terapeutycznym*, <https://ordoiuris.pl/ochrona-zycia/aborcja-nigdy-nie-moze-byc-srodkiem-terapeutycznym-analiza-ordo-iuris>, [dostęp: 01.05.2025 r.]

zdrowia kobiety, ograniczając ją wyłącznie do zdrowia fizycznego, z pominięciem aspektu zdrowia psychicznego, co narusza regulacje krajowe i międzynarodowe standardy ochrony praw człowieka.

W niniejszym tekście, przedstawiamy problematykę przerywania ciąży w świetle aktualnych danych statystycznych w Polsce oraz w wybranych państwach europejskich. Celem przedstawienia danych statystycznych jest zdiagnozowanie rzeczywistych potrzeb kobiet w zakresie ochrony ich zdrowia reprodukcyjnego. Po drugie, opracowanie zawiera analizę prawnoporównawczą przepisów regulujących dopuszczalność przerywania ciąży w Wielkiej Brytanii, ze szczególnym uwzględnieniem sposobu ich wykładni oraz implementacji w praktyce. Po trzecie, artykuł przedstawia standardy międzynarodowe ochrony praw kobiet, jakie wynikają z orzecznictwa Europejskiego Trybunału Praw Człowieka (dalej też: ETPCz) dotyczącego przerywania ciąży. Analizie poddano kluczowe wyroki ETPCz, które kształtują obecnie zakres i treść praw reprodukcyjnych jako, w szczególności elementu składowego prawa do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego, określonego w art. 8 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka¹³. Omówione zostały ponadto kwestie dotyczące obowiązku państwa do zapewnienia każdemu skutecznego dostępu do legalnych świadczeń medycznych w zakresie przerywania ciąży, w tym standardy proceduralne, co prowadzi również do obowiązku ochrony kobiet przed nieludzkim oraz poniżającym traktowaniem.

W tekście przedstawiamy ponadto interpretację obecnych regulacji prawnych zawartych w ustawie o planowaniu rodziny, zgodną z normami prawa krajowego oraz z międzynarodowymi standardami. Wskazać należy, że celem niniejszego artykułu nie jest kompleksowa analiza wszystkich przesłanek ustawowych dopuszczających przerwanie ciąży w Polsce, określonych w ustawie o planowaniu rodziny¹⁴. Celowo pominięto w związku z tym szczegółowe omówienie przesłanki embriopatologicznej, zwłasz-

¹³ Art. 8 ust. 1 EKPCz, Każdy ma prawo do poszanowania swojego życia prywatnego i rodzinnego, swojego mieszkania i swojej korespondencji.

¹⁴ Zob. E. Zielińska, *Przerywanie ciąży. Warunki legalności w Polsce i na świecie*, Warszawa 1990.

cza że nadal budzi kontrowersje¹⁵ kwestia mocy prawnej wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 22 października 2020 r.¹⁶

Niniejsze opracowanie zmierza do zaprezentowania tezy, zgodnie z którą obowiązujące w Polsce regulacje prawne dotyczące dopuszczalności przerwania ciąży – w szczególności przesłanka odnosząca się do zagrożenia zdrowia kobiety – stwarzają podstawy do stosunkowo szerokiego, legalnego przeprowadzania aborcji. Przesłanka ta, analogicznie jak w wielu innych państwach europejskich, powinna być interpretowana z uwzględnieniem standardów międzynarodowych, w tym przede wszystkim w kontekście szeroko pojmowanego zdrowia psychicznego kobiety. Taka wykładnia, zgodna z kierunkiem wyznaczanym przez orzecznictwo sądów międzynarodowych oraz standardy ochrony praw człowieka, powinna w praktyce prowadzić do istotnego poszerzenia dostępu kobiet w Polsce do legalnych świadczeń zdrowotnych w zakresie przerywania ciąży.

Przerywanie ciąży w Polsce w świetle danych statystycznych i kontekstu europejskiego

Przed przedstawieniem danych statystycznych dotyczących przerywania ciąży w Polsce, warto w pierwszej kolejności przyjrzeć się temu, jak prawo do zdrowia reprodukcyjnego realizowane jest w praktyce przez kobiety w wybranych państwach europejskich. W związku z tym, że w dalszej części opracowania omówione zostaną regulacje prawne obowiązujące w Wielkiej Brytanii, jako pierwsze przedstawione zostaną dane statystyczne dotyczące aborcji w tym kraju. Następnie, dla celów porównawczych, z uwagi na geograficzną bliskość, zaprezentowane zostaną dane z wybranych państw

¹⁵ Na ten temat zob. m.in. W. Ciszewski, *Aborcja, niepełnosprawność i krzywdy osób trzecich*, Państwo i Prawo 2021, nr 8, s. 117-130; B. Grabowska-Moroz, K. Łakomicz, *(Nie)dopuszczalność aborcji. Głosa do wyroku TK z 22.10.2020 r., K 1/20*, Państwo i Prawo 2021, nr 8, s. 251-256; P. Kardas, J. Giezek, *Kompetencje derogacyjne TK oraz ich prawnokarne konsekwencje (refleksje na marginesie wyroku w sprawie K 1/20)*, Państwo i Prawo 2021, nr 8, s. 40-59; D. Szumilo-Kulczycka, K. Kozub-Ciembroniewicz, *Konsekwencje uchylbiń w obszarze TK (uwagi na tle orzeczenia w sprawie K 1/20)*, Państwo i Prawo 2021, nr 8, s. 81-98.

¹⁶ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 22 października 2020 r., sygn. akt K 1/20, OTK-A 2021, poz. 1.

sąsiadujących z Polską – z Czech i z Niemiec. Wskazać należy ponadto, że są to wyłącznie oficjalne dane dostępne w ramach oficjalnych opracowań instytucji rządowych lub pozarządowych, które prezentują wyłącznie statystyki dotyczące legalnie przeprowadzonych zabiegów. Niezależnie zaś od tzw. ciemnej liczby aborcji dokonywanej w tych krajach i nieuwzględnianej w głównych statystykach, już sama analiza oficjalnych danych pozwala na sformułowanie pewnych konkluzji przy zestawieniu ich z liczbą legalnie przeprowadzonych aborcji w naszym kraju.

Powszechny spis ludności w Wielkiej Brytanii wskazuje, że populacja tego kraju w 2023 r. wynosiła 68,3 miliona ludzi¹⁷. Kobiety stanowiły 34,5 mln¹⁸ całej populacji, z czego 11,9 mln to kobiety w wieku rozrodczym¹⁹. Brytyjski rząd co roku przedstawia sprawozdania publikowane przez Departament Zdrowia i Opieki Społecznej (DHSC), które uwzględniają dane dotyczące liczby rocznych aborcji dokonywanych w tym kraju. W 2022 r. w Anglii i Walii dokonanych zostało 251 377 aborcji²⁰. Pełne i oficjalne dane dostępne za 2023 r. opublikowane zostaną dopiero w 2025 r. Jednak, biorąc pod uwagę dotychczasowe tendencje, wiele wskazuje na to, że liczba aborcji w latach 2023-2025 mogła przekroczyć lub przekroczy 300 tys. rocznie²¹. W 2022 r., metoda farmakologiczna usunięcia ciąży, dokonywana w warunkach domowych była najczęściej stosowaną, obejmującą aż 86% wszystkich przypadków²². W Wielkiej Brytanii, od wielu lat, większość (około 96-98%) aborcji przeprowadzana jest na podstawie

¹⁷ Za: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/populationandmigration/populationestimates/bulletins/annualmidyearpopulationestimates/mid2023>, [dostęp: 01.05.2025 r.]

¹⁸ Za: <https://www.statista.com/statistics/281240/population-of-the-united-kingdom-uk-by-gender/>, [dostęp 01.05.2025 r.]

¹⁹ Tj. od 15 do 44 roku życia, za: Office for National Statistics, <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/conceptionandfertilityrates/articles/howisthefertilityratechanginginenglandandwales/2024-10-28>, [dostęp: 01.05.2025 r.]

²⁰ Office for Health Improvement&Disparities, *Abortion statistics, England and Wales: 2022*, <https://www.gov.uk/government/statistics/abortion-statistics-for-england-and-wales-2022/abortion-statistics-england-and-wales-2022>, [dostęp: 01.05.2025 r.]

²¹ Za: <https://percuity.blog/2025/02/17/300000-abortions-in-the-uk-in-2024>, [dostęp: 01.05.2025 r.]

²² Za: <https://www.gov.uk/government/statistics/abortion-statistics-for-england-and-wales-2022/abortion-statistics-england-and-wales-2022>, [dostęp: 01.05.2025 r.]

przesłanki dotyczącej istnienia zagrożenia dla życia lub zdrowia fizycznego lub psychicznego kobiety²³.

Według danych demograficznych z 2024 r., liczba ludności w Czechach wynosiła niecałe 11 milionów²⁴, z czego kobiety stanowiły około 5,3 miliona, co odpowiada niemal połowie całkowitej populacji kraju²⁵. Zgodnie z obecnie obowiązującymi przepisami czeskiej ustawy z dnia 20 października 1986 r. o aborcji²⁶, przerwanie ciąży przez kobietę może zostać dokonane na podstawie jej decyzji do 12. tygodnia ciąży²⁷. Po 12. tygodniu ciąży, dokonanie aborcji jest możliwe z tzw. powodów medycznych, takich jak m.in. wady płodu lub poważne zagrożenie życia matki. W 2020 r. w Czechach przeprowadzono legalnie 30 363 aborcje, w 2021 r. liczba ta nieco zmalała – do 27 959, w 2023 r. liczba przerwanych w tym kraju ciąż wyniosła 24 940²⁸.

W Niemczech, w 2024 r. żyło około 84 milionów ludzi²⁹. Wśród nich prawie 43 miliony to kobiety³⁰, w tym około 35 milionów to kobiety w wieku 15-49 lat³¹. Według dostępnych danych, co roku w tym kraju do-

²³ Za: <https://www.eauk.org/what-we-do/initiatives/both-lives/statistics/statistics>, [dostęp: 01.05.2025 r.]

²⁴ Za: https://european-union.europa.eu/principles-countries-history/eu-countries/czechia_pl, [dostęp: 01.05.2025 r.]

²⁵ Liczba kobiet w Czechach od 2000 r. konsekwentnie utrzymuje się na poziomie ok. 5-5,3 mln, za: https://mzv.gov.cz/warsaw/pl/informacje_o_rcz/kraj_i_jego_mieszkanicy/index.html#:~:text=Republikę%20Czeską%20zamieszkuje%2010%2C3,8%20osób%20na%201000%20mieszkańców, [dostęp: 01.05.2025 r.]

²⁶ Ustawa Czeskiej Rady Narodowej z 20 października 1986 r. o aborcji, Nr 66/1986.

²⁷ Z dekretu z dnia 7 listopada 1986 r. wdrażającego ustawę nr 66/1986 o aborcji wynika, że przeciwwskazaniem do przerwania ciąży na tzw. „żądanie” kobiety jest zagrożenie, że aborcja mogłaby negatywnie wpłynąć na zdrowie kobiety bądź, jeśli od ostatniego zabiegu nie upłynęło 6 miesięcy, zob. § 1 Dekretu Ministerstwa Zdrowia Czeskiej Republiki Socjalistycznej z dnia 7 listopada 1986 r. wdrażającego ustawę Czeskiej Rady Narodowej nr 66/1986 o aborcji, 75/1986.

²⁸ Dane za: <https://www.statista.com/statistics/1234516/number-of-abortions-in-czechia/>, [dostęp: 01.05.2025 r.]

²⁹ Za: https://european-union.europa.eu/principles-countries-history/eu-countries/germany_pl, [dostęp: 01.05.2025 r.]

³⁰ Statistisches Bundesamt, *Population by nationality and sex*, <https://www.destatis.de/EN/Themes/Society-Environment/Population/Current-Population/Tables/census-sex-and-citizenship-2024.html>, [dostęp: 01.05.2025 r.]

³¹ Czyli tzw. wiek rozrodczy kobiety, za: Statistisches Bundesamt, *Fertility rate down to 1.35 children per women in 2023*, https://www.destatis.de/EN/Press/2024/07/PE24_274_12.html, [dostęp: 01.05.2025 r.]

konywanych jest około 100 tys. aborcji rocznie³². Jak wskazują statystyki, liczba aborcji w Niemczech utrzymuje się na podobnym poziomie i wynosi 4,5 na 1000 kobiet³³. W Niemczech aborcja jest możliwa w sytuacji, gdy ciąża jest wynikiem czynu przestępnego lub w przypadku zagrożenia życia, zdrowia fizycznego lub psychicznego kobiety, a także w pierwszych trzech miesiącach ciąży, jeśli kobieta odbędzie konsultacje z lekarzem-specjalistą i podejmie taką decyzję³⁴.

Polska jest krajem o około 38-milionowej populacji³⁵, wśród której około 9 milionów³⁶ kobiet pozostaje w wieku rozrodczym³⁷. Według oficjalnych statystyk przedstawianych przez rząd³⁸, rocznie – od 25 lat – dokonywanych jest zaledwie kilkaset legalnych zabiegów przerwania ciąży. W 2002 r. w Polsce dokonano 159 aborcji³⁹, 641 zabiegów przepro-

³² Statistisches Bundesamt, *Abortion*, Za: https://www.destatis.de/EN/Themes/Society-Environment/Health/Abortions/_node.html#267078, [dostęp: 01.05.2025 r.]

³³ F. Prutz, B. Hintzpetter, L. Krause, *Abortions in Germany – Current data from the statistics on terminations of pregnancy*, *Journal of Health Monitoring*, Nr 7(2), 2022, s. 39.

³⁴ Niemiecki kodeks karny z 1998 r. w art. 218 penalizuje przerwanie ciąży, jednak w art. 218a wskazuje na sytuacje, w których karalność czynu jest wyłączona, zob. German Criminal Code (StGB) 1998, https://www.gesetze-im-internet.de/englisch_stgb/englisch_stgb.html, [dostęp: 01.05.2025 r.]

³⁵ Według Głównego Urzędu Statystycznego, pod koniec 2024 r. ludność Rzeczypospolitej Polskiej liczyła ok. 37,5 mln osób, *Biuletyn Statystyczny Głównego Urzędu Statystycznego 2025*, zob. <https://ssgk.stat.gov.pl/Ludnosc.html>, [dostęp: 01.05.2025 r.]

³⁶ Liczba kobiet w wieku 15-49 lat spadła z 10 094 400 w 2000 r. do 9 790 000 w 2006 r., a według prognozy w latach 2007-2010 miała wynosić odpowiednio: w 2007 – 9 706 500, w 2008 r. – 9 618 300, w 2009 r. – 9 535 300 i w 2010 r. – 9 456 000. W 2024 r. liczba kobiet w wieku rozrodczym spadła do 8 mln 705 tys. za: Główny Urząd Statystyczny. Departament Badań Demograficznych, *Prognoza ludności na lata 2008–2035*, Warszawa 2009, str. 18, 301 oraz zob. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/struktura-ludnosc/16,1.html>, [dostęp: 01.05.2025 r.]

³⁷ W umiarkowanej strefie klimatycznej, w jakiej znajduje się Polska, za wiek rozrodczy przyjmuje się wiek 15-49 lat, za: J. Holzer, *Demografia*, PWE, Warszawa 2006, <https://stat.gov.pl/metainformacje/slownik-pojec/pojecia-stosowane-w-statystyce-publicznej/864,pojecie.html>, [dostęp: 01.05.2025 r.]

³⁸ Zgodnie z art. 9 ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, Rada Ministrów przedkłada Sejmowi corocznie, w terminie do dnia 31 lipca, sprawozdanie z wykonywania ustawy oraz o skutkach jej stosowania. W sprawozdaniu tym polski rząd nie odnosi się do skali podziemia aborcyjnego, lecz przedstawia wyłącznie oficjalne statystyki dotyczące legalnego przerwania ciąży.

³⁹ Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonania w roku 2006 ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży oraz o skutkach jej stosowania, Sejm RP Druk nr 25, Warszawa 2007, s. 58, [https://orka.sejm.gov.pl/Druk6ka.nsf/0/13A60B69068C523FC125739C004784F4/\\$file/25.pdf](https://orka.sejm.gov.pl/Druk6ka.nsf/0/13A60B69068C523FC125739C004784F4/$file/25.pdf), [dostęp: 01.05.2025 r.]

wadzano w 2010 r.⁴⁰, 1110 zaś w 2019 r.⁴¹ Następnie w 2021 r., po wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 22 października 2020 r.⁴², liczba aborcji spadła do 107⁴³. W 2022 r., liczba legalnie wykonanych aborcji wzrosła niewiele – do 160⁴⁴, natomiast w kolejnych latach zaczął następować już coraz większy wzrost – w 2023 r. wykonano 425 legalnych zabiegów, w 2024 r. – 896⁴⁵.

Spośród wszystkich trzech przesłanek legalnej aborcji obowiązujących do momentu wyroku Trybunału Konstytucyjnego z 2020 r., najczęściej przeprowadzanych w Polsce zabiegów wynikało ze stwierdzenia przesłanki embriopatologicznej, tj. związanej z ciężkim i nieodwracalnym uszkodzeniem płodu. W 2020 r. takich legalnych zabiegów dokonano 1053⁴⁶. Z powodu zagrożenia życia lub zdrowia kobiety, w 2020 r. wykonano zaś tylko 21 aborcji, w 2021 r. wyłącznie 32 aborcji zostało dokonanych z tego powodu⁴⁷. Najmniej legalnych aborcji wykonywanych było w związku z podejrzeniem, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego – według sprawozdań rządowych w latach 2010–2011 oraz w 2017 r. i w 2021 r. nie została dokonana żadna aborcja z tej przyczyny⁴⁸.

⁴⁰ Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonania w roku 2010 ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży oraz o skutkach jej stosowania, Sejm RP Druk nr 4699, Warszawa 2011, s. 63, [https://orka.sejm.gov.pl/Druki6ka.nsf/0/161B129C7D65C7A0C125793000396004/\\$file/4699.pdf](https://orka.sejm.gov.pl/Druki6ka.nsf/0/161B129C7D65C7A0C125793000396004/$file/4699.pdf), [dostęp: 01.05.2025 r.]

⁴¹ Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonywania oraz o skutkach stosowania w 2021 r. ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, Warszawa 2022, s. 101, <https://www.gov.pl/web/premier/informacje-sprawozdania-2022>, [dostęp: 01.05.2025 r.]

⁴² Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 22 października 2020 r., sygn. akt K 1/20, OTK-A 2021, poz. 1.

⁴³ Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonywania oraz o skutkach stosowania w 2021 r. ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, Warszawa 2022, s. 101, <https://www.gov.pl/web/premier/informacje-sprawozdania-2022>, [dostęp: 01.05.2025 r.]

⁴⁴ Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonywania oraz o skutkach stosowania w 2022 r. ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, Warszawa 2022, s. 121.

⁴⁵ Dane udostępnione przez Ministerstwo Zdrowia Kolektywowi Legalna Aborcja.

⁴⁶ Sprawozdanie RM z wykonywania oraz o skutkach stosowania w 2021 r..., s. 100.

⁴⁷ Ibidem.

⁴⁸ Ibidem, s. 101.

Oficjalne statystyki, według których w Polsce – we wskazanych powyżej latach – nie wykonano w ogóle legalnych zabiegów przerwania ciąży, w sytuacji, gdy istniało uzasadnione podejrzenie, że ciąża jest wynikiem czynu zabronionego, świadczyły jednoznacznie o braku zaspokojenia rzeczywistych potrzeb kobiet w tym zakresie.

Dane policyjne dotyczące przestępstw na tle seksualnym wskazują, że w Polsce np. w latach 2020-2023 średnia liczba przestępstw zgwałcenia wynosiła około 1100 rocznie⁴⁹. Wskazuje się przy tym jednak, że ujawnianych jest tylko około 8% tych czynów⁵⁰, a liczba zgłoszeń waha się w zależności od sytuacji politycznej i społecznej w kraju. Oznacza to, że każdego roku zgwałcenia doświadczą – według szacunków organizacji zajmujących się przestępczością seksualną w Polsce – prawdopodobnie około 25 000 – 30 000 osób⁵¹, z czego zdecydowaną większość stanowią kobiety. Część z tych przypadków na pewno skutkuje niechcianą ciążą. Oficjalne statystyki rządowe nie podają jednak liczby przypadków zgwałceń, które skutkują niechcianą ciążą. Dostępne dane koncentrują się na liczbie zgłoszonych przestępstw zgwałcenia oraz na liczbie legalnych aborcji przeprowadzonych z powodu ciąży będącej wynikiem czynu zabronionego, nie rozróżniając jednak rodzaju czynu zabronionego. Statystyki te nie wyróżniają więc czynów zabronionych, które mogą doprowadzić do ciąży⁵², w tym m.in. stosunków seksualnych z osobą poniżej 15 lat⁵³. W 2021 r., w Polsce dziewczynki poniżej 15 roku życia urodziły

⁴⁹ Dane Głównego Urzędu Statystycznego dotyczące ofiar przestępstwa zgwałcenia: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/wymiar-sprawiedliwosci/wymiar-sprawiedliwosci/ofiary-gwaltu-i-przemocy-domowej,1,1.html>, [dostęp: 01.05.2025 r.]

⁵⁰ Dane przedstawione przez Centrum Praw Kobiet, <https://cpk.org.pl/media/chcialabym-zglosic-usilowanie-gwaltu-policja-prosze-przyjsc-jutro/>, [dostęp: 01.05.2025 r.], zob. także J. Piotrowska, *Przemoc wobec kobiet, [w:] Białe plamy na mapie (nie)równości płci*, Warszawa 2011.

⁵¹ Statystyki wskazane przez Niebieską Linie, www.niebieskalinia.pl

⁵² Są to: seksualne nadużycie zależności, seksualne wykorzystanie bezradności lub nadużycie zaufania, seksualne wykorzystanie małoletniego, kazirodztwo, zmuszanie do prostytucji oraz znęcanie się nad osobą najbliższą (w sprawach, gdy przemoc seksualna jest jej częścią).

⁵³ Przedstawiciele doktryny wskazują na różne katalogi czynów, które mogłyby stać się podstawą do zastosowania przepisu, m.in. A. Zoll wyróżnia czyny zabronione zawarte w XXV rozdziale Kodeksu karnego z 1997 r., w tym przede wszystkim art. 197 § 1, 3 lub 4, art. 198, art. 199, art. 200 i art. 201. R. Kokot wskazuje tu również art. 203 k.k., czyli zmuszanie do prostytucji, za: A. Zoll, *Przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu*, [w:] W. Wróbel, A. Zoll (red.), *Kodeks karny. Część szczególna. Komentarz do art.*

33 dzieci⁵⁴. Nie wiadomo, ilu z nich udzielono informacji, że mogłyby legalnie ciążę przerwać i ilu stworzono warunki do rozważenia tej decyzji.

Zestawiając dane statystyczne dotyczące przerywania ciąży w Polsce ze statystykami innych państw europejskich zapewniających kobietom dostęp do legalnej aborcji, nie ulega wątpliwości, że Polska nie zapewnia kobietom ich potrzeb w zakresie zdrowia reprodukcyjnego. W Czechach, kraju o zdecydowanie mniejszej zarówno powierzchni terytorium, jak i liczbie mieszkańców (Czechy mają około 3,5 razy mniej ludności niż Polska), przeprowadzanych jest rocznie 30 000 aborcji, podczas gdy w Polsce liczba ta waha się od 100 do 1000. Z kolei w Niemczech, kraju o większej liczbie mieszkańców niż Polska, aborcji rocznie dokonuje się około 100 000. Jeszcze więcej zabiegów przerywania ciąży dokonywanych jest w Wielkiej Brytanii – kraju o mniejszej populacji niż Niemcy.

Przedstawione dane statystyczne prowadzą do wniosku, że liczba legalnie przeprowadzanych aborcji w Polsce jest nieproporcjonalnie niska w porównaniu z innymi państwami europejskimi, co nie znajduje uzasadnienia w wielkości populacji kraju. Pomimo że Polska należy do państw o stosunkowo dużej liczbie ludności, corocznie odnotowujemy najniższą liczbę legalnych zabiegów przerywania ciąży w Europie, co zresztą potwierdzają oficjalne zestawienia⁵⁵. Fakt ten świadczy nie o rzeczywistej i niskiej potrzebie kobiet w Polsce, a wyłącznie o ograniczonej i naruszającej prawo do zdrowia, dostępności do zabiegu bezpiecznej aborcji w ramach obowiązującego systemu prawnego i medycznego, co zostanie przedstawione w dalszej części opracowania⁵⁶. W praktyce prowadzi to również do częściowej niewidoczności zjawiska w oficjalnych statystykach i przeniesienia korzystania przez kobiety z tego zabiegu do podziemia aborcyjnego⁵⁷.

117–211a, Warszawa 2017, s. 332; R. Kokot, *Przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu*, [w:] R.A. Stefański (red.), *Kodeks karny. Komentarz*, Warszawa 2020, s. 990.

⁵⁴ Dane Głównego Urzędu Statystycznego, <https://demografia.stat.gov.pl/BazaDemografia/Tables.aspx>, [dostęp: 01.05.2025 r.]

⁵⁵ Za: <https://www.statista.com/statistics/866423/abortion-rate-europe/>, [dostęp: 01.05.2025 r.]

⁵⁶ Chodzi tu przede wszystkim o szerokie stosowanie klauzuli sumienia, zniesienie wskazań embriopatologicznych w ramach legalnych przesłanek przerywania ciąży, penalizację pomocnictwa do aborcji oraz wąską interpretację tych przepisów ustawy, które wciąż pozwalają na aborcje, w tym m.in. zagrożenia dla zdrowia kobiety rozumianego jedynie jako zdrowie fizyczne.

⁵⁷ Według różnych szacunków, liczba tzw. nielegalnych aborcji w Polsce może sięgać od 80 000 do 200 000 rocznie, za: Federacja na Rzecz Kobiet i Planowania Rodziny, *Komentarz do sprawozdania*

Brak realnego dostępu do zabiegu przerwania ciąży w Polsce uwidacznia się szczególnie w zestawieniu obowiązujących w Polsce przepisów z regulacjami prawnymi funkcjonującymi w powyżej wskazanych krajach europejskich, gdzie – pomimo podobieństw w zakresie brzmienia normatywnych przesłanek legalnej aborcji – występują ogromne różnice w liczbie przeprowadzanych zabiegów. Przykładowo w Wielkiej Brytanii, w której rocznie dokonywanych jest około 200-300 tys. aborcji, obowiązujący system prawny przewiduje w swojej treści podobne przesłanki dopuszczające przerwanie ciąży po 24. tygodniu, co w Polsce. W Polsce jednak, pomimo istnienia ustawowych przesłanek dopuszczających przerwanie ciąży, ich interpretacja, a w konsekwencji zastosowanie w praktyce jest skrajnie ograniczone. W rezultacie, skuteczność prawa aborcyjnego w Polsce pozostaje iluzoryczna, co odróżnia ją istotnie od wielu państw europejskich, gdzie system ochrony zdrowia zapewnia rzeczywistą dostępność zabiegu w ramach publicznej opieki zdrowotnej.

Regulacja przerwania ciąży w Wielkiej Brytanii

W Wielkiej Brytanii od 1967 r. obowiązuje ustawa o aborcji⁵⁸, która formułuje przesłanki legalnego przerwania ciąży. Według ustawy, aborcję można przeprowadzić zgodnie z prawem do 24. tygodnia ciąży, w sytuacji, gdy kontynuacja ciąży wiązałaby się z ryzykiem dla zdrowia fizycznego lub psychicznego kobiety w ciąży, lub jej dzieci. Ponadto, po 24. tygodniu ciąży, przeprowadzenie zabiegu jest możliwe, gdy: 1) istnieje poważne zagrożenie życia kobiety, 2) jest to konieczne w celu zapobieżenia

z realizacji ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, 2023 <https://federa.org.pl/komentarz-do-sprawozdania-z-ustawy-2022/>, [dostęp: 01.05.2025 r.] Warto zwrócić uwagę również na wydane ponad 10 lat temu, jednak wciąż główne badanie sondażowe dotyczące doświadczeń związanych z przerywaniem ciąży przez Polki opublikowane w 2013 r. przez CBOS. Wynika z niego, że co trzecia kobieta w Polsce dokonała aborcji, zob. CBOS, *Komunikat badań. Doświadczenia aborcyjne Polek*, 2013, https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2013/K_060_13.PDF, [dostęp: 01.05.2025 r.]

⁵⁸ Abortion Act 1967, UK Public General Acts 1967 c. 87.

poważnemu i trwałemu uszkodzeniu zdrowia fizycznego lub psychicznego kobiety, 3) a także, jeśli wykryto ciężkie i nieodwracalne wady płodu.

Ustawa, wprowadzając regulacje prawne dotyczące przerywania ciąży, szczegółowo określa również warunki, w jakich aborcja może być dokonana oraz sposób jej przeprowadzania w praktyce.

Dokonanie aborcji do 24. tygodnia, często określane również jako tzw. aborcja „na żądanie”, możliwe jest po wydaniu opinii przez dwóch zarejestrowanych lekarzy, którzy uznają, że kontynuacja ciąży wiąże się z ryzykiem utraty zdrowia fizycznego lub psychicznego kobiety, lub któregośkolwiek z dzieci kobiety. Oceny takiej, zgodnie z ustawą, lekarze dokonują przy uwzględnieniu rzeczywistych lub racjonalnie przewidywanych sytuacji oraz okoliczności środowiskowych kobiety. Co do zasady zabieg taki powinien być przeprowadzony w szpitalu powiązanim z Ministerstwem Zdrowia, w którym zapewniona zostanie odpowiednia opieka medyczna i nadzór nad jego wykonaniem. W wyjątkowych przypadkach, Ministerstwo Zdrowia może zatwierdzić inne placówki, w których przeprowadzona zostanie aborcja. Dalsze przepisy ustawy wskazują, że dokonanie aborcji może polegać również na samodzielnym zażyciu przez kobietę leku. Wówczas lekarz powinien przepisać kobiecie lek po odbyciu z nią konsultacji (może uczynić to również pracownik medyczny). W sytuacji konieczności natychmiastowego usunięcia ciąży, gdy istnieje zagrożenie życia lub poważnego uszczerbku na zdrowiu, aborcji można dokonać bez konieczności spełnienia wymogu opinii dwóch zarejestrowanych lekarzy. Co istotne, aborcja w Wielkiej Brytanii jest bezpłatna w ramach systemu publicznej opieki zdrowotnej, czyli National Health Service (NHS), pod warunkiem, że spełnione są powołane wyżej kryteria i aborcja jest dokonywana legalnie.

Wskazać należy jednak, że aborcja w Wielkiej Brytanii formalnie pozostaje czynem zabronionym przez ustawę. Zgodnie z brytyjską ustawą o przestępstwach przeciwko osobie z 1861 r.⁵⁹, kobieta będąca w ciąży, która w celu wywołania własnego poronienia zażyje szkodliwą substancję lub bezprawnie użyje jakiegoś narzędzia bądź innego środka w tym celu,

⁵⁹ Offences against the Person Act 1861, UK Public General Acts 1861, c. 100.

a także każda inna osoba, która w celu wywołania poronienia u jakiegokolwiek kobiety bezprawnie poda jej truciznę, szkodliwą substancję lub użyje wobec niej jakiegokolwiek narzędzia bądź środka w tym celu, podlega karze dożywotniego pozbawienia wolności w systemie pracy przymusowej⁶⁰. Oznacza to, że w obowiązującym obecnie porządku prawnym w Wielkiej Brytanii, aborcja pozostaje czynem penalizowanym, a osoby, które dokonują przerwania ciąży niezgodnie z przepisami zawartymi w ustawie o aborcji z 1967 r., popełniają przestępstwo zagrożone karą dożywotniego pozbawienia wolności.

Fakt, że aborcja w dalszym ciągu pozostaje czynem zabronionym w Wielkiej Brytanii stanowi przedmiot szerokiej krytyki zarówno ze strony środowisk naukowych, jak i opinii publicznej⁶¹. Od wielu lat w przestrzeni publicznej toczy się intensywna debata dotycząca konieczności dekryminalizacji aborcji, a także wprowadzenia rzeczywistego modelu aborcji na żądanie, który umożliwiałby dostęp do zabiegu bez dodatkowych ograniczeń wynikających z zapisów ustawy o aborcji z 1967 r. Głównym postulatem tych dyskusji jest uznanie decyzji o przerwaniu ciąży za autonomiczne prawo kobiety, które nie powinno podlegać ramom prawa karnego, a także uniezależnienie decyzji o przerwaniu ciąży od konieczności uzyskania opinii dwóch zarejestrowanych lekarzy.

Pomimo tego, że aborcja dokonana z naruszeniem przepisów ustawy pozostaje czynem zabronionym, liczba dokonywanych corocznie aborcji w tym kraju jest stosunkowo wysoka. Rocznie dochodzi tam do ok. 200-300 tys. legalnych przerwania ciąży. Jak już wspomniano, najczęstszą przesłanką, na podstawie której dokonuje się aborcji w Wielkiej Brytanii, jest istotne ryzyko dla zdrowia fizycznego lub psychicznego kobiety bądź jej dzieci⁶². Zgodnie z dostępnymi danymi, przesłanka ta była niezwykle

⁶⁰ Tłumaczenie własne.

⁶¹ C. Day, *An Exploration of How Current Legislations Restrict Women's Access to Abortion Services in England*, *York Law Review* 2024, Nr 5, s. 2; Ch. Proudman, *Think Abortion is Legal in Great Britain? Ask the two women currently facing life sentences*, *The Guardian* 2022, <https://www.theguardian.com/commentisfree/2022/aug/19/abortion-legal-great-britain-women-life-sentences-roe-v-wade>, [dostęp: 01.05.2025 r.]

⁶² Za: <https://www.gov.uk/government/statistics/abortion-statistics-for-england-and-wales-january-to-june-2022/abortion-statistics-for-england-and-wales-january-to-june-2022>, [dostęp: 01.05.2025 r.]

istotna od samego początku funkcjonowania przepisów, a do 1970 r. „trzy czwarte wszystkich legalnych aborcji w Anglii i Walii przeprowadzano z powodów psychiatrycznych, chociaż lekarze zauważają, że podstawy te to zazwyczaj reakcje psychologiczne na sytuację środowiskową stworzoną przez niechcianą ciążę”⁶³. Obecnie wciąż przeważająca większość legalnych aborcji jest przeprowadzana na podstawie zagrożenia dla zdrowia psychicznego lub fizycznego kobiety. Od wielu lat, ok. 98-99% zabiegów przerwania ciąży dokonanych zostaje na tej podstawie⁶⁴. W 2020 r., w którym łącznie przeprowadzono, zgodnie z obowiązującym prawem 210 860 aborcji, aż 206 768 zostało dokonanych z powodu fizycznego lub psychicznego zagrożenia dla zdrowia kobiety⁶⁵. Ponadto 778 ciąż zakończono ze względu na zagrożenie dla zdrowia fizycznego lub psychicznego innego dziecka ciężarnej kobiety⁶⁶.

Wielu autorów zwraca uwagę na to, że przesłanka ta interpretowana jest liberalnie i w praktyce umożliwia kobietom dokonanie aborcji „na życzenie”⁶⁷. Wskazuje się przy tym m.in., że szeroka interpretacja przesłanki dotyczącej zdrowia psychicznego kobiety, wynika z uznania, że przeprowadzenie aborcji na wczesnym etapie ciąży jest bezpieczniejsze niż kontynuowanie jej do późniejszych stadiów, w których istnieje znacznie większe ryzyko zagrożenia dla życia i zdrowia kobiety. Tego rodzaju podejście opiera się również na analizie statystycznej, która wskazuje, że wczesna aborcja wiąże się z mniejszym ryzykiem i może zapobiec powstaniu poważniejszych komplikacji zdrowotnych kobiety, w tym również tych o charakterze psychicznym⁶⁸. Potwierdzają to także dane wskazujące na to, że liczby przyjęć awaryjnych z powodu „niepełnego poronienia” i prób samodzielnego przeprowadzenia aborcji wśród kobiet diametral-

⁶³ S. Crook, *A Disastrous Blow: Psychiatric risk, Social Indicators and Medical Authority in Abortion Reform in Post-war Britain*, *Med Humanit* 2020, Nr 46, s. 124-125.

⁶⁴ S. Sheldon, *British Abortion Law: Speaking from the Past to Govern the Future*, *The Modern Law Review* 2006, Nr 79, s. 300; <https://www.gov.uk/government/statistics/abortion-statistics-for-england-and-wales-2022/abortion-statistics-england-and-wales-2022>, [dostęp: 01.05.2025 r.]

⁶⁵ Za: „abortion-statistics-2020-data-tables_Final”, assets.publishing.service.gov.uk.

⁶⁶ Ibidem.

⁶⁷ E. Jackson, *Abortion, Autonomy and Prenatal Diagnosis*, *Social and Legal Studies* 2000, Nr 9, s. 472.

⁶⁸ C. Day, *An Exploration of How...*, s. 4.

nie się zmniejszyły, co sugeruje, że wprowadzone zmiany przyczyniły się do istotnej poprawy dostępu kobiet do bezpiecznych metod planowania rodziny⁶⁹.

Istnieją jednak liczne głosy krytyczne, które podnoszą, że przepisów ustawy o aborcji nie należy traktować jako przyznających w praktyce kobietom prawo do przerywania ciąży „na życzenie”, ponieważ decyzja o dopuszczalności przeprowadzenia takiego zabiegu wciąż pozostaje w gestii lekarzy. Nie można więc stawiać znaku równości pomiędzy szeroką interpretacją przesłanki dotyczącej zagrożenia zdrowia, w tym zdrowia psychicznego kobiety, z aborcją na żądanie, która jest wyłącznie wynikiem autonomicznej decyzji kobiety, i co do której nie istnieją dodatkowe wymagania w postaci zgody lekarza, wydawania opinii, ekspertyz itp.⁷⁰

Niedookreśloność przesłanki „zagrożenia dla zdrowia fizycznego i psychicznego kobiety lub któregośkolwiek z jej dzieci” uznaje się w praktyce za umożliwiającą przeprowadzenie aborcji z tzw. powodów społecznych⁷¹. Wskazywać miałyby na to przede wszystkim interpretacja zagrożenia dla zdrowia któregośkolwiek z dzieci kobiety chcącej przerywania ciąży. Zgodnie z ustawą o aborcji z 1967 r. ocenę, czy zachodzi zagrożenie dla zdrowia – w tym zwłaszcza psychicznego kobiety bądź jej dzieci – lekarze dokonują przy uwzględnieniu „rzeczywistych lub racjonalnie przewidywanych sytuacji i okoliczności środowiskowych kobiety”. Decyzja o przeprowadzeniu aborcji na tej podstawie należy więc do lekarzy, którzy mogą uwzględniać w jej ramach szeroką gamę czynników, w tym nie tylko stan zdrowia matki, ale również potencjalne zagrożenie dla jej zdolności do opieki nad dziećmi, sytuację ekonomiczną, która mogłaby utrudnić lub uniemożliwić opiekę nad dzieckiem, zapewnienie mu odpowiednich warunków⁷². Lekarze są zobowiązani do podjęcia decyzji na podstawie

⁶⁹ D. Paintin, *The Abortion Act 1967*, ICBH Witness Seminar Programme, Institute of Contemporary British History 2002, s. 46.

⁷⁰ British Pregnancy Advisory Service, *Abortion Law in Great Britain*, <https://www.bpas.org/our-cause/campaigns/briefings/abortion-law-in-great-britain/>, [dostęp: 01.05.2025 r.]

⁷¹ K. Borkowska, *Względy społeczne jako przyczyna legalnego zabiegu terminacji ciąży – rozważania porównawcze*, *Studia Prawnoustrojowe* 2024, Nr 63, s. 59.

⁷² L. Mecinska, C. James, K. Mukungu, *Criminalization of Women Accessing Abortion and Enforced Mobility within the European Union and the United Kingdom*, *Women & Criminal Justice* 2020, Nr 391, s. 397-398.

swojego osądu, ale nie ma szczegółowych, jednolitych wytycznych, które precyzowałyby, w jakich dokładnie przypadkach ta przesłanka może być zastosowana.

Już w latach 70. XX w. w Wielkiej Brytanii, funkcjonowanie przesłanki odnoszącej się do zdrowia psychicznego kobiety było szeroko argumentowane jako potrzebne. W 1971 r. jeden z brytyjskich posłów pisał wprost o współzależności między „warunkami społecznymi” a „kwestiami medycznymi”⁷³. Zasugerował nawet, że samo sformułowanie ustawy „zachęcało do koncepcji opieki socjomedycznej”. Jak podaje S. Crook, „opieka socjomedyczna przyczyniła się do medykalizacji obszarów życia, które wcześniej nie znajdowały się pod jurysdykcją profesji medycznej. Jeden z psychiatrów stwierdził w 1966 r., że jego profesja interesuje się kontekstem społecznym równie mocno, jak reformatorzy społeczni, z powodu «nieuniknionego wpływu środowiska na zdrowie psychiczne». Pisząc rok przed uchwaleniem ustawy z 1967 r., W. E. Anderson⁷⁴ twierdził, że «żaden psychiatra nie potrzebuje przypomnienia o znaczeniu czynnika społecznego zarówno w etiologii, jak i rokowaniu każdej choroby psychicznej, niezależnie od jej formy. Czynniki społeczne w praktyce waży tyle samo, co medyczne». Czynniki społeczne i medyczne były uznawane za odrębne, lecz komplementarne. Pacjentka była umiejscowiona społecznie w kontekście klinicznym, a lekarz był zobowiązany do uwzględnienia, w jaki sposób czynniki społeczne i środowiskowe wpływają na jej zdrowie”⁷⁵.

Choć akceptacja dla tzw. społecznych powodów przerwania ciąży zmieniała się w społeczeństwie brytyjskim na przestrzeni lat, stopniowo zyskiwała coraz większe poparcie społeczne⁷⁶. Pojawiało się również wiele głosów przeciwnych, wskazujących na chęć wykorzystywania tej przesłanki przez pacjentki, oszukiwania lekarzy i personelu medycznego i przedstawiania „fikcyjnych” historii wyłącznie w celu uzyskania zgody na

⁷³ D. Steel, *Foreword*, [w:] M. Simms, K. Hindell (red.), *In Abortion Law Reformed*, 1971, s. 8.

⁷⁴ W. E. Anderson, *Psychiatric Indications for the Termination of Pregnancy*, *Journal of Psychosomatic Research* 1996, Nr 1, s. 131, za: S. Crook, *A Disastrous Blow...*, s. 128.

⁷⁵ S. Crook, *A Disastrous Blow...*, s. 128.

⁷⁶ *Ibidem*, s. 128-129.

przerwanie ciąży, a także zarzuty, że lekarze muszą przeprowadzać swego rodzaju „dochodzenie”, w jakich warunkach żyje kobieta⁷⁷. Coraz częściej wskazywano jednak na tzw. psychologiczne reperkusje posiadania rodziny dla zdrowia psychicznego kobiety. Podnoszono m.in., że „jeśli kobieta głęboko nie akceptuje narodzin niechcianego dziecka lub nie jest w stanie wystarczająco dobrze zająć się zbyt wieloma dziećmi, to konsekwencje w zakresie zdrowia psychicznego dla tego dziecka oraz dla reszty rodziny są poważne”⁷⁸. W jednym z orzeczeń, w sprawie *BPAS v SS for Health*⁷⁹ z 2011 r., sąd uznał m.in., że zapisy dotyczące wymogu uzyskania opinii dwóch lekarzy w przypadku przeprowadzenia aborcji mogą być interpretowane jako ograniczenie dostępu do opieki zdrowotnej. Sąd orzekł, że w przypadku aborcji, która była uzasadniona zagrożeniem zdrowia kobiety (w tym przypadku chodziło o zdrowie psychiczne), procedury powinny zostać uproszczone, aby poprawić dostęp do usług. Choć orzeczenie to nie wpłynęło na rzeczywistą zmianę prawa w tym zakresie, wskazać należy, że przesłanka „zdrowia psychicznego” kobiety jest traktowana jako szczególnie istotna w kontekście dostępu do legalnej aborcji.

Z jednej strony więc obecnie obowiązujące regulacje umożliwiające dokonanie aborcji w Wielkiej Brytanii wprost nie przyznają kobietom prawa do zakończenia ciąży wyłącznie z tego powodu, że tego chcą i taka jest ich decyzja, z drugiej jednak – dzięki liberalnej interpretacji przesłanki „zagrożenia dla zdrowia fizycznego i psychicznego kobiety lub jej dzieci” – dostęp do aborcji jest realizowany w znacznie szerszym zakresie niż np. w Polsce. To, co stanowi przedmiot dyskusji w Wielkiej Brytanii to istniejące ryzyko wynikające z ustawy, której stosowanie wciąż zależy od uznaniowości lekarzy i ich oceny, i *de facto* ten sam przepis prawny może potencjalnie zostać użyty zarówno w celu umożliwienia aborcji, jak

⁷⁷ S. Sheldon, *British Abortion Law, Speaking from the Past to Govern The Future*, *The Modern Law Review* 2016, Nr 2, s. 285.

⁷⁸ M. Simms, *The Ethical Foundations of Psychiatric Opinion in Abortion*, Wellcome Archives, Box 54, s. 6-8, za: S. Crook, *A Disastrous Blow...*, s. 129.

⁷⁹ *British Pregnancy Advisory Service v. Secretary of State for Health* [2011] EWHC 235 (Admin), [dostęp: 01.05.2025 r.]

i w celu ograniczania do niej dostępu⁸⁰. W realiach funkcjonowania obecnych przepisów, dostęp do aborcji oraz niepodleganie odpowiedzialności karnej za przerwanie ciąży zależą w praktyce od tego, jak szeroką i liberalną interpretację „ryzyka dla zdrowia fizycznego lub psychicznego kobiety bądź jej dzieci” przyjmą badający kobietę lekarze⁸¹.

W pełni uzasadnione są więc obawy, że taki stan prawny, przy jednoczesnym utrzymaniu kryminalizacji aborcji dokonanej niezgodnie z ustawą, prowadzi do niepewnej sytuacji kobiet, co dodatkowo wzmacnia fakt, że lekarze mają prawo powołać się na klauzulę sumienia i odmówić wykonania aborcji. Zgodnie z sekcją 4 ustawy o aborcji z 1967 r., żadna osoba nie jest zobowiązana, czy to na mocy umowy, czy przepisów ustawowych lub innych wymogów prawnych, do uczestniczenia w jakimkolwiek leczeniu dopuszczonym na mocy niniejszej ustawy, jeśli zgłasza sprzeciw sumienia. Wyjątek stanowi sytuacja, gdy usunięcie ciąży jest konieczne do ratowania życia kobiety lub zapobieżenia trwałemu poważnemu uszczerbkowi na jej zdrowiu fizycznym, lub psychicznym. Ponadto, w orzeczeniu *Doogan and Wood v. Greater Glasgow and Clyde Health Board*⁸² wydanym przez brytyjski Sąd Najwyższy w 2014 r. stwierdzono, że klauzula sumienia nie obejmuje czynności organizacyjnych czy pośrednich związanych z procedurą przerwania ciąży, tylko bezpośrednie uczestnictwo w zabiegu np. podanie leków poronnych. Wobec tego nie należy traktować sprzeciwu sumienia w sposób absolutny i nie można się na niego powoływać przy wykonywaniu np. opieki, czynności organizacyjnych czy nadzorujących związanych z przeprowadzeniem zabiegu. Niemniej jednak, podobnie jak w innych krajach, w tym również w Polsce, tzw. klauzula sumienia tworzy dodatkowe bariery dla kobiet, których dostęp do przerwania ciąży może zależeć od miejsca zamieszkania, statusu społeczno-ekonomicznego oraz wielu innych, pozaprawnych aspektów⁸³.

⁸⁰ Ibidem.

⁸¹ Ibidem, s. 394.

⁸² *Doogan and Wood v. Greater Glasgow and Clyde Health Board* [2014] UKSC 68, sprawa nr UKSC/2013/0124, [dostęp: 01.05.2025 r.]

⁸³ A. Heino, M. Gissler, D. Apter, C. Fiala, *Conscientious Objection and Induced Abortion in Europe*, *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care* 2013, Nr 18(4), s. 231-232.

W debacie publicznej, która w Wielkiej Brytanii na tym tle prowadzona jest od wielu lat, wskazuje się, że *de iure* i *de facto* kryminalizacja aborcji oraz brak możliwości przerywania ciąży przez kobiety wyłącznie na podstawie jej decyzji wpisuje się w całe spektrum wciąż istniejących form przemocy wobec kobiet, nadzoru nad ich ciałami i jest specyficznym sposobem na wywołanie „efektu mrozącego” wobec możliwości przeprowadzenia aborcji, jakie w różny sposób wprowadzają poszczególne państwa⁸⁴. Należy podkreślić, że niewątpliwie brytyjska ustawa o aborcji z 1967 r. zmusza kobiety do uzyskania zgody dwóch lekarzy, którzy muszą potwierdzić, że ciąża zagraża zdrowiu fizycznemu kobiety lub szeroko rozumianemu zdrowiu psychicznemu, które może być – i jest w praktyce – oceniane również pod kątem społeczno-ekonomicznym. W praktyce ten wymóg może prowadzić do sytuacji, w których ochrona prawna kobiet w tym zakresie byłaby wyłącznie iluzoryczna. Taka regulacja wzmacnia bowiem postrzeganie kobiet jako niezdolnych do podjęcia samodzielnej decyzji w tym zakresie, nieposiadających prawa do autonomii w zakresie własnego ciała. Decyzja kobiety obecnie musi zostać „zaakceptowana”, „uprawomocniona” przez dwie inne osoby, które mają w tym zakresie władztwo nad jej ciałem. Jeżeli decyzji tej „nie zaakceptują” lekarze, to jeżeli kobieta będzie nadal chciała przerwać ciążę, narazi się na zarzut popełnienia czynu zabronionego zagrożonego karą dożywotniego pozbawienia wolności na mocy ustawy uchwalonej w czasach „przed wynalezieniem żarówki i przyznaniem kobietom prawa do głosu”⁸⁵.

Ta generalnie negatywna ocena przepisów kryminalizujących aborcję i nieuwzględniających prawa kobiet do w pełni autonomicznego decydowania o swoim ciele, pozwala ze szczególną uwagą przyjrzeć się praktyce stosowania powyższych przepisów w Wielkiej Brytanii. Jak już bowiem wspomniano, corocznie dokonywanych jest tam kilkaset tysięcy aborcji rocznie i w praktyce dostęp do aborcji – pomimo restrykcyjnej treści pra-

⁸⁴ J. N. Erdman, *Procedural Abortion Rights: Ireland and the European Court of Human Rights*, *Reproductive Health Matters* 2014, 22 (44), s. 22-24; L. Mecinska, C. James, K. Mukungu, *Criminalization of Women Accessing Abortion...*, s. 2-3.

⁸⁵ Ch. Proudman, *Think Abortion is Legal in Great...*, <https://www.theguardian.com/commentisfree/2022/aug/19/abortion-legal-great-britain-women-life-sentences-roe-v-wade>, [dostęp: 01.05.2025 r.]

wa – realizowany jest na dość wysokim poziomie. Wskazuje się, że na wysoką liczbę zabiegów przerwania ciąży w tym kraju wpływ ma jednak przede wszystkim szerokie rozumienie przesłanki „zagrożenia dla zdrowia psychicznego”, które może obejmować zarówno chwilowy, jak i długotrwały stan niepokoju, depresji, lęków, ale również strach przed konsekwencjami np. samotnego macierzyństwa. Zagrożenie dla zdrowia psychicznego może objawiać się obawą posiadania dziecka w sytuacji niestabilności ekonomicznej, niemożności zapewnienia dziecku odpowiedniego standardu życia, braku wsparcia rodzinnego. W praktyce, zagrożenie dla zdrowia psychicznego może być również związane z warunkami społecznymi i ekonomicznymi kobiety, gdy kobieta nie ma wsparcia finansowego lub społecznego, może mieć trudności w poradzeniu sobie z ciążą, co może negatywnie wpłynąć na jej zdrowie psychiczne. W kontekście medycznym i prawnym „zdrowie psychiczne” stało się sposobem uznania wpływu środowiskowego i społecznego stresu związanego z niechcianym macierzyństwem⁸⁶. Ustawa tym samym wyraża zrozumienie dla „powiązań i przenikania się interesów społecznych i medycznych w zakresie opieki reprodukcyjnej”⁸⁷. W praktyce pozwala lekarzom uwzględnić środowisko kobiety w ciąży oraz inne czynniki przy ocenie ryzyka dla jej zdrowia. Takie podejście jest zgodne z definicją zdrowia Światowej Organizacji Zdrowia, która obejmuje zdrowie fizyczne, psychiczne i społeczne, a nie tylko brak chorób⁸⁸.

Podsumowując, w Wielkiej Brytanii prawo niewątpliwie „przemawia z przeszłości”. Konieczność dostosowywania przepisów prawa aborcyjnego głównie na drodze interpretacyjnej skutkuje znacznym obciążeniem przestarzałych ram ustawowych w celu nadania im znaczenia zgodnego z realiami praktyki medycznej oraz z uwzględnieniem współczesnych poglądów moralnych⁸⁹. Przykład Wielkiej Brytanii wskazuje, że funkcjono-

⁸⁶ S. Crook, *A Disastrous Blow: Psychiatric risk, Social Indicators and Medical Authority in Abortion Reform in Post-war Britain*, *Med Humanit*, Nr 46, 2020, s. 124.

⁸⁷ *Ibidem*.

⁸⁸ World Health Organization, *Mental Health*, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>, [dostęp: 01.05.2025 r.]

⁸⁹ S. Sheldon, *British Abortion Law...*, s. 314.

wanie norm prawnych uzależnione jest w dużej mierze od procesu ich interpretacji, który ma charakter dynamiczny i kontekstualny. Interpretacja przesłanek legalnego przerywania ciąży, jaka wykształciła się w praktyce stosowania prawa w Wielkiej Brytanii stanowi istotny punkt odniesienia dla polskiego porządku prawnego i realiów stosowania prawa w Polsce. Jak zostanie wykazane w dalszej części opracowania, treść obowiązujących przepisów w Polsce – przynajmniej w niektórych aspektach – nie odbiega znacząco od rozwiązań przyjętych w Wielkiej Brytanii. Różnice pojawiają się jednak na poziomie wykładni. Ta w Wielkiej Brytanii kształtuje się w odpowiedzi na prawa i potrzeby kobiet, uznanie ich podmiotowości, a także w związku z ewolucją doświadczenia oraz wartości podzielanych przez wspólnotę odpowiedzialną za stosowanie i egzekwowanie prawa. W Polsce natomiast wykładnia prawa w zakresie przerywania ciąży nie uwzględnia podmiotowości kobiet i tym samym jest znacznie bardziej restrykcyjna, co istotnie ogranicza zakres realnego dostępu do legalnej aborcji.

Przerywanie ciąży w standardach międzynarodowych Europejskiego Trybunału Praw Człowieka⁹⁰

Europejski Trybunał Praw Człowieka wielokrotnie w ciągu ostatnich lat podejmował w rozstrzyganych sprawach⁹¹ problematykę ochrony zdrowia kobiet w kontekście dostępu do bezpiecznej aborcji. W wielu rozstrzyganych sprawach, Trybunał w odniesieniu do aborcji ustalił standardy prawnej ochrony zdrowia reprodukcyjnego kobiet.

⁹⁰ Zob. szczegółowe przedstawienie problematyki odpowiedzialności państwa przed międzynarodowymi organami praw człowieka w zakresie ochrony zdrowia: B. Namysłowska-Gabrysiak, *Odpowiedzialność państwa przed międzynarodowymi organami praw człowieka w zakresie ochrony zdrowia*, [w:] E. Zielińska, A. Liszewska, T. Dukiet-Nagórska (red.), *Odpowiedzialność prawna w związku z czynnościami medycznymi*, System Prawa Medycznego, t. III, Warszawa 2021, s. 1039-1061.

⁹¹ Zob. np. ETPCz, wyrok z dnia 29 października 1992 r., Open Door and Dublin Well Women przeciwko Irlandii, skarga nr 14234/88, HUDOC; ETPCz, wyrok z dnia 16 grudnia 2010 r., A, B i C przeciwko Irlandii, skarga nr 25579/05, HUDOC; ETPCz, wyrok z dnia 20 marca 2007 r., Tysiąc przeciwko Polsce, skarga nr 5410/03, HUDOC, <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-79812>; ETPCz, wyrok z dnia 30 października 2012 r., P. i S. przeciwko Polsce, skarga nr 57375/08, HUDOC, [dostęp: 01.05.2025 r.]

W jednej z pierwszych spraw polskich, *Tysiąc przeciwko Polsce*⁹², skarżąca – chorując na postępującą retinopatię – wystąpiła o aborcję ze względu na zagrożenie zdrowia w postaci utraty wzroku, do czego mogła doprowadzić ciąża i poród⁹³. Trybunał uznał, że polskie państwo nie wprowadziło przejrzystych procedur prawnych, w tym możliwości jakiegokolwiek kontroli dyskrecjonalnej decyzji lekarza odmawiającego dokonania legalnego zabiegu przerwania ciąży, co w zestawieniu z obawą lekarzy przed sankcjami karnymi za przerwanie ciąży niezgodnie z prawem powoduje, że lekarze uchylają się od przeprowadzania legalnej aborcji. Trybunał wskazał, że Polska nie zapewniła sprawnego funkcjonowania odpowiednich i dostępnych procedur medycznych i prawnych w sytuacji legalnej aborcji i tym samym naruszyła prawo kobiety do poszanowania jej życia prywatnego⁹⁴.

W sprawie *A., B. i C. przeciwko Irlandii*⁹⁵, Trybunał – badając skargę trzech skarżących, w stosunku do skarżącej kobiety, która chorowała na rzadką postać raka – stwierdził, że pomimo teoretycznego istnienia legalnej aborcji, w Irlandii nie istniała żadna regulacja prawna przewidująca dostępną i skuteczną procedurę, za pomocą której kobieta mogłaby ustalić, czy zakwalifikowała się do zgodnego z prawem postępowania. W związku z tym władze nie wywiązały się z ich pozytywnego zobowiązania do zapewnienia skutecznego poszanowania życia prywatnego, naruszając art. 8 EKPC.

W sprawie *P. i S.*⁹⁶ przeciwko Polsce, Trybunał orzekł naruszenie art. 3, art. 5 i art. 8 EKPC, stwierdzając przede wszystkim, że Polska powinna zapewnić dostęp do aborcji w sytuacjach, w których przerwanie ciąży jest

⁹² ETPCz, wyrok z dnia 20 marca 2007 r., *Tysiąc przeciwko Polsce*, skarga nr 5410/03, HUDOC.

⁹³ Skarżąca nie mogła początkowo spełnić ustawowego wymogu uzyskania zaświadczenia lekarskiego od lekarza specjalisty potwierdzającego, że ciąża może zagrażać jej zdrowiu. Po uzyskaniu zaświadczenia od lekarza pierwszego kontaktu, wystawione zaświadczenie zostało zniszczone przez lekarza w państwowym szpitalu, który miał przeprowadzić aborcję. Ostatecznie skarżąca została zmuszona do urodzenia dziecka, w wyniku czego prawie całkowicie utraciła wzrok.

⁹⁴ Tak streszczenie wyroku w: European Court of Human Rights Press release No. 181(2007), 20.03.2007, Registrar, Chamber Judgment, *Tysiąc v. Poland*.

⁹⁵ ETPCz, wyrok z dnia 16 grudnia 2010 r., *A, B i C przeciwko Irlandii*, skarga nr 25579/05, HUDOC.

⁹⁶ ETPCz, wyrok z dnia 30 października 2012 r., *P. i S. przeciwko Polsce*, skarga nr 57375/08, HUDOC.

legalne⁹⁷. „Niepewność, która zaistniała w przedmiotowej sprawie, mimo okoliczności, które w myśl art. 4a ustawy o planowaniu rodziny z 1993 r. gwarantowały prawo do legalnej aborcji, wskazuje na rażącą rozbieżność pomiędzy teoretycznym prawem do aborcji, o którym mowa w ww. zapisie, a jego praktyczną egzekucją”⁹⁸. Po drugie, uznając naruszenie zakazu poniżającego i nieludzkiego traktowania, Trybunał podniósł, że Polska potraktowała skarżącą nastolatkę, w związku z jej dążeniem do legalnego przerwania ciąży, w sposób, który przekroczył minimalny próg dolegliwości, jakiej można się było spodziewać w sytuacji, w której się znalazła. Ponadto, Trybunał wskazał, że skuteczny dostęp do wiarygodnej informacji o warunkach wykonywania zabiegu przerwania ciąży zgodnego z prawem aborcyjnym i o procedurach, jakie należy wypełnić, ma znaczenie dla korzystania z prawa do prywatności, co zostało naruszone przez Polskę poprzez brak efektywnych procedur, które powinny zagwarantować wykonanie zabiegu w sytuacji decyzji kobiety o legalnym przerwaniu ciąży. Analizując sprawę P. i S., Trybunał zwrócił również uwagę na regulacje dotyczące klauzuli sumienia i wskazał, że jest to przykład sprawy, w ramach której prawo lekarza do powołania się na klauzulę sumienia stało w sprzeczności z ważnym interesem pacjentki i nie zostało odpowiednio zrealizowane.

Powyższe wyroki wskazują, że Trybunał uznaje, że po pierwsze, problematyka aborcji łączy się nierozdzielnie ze sferą życia prywatnego kobiety w ciąży, po drugie, że płód⁹⁹ nie podlega ochronie wynikającej z prawa do życia z art. 2 EKPC¹⁰⁰, i po trzecie, że jeżeli dane państwo wprowadza

⁹⁷ Sprawa ta dotyczyła czternastoletniej dziewczynki, która zaszła w ciążę w wyniku czynu zabronionego (zgwałcenia i obcowania płciowego z osobą poniżej 15. roku życia). W zaistniałym stanie faktycznym skarżąca miała prawo do legalnej aborcji, której przez długi czas nie mogła wyegzekwować, będąc jednocześnie nękaną przez różne osoby związane z kościołem i tzw. ruchem pro-life. Ostatecznie, dopiero gdy sprawa została nagłośniona przez media, dzięki interwencji Ministra Zdrowia doszło do przerwania ciąży.

⁹⁸ ETPCz, wyrok z dnia 30 października 2012 r., P. i S. przeciwko Polsce, skarga nr 57375/08, HUDOC, § 111.

⁹⁹ Ochronie takiej nie podlega również zapłodniony zarodek, co wynika ze sprawy *Evans v. Zjednoczone Królestwo*, skarga nr 6339/05, [dostęp: 01.05.2025 r.]

¹⁰⁰ ETPCz, wyrok z dnia 8 lipca 2004 r., *Vo przeciwko Francji*, skarga nr 53924/00, HUDOC.

legalność zabiegu przerwania ciąży, wówczas z pozytywnego obowiązku wynika, iż musi zapewnić istnienie dostępnych i skutecznych procedur celem jej faktycznego uzyskania. Wart podkreślenia jest fakt, że, jak wynika z wielu spraw Europejskiego Trybunału, celem Konwencji jest zagwarantowanie praw praktycznych i rzeczywistych, nie zaś teoretycznych i iluzorycznych. Trybunał wskazywał wielokrotnie, że państwo, które przyjmuje przepisy ustawowe dopuszczające przerwanie ciąży w pewnych sytuacjach, nie może jednocześnie tworzyć ram prawnych, które ograniczałyby realne możliwości jego uzyskania.

Warto zwrócić uwagę na fakt, że zgodnie z Raportem Komitetu Ministrów¹⁰¹ z 2024 r., Polska – na koniec 2024 r. – ma do wykonania 147 wyroków Europejskiego Trybunału Praw Człowieka, w tym szczególnie podkreślone zostały sprawy z zakresu przerywania ciąży. Komitet Ministrów wskazał na istniejący brak wykonania orzeczeń Tysiąc przeciwko Polsce, R.R. przeciwko Polsce, P. i S. przeciwko Polsce oraz M.L. przeciwko Polsce. W raporcie zwrócono uwagę na niewykonanie przez Polskę obowiązków w zakresie zmian prawnych odnoszących się do regulacji przerywania ciąży, np. w odniesieniu do zapewnienia skutecznej, efektywnej i dostępnej procedury, w sytuacji odmowy wykonania aborcji przez lekarza.

Dostęp do bezpiecznego i legalnego zabiegu przerwania ciąży w Polsce – regulacja prawna w teorii i w praktyce

W 1993 r. polski parlament przyjął ustawę z 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży. W art. 4a ust. 1 u.p.r. przewidziano przesłanki legalnego przerwania ciąży, których spełnienie uprawniało każdą kobietę w ciąży do żądania wykonania takiego świadczenia zdrowotnego. Równocześnie ustawa ta, oznaczała zobowiązanie lekarza do wykonania takiego zabiegu, chyba że się od tego uchylił, powołując się skutecznie na klauzulę sumienia, o któ-

¹⁰¹ Supervision of the execution of judgements and decisions of the European Court of Human Rights, 18th Annual Report of the Committee of Ministers, 2024, zob. 1680b4d77d, s.12.

rej mowa w art. 39 w zw. z art. 30 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (dalej też u.z.l.)¹⁰²

W pierwotnej wersji ustawy, przerwanie ciąży mogło być dokonane przez lekarza w następujących przypadkach:

1. gdy ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub poważne zagrożenie dla zdrowia kobiety ciężarnej (przesłanka medyczna),
2. w przypadku, gdy badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazują na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu (przesłanka embriopatologiczna),
3. w przypadku, gdy zachodzi uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego (przesłanka prawna).

Pierwsza przesłanka została zmieniona w 1996 r.¹⁰³, w ten sposób, że rozszerzono zakres jej obowiązywania poprzez skreślenie wyrazu „poważne” w odniesieniu do stanu zagrożenia dla zdrowia kobiety ciężarnej. Ponadto, nowelizacją z 1996 r. podjęto nieskuteczną próbę wprowadzenia w życie nowej przesłanki do przerywania ciąży w postaci tzw. wskazań społecznych. Ówczesna zmiana prawna przewidywała, że ciąża może zostać przerwana w ciągu pierwszych dwunastu tygodni, jeśli kobieta znajduje się w trudnej sytuacji materialnej lub osobistej. Już jednak w grudniu 1997 r., w wyniku orzeczenia Trybunału Konstytucyjnego wydanego w maju 1997 r.¹⁰⁴, przesłanka ta została przez ten Trybunał uznana za niekonsty-

¹⁰² Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, Dz. U z 1997 r., nr 28, poz. 152.

¹⁰³ Ustawa z dnia 30 sierpnia 1996 r. o zmianie ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży oraz o zmianie niektórych innych ustaw, tj. Dz. U z 1996 r., nr 139, poz. 646.

¹⁰⁴ Orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego z dnia 28 maja 1997 r., sygn. akt K 26/96, OTK 1997, nr 2, poz. 19. W orzeczeniu tym Trybunał (w trzech odrębnych opiniach) orzekł, że przepis legalizujący aborcję ze względu na trudną sytuację materialną lub osobistą był niezgodny z Konstytucją w jej ówczesnym brzmieniu. W uzasadnieniu TK wskazał, że „przepis ten, zezwalając na przerwanie ciąży w przypadku ciężkich warunków życiowych lub trudnej sytuacji osobistej kobiety ciężarnej, stanowi naruszenie art. 1 przepisów konstytucyjnych poprzez naruszenie zasady sprawiedliwości społecznej. Zdaniem wnioskodawcy ustawodawca w sposób naruszający zasady sprawiedliwości przyznał pierw-

tucyjną i odpowiedni przepis stracił moc prawną legalnego usunięcia ciąży ze względu na trudną sytuację kobiety. W konsekwencji, od maja 1997 r. do czasu wyroku Trybunału Konstytucyjnego z 2020 r. obowiązywała wersja ustawy z trzema wskazaniem do przerywania ciąży, bez możliwości przeprowadzenia aborcji z przyczyn społecznych.

Przesłanka druga, legalnego przerywania ciąży w sytuacji, gdy badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazują na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu (tzw. przesłanka embriopatologiczna) została uchylona¹⁰⁵ przez orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego z 22 października 2020 r., w sprawie K 1/20¹⁰⁶.

Obowiązująca ustawa o planowaniu rodziny, przewidująca dwie przesłanki ustawowego przerywania ciąży, nie wprowadza żadnego ograniczenia czasowego możliwości przerywania ciąży w sytuacji, gdy ciąża zagraża życiu lub zdrowiu kobiety ciężarnej. Oznacza to, że przerywanie ciąży w sytuacji wystąpienia przesłanki medycznej jest możliwe w każdym czasie trwania ciąży. Natomiast w przypadku wystąpienia przesłanki prawnej, ciąża może być przerywana tylko w pierwszych 12 tygodniach jej trwania. Analiza przepisów u.p.r. oraz przepisów dotyczących ochrony zdrowia¹⁰⁷,

szczeństwo interesom matki związanym z warunkami życiowymi i sytuacją osobistą przed prawem dziecka do życia. Wybór taki stanowi rozstrzygnięcie zabezpieczające potrzeby dobra o mniejszej wartości kosztem dobra o znacznie większej wartości. Wybór taki narusza zasady sprawiedliwości”.

¹⁰⁵ „Trybunał orzekł, że art. 4a ust. 1 pkt 2 ustawy z 7.01.1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (dalej: u.p.r.), w myśl którego przerywanie ciąży może być dokonane, gdy «badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazują na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego uszkodzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu», jest niezgodny z art. 38 w zw. z art. 31 ust. 3 Konstytucji. Trybunał uznał, że istota problemu konstytucyjnego poddanego jego ocenie polega na określeniu «konstytucyjnych gwarancji dla prawnej ochrony życia dziecka w okresie prenatalnym w przypadku kolizji dóbr». Trybunał Konstytucyjny, oceniając art. 4a ust. 1 pkt 2 u.p.r., stwierdził, że «legalizacja zabiegu przerywania ciąży, w przypadku», do którego odnosi się ten przepis, «nie znajduje konstytucyjnego uzasadnienia», za: R. Piotrowski, *Nowa regulacja przerywania ciąży w Konstytucji*, Państwo i Prawo 2021, Nr 8, s. 63, zob. też E. Łętowska, *Wokół wyroku Trybunału Konstytucyjnego w sprawie aborcji*, Monitor Konstytucyjny 2020, <https://monitorkonstytucyjny.eu/archiwa/16016>, [dostęp: 01.05.2025 r.]

¹⁰⁶ Zob. też S. Tarapata, W. Zontek, *Prawnokarne skutki wyroku TK z 22.10.2020 r., K 1/20 (zgadnienia wybrane)*, Państwo i Prawo 2021, nr 8, s. 211-223.

¹⁰⁷ Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, tj. Dz. U. z 1997 r., nr 28, poz. 152, w art. 4 ustanawia zasadę, że lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami

proceeds to the conclusion that a doctor in Poland has an obligation to perform an abortion in a situation of a threat to the life and health of a pregnant woman, as well as in a situation when the pregnancy was the result of a prohibited act. Such a position results unequivocally from the regulation contained in art. 4a ust. 1 u.p.r. It is important to read the meaning of the concepts contained in art. 4a ust. 1 pkt 1 u.p.r., because – as shown in point 2 of the present text – this is precisely the condition of a threat to the health of a woman, which is the basis for the largest number of abortions performed in other European countries.

In Great Britain, for example, an abortion due to a threat to health accounts for 98-99% of all abortions performed in that country annually¹⁰⁸. By the same token, the interpretation of the medical condition should be based on a correct understanding of the concept of „health” and the concept of „threat”. Currently, in connection with the judgment TK z 22 października 2020 r. it is this condition, in connection with which the largest number of abortions is also performed in Poland¹⁰⁹.

The definition of „health” has been adopted in the Constitution of the World Health Organization of 1946 r.¹¹⁰ According to this definition, „health is a state of complete physical, mental and social well-being, and not merely the absence of disease or infirmity”. According to the World Health Organization

mi aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością. Z art. 30 tej ustawy wynika natomiast dodatkowy obowiązek udzielenia pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia.

¹⁰⁸ Za: <https://www.eauk.org/what-we-do/initiatives/both-lives/statistics/statistics>, [dostęp: 01.05.2025 r.]

¹⁰⁹ Zgodnie ze Sprawozdaniem Rady Ministrów, w 2022 r., aborcję w tym roku przeprowadzono w 159 przypadkach ze względu na to, że ciąża stanowiła zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej. W związku z usunięciem tzw. przesłanki embriopatologicznej, w tym roku, zgodnie z oficjalnymi statystykami nie przeprowadzono z tego powodu żadnej aborcji. W związku z wystąpieniem tzw. przesłanki prawnej, w 2022 r. aborcję wykonano wyłącznie raz, za: Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonywania oraz skutkach stosowania w 2022 r. ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, Warszawa 2024, s. 122.

¹¹⁰ Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia, Porozumienie zawarte przez Rządy reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i Protokół dotyczący Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, podpisane w Nowym Jorku dnia 22 lipca 1946 r., tj. Dz. U. z 1948 r., nr 61, poz. 477.

cji Zdrowia¹¹¹ „zdrowie psychiczne to dobrostan, w którym jednostka realizuje swoje możliwości i potrafi poradzić sobie z różnorodnymi sytuacjami życiowymi, jest w stanie uczestniczyć w życiu społecznym oraz produktywnie pracować”. Zagadnienia związane ze zdrowiem psychicznym odgrywają bardzo istotną rolę w działalności programowej oraz w dokumentach Światowej Organizacji Zdrowia, która traktuje dobrostan psychiczny jako integralny i niezbędny element ogólnego stanu zdrowia jednostki¹¹². Od dziesięcioleci, zdrowie psychiczne stanowi kluczowy element, do którego odnoszą się raporty i deklaracje przyjmowane przez WHO. W raporcie „Zdrowie psychiczne: Nowe Zrozumienie, Nowa Nadzieja”¹¹³, wskazano np., że zdrowie psychiczne stanowi priorytet zdrowia publicznego. Również w Deklaracji helsińskiej¹¹⁴ przyjętej w 2005 r. podczas Konferencji Ministerialnej w Helsinkach, stwierdzono, że „nie ma zdrowia bez zdrowia psychicznego, ponieważ ma ono zasadnicze znaczenie dla poszczególnych osób, społeczeństwa jako całości, ekonomii i powinno być przez to postrzegane, jako integralna i istotna część pozostałych obszarów polityki publicznej. Należą do nich prawa człowieka, opieka społeczna, edukacja oraz zatrudnienie”¹¹⁵.

Wobec powyższego, nie ma żadnych wątpliwości co do tego, że pojęcie zdrowia w ustawie o planowaniu rodziny należy rozumieć po pierwsze, jako zdrowie fizyczne, a po drugie, jako zdrowie psychiczne¹¹⁶. Taka też

¹¹¹ World Health Organization. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice (Summary Report). Geneva: World Health Organization; 2004.

¹¹² P. Miśkiewicz, *Ochrona zdrowia psychicznego w dokumentach WHO*, [w:] *Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki*, Raport RPO, 2014, s. 18, https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/Ochrona_zdrowia_psychicznego.pdf, [dostęp: 01.05.2025 r.]

¹¹³ Raport WHO, *Zdrowie psychiczne: Nowe Zrozumienie, Nowa Nadzieja*, 2001.

¹¹⁴ Helsińska Deklaracja Ministrów Zdrowia Krajów Europejskich, 2005.

¹¹⁵ P. Miśkiewicz, *Ochrona zdrowia psychicznego...*, s. 19.

¹¹⁶ „Kobiety muszą mieć zagwarantowane równe z mężczyznami prawo do zapewnienia sobie możliwie najwyższego standardu zdrowia fizycznego i psychicznego we wszystkich fazach swojego życia. Zdrowie jest stanem pełnego komfortu w aspekcie fizycznym, psychicznym i społecznym, a nie wyłącznie brakiem choroby lub osłabienia. Pojęcie zdrowia kobiet obejmuje ich dobre samopoczucie w sensie emocjonalnym, społecznym i fizycznym i jest zdeterminowane przez społeczne, polityczne i ekonomiczne warunki życia kobiet, jak również przez ich fizjologię”, za: Czwarta Światowa Konferencja na rzecz Kobiet Pekin 1995, Platforma Działania. Wybór opracowany przez Społeczny Komitet Organizacji Pozarządowych Pekin 1995, s. 27.

była intencja polskiego ustawodawcy, skoro nie ograniczył przesłanki medycznej do zdrowia fizycznego, lecz użył ogólnego pojęcia „zdrowie”, które należy odnosić do wszystkich jego aspektów, również do zdrowia psychicznego i dobrostanu społecznego jednostki. Oznacza to, że odmowa przerwania ciąży, pomimo stwierdzonego przez psychiatrę zagrożenia zdrowia psychicznego pacjentki w ciąży, stanowi naruszenie przepisów prawa¹¹⁷. Warto podkreślić, że również odmowa wykonania zabiegu z powołaniem się na klauzulę sumienia jest wyłączona w przypadku, gdy zwłoka w przerwaniu ciąży doprowadziłaby do „rozstroju zdrowia pacjentki”. Również w tym przypadku przepis art. 30 u.z.l., nie zawiera ograniczenia do zdrowia fizycznego, któremu wyłącznie poświęca początkową część zdania.

Takie stanowisko zostało potwierdzone w decyzji Rzecznika Praw Pacjenta z 13 marca 2023 r.¹¹⁸, w związku ze sprawą prowadzoną na wniosek Federacji na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny¹¹⁹. W decyzji tej m.in. stwierdzono: „W ocenie Rzecznika Praw Pacjenta art. 4a ust. 1 pkt 1 ustawy [o planowaniu rodziny] odnosi się także do zdrowia psychicznego kobiety w ciąży. Zatem należy przyjąć, że przez zdrowie, którego zagrożenie może stanowić przesłankę legalnego przerwania ciąży, należy rozumieć także zdrowie psychiczne kobiety w ciąży (ustawodawca nie ogranicza wprost możliwości terminacji ciąży jedynie do przypadków, gdy stanowi ona zagrożenie dla zdrowia fizycznego kobiety)”. Podobnie stwierdził Prokurator Generalny w swoim stanowisku wyrażonym w toku postępowania przed Trybunałem Konstytucyjnym w sprawie zakończonej wspomnianym wyrokiem z dnia 22 października 2020 r. – uznając, że jeżeli „świadomość upośledzenia lub nieuleczalnej choroby płodu miałyby pro-

¹¹⁷ Uznać należy również, że zdrowie to dobrostan społeczny. W tym przypadku jednak, problemem jest brak przepisu przewidującego możliwość wystawienia odpowiedniego orzeczenia przez psychologa, zgodnie bowiem z ustawą o planowaniu rodziny, zaświadczenie wydaje lekarz-specjalista, co nie dotyczy psychologa, który lekarzem nie jest.

¹¹⁸ Decyzja Rzecznika Praw Pacjenta z 13 marca 2023 r., sygn. RzPP-DPR-WPZ.431.362.2021.PS., decyzja-RPP_Białystok_aborcja.pdf (federa.org.pl), [dostęp: 01.05.2025 r.]

¹¹⁹ Zob. Federacja na Rzecz Kobiet i Planowania Rodziny, Wygrałyśmy u Rzecznika Praw Pacjenta: polskie szpitale muszą przeprowadzać aborcje, 11.05.2023, <https://federa.org.pl/decyzja-rpp-aborcja-zdrowie-psychiczne/>, [dostęp: 01.05.2025 r.]

wadzić do istotnego zakłócenia zdrowia psychicznego, to zastosowanie powinna znaleźć przesłanka przerwania ciąży określona w art. 4a ust. 1 pkt 1 u.p.r.”¹²⁰

Potwierdzeniem przedstawionego rozumienia pojęcia zdrowia jest także definicja wypracowana podczas Platformy Pekińskiej¹²¹, zgodnie z którą zdrowie reprodukcyjne „jest stanem całkowitego fizycznego, psychicznego i społecznego dobrego samopoczucia, a nie wyłącznie brakiem choroby lub osłabienia, we wszystkich sprawach związanych z układem rozrodczym oraz jego funkcjami i procesami”¹²² i jest oparte na założeniu, że ludzie mogą prowadzić satysfakcjonujące i bezpieczne życie seksualne oraz mają wolność decydowania, czy, kiedy i jak często chcą mieć dzieci¹²³.

Rozpoznanie zdrowia psychicznego jako elementu definicji zdrowia jest coraz częściej jednoznacznie wskazywane w orzecznictwie sądów cywilnych¹²⁴, a także w orzecznictwie polskich sądów administracyjnych¹²⁵. Taki kierunek wykładni prawa wskazuje na to, że zdrowie rozpoznawane jest jako dobrostan fizyczny i psychiczny.

Należy również zwrócić uwagę na wytyczne Ministerstwa Zdrowia w sprawie obowiązujących przepisów prawnych dotyczących dostępu do procedury przerywania ciąży z 2024 r.¹²⁶, zgodnie z którymi w przypadku

¹²⁰ Zob. Biuro RPO, Zagrożenie dla zdrowia psychicznego matki – przesłanką legalną przerwania ciąży. Odpowiedzi MZ i RPP, <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-aborcja-zdrowie-psychiczne-matki-mz-rpp-odpowiedzi>, [dostęp: 01.05.2025 r.]

¹²¹ Czwarta Światowa Konferencja na rzecz Kobiet, Pekin 1995, Platforma Działania.

¹²² Czwarta Światowa Konferencja na rzecz Kobiet Pekin 1995, Platforma Działania. Wybór opracowany przez Społeczny Komitet Organizacji Pozarządowych Pekin 1995, s. 27

¹²³ Ibidem.

¹²⁴ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 31 lipca 2013 r. sygn. akt I ACa 243/13, postanowienie Sądu Rejonowego dla Łodzi – Śródmieścia z dnia 10 czerwca 2019 r., sygn. akt III C 693/18.

¹²⁵ Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Szczecinie z dnia 23 lutego 2023 r. sygn. akt II SA/Sz 1061/22, w którym WSA wskazał, że „Wobec obowiązującej definicji legalnej „zdrowia”, nie może być wątpliwości, że pojęciem tym należy objąć tak dobrostan fizyczny, jak też psychiczny, nie dając żadnemu z nich pierwszeństwa, ale też nie pomijając żadnego z nich”.

¹²⁶ Wytyczne Ministerstwa Zdrowia w sprawie obowiązujących przepisów prawnych dotyczących dostępu do procedury przerywania ciąży, 30.08.2024 r., <https://www.gov.pl/web/zdrowie/wytyczne-w-sprawie-obowiazujacych-przepisow-prawnych-dotyczacych-dostepu-do-procedury-przerwania-ciazy>, [dostęp: 01.05.2025 r.]

dopuszczalności przerwania ciąży w sytuacji, gdy stanowi ona zagrożenie życia lub zdrowia kobiety ciężarnej, mamy do czynienia z dwiema niezależnymi przesłankami: zagrożenia życia oraz zagrożenia zdrowia kobiety. W wytycznych Ministerstwo Zdrowia wskazuje wprost, że „przepisy ustawy o planowaniu rodziny, posługując się ogólną kategorią zdrowia, w żaden sposób nie determinują, jakiego obszaru zdrowia ma dotyczyć to zagrożenie zdrowia. Może ono zatem dotyczyć każdego obszaru zdrowia, zarówno fizycznego, jak i psychicznego”. Ponadto, w odniesieniu do terminu wykonania procedury przerwania ciąży, w wytycznych wskazano, że „z prawnego punktu widzenia przeprowadzenie procedury przerwania ciąży w tych okolicznościach nie powinno być zatem warunkowane czasem trwania ciąży”.

Takie samo stanowisko zaprezentował również Komitet Bioetyki Polskiej Akademii Nauk¹²⁷ w sprawie ochrony życia i zdrowia kobiet ciężarnych wskazując, że: „Kobiety muszą mieć pewność, że – gdy znajdzie taka potrzeba – otrzymają szybko niezbędną pomoc medyczną; że lekarze oraz cały system ochrony zdrowia będą ratować ich życie i zdrowie wszystkimi dostępnymi metodami i środkami, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, przepisami prawa, zasadami etyki medycznej oraz z należytą starannością. Pacjentki muszą ufać profesjonalizmowi i bezstronności lekarskiego osądu. [...] Aborcja jest zabiegiem dopuszczalnym i wskazanym zarówno, gdy kontynuacja ciąży [...] stanowi zagrożenie jedynie dla jej zdrowia psychicznego”.

Przedstawione powyżej rozważania prowadzą do wniosku, że jeżeli dobrostan psychiczny pacjentki związany z sytuacją ciąży jest zagrożony, lekarz psychiatra ma obowiązek wydania orzeczenia (w formie zaświadczenia lekarskiego), stwierdzającego tę okoliczność, a w konsekwencji lekarz-ginekolog ma obowiązek przerwać ciążę zagrażającą zdrowiu psychicznemu pacjentki w ciąży. Istotny podkreślenia jest fakt, że przepis art. 4a ust. 1 ustawy o planowaniu rodziny posługuje się pojęciem „zagrożenia” dla życia lub zdrowia. Takie sformułowanie oznacza, że wystarczają-

¹²⁷ Stanowisko Komitetu Bioetyki Polskiej Akademii Nauk nr 1/2023 z dnia 25 lipca 2023 r. w sprawie ochrony życia i zdrowia kobiet ciężarnych.

ce jest, aby ciąża stanowiła co najmniej ryzyko w odniesieniu do zdrowia pacjentki ciężarnej. Regulacja przesłanki medycznej nie jest oparta na konieczności wystąpienia skutku w postaci uszczerbku na zdrowiu kobiety ciężarnej, wystarczające jest samo bezpośrednio niebezpieczeństwo, że takie pogorszenie czy uszczerbek zdrowia może nastąpić. Ustawodawca nie odnosi się również do stopnia zagrożenia, nie wskazując – tak jak w pierwotnej wersji przepisu funkcjonującej do czasu nowelizacji z 1996 r. – że musi mieć ono charakter „poważny”, „istotny” czy „bezpośredni”¹²⁸. Oznacza to, że lekarz specjalista nie ma obowiązku wykazywania, że ciąża spowoduje uszczerbek na zdrowiu pacjentki, wystarczy, że istnieje prawdopodobieństwo, ryzyko, czyli zagrożenie wystąpienia takiego uszczerbku.

W świetle powyższych rozważań, nie ulega wątpliwości, że problemem w Polsce jest więc niejednokrotnie istniejąca w praktyce błędna interpretacja przesłanki „zdrowia”, niezgodna ze standardami międzynarodowymi oraz z prawem krajowym. Poza błędną wykładnią prawa, problemem jest także brak skutecznych i efektywnych instrumentów prawnych umożliwiających wyegzekwowanie legalnej aborcji. Kobieta ciężarna, która ma problemy zdrowotne, nie może być pewna tego, czy lekarz, do którego zwróci się po opinię medyczną dotyczącą jej stanu zdrowia, stanu ciąży oraz jej wpływu na zdrowie, weźmie pod uwagę również jej stan zdrowia psychicznego i w razie konieczności wyda stosowną decyzję o udzieleniu zgody na zabieg przerwania ciąży. Jak już wskazano, problemem w Polsce jest także powoływanie się lekarzy na klauzulę sumienia¹²⁹, co niejednokrotnie czynią wbrew przepisom prawnym. Regulacja zawarta w art. 39 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry¹³⁰ (dalej jako ustawa o zawodzie lekarza lub u.z.l.), zezwala lekarzom na powstrzymanie się od wyko-

¹²⁸ O. Sitarz, *Bezprawne przerywanie ciąży*, [w:] M. Grzyb, K. Sękowska-Kozłowska (red.), *Kobieta-cięża-żarodek-dziecko. Prawne aspekty przerywania ciąży*, Kraków 2023, s. 317-318.

¹²⁹ Wyczerpujące rozważania na temat klauzuli sumienia zob.: E. Zielińska, B. Namysłowska-Gabrysiak, *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry, Komentarz*, Warszawa 2022, s. 880-893, zob. też O. Sitarz, *Postulat usunięcia instytucji klauzuli sumienia z polskiego porządku prawnego*, *Przegląd Prawa Medycznego* 2023, nr 3, s. 23-24.

¹³⁰ Ustawa z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, tj. Dz. U. z 2021 r., poz. 790 ze zm.

nywania świadczeń medycznych niezgodnych z ich sumieniem, jednak z zastrzeżeniem art. 30 u.z.l.¹³¹. Znaczenie uzupełniające w tym zakresie ma również art. 7 Kodeksu etyki lekarskiej¹³², na podstawie którego, w szczególnie uzasadnionych wypadkach, lekarz może nie podjąć się lub odstąpić od leczenia chorego, z wyjątkiem przypadków niecierpiących zwłoki.

Przepis art. 39 u.z.l. w powiązaniu z art. 30 u.z.l. wyznacza ramy uprawnień lekarza do działania zgodnego ze swoim sumieniem, co prowadzi do wniosku o suwerenności motywacji lekarza w tym sensie, że nie podlega ona sprawdzaniu i ocenie. Natomiast podlega ocenie, czy dana sytuacja nie stanowi przypadku zagrożenia życia lub zdrowia w rozumieniu art. 30 ustawy, zmienionym zakresowo przez wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 7 października 2015 r.¹³³ (K 12/14) i ustawę nowelizującą z 16 lipca 2020 r.¹³⁴ Klauzula sumienia została bowiem podporządkowana bezwzględnemu nakazowi ratowania życia i zdrowia chorego¹³⁵. Tym samym, odmowa wykonania zabiegu przerywania ciąży, w sytuacji powołania się przez lekarza na klauzulę sumienia jest możliwa wyłącznie po wykluczeniu przez lekarza sytuacji zagrożenia zdrowia i życia pacjentki, o którym mowa w art. 30 u.z.l. Zgodnie z tym przepisem lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. W tym kontekście, jeżeli pacjentka posiada orzeczenie od lekarza specjalisty, np. od lekarza-psychiatry potwierdzające istnienie wskazań do zabiegu przerywania ciąży ze względu na zagrożenie dla jej zdrowia lub życia, orzeczenie to przesądza o dopuszczalności zabiegu aborcji, ponieważ lekarz wykonujący ten

¹³¹ Zob. E. Zielińska, B. Namysłowska-Gabrysiak, *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry, Komentarz*, Warszawa 2022, s. 768-786.

¹³² Kodeks etyki lekarskiej, https://nil.org.pl/uploaded_images/1574857770_kodeks-etyki-lekarskiej.pdf, [dostęp: 01.05.2025 r.]

¹³³ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 października 2015 r., sygn. akt K 12/14, OTK-A 2015, nr 9, poz. 143.

¹³⁴ Ustawa z dnia 16 lipca 2020 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz niektórych innych ustaw, Dz. U. z 2020 r., poz. 1291.

¹³⁵ Zob. L. Kubicki, *Sumienie lekarza jako kategoria prawna*, Prawo i Medycyna 1999, Nr 4, s. 5.

zabieg nie może kwestionować zasadności diagnozy lekarza orzekającego i uniemożliwia powołanie się przez lekarza-ginekologa na klauzulę sumienia. W takim przypadku bowiem, z orzeczenia lekarza-specjalisty wynika, że istnieje zagrożenie dla zdrowia kobiety w ciąży. Przesłanka medyczna wskazuje jednoznacznie, że prawo pacjentki do usunięcia ciąży jest związane z zagrożeniem jej życia i zdrowia, co oznacza, że zastosowanie w tym przypadku może mieć regulacja zawarta w przepisie art. 30 u.z.l.

Z obowiązkiem lekarza wynikającym z art. 30 u.z.l. koresponduje przepis art. 7 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta¹³⁶, który przyznaje każdemu pacjentowi, w sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia prawo do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych. Ponadto do świadczeń zdrowotnych udzielanych w przypadkach nagłych odnosi się art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej¹³⁷, z którego wynika, że podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Warto podkreślić, że żadne okoliczności nie mogą stanowić podstawy do odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego, jeżeli osoba zgłaszająca się do zakładu opieki zdrowotnej potrzebuje natychmiastowego udzielenia pomocy ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Oznacza to, że lekarz/szpital, do którego zgłosi się pacjentka w ciąży z zaświadczeniem od lekarza-specjalisty stwierdzającym, że ciąża stanowi zagrożenie dla jej zdrowia lub życia ma obowiązek przeprowadzenia zabiegu przerwania ciąży. Nieprzeprowadzenie zabiegu przerwania ciąży, w sytuacji wystąpienia przesłanki medycznej może skutkować odpowiedzialnością karną, cywilną i zawodową w stosunku do lekarza i odpowiedzialnością cywilną dla szpitala¹³⁸.

¹³⁶ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, tj. Dz. U. z 2012 r. poz. 159 ze zm.

¹³⁷ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, tj. Dz. U. z 2011 r. nr 112, poz. 645.

¹³⁸ Pojawiające się w Polsce przypadki odmowy wykonania zabiegu przerwania ciąży, odmowy przeprowadzenia badań prenatalnych czy wydania zaświadczenia co do dopuszczalności przerwania ciąży doprowadziły do kilku spraw sądowych, skutkiem których sądy orzekały o odpowiedzialności cywilnej lekarzy i szpitali. W jednej z takich spraw, dotyczącej odmowy skierowania kobiety na badania prenatalne w sytuacji, gdy było podejrzenie, że płód cierpi na chorobę Turnera (małżonkowie mieli już jedno

Przedstawione powyżej rozważania prowadzą do jednoznacznego wniosku, że regulacja przesłanki medycznej przerwania ciąży w sytuacji zagrożenia zdrowia fizycznego lub psychicznego kobiety zobowiązuje Polskę do zagwarantowania jej praktycznego i rzeczywistego dostępu do aborcji. Regulacja ta musi stać się efektywną, a nie jak dotychczas wyłącznie teoretyczną i iluzoryczną. Polska stworzyła ramy prawne dostępu do świadczenia zdrowotnego, jakim jest przerwanie ciąży i nie może teraz ograniczać możliwości jej uzyskania.

Wnioski

Polskie prawo nie przewiduje wprost wyrażonej w przepisach przesłanki usunięcia ciąży do 12 tygodnia ze względów społecznych lub bez konieczności podawania przez kobietę przyczyny decyzji o terminacji. *De lege ferenda* taka regulacja – wzorem prawie wszystkich państw UE¹³⁹ – powinna zostać wprowadzona w Polsce. Ewolucyjna perspektywa w postrzeganiu prawa kobiet do przerwania ciąży doprowadziła we Francji do wpisania aborcji do Konstytucji jako gwarantowanego prawa¹⁴⁰. Pokazuje to jednoznacznie, że uznano w tym kraju, iż prawo do aborcji nie jest wyłącznie zwykłym uprawnieniem wynikającym z ustaw, lecz fundamentalnym prawem każdej kobiety, zasługującym na najwyższy poziom ochrony konstytucyjnej. Włączenie prawa do przerwania ciąży do katalogu praw konstytucyjnych wskazuje na zmianę paradygmatu, w którym prawa reprodukcyjne, w tym dostęp do przerywania ciąży, stają się integralną częścią systemu gwarancji konstytucyjnych i ochrony praw człowieka.

dziecko urodzone z tą wadą), Sąd Najwyższy stwierdził w orzeczeniu z dnia 12 czerwca 2008 r., III CSK 16/08, OSNC 2009, nr 3, poz. 48, że uprawnienie do przeprowadzenia badań prenatalnych wynika z prawa kobiety w ciąży do informacji o stanie płodu, jego ewentualnych schorzeniach i wadach oraz o możliwościach ich leczenia w okresie płodowym.

¹³⁹ Poza Malta, gdzie przerwanie ciąży przez lata było całkowicie zakazane z jakiegokolwiek przyczyny. W 2023 r. rząd wprowadził zmianę, zgodnie z którą przerwanie ciąży jest możliwe wyłącznie w sytuacji zagrożenia życia kobiety. Zob. European Union, *A turning point for Malta: The story behind the new abortion legislation*, https://youth.europa.eu/news/turning-point-malta-story-behind-new-abortion-legislation_en, [dostęp: 01.05.2025 r.]

¹⁴⁰ Z.L. Tongue, *France's Constitutional Right to Abortion: Symbolism Over Substance*, *Medical Law Review*, Oxford University Press 2024, vol. 32(3), s. 392-398.

Polska regulacja – po Malcie – jest jedną z najbardziej restrykcyjnych regulacji w Europie. Niemniej jednak, niezależnie od treści prawa, to co determinuje prawo kobiet do ich zdrowia reprodukcyjnego to praktyka jego stosowania. Jeszcze bowiem w połowie XX w., w prawie wszystkich państwach Europy aborcja była zakazana bądź dopuszczana jedynie w wyjątkowych przypadkach¹⁴¹. Wynikało to jednak również z tego, że taki zabieg przed rozwojem aseptyki był, podobnie jak i każdy inny zabieg chirurgiczny, obciążony dużym ryzykiem zdrowotnym. Dość szybko jednak, już na przełomie lat 50. i 60. XX w. zaczęło dochodzić do stopniowej liberalizacji przepisów i odchodzenia od całkowitego zakazu aborcji, aż po lata 70. i 80. XX w., w których większość krajów europejskich wprowadziła możliwość przeprowadzenia zabiegu przerywania ciąży „na życzenie”¹⁴². Według Center for Reproductive Rights¹⁴³, w ciągu ostatnich 30 lat, ponad 60 krajów zliberalizowało swoje przepisy dotyczące aborcji, natomiast tylko cztery państwa zaostrzyły przepisy – są to Stany Zjednoczone, Salwador, Nikaragua i Polska¹⁴⁴.

Obecnie, w Wielkiej Brytanii, przesłanka odnosząca się do zagrożenia dla zdrowia interpretowana jest w świetle standardów praw człowieka w sposób szeroki, obejmujący również dobrostan psychiczny kobiety. Wskazuje na to m.in. orzeczenie *R v. Smith*¹⁴⁵, w którym, już w latach 70. XX w. podkreślono, że legalność aborcji zależy wprawdzie od oceny lekarzy, jednak dotyczy ona również aspektów psychicznego zdrowia pacjentki. Taka wykładnia, pomimo zbliżonych do Polski podstaw prawnych, przekłada się w Wielkiej Brytanii na istotnie szerszy w praktyce zakres dostępności kobiet do legalnych usług aborcyjnych. Nic nie stoi na przeszkodzie, aby już teraz Polki mogły korzystać z dostępu do bezpiecznej aborcji, tak jak korzystają z tego prawa kobiety w Wielkiej Brytanii. Po-

¹⁴¹ Zob. M. Levels, R. Sluiter, A. Need, *A review of abortion laws in Western-European countries. A cross-national comparison of legal developments between 1960 and 2010*, Health Policy 2014, vol. 118, s. 95-104.

¹⁴² M.in. od lat 80. XX w. aborcja jest dopuszczalna „na żądanie” w Czechach, Słowacji.

¹⁴³ Center for Reproductive Rights – międzynarodowa organizacja prawnicza z siedzibą w Nowym Jorku, która zajmuje się ochroną i promowaniem praw reprodukcyjnych jako fundamentalnych praw człowieka.

¹⁴⁴ Za: <https://reproductiverights.org/maps/worlds-abortion-laws/>, [dostęp: 01.05.2025 r.]

¹⁴⁵ *R v. Smith* [1974] 1 All ER 376 (Court of Appeal).

nieważ *lege non distinguente nec nostrum est distinguere*¹⁴⁶, nie powinno budzić wątpliwości, że art. 4a ust. 1 pkt 1 ustawy o planowaniu rodziny odnosi się zarówno do zdrowia fizycznego, jak i psychicznego kobiety ciężarnej. Taka wykładnia prowadzi do wniosku, że w sytuacji zagrożenia zdrowia fizycznego lub psychicznego kobiety, mamy do czynienia z urzeczywistnieniem przesłanki legalnej aborcji¹⁴⁷ i prawem kobiety do usunięcia ciąży.

Współczesny system prawny, zakorzeniony w takich wartościach jak niezbywalna i przyrodzona godność każdego człowieka, nie może formułować wobec kobiety ciężarnej oczekiwania, że będzie ona kontynuować ciążę w sytuacji, gdy wiąże się to z zagrożeniem dla jej zdrowia lub życia. Tego rodzaju interpretacja prowadzi do naruszenia podstawowych praw jednostki, w tym prawa kobiety do ochrony jej zdrowia i życia, rozumianych jako zdrowie fizyczne, psychiczne i społeczne i jest wyrazem wymuszania przez prawo heroizmu. W kontekście współczesnych standardów demokratycznego państwa prawa, respektujących prawa człowieka, uznanie autonomii jednostki, w tym prawa do podejmowania decyzji dotyczących własnego ciała, jest nieodzownym elementem realizacji zasady poszanowania godności ludzkiej.

Bibliografia:

- Anderson W. E., *Psychiatric Indications for the Termination of Pregnancy*, Journal of Psychosomatic Research 1996, Nr 1.
- Borkowska K., *Względy społeczne jako przyczyna legalnego zabiegu terminacji ciąży – rozważania prawnoporównawcze*, Studia Prawnoustrojowe 2024, Nr 63.
- Ciszewski W., *Aborcja, niepełnosprawność i krzywdy osób trzecich*, Państwo i Prawo 2021, nr 8.
- Crook S., *A Disastrous Blow: Psychiatric risk, Social Indicators and Medical Authority in Abortion Reform in Post-war Britain*, Med Humanit 2020, Nr 46.
- Day C., *An Exploration of How Current Legislations Restrict Women's Access to Abortion Services in England*, York Law Review 2024, Nr 5.

¹⁴⁶ S. Tarapata, W. Zontek, *Prawnokarne skutki wyroku...*, s. 217.

¹⁴⁷ Ibidem.

- Erdman J. N., *Procedural Abortion Rights: Ireland and the European Court of Human Rights*, *Reproductive Health Matters* 2014, 22 (44).
- Grabowska-Moroz B., Łakomicz K., *(Nie)dopuszczalność aborcji. Glosa do wyroku TK z 22.10.2020 r., K 1/20*, *Państwo i Prawo* 2021, nr 8.
- Grzyb M., *Kryminalizacja przerywania ciąży w Polsce – rozważania w teorii kryminalizacji*, [w:] Grzyb M., Sękowska-Kozłowska K. (red.), *Kobieta-ciąża-żarodek-dziecko. Prawne aspekty przerywania ciąży*, Kraków 2023.
- Heino A., Gissler M., Apter D., Fiala C., *Conscientious Objection and Induced Abortion in Europe*, *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care* 2013, Nr 18(4).
- Holzer J., *Demografia*, PWE, Warszawa 2006.
- Jackson E., *Abortion, Autonomy and Prenatal Diagnosis*, *Social and Legal Studies* 2000, Nr 9.
- Kardas P., Giezek J., *Kompetencje derogacyjne TK oraz ich prawnokarne konsekwencje (refleksje na marginesie wyroku w sprawie K 1/20)*, *Państwo i Prawo* 2021, nr 8.
- Kokot R., *Przestępstwa przecinoko życiu i zdrowiu*, [w:] R.A. Stefański (red.), *Kodeks karny. Komentarz*, Warszawa 2020.
- Kubicki L., *Sumienie lekarza jako kategoria prawna*, *Prawo i Medycyna* 1999, Nr 4.
- Levels M., Sluiter R., Need A., *A review of abortion laws in Western-European countries. A cross-national comparison of legal developments between 1960 and 2010*, *Health Policy* 2014, vol. 118.
- Łętowska E., *Wokół wyroku Trybunału Konstytucyjnego w sprawie aborcji*, *Monitor Konstytucyjny* 2020.
- Mecinska L., James C., Mukungu K., *Criminalization of Women Accessing Abortion and Enforced Mobility within the European Union and the United Kingdom*, *Women & Criminal Justice* 2020, Nr 391.
- Miśkiewicz P., *Ochrona zdrowia psychicznego w dokumentach WHO*, [w:] *Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki*, Raport RPO, 2014.
- Namysłowska-Gabrysiak B., *Odpowiedzialność państwa przed międzynarodowymi organami praw człowieka w zakresie ochrony zdrowia*, [w:] Zielińska E., Liszewska A., Dukiet-Nagórska T. (red.), *Odpowiedzialność prawna w związku z czynnościami medycznymi*, *System Prawa Medycznego*, t. III, Warszawa 2021.

- Paintin D., *The Abortion Act 1967*, ICBH Witness Seminar Programme, Institute of Contemporary British History, 2002.
- Piotrowski R., *Nowa regulacja przerywania ciąży w Konstytucji*, Państwo i Prawo 2021, Nr 8.
- Plątek M., Wrona G., *Pomoc w przerywaniu ciąży – art. 152 § 2 Kodeksu karnego. Analiza przypadku na kanwie sprawy Justyny Wydrzyńskiej*, Przegląd Prawa Medycznego 2024, Nr 1.
- Proudman Ch., *Think Abortion is Legal in Great Britian? Ask the two women currently facing life sentences*, The Guardian, 2022.
- Prutz F., Hintzpeter B., Krause L., *Abortions in Germany – Current data from the statistics on terminations of pregnancy*, Journal of Health Monitoring, Nr 7(2), 2022.
- Sheldon S., *British Abortion Law: Speaking from the Past to Govern the Future*, The Modern Law Review 2006, Nr 79.
- Simms M., *The Ethical Foundations of Psychiatric Opinion in Abortion*, Wellcome Archives, Box 54.
- Sitarz O., *Postulat usunięcia instytucji klauzuli sumienia z polskiego porządku prawnego*, Przegląd Prawa Medycznego 2023, nr 3.
- Sitarz O., *Bezprapne przerywanie ciąży*, [w:] Grzyb M., Sękowska-Kozłowska K. (red.), *Kobieta-cięża-żarodek-dziecko. Prawne aspekty przerywania ciąży*, Kraków 2023.
- Soniewicka M., *Spór o dopuszczalność przerwania ciąży z perspektywy etycznej i filozoficznoprawnej (komentarz do wyroku TK w sprawie K 1/20)*, Państwo i Prawo 2021, nr 8.
- Steel D., *Foreword*, [w:] Simms M., Hindell K. (red.), *In Abortion Law Reformed*, 1971.
- Szumilo-Kulczycka D., Kozub-Ciembroniewicz K., *Konsekwencje uchyleń w obsadzie TK (uwagi na tle orzeczenia w sprawie K 1/20)*, Państwo i Prawo 2021, nr 8.
- Tarapata S., Zontek W., *Prawnokarne skutki wyroku TK z 22.10.2020 r., K 1/20 (żagadnienia wybrane)*, Państwo i Prawo 2021, nr 8.
- Tongue Z. L., *France's Constitutional Right to Abortion: Symbolism Over Substance*, Medical Law Review, Oxford University Press 2024, vol. 32 (3).
- Zielińska E., *Przerywanie ciąży. Warunki legalności w Polsce i na świecie*, Warszawa 1990.

Zielińska E., Namysłowska-Gabrysiak B., *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty, Komentarz*, Warszawa 2022.

Zoll A., *Przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu*, [w:] W. Wróbel, A. Zoll (red.), *Kodeks karny. Część szczególna. Komentarz do art. 117–211a*, Warszawa 2017.

Orzecznictwo:

Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 22 października 2020 r., sygn. akt K 1/20, OTK-A 2021, poz. 1.

Orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego z dnia 28 maja 1997 r., sygn. akt K 26/96, OTK 1997, nr 2, poz. 19.

Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 października 2015 r., sygn. akt K 12/14, OTK-A 2015, nr 9, poz. 143.

ETPCz, wyrok z dnia 20 marca 2007 r., Tysiąc przeciwko Polsce, skarga nr 5410/03, HUDOC.

ETPCz, wyrok z dnia 29 października 1992 r., Open Door and Dublin Well Women przeciwko Irlandii, skarga nr 14234/88, HUDOC.

ETPCz, wyrok z dnia 16 grudnia 2010 r., A, B i C przeciwko Irlandii, skarga nr 25579/05, HUDOC.

ETPCz, wyrok z dnia 30 października 2012 r., P. i S. przeciwko Polsce, skarga nr 57375/08, HUDOC.

ETPCz, wyrok z dnia 8 lipca 2004 r., Vo przeciwko Francji, skarga nr 53924/00, HUDOC.

ETPCz, wyrok z dnia 10 kwietnia 2007 r., Evans przeciwko Zjednoczonemu Królestwu, skarga nr 6339/05, HUDOC.

R v. Smith [1974] 1 All ER 376 (Court of Appeal).

Doogan and Wood v. Greater Glasgow and Clyde Health Board [2014] UKSC 68, sprawa nr UKSC/2013/0124.

British Pregnancy Advisory Service v. Secretary of State for Health [2011] EWHC 235 (Admin).

Inne dokumenty i źródła:

Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women, Inquiry concerning Poland conducted under article 8 of the Optional Protocol to the Convention, Report of the Committee, Grudzień 2024.

Stanowisko Nr 35/25/P-IX Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 22 kwietnia 2025 r. w sprawie ataków na lekarzy w związku ze stosowaniem przepisów dotyczących procedury przerywania ciąży, <https://nil.org.pl/aktualnosci/8868-nie-do-zaakceptowania-sa-dla-nas-przejawy-mowy-nienawisci-i-internetowy-hejt-kierowany-w-stosunku-do-autorytetow-medycznych- stanowisko-prezydium-nrl-z-dn-22042025>

Decyzja Rzecznika Praw Pacjenta z 13 marca 2023 r., sygn. RzPP-DPR-WPZ.431.362.2021.PS., [decyzja-RPP_Bialystok_aborcja.pdf](#) (federa.org.pl)

Federacja na Rzecz Kobiet i Planowania Rodziny, Wygrałyśmy u Rzecznika Praw Pacjenta: polskie szpitale muszą przeprowadzać aborcje, 11.05.2023, <https://federa.org.pl/decyzja-rpp-aborcja-zdrowie-psychiczne/>

Czwarta Światowa Konferencja na rzecz Kobiet Pekin 1995, Platforma Działania. Wybór opracowany przez Społeczny Komitet Organizacji Pozarządowych Pekin 1995.

Wytyczne Ministerstwa Zdrowia w sprawie obowiązujących przepisów prawnych dotyczących dostępu do procedury przerywania ciąży, 30.08.2024 r., <https://www.gov.pl/web/zdrowie/wytyczne-w-sprawie-obowiazujacych-przepisow-prawnych-dotyczacych-dostepu-do-procedury-przerwania-ciazy>

Analiza Ordo Iuris, *Aborcja nigdy nie może być środkiem terapeutycznym*, <https://ordoiuris.pl/ochrona-zycia/aborcja-nigdy-nie-moze-byc-srodkiem-terapeutycznym-analiza-ordo-iuris>

Biuletyn Statystyczny Głównego Urzędu Statystycznego 2025, <https://ssgk.stat.gov.pl/Ludnosc.html>

Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonania w roku 2006 ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży oraz o skutkach jej stosowania, Sejm RP Druk nr 25, Warszawa 2007, [https://orka.sejm.gov.pl/Druki6ka.nsf/0/13A60B69068C523FC125739C004784F4/\\$file/25.pdf](https://orka.sejm.gov.pl/Druki6ka.nsf/0/13A60B69068C523FC125739C004784F4/$file/25.pdf)

Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonania w roku 2010 ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży oraz o skutkach jej stosowania, Sejm RP Druk nr 4699, Warszawa 2011 [https://orka.sejm.gov.pl/Druki6ka.nsf/0/161B129C7D65C7A0C125793000396004/\\$file/4699.pdf](https://orka.sejm.gov.pl/Druki6ka.nsf/0/161B129C7D65C7A0C125793000396004/$file/4699.pdf)

Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonywania oraz o skutkach stosowania w 2021 r. Ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, Warszawa 2022, <https://www.gov.pl/web/premier/informacje-sprawozdania-2022>.

Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonywania oraz o skutkach stosowania w 2022 r. Ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, Warszawa 2022.

<https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/populationandmigration/populationestimates/bulletins/annualmidyearpopulationestimates/mid2023>

<https://www.statista.com/statistics/281240/population-of-the-united-kingdom-uk-by-gender/>

Office for National Statistics, <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/conceptionandfertilityrates/articles/howisthefertilityratechanginginenglandandwales/2024-10-28>

Główny Urząd Statystyczny. Departament Badań Demograficznych, *Prognoza ludności na lata 2008–2035*, Warszawa 2009, str. 18, 301.

Statistisches Bundesamt, *Population by nationality and sex*, <https://www.destatis.de/EN/Themes/Society-Environment/Population/Current-Population/Tables/census-sex-and-citizenship-2024.html>

Statistisches Bundesamt, *Fertility rate down to 1.35 children per women in 2023*, https://www.destatis.de/EN/Press/2024/07/PE24_274_12.html

Statistisches Bundesamt, *Abortion*, Za: https://www.destatis.de/EN/Themes/Society-Environment/Health/Abortions/_node.html#267078, [dostęp: 01.05.2025 r.]

Centrum Praw Kobiet, <https://cpk.org.pl/media/chcialabym-zglosic-usilowanie-gwaltu-policja-prosze-przyjsc-jutro>

- Federacja na Rzecz Kobiet i Planowania Rodziny, *Komentarz do sprawozdania z realizacji ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży*, 2023 <https://federa.org.pl/komentarz-do-sprawozdania-z-ustawy-2022/>
- CBOS, Komunikat badań. Doświadczenia aborcyjne Polek, 2013, https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2013/K_060_13.PDF
- World Health Organization, Mental Health, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- World Health Organization. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice (Summary Report). Geneva: World Health Organization; 2004.
- Raport WHO, Zdrowie psychiczne: Nowe Zrozumienie, Nowa Nadzieja, 2001.
- British Pregnancy Advisory Service, *Abortion Law in Great Britain*, <https://www.bpas.org/our-cause/campaigns/briefings/abortion-law-in-great-britain/>
- Center for Reproductive Rights, <https://reproductiverights.org/maps/worlds-abortion-laws/>
- European Union, *A turning point for Malta: The story behind the new abortion legislation*, https://youth.europa.eu/news/turning-point-malta-story-behind-new-abortion-legislation_en
- https://european-union.europa.eu/principles-countries-history/eu-countries/czechia_pl
- https://mzv.gov.cz/warsaw/pl/informacje_o_rcz/kraj_i_jego_mieszkanicy/index.html#:~:text=Republikę%20Czeską%20zamieszkuje%2010%2C3,8%20osób%20na%201000%20mieszkańców
- https://european-union.europa.eu/principles-countries-history/eu-countries/germany_pl
- <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/wymiar-sprawiedliwosci/wymiar-sprawiedliwosci/ofiary-gwaltu-i-przemocy-domowej,1,1.html>
- <https://www.statista.com/statistics/866423/abortion-rate-europe/>

S u m m a r y

Access to safe abortion for women in Poland – guaranteed by law, absent in practice

The article addresses the issue of the permissibility of abortion in Poland, with particular focus on the legal regulations currently in force concerning the risk to the health of the pregnant woman. The study offers an interpretation of the provisions of the Act of 7 January 1993 on Family Planning, Protection of the Human Fetus, and Conditions for the Permissibility of Termination of Pregnancy, taking into account both domestic legal standards and international human rights frameworks. The article also includes statistical data from Poland and selected European countries, analyzed to illustrate the actual needs of women in the area of reproductive health protection. Part of the study is devoted to a comparative legal analysis of the regulations in force in the United Kingdom, with particular attention paid to their interpretation and practical implementation. Furthermore, the article discusses the standards established in the case law of the European Court of Human Rights regarding the reproductive rights of women, including the obligations of the state to ensure effective access to lawful health-care services and to protect against inhuman and degrading treatment. According to the authors, the current legal provisions in Poland – especially those concerning risks to the health of the pregnant woman – constitute a foundation for a relatively broad and lawful practice of abortion. It is argued that this legal ground, similarly to the approach adopted in many other European countries, should be interpreted in accordance with international standards, particularly with reference to the broadly defined mental health of the woman. Adopting such an interpretation – aligned with the direction indicated by international courts and human rights instruments – should, in practice, lead to a significant expansion of women's access to lawful abortion services in Poland.

Key words: abortion, termination of pregnancy, human rights, reproductive rights, mental health, European Court of Human Rights

DR KATARZYNA MARLA ZOŃ

UNIWERSYTET SWPS WE WROCLAWIU

ORCID: 0000-0001-5175-2091

Teleporada w świetle postanowień nowego Kodeksu Etyki Lekarskiej – brzmienie art. 9 k.e.l. od projektu do uchwały

DOI: 10.70537/PPM/210268

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

Uchwalenie nowego Kodeksu Etyki Lekarskiej (k.e.l.) było uzasadnione koniecznością dostosowania kształtu zasad etyki lekarskiej do współczesnych uwarunkowań wykonywania zawodu lekarza. Istotną zmianę stanowiło objęcie art. 9 k.e.l. stosowania teleporady w ramach wykonywania zawodu lekarza, która to problematyka ma istotne znaczenie praktyczne. Celem artykułu jest dokonanie wykładni art. 9 k.e.l. w brzmieniu obowiązującym od dnia 1 stycznia 2025 r., a następnie próba oceny zasadności wprowadzonych zmian i ich wpływu na wykonywanie zawodu lekarza. Wartość poznawcza tytułowych rozważań przejawia się w przedstawieniu własnych uwag w zakresie interpretacji art. 9 k.e.l. Kompleksowa analiza uwzględnia nadto komentarz przygotowany przez Komisję Etyki Lekarskiej Naczelnej Rady Lekarskiej. Upřednio omówione zostały również wcześniejsze propozycje brzmienia art. 9 k.e.l. dla wskazania kierunku, w którym ewoluowały prace samorządu lekarskiego nad kształtem tego postanowienia i określenia głównych założeń leżących u ich podstaw. Należy pozytywnie ocenić dostrzeżoną przez samorząd lekarski konieczność zmian w zakresie art. 9 k.e.l. Nowe brzmienie tego postanowienia wyraża bardziej elastyczne podejście do relacji lekarz-pacjent. Kluczowe

znaczenie będzie miał jednak sposób interpretacji art. 9 k.e.l. w ramach postępowań w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarza.

Słowa kluczowe: etyka zawodowa, kodeks etyki, odpowiedzialność zawodowa, relacja lekarz-pacjent, telemedycyna

1. Wstęp

Od wielu lat były prowadzone dyskusje nad koniecznością zmian Kodeksu Etyki Lekarskiej (dalej jako: k.e.l.), ukierunkowanych przede wszystkim na dostosowanie reguł etycznych do obecnych uwarunkowań wykonywania zawodu lekarza, wynikających zarówno z przemian społecznych, jak i dokonującego się postępu w medycynie. Kształt modyfikacji w tym zakresie wyznaczały również aktualne wyzwania stojące przed przedstawicielami tej profesji oraz oczekiwania społeczne dotyczące standardów etycznych właściwych dla tego zawodu medycznego.

Wśród celów realizowanych przez zasady etyki zawodowej zwraca się uwagę nie tylko na ustalenie hierarchii wartości i obowiązków przyjętych w określonej grupie zawodowej czy wskazywanie pożądanego sposobu zachowania przez jej członków (utrwalanie norm deontologicznych sprzyja ujednocnieniu standardu postępowania), ale także na funkcję kontrolną pozwalającą na dokonanie oceny zachowania przedstawicieli danej profesji¹.

Mając na uwadze powyższe, warto zaznaczyć, że choć zasady etyki zawodowej nie stanowią prawa, to mieszczą się w obrębie systemu prawa w szerokim ujęciu, podobnie jak zasady współżycia społecznego czy reguły ostrożności². Powinność ich przestrzegania przez członków izby lekarskiej wynika wprost z treści art. 8 pkt 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (dalej jako: u.i.l.)³. Problematyka ta ma istotne zna-

¹ A. Korytowska, *Problem zgodności Kodeksu Etyki Lekarskiej z Konstytucją RP*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny”, nr 1 (2009), s. 53.

² P. Konieczniak, *O znaczeniu orzecznictwa sądów lekarskich dla interpretacji prawa medycznego* [w:] T. Giaro (red.), *Rola orzecznictwa w systemie prawa*, Warszawa 2016, s. 254.

³ Ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (t. j. Dz. U. z 2021 r., poz. 1342 ze zm.).

czenie z uwagi na możliwość poniesienia odpowiedzialności zawodowej przez lekarza. W świetle bowiem art. 53 u.i.l. przewinieniem zawodowym może być zarówno naruszenie zasad etyki lekarskiej, jak i przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza. W odniesieniu do pierwszej postaci warto podkreślić, że norma prawna odsyła adresata do postanowień zawartych w zbiorze norm etycznych, jakim jest k.e.l.

W myśl art. 38 pkt. 1 u.i.l. kompetencję do uchwalenia zasad etyki lekarskiej posiada zwoływany co cztery lata Krajowy Zjazd Lekarzy. Ponadto w celu obradowania nad konkretnymi kwestiami Naczelna Rada Lekarska jest uprawniona do zwołania Nadzwyczajnego Zjazdu Lekarzy. Treść art. 37 ust. 5 u.i.l. ogranicza zakres podejmowanych podczas niego obrad wyłącznie do spraw, dla których został zwołany. Jednym z punktów porządku obrad Nadzwyczajnego XVI Krajowego Zjazdu Lekarzy⁴ uczyniono przedstawienie projektu uchwały w sprawie Kodeksu Etyki Lekarskiej⁵. Po przeprowadzeniu dyskusji oraz głosowania w dniu 18 maja 2024 r. została podjęta uchwała nr 5 w sprawie Kodeksu Etyki Lekarskiej, której załącznik stanowił Kodeks Etyki Lekarskiej⁶. Była to pierwsza od ponad 20 lat zmiana kształtu zasad etyki lekarskiej. W tym kontekście warto podkreślić, że uchwały korporacyjne nie stanowią źródła prawotwórstwa samoistnego. Uregulowane w aktach wewnątrz korporacyjnych obowiązki członków samorządu, związane między innymi ze standardami wykonywania zawodu, uzupełniają regulację ustawową, ale nie mogą jej naruszać⁷.

Uchwalenie nowego k.e.l., a w jego ramach nadanie odmiennego brzmienia art. 9 k.e.l., stanowiło przyczynę dla ponownego podjęcia się analizy tej regulacji⁸. Telemedycyna oraz jej poszczególne przejawy stanowią

⁴ Nadzwyczajny XVI Krajowy Zjazd Lekarzy odbył się w Łodzi w dniach 16-18 maja 2024 r.

⁵ <https://nil.org.pl/izba/krajowy-zjazd-lekarzy/nadzwyczajny-xvi-krajowy-zjazd-lekarzy/8463-projekt-porzadku-obrad-nadzwyczajnego-xvi-krajowego-zjazdu-lekarzy>, [dostęp: 12.11.2024 r.]

⁶ <https://nil.org.pl/izba/krajowy-zjazd-lekarzy/nadzwyczajny-xvi-krajowy-zjazd-lekarzy/8487-nowelizacja-kodeksu-etyki-lekarskiej-kamien-milowy-dla-srodowiska-lekarskiego>, [dostęp: 12.11.2024 r.] Uchwała weszła w życie z dniem 1 stycznia 2025 r.

⁷ L. Bosek, *Źródła prawa medycznego* [w:] M. Safjan, L. Bosek (red.), *System Prawa Medycznego. Instytucje prawa medycznego*, t. 1, Warszawa 2018, s. 288-289.

⁸ Por. K.M. Zoń, *Stosowanie art. 9 Kodeksu Etyki Lekarskiej w świetle orzecznictwa sądów lekarskich* [w:] I. Lipowicz, M. Świerczyński, G. Szpor (red.), *Telemedycyna i e-zdrowie. Prawo i informatyka*, Warszawa 2019,

jedno z wyzwań wiążących się współcześnie z wykonywaniem zawodu lekarza, które bezpośrednio dotyczy zmian w obrębie relacji lekarz-pacjent. W związku z powyższym warto przybliżyć przebieg prac nad postanowieniem k.e.l. odnoszącym się do tego aspektu praktyki lekarskiej, a następnie omówić i podjąć próbę oceny uzyskanych rezultatów.

Tytułem przypomnienia, do dnia 31 grudnia 2024 r. art. 9 poprzednio obowiązującego Kodeksu Etyki Lekarskiej (dalej jako dk.e.l.)⁹ brzmiał: „Lekarz może podejmować leczenie jedynie po uprzednim zbadaniu pacjenta. Wyjątki stanowią sytuacje, gdy porada lekarska może być udzielona wyłącznie na odległość”. Natomiast od dnia 1 stycznia 2025 r. regulacji tej nadano postać: „Lekarz podejmuje się opieki nad pacjentem po uprzedniej ocenie jego stanu. Lekarz wybiera taką formę konsultacji (w szczególności wizyta stacjonarna, teleporada), która zapewnia pacjentowi dostępną jakość i ciągłość opieki medycznej”. Przed przejściem do dalszej analizy warto pokreślić, że interpretując poszczególne postanowienia k.e.l., stosuje się tożsame metody jak przy dokonywaniu wykładni ustaw¹⁰.

2. Przebieg prac nad kształtem regulacji art. 9 k.e.l. w nowym Kodeksie Etyki Lekarskiej

2.1. Pierwszy projekt Komisji Etyki Lekarskiej (listopad 2023 r.)

Prace nad kształtem nowego brzmienia k.e.l. były prowadzone w ramach Komisji Etyki Lekarskiej Naczelnej Rady Lekarskiej (dalej również jako Komisja). Pierwsza z przedstawionych propozycji art. 9 k.e.l. została ukształtowana jako rezultat dyskusji przeprowadzonych w ramach kon-

s. 141-163; K.M. Zoń, *Kodeks Etyki Lekarskiej wobec leczenia na odległość – rozważania na tle art. 9*, „Medyczna Wokanda” nr 8 (2016), s. 85-95.

⁹ Obwieszczenie nr 1/04/IV Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 2 stycznia 2004 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu uchwały w sprawie Kodeksu Etyki Lekarskiej, Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, nr 1 (81) rok XIV, Warszawa 2004.

¹⁰ P. Konieczniak, *Nieformalne źródła prawa na przykładzie Kodeksu Etyki Lekarskiej* [w:] T. Giaro (red.), *Źródła prawa: teoria i praktyka*, Warszawa 2016, s. 135.

ferencji „Rozmowy o etyce – Kodeks Etyki Lekarskiej, reklama, psychiatria”¹¹ oraz wyrażała stanowisko wypracowane przez interdyscyplinarne grono uczestników (lekarze, etycy, prawnicy)¹². W projekcie art. 9 k.e.l. określał zasady realizacji teleporad w praktyce lekarskiej¹³. Nosił tytuł „Teleporada” i składał się z pięciu wyodrębnionych podjednostek redakcyjnych. W pierwszym ustępie podkreślono, że kontakt osobisty stanowi najwłaściwszą formą relacji lekarza z pacjentem. Następnie zwrócono uwagę na obowiązki lekarza związane z udzielaniem świadczenia w formie teleporady, wymieniając uprzednią weryfikację tożsamości pacjenta, zapewnienie poufności, poinformowanie pacjenta o ograniczeniach teleporady w porównaniu z osobistym kontaktem z pacjentem (w szczególności wskazanie objawów uzasadniających wizytę osobistą, zalecenie skontaktowania się z podmiotem wykonującym działalność leczniczą). W art. 9 ust. 4 k.e.l. wskazano przykładowe sytuacje, w których teleporada może znaleźć zastosowanie (leczenie stanów przewlekłych, konsultacja w trakcie prowadzonego leczenia, zapewnienie ciągłości leczenia do czasu możliwie najbliższej wizyty osobistej), jednocześnie wskazując przypadki, w których jej udzielenie nie jest zalecane (pacjenci nieleczeni dotychczas przez danego lekarza, pacjenci zgłaszający nowy problem zdrowotny). W ostatnim ustępie art. 9 k.e.l. zawarto bezwzględny zakaz realizacji procesu diagnostyczno-terapeutycznego jedynie z wykorzystaniem formy teleporady.

W powyższym projekcie zwracała uwagę bardzo szczegółowa regulacja najważniejszych zasad dotyczących realizacji teleporady, która stanowi przecież tylko jeden z przejawów wykorzystania telemedycyny. Ograniczenie możliwości zastosowania tego rozwiązania tylko do wybranej postaci dodatkowo potwierdza nadany tej jednostce tytuł: „Teleporada”. Ponadto

¹¹ Konferencja odbyła się w dniu 7 października 2023 r. w Gdańsku.

¹² Pismo Przewodniczącego Komisji Etyki Lekarskiej Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 3 stycznia 2025 r. (KEL.007.8.2024.GA, KEL.KW-00001.2025), stanowiące odpowiedź na wniosek skierowany do Komisji o udzielenie informacji.

¹³ *Projekt art. 9. k.e.l. Nowelizacja Kodeksu Etyki Lekarskiej*, opublikowany w dniu 26 października 2023 r. na stronie internetowej Naczelnej Izby Lekarskiej, <https://nil.org.pl/aktualnosci/8253-projekt-art-9-kel-nowelizacja-kodeksu-etyki-lekarskiej>, [dostęp: 12.11.2024 r.]

stosunkowo rozbudowana kazuistyka, szczególnie dostrzegalna w treści art. 9 ust. 4 k.e.l., nie wydawała się zasadnym narzędziem regulacji etycznych powinności spoczywających na lekarzu. Decyzję bowiem czy, a jeśli tak, to w jakim zakresie może być udzielona teleporada, podejmuje lekarz, opierając się na standardach wykonywania zawodu. Celem kodeksu etycznego nie jest przedstawienie w wyczerpujący sposób każdego aspektu wykonywania zawodu, stąd też uzasadnione wydaje się zwięzłe uregulowanie poszczególnych zagadnień. Przejawy takiego podejścia do formuły zbioru norm etycznych są dostrzegalne w późniejszych propozycjach art. 9 k.e.l. wypracowywanych przez Komisję. Rozwiązanie zaproponowane w pierwszym projekcie stanowiło zaś rozwinięcie poszczególnych postanowień, co zbliżało je do formy komentarza. Poza bardzo obszerną regulacją, szczegółowo odnoszącą się do realizacji teleporad, uwagę zwracał stanowczy sposób zredagowania poszczególnych jednostek redakcyjnych (jak art. 9 ust. 5 k.e.l.). Tak kategoryczne ujęcie nie pozostawiało przestrzeni do interpretacji przy bardzo różnorodnych stanach faktycznych mogących zaistnieć w związku ze stosowaniem teleporad.

Na tym etapie prac nie przygotowywano uzasadnień do poszczególnych postanowień¹⁴.

2.2. Drugi projekt Komisji Etyki Lekarskiej (styczeń 2024 r.)

W wyniku dalszych prac nad kształtem regulacji art. 9 k.e.l. pochyłono się nad uwagami zgłaszanymi przez zainteresowane podmioty za pośrednictwem poczty elektronicznej¹⁵. W odniesieniu do propozycji brzmienia art. 9 k.e.l. wpłynęło łącznie 39 sygnałów oraz komentarzy, w których dzielono się swoimi doświadczeniami, spostrzeżeniami, przekazywano sugestie, a także wskazywano dobre praktyki czy przedstawiano własne stanowisko

¹⁴ Pismo Przewodniczącego Komisji Etyki Lekarskiej Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 3 stycznia 2025 r. (KEL.007.8.2024.GA, KEL.KW-00001.2025), stanowiące odpowiedź na wniosek skierowany do Komisji o udzielenie informacji.

¹⁵ Po opublikowaniu projektu Komisja Etyki Lekarskiej Naczelnej Rady Lekarskiej oczekiwała na zgłoszenia, uwagi i komentarze pod adresem: kel@nil.org.pl.

dotyczące zakresu stosowania telemedycyny¹⁶. Niektóre uwagi miały charakter ogólny, w innych zaś zgłoszeniach prezentowano konkretne propozycje zmian. W szczególności podkreślano, że zaproponowana treść art. 9 k.e.l. limitując, a w niektórych sytuacjach wyłączając możliwość stosowania teleporad, ogranicza dostęp pacjentów do świadczeń zdrowotnych oraz autonomię lekarza w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych. Tym samym w ocenie zgłaszających propozycja nie uwzględniała korzyści, które mogą płynąć z wykorzystania tego rozwiązania. Wiele ze zgłoszonych uwag negatywnie odnosiło się do kategorycznego sformułowania art. 9 ust. 5 k.e.l.¹⁷, postulując bardziej elastyczne podejście.

W wyniku zgłoszonych uwag i dyskusji nad nimi Komisja Etyki Lekarskiej wypracowała nowy projekt brzmienia art. 9 k.e.l. Jego treść została istotnie zmieniona w porównaniu do poprzedniej wersji. W styczniu 2024 r. drugi projekt poddano konsultacjom społecznym¹⁸. Zaprezentowana wersja, kierowana zarówno do delegatów na Nadzwyczajny XVI Krajowy Zjazd Lekarzy, jak i do konsultacji społecznych, obejmowała treść regulacji a ponadto komentarze wyjaśniające oraz intepretujące postanowienia zawarte w poszczególnych jednostkach redakcyjnych k.e.l. Rozważany art. 9 k.e.l. nie został podzielony na ustępy i otrzymał następujące brzmienie: „Lekarz podejmuje się opieki nad pacjentem jedynie po uprzedniej ocenie jego stanu. Lekarz wybiera tylko taką formę konsultacji (wizyta stacjonarna, teleporada itp.), która zapewnia pacjentowi najwyższą dostępną jakość i ciągłość opieki medycznej. Lekarz odpowiada za prawidłowość doboru formy konsultacji”. W uzasadnieniu podkreślono, że podstawą

¹⁶ Załącznik nr 1 „Wpływ korespondencji elektronicznej w zakresie art. 9” do pisma Przewodniczącego Komisji Etyki Lekarskiej Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 3 stycznia 2025 r. (KEL..007.8.2024.GA, KEL.KW-00001.2025), stanowiące odpowiedź na wniosek skierowany do Komisji o udzielenie informacji. Jak wynika z treści korespondencji niektórzy Autorzy kierowali kilka wiadomości dotyczących brzmienia art. 9 KEL.

¹⁷ W projekcie art. 9 ust. 5 KEL brzmiał następująco: „Niedopuszczalne jest prowadzenie diagnostyki i terapii pacjenta jedynie w drodze teleporad”.

¹⁸ W dniu 26 stycznia 2024 r. przyjęto uchwałę Nr 3/24/IX Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie przedstawienia do konsultacji projektu Kodeksu Etyki Lekarskiej, <https://nil.org.pl/izba/naczelnarada-lekarska/komisje-i-zespoly/komisja-etyki-lekarskiej-667/8375-projekt-kodeksu-etyki-lekarskiej-oddany-do-konsultacji>, [dostęp: 12.11.2024 r.]

relacji lekarz-pacjent jest kontakt osobisty, zaś telemedycyna ma na celu wsparcie, uzupełnienie lub rozszerzenie opieki nad pacjentem. Zwrócono również uwagę na konieczność realizacji świadczeń z uwzględnieniem potrzeb zdrowotnych oraz poszanowaniem praw pacjenta, w tym zapewnieniem, by forma udzielania świadczeń była dostępna także dla osób ze szczególnymi potrzebami. W komentarzu stanowiącym wskazówkę w interpretacji poszczególnych regulacji zaakcentowano także realizowany uprzednio obowiązek weryfikacji tożsamości pacjenta oraz w dostępnym zakresie, upewnienie się, czy świadczenie zostanie udzielone w okolicznościach zabezpieczających prywatność pacjenta i poufność przetwarzanych informacji. Zasadniczo orzekanie o stanie zdrowia w toku telekonsultacji powinno następować po zebraniu wywiadu (rozmowa w czasie rzeczywistym) oraz po analizie dokumentacji medycznej. W związku z tym, że nie każde świadczenie zdrowotne może być udzielone w postaci telemedycznej, decyzję o adekwatnej formie podejmuje lekarz, przy uwzględnieniu takich czynników jak: wskazania aktualnej wiedzy medycznej, wynikające z tej formy świadczenia korzyści dla pacjenta oraz jego wolę. W uzasadnieniu przykładowo wskazano, że „nie zaleca się udzielania teleporad pacjentom dotąd nieleczonym przez danego lekarza lub zgłaszającym nowy problem zdrowotny”, co może jednak prowadzić do ograniczenia stosowania teleporad, mimo że z medycznego punktu widzenia byłoby to rozwiązanie adekwatne. Kolejnym obowiązkiem lekarza jest poinformowanie pacjenta o ograniczeniach teleporady w porównaniu z osobistym kontaktem z pacjentem. Jednocześnie w komentarzu do art. 9 k.e.l. wskazano, że w razie konieczności wizyty osobistej należy zwrócić pacjentowi uwagę na potrzebę skorzystania z tej formy świadczenia. Tym samym można zauważyć, że wiele kwestii, które w pierwszej wersji art. 9 k.e.l. wprost wskazano w jego treści, na etapie drugiego projektu zostały przeniesione do omówienia, co należy ocenić jako trafne rozwiązanie. Służy to bowiem zwiększeniu przejrzystości i zapewnia niezbędny zakres swobody interpretacji. Kwestie zaś mogące w ocenie Autorów k.e.l. budzić wątpliwości w ramach stosowania regulacji znalazły swoje odzwierciedlenie w komentarzu do tej jednostki redakcyjnej.

W ramach przeprowadzonych konsultacji społecznych zgłoszono za pośrednictwem poczty elektronicznej łącznie 15 sygnałów dotyczących kształtu art. 9 k.e.l. zaproponowanego w uchwale z dnia 26 stycznia 2024 r.¹⁹ Poza uwagami odnoszącymi się do zawartości merytorycznej regulacji (m.in. w zakresie art. 9 zd. 3 k.e.l.), w niektórych zgłoszeniach podnoszono również kwestie natury formalnej (dotyczące przykładowo warstwy językowej).

Po zakończeniu konsultacji społecznych projekt wypracowany w ramach Komisji Etyki Lekarskiej został odzwierciedlony w treści uchwały Nr 7/24/IX Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 8 marca 2024 r. w sprawie przedstawienia Nadzwyczajnemu XVI Krajowemu Zjazdowi Lekarzy projektu uchwały w sprawie Kodeksu Etyki Lekarskiej²⁰. W takiej formie został on przekazany pod dalsze obrady podczas Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy. Kształt art. 9 k.e.l. nie uległ zmianie w porównaniu do pierwotnego brzmienia zawartego w projekcie poddanym konsultacjom społecznym.

2.3. Projekt w trakcie obrad Nadzwyczajnego XVI Krajowego Zjazdu Lekarzy

Jednym z punktów porządku obrad Nadzwyczajnego XVI Krajowego Zjazdu Lekarzy, następującym po przedstawieniu projektu uchwały w sprawie Kodeksu Etyki Lekarskiej, była dyskusja nad ostatecznym kształtem regulacji²¹. W trakcie trwania Zjazdu do zaproponowanej postaci k.e.l. zgłoszono ponad 50 poprawek, z których część została uwzględniona po przeprowadzeniu dyskusji²². Jedna poprawka dotyczyła treści art. 9 k.e.l., w zakresie

¹⁹ Załącznik nr 1 „Wpływ korespondencji elektronicznej w zakresie art. 9” do pisma Przewodniczącego Komisji Etyki Lekarskiej Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 3 stycznia 2025 r. (KEL.007.8.2024.GA, KEL.KW-00001.2025), stanowiące odpowiedź na wniosek skierowany do Komisji o udzielenie informacji, s. 28-41.

²⁰ https://nil.org.pl/dokumenty/naczelnej-rady-lekarskiej?s_search_form_searchwords=&cs_filters-document_kinds=7&cs_filtersdocument_years=176&active_page=1, [dostęp: 12.11.2024 r.].

²¹ <https://nil.org.pl/izba/krajowy-zjazd-lekarzy/nadzwyczajny-xvi-krajowy-zjazd-lekarzy/8463-projekt-porzadku-obrad-nadzwyczajnego-xvi-krajowego-zjazdu-lekarzy>, [dostęp: 18.11.2024 r.].

²² *Nowocześnie i bliżej pacjenta. Zjazd ważnych zmian*, <https://gazetalekarska.pl/nowocześnie-i-bliziej-pacjenta-zjazd-waznych-zmian/>, [dostęp: 18.11.2024 r.].

wykreślenia ostatniego zdania tj.: „Lekarz odpowiada za prawidłowość doboru formy konsultacji”. W uzasadnieniu wskazano, że dobór formy konsultacji został w wystarczający sposób opisany w poprzedzającym je zdaniu drugim²³. Do przedmiotowej poprawki przychyliła się Komisja Uchwał i Wniosków. W wyniku zaś głosowania delegatów została ona przyjęta przy 268 głosach za, 16 przeciw i 10 wstrzymujących się²⁴.

Od dnia 1 stycznia 2025 r. art. 9 k.e.l. otrzymał zatem brzmienie: „Lekarz podejmuje się opieki nad pacjentem jedynie po uprzedniej ocenie jego stanu. Lekarz wybiera tylko taką formę konsultacji (wizyta stacjonarna, teleporada itp.), która zapewnia pacjentowi najwyższą dostępną jakość i ciągłość opieki medycznej”.

3. Interpretacja art. 9 w nowym Kodeksie Etyki Lekarskiej

3.1. Uwagi własne

Jak już wskazano stosowanie telemedycyny, w tym teleporad jest jednym z wyzwań stojących przed osobami wykonującymi zawód lekarza. Rozwiązania te stały się elementem realizacji świadczeń, a zatem ich funkcjonowanie powinno zostać uwzględnione również wśród zasad etyki lekarskiej. Na wstępie warto przypomnieć, że tytułowej problematyki dotyczył art. 9 dk.e.l.²⁵.

Przedmiotem regulacji art. 9 k.e.l. objęto kwestię wyboru formy konsultacji, ze wskazaniem podmiotu podejmującego decyzję w tym zakresie oraz postaci realizacji świadczeń zdrowotnych (wymieniając teleporadę jako jedną z możliwości). Zakresem omawianego postanowienia objęto wyłącznie jeden z przejawów telemedycyny – teleporadę, która nie wy-

²³ W myśl art. 9 zd. 2: „Lekarz wybiera tylko taką formę konsultacji (wizyta stacjonarna, teleporada itp.), która zapewnia pacjentowi najwyższą dostępną jakość i ciągłość opieki medycznej”.

²⁴ Pismo Przewodniczącego Komisji Etyki Lekarskiej Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 3 stycznia 2025 r. (KEL.007.8.2024.GA, KEL.KW-00001.2025), stanowiące odpowiedź na wniosek skierowany do Komisji o udzielenie informacji.

²⁵ W myśl art. 9 dk.e.l.: „Lekarz może podejmować leczenie jedynie po uprzednim zbadaniu pacjenta. Wyjątki stanowią nagle sytuacje, gdy doraźna pomoc lekarska w formie porady może być udzielona wyłącznie na odległość”.

czerpuje jej możliwości. Zastosowane ograniczenie będzie miało dalsze konsekwencje, gdyż w dobie dynamicznego rozwoju może się okazać, że to uregulowanie stanie się niewystarczające w stosunku do potrzeb.

Przed przejściem do analizy treści art. 9 k.e.l. warto odnieść się do systematyki zbioru zasad etycznych. Podobnie jak w dk.e.l., art. 9 k.e.l. został usytuowany w części szczegółowej, w rozdziale I. Obecnie, wraz z sześcioma innymi jednostkami redakcyjnymi (art. 6-12 k.e.l.), umieszczono go pod wspólnym tytułem „Postępowanie lekarza wobec pacjenta”. Poprzednio tytuł ten obejmował wyłącznie art. 6 i art. 7 dk.e.l., natomiast art. 9 k.e.l. znajdował się wśród czterech jednostek redakcyjnych objętych wspólnym tytułem: „Jakość opieki zdrowotnej”. Z zastosowanej systematyki można było wyprowadzić wniosek, zgodnie z którym regulacje zamieszczone w ramach tej części miały na celu zapewnienie właściwej jakości świadczeń i przez pryzmat tej wartości należało interpretować art. 9 dk.e.l. Jednakże mimo zmian nadal przy wykładni art. 9 k.e.l. wskazane założenia wymagają uwzględnienia, gdyż wprost w art. 9 zd. 2 k.e.l. wskazano jakość jako kryterium brane pod uwagę przy wyborze formy realizacji świadczenia.

Odnosząc się do treści art. 9 zd. 1 k.e.l. („Lekarz podejmuje się opieki nad pacjentem po uprzedniej ocenie jego stanu” – podkreślenie KMZ) należy zwrócić uwagę na dwie zmiany wprowadzone w stosunku do art. 9 zd. 1 dk.e.l. („Lekarz może podejmować leczenie jedynie po uprzednim zbadaniu pacjenta” – podkreślenie KMZ). Pierwsza z nich dotyczy zastąpienia słowa „leczenie” pojęciem „opieka”, zaś druga zastosowania sformułowania „po uprzedniej ocenie jego stanu” w miejsce „po uprzednim zbadaniu pacjenta”.

Po porównaniu kształtu art. 9 zd. 1 k.e.l. na pierwszy plan wysuwa się sformułowanie „opieka nad pacjentem”, które zastąpiło „leczenie”. Pojęcie użyte w aktualnej wersji k.e.l. ma zdecydowanie szerszy zakres znaczeniowy. Obejmuje kompleksowe spojrzenie na relację lekarza i pacjenta, ujmując je z perspektywy całego procesu sprawowania opieki nad pacjentem, w tym również leczenia.

W kontekście wprowadzonych zmian warto również pochylić się nad zwrotem „uprzednia ocena stanu zdrowia pacjenta” (w miejsce „uprzed-

niego zbadania pacjenta”), zastosowanym w zdaniu pierwszym Obecnie położono akcent na cel, czyli właściwą ocenę stanu pacjenta, nie precyzując narzędzi, z których powinien skorzystać lekarz, zmierzając do jego osiągnięcia. Lekarz zachowuje swobodę wyboru sposobu, kierując się dyrektywami wykonywania zawodu (w tym art. 6 k.e.l. czy art. 8 k.e.l.). Podejście to pozostaje również spójne z wartością, jaką jest autonomia lekarza. Dokonana w tym zakresie istotna zmiana powoduje, że nie ma wymogu przeprowadzenia badania w każdym przypadku. W niektórych bowiem sytuacjach ocena stanu zdrowia pacjenta jest możliwa w oparciu o inne dane, przykładowo wyłącznie na podstawie dokumentacji medycznej (zawierającej m.in. ostatnie wyniki badań laboratoryjnych). Dla dokonania oceny stanu zdrowia pacjenta lekarz może zastosować również inny w porównaniu do badania sposób, adekwatny do konkretnych okoliczności. Podejście to jest w pełni uzasadnione, gdyż to lekarz z uwagi na posiadaną wiedzę i umiejętności posiada kompetencję w tym zakresie. Wprowadzanie ograniczenia oraz konieczność zbadania pacjenta w każdym przypadku nie zawsze jest konieczne dla zapewnienia właściwej opieki zdrowotnej nad pacjentem. Ocena stanu pacjenta, bez wskazywania konkretnego sposobu (narzędzia) zmierzającego do jego ustalenia jest rozwiązaniem trafniejszym, umożliwiającym elastyczne podejście do bardzo różnorodnych sytuacji. W związku z tą zmianą obecnie nie występują poprzednio wprowadzone ograniczenia z art. 9 zd. 2 dk.e.l. dotyczące sytuacji, w których lekarz może wyjątkowo podejmować leczenie bez uprzedniego zbadania pacjenta (nagle sytuacje, gdy doraźna pomoc lekarska w formie porady może być udzielona wyłącznie na odległość).

Przechodząc do brzmienia art. 9 zd. 2 k.e.l., przedmiotem regulacji objęto kilka elementów: kwestie podmiotowe, postaci konsultacji (w szczególności wizyta stacjonarna, teleporada) oraz kryteria brane pod uwagę przy podejmowaniu decyzji o formie konsultacji (dostępna jakość i ciągłość opieki medycznej). W kontekście wyboru postaci konsultacji należy mieć również na względzie podstawowe zasady wykonywania zawodu lekarza, gdyż interpretacja art. 9 k.e.l. musi uwzględniać pozostałe postanowienia zawarte w tym zbiorze norm etyki zawodowej.

W analizowanej regulacji jednoznacznie wskazano lekarza jako podmiot decydujący o formie konsultacji. Stanowi to konsekwencję przyjęcia w art. 4 k.e.l. zasady swobody działań zawodowych lekarza, która w odniesieniu do wyboru metody postępowania została rozwinęta w art. 6 k.e.l. Warto wspomnieć, że także w komentarzach do art. 9 dk.e.l. podkreślano, że to do lekarza należy decyzja odnosząca się do sposobu przeprowadzenia badania pacjenta i na nim spoczywa odpowiedzialność za jakość kontaktu z pacjentem²⁶. Właściwym wzorcem postępowania jest staranna ocena stanu pacjenta. Lekarz zatem decyduje o źródłach, z których czerpie wiedzę o stanie zdrowia pacjenta i w tym zakresie rozważa, czy wystarczająca będzie analiza dokumentacji medycznej, czy potrzebny jest wywiad z pacjentem, a może również badanie przedmiotowe. W niektórych bowiem sytuacjach teleporada nie pozwala czy znacząco utrudnia ustalenie tej kluczowej okoliczności. Dotyczy to przykładowo dostrzeżenia określonych objawów, które byłyby widoczne podczas wizyty stacjonarnej (np. reakcja pacjenta na bodźce – m.in. światło, specyficzny zapach, charakterystyczny sposób poruszania się pacjenta). Kwestie te mogą wykazywać istotny wpływ na trafność oraz szybkość postawienia diagnozy, a także prowadzony następnie proces terapeutyczny²⁷. Kluczowa dla lekarza jest wiedza, z którą rozpoczyna ten proces, a zatem katalog posiadanych informacji powinien być adekwatny do problemu zdrowotnego zgłaszanego przez pacjenta. Ponadto wybór formy konsultacji może być uwarunkowany innymi czynnikami, którymi przykładowo mogłyby być trudności pacjenta ze słyszeniem. Wskazana okoliczność znacznie ogranicza możliwość przeprowadzenia telekonsultacji, przemawiając za wyborem wizyty stacjonarnej celem zapewnienia wymaganej dostępności. W doborze adekwatnej metody i sposobu realizacji świadczeń zdrowotnych wyraża się również należyta staranność stanowiąca podstawową dyrektywę wykonywania zawodu lekarza. Dodatkowo w art. 9 zd. 2 k.e.l. określono wskazówki postępowania lekarza przy wyborze formy konsul-

²⁶ K. Kolankiewicz [w]: O. Nawrot (red.), *Kodeks Etyki Lekarskiej. Komentarz*, Sopot 2021, s. 141, s. 144.

²⁷ K.M., Zoń, *Cywilnoprawne uwarunkowania udzielania przez lekarza świadczeń zdrowotnych w modelu telemedycyny w prawie polskim*, Warszawa 2022, s. 392.

tacji. Wymienione w tej jednostce postaci konsultacji stanowią katalog otwarty, o czym świadczy użyty zwrot „w szczególności”. Zastosowana kolejność (odpowiednio: wizyta stacjonarna, teleporada) potwierdza zasadę, że udzielanie świadczeń powinno następować w kontakcie osobistym, z wyłączeniem sytuacji, gdy z uwagi na zachowanie dostępności i ciągłości opieki korzystniejsze będzie zastosowanie teleporady. Takie ujęcie kryteriów oceny, polegające na podkreśleniu dostępności (w odniesieniu do jakości), ale przy uwzględnieniu ciągłości sprawowanej opieki, wymaga wyważenia obu tych wartości. Wyprowadzić można wniosek, zgodnie z którym wykorzystanie nowoczesnych rozwiązań jest uzasadnione tam, gdzie poprawią one jakość, dostępność czy ciągłość opieki. W każdej sytuacji kluczowe pozostaje wdrożenie rozwiązania adekwatnego i odpowiadającego potrzebom zdrowotnym pacjenta w konkretnym przypadku.

3.2. Komentarz Komisji Etyki Lekarskiej Naczelnej Rady Lekarskiej

Komisja Etyki Lekarskiej przygotowała komentarz do art. 9 k.e.l., który ma na celu wsparcie i udzielenie wskazówek dotyczących rozumienia tej regulacji oraz założeń leżących u jej podstaw²⁸. Jako przejaw wykładni autentycznej stanowi on próbę wyjaśnienia znaczenia i omówienia konkretnych postanowień k.e.l.

W uzasadnieniu do art. 9 k.e.l. skoncentrowano się na dwóch głównych kwestiach związanych z wyborem formy konsultacji. Po pierwsze wskazano okoliczności, w których można udzielić świadczenia „w formie telemedycznej”, a po drugie rozważano, w jaki sposób ma to nastąpić, by zagwarantować jakość i dochować należytej staranności przy jego udzielaniu.

Już na wstępie wskazano, że decyzja o postaci realizacji świadczenia należy do lekarza i jest podejmowana na podstawie problemu zdrowotnego, z którym zgłasza się pacjent, w oparciu o wskazania aktualnej wiedzy me-

²⁸ Komentarz do art. 9 k.e.l. został opublikowany w dniu 20 listopada 2024 r. na stronie internetowej Naczelnej Izby Lekarskiej, *Forma konsultacji lekarskiej. Komentarz do znowelizowanego KEL: art. 9*, <https://nil.org.pl/aktualnosci/8692-forma-konsultacji-lekarskiej-komentarz-do-znowelizowanego-kel-art-9>, [dostęp: 16.12.2024 r.].

dycznej oraz z uwzględnieniem woli pacjenta. Wydaje się, że sformułowanie to miało na celu konieczność zwrócenia uwagi zarówno na autonomię lekarza, jak i pacjenta jako podmiotów zaangażowanych w proces udzielania świadczeń zdrowotnych. Komentarz przygotowany przez Komisję potwierdza, że w ocenie lekarzy zasadniczo optymalną formą kontaktu z pacjentem pozostaje kontakt osobisty, z jednoczesnym zaznaczeniem, że w niektórych indywidualnych przypadkach korzystniejsze dla pacjenta może być udzielenie świadczenia w formie zdalnej. Regulacja ta jest przejawem uwzględnienia wspierającej roli telemedycyny, której wdrożenie ma realizować takie wartości jak dostępność, jakość i ciągłość opieki nad pacjentem. W komentarzu tym wskazano również przykładowe sytuacje stanowiące dla lekarza wskazówki co do przypadków, w których teleporada może być zastosowana (np. efektywne przygotowanie do wizyty osobistej, ułatwienie opieki w sprawach niewymagających osobistego badania, wsparcie dla osób z ograniczoną mobilnością lub ze szczególnymi potrzebami czy też zagwarantowanie bezpieczeństwa epidemicznego). Jednocześnie za niezalecane uznano udzielenie teleporad pacjentom, których dany lekarz dotychczas nie leczył, łagodząc jednak wydźwięk tego stwierdzenia przez sformułowanie: „chyba że jest to uzasadnione: wytycznymi, wskazaniem medycznym, względami etycznymi lub indywidualną sytuacją, w której znajduje się pacjent lub lekarz ma odpowiedni dostęp do dokumentacji medycznej pacjenta”. Co wielokrotnie podkreślano, teleporada nie stanowi uniwersalnego sposobu postępowania z pacjentem, który można zastosować w każdej sytuacji, niezależnie od indywidualnych okoliczności. W związku z tym lekarz, wybierając taką formę konsultacji, powinien zachować szczególną staranność i ocenić, czy ten sposób będzie adekwatny, bezpieczny oraz czy pozwoli na skuteczną realizację świadczenia. Rozwijając w komentarzu zagadnienie zagwarantowania odpowiedniego poziomu udzielania świadczeń telemedycznych, wymieniono w tym miejscu obowiązki lekarza (tożsame z powinnościami z art. 9 ust. 2 k.e.l. z projektu z listopada 2023 r.), mające na celu zagwarantowanie jakości i bezpieczeństwa pacjenta (weryfikacja tożsamości pacjenta, kwestia prywatności pacjenta, poufności danych). Do uzasadnienia przeniesiono również obowiązki informacyj-

ne lekarza w zakresie przekazania ograniczeń związanych z teleporadą (w pierwotnej wersji znajdujące się w art. 9 ust. 3 k.e.l.). W ocenie komentatorów dochowanie należytej staranności oznacza również, że „pacjent powinien uzyskać odpowiednią wiedzę o specyfice świadczenia telemedycznego (np. zasady komunikacji on-line czy korzystania z wyrobów medycznych posiadających funkcje pomiarowe)”. Odnośnie do sposobu realizacji teleporady podkreślono wagę wywiadu z pacjentem i informacji zamieszczonych w dostępnej dokumentacji medycznej dla właściwej oceny stanu zdrowia pacjenta. Jest to wyraźne odniesienie do treści art. 9 zd. 1 k.e.l., zgodnie z którym lekarz podejmuje się opieki nad pacjentem po uprzedniej ocenie jego stanu, niezależnie od wybranej formy realizacji świadczenia. Jednocześnie dokonano rozróżnienia, gdy wywiad powinien być przeprowadzony w czasie rzeczywistym, na kształt badania podmiotowego podczas wizyty stacjonarnej (efektem teleporady ma być orzeczenie o stanie zdrowia, w tym wystawienie zwolnienia, wypisanie nowej recepty) oraz kiedy może on być zrealizowany w ramach komunikacji asynchronicznej z wykorzystaniem ankiety czy poczty elektronicznej (tylko pomocniczo, gdy służy przygotowaniu, uzupełnieniu lub kontynuacji leczenia). Wydaje się, że jedynie przypominając w komentarzu przywołano również podstawowe zasady przeprowadzania postępowania diagnostycznego, leczniczego i zapobiegawczego, gdyż stosowanie standardów wynikających z art. 8 k.e.l. jest niezależne od wybranego sposobu realizacji świadczeń.

Podsumowując, komentarz przygotowany przez Komisję Etyki Lekarskiej pozwala przybliżyć założenia leżące u podstaw poszczególnych postanowień i zapoznać się z pogłębionym stanowiskiem autorów poszczególnych regulacji. Dzięki powyższemu, omówienie to może być pomocnym narzędziem zarówno dla członków sądów lekarskich, stosujących w praktyce te regulacje, jak i każdego przedstawiciela samorządu lekarskiego jako zobowiązanego do ich przestrzegania. Wyjaśnienia te mają bowiem również walor edukacyjny, przybliżając znaczenie danej regulacji, w tym okoliczności, w których potencjalnie może ona znaleźć swoje zastosowanie.

4. Wnioski

Zachodzące współcześnie przemiany oraz potrzeby społeczne uzasadniały dokonanie modyfikacji w podstawowym zbiorze zasad etyki zawodowej lekarza, jakim jest Kodeks Etyki Lekarskiej. Należy podkreślić wagę tego zagadnienia i jego praktyczne konsekwencje, gdyż naruszenie zasad etyki zawodowej stanowi podstawę poniesienia przez lekarza odpowiedzialności zawodowej.

Ważne, że samorząd lekarski dostrzegł konieczność zmian w zakresie art. 9 k.e.l., albowiem dotychczasowe regulacje nie były adekwatne do aktualnych potrzeb. Ponadto wskazywano, że brzmienie art. 9 dk.e.l. mogło być sprzeczne w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych w modelu telemedycyny w relacji do przepisów ustawowych dotyczących wykonywania zawodu lekarza.

Należy pozytywnie ocenić, że w treści nowego k.e.l. nawiązano do zagadnienia telemedycyny, choć uczyniono to jedynie w odniesieniu do jednego jej przejawu, jakim jest teleporada. Została ona ujęta z perspektywy wyboru formy konsultacji z pacjentem. Nowe brzmienie art. 9 k.e.l. stanowi przejaw bardziej elastycznego podejścia do relacji lekarz-pacjent. Współcześnie tytułowa problematyka jest niezwykle istotna, gdyż teleporada stała się częścią systemu ochrony zdrowia, funkcjonując w nim niezależnie od sytuacji epidemicznej. Rozwiązanie to może stanowić skuteczne narzędzie dla zapewnienia ciągłości leczenia pacjenta. Jednakże dostrzegając korzyści i doceniając potencjał, należy mieć na względzie również związane z nim ryzyko. Teleporada nie stanowi bowiem rozwiązania uniwersalnego i każdorazowo wymaga rozważenia jej zastosowania zarówno z perspektywy bezpieczeństwa pacjenta, jak i lekarza.

Choć uchwała ustanawiająca zasady etyki lekarskiej stanowi akt wewnątrz korporacyjny, to projekt k.e.l. poddano szerokim konsultacjom społecznym. Powyższe umożliwiło zaangażowanie w proces kształtowania poszczególnych regulacji nie tylko środowiska zawodowego lekarzy, ale także pacjentów oraz ekspertów czy organizacji zajmujących się poszczególnymi aspektami. Należy bowiem podkreślić, że właściwe uregulowanie tej problematyki ma kluczowe znaczenie nie tylko dla lekarzy

– adresatów postanowień k.e.l., ale będzie miało istotny wpływ także na zakres stosowania telemedycyny i jej rozwój, a tym samym na funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Pełna ocena zasadności zmiany art. 9 k.e.l. wymaga uwzględnienia perspektywy czasowej oraz sposobu stosowania tej regulacji, ponieważ to zadaniem sądów lekarskich będzie doprecyzowanie w procesie wykładni znaczenia poszczególnych postanowień k.e.l. w odniesieniu do konkretnej sprawy. Pewne wskazówki w tym zakresie zawiera komentarz przygotowany przez Komisję Etyki Lekarskiej, stanowiąc przykład wykładni autentycznej, która nie jest jednak wiążąca.

Podsumowując, choć zmiana brzmienia art. 9 k.e.l. stanowi ważny krok, to jednak zachodzące przemiany technologiczne będą powodowały konieczność ponownego pochylenia się samorządu lekarskiego nad przyjętym kształtem regulacji.

Bibliografia:

Bosek L., *Źródła prawa medycznego* [w:] M. Safjan, L. Bosek (red.), *System Prawa Medycznego. Instytucje prawa medycznego*, t. 1 Warszawa 2018.

Forma konsultacji lekarskiej. Komentarz do znowelizowanego KEL: art. 9, <https://nil.org.pl/aktualnosc/8692-forma-konsultacji-lekarskiej-komentarz-do-znowelizowanego-kel-art-9>.

Kolankiewicz K. [w:] O. Nawrot (red.), *Kodeks Etyki Lekarskiej. Komentarz*, Sopot 2021.

Korytowska A., *Problem zgodności Kodeksu Etyki Lekarskiej z Konstytucją RP*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny”, nr 1 (2009).

Konieczniak P., *Nieformalne źródła prawa na przykładzie Kodeksu Etyki Lekarskiej* [w:] T. Giaro (red.), *Źródła prawa: teoria i praktyka*, Warszawa 2016.

Konieczniak P., *O znaczeniu orzecznictwa sądów lekarskich dla interpretacji prawa medycznego* [w:] T. Giaro (red.), *Rola orzecznictwa w systemie prawa*, Warszawa 2016.

Nowocześniej i bliżej pacjenta. Zjazd ważnych zmian <https://gazetalekarska.pl/nowocześnie-i-bliżej-pacjenta-zjazd-ważnych-zmian/>

Obwieszczenie nr 1/04/IV Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 2 stycznia 2004 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu uchwały w sprawie Kodeksu Etyki Lekarskiej, Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, nr 1 (81) rok XIV, Warszawa 2004.

Porządek obrad Nadzwyczajnego XVI Krajowego Zjazdu Lekarzy <https://nil.org.pl/izba/krajowy-zjazd-lekarzy/nadzwyczajny-xvi-krajowy-zjazd-lekarzy/8463-projekt-porzadku-obrad-nadzwyczajnego-xvi-krajowego-zjazdu-lekarzy>.

Projekt art. 9. KEL. Nowelizacja Kodeksu Etyki Lekarskiej, <https://nil.org.pl/aktualnosc/8253-projekt-art-9-kel-nowelizacja-kodeksu-etyki-lekarskiej>.

Uchwała nr 5 Nadzwyczajnego XVI Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 18 maja 2024 r. w sprawie Kodeksu Etyki Lekarskiej <https://nil.org.pl/izba/krajowy-zjazd-lekarzy/nadzwyczajny-xvi-krajowy-zjazd-lekarzy/8487-nowelizacja-kodeksu-etyki-lekarskiej-kamien-milowy-dla-srodowiska-lekarskiego>.

Uchwała nr 3/24/IX Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 26 stycznia 2024 r. w sprawie przedstawienia do konsultacji projektu Kodeksu Etyki Lekarskiej, <https://nil.org.pl/izba/naczelnaradalekarska/komisje-i-zespoły/komisja-etyki-lekarskiej-667/8375-projekt-kodeksu-etyki-lekarskiej-oddany-do-konsultacji>.

Uchwała Nr 7/24/IX Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 8 marca 2024 r. w sprawie przedstawienia Nadzwyczajnemu XVI Krajowemu Zjazdowi Lekarzy projektu uchwały w sprawie Kodeksu Etyki Lekarskiej, https://nil.org.pl/dokumenty/naczelnaradylekarskiej?s_search_form_searchwords=&s_filtersdocument_kinds=7&s_filtersdocument_years=176&active_page=1.

Zoń K.M., *Cywilnoprawne uwarunkowania udzielania przez lekarza świadczeń zdrowotnych w modelu telemedycyny w prawie polskim*, Warszawa 2022.

S u m m a r y

Teleconsultation in the light of the provisions of the new Code of Medical Ethics – the text of Article 9 from the draft to the resolution

The adoption of the new Code of Medical Ethics was justified by the need to adjust the principles of medical ethics to the contemporary environment for the medical profession's practice. The substantial change concerns Article 9 and the application of teleconsultation in the provision of health services. The abovementioned aspect has essential practical application.

The article aims to interpret Article 9 of the new Code of Medical Ethics, which was obtained on 1 January 2025, and then to attempt to assess the legitimacy of the introduced changes and their impact on the medical profession. The cognitive value of the considerations is manifested in the presentation of the author's comments on the explanation of Article 9. Moreover, the comprehensive analysis considers the commentary prepared by the Medical Ethics Committee of the Supreme Medical Council. First of all, the previous proposals for the wording of Article 9 have also been discussed to indicate the direction of the evolution of the work of the medical self-government on this provision and point out the main assumptions underlying it.

The perceived need for changes to Article 9 should be assessed positively. The new wording of this provision expresses a more flexible approach to the doctor-patient relationship. However, the way in which Article 9 is interpreted in proceedings concerning a doctor's professional liability will be of key importance.

Key words: professional ethics, code of ethics, professional liability, doctor-patient relationship, telemedicine

MIKOŁAJ PIEKUTOŃSKI

UNIwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

ORCID: 0009-0006-4707-6127

Triaż pacjentów przy użyciu sztucznej inteligencji a ochrona wybranych praw podstawowych

DOI: 10.70537/PPM/210273

Streszczenie

W niniejszej pracy autor skupia się na wykorzystaniu sztucznej inteligencji w służbie zdrowia. Praca podejmuje problematykę sztucznej inteligencji i sposobu jej działania w zakresie, w jakim miałyby dokonywać segregacji medycznej pacjentów. Poprzez identyfikację zagrożeń, autor uwidacznia problemy prawne AI i zestawia je z obecnymi uregulowaniami z zakresu ochrony praw pacjenta, jak również dopiero wchodzącymi w życie regulacjami dot. sztucznej inteligencji.

Słowa kluczowe: Prawa pacjenta, sztuczna inteligencja, dyskryminacja, ochrona danych pacjenta

1. Wprowadzenie

Sztuczna Inteligencja (z angielskiego *artificial intelligence* – AI), szturmem wdarła się do dyskursu publicznego, a co za tym idzie stała się jednym z najczęściej poruszanych zagadnień prawnych. I o ile sam pomysł na niejako „uniezależnienie” technologii, w sensie przejścia z wykorzystywania jej jedynie jako narzędzia, do wykorzystania jej jako faktycznego wykonawcy pewnych zadań, nie jest niczym nowym (wszak już w 1950 roku Alan Turing zaproponował *test Turinga* w celu zbadania inteligencji maszyn), tak tempo i skala wykorzystania AI w codziennym życiu wymu-

silo zakrojoną na szeroką skalę dyskusję na temat wykorzystania takiej technologii w codziennym życiu, a w ograniczonym zakresie wymusiło też działania legislacyjne.

Unia Europejska znana ze swojego protekcyjnego podejścia w stosunku do swoich obywateli – a dokładniej mówiąc w stosunku do ich praw – potraktowała AI i jego rozpowszechnienie na tyle poważnie, że zdecydowała się rozpocząć prace nad rozporządzeniem, które w kompleksowy (w słowach samej Komisji Europejskiej również rewolucyjny i unikatowy na skalę światową) sposób reguluje kwestię używania (więc również odpowiedzialności) sztucznej inteligencji. Przygotowane przez Komisję Europejską Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady Ustanawiające Zharmonizowane Przepisy Dotyczące Sztucznej Inteligencji (akt w sprawie sztucznej inteligencji, AI act)¹ zostało w dniu 13 czerwca 2024 roku podpisane przez Przewodniczącą Parlamentu Europejskiego oraz Przewodniczącą Rady Europejskiej, co zakończyło procedurę ustawodawczą na poziomie unijnym. W dniu 1 sierpnia 2024 roku, AI Act wszedł w życie. Niemniej, co do zasady, akt zacznie być stosowany na terenie UE, zgodnie z jego art. 113, od 2 sierpnia 2026 roku².

Prawodawca krajowy, w przeciwieństwie do prawodawcy wspólnotowego, nie zdecydował się jeszcze na kompleksową, albo nawet wybiórczą, regulację problemu sztucznej inteligencji i wszelkich zagadnień prawnych wynikających z jej zastosowania. Motywacji stojących za taką postawą można jedynie domniemywać. Niemniej zasadnym wydaje się wniosek, że w momencie rozpoczęcia prac nad AI Act'em na poziomie unijnym, bezcelowym byłoby prowadzenie prac nad aktem krajowym, a to z uwagi na dość wczesne wykrystalizowanie się poglądu, że Wspólnota reguluje zasady działania sztucznej inteligencji w formie Rozporządzenia³.

¹ OJ L, 2024/1689, 12.7.2024, ELI: <http://data.europa.eu/eli/reg/2024/1689/oj>

² Wskazać przy tym należy, że zgodnie z dyspozycją art. 113 AI Actu, akt o sztucznej inteligencji stosowany zacznie być w całości dnia 2 sierpnia 2026 roku, niemniej zgodnie z art. 113 lit. a rozdziały I i II stosuje się począwszy od 2 lutego 2025 roku; zgodnie z art. 113 lit. b – rozdział III sekcja 4, rozdział V, rozdział VII i rozdział XII oraz art. 78 stosuje się od dnia 2 sierpnia 2025 r., z wyjątkiem art. 101, natomiast zgodnie z art. 113 lit. c art. 6 ust. 1 i odpowiadające mu obowiązki ustanowione w rozporządzeniu stosuje się od dnia 2 sierpnia 2027 r.

³ Pojawiają się jednak pewne sygnały i pomysły na uregulowanie zastosowania sztucznej inteligencji również na poziomie krajowym. Wśród nich jest chociażby Projekt ustawy o systemach sztucznej

Osobną kwestią pozostaje fakt, że szeroko pojęta doktryna prawnicza nie raz stawała już przed potrzebą dostosowania przepisów prawnych do nowych wyzwań, których czy to ustrojodawca, czy ustawodawca nie mógł przewidzieć⁴. Stąd też, analiza zagadnienia Sztucznej Inteligencji w polskim porządku prawnym nie może obejść się bez odwołania się do aktu prawnego bezsprzecznie podstawowego w porządku prawnym RP – Konstytucji RP⁵. Ogólne uregulowania prawne dot. systemów sztucznej inteligencji, wywieść można z Kodeksu Cywilnego⁶ oraz wcześniej wspomnianego AI Actu.

Szczególnym zainteresowaniem niniejszej pracy pozostanie jednak rola sztucznej inteligencji w służbie zdrowia, a precyzyjniej rzecz ujmując, coraz bardziej rosnącą rolą AI w triażu pacjentów w zestawieniu z jedną z podstawowych funkcji prawa – funkcją ochronną w stosunku do praw podstawowych gwarantowanych pacjentom np. przez ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁷.

Niniejsza praca opierać będzie się na analizie praw podstawowych gwarantowanych m.in. poprzez ww. ustawy, w szczególności prawo pacjenta do zachowania w tajemnicy informacji medycznych jego dotyczących,

inteligencji (numer projektu w RCL: UCL71). Projekt tej ustawy jednak zakwalifikowany jest jako typ C – projekty implementujące prawodawstwo UE, oznacza to, że prawodawca krajowy zaakceptował pogląd o wiodącej roli UE w dziedzinie regulacji AI, a jego rola ograniczać ma się do implementacji decyzji podejmowanych na szczeblu wspólnotowym. W szczególności projekt ustawy przewiduje implementację AI Actu w zakresie chociażby powołania odpowiedniego organu nadzorczego. Projekt ustawy jednak, w pewnym uproszczeniu, nie wychodzi poza ten zakres proceduralny.

⁴ Wystarczy spojrzeć chociażby na uregulowania art. 435 Kodeksu Cywilnego, który traktuje o odpowiedzialności za szkody wyrządzone przez przedsiębiorstwo (zakład) wprawiany w ruch za pomocą sił przyrody. Na tej kanwie warto powołać się na orzecznictwo Sądu Najwyższego, który stwierdza, że katalog takich przedsiębiorstw jest katalogiem otwartym, jednak należy każdy przypadek oceniać *ad casum* (por. postanowienie SN z dnia 11.10.2023 roku III PSK 121/22). Na takiej zasadzie część doktryny proponuje uregulować odpowiedzialność za systemy sztucznej inteligencji – przynajmniej w odniesieniu do przedsiębiorcy (zob. np. A. Chłopecki, *Sztuczna inteligencja – szkice prawnicze i futurologiczne*, Warszawa 2021 r., SIP Legalis, *passim*)

⁵ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.) – dalej jako: „Konstytucja”

⁶ Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1610 z późn. zm.) – dalej jako: „k.c.”

⁷ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1545 z późn. zm.) – dalej jako: „u.o.p.p.”

a z drugiej strony prawo pacjenta do dostępu do opieki medycznej, szczególnie w ujęciu zakazu dyskryminacji ze względu na płeć, rasę, wiek, narodowość, orientację seksualną. Następnie zostanie to zestawione z działalnością sztucznej inteligencji w triażu pacjentów oraz potencjalnymi zagrożeniami, jakie AI może dla tych wartości stwarzać.

2. Prawo do zachowania w tajemnicy informacji o pacjencie a sztuczna inteligencja

2.1. Prawo do zachowania w tajemnicy informacji o pacjencie

Ochrona informacji odnoszących się do danej osoby jest jedną z podstawowych wartości gwarantowanych przez system prawny. Już sam ustrojodawca zdecydował się zawrzeć szereg gwarancji w Konstytucji, stanowiąc między innymi prawo przysługujące każdemu obywatelowi do ochrony jego życia prywatnego (art. 47), czy ochrony przed ujawnianiem informacji dotyczących jego osoby (art. 51 ust. 1). Co istotne, prawo to odnosi się zarówno do relacji pomiędzy jednostką a państwem, jak i w odniesieniu do relacji pomiędzy jednostkami⁸. Jak wskazuje się w piśmiennictwie: *Życie prywatne to ta sfera życia człowieka, która nie jest objęta jego działalnością publiczną. [...] Życie prywatne obejmuje również tę sferę życia człowieka, która pozostaje poza zakresem życia rodzinnego, a która określana jest mianem sfery życia osobistego*⁹. Bezsprzecznie zatem uznać należy, że stan zdrowia osoby, w tym obecne dolegliwości, jak również historia choroby pozostaje w sferze życia prywatnego i jako takie podlegają szczególnej, bo już konstytucyjnej, ochronie.

Komplementarne uregulowanie odnoszące się wprost do objęcia tajemnicą informacji o pacjencie zawiera art. 13 u.o.p.p. Co ważne, jak wskazuje się w doktrynie, informacje objęte taką tajemnicą winny być postrzegane możliwie jak najszerszej: *Tajemnica medyczna rozciąga się na wszelkie dane*

⁸ M. Safjan, *Prawo do ochrony życia prywatnego* [w:] Helsińska Fundacja Praw Człowieka, Szkoła praw człowieka. Teksty wykładów, Warszawa 1996, s. 222.

⁹ M. Florczak-Wątor [w:] Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz, wyd. II, red. P. Tuleja, Warszawa 2023, art. 47.

uzyskane w związku z wykonywaniem zawodu medycznego, zarówno na informacje przekazane intencjonalnie pracownikowi medycznemu (np. podczas wywiadu lekarskiego, udostępnione w dokumentacji medycznej na potrzeby udzielania świadczeń zdrowotnych), jak również na informacje uzyskane przez pracownika przypadkowo, niejako przy okazji wykonywania zawodu¹⁰.

Ponadto, art. 13 u.o.p.p. nie jest jedynym *lex specialis* w kontekście objęcia informacji dot. pacjenta tajemnicą. Jak wynika z analizowanych przepisów, każdy zawód medyczny, posiada swoje własne uregulowanie prawne, które nakazuje zachowanie w tajemnicy informacji powziętych w toku wykonywania czynności¹¹. Zgodnie jednak z wyżej prezentowanym stanowiskiem, tajemnica medyczna, jako pochodna praw podstawowych gwarantowanych na poziomie konstytucyjnym, podlega szczególnej ochronie i przez to, przepisy gwarantujące zachowanie w tajemnicy informacji o pacjencie winny być interpretowane zawsze na korzyść pacjenta. I tak, jak wskazuje się w doktrynie, obowiązek, o którym mowa w art. 13 u.o.p.p. rozciąga się nie tylko na osoby wykonujące zawód medyczny, które posiadają tzw. uregulowania branżowe (jak już wcześniej zostało wspomniane), ale również na inne podmioty, które wykonują zawód medyczny, udzielają świadczeń w ramach takiego zawodu i legitymują się odpowiednimi kwalifikacjami¹². Wobec czego, zakres podmiotowy obowiązku zawartego w art. 13 u.o.p.p. interpretować należy możliwie jak najszerzej.

¹⁰ D. Wąsik, *Problematyka tajemnicy zawodowej w sprawach o błędy medyczne* [w:] *Metodyka prowadzenia postępowania przygotowawczego w sprawach o błędy medyczne*, Warszawa 2021. Rozdział V; LEX [dostęp: 16.05.2025 r.]

¹¹ Zob. szerzej: D. Karkowska [w:] E. Bielał-Jomaa, G. Błażewicz, R. Bryzek, B. Chmielowiec, M. Ćwikiel, P. Grzesiewski, B. Kmicciak, A. Nowak, D. Karkowska, *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta*. Komentarz, Warszawa 2021, art. 13.: *Obowiązek zachowania w tajemnicy informacji dotyczących pacjenta uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu należy do podstawowych zasad wykonywania wielu zawodów związanych z udzielaniem i uczestnictwem w udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Zagadnienie to odrębnie uregulowano w odniesieniu do: lekarza (art. 40 ust. 1 u.z.l.), pielęgniarki i położnej (art. 17 ust. 1 u.z.p.p.), fельczera (art. 7 ust. 1 u.z.f.), diagnosty laboratoryjnego (art. 29 ust. 1 u.d.lab.), farmaceuty (art. 34 u.z.farm.), ratownika medycznego (art. 11 ust. 9 pkt 3 u.PR.M) oraz psychologa (art. 14 ust. 1 u.z.p.). Dochowanie tajemnicy zawodowej jest prawem i obowiązkiem osób wykonujących zawód medyczny.*

¹² R. Kubiak, 3. *Podmiotowy zakres tajemnicy medycznej* [w:] *System Prawa Medycznego*. Tom II. Część 1. Regulacja prawna czynności medycznych, red. M. Boratyńska, P. Konieczniak, E. Zielińska, Warszawa 2019.

W takim wypadku, za tak oczywistą, że wręcz pomijalną przy interpretacji przepisów uznać należało konkluzję, że każdy przepis, a co za tym idzie również norma prawna, odnosi się do ludzi, znacznie częściej zaś do pewnego ich typu. Nie inaczej zredagowane są przepisy dotyczące zachowania w tajemnicy informacji dotyczących pacjenta. Zatem obowiązek zachowania w tajemnicy informacji dotyczy, na potrzeby niniejszej pracy użyć można sformułowania *jedynie*, osób świadczących usługi medyczne. W dobie rozwoju AI, należy jednak zadać sobie pytanie, które w odczuciu autora niniejszej pracy wykracza dalece poza jedynie akademicki dyskurs, a stanie się realnym zagadnieniem prawnym: Co w sytuacji, kiedy czynności medyczne, a co za tym idzie, dostęp do danych wrażliwych pacjenta ma nie *ktos*, ale *coś*? I dalej – zakładając, zdaje się najbardziej realny scenariusz – kiedy osoba o wykształceniu medycznym, a co za tym idzie związana tajemnicą, będzie co najwyżej użytkownikiem systemu AI¹³, a dostawcą¹⁴ będzie podmiot taką tajemnicą niezwiązany? Czy da się, we względnie łatwym procesie wykładni poprzez analogie, rozciągnąć możliwość stosowania wyjątków od obowiązku zachowania tajemnicy na systemy sztucznej inteligencji, a jeśli tak, to kto będzie odpowiedzialny za naruszenie obowiązku zachowania określonych informacji w tajemnicy?

Jedynie na marginesie wspomnieć należy, że jak każde prawo, prawo do zachowania w tajemnicy informacji dotyczących pacjenta nie jest prawem absolutnym – oznacza to, że istnieją odstępstwa od reguły zachowania w tajemnicy takich informacji. O takich sytuacjach traktuje art. 14 ust. 2 u.o.p.p. wymieniający katalog sytuacji, w których obowiązek zachowania informacji o pacjencie w tajemnicy nie obowiązuje osób wykonujących zawód medyczny. Jak wynika z samego charakteru prawa oraz podstawowych reguł wykładni, w tym przede wszystkim zasady, że wyjątków nie należy interpretować rozszerzająco, katalog sytuacji z art. 14 ust. 2 u.o.p.p. jest katalogiem zamkniętym – przynajmniej na kanwie ustawy o ochronie praw pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Istnieją bowiem inne uregulowania uzasadniające zwolnienie z przestrzegania tajemnicy, jednak cel,

¹³ Por. definicję z art. 3 ust. 4 Projektu AI Act

¹⁴ Por. definicję z art. 3 ust. 2 Projektu AI Act

dla jakiego znosi się tajemnicę, musi zawsze być aksjologicznie bardziej doniosły niż zachowanie takiej tajemnicy¹⁵.

2.2. Zasada działania AI – *black box effect* oraz *machine learning*

Żeby w pełni zrozumieć, że stawiane wyżej pytania nie są jedynie hipotetycznymi rozważaniami, a mają one realne implikacje, najpierw zrozumieć należy sposób działania sztucznej inteligencji i to, w jaki sposób ona takie dane przetwarza.

Pierwszym efektem, który należy wziąć pod uwagę przy wykorzystaniu AI w służbie zdrowia, jest efekt czarnej skrzynki, tzw. *Black box effect*. Oznacza on, że sztuczna inteligencja przy osiąganiu jakiegoś wcześniej zaprogramowanego celu – czyli produkowania wyniku, nie jest w stanie pokazać, jak do takiego wyniku doszła. Obserwując działania systemu AI, jesteśmy w stanie zobaczyć informacje (dane) wprowadzane do systemu oraz rezultat (wynik). Nie jesteśmy w stanie dojść, jakie dokładnie procesy w systemie zaszły. Tylko na marginesie wspomnieć należy, że ten właśnie efekt pokazuje, dlaczego SI jest takim przełomem i dlaczego budzi tak wiele kontrowersji – jest ona określana jako *inteligencja*, ponieważ działa podobnie jak mózg człowieka – nauka też nie jest w stanie wytłumaczyć dokładnie jakie procesy myślowe zachodzą w mózgu. Widzimy tylko składniki i końcowy wynik. Niemniej, efekt czarnej skrzynki nie oznacza, że system sztucznej inteligencji działa całkowicie poza kontrolą i ludzie nie mają na niego wpływu. Wręcz przeciwnie – każdy przecież system sztucznej inteligencji zaprogramowany jest przez człowieka – działa on więc dokładnie tak, jak człowiek sobie tego zażyczył – analizuje dane wejściowe w sposób i w zakresie przez twórcę zdefiniowanym i daje wynik wyjściowy. Niemniej, co ważne, AI nie rozumie, co oznacza dany wynik – nie wie, czy jest on dobry, czy nie, czy mieści się w granicach jakiejś normy, czy też jest od niej kompletnie oddalony¹⁶. Stąd, przy sytuacji, w któ-

¹⁵ R. Kubiak, *Dyspensy Od Zachowania Tajemnicy Medycznej* [w:] System Prawa Medycznego. Tom II. Część 1. Regulacja prawna czynności medycznych, red. M. Boratyńska, P. Konieczniak, E. Zielińska, Warszawa 2019, str. 244 i n.

¹⁶ P. Kaźmierczak (red.), *Biała Księga AI w praktyce klinicznej, Wersja 1.0*, 2022, str. 50 i n., dostępna: https://icm.edu.pl/wp-content/uploads/2021/06/BIA_A-KSIE_GA_AI-W-ZDROWIU_2022.pdf [dostęp: 03.03.2025 r.]

rej w grę wchodzi podstawowe prawa pacjenta – a niewątpliwie ochrona jego danych jest jednym z nich, taki efekt uznać należy za potencjalnie niebezpieczny.

Drugą kwestią, która pozostaje fundamentalna, jeśli chodzi o zrozumienie systemów sztucznej inteligencji, jest kwestia uczenia maszynowego (tzw. *Machine learningu*). Uczenie maszynowe jest częścią sztucznej inteligencji (obok np. metod symulacyjnych), a skupia się w dużej mierze na „uczeniu się” systemów, w miarę zbierania kolejnych informacji i w miarę zbierania swojego doświadczenia pozwala doskonalić analizę danych i wyciągać trafniejsze wnioski. Co ważne, same procesy uczenia i doskonalenia nie są zaprogramowane, a odbywać się mogą w formie nadzorowanej lub nie. W dużym skrócie systemy uczą się wykrywać wzorce i powiązania między danymi, żeby lepiej radzić sobie z nowymi informacjami – czyli żeby dostarczać bardziej precyzyjny, tj. poprawny, wynik. Taka funkcja systemów AI wiąże się z wcześniej wspomnianym efektem czarnej skrzynki – skoro system ma sam się ulepszać, w pewnym momencie zacznie modyfikować on zaprogramowane metody, jeśli dojdzie do wniosku, że nie są one wystarczające do osiągnięcia pożądanego przez użytkowników rezultatu. Pozwala to z jednej strony na adaptację systemów i w miarę ich użytkowania jeszcze lepsze dostosowanie do pełnionych ról, z drugiej zaś rodzi istotne zagrożenia i pytania o *modus operandi* systemów AI.

2.3. Definicja triażu pacjentów

Przekładając powyższe uwagi na rozważania niniejszej pracy, za właściwe uznać należy krótkie zdefiniowanie triażu pacjentów (również „triage”, zwany również segregacją medyczną). Słownikowe pojęcie terminu „triage” (fr. triage – segregowanie, sortowanie) oznacza procedurę medyczną, stosowaną w medycynie ratunkowej, umożliwiającą służbom medycznym segregację osób potrzebujących pomocy w zależności od stopnia obrażeń oraz rokowania¹⁷. Co istotne, triażu pacjentów dokonuje się również

¹⁷ K. Skowron, *Funkcjonowanie systemu Triage na przykładzie Szpitala Miejskiego w Rudzie Śląskiej – badania wstępne*, Studia i prace Kolegium Zarządzania i Fin, Zeszyt naukowy 168/2018, str. 151-152.

podczas przyjęcia na Szpitalny Oddział Ratunkowy – jest to praktyka powszechna w szpitalach na całym świecie i znajduje również uznanie w Polsce¹⁸. Z tego względu, triaż pacjentów doczekał się również legalnej definicji. Jak wyczytać można z art. 3 pkt. 14b ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym¹⁹: *segregacja medyczna – proces ustalenia kolejności udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalnych oddziałach ratunkowych oraz w zespołach ratownictwa medycznego, realizowany wobec osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, uwzględniający stan zdrowia tych osób*. Samo wykonywanie segregacji medycznej regulowane jest przez art. 33a u.p.r.m. Jak wskazuje się w piśmiennictwie, system triażu ma za zadanie usprawnić pracę oddziału SOR, jak również wspomóc efektywność w niesieniu pomocy pacjentom²⁰.

Elementem legalnej definicji segregacji medycznej zawartej w art. 3 pkt 14b u.p.r.m. jest przyjęcie, że triażu dokonać można w stosunku do osób, znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia życia, a sama segregacja dokonywana jest na szpitalnym oddziale ratunkowym. Przy czym, zgodnie z art. 3 pkt 8 u.p.r.m. stan nagłego zagrożenia życia to *stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia*.

Niniejsza praca zatem skupiać się będzie przede wszystkim na działaniach systemów AI w ramach działalności SOR i prowadzonej tam segregacji medycznej. Niemniej, wobec rosnącej świadomości i akceptacji co do pozytywnych skutków prowadzenia segregacji medycznej w placówkach opieki zdrowotnej, autor stoi na stanowisku, że można założyć również rozszerzenie idei triażu np. na świadczenie opieki zdrowotnej w przychodniach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej – czyli w sytuacjach, kiedy obciążenie personelu medycznego jest zjawiskiem nie tylko pożądanym, ale również oczekiwanym i potrzebnym.

¹⁸ Ibidem str. 150

¹⁹ Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 91) – dalej jako: „u.p.r.m”

²⁰ E. Wasilewska (red.), *Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Komentarz*, Warszawa 2024, teza 19.

Wobec powyższego, nie budzi wątpliwości, że procedura triażu wymaga najpierw podania, a później przetworzenia wielu informacji niezbędnych do oceny stanu zdrowia – począwszy od imienia i nazwiska, poprzez wiek, płeć, na przebytych chorobach i schorzeniach skończywszy. Przy czym sam ustawodawca w art. 33a ust. 4 u.p.r.m. (wprowadzając system „TOPSOR”) dostrzega możliwości systemów informatycznych, jeśli chodzi o możliwość dokładniejszej i szybszej analizy danych, w celu usprawnienia procesu segregacji medycznej.

2.4. Triaż pacjentów dokonywany przez AI a prawo do zachowania w tajemnicy informacji o pacjencie

Czy rozważanie dot. triażu dokonywanego przez sztuczną inteligencję jest rodem z filmów *science fiction*? Bynajmniej. W 2023 roku, największy izraelski szpital *Tel Aviv Sourasky Medical Center* wprowadził system triażu pacjentów dokonywany przez AI. System został zaprojektowany przez Tel Aviv’ski start-up Kahun, a sam system w dużej mierze opiera się na znanym już systemie *ChatGPT* od *OpenAI*²¹. System opiera się na 3-minutowej pisemnej ankiecie, w której pacjenci zachęceni są do opisywania swojego stanu zdrowia możliwie jak najbardziej szczegółowo. Następnie system dokonuje analizy stanu zdrowia na podstawie bazy danych składających się z blisko 30 milionów danych medycznych. Wynik operacji – tj. ocena stanu zdrowia i informacji o pilności udzielenia świadczenia przesyłana jest do lekarza, który następnie udziela pomocy medycznej. Na podobny pomysł wpadło polskie Ministerstwo Zdrowia – planuje ono wdrożyć system, który, z pomocą AI, pomagać będzie lekarzom w analizie stanu zdrowia pacjentów²².

Co do potrzeby ochrony danych pacjentów, również przed systemami sztucznej inteligencji nie ma większych wątpliwości. Jednak sama potrzeba to za mało – należy albo stworzyć nowe rozwiązania, które zagwaran-

²¹ <https://nocamels.com/2023/08/tel-aviv-hospital-first-ever-to-use-ai-including-chatgpt-triage/> [dostęp: 03.03.2025 r.]

²² <https://www.rp.pl/sluzba-zdrowia/art38142101-ministerstwo-zapowiada-reforme-sztuczna-inteligencja-ma-pomoc-lekarzom-stawiac-diagnozy> [dostęp 03.03.2025 r.]

tują bezpieczne wykorzystanie danych pacjentów przez AI albo doszukać się już w istniejących przepisach takich rozwiązań, które pozwoliłyby na ich stosowanie również względem systemów AI.

Jak już zostało wcześniej wspomniane, aktem prawnym przełomowym, a zarazem jedynym, do którego można odwoływać się bezpośrednio, jest AI Act, który reguluje zasady korzystania z systemów sztucznej inteligencji. Jak wynika z uzasadnienia samego projektu Rozporządzenia, ten akt prawny ma budować *ekosystem zaufania oparty na godnej zaufania sztucznej inteligencji*²³. Sama Komisja Europejska jako podstawę aksjologiczną AI Actu podała koncepcję „podwójnego celu” – oznacza ona, że z jednej strony AI Act ma promować rozwój systemów sztucznej inteligencji, a z drugiej ma zająć się zagrożeniami ze strony sztucznej inteligencji. Takie postawienie sprawy pokazuje, że Unia Europejska nie przyznaje na żadnym etapie prymatu rozwoju technologicznemu i wskazuje na potrzebę zrównoważenia celu, który zamierza się osiągnąć oraz wartości, których należy chronić. AI Act wprowadza również regulacje oparte na ocenie ryzyka danego systemu – przy czym systemy AI wykorzystywane w służbie zdrowia zakwalifikować należy do systemów wysokiego ryzyka²⁴. Wobec powyższego prawodawca unijny nakłada szereg wymagań w związku z użytkowaniem systemu sztucznej inteligencji wysokiego ryzyka.

Zakładając, że systemy sztucznej inteligencji dokonujące triażu pacjentów opierać się będą na systemie uczenia maszynowego, ogólne założenia w zarządzaniu danymi zawarte są w art. 10 AI Act'u. Art. 10 ust. 2 AI Act'u podaje główne założenia, jakie winien spełniać program sztucznej inteligencji wysokiego ryzyka. Dane, które zostaną udostępnione programowi nie tylko do przetwarzania podczas pracy, ale również dane używane do treningu maszyny powinny podlegać [...] *odpowiednim praktykom w zakresie zarządzania danymi*²⁵. Jak wskazuje się w doktrynie, AI Act siłą rzeczy nie reguluje wszystkich aspektów użytkowania systemów sztucznej inteligencji, w tym również w zakresie ochrony danych – pozostawia

²³ Pkt. 1.1 Uzasadnienia wniosku dot. Aktu o Sztucznej Inteligencji

²⁴ Zob. Załącznik III do AI Act

²⁵ Art. 10 ust. 2 AI Act

on luki dla innych aktów w tym zakresie. Spoglądając na uzasadnienie wniosku w sprawie AI Act'u, ponownie ukazuje się wcześniej wspomniana aksjologia i podkreślona służebna rola sztucznej inteligencji względem praw podstawowych gwarantowanych Kartą Praw Podstawowych²⁶. Takim prawem niewątpliwie jest ochrona danych osobowych (art. 8 Karty) oraz godność człowieka (art. 1 Karty). W takim układzie aksjologicznym za zasadne uznać należy sięgnięcie po inne akty prawne, relewantne w danej dziedzinie, w której system AI znajdzie swoje zastosowanie.

W ocenie autora zatem, zastosowanie do systemów AI dokonujących triażu pacjentów uregulowań zawartych np. w u.o.o.p. lub w regulacjach branżowych jest zasadne z dwóch powodów. Po pierwsze, ze względu na wcześniej przywołaną aksjologię. Skoro sztuczna inteligencja ma pełnić rolę służebną w świecie – to jest pomagać człowiekowi, jednocześnie nie naruszając jego żadnych praw podstawowych, musi ona w swojej pracy respektować prawa nadane człowiekowi. Po drugie, zabieg interpretacji przez analogię jest metodą dopuszczalną przez doktrynę: „...rekonstruowania norm prawnych, które nie zostały w sposób bezpośredni wyrażone w przepisach”²⁷. Stąd też, skoro aksjologicznie pożądanym jest, żeby lekarz czy inna osoba wykonująca zawód medyczny zachowała w tajemnicy wszelkie informacje dotyczące pacjenta, powinien dokonać tego również każdy podmiot, który takiego przetwarzania danych dokonuje. Stąd, w ocenie autora, wszystkie unormowania dotyczące zachowania w tajemnicy informacji o pacjencie odnoszące się do ludzi wykonujących czynności medyczne, powinno w takiej samej mierze odnosić się do systemów sztucznej inteligencji. Pod pojęciem systemu należy rozumieć również nie tylko sam system, ale również wszelkie osoby sprawujące nad nim kontrolę oraz jego dostawcy. Takie stanowisko podziela również piśmiennictwo, wskazując, że: „Z upływem czasu, w związku z powodowaną m.in. rozwojem technologicznym ewolucją sposobów świadczeń zdrowotnych, obowiązek zachowania tajemnicy rozciągnął się [...] w pewnym zakresie

²⁶ Por. pkt. 3.5 Uzasadnienia wniosku w sprawie AI Act

²⁷ M. Wałasik, *Universalność wykładni prawa cywilnego materialnego i procesowego*, PPC 2023, nr 2, *passim*.

na osoby zapewniające obsługę techniczną procesów związanych z leczeniem”²⁸.

W takim zatem układzie, w ocenie autora obowiązek zachowania tajemnicy medycznej obowiązywać winien również w stosunku do systemów AI, które przetwarzają dane medyczne. Wobec powyższego, szczególnie w związku z funkcją uczenia maszynowego wszystkich systemów sztucznej inteligencji zapewnić należy całkowitą szczelność systemów AI działających w ramach służby zdrowia. Skoro dążyć mamy do jak najlepszego sprofilowania systemów AI do wykonywania swoich zadań w ramach triażu pacjentów, ustawodawca czy to krajowy, czy unijny, winien zapewnić, że dostawcy systemów AI, lub inne podmioty znajdujące się w łańcuchu dostaw systemów AI, związane będą ścisłymi obowiązkami zachowania tajemnicy medycznej.

Jedyną jeszcze rzeczą pozostającą do wyjaśnienia jest kwestia zgody pacjenta na udostępnienie danych systemowi AI. O ile nie ma wątpliwości, że pacjent chcący otrzymać pomoc medyczną winien ujawnić lekarzowi wszelkie możliwie przydatne informacje, kwestią podstawową, która w swojej istocie wykracza daleko poza ramy samego prawa pacjenta do dysponowania swoimi danymi, jest pytanie, czy pacjent ma prawo odmowy podania informacji systemowi sztucznej inteligencji i zamiast tego żądać dokonania wstępnego wywiadu przez człowieka.

Zarówno prawo wspólnotowe (tutaj przede wszystkim RODO²⁹) jak również prawo krajowe kładzie duży nacisk na prawo do ochrony danych osobowych (art. 1 ust. 2 RODO, art. 8 Karty Praw Podstawowych). Nie ma jednak nigdzie wprost sformułowanego prawa do *zarządzania* swoimi danymi. Nie ma jednak wątpliwości, że wywieść je można z ogólnych zasad aksjologicznych – na istotę prawa do ochrony danych zdaje się wskazywać motyw 7 Preambuly RODO, który stanowi, że osoby fizyczne po-

²⁸ K. Łakomicz, 4. Podmioty przetwarzające dane dotyczące zdrowia [w:] Konstytucyjna ochrona prywatności. Dane dotyczące zdrowia, Warszawa 2020, str. 195 i n.

²⁹ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) – Tekst mający znaczenie dla EOG, OJ L 119

winni mieć kontrolę nad własnymi danymi osobowymi. Co więcej, dane osobowe postrzegane są jako dobra osobiste: „W tej grupie dóbr osobistych mieści się także nienaruszalność i rzetelność danych osobowych każdego człowieka”³⁰. Co znamienne, w doktrynie wskazuje się również, że prawo do dysponowania danymi osobami jest szczególną formą prawa do prywatności³¹. Stąd też, dojść można do konkluzji, że pacjent winien mieć prawo do odmowy podania swoich danych osobowych systemowi AI dokonującego triażu i zażądania dokonania wstępnej oceny przez członka personelu medycznego. Takie założenie jednak, w ocenie autora, będzie aktualne jedynie tak długo, jak w placówkach medycznych pozostawiony będzie pacjentowi wybór skonsultowania się z lekarzem lub systemem AI, lub, będąc bardziej precyzyjnym, tak długo, jak będzie istniała możliwość dokonania wstępnej oceny (triażu właśnie) przez człowieka. Jeśli placówki medyczne zdecydują się zrezygnować z konwencjonalnego triażu pacjentów, nie wydaje się, że prawo do odmowy podania informacji systemowi AI będzie pacjentom przysługiwało. Nie oznacza to, że dane pacjenta nie będą wówczas chronione – cały czas bowiem obowiązywać będzie między innymi obowiązek zachowania w poufności informacji o pacjencie oraz ogólne założenia ochrony danych osobowych. Sama jednak odmowa podania informacji systemowi AI rozpatrywana będzie, zapewne jako wyrażenie (lub odmowa) zgody na świadczenie medyczne, przy przyjęciu założenia, że nie będzie już możliwości przeprowadzenia triażu przez człowieka (tutaj powodem mogą być chociażby braki kadrowe). Wobec tego, nasuwa się pytanie, które z racji innego zakresu problematyki niniejszej pracy, zostanie jedynie zasygnalizowane, czy z aksjologii systemu prawa polskiego, jak również europejskiego, które, w licznym swoim dorobku, stawia na ochronę szerokiego katalogu praw, uważanych za prawa człowieka, wywieść można *sui generis* prawo do bycia obsługowanym przez człowieka, ew. prawo do odmowy przetwarzania danych przez systemy AI.

³⁰ S. Dmowski, R. Trzaskowski [w:] Kodeks cywilny. Komentarz. Księga pierwsza. Część Ogólna, red. J. Gudowski, Warszawa 2014, art. 23. LEX, [dostęp: 16.05.2025 r.]

³¹ P. Księżak [w:] Kodeks cywilny. Komentarz. Część ogólna, wyd. II, red. M. Pyziak-Szafnicka, Warszawa 2014, art. 23. LEX [dostęp: 16.05.2025 r.]

3. Zakaz dyskryminacji w kontekście prawa dostępu do świadczeń medycznych a systemy sztucznej inteligencji

3.1. Zasada równości w dostępie do świadczeń medycznych

Zakaz dyskryminacji, a szerzej równość wszystkich obywateli wobec prawa jest wartością podstawową, która zdaje się przenikać każdą sferę polskiego prawodawstwa. Od Traktatu o Funkcjonowaniu Unii Europejskiej, który w art. 8 stwierdza, że „...Unia zmierza do zniesienia nierówności...”, poprzez uwarunkowania Konstytucyjne, w szczególności art. 32 Konstytucji RP, który formułuje nie tylko zasadę równości wobec prawa, ale również zakaz dyskryminacji, na wcześniej już przytaczanej Ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta kończąc, która stwierdza, że „Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej” (art. 6 ust. 1 u.o.p.p.). Pacjentem jest każdy, kto zwraca się o udzielenie świadczeń zdrowotnych (art. 3 ust. 1 pkt. 4 u.o.p.p.). Marginalnie jedynie, gdyż nie jest to przedmiotem rozważań niniejszej pracy, wskazać należy, że tak postawione prawo do świadczeń zdrowotnych nie jest bynajmniej prawem absolutnym i nie może być interpretowane jako, „skoro żądam pomocy, to muszę ją otrzymać”. Raczej, zarówno doktryna jak i praktyka pokazują, że aby otrzymać świadczenie zdrowotne, należy spełnić dodatkowe warunki, np. być ubezpieczonym czy być w sytuacji zagrożenia życia bądź zdrowia³². Na potrzeby niniejszej pracy jednak, przyjąć należy, że rozpatrywane będą jedynie przypadki osób mających wszelkie podstawy do zgłaszania roszczeń o świadczenie na ich rzecz świadczeń zdrowotnych – tj. osoby ubezpieczone, gdzie ich schorzenia i potrzeby leczenia nie budzą wątpliwości.

Jak pokazuje praktyka, niezależnie od miejsca na świecie, żadne państwo nie jest w stanie zapewnić idealnej opieki medycznej – a przynajmniej w zakresie, w jakim obywatele mieliby otrzymywać adekwatną pomoc od

³² P. Konieczniak, 4.2. *Bezpieczeństwo Pacjenta. Należyta Jakość Świadczeń* [w:] *System Prawa Medycznego. Tom II. Część 1. Regulacja prawna czynności medycznych*, red. M. Boratyńska, P. Konieczniak, E. Zielińska, Warszawa 2019, str. 343.

razu po zgłoszeniu. Za małą ilość lekarzy, ograniczone możliwości placówek medycznych czy braki w finansowaniu sprawiają, że elementem nieodzownym, albowiem niezbędnym, każdego systemu opieki zdrowotnej jest przyjęcie jednej z kilku form racjonowania dostępu do leczenia. W piśmiennictwie wymienia się 4 główne formy jawnego, a taki model został przyjęty przez polskiego ustawodawcę w art. 6 ust. 2 u.o.p.p., racjonowania dostępu do leczenia: bariery finansowe, kolejkę, kryteria merytoryczne lub mechanizm losowy³³. Niezależnie od systemu, który przyjmie się jako podstawę racjonowania, zwrócić uwagę należy, że z samego swojego założenia nie może on być systemem wspierającym równość: „Ze względu na przenikającą polski system prawny zasadę równości, przy decydowaniu o dostępie do świadczeń zdrowotnych należałoby traktować jednakowo pacjentów będących w jednakowej sytuacji”³⁴. Nie jest bowiem możliwym traktowanie jednakowo pacjentów w takiej samej sytuacji: wyobraźmy sobie, że mamy dwie pacjentki – w takim samym wieku, obie matki dwójki dzieci, płacące składki, z dokładnie takim samym schorzeniem, w takim samym stadium, które zgłosiły się do placówki medycznej w tym samym czasie – która z nich powinna otrzymać świadczenie zdrowotne jako pierwsza? Zakładając, że jest jeden lekarz na ich dwie (co i tak jest założeniem optymistycznym, gdyż w Polsce na tysiąc mieszkańców przypada około 3,5 lekarzy³⁵). Logicznym wnioskiem jest, że należy przyjąć jakieś kryterium, które mogłoby różnicować dostęp do świadczeń medycznych – należy dokonywać pewnej wstępnej segregacji zgłoszeń (triażu), ażeby jakkolwiek można było wykonać świadczenie medyczne.

Jeśli kryteria pozostają jawne, są obiektywne i oparte są na kryteriach medycznych (jak wynika z art. 6 ust. 2 u.o.p.p.) winny być akceptowane społecznie jako konieczność w sytuacji niewydolności systemu opieki zdrowotnej. System reglamentacji świadczeń zdrowotnych nie powinien,

³³ Ibidem, str. 343 i n.

³⁴ Ibidem

³⁵ Zasoby kadrowe w wybranych zawodach medycznych na podstawie źródeł administracyjnych w 2022 r. – raport GUS <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zasoby-kadrowe-w-wybranych-zawodach-medycznych-na-podstawie-zrodel-administracyjnych-w-2022-r-,28,2.html> [dostęp: 01.05.2025 r.]

zgodnie z wyżej powołanym przepisem, w żadnej mierze opierać się na kryteriach arbitralnych i niejasnych – nie powinien on dyskryminować ze względu na jakąś, konkretną cechę. Zatem nawet jeśli przyjąć, że system racjonowania dostępu do służby zdrowia nie opiera się na kryterium równości, winien on być oparty na zasadzie niedyskryminacji, a co za tym idzie na obiektywizmie i przejrzystości.

3.2. Działanie systemów sztucznej inteligencji przez pryzmat tendencji dyskryminacyjnych

Odpowiadając na być może filozoficzne pytanie, czy maszyna może być uprzedzona, naturalną odpowiedzią byłoby stwierdzenie, że nie, nie może być uprzedzona, bo nie posiada emocji, nie ma takiej percepcji świata jak ludzie, więc nie jest narażona na czynniki, które mogą budzić negatywne emocje. Brak emocji przekłada się również na czysto logiczne myślenie – a nie ma logicznego powodu do bycia uprzedzonym czy do dyskryminowania kogoś ze względu na daną cechę. A jednak nauka odkryła już zjawisko, które nazywa się uprzedzeniem AI (*AI bias*). Jednak nie jest to zjawisko tak nieracjonalne, jak mogłoby się wydawać. Systemy sztucznej inteligencji trenowane i programowane są przez ludzi – ludzi, którzy w odróżnieniu od maszyn mają swoje spojrzenie na świat, na ludzi etc. Jednak zakładając dobrą wolę twórców sztucznej inteligencji, wskazać można, że dyskryminacja pewnych grup społecznych wywodzi się najczęściej z braku wiedzy na temat tej grupy. Podobnie dzieje się z systemem sztucznej inteligencji – brak danych lub ich wybrakowanie, wpływa na tendencyjność w funkcjonowaniu AI³⁶.

Problem uprzedzenia AI uwidocznia się nie tylko w czasie wprowadzania systemu sztucznej inteligencji do obiegu, kiedy to dane wprowadzane do systemu są niekompletne czy wybrakowane (oczywiście autor jest świadomy możliwości celowego umieszczenia niepełnych, a więc krzywdzących danych, jednak takie zagadnienie nie jest przedmiotem niniejszej pracy). Ryzyko wystąpienia *AI bias* występuje również w sytuacji, kiedy to

³⁶ R. Rejmianiak, *Bias in Artificial Intelligence Systems*, Białostockie Zeszyty Prawnicze, 2021, vol 6 nr. 3, s. 27

system sztucznej inteligencji uczy się (tzw. *Machine learning*, o którym była mowa powyżej) i sam zbiera nowe dane w celu większej optymalizacji swojego działania. System AI, może kreować uproszczoną wersję rzeczywistości, przywiązując zbyt wielką wagę do jednych cech, a zupełnie pomijając inne, co doprowadzi do zakrzywionego obrazu rzeczywistości, a w konsekwencji również do błędnych – dyskryminujących – wyników³⁷. System AI może również wytworzyć swoiste uprzedzenie poprzez niewystarczającą ilość danych dot. konkretnej grupy osób. Poprzez uczenie maszynowe system sztucznej inteligencji wytwarza swoistego rodzaju ciąg myślowy – na podstawie wielkiej ilości przeanalizowanych danych przewiduje on najbardziej prawdopodobny wynik. Wobec powyższego, jeśli system nie posiada wystarczająco informacji o niektórych grupach osób, albowiem np. jest ich w społeczeństwie zdecydowanie mniej lub mają oni utrudniony dostęp do systemu opieki zdrowotnej, system nie będzie w stanie wytworzyć tak dokładnego wyniku. Wobec czego, może preferować takie rozwiązania, które „już dobrze zna”, albo będzie premiować informacje podobne do tych, na których był trenowany, albo będzie wytwarzał tendencyjne wyniki.

3.3. Racjonowanie dostępu do służby zdrowia poprzez triaż pacjentów dokonywany przez AI

Jak już wcześniej zostało wspomniane, wprowadzenie racjonowania dostępu do służby zdrowia wynika z pragmatyzmu i uwarunkowań faktycznych w systemach służby zdrowia. Jak wynika z tendencji rozwojowych, coraz większą rolę we wstępnej analizie stanu zdrowia pacjentów odgrywa sztuczna inteligencja – na podstawie wywiadu z pacjentem jest w stanie określić, jak pilna jest potrzeba udzielenia świadczenia zdrowotnego – więc działa ona na podstawie kryteriów merytorycznych – symptomów, przebiegu choroby, wcześniejszego leczenia etc. Jednak, zdaje się, integralną częścią każdej oceny stanu zdrowia pacjenta, pozostaje kwestia osadzenia ww. kwestii medycznych w realiach faktycznych – płci, wieku,

³⁷ Ibidem, s. 32 i n.

wykonywanej pracy etc., albowiem dopiero tak przeprowadzony wywiad daje pełen obraz stanu zdrowia i powagi sytuacji.

Jak już zostało wcześniej opisane, uprzedzenie systemów sztucznej inteligencji w dużej mierze wynika z braku wystarczających danych, na których system mógłby się uczyć. Logicznym zatem jest wniosek, że systemy sztucznej inteligencji będą bardziej skłonne dyskryminować mniejszości – narodowe, rasowe, seksualne, etniczne etc. – ponieważ nie ma w społeczeństwie wystarczających ilości informacji dotyczących tych grup osób – przynajmniej w zestawieniu z „resztą” społeczeństwa. System AI, który miałby za zadanie dokonywać triażu pacjentów, nie operowałby jedynie na danych związanych z jednostką chorobową, tak jak lekarz przeprowadzający wywiad z pacjentem, nie ogranicza się jedynie do informacji związanych z chorobą, a pod uwagę bierze również wiek, styl życia, wykonywaną pracę, rodzaj aktywności seksualnych etc. Nie można zatem wykluczyć sytuacji, w której system preferować będzie osoby z danej grupy społecznej, np. z uwagi na fakt, że częściej korzystają z usług systemu opieki zdrowotnej, ze względu na lepszą sytuację finansową. Przypisywanie pewnej wagi do poszczególnych kryteriów może okazać się tym bardziej wymagające, że istnieje potrzeba pewnej reglamentacji dostępu do służby zdrowia. Wobec czego, system może być uczony, żeby premiiować osoby, które regularnie płacą składki. Paradoksalnie jednak, nie stwarza to, przynajmniej długofalowo istotnego problemu – jeśli system będzie dawał oznaki działania dyskryminacyjnego w ww. zakresie, wystarczy odpowiednie przekalibrowanie systemu przez np. zwiększenie próby badawczej poprzez dodanie reprezentatywnych danych w zakresie mniejszości społecznych.

Zdecydowanie trudniejsze zadanie czeka w zakresie danych zdrowotnych. Biorąc pod uwagę np. wagę pacjenta, badania wykazały, że sami już lekarze i studenci medycyny mają tendencję do dyskryminowania pacjentów ze względu na wagę, poprzez pozycjonowanie ich niżej w hierarchii osób potrzebujących pomocy, a to ze względu na dominujący w społeczeństwie pogląd, który głosi, że nadwaga jest wynikiem zaniedbania i lenistwa³⁸. A przecież wiele jest przypadków, w których otyłość jest wy-

³⁸ Phelan SM, Dovidio JF, Puhl RM, et al. Implicit and explicit weight bias in a national sample of 4,732 medical students: the medical student CHANGES study. *Obesity* (Silver Spring) 2014; 22:1201-8

nikiem stanu zdrowia czy choroby, a nie zaniedbań. Skoro więc ludzie nie są w stanie rozróżnić, przynajmniej w pierwszym stadium, czego wynikiem jest taka, a nie inna waga, to prawie niemożliwe jest oczekiwanie tego od systemów AI.

Co więcej, jak zostało wyżej wspomniane, polski system wprowadza system racjonowania dostępu do świadczeń medycznych, który jednak musi być obiektywny i przejrzysty (por. art. 6 ust. 2 u.o.p.p.). Stoi to jednak w jawnej sprzeczności z zasadami działania systemów sztucznej inteligencji – np. opisanym już wyżej *black box effect* – skoro nie wiemy, jak dokładnie system doszedł do pewnego wyniku, nie może mówić o jego przejrzystości, a więc trudno jest być pewnym jego obiektywizmu.

Z powyższego płyną dwa wnioski: po pierwsze, należy zadbać o jak najściślejszy nadzór człowieka nad systemami sztucznej inteligencji (czego z resztą wymaga obecnie AI Act). Kontrola sprawowana przez czynnik ludzki pozwoli znacznie zredukować ryzyko pomyłki, czy bardziej ryzyko wyników, które będą stały w jawnej sprzeczności z podstawowymi zasadami społecznymi. Po drugie, i co może bardziej kontrowersyjne, należy zrewidować pogląd, który na kanwie rozpowszechniania się sztucznej inteligencji jest prezentowany wyjątkowo często, a opiera się na założeniu „wszystko co złe, to maszyny”. Fundamentalnym pytaniem, jakie winniśmy sobie zadać jest, czy człowiek jest *naprawdę* obiektywny? We wcześniejszym już przywołanym przykładzie z dwoma pacjentkami, osoba świadcząca usługę medyczną będzie musiała wybrać, którą z kobiet pierwszą przyjąć – na jakiej podstawie dokona wyboru? Jakie kryterium przyjmie? Czy będzie w stanie naprawdę dokładnie ocenić, która z nich lepiej spełnia przyjęte przez nią kryterium? Efekt czarnej skrzynki nie odnosi się tylko do sztucznej inteligencji, ale również do człowieka – nauka do dzisiaj nie wie, jak przebiega proces decyzyjny w ludzkim mózgu. Stąd też, pełna równość i transparentność są iluzją. Nie oznacza to, bynajmniej, że nie powinniśmy do niej dążyć i że nie powinno się dokładać wszelkich starań, ażeby systemy AI bazowały jedynie na obiektywnych kryteriach. Jednak, w ocenie autora, należy przyjąć pewien margines błędu – w końcu

AI to sztuczna, ale inteligencja, budowana na wzór człowieka – jeśli ma w 100% naśladować ludzkie zachowania, to nigdy nie będziemy w stanie przewidzieć wyników jej pracy – stąd pytanie, czy takie założenie, uczenie AI jak najbardziej podobną człowiekowi, jest kierunkiem właściwym.

4. Wnioski

Systemy AI mogą bez wątplenia być odpowiedzią na palące problemy w systemie opieki zdrowotnej – odciąża lekarzy w początkowej fazie świadczeń usług medycznych poprzez dokonywanie segregacji medycznej. Systemy AI, wyposażone w możliwości samodzielnego uczenia, zdają się stworzone do tego zadania – będą wytrenowane na istniejącej już, odpowiednio dobranej i nadzorowanej bazie danych. Co więcej, zbieranie kolejnych informacji, w miarę swojego „uczenia”, pozwoli im na większą optymalizację ich pracy. Niemniej, sztuczna inteligencja niesie też za sobą pewne zagrożenia – począwszy od prywatności pacjenta i wykorzystania jego danych poza, *de facto* koniecznym zakresem świadczenia usług medycznych może budzić pewne prawne, ale również moralne, wątpliwości. W takiej sytuacji, jak już zostało to wyartykułowane, należy dążyć do objęcia całego łańcucha dostaw systemów AI obowiązkiem dochowania tajemnicy medycznej. Systemy sztucznej inteligencji winny mieć umożliwione uczenie się na danych przez nie analizowanych, niemniej, powinno zapewnić się szczelność takich systemów zarówno na poziomie ustawowym, jak i na poziomie cywilnoprawnym poprzez odpowiednio skonstruowane umowy o ochronie danych przez dostawców systemów AI.

Nie inaczej jest z tendencją AI do bycia dyskryminacyjną – tutaj również należy zadbać o takie mechanizmy, które, jeśli nie wykluczą, to zminimalizują ryzyko takiego zjawiska. Wprowadzany przez Unię Europejską Akt o sztucznej inteligencji jest krokiem w dobrą stronę – wymaga ludzkiego nadzoru nad systemami wysokiego ryzyka, którymi bez wątplenia są systemy zaangażowane w systemie opieki zdrowotnej. Niemniej, kluczowe jest, ażeby zapewnić systemom AI odpowiednie, zarówno w ilości, jak i w jakości – tj. odpowiednio różnorodne, informacje, tak, żeby zminimalizować ryzyko wystąpienia tzw. *AI bias*. Ponadto, pytaniem da-

lece wykraczającym poza ramy niniejszego opracowania, wymagającego filozoficznej wręcz rozprawy, jest przesądzenie, czy wobec niemożności osiągnięcia całkowitego obiektywizmu przez człowieka, winniśmy oczekiwać takiego stanu rzeczy od systemu, który ma człowieka naśladować.

Jak każdy wynalazek, sztuczna inteligencja niesie za sobą wiele możliwości i może pozytywnie zmienić świat – ważne jest, tylko żeby człowiek był na to przygotowany – implementował takie rozwiązania prawne, które spowodują, że AI będzie służyć człowiekowi na jego zasadach – wtedy wszystkie filmy *science fiction* wróżące upadek gatunkowi ludzkiemu, pozostaną nadal w dziedzinie bardziej *fiction*, niż *science*.

Bibliografia:

- Chłopecki A., *Sztuczna inteligencja – szkice prawnicze i futurologiczne*, Warszawa 2021, SIP Legalis.
- Dmowski S., Trzaskowski R. [w:] *Kodeks cywilny. Komentarz. Księga pierwsza. Część Ogólna*, red. J. Gudowski, Warszawa 2014, art. 23.
- Florczak-Wątor M. [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, wyd. II, red. P. Tuleja, Warszawa 2023, art. 47.
- Kaźmierczak P. (red.), *Biała Księga AI w praktyce klinicznej*, Wersja 1.0, 2022, str. 50 i n.
- Karkowska D. [w:] *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, red. E. Bielak-Jomaa, G. Błażewicz, R. Bryzek, B. Chmielowiec, M. Ćwikiel, P. Grzesiewski, B. Kmieciak, A. Nowak, Warszawa 2021, art. 13.
- Konieczniak P., 4.2. *Bezpieczeństwo Pacjenta. Należyta Jakość Świadczeń* [w:] *System Prawa Medycznego. Tom II. Część 1. Regulacja prawna czynności medycznych*, red. M. Boratyńska, P. Konieczniak, E. Zielińska, Warszawa 2019.
- Księżak P. [w:] *Kodeks cywilny. Komentarz. Część ogólna*, wyd. II, red. M. Pyziak-Szafnicka, Warszawa 2014, art. 23.
- Kubiak, R., 3. Podmiotowy zakres tajemnicy medycznej [w:] *System Prawa Medycznego. Tom II. Część 1. Regulacja prawna czynności medycznych*, red. M. Boratyńska, P. Konieczniak, E. Zielińska, Warszawa 2019.

- Kubiak R., 6. *Dyspensy Od Zachowania Tajemnicy Medycznej* [w:] *System Prawa Medycznego. Tom II. Część 1. Regulacja prawna czynności medycznych*, red. M. Boratyńska, P. Konieczniak, E. Zielińska, Warszawa 2019.
- Łakomic D., 4. *Podmioty przetwarzające dane dotyczące zdrowia* [w:] *Konstytucyjna ochrona prywatności. Dane dotyczące zdrowia*, Warszawa 2020.
- Phelan S.M., Dovidio J.F., Puhl R.M., et al., *Implicit and explicit weight bias in a national sample of 4,732 medical students: the medical student CHANGES study*, *Obesity (Silver Spring)* 2014;22:1201-8.
- Rejmaniak R., *Bias in Artificial Intelligence Systems*, *Białostockie Zeszyty Prawnicze*, 2021, vol. 6 nr. 3, str. 27.
- Safjan M., *Prawo do ochrony życia prywatnego* [w:] *Helsińska Fundacja Praw Człowieka, Szkoła praw człowieka. Teksty wykładów*, Warszawa 1996, s. 222.
- Skowron K., *Funkcjonowanie systemu TRUDGE na przykładzie Szpitala Miejskiego w Rudzie Śląskiej – badania wstępne*, *Studia i prace Kolegium Zarządzania i Finansów*, Zeszyt naukowy 168/2018.
- Walasik M., *Universalność wykładni prawa cywilnego materialnego i procesowego*, *PPC* 2023, nr 2, s. 301-329. AI Act COM/2021/206 final.
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.) – dalej jako: „Konstytucja”.
- Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) – Tekst mający znaczenie dla EOG, OJ L 119
- Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1610 z późn. zm.) – dalej jako: „k.c.”.
- Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 91) – dalej jako: „u.p.r.m.”.
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1545 z późn. zm.) – dalej jako: „u.o.p.p.”.

<https://nocamels.com/2023/08/tel-aviv-hospital-first-ever-to-use-ai-including-chatgpt->

<https://www.europarl.europa.eu/news/en/press-room/20240308IPR19015/artificial-intelligence-act-meps-adopt-landmark-law>

<https://www.rp.pl/sluzba-zdrowia/art38142101-ministerstwo-zapowiada-reforme-sztuczna-inteligencja-ma-pomoc-lekarzom-stawiac-diagnozy>

Wasilewska, E. (red.), *Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Komentarz*, Warszawa 2024, teza 19.

Wąsik, D., *Problematyka tajemnicy zawodowej w sprawach o błędy medyczne [w:] Metodyka prowadzenia postępowania przygotowawczego w sprawach o błędy medyczne*, Warszawa 2021.

Wyrok WSA w Gliwicach z 20.04.2020 r., III SAB/GI 45/20, LEX nr 3021205.

Zasoby kadrowe w wybranych zawodach medycznych na podstawie źródeł administracyjnych w 2022 r. – raport GUS.

S u m m a r y

Triage of patients performed by artificial intelligence and protection of chosen basic rights

In this paper, the author focuses on the use of artificial intelligence in healthcare. The paper deals with the issue of artificial intelligence and the way it works to the extent that it would perform medical segregation of patients. By identifying threats, the author highlights the legal problems of AI and compares them with the current regulations in the field of protection of patients' rights, as well as the regulations on artificial intelligence that are just coming into force.

Key words: Patient's rights, artificial intelligence, discrimination, protection of patient's data

R. PR. DR HAB. KINGA BĄCZYK-ROZWADOWSKA, PROF. UCZ.
UNIWERSYTET MIKOŁAJA KOPERNIKA W TORUNIU
ORCID: 0000-0001-6545-2671

DR MICHAŁ MARSZELEWSKI
UNIWERSYTET MIKOŁAJA KOPERNIKA W TORUNIU
ORCID: 0000-0002-2479-9051

Wcześnieactwo a komplikacje poporodowe wynikłe z zaniechań personelu szpitala – analiza wyroku Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 4 VI 2020 r. (I ACa 395/19)¹

DOI: 10.70537/ppm/210270

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

Przedmiotem rozważań jest sprawa rozstrzygnięta przez Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 4 VI 2020 r. (I ACA 395/19), dotycząca szkody i krzywdy wyrządzonej noworodkowi w następstwie zaniedbania opieki poporodowej oraz krzywdy wyrządzonej jego rodzicom w związku z naruszeniem ich dóbr osobistych i prawa pacjenta do informacji o stanie zdrowia dziecka. Autorzy analizują w szczególności kwestię błędu lekarskiego (diagnostycznego i terapeutycznego), którego skutkiem był poważny uszczerbek neurologiczny u dziecka. Odrębne rozważania dotyczą koncepcji utraty szansy dziecka na uniknięcie szkody, która – pomimo iż Sąd Apelacyjny do niej wprost nie nawiązał – mogłaby w podobnych przypadkach znaleźć zastosowanie.

Słowa kluczowe: błąd lekarski, odszkodowanie, zadośćuczynienie, utrata szansy, dobra osobiste, prawa pacjenta

¹ <https://orzeczenia.waw.sa.gov.pl/content>, [dostęp: 23.04.2025 r.]

Wprowadzenie

Parafrazując słynne słowa Alfreda Hitchcocka, można stwierdzić, że prezentowany przypadek zaczyna się od trzęsienia ziemi, ale potem „napiecie spada”, bo pacjentka – wbrew diagnozie lekarza – (na szczęście!) przeżyła. Wzrasta natomiast ciekawość odnośnie do rozstrzygnięcia sprawy przez sąd, w tym zwłaszcza w zakresie prawnej oceny niemożliwych do wyeliminowania wątpliwości. Wynikają one z faktu, iż stan zdrowia 9-letniej w chwili wyrokowania powódki (N.K.) jest konsekwencją współdziałania dwóch czynników – wcześniactwa oraz komplikacji poporodowych będących wynikiem rażących zaniedbań personelu szpitala. O ile wcześniactwo ma w analizowanej sprawie podłoże naturalne i nie sposób przypisywać komukolwiek winy z tego tytułu, o tyle błędne stwierdzenie niezdolności dziecka do życia i w konsekwencji niepodjęcie odpowiedniego leczenia, wymaga rozstrzygnięcia o odpowiedzialności i obowiązku naprawienia szkody. Powodami w sprawie są również rodzice małoletniej (D.K. i R.K.), którzy w następstwie uzyskania informacji o niezdolności ich dziecka do życia doświadczyli wielu negatywnych i bardzo bolesnych emocji.

Stan faktyczny sprawy stanowi jednocześnie odpowiednie tło do szerszego omówienia ważnego i doniosłego praktycznie problemu błędu lekarskiego (diagnostycznego i terapeutycznego) oraz koncepcji utraty szansy na wyleczenie. Zasygnalizowane zostaną też wchodzące w grę prawne podstawy dochodzenia zadośćuczynienia za doznaną krzywdę. Rozważania dopełniają rozstrzygnięcia dokonane w procesie karnym, w którym oskarżonym był lekarz pełniący dyżur na Oddziale Neonatologicznym pozwanego Zakładu Opieki Zdrowotnej Sp. z o.o. w P. (dalej: ZOZ)².

Analiza dotyczy wyroku Sądu Apelacyjnego, jednakże ze względu na oddalenie zarówno apelacji powodów, jak i pozwanych, stan faktyczny (z niewielkim wyjątkiem) oraz kwalifikacja prawna zostały ustalone przez Sąd Okręgowy w Warszawie³.

² Wyrok Sądu Rejonowego w Płocku z dnia 4 VI 2012 r. (II K 992/10), niepublikowany.

³ Wyrok z dnia 28 XII 2018 r. (I C 784/13), niepublikowany.

2. Okoliczności sprawy

2.1. Stanowiska stron postępowania

Pozew cywilny został wniesiony *in solidum* przeciwko ZOZ oraz ubezpieczycielowi⁴. Na rzecz małoletniej⁵ powódki domagano się zasądzenia kwoty 500 000 zł tytułem zadośćuczynienia za krzywdę doznaną w następstwie rozstroju zdrowia (250 000 zł) oraz za naruszenie praw pacjenta (250 000 zł). Krzywda miała stanowić następstwo zaniechania przez personel szpitala wdrożenia, pomimo istnienia takiej możliwości, odpowiedniego leczenia ze względu na bardzo zły stan zdrowia powódki wynikający z wcześniactwa. W pozwie zażądano także zasądzenia na rzecz małoletniej odszkodowania z tytułu wydatków poniesionych w związku z wywołaniem rozstroju zdrowia (27 049 zł) oraz miesięcznej renty (wysokości 672 zł) z tytułu zwiększonych potrzeb powódki. Powódka domagała się wreszcie ustalenia odpowiedzialności pozwanych na przyszłość – za szkody wyrządzone wskutek nieprawidłowego udzielenia lub nieudzielenia świadczeń zdrowotnych, które – nieznane w momencie wniesienia powództwa – mogłyby się ujawnić w przyszłości. Natomiast matka małoletniej (powódka D.K.) wniosła o zasądzenie zadośćuczynienia za krzywdę w wysokości 150 000 zł tytułu naruszenia dóbr osobistych (50 000 zł), naruszenia praw pacjenta (50 000 zł) oraz naruszenia integralności psychicznej i rozstrój zdrowia psychicznego (50 000 zł). Ojciec małoletniej (powód R.K.) domagał się z kolei 100 000 zł zadośćuczynienia za naruszenie dóbr osobistych (50 000 zł) i naruszenie prawa pacjenta (50 000 zł).

⁴ Podstawą takiej odpowiedzialności jest fakt, zgodnie z którym za szkodę oprócz sprawcy, odpowiedzialność ponosi także inny podmiot – tu: ubezpieczyciel. Odpowiedzialność kontraktowa ubezpieczyciela ma charakter akcesoryjny i występuje jedynie wtedy i tylko w takim zakresie, w jakim odpowiedzialność deliktową za szkodę ponosi ubezpieczony – tu: szpital. Na mocy *actio directa* powodowie (jako poszkodowani) mogą dochodzić roszczenia bezpośrednio od ubezpieczyciela (zob. art. 822 § 4 Kodeksu cywilnego – ustawa z dnia 23 IV 1964 r., t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 1061 ze zm., dalej cyt.: k.c.). Wypłata odszkodowania przez ubezpieczyciela zwalnia z tego obowiązku ubezpieczonego – ZOZ.

⁵ Osoba fizyczna, która nie ma zdolności procesowej, może podejmować czynności procesowe tylko przez swojego przedstawiciela ustawowego (art. 66 ustawy z dnia 17 XI 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego, t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 1568 ze zm., dalej cyt.: k.p.c.).

Pozwani ZOZ i ubezpieczyciel wnieśli o oddalenie powództwa w całości.

W postępowaniu karnym akt oskarżenia skierowany został przeciwko lekarzowi pediatrze (A.G.), który pełnił dyżur na Oddziale Neonatologicznym i badał powódkę na sali porodowej. Lekarz przyznał powódce tylko jeden punkt w skali Apgar (za zachowaną akcją serca) i uznawszy, że jest niezdolna do życia, odstąpił od działań ratujących życie. Po przeniesieniu na Oddział Neonatologiczny, zalecił jedynie podawanie noworodkowi niskiej dawki tlenu. Zachowanie to – zdaniem oskarżyciela – naraziło powódkę na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

2.2. Stan faktyczny ustalony przez sąd

Sąd cywilny ustalił, że powódka D.K., matka dwójki dzieci, była w trzeciej ciąży, zagrożonej poronieniem od 4. miesiąca. Pozostawała jednak pod stałą opieką lekarską. Do ZOZ zgłosiła się w 26 t.c. z powodu złego samopoczucia i bolesnych skurczy. Lekarz T.M., który przyjął powódkę, ustalił, że od dnia poprzedniego D.K. odpływały wody; odczuwalne były też ruchy dziecka. T.M. usunął ciężarnej silikonowy krążek (pessar) i ze względu na rozpoczęty poród przedwczesny spontaniczny, zdecydował o przewiezieniu kobiety na salę porodową. Wezwano tam również lekarza A.G. pełniącego dyżur na oddziale neonatologicznym.

Małoletnia N.K. urodziła się siłami natury z owiniętą wokół szyi pępowiną. Przyznano jej 1 punkt w skali Apgar (zarówno w pierwszej, jak i w piątej minucie) wyłącznie za czynność serca: 30 uderzeń na minutę (przy 1-2 oddechach na minutę). Stan ogólny małej, ważącej w chwili porodu 860 g, został określony jako bardzo ciężki, a jej żywotność oceniona na „0”. Stwierdzono u niej sinicę centralną, zniesione napięcie mięśniowe oraz brak odruchów: Moro, chwytanego i ssania. W karcie położniczej wpisano, że dziecko urodziło się żywe, z oznakami życia, jednakże niezdolne do życia. Podkreślenia „niewcześnie żywo urodzony” i „nie przeżył 24 godzin” zostały przekreślone.

Wobec małej zastosowano stymulację dotykową. Nie wykonano natomiast masażu serca, intubacji, wentylacji ani odśluzowania górnych

dróg oddechowych. Po zakończeniu porodu małaletnia została przeniesiona na oddział noworodkowy, gdzie od godz. 1:05 do godz. 7:00 leżała w inkubatorze, okryta kocem termoizolacyjnym, z podłączonym do nosa tlenem. Około godz. 8:00 opiekę nad noworodkiem przejęła lekarka B.B., która oceniwszy jego stan jako bardzo ciężki (z uogólnioną sinicą), zaleciła cewnikowanie, podanie roztworu 10% glukozy i soli fizjologicznej oraz podłączenie dziecka do kardiomonitora. Wyniki badań krwi wykazały niski poziom glukozy oraz nieprawidłową gazometrię, co oznaczało niewydolność oddechową. Stan zdrowia dziecka z czasem uległ jednak nieznacznej poprawie, a skóra zaróżowiła się.

Lekarz M.B., który rozpoczął pracę na Oddziale Neonatologicznym około godz. 9:00, po konsultacji z B.B., podjął decyzję o przeniesieniu małaletniej do szpitala o wyższym poziomie referencyjności. Gdy stan wywołany kwasicą oddechową i hipoglikemią został ustabilizowany, małaletnią przetransportowano do Szpitala Wojewódzkiego w P. Po przyjęciu na oddział intensywnej terapii, u noworodka stwierdzono wcześniactwo z hipotermią. Powódka została zaintubowana i podłączona do respiratora, a po ekstubowaniu jej oddech wspierany był respiratorem. Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono nawracające bezdechy, znaczną niedomykalność zastawki trójdzielnej oraz przetrwały przewod tętniczy. Po 18 dniach pobytu w szpitalu w P. powódkę przeniesiono na oddział neonatologiczny, gdzie przebywała kolejne 5 dni. Leczenie było przez ponad miesiąc kontynuowane w Instytucie w W., a następnie – ponownie w Szpitalu Wojewódzkim (17 dni).

Małaletnia została wypisana ze szpitala w stanie ogólnym dobrym z zaleceniem leczenia farmakologicznego, odpowiedniego karmienia, wykonania USG głowy oraz dalszej opieki w POZ i kontroli w poradniach: foniatrycznej, neonatologicznej, retinopatii wcześniaczej, neurologii dziecięcej, preluksacyjnej oraz poradni kardiologicznej. Z powodu licznych chorób, małaletnia spędziła następne miesiące w szpitalach i poradniach specjalistycznych.

Do trzeciego roku życia rozwój małaletniej przebiegał wolniej niż u zdrowego dziecka. Po intensywnej rehabilitacji i z opóźnieniem dziew-

czynka zaczęła mówić i stopniowo osiągać takie zdolności motoryczne, jak siadanie czy chodzenie. W wieku lat 9 jej rozwój poznawczy oceniono na przeciętny dla tego wieku. Prawidłowo przebiegał także rozwój emocjonalny i społeczny małej. Rokowania odnośnie do rozwoju powódki były pomyślne. Dziewczyna lubiła się uczyć i chodzić do szkoły. Poniżej wieku rozwojowego dziecka 9-letniego kształtowały się u powódki analiza i synteza wzrokowa, koordynacja wzrokowo-ruchowa, rozumowanie arytmetyczne, pamięć słuchowa krótkotrwała, a także znajomość niekonwencjonalnych standardów zachowania. Występowały u niej zaburzenia funkcji percepcyjno-motorycznych; konieczna była terapia logopedyczna. Dziewczynka wymagała rehabilitacji neuropsychologicznej oraz stałego monitorowania rozwoju zdolności poznawczych.

W odniesieniu do rodziców powódki – D.K i R.K. Sąd ustalił, że jeszcze na sali porodowej lekarz A.G. przekazał im, że noworodek jest niezdolny do życia. Personel szpitala poinformował ich o procedurze wydawania ciała, o możliwości ochrzczenia i pochówku, a także o prawie do połowy urlopu macierzyńskiego. Po powrocie do domu R.K. powiadomił swoich najbliższych o śmierci małej. Informacje o tym, że mała żyje R.K. i D.K. otrzymali od A.G. dopiero następnego dnia około godz. 8:00.

Małżonkowie od chwili narodzin sprawują intensywną opiekę nad małą. Każdy z nich doświadczył problemów emocjonalnych; pogorszeniu uległa także wzajemna relacja pomiędzy nimi. Nie zaoferowano im żadnej pomocy psychologicznej w związku z konsekwencjami działań podjętych po porodzie przez personel medyczny. Brak wsparcia psychologicznego doprowadził do zachowań dysocjacyjnych, u których podstaw tkwiła wyjątkowo silna trauma. Koncentrując swoje życie wokół córki (opieki nad nią, leczeniu i rehabilitacji), małżonkowie zrezygnowali z życia towarzyskiego oraz kulturalnego. Ten stan rzeczy odczuwał także starszy syn małżonków, którym D.K. nie zajmowała się w okresie pobytów małej w szpitalu.

Stan faktyczny ustalony przez Sąd cywilny pozostaje zbieżny z ustaleniami Sądu karnego. W uzasadnieniu wyroku karnego pojawiły się natomiast dalsze szczegółowe informacje na temat stanu zdrowia D.K.

(tu pokrzywdzonej), okoliczności porodu oraz zachowania oskarżonego A.G. W szczególności D.K. została poinformowana o tym, że przyczyną zagrożenia ciąży był krwiak umiejscowiony przy ujściu jamy macicy. Powodował on, że kobieta od 4. miesiąca ciąży krwawiła, w związku z czym konieczna była trzykrotna hospitalizacja. Podczas ostatniego pobytu w szpitalu u D.K. stwierdzono niewydolność ciśnieniowo-szyjkową i założono krążek silikonowy mający uniemożliwić rozwieranie się szyjki macicy.

W przeddzień porodu kobieta odczuwała silny ból w okolicy macicy, a krwawienie przybrało na sile. Na izbie przyjęć wykonano m.in. badanie tętna płodu (151 uderzeń na minutę) i stwierdzono wolno sączące się, czyste wody płodowe. Kobieta czuła ruchy dziecka. Lekarz T.M. usunął pessar i stwierdził rozwarcie szyjki macicy. Z przeprowadzonego badania USG wynikało, że dziecko żyje, a jego wiek ustalono na 26 tygodni i 2 dni. Z uwagi na rozpoczętą akcję porodową brak było możliwości przetransportowania D.K. do szpitala o wyższym stopniu referencyjności.

Stan ogólny D.K. w chwili przyjęcia na salę porodową określono jako dobry. Kobieta znajdowała się już w II fazie porodu. Tętno płodu wynosiło wówczas 144 uderzenia na minutę. Akcja porodowa była stosunkowo krótka – III faza porodu trwała 5 minut. Po odebraniu porodu położna głośno oznajmiła: „córka żywo urodzona”.

W czasie, gdy D.K. przebywała na sali porodowej, wezwano lekarza A.G. oraz pielęgniarkę neonatologiczną, która przygotowała kącik noworodkowy i włączyła promiennik ciepła. A.G. najpierw osłuchiwał małąletnią i wykonał stymulację dotykową, a następnie zalecił ułożenie dziecka w inkubatorze z tlenem. Rodzice, którzy w odpowiedzi na pytanie położnej, wyrazili wolę zobaczenia dziecka, zastali noworodka leżącego nieruchomo na stole do badań, niepodłączonego do aparatury wspomagającej. Dziecko nie wydawało żadnych odgłosów, a jego skóra była ciemna, niemal brązowa.

Po przeniesieniu noworodka na oddział neonatologiczny, A.G. nie wykonał dodatkowych badań ani nie zlecił reanimacji. Jego aktywność sprowadzała się do ponownego zbadania dziecka stetoskopem i obserwacji.

Przewidywany plan opieki A.G. nad małoletnią polegał na zapewnieniu jej inkubatora i tlenu. W trakcie pobytu małoletniej na oddziale była ona również pod opieką pielęgniarki, która jedynie obserwowała dziecko i dotykiem stwierdzała ciepłość ciała. Do godziny 7:00 wobec małoletniej nie podjęto żadnych innych czynności. O 7:00 nastąpiła zmiana personelu pielęgniarskiego, a pełnomocnika zarządu Oddziału Neonatologicznego poinformowano o fakcie przebywania wcześniaka na oddziale. O godz. 7:47 A.G. zlecił wykonanie morfologii i jonogramu, gazometrii, oznaczenia poziomu cukru oraz podanie roztworu 10% glukozy. Przed opuszczeniem szpitala, A.G. poinformował jeszcze rodziców, że ich córka żyje i przebywa w inkubatorze na oddziale noworodkowym. Wyrażał zdziwienie płaczem małżonków oraz faktem, iż przekazano im informację o śmieci małoletniej tuż po porodzie. O 8:00 opiekę nad małoletnią przejęła lekarka B.B., która m.in. podłączyła dziecko do aparatury monitorującej. Dziecko zostało wypisane ze szpitala o godz. 11:35 w związku z przewiezieniem, za zgodą matki, B.B. do szpitala o wyższym stopniu referencyjności. Decyzja o zmianie szpitala została podjęta w porozumieniu z konsultantem wojewódzkim z zakresu neonatologii. Po opuszczeniu przez dziecko szpitala R.K., odwiedzając pozostającą w nim żonę, zauważył, że dokumentacja medyczna kobiety jest w niektórych miejscach pokryta korektorem. Wzbudziło to podejrzenia mężczyzny, który postanowił powiadomić organ ścigania o zdarzeniach w szpitalu.

Powołany w procesie karnym biegły (E.G.) stwierdził, że decyzja podjęta po porodzie przez A.G. była nieprawidłowa, a stan zdrowia małoletniej nakazywał pilne podjęcie czynności reanimacyjnych. Noworodek bez wad letalnych, urodzony w 26. tygodniu ciąży, z niską punktacją w skali Apgar powinien bowiem zostać poddany reanimacji jeszcze na sali porodowej. Biegły zaznaczył, że lekarz ma prawo odstąpić od czynności resuscytacyjnych jedynie u noworodka urodzonego przed 22. t.c., urodzonego na granicy zdolności przeżycia (do 24. t.c.), z cechami zamartwicy ciężkiej i niską punktacją w skali Apgar, a także u noworodka z widocznymi wadami letalnymi. W ocenie E.G., niepodjęcie czynności reanimacyjnych stanowiło bezpośrednie niebezpieczeństwo dla życia małoletniej. Błędną decyzją było także zaniechanie podania dziecku tuż po porodzie glukozy,

zastosowanie wyłącznie tlenoterapii biernej wraz z podaniem tlenu bez kontroli pulsoksymetru oraz niepodłączenie noworodka do urządzenia wspomagającego oddychanie. Biegły podkreślił, że stan dziecka wymagał w pierwszej kolejności ustabilizowania parametrów życiowych po to, by możliwe stało się jak najszybsze (natychmiastowe) przewiezienie pacjentki do szpitala o wyższym stopniu referencyjności.

3. Problem prawny

W analizowanej sprawie pojawiło się kilka roszczeń wniesionych przez trzy różne podmioty w związku z tym samym zdarzeniem – zaniechaniem lekarza A.G. Dopuścił się on bowiem błędu diagnostycznego (niewłaściwie oceniając stan zdrowia dziecka), a w konsekwencji także błędu terapeutycznego (polegającego na niepodjęciu odpowiednich czynności wobec małoletniej). Sąd musiał rozstrzygnąć o zasadności przyznania zadośćuczynienia na rzecz każdego z powodów, którzy formułując swoje żądania, opierali je na różnych podstawach prawnych. Dodatkowo konieczne było rozstrzygnięcie w przedmiocie zasądzenia na rzecz małoletniej powódki odszkodowania i renty. Powodowie żądali również, aby Sąd ustalił odpowiedzialności pozwanych za szkody ujawnione w przyszłości w związku z niepodjęciem właściwego leczenia.

Podstawa prawna zadośćuczynienia uzależniona jest od tego, jak okoliczności sprawy wpłynęły („dotknęły”) każdego z powodów, czy – odmiennie rzecz ujmując – jakie ich dobra zostały naruszone działaniem sprawczym. I tak żądanie zadośćuczynienia na rzecz małoletniej oparto, w pierwszym przypadku, na ogólnym unormowaniu zawartym w art. 445 §1 k.c. Stanowi on, że sąd może przyznać odpowiednią sumę pieniężną tytułem zadośćuczynienia w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia. Dla zasądzenia zadośćuczynienia konieczne jest spełnienie przesłanek odpowiedzialności odszkodowawczej (tu: deliktowej), do których należą zdarzenie, z jakim przepis prawa wiąże obowiązek naprawienia szkody (tu: wyrządzenie szkody przez zaniechanie A.G. – art. 430 i 415 k.c.), wystąpienie szkody oraz związek przyczynowy łączący zdarzenie ze szkodą.

Drugą podstawą prawną, na której oparto żądanie zadośćuczynienia na rzecz małoletniej, był art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 6 XI 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁶. Stanowi on, że w przypadku zawinionego naruszenia praw pacjenta, sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 k.c. Konieczne jest zatem spełnienie dwóch przesłanek, tj. wykazanie uchybienia konkretnemu prawu pacjenta oraz wykazanie zawinionego działania naruszydiciela. Wina rozumiana jest natomiast zgodnie z tradycyjnym jej pojmowaniem na gruncie prawa cywilnego⁷. Artykuł 4 ust. 1 u.p.p. stanowi samodzielną podstawę żądania zadośćuczynienia. Przepis ten inkorporuje do u.p.p. ogólne zasady odpowiedzialności odszkodowawczej z k.c., a jednocześnie uznaje naruszenie praw pacjenta za czyn niedozwolony (delikt), który – w razie zawinienia – może być podstawą roszczenia o zadośćuczynienie. Podstawa ta funkcjonuje obok ogólnych instytucji prawa cywilnego dotyczących ochrony dóbr osobistych, przy czym z reguły w praktyce ma miejsce zbieg roszczeń z art. 4 ust. 1 u.p.p. z art. 448 k.c. Różnica sprowadza się do tego, że roszczenie oparte na podstawie z art. 448 k.c. wymaga – dla swej skuteczności – wykazania naruszenia dobra osobistego, co nie jest konieczne dla zasądzenia zadośćuczynienia zgodnie z art. 4 ust. 1 u.p.p. W ostatnim przypadku wystarczające jest udowodnienie przez pokrzywdzonego (tu: małoletnią powódkę), że doszło do uchybienia określonemu prawu pacjenta⁸.

Podstawą odszkodowania objętego żądaniem pozwu na rzecz małoletniej był natomiast art. 444 §1 k.c. Przepis ten – w zdaniu pierwszym – stanowi, że w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszelkie wyniki z tego powodu koszty. Analogicznie jak wyżej, również w tym przypadku muszą zostać spełnione przesłanki odpowiedzialności odszkodowawczej. Oznacza to ko-

⁶ Ustawa z dnia 6 XI 2008 r., t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 581, dalej cyt.: u.p.p.

⁷ B. Chmielowiec [w:] D. Karkowska (red.), *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, 2021, art. 4, LEX.

⁸ Zob. W. Borysiak, L. Bosek, A. Girdwoyń, K. Salbut [w:] L. Bosek (red.), *Ustawa o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, 2025, art. 4, nb. 91-92, Legalis.

nieczność ponownego odwołania do art. 430 i 415 k.c. Artykuł 441 k.c. dotyczy natomiast szkody majątkowej, a zatem wszelkich niezbędnych i celowych kosztów, które zostały poniesione w związku z rozstrojem zdrowia małoletniej. O wysokość tych kosztów uległ zmniejszeniu majątek jej rodziców. W przypadku tego żądania możliwe jest bardzo dokładne ustalenie wysokości szkody na podstawie stosowych wyliczeń i dowodów – np. paragonów czy faktur.

Na rzecz małoletniej domagano się ponadto zasądzenia renty będącej również, zgodnie z art. 444 §2 k.c., formą naprawienia szkody majątkowej. Przepis ten stanowi, że jeżeli poszkodowany utracił całkowicie lub częściowo zdolność do pracy zarobkowej albo jeżeli zwiększyły się jego potrzeby, lub zmniejszyły widoki powodzenia na przyszłość, może on żądać od zobowiązanego do naprawienia szkody odpowiedniej renty. Również i w tym przypadku należy zastosować art. 430 k.c. i art. 415 k.c., gdyż pozostajemy w tym samym reżimie odpowiedzialności deliktowej. Dla przyznania renty Sąd musiał rozstrzygnąć, czy skutkiem zaniechania A.G. było w szczególności zwiększenie potrzeb materialnych małoletniej, oceniane poprzez porównanie wydatków ponoszonych w aktualnym stanie zdrowia małoletniej z wydatkami ponoszonymi przez dziecko zdrowe, niedotknięte rozstrojem zdrowia.

Sąd musiał także rozstrzygnąć w kwestii przyznania zadośćuczynienia rodzicom dziecka. Ich roszczenia ograniczały się do niemajątkowej szkody na osobie (krzywdy). Matka (D.K.) swoje żądania oparła na trzech podstawach prawnych, z których dwie odpowiadały powołanym przez małoletnią, tj. art. 445 §1 k.c. (względnie art. 448 k.c.) w związku z naruszeniem integralności psychicznej i rozstrojem zdrowia psychicznego oraz na art. 4 ust. 1 u.p.p. w związku z naruszeniem prawa do informacji o stanie zdrowia dziecka. Ponadto D.K. wniosła o zadośćuczynienie z tytułu naruszenia jej dobra osobistego w postaci prawa do cieszenia się niezakłóconym życiem rodzinnym. W tym przypadku podstawę ustaleń stanowią przepisy art. 24 k.c. w zw. z art. 448 k.c. dotyczące ochrony dóbr osobistych. Tak sformułowane żądanie wymagało ustalenia przez Sąd faktu naruszenia prawa osobistego odpowiadającego treści wskazanej przez D.K., przypisania winy naruszcycielowi (zgodnie z ogólną formułą

deliktu) oraz istnienia związku przyczynowego. Przedmiotowe roszczenie ma również charakter deliktowy⁹.

W odniesieniu do roszczeń ojca małoletniej (R.K.) Sąd rozpatrywał powództwo na analogicznych podstawach prawnych jak w przypadku D.K. jednakże z wyłączeniem art. 445 §1 k.c. dotyczącego rozstroju zdrowia. Mężczyzna bowiem podnosił, iż naruszono jego dobra osobiste (art. 24 k.c. w zw. z art. 448 k.c.) oraz prawo do informacji o stanie zdrowia (art. 4 ust. 1 u.p.p.).

Poza powyższymi żądaniami pozw obejmował także żądanie rozstrzygnięcia o przyszłej odpowiedzialności pozwanych. Odpowiedzialność ta miała im zostać przypisana za nieznanne jeszcze w chwili wniesienia powództwa szkody wyrządzone małoletniej. Podstawą prawną zgłoszonego żądania był art. 189 k.p.c, zgodnie z którym powód może żądać ustalenia przez sąd stosunku prawnego lub prawa, gdy ma w tym interes prawny. W tym przypadku Sąd musiał ustalić, czy żądanie mieści się w zakresie hipotezy art. 189 k.p.c. oraz przeanalizować obowiązujące przepisy z zakresu odpowiedzialności odszkodowawczej pod kątem regulowania przez nie żądania powodów.

Opis problemu prawnego, który musiał rozstrzygnąć Sąd, warto uzupełnić o – łatwą do przewidzenia – kwestię problemu postawionego przed sądem karnym. Sąd ten musiał ustalić, czy odstąpienie A.G. od jakichkolwiek działań ratujących życie małoletniej po porodzie, a w czasie, gdy przebywała na Oddziale Neonatologicznym zalecenie podania jej tylko niskiej dawki tlenu, naraziło N.K na niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Sąd rozstrzygał więc, czy doszło do popełnienia przestępstwa z art. 160 §2 w zw. z art. 160 §1 Kodeksu karnego¹⁰. Zgodnie z art. 160 §2 k.k., sprawca, w przypadku, gdy ciążył na nim obowiązek opieki nad osobą narażoną na takie niebezpieczeństwo, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do 5 lat. Z kolei

⁹ W odniesieniu do ogólnych podstaw roszczenia o zadośćuczynienie z tytułu naruszenia dobra osobistego zob. m.in. M. Świdorska, *Zadośćuczynienie z tytułu naruszenia dóbr osobistych w związku z ujawnieniem tajemnicy medycznej*, Białostockie Studia Prawnicze 2020, nr 2 (vol. 25), s. 50-52.

¹⁰ Ustawa z dnia 6 VI 1997 r., t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 17 ze zm., dalej cyt.: k.k.

w razie nieumyślnego popelnienia rozważanego przestępstwa sprawca podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku (art. 160 §3 k.k.). Sąd karny decydował ponadto w sprawie orzeczenia środka karnego w postaci zakazu wykonywania zawodu (lekarza neonatologa oraz lekarza pediatri) na podstawie art. 41 k.k.

4. Merytoryczna ocena dokonana przez sąd

Oddalenie apelacji obojga pozwanych przez Sąd Apelacyjny skutkuje pozostawieniem w mocy wyroku Sądu I instancji. Doszło zatem do „akceptacji” merytorycznego rozstrzygnięcia sprawy w ramach pełnionej funkcji kontrolnej przez Sąd wyższej instancji.

Wspólnym mianownikiem, a jednocześnie punktem wyjścia dla oceny roszczeń powodów o zadośćuczynienie, odszkodowanie i rentę jest konieczność ustalenia winy sprawcy szkody. W tym kontekście analiza wyroku prowadzi do wniosku, iż doszło do przypisania odpowiedzialności pozwanemu ZOZ za zaniechania (tj. niepodjęcie odpowiedniego leczenia) personelu medycznego – lekarza A.G. Mamy więc do czynienia z odpowiedzialnością przełożonego (ZOZ) za winę podwładnego (A.G.), co w reżimie deliktowym wymaga odwołania się do art. 430 i art. 415 k.c.¹¹ Odpowiedzialność będącego osobą prawną ZOZ (jako przełożonego) ma charakter obiektywny (jest oparta na zasadzie ryzyka) i stanowi pochodną odpowiedzialności (winy) lekarza. Dlatego też ewentualne wykazanie winy ZOZ (przełożonego) jest irrelevantne z punktu widzenia odpowiedzialności tego podmiotu. Sąd I instancji, przypisując odpowiedzialność pozwanemu ZOZ, ustalił, że zostały spełnione przesłanki odpowiedzialności z art. 430 k.c. w postaci: (1) powierzenia na własny rachunek wykonania czynności podwładnemu; (2) zawinionego czynu podwładnego; (3) wyrządzenia szkody przy wykonywaniu czynności powierzonej podwładnemu oraz (4) związku przyczynowego pomiędzy czynem niedozwolonym podwładnego a szkodą.

¹¹ Podstawa ta jest powszechnie stosowana w kontekście przypisania odpowiedzialności za szkody doznane przy leczeniu w placówce szpitalnej – zob. M. Boratyńska, *Kwestionowanie prawidłowości zgody udzielonej na zabieg kraniotomii – omówienie wyroku Sądu Okręgowego w Gdańsku z dnia 26 marca 2019 r. (I C 202/14)*, Przegląd Prawa Medycznego 2022, nr 3-4, s. 155.

Ustalenie winy lekarza A.G. jako podwładnego nie wiązało się z nadmiernymi trudnościami ze względu na zasadę przyjętą w art. 11 k.p.c., w myśl której ustalenia wydanego w postępowaniu karnym prawomocnego wyroku skazującego co do popełnienia przestępstwa wiążą sąd w postępowaniu cywilnym. W analizowanej sprawie natomiast sąd karny uznał A.G. winnym nieumyślnego narażenia małoletniej na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu i na podstawie art. 160 k.k. wymierzył lekarzowi karę 6 miesięcy pozbawienia wolności (warunkowo zawieszając jej wykonanie na okres dwóch lat tytułem próby, art. 69 §1 i 2 k.k., art. 70 §1 pkt 1 k.k.)¹². Wyrok ten został utrzymany przez Sąd wyższej instancji i stał się prawomocny. Przypisanie winy A.G. jako podwładnemu pozwoliło z kolei sądowi cywilnemu ustalić odpowiedzialność pozwanego ZOZ oraz ubezpieczyciela.

W dalszej kolejności Sąd rozstrzygał w kwestii skutków, jakie dla życia i aktualnego stanu zdrowia małoletniej spowodowało zaniechanie A.G. Część ta niewątpliwie stanowi najciekawszy element analizowanego orzeczenia. Sąd musiał bowiem zadecydować o konsekwencjach prawnych, oceniając konkurencyjne przyczyny, których łączne zaistnienie doprowadziło do uszczerbku na zdrowiu małoletniej. Nie ulegało jednak wątpliwości, że za jedną z tych przyczyn – wcześniactwo, żaden podmiot odpowiedzialności nie ponosił. W „idealnym stanie rzeczy” wymagałoby to rozdzielenia skutków wcześniactwa oraz skutków zaniechania A.G. i brania pod uwagę tylko tych ostatnich jako prawnie doniosłych. Sąd I instancji ustalił natomiast, że ani w chwili orzekania, ani w przyszłości nie jest (i nie będzie) możliwe określenie, które ze znanych aktualnie dolegliwości małoletniej wynikają z wcześniactwa, które natomiast z niepodjęcia odpowiedniego leczenia w pierwszych godzinach życia noworodka¹³.

¹² Wobec A.G. orzeczono również karę grzywny. Sąd karny uznał natomiast, że w okolicznościach sprawy brak jest podstaw do orzeczenia zakazu wykonywania zawodu (art. 41 k.k.). W uzasadnieniu podkreślono, że tej postaci środek karny służy raczej ochronie społeczeństwa przed osobami, które wykonując określony zawód, wskutek popełnienia zarzucanego im przestępstwa, nadużyły zaufania związanego ze swoją pozycją zawodową.

¹³ Sąd zauważył natomiast, że ostateczna ocena stanu zdrowia N.K. będzie możliwa dopiero po osiągnięciu przez nią 25 roku życia. Nie przeszkodziło to jednak dokonać oceny żądań powódki w zakresie zadośćuczynienia według stanu z daty zamknięcia rozprawy.

W ocenie sądu, zarówno fakt urodzenia w 26. tygodniu ciąży, jak i niepodjęcie określonych czynności ratujących życie i zdrowie, w tym zaniechanie natychmiastowego transportu do ośrodka o wyższej referencyjności, miały wpływ na aktualny stan zdrowia małoletniej. Jako że precyzyjne ustalenia w tej sprawie wymagały wiadomości specjalistycznych, Sąd rozstrzygnął zgodnie ze wskazaniem biegłych. Ci z kolei wskazali, że każda z obu przyczyn w jednakowym stopniu (50%) wpłynęła na stan zdrowia powódki N.K. W uproszczeniu i abstrahując od terminologii prawnej, można więc stwierdzić, że pozwany ZOZ odpowiada „tylko w połowie”, gdyż w pozostałej części inne okoliczności wpłynęły na zakres uszczerbku na zdrowiu. Przedmiotowe ustalenie dało podstawę do zmniejszenia o 50% zadośćuczynienia z art. 445 §1 k.c., odszkodowania z art. 444 §1 k.c. oraz renty z art. 444 §2 k.c. Wspomniane ograniczenie nie miało natomiast zastosowania do zadośćuczynienia za naruszenie praw pacjenta (art. 4 ust. 1 u.p.p.), gdyż przyczyna wcześniactwa pozostawała w tym względzie irrelevantna.

Mając na uwadze okoliczność, iż pozwany ZOZ odpowiada za stan zdrowia małoletniej w 50%, Sąd I instancji przyznał N.K. na podstawie art. 445 k.c. zadośćuczynienie w wysokości 120 000 zł, zmniejszając je do 60 000 zł. Podkreślił, że powódka wymaga stałej, regularnej rehabilitacji (2 razy w tygodniu) ze względu na słabo rozwinięty układ mięśniowy, musi nosić obuwie ortopedyczne, a jej rozwój poznawczy przebiega nieharmonijnie. Sąd I instancji rozstrzygnął na korzyść małoletniej także w sferze zadośćuczynienia z tytułu naruszenia prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych (art. 4 ust. 1 u.p.p.), przyznając jej z tego tytułu kwotę 75 000 zł. Stwierdził, że naruszenie wynikało z niezastosowania procedur resuscytacyjnych niezwłocznie po porodzie, zaniechaniu wykonania badań laboratoryjnych oraz transportu małoletniej do placówki o wyższym poziomie referencyjności.

Zgodnie z żądaniem pozwu, Sąd I instancji przypisał również pozwanemu ZOZ (oraz ubezpieczycielowi) odpowiedzialność za szkodę majątkową. Przyznane N.K. odszkodowanie objęło udokumentowane przez stronę powodową, celowe i konieczne wydatki poniesione w związku z rozstrojem zdrowia. Zasądzając rentę, Sąd z kolei uwzględnił m.in. za-

sadność odbywania 8 wizyt rehabilitacyjnych w miesiącu oraz konieczność zakupu obuwia ortopedycznego. Ze względu na wspomniane ograniczenie odpowiedzialności ZOZ do 50%, zasądzone kwoty uległy stosownemu pomniejszeniu: odszkodowanie przyznano w kwocie 13 524, 50 zł, a rentę – 336 zł.

Odnosnie do żądań rodziców małoletniej, Sąd I instancji nie różnicował podstaw prawnych zasądzanego zadośćuczynienia, uznając, że całokształt okoliczności stanu faktycznego przemawia za łącznym ich rozpatrzeniem. W ocenie Sądu, przekazanie rodzicom informacji o śmierci dziecka, o procedurze wydawania ciała i pochówku naruszało ich dobra osobiste oraz prawa pacjenta. Niezależnie od doznanych cierpień psychicznych i fizycznych, pogorszeniu uległa relacja rodziców ze starszym synem, którego potrzeby ze względu na chorobę siostry znalazły się na dalszym planie. Okoliczności te uzasadniały przyznanie matce i ojcu po 40 000 zł tytułem zadośćuczynienia.

Ostatnią kwestią, jaką rozstrzygał Sąd I instancji, była możliwość przypisania pozwanym odpowiedzialności za ujawnione i nieznanne w dacie orzekania szkody, których N.K. mogła doznać w przyszłości w związku z zaniechaniem A.G. Żądanie to nie zostało uwzględnione ze względu na regulację zawartą w art. 442¹ §3 k.c., który – jak wskazano w uzasadnieniu – stanowi odpowiednią podstawę prawną dla roszczeń wniesionych w przyszłości.

Pozwani zaskarżyli wyrok Sądu I instancji apelacją, w której podnieśli po pierwsze zarzut naruszenia zasady swobodnej oceny dowodów (art. 233 §1 k.p.c.) przez przyjęcie, że ZOZ w 50% odpowiada za stan zdrowia małoletniej. Wyrokowi Sądu I instancji zarzucono ponadto niewłaściwą wykładnię art. 361 §1 k.c. Na podstawie opinii biegłych trudno było bowiem ustalić nawet wysoki stopień prawdopodobieństwa związku przyczynowego między zaniechaniem A.G. a aktualnym stanem zdrowia powódki. Z kolei naruszenie art. 430 k.c. sprowadzać się miało, w ocenie apelujących, do uwzględnienia powództwa w części w sytuacji, w której okoliczności ustalonego stanu faktycznego nie pozwalały na przypisanie ZOZ odpowiedzialności za szkodę.

Oddalając apelację Sąd II instancji, wskazał, że podstawy zwolnienia pozwanych z odpowiedzialności nie mogą stanowić trudności w ustaleniu powiązań kauzalnych i konieczność posłużenia się kategorią prawdopodobieństwa dla rozróżnienia samoistnych skutków wcześniactwa od konsekwencji komplikacji poporodowych wynikłych z zaniechania personelu. Sąd Apelacyjny zwrócił uwagę na utrwalone w judykaturze stanowisko, zgodnie z którym w tzw. procesach medycznych stosowana jest złagodzona formuła związku przyczynowego. Nie jest zatem konieczne wykazywanie związku bezpośredniego, pewnego i stanowczego; wystarczy bowiem ustalenie odpowiednio wysokiego stopnia prawdopodobieństwa. Sąd Apelacyjny nie znalazł również podstaw dla uznania zawartych w apelacji zarzutów odnoszących się do kwot przyznanych tytułem zadośćuczynienia. Stwierdzono bowiem, że zgodnie z przyjmowanym powszechnie stanowiskiem judykatury i piśmiennictwa, ingerencja przez sąd wyższej instancji w wysokość zasądzzonego zadośćuczynienia jest możliwa jedynie wówczas, gdy uchybiono regulom kształtowania wysokości tej postaci świadczenia. W ocenie Sądu natomiast naruszenie praw pacjenta w odniesieniu do małoletniej było rażące, zaś w przypadku jej rodziców stwierdzenie, że ich stan psychiczny mocno ucierpiał, nie wymagało nawet odwoływania się do opinii biegłego.

5. Komentarz

5.1. Błąd lekarski

Z okoliczności sprawy wynika, że lekarz przyjmujący powódkę D.K. i odbierający przedwczesny spontaniczny poród dopuścił się błędu diagnostycznego, a w konsekwencji także błędu terapeutycznego. Błąd diagnostyczny polegał na niewłaściwej ocenie stanu zdrowia noworodka tuż po urodzeniu i uznaniu, iż dziecko – urodzone ze skrajnie niską wagą 860 g i słabą czynnością skurczową serca – jest niezdolne do samodzielnego życia. Konsekwencją wadliwego rozpoznania (błędnej diagnozy) było niewłaściwe postępowanie terapeutyczne, czyli błąd leczenia. Uznawszy, że dziecko nie przeżyje, A.G. nie podjął wobec niego odpowiednich

czynności, w szczególności nie zlecił badań laboratoryjnych, nie wdrożył czynności reanimacyjnych i nie umieścił dziecka w inkubatorze, pozostawiając je w zasadzie bez opieki do czasu zejścia z dyżuru. W dalszej perspektywie, rezultatem popełnionych błędów były poważne problemy zdrowotne (głównie neurologiczne) dziecka, które wymagało stałej opieki lekarskiej, najintensywniejszej w pierwszych miesiącach życia oraz regularnej rehabilitacji.

W praktyce medycznej, a co za tym idzie – orzeczniczej (w sferze tzw. szkód okołoporodowych, wyrządzonych dziecku lub matce w związku z porodem) stosunkowo często mamy do czynienia z sytuacją, w której błędne rozpoznanie skutkuje wadliwą decyzją terapeutyczną. Błąd diagnostyczny może być błędem pozytywnym bądź negatywnym. Ten pierwszy polega na stwierdzeniu choroby *de facto* niewystępującej u chorego, drugi zaś – na niewykryciu rzeczywistego schorzenia lub niepełnosprawności¹⁴. W sprawie zakończonej wyrokiem z dnia 29 VIII 2013 r. (I CSK 667/12)¹⁵. Sąd Najwyższy przyjął, że błąd diagnostyczny lekarza polegał na wadliwej ocenie wagi i rozmiaru płodu na podstawie wykonanego badania USG (3600 g, podczas gdy dziecko ważyło 5050 g), a także na pominięciu w procesie diagnostycznym istotnej informacji, iż trzy poprzednie porody powódki były skomplikowane ze względu na dużą masę urodzeniową dzieci (ponad 4,5 kg). W konsekwencji decyzja lekarzy o kontynuowaniu porodu siłami natury (w miejsce cesarskiego cięcia) była błędna, co doprowadziło do tzw. dystocji barkowej (zaklinowania barków dziecka w kanale rodym) i trwałego uszkodzenia splotu barkowego oraz niedotlenienia skutującego ciężką postacią MPD (mózgowego porażenia dziecięcego). Podobny pogląd został wyrażony w wyroku Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 21 II 2006 r. (I ACa69/06)¹⁶. Stwierdzono w nim, że błędem w sztuce lekarskiej jest nieprawidłowe postępowanie lekarzy w ocenie stanu płodu i opóźnienie porodu, którego rezultat stanowiło ciężkie kalectwo i niedotlenienie dziecka.

¹⁴ M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, Toruń 2019, wyd. XII, s. 256-257.

¹⁵ Portal Orzeczeń SN – www.sn.sites/orzecznictwo/orzeczenia \2/i%20csk%20667-12-1.pdf, [dostęp: 23.04.2025 r.]

¹⁶ *Prawo i Medycyna* 2007, nr 4 z glosą M. Nesterowicza.

Błąd lekarski w judykaturze rozumiany jest wąsko – jako postępowanie (działanie bądź zaniechanie lekarza) w sferze diagnozy i terapii, niezgodne z nauką medyczną w zakresie dla lekarza dostępnym. Definicję tę sformułował Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 1 IV 1955 r. (IV CR 39/54)¹⁷ opowiadając się tym samym za wąskim ujęciem błędu, zarówno w wymiarze podmiotowym, jak i przedmiotowym. Błędu lekarskiego (według dawniejszej terminologii – błędu w sztuce lekarskiej¹⁸) może bowiem dopuścić się wyłącznie lekarz i to tylko wówczas, gdy jego postępowanie dotyczy sfery *stricte* medycznej, tj. czynności diagnozy i terapii. Poza zakresem błędu pozostają działania wyrządzające wprawdzie szkodę, lecz odnoszące się do niefachowej sfery postępowania lekarza (innego personelu), w tym m.in. wadliwa identyfikacja pacjenta, niezapewnienie bezpieczeństwa pobytu na oddziale szpitalnym, użycie wadliwego (niesprawnego) sprzętu medycznego i inne niedociągnięcia lub omyłki techniczne, organizacyjne lub administracyjne (np. błędne zapisy w dokumentacji medycznej)¹⁹. O tym, że pomimo upływu lat, definicja i zakres błędu pozostają aktualne, świadczy stanowisko najnowszego orzecznictwa. Sąd Apelacyjny w Łodzi w wyroku z dnia 20 I 2014 r. (I ACa 883/13)²⁰ *expressis verbis* stwierdził, że za błąd sztuki lekarskiej uznaje się takie zachowanie lekarza, które jest obiektywnie sprzeczne z aktualnymi kanonami wiedzy i sztuki lekarskiej.

Błąd lekarski jest kategorią obiektywną, niezależną od indywidualnych cech, skłonności i umiejętności konkretnego lekarza oraz od okoliczności, w jakich wykonuje on swój zawód²¹. Ocenie podlega określone, pod-

¹⁷ OSN 1957, poz. 7.

¹⁸ Według jednego z poglądów, traktowanie medycyny jako sztuki (*ars medicum*) miało swoje źródło w dawnym rozumieniu pojęcia „sztuka”, które interpretowano jako obowiązek postępowania według reguł obowiązujących w danej korporacji zawodowej (cechu), w tym także medycznej (cyrulików). Inny pogląd głosi, że w XVIII i XIX wieku lekarz nie dysponował jeszcze takimi możliwościami, jakie obecnie stwarza nauka i technika, a swoje decyzje dotyczące wyboru i zastosowania określonej metody diagnozy i terapii opierał na intuicji, co wobec osiągniętych wyników leczenia rzeczywiście można było oceniać w kategoriach sztuki (*ars medicum*). Więcej na ten temat zob. Z. Marek, *Błąd medyczny. Odpowiedzialność etyczno-deontologiczna i prawna lekarza*, Kraków 2007, s. 35.

¹⁹ Na ten temat zob. K. Bączyk-Rozwadowska, *Błąd lekarski w doktrynie i orzecznictwie sądowym*, Prawo i Medycyna 2008, nr 3, s. 26 i n.

²⁰ LEX nr 1428185.

²¹ Zob. np. powołany już wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 20 I 2014 r. (I ACa 883/13).

jęte przez lekarza działanie bądź – jak to miało miejsce w omawianej sprawie – zaniechanie, które albo jest zgodne z *lex artis medicinae*, albo pozostaje z nim sprzeczne. Ze sformułowanej przez SN definicji błędu wynika ponadto, że miernikiem oceny postępowania lekarza jest standard aktualnej wiedzy medycznej, nie zaś wiedzy w ogóle. Na lekarzu spoczywa zatem obowiązek kompetencji. Nie ulega wątpliwości, że wymagane są kompetencje rzeczywiste, merytoryczne, nie zaś formalne, stwierdzone jedynie dyplomem ukończenia wyższych studiów medycznych czy złożenia egzaminu specjalizacyjnego²². Kompetencje te sądy z reguły oceniają bardzo rygorystycznie. W wyroku z dnia 10 I 2001 r. (I ACa 576/1)²³ Sąd Apelacyjny w Lublinie, orzekając o odpowiedzialności szpitala za szkodę doznaną wskutek błędnej decyzji lekarza o kontynuowaniu porodu siłami natury, wskazał, że każda osoba posiadająca podstawowe przygotowanie w zakresie położnictwa powinna w sposób prawidłowy odczytać wynik badania KTG i zdając sobie sprawę z poważnych (i oczywistych w sprawie) zagrożeń, podjąć działania mogące zapobiec urodzeniu się kalekiego dziecka. W ocenie sądu, odmienna postawa lekarza, wyrażająca się kontynuowaniem porodu fizjologicznego, oznaczała akceptację wynikających z zaistniałej sytuacji zagrożeń zarówno dla zdrowia dziecka, jak i rodzącej.

Nie ulega wątpliwości, że z uwagi na brak wiedzy specjalistycznej, sąd, w celu dokonania oceny postępowania lekarza, musi korzystać z pomocy biegłych z danej dziedziny medycyny (tutaj – położnictwa, neonatologii). Judykatura zgodnie stoi na stanowisku, zgodnie z którym w sprawach dotyczących błędu w sztuce lekarskiej, w której wymagana jest wiedza specjalna, podstawowe znaczenie odgrywa dowód z opinii biegłego. Sąd orzekający nie jest bowiem w stanie samodzielnie dokonać w tej materii ustaleń niezbędnych do rozstrzygnięcia sprawy²⁴.

W analizowanej sprawie biegli (w procesie karnym) wskazali, że noworodek bez wad letalnych, urodzony w 26. t.c., z niską punktacją w skali

²² Tak w szczególności wyrok SN z dnia 13 X 2005 r. (IV CK 161/05) OSP 2006, z. 6, poz. 71 z głosem M. Nesterowicza.

²³ OSP 2001, z. 2, poz. 23 z głosem M. Nesterowicza.

²⁴ Tak SA w Białymstoku w wyroku z dnia 5 II 2021 r. (I ACa 1/20, LEX nr 3322072). Zob. także wyrok SN z dnia 10 II 2010 r. (V CSK 287/09, Prawo i Medycyna 2013, nr 3-4).

Apgar, powinien jak najszybciej, tzn. jeszcze na sali porodowej, zostać poddany reanimacji. Zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, lekarzowi wolno odstąpić od czynności resuscytacyjnych jedynie – jak wyszczególniono w opinii – wobec noworodka urodzonego przed 22. t.c. bądź na granicy zdolności przeżycia (do 24. t.c), wobec noworodka z cechami ciężkiej zamartwicy i niską punktacją w skali Apgar, a także w przypadku widocznych u dziecka wad letalnych. Powódka N.K., wobec której nie zaszyły przesłanki rezygnacji z czynności ratujących życie, wymagała zatem niezwłocznego podłączenia do urządzenia wspomagającego oddychanie oraz podania glukozy. Ustabilizowanie, w pierwszej kolejności, parametrów życiowych miało na celu umożliwienie jak najszybszego przetransportowania dziecka do szpitala o wyższym poziomie referencyjności. Analiza orzecznictwa dotyczącego zaniechania podjęcia działań ratujących zdrowie i życie dowodzi, że sądy rygorystycznie traktują tego rodzaju przypadki ze względu na daleko idące konsekwencje niewłaściwej postawy lekarza. Na uwagę zasługuje m.in. wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 30 V 2014 r. (I ACa 795/11)²⁵, w którym stwierdzono, że zaniechanie przeprowadzenia w trybie pilnym, bezpośrednio po przyjęciu do szpitala, niezbędnej diagnostyki (w postaci badania TK) zgodnie z obowiązującymi standardami, stanowi błąd lekarski mający bezpośredni wpływ na powstanie i rozmiar uszkodzenia mózgu u pacjenta. Sąd zaznaczył, że beczynności szpitala nie usprawiedliwiał brak tomografu, skoro znajdował się on w pobliskim szpitalu, z którego pomocy można było skorzystać. Warto wskazać także na wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 20 I 2014 r. (I ACa 883/13)²⁶, w którym *expressis verbis* stwierdzono, że błędem sztuki lekarskiej jest także nieudzielenie pacjentowi możliwego w danym przypadku leczenia, w tym rehabilitacji mającej ograniczyć cierpienia związane z doznawanym bólem.

Samo dopuszczenie się błędu nie implikuje jeszcze, przy spełnieniu przesłanki istnienia szkody i związku przyczynowego, o odpowiedzialności lekarza lub szpitala (w ramach tzw. odpowiedzialności zastępczej).

²⁵ LEX nr 1488645.

²⁶ LEX nr 1428185.

Błąd musi być jeszcze zawiniony subiektywnie²⁷. Oznacza to, że lekarzowi można postawić zarzut, że w określonych okolicznościach (przedwczesnego spontanicznego porodu) nie zachował się tak, jak mógł i powinien był postąpić²⁸. Wymagany standard to ten, jakiego oczekuje się od starannego dobrego lekarza danej specjalizacji (położnika, neonatologa), do którego trzeba odnieść postępowanie sprawcy. Jeśli porównanie wypadnie *in minus*, na niekorzyść sprawcy (bo staranny dobry neonatolog lub położnik w identycznych okolicznościach nie wyrządziłby N.K. szkody, poddając dziecko niezwłocznie reanimacji), działanie sprawcy należy uznać za zawinione.

Sąd cywilny nie musiał jednak oceniać w procesie winy A.G., ponieważ – jak już wspomniano – z mocy art. 11 k.p.c. związany był prawomocnym wyrokiem karnym, w którym na podstawie art. 160 k.k. wymierzono lekarzowi karę 6 miesięcy pozbawienia wolności. W braku wyroku karnego, wykazywanie subiektywnej winy lekarza nie zawsze jednak okazuje się konieczne. Popelnienie błędów, które w sposób oczywisty świadczą o braku wiedzy i niekompetencji lekarza może, zgodnie z rzymską zasadą *ignorantia culpa adnumeratur*, oznaczać niedbalstwo i pozwalać na przyjęcie subiektywnej winy lekarza bez konieczności przeprowadzenia w tym względzie jakichkolwiek dalszych dowodów²⁹. Stanowisko to potwierdził Sąd Najwyższy, orzekając w powołanym już wyroku z dnia 13 X 2005 r. (IV CK 161/05), że niedostateczna wiedza lekarza przesądza o jego winie co najmniej w stopniu niedbalstwa³⁰. Wydaje się jednak, że niedbalstwo

²⁷ Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 8 XII 1970 r. (II CR 543/70, OSP 2006, z. 6, poz. 71 z głosem M. Nesterowicza) orzekł, że nie ma podstaw odpowiedzialności cywilnej w sytuacji, gdy błędne stwierdzenie choroby u osoby zdrowej było usprawiedliwione występującymi objawami, a zastosowane leczenie, którego niezwłoczne podjęcie w razie rzeczywistej choroby byłoby celowe, nie przyniosło dla tej osoby ujemnych następstw poza przemijającymi dolegliwościami. W uzasadnieniu wyroku podkreślono, że od lekarza nie można wymagać nieomyślności, a powstrzymywanie go przed podejmowaniem decyzji odnośnie do sposobu leczenia w sytuacjach wątpliwych (zwłaszcza gdy chodzi o środki nie stwarzające niebezpieczeństwa dla zdrowia), z pewnością nie leży w interesie pacjentów.

²⁸ Zob. wyrok SA w Warszawie z dnia 25 III 2019 r. (VII AGa 1024/18).

²⁹ B. Lewaszkiwicz-Petrykowska, *Wina lekarza i zakładu opieki zdrowotnej jako przesłanka odpowiedzialności za szkody wyrządzone przy leczeniu*, Prawo i Medycyna 1999, nr 1, s. 124.

³⁰ Podobny pogląd wyraził SA w Białymstoku w wyroku z dnia 28 II 2017 r. (I ACa 795/16, LEX nr 2265580) oraz SA w Łodzi w wyroku z dnia 4 V 2017 r. (I ACa 1396/16; LEX nr 2335245).

A.G. miało charakter rażący (*culpa lata*) ze względu na znaczące odstępstwo od wzorca wymaganej staranności. Pozostawiając noworodka bez opieki, lekarz przekroczył przecież elementarne zasady staranności, do której był zobowiązany³¹. Przyjęcie przez sąd, w oparciu o okoliczności stanu faktycznego, wyższego stopnia winy niż niedbalstwo zwykle (*culpa levis*) mogłoby skutkować wyłączeniem ochrony ubezpieczeniowej lekarza (z mocy art. 827 §1 k.c.), a także żądaniem przez powódkę wyższej kwoty zadośćuczynienia. Stopień winy może bowiem wpływać na rozmiar całokształtu krzywdy przez N.K.

Ustalając wysokość odszkodowania i zadośćuczynienia należnego powódce N.K., Sąd cywilny szacunkowo przyjął, że zaniechanie leczenia wpłynęło na jej stan zdrowia (poważne konsekwencje neurologiczne) w 50%. Pozostałe 50% stanowiły skutki wcześniactwa, za które – jak już wspomniano – ani szpital, ani lekarz, ani żaden inny podmiot nie ponosił odpowiedzialności. W uzasadnieniu nie wyjaśniono przyczyn takiego podziału. Sąd wskazał jednak, że w ocenie biegłych, zaniechanie A.G. doprowadziło do niedotlenienia i rozwoju dysplazji oskrzelowo-płucnej (uzależnionej w dużej mierze od postępowania w zakresie wspomaganego wentylacji bezpośrednio po urodzeniu) oraz hipoglikemii (wynikłej z podniesienia poziomu glukozy). Konsekwencje wadliwego postępowania lekarza uległy jednak – jak zauważono – częściowemu zniwelowaniu dzięki zdolnościom adaptacyjnym powódki oraz podejmowanym regularnie czynnościom terapeutycznym. W tych okolicznościach, wobec trudności z precyzyjnym ustaleniem, w jakim zakresie każda z przyczyn: zaniechanie lekarza i spontaniczny przedwczesny poród wpłynęła na aktualną kondycję dziecka, przyjęcie parytetu 50%:50% wydaje się trafnym rozwiązaniem. Szpital nie odpowiada za wcześniactwo i jego skutki, jednakże ponosi odpowiedzialność za opieszałość personelu w podjęciu czynności wynikających z wadliwej oceny stanu pacjenta, jeśli ma ona charakter zawiniony (na co wskazał sąd karny) i istnieje związek przyczynowy między działaniem (zaniechaniem) lekarza a doznaną szkodą. Jedynie w braku

³¹ Zob. wyrok SN z dnia 16 I 2013 r. (II CSK 202/12) oraz wyrok SN z dnia 7 III 2008 r. (III CSK 270/07).

takiego związku między zarzucanym niedbalstwem a stanem, na który personel nie miał wpływu (wcześnieństwo, wada wrodzona), odpowiedzialność podmiotu leczniczego w ogóle jest wyłączona³².

5.2. Utrata szansy na wyleczenie

5.2.1. Uwagi ogólne

Najciekawszy problem prawny, który można szybko zidentyfikować w okolicznościach sprawy, gdyż daje jej „początek”, można sprowadzić do pytania, co byłoby, gdyby pozwany lekarz A.G. nie zaniechał podjęcia koniecznego leczenia w chwili narodzin wcześniaka – powódki (N.K.), czy byłaby szansa na lepszy stan jej zdrowia? Dowiadujemy się z opinii biegłych o możliwości rozdzielenia niektórych skutków zaniechania lekarza od „naturalnych” skutków wcześniactwa, jak również biegli potwierdzają wpływ zaniechania na stan zdrowia małej. Rokowania odnośnie do wcześniactwa byłyby pomyślniejsze, gdyby nie napotkało ono przyczyny „konkurencyjnej”. To utrudnia precyzję oceny, gdyż zaniechania lekarza nie zestawiamy ze stanem pełnego zdrowia, ale już ze stanem upośledzonym. Sąd I instancji poradził sobie z przedmiotowym dylematem, przyjmując „szacunkowo”, że każda z obu przyczyn w 50% wpłynęła na ostateczny stan zdrowia małej. Fakt ustalenia winy lekarza w procesie karnym, nie wymagał uzasadniania bądź „wspierania” powództwa cywilnego teorią „utrąty szansy wyleczenia”. Mimo to warto podkreślić za Sądem Najwyższym, że szkoda spowodowana opóźnieniem w podjęciu na czas właściwego leczenia może polegać na utracie lub zmniejszeniu szans na wyleczenie i poprawę stanu zdrowia³³. Taka – niewyrażona wprost, potoczna – „utrata” jest widoczna w przypadku małej N.K. i może być dostrzegalna również w innych, podobnych przypadkach opartych na analogicznych podstawach prawnych, co nawiązuje do pytania postawionego na początku tej części *case study*. W pewnym

³² Tak m.in. wyrok SA w Warszawie z dnia 29 VI 2017 r. (I ACa 976/15), LEX nr 2344174.

³³ Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 6 V 2016 r. (V CSK 673/15), Legalis nr 2947009.

sensie „utrata szansy” każdorazowo charakteryzuje sprawy medyczne. U ich podłoża leży bowiem „niepowodzenie”, którego skutkiem jest gorszy niż oczekiwany stan zdrowia pacjenta.

Zastrzec jednak trzeba, że sam przypadek małoletniej N.K. nie dotyczy bezpośrednio teorii utraty szansy wyleczenia, ale posłuży jako punkt odniesienia do jej omówienia. Zaproponowane, nieco „przewrotne” podejście wynika z chęci uniknięcia omawiania *stricte* kwestii szkody na osobie. Jest ona często rozważana w piśmiennictwie, a ponadto dość zadowalająco wyjaśniona już w ramach szczegółowego opisu sprawy N.K.

Analiza problematyki utraty szansy w prawie polskim napotyka widoczne trudności w zwięzłym i jednoznacznym uchwyceniu jej istoty w kontekście szkód na osobie. W pewnej mierze stanowi to konsekwencję stosunkowo częstych odwołań do orzecznictwa i doktryny innych krajów. Nie zawsze również teoria utraty szansy jest wyrażana wprost w rozważaniach sądów polskich. Czasem zdaje się mieć postać „dorozumianą”.

W piśmiennictwie wskazuje się, że teoria utraty szansy najczęściej powoływana jest w tzw. procesach lekarskich. Wynika to z ich specyfiki, na którą składają się: poważna szkoda na osobie, trudność ustalenia winy lekarza za szkodę, trudność ustalenia związku przyczynowego między postępowaniem lekarza a szkodą³⁴, jak również trudność zdeterminowania, czy zgoda pacjenta – jako podstawa interwencji lekarskiej – była należycie „uświadomiona”. Jednocześnie pomimo zasadniczo „mniej sztywnych” reguł dowodowych niż w przypadku innych roszczeń, udowodnienie przez pacjenta szkody uzasadniającej rekompensatę nie jest łatwe³⁵. Teoria utraty szansy – rozszerzając ochronę sfery osobistej – wykorzystywana jest w przypadkach, w których poszkodowany nie może zgodnie z tradycyjnymi regułami dowodowymi dowieść albo aktualnie poniesionej szkody, albo związku przyczynowego między poniesioną szkodą a zda-

³⁴ Związek ten nadal jednak musi zostać określony w razie ustalania czy odebranie pacjentowi szansy na wyleczenie (pogorszenie stanu zdrowia lub zgon pacjenta) mogło być rezultatem konkretnego, przypisywanego lekarzowi uchybienia standardom obowiązującym w diagnostyce medycznej i procedurach leczenia – zob. cytowane wyżej postanowienie z 6 V 2016 r.

³⁵ M. Nesterowicz, *Utrata szansy wyleczenia lub przeżycia w prawie francuskim*, Państwo i Prawo 2010, nr 3, s. 32-33.

rzeniem będącym podstawą odpowiedzialności pozwanego. Trudność dotyczy więc udowodnienia jednej z przesłanek klasycznego roszczenia odszkodowawczego³⁶. Nie mieliśmy do czynienia z takimi wątpliwościami w okolicznościach analizowanej sprawy. Sąd I instancji zdeterminował zarówno szkodę na osobie – małoletniej N.K., jak i związek przyczynowy między zaniechaniem lekarza (A.G.) a szkodą.

Utrata szansy w znaczeniu ścisłym stanowi uszczerbek niemajątkowy przybierający najczęściej postać nadziei na życie bez choroby³⁷. Innymi słowy, szkodą samą w sobie (pewnym, konkretnym uszczerbkiem) jest utrata samej tylko szansy (nadziei) uzyskania korzystnego rezultatu. Odróżniamy to od kwestii utraty rezultatu (skutku) w ogóle³⁸. Przeddefiniujemy więc pojęcie szkody³⁹, gdyż utracona szansa na wyleczenie stanowi odrębną szkodę od szkody na osobie wynikającej z winy podmiotu leczniczego⁴⁰. W przypadku utraty szansy wyleczenia wskazuje się, że najczęściej akceptowana jest metoda stosunkowej (proporcjonalnej) kompensacji. Polega ona na ustalaniu wysokości odszkodowania w oparciu o iloczyn procentowo ustalonej utraty szansy oraz pełnej kwoty odszkodowania – gdyby było ono należne⁴¹. Związek przyczynowy w przedmiotowym zakresie łączy zachowanie lekarza z utratą szansy znalezienia się przez pacjenta wśród ustalonego „ułamka” osób wyleczonych⁴².

Z perspektywy poszkodowanego utratę nadziei cechują zasadniczo nieodwracalny charakter oraz niemożność racjonalnego rokowania odnośnie do pozytywnego rezultatu⁴³. Dla oceny uraty szansy doniosłe są świadomość wysokości prawdopodobieństwa odzyskania zdrowia przez po-

³⁶ E. Bagińska, *Odpowiedzialność deliktowa w razie niepewności związku przyczynowego. Studium porównawcze*, Toruń 2013, s. 230.

³⁷ A. Siczych-Drzewiecka, *Szkoda ewentualna i utrata szansy*, Warszawa 2020, s. 147 i 181.

³⁸ Zob. E. Bagińska, *Odpowiedzialność...*, s. 231; E. Bagińska [w:] P. Machnikowski (red.), *Zobowiązania. Część ogólna. Tom II. Komentarz*, 2024, art. 445, nb. 31, Legalis; A. Siczych-Drzewiecka, *op.cit.*, s. 147.

³⁹ Zob. P. Grzebyk, *Rekompensata utraty szansy* [w:] J. Jastrzębski (red.), *Odpowiedzialność odszkodowawcza*, Warszawa 2007, s. 23 i 51-53.

⁴⁰ Zob. E. Bagińska [w:] P. Machnikowski (red.), *op.cit.*, art. 445, nb. 31, Legalis.

⁴¹ Ibidem, nb. 32. Zob. w tej kwestii również P. Grzebyk, s. 55-57.

⁴² Zob. ibidem, s. 35 i 51.

⁴³ A. Siczych-Drzewiecka, *op.cit.*, s. 147 i 187.

szkodowanego oraz jego przekonanie w kwestii skuteczności określonej procedury medycznej. Punkt odniesienia stanowi idealny stan zdrowia, nie zaś wiedza o wysokości szansy jego odzyskania⁴⁴.

Treść utraconej szansy może dotyczyć zwłaszcza uniknięcia inwalidztwa, polepszenia stanu zdrowia, osiągnięcia powodzenia w leczeniu, a nawet przeżycia i oszczędzenia bólów związanych z końcem życia⁴⁵. Utrata szansy bądź nadziei wyleczenia kwalifikowana jest jako rezultat naruszenia dobra osobistego w postaci zdrowia lub integralności cielesnej. Nie stanowi zatem dobra osobistego samoistnego⁴⁶.

Z perspektywy postępowania podmiotu odpowiedzialnego, utrata szansy obejmuje przypadki, w których doszło do spowodowania szkody u pacjenta zarówno w wyniku zastosowania nieprawidłowego leczenia (w tym użycia przestarzałego sprzętu czy zarzuconej metody), jak i w następstwie zwłoki bądź zaniechania podjęcia leczenia (w razie obowiązku działania i zapobieżenia szkodzie)⁴⁷. Utrata szansy dotyczy również okoliczności braku poinformowania o ryzykach towarzyszących interwencji medycznej⁴⁸ czy niedopełnienia obowiązku informacyjnego skutkującego utratą szansy na wyleczenie⁴⁹. Upływ czasu w razie zwłoki bądź zaniechania zwiększa ryzyko ponoszone przez pacjenta i może prowadzić do nieodwracalnych, ujemnych skutków dla jego zdrowia. Dlatego też – w ramach możliwości – zabieg powinien być dokonany w czasie, gdy rokowania odnośnie do szans jego powodzenia są największe. Wszelkie zawinione opóźnienie lekarza pociąga za sobą jego odpowiedzialność⁵⁰, tak jak miało to miejsce w odniesieniu do małoletniej N.K. w analizowanej sprawie.

⁴⁴ Ibidem, s. 181.

⁴⁵ Zob. E. Bagińska, *Odpowiedzialność...*, s. 256 i wskazana tam literatura.

⁴⁶ A. Sieczych-Drzewiecka, *op.cit.*, s. 181. W odniesieniu do szansy na wyleczenie jako samodzielnego dobra osobistego zob. ibidem, s. 188-203. Zob. także P. Grzebyk, *op.cit.*, s. 23, która wskazuje, iż ogólnie rozumianą szansę należy traktować w kategorii dobra niemajątkowego mogącego i podlegającego w niektórych przypadkach ochronie prawnej.

⁴⁷ Zob. M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, Toruń 2016, s. 222; A. Sieczych-Drzewiecka, *op.cit.*, s. 181; P. Grzebyk, *op.cit.*, s. 35.

⁴⁸ E. Bagińska, *Odpowiedzialność...*, s. 257.

⁴⁹ P. Grzebyk, *op.cit.*, s. 35.

⁵⁰ M. Nesterowicz, *Prawo...*, s. 221-222.

W piśmiennictwie wskazuje się, że utrata szansy wyzdrowienia nieodłącznie związana jest z krzywdą pacjenta. Uszczerbek ma zatem zasadniczo charakter niemajątkowy (krzywda pacjenta). Może przybrać również postać majątkową (np. koszty leczenia i opieki, utrata zarobków). Mogą ponadto wystąpić oba te uszczerbki⁵¹. Jednocześnie prawo polskie zawiera regulacje umożliwiające – w wielu przypadkach – rozstrzygnięcie powództwa obejmującego roszczenia z tytułu utraty szansy. Są to ogólne przepisy w zakresie szkody i związku przyczynowego (tj. art. 361-363 k.c.) oraz przepisy odszkodowawcze w reżimie deliktowym (art. 444-448 k.c.)⁵². Szczególne znaczenie mają art. 444 oraz 445 k.c., a więc przepisy, na których oparto żądania pozwu w zakresie dotyczącym małoletniej. Poniżej omówione zostaną przypadki, w których sądy rozstrzygały, iż doszło do utraty szansy wyleczenia z perspektywy poszczególnych podstaw prawnych.

5.2.2. „Wymiar majątkowy” utraty szansy (art. 444 k.c.)

I tak, dopuszczalność orzeczenia o roszczeniach, w przypadku których nie da się ściśle udowodnić żądania lub takie udowodnienie jest nader utrudnione, wynika z art. 444 §1 k.c.. Przepis ten – przewidujący zwrot kosztów wynikłych z uszkodzenia ciała bądź wywołania rozstroju zdrowia oraz dopuszczający wyłożenie z góry sumy kosztów leczenia, bądź przygotowania do innego zawodu – w pewien sposób łagodzi ujemne skutki niespełnienia ciężaru dowodu (art. 6 k.c.). Mimo to art. 444 §1 k.c. nie może stanowić podstawy dla eliminacji reguł w zakresie ciężaru dowodu czy też zwolnienia powoda z obowiązku przedstawienia dowodów koniecznych dla ustalenia szkody oraz jej wysokości (choćby przybliżonej)⁵³.

W razie, gdy pogorszenie szansy na poprawę zdrowia stanowi konsekwencję zawnionego działania (zaniechania) lekarza – na podstawie art. 444 §2 k.c. – dopuszczalne jest zasądzenie renty z tytułu całkowitej

⁵¹ Zob. P. Grzebyk, *op.cit.*, s. 26-27 i 35-36. W kontekście szkody majątkowej na gruncie prawa polskiego i pomimo dalszych uwag – zob. *ibidem*, s. 42-44 i 60-61.

⁵² Zob. M. Nesterowicz, *Utrata...*, s. 40

⁵³ Zob. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 9 XI 2004 r. (I ACa 1012/04), *Legalis nr 72036*; E. Bagińska, *Odpowiedzialność...*, s. 259.

(częściowej) niezdolności do pracy, zwiększenia potrzeb lub zmniejszenia widoków powodzenia na przyszłość⁵⁴. Jak wskazał Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 11 XII 2002 r. (I CKN 1386/00), odmowa wykonania zabiegu leczniczego powoduje u pacjenta szkodę nie tylko polegającą na pogorszeniu zdrowia, ale również szkodę w postaci trwania rozstroju zdrowia, jeżeli taki rozstrój mógł być wyeliminowany na skutek zabiegu⁵⁵.

Natomiast w innym wyroku Sąd Najwyższy stwierdził, że szkoda spowodowana zaniechaniem odpowiednich czynności bądź zaniechaniem podjęcia ich we właściwym czasie może przybrać postać utraty lub zmniejszenia szans poprawy zdrowia. Jeżeli szkoda zmaterializuje się w postaci określonej w art. 444 §2 k.c., to będzie stanowiła przesłankę zasądzenia renty na podstawie tego przepisu⁵⁶. Stan faktyczny przedmiotowej sprawy przywodzi na myśl omawiany przypadek małoletniej N.K. Tutaj powód (małoletni D.K.) również od urodzenia dotknięty był chorobą – mózgowym porażeniem dziecięcym związanym z organicznym uszkodzeniem mózgu. Porażenie ma trwały charakter i nie rokuje pozytywnie odnośnie do wyleczenia. Podobnie mamy zatem do czynienia ze schorzeniem „naturalnym”, które nie pozostaje w związku przyczynowym z działaniami (zaniedbaniami) lekarzy, tu: w postaci nienależytego prowadzenia badań powoda D.K. w pierwszym roku życia. Badania były pobieżne, nie weryfikowano informacji otrzymanych od opiekunów. Brak staranności, pomimo istnienia obiektywnych podstaw, polegał na nieskierowaniu D.K. w odpowiednim czasie na konsultacje, co skutkowało późniejszym rozpoczęciem rehabilitacji. Sąd orzekający stwierdził istnienie związku przyczynowego pomiędzy tymi okolicznościami a stanem rozwoju D.K. i wyuczeniem nieprawidłowych wzorców rozwojowych. W konsekwencji spóźnionej rehabilitacji różnica w utrwalonych wzorach zachowań dzieci ćwiczonych i niećwiczonych wyniosła około 20%. O ile Sądy Okręgowy i Apelacyjny wyrokujące w sprawie przyznały D.K. zadośćuczynienie za doznaną krzywdę (pomimo że wczesna diagnoza i rehabilitacja nie dopro-

⁵⁴ Zob. E. Bagińska, *Odpowiedzialność...*, s. 259; M. Nesterowicz, *Utrata...*, s. 40.

⁵⁵ Legalis nr 59278.

⁵⁶ Wyrok z dnia 17 VI 2009 r. (IV CSK 37/09), Legalis nr 216838.

wadziłyby do tego, aby mógł on samodzielnie chodzić), to nie znalazły podstaw do zasądzenia renty. Dopiero Sąd Najwyższy w skardze kasacyjnej powoda uchylił zaskarżony wyrok w części dotyczącej renty, zauważając, że poprawa w takiej chorobie osiągana jest m.in. przez rehabilitację i zabiegi. Sąd wskazał, że nie można wykluczyć zwiększenia wydatków stanowiących konsekwencję opóźnionej, a przez to trudniejszej i mniej skutecznej rehabilitacji⁵⁷.

5.2.3. „Wymiar niemajątkowy” utraty szansy (art. 445 k.c.)

Utrata szansy na wyleczenie stanowi przeważnie podstawę przyznania poszkodowanemu zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę zgodnie z art. 445 §1 k.c. W tym ujęciu utrata szansy stanowi przyczynę uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia, których – z dużym prawdopodobieństwem – można by uniknąć⁵⁸. Uzasadnieniem powyższego może być wyrok Sądu Najwyższego z dnia 9 I 1978 r. (IV CR 510/77)⁵⁹ interpretowany w ten sposób, że niezależnie od pogorszenia stanu zdrowia na skutek wadliwie przeprowadzonego porodu, pokrzywdzona – powódka utraciła szansę posiadania dzieci. Taki stan rzeczy przemawiał za podwyższeniem zadośćuczynienia z tytułu doznanej krzywdy⁶⁰.

Inny przykład stanowi sprawa rozstrzygnięta wyrokiem Sądu Najwyższego z dnia 10 III 2006 r.⁶¹, w której doszło do błędnej diagnozy i w jej następstwie usunięcia w całości nerki (nefrektomii) zamiast podjęcia najpierw leczenia przeciwwzapalnego i przeciwbakteryjnego zasadnego dla stanu zdrowia małoletniej powódki (M.Z.). W wieku 12 lat zdiagnozowano u niej guza Wilmsa lewej nerki. Przed usunięciem nerki poddano jeszcze M.Z. wstępnej chemioterapii. Badania histopatologiczne materiału tkankowego nerki wykonane po jej usunięciu wykazały przewlekłe zapalenie śródmiąższowe nerki z polami ksantomatycznymi. Nie znaleziono

⁵⁷ Ibidem.

⁵⁸ M. Nesterowicz, *Utrata...*, s. 41.

⁵⁹ Legalis nr 20611.

⁶⁰ M. Nesterowicz, *Utrata...*, s. 41, przypis nr 53.

⁶¹ Sygn. akt: IV CSK 80/05, Legalis nr 74984.

ani pól martwicy, ani resztek struktur guza Wilmsa, przez co nie ustalono rozpoznania „nephroblastoma”. Mimo to nie można było z całkowitą pewnością wykluczyć całkowicie znikłego ogniska nefroblastomatycznego – podłoża odczynu resorbcyjno-zapalnego⁶².

Sąd I instancji orzekający w sprawie przypisał winę za błędną diagnozę M.Z. lekarzom. Stwierdził, że nie dołożyli oni należytej staranności, ustalając przesłanki diagnozy (m.in. nie przeprowadzili biopsji). Diagnoza została postawiona przedwcześnie. Zamiast podjęcia leczenia farmakologicznego XPN – zasadnego z punktu widzenia logiki obserwowanego stanu zapalnego – dającego szansę na uratowanie nerki, lekarze przyjęli odwrotną kolejność i od razu przeszli do rutynowego i najdalej idącego w skutkach działania. W konsekwencji Sąd I instancji stwierdził, że usunięcie nerki, którą można było ratować stanowi dla M.Z. poważne zagrożenie na przyszłość. Ponadto choroba drugiej – zachowanej nerki i ewentualna konieczność jej usunięcia w przyszłości pozbawi M.Z. możliwości normalnego funkcjonowania. Sąd ustalił, że uszczerbek na zdrowiu w wyniku lewostronnej nefrektomii wynosił 35%. Ponadto liczne cierpienia wynikające z błędnego leczenia, w tym chemioterapia (wypadnięcie wszystkich włosów) oraz wstydlive i stresujące problemy ginekologiczne doprowadziły M.Z. do załamania nerwowego. Ustalono, że nerwica będąca następstwem utraty nerki powoduje uszczerbek na zdrowiu w wysokości 10%⁶³.

Sąd I instancji przyznając zadośćuczynienie na podstawie art. 445 k.c. (80 000 zł) uwzględnił m.in. wiek powódki oraz prognozy jej zdrowia na przyszłość. Sąd II instancji oddalił apelację M.Z. oraz pozwanego. Natomiast Sąd Najwyższy zmienił wyrok, zasądzając na rzecz M.Z. kwotę 150 000 zł. Sąd Najwyższy wskazał, że zadośćuczynienie powinno uwzględniać zarówno krzywdę istniejącą w chwili orzekania, krzywdę, która będzie na pewno odczuwalna w przyszłości, jak również krzywdę dającą się przewidzieć z dużym stopniem prawdopodobieństwa. W sprawie doniosłe dla określenia wysokości zadośćuczynienia były również okolicz-

⁶² Ibidem.

⁶³ Ibidem.

ność młodego wieku M.Z., negatywne zmiany w psychice oraz niepewne perspektywy i rokowania zdrowotne na przyszłość (także uwzględniając chemioterapię)⁶⁴. Przedmiotowa sprawa stanowi dobry przykład utraty szansy wyleczenia (całkowitego w razie powodzenia terapii farmakologicznej) powiązany z pogorszeniem stanu zdrowia z powodu zastosowania zbyt inwazyjnego leczenia niosącego za sobą również krzywdę psychiczną (nerwica).

Do utraty szansy wyleczenia doszło też w sprawie rozstrzygniętej przez Sąd Apelacyjny w Krakowie wyrokiem z dnia 6 IV 2023 r. (I ACa 1004/22)⁶⁵. W tym stanie faktycznym powódka została zakażona gronkowcem złocistym w związku z zabiegiem operacyjnym – alloplastyką całkowitą cementową stawu kolanowego z zastosowaniem autogennych przeszczepów kostnych. Na skutek zakażenia powstał u niej proces zapalny po wszczępieniu endoprotezy stawu kolanowego. O ile podporządkowanie leczenia utrzymaniu protezy już po wykryciu zakażenia uznano za celowe, o tyle dobór antybiotyków (powódka wykazywała uczulenie na penicylinę) oraz ich dawkowanie nie odpowiadało standardom postępowania w chorobach infekcyjnych. Stwierdzono, że leczenie zachowawcze zmniejszyło szansę wyleczenia, zauważając jednak, iż w pełni prawidłowe leczenie nadal nie dawało pewności wyleczenia. Sąd I instancji przyjął, że podstawowym źródłem problemów zdrowotnych powódki były stany zwyrodnieniowe stawu kolanowego, ale uznał, że gdyby nie powikłanie pooperacyjne (zakażenie), to najprawdopodobniej staw kolanowy powódki funkcjonowałby prawidłowo po założeniu endoprotezy⁶⁶.

Konsekwencjami zakażenia było wielokrotne leczenie operacyjne powódki, usunięcie endoprotezy, usztywnienie stawu kolanowego oraz ograniczenie sprawności ruchowej w obrębie tego stawu. Przyjęto, że doszło do uszczerbku na zdrowiu w wysokości 30%. Poza zmniejszeniem szans na wyleczenie wynikającym z nieprawidłowego leczenia (po wystąpieniu zakażenia), ustalono ponadto, iż samo zakażenie powódki

⁶⁴ Ibidem.

⁶⁵ Legalis nr 3058789.

⁶⁶ Ibidem.

umożliwiły nieprawidłowości w leczeniu w postaci nieprawidłowej profilaktyki. Sąd I instancji zdeterminował istnienie związku przyczynowego pomiędzy szkodą u powódki a działaniem personelu szpitala i przyznał jej zadośćuczynienie w wysokości 120 000 zł na podstawie art. 445 §1 k.c. w zw. z art. 444 §1 i §2 k.c. Kwota ta została uznana przez Sąd Apelacyjny za słuszną, tj. odpowiadającą rozmiarowi krzywdy doznanej przez powódkę⁶⁷.

Jeszcze inna sprawa, w której sąd odwołał się do utraty szansy, dotyczy utraty szansy wyleczenia (uniknięcia szkody) w postaci utraty wzroku. W tym przypadku zaniechania wobec powódki leczącej się w Centrum Zdrowia – trwające od 1999 r. do 2007 r. – pozwoliły sformułować wobec Centrum zarzut błędu diagnostycznego w czystej postaci. Biegli powołani w sprawie wskazali brak możliwości, zgodnie z którą oponiak zdiagnozowany u powódki mógł pojawić się „z dnia na dzień” (wykryty w badaniu MR był wielkości 3,8 x 2,3 x 3,5 cm). Powódka zgłaszała się do Centrum przez kilka lat z tym samym problemem polegającym na pogarszaniu widzenia (najpierw oko prawe, potem oko lewe). Miała prawo oczekiwać profesjonalnej pomocy, niezwłocznego podjęcia właściwej diagnostyki i leczenia. Brak takich działań spowodował nieodwracalne skutki w stanie jej zdrowia – utraciła szansę wyleczenia bądź uniknięcia szkody w postaci praktycznie całkowitej utraty wzroku (stan narządu wzroku jest utrwalony i nie ulegnie zmianie w przyszłości). Sąd I instancji przyznał powódce zadośćuczynienie za doznaną krzywdę w wysokości 100 000 zł na podstawie art. 445 §1 k.c. Wskazując utratę szansy na widzenie, Sąd I instancji podkreślił, że dotyczy to również utraty możliwości normalnego funkcjonowania. Powódka wymaga bowiem stałej dożywotniej pomocy osób trzecich. Wcześniej była ona w pełni sprawna fizycznie i samodzielna. Kończąc, warto wskazać, że Sąd I instancji rozstrzygając sprawę, uwzględnił okoliczności subiektywne po stronie powódki – jej odczucia, stopień cierpienia oraz poczucia krzywdy⁶⁸.

⁶⁷ Ibidem.

⁶⁸ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 VII 2022 r. (II CSKP 391/22), Legalis nr 2889125.

5.2.4. Odszkodowanie w razie śmierci a utrata szansy (art. 446 § 3 k.c.)

Analizując kwestię podstaw prawnych roszczeń dotyczących utraty szansy, należy również odnieść się do art. 446 § 3 k.c. Zgodnie z tym przepisem sąd może przyznać najbliższym członkom rodziny zmarłego odszkodowanie, jeżeli wskutek jego śmierci nastąpiło znaczne pogorszenie ich sytuacji życiowej. Uwagi w przedmiotowym zakresie warto poprzedzić krótkimi wyjaśnieniami z uwagi na możliwe rozbieżności w doktrynie i judykaturze, na które wpływ miała również zmiana stanu prawnego w 2008 r.

O ile sformułowanie art. 446 § 3 k.c. sugeruje *prima facie* dopuszczalność kompensacji jedynie uszczerbku majątkowego, o tyle przed przyjęciem art. 446 § 4 k.c. w 2008 r.⁶⁹, był on interpretowany jako podstawa pośredniego wynagradzania uszczerbków niemajątkowych, które wpływały na ogólną sytuację życiową uprawnionych (powodując jej znaczne pogorszenie)⁷⁰. Doniosłość prawna uszczerbku niemajątkowego przy szacowaniu odszkodowania na podstawie art. 446 § 3 k.c., a w konsekwencji mieszany (majątkowo-niemajątkowy) charakter roszczenia z tego tytułu był wyrazem pewnej ewolucji judykatury i doktryny⁷¹. Uszczerbki niemajątkowe podlegające kompensacji na powyższej podstawie obejmowały m.in. utratę towarzystwa, rady, wzajemnej pomocy bądź trudności radzenia sobie z codziennymi obowiązkami. Takie uszczerbki – jak słusznie wskazano w piśmiennictwie – podlegają obecnie kompensacji w ramach roszczenia z art. 446 § 4 k.c. dotyczącego zadośćuczynienia pieniężnego za śmierć najbliższego członka rodziny⁷².

Niezależnie od powyższego nadal w orzecznictwie widoczne jest interpretowanie roszczenia z art. 446 § 3 k.c. w sposób mieszany, tj. majątkowo-niemajątkowy, który w okolicznościach sprawy może nawiązy-

⁶⁹ W myśl tego przepisu sąd może przyznać najbliższym członkom rodziny zmarłego odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę.

⁷⁰ Zob. M. Wałachowska [w:] M. Habdas, M. Fras (red.), *Kodeks cywilny. Komentarz. Tom III. Zobowiązania. Część ogólna (art. 353-534)*, 2018, art. 446, nb. 12, Legalis.

⁷¹ Zob. ibidem, nb. 77.

⁷² Zob. ibidem, nb. 74.

wać do teorii utraty szansy. Za przykład posłuży stan faktyczny będący przedmiotem wyroku Sądu Najwyższego z dnia 25 czerwca 2020 r.⁷³ i przywołający na myśl sytuację zaistniałą w przypadku małoletniej N.K. I tak, powódka, której ciąża przebiegała prawidłowo, została przyjęta do niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej w celu odbycia porodu. Bezskuteczna akcja porodowa trwała kilkanaście godzin i została zakończona zabiegiem cesarskiego cięcia. Dziecko urodziło się w stanie ciężkim – bez akcji serca i oddechu, w stanie ciężkiego niedotlenienia okołoporodowego. Zmarło pięć miesięcy po porodzie. Lekarz dyżurny na oddziale, w którym przebywała powódka oraz ordynator tego oddziału zostali skazani za przestępstwo z art. 160 §2 i §3 k.k. Polegało ono na nieumyślnym narażeniu dziecka powódki na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia z powodu braku rozpoznania we właściwym czasie wewnątrzmacicznego niedotlenienia dziecka oraz nienakazanie ciągłego kardiograficznego nadzoru dziecka. W konsekwencji powyższego u narodzonego dziecka stwierdzono encefalopatię niedokrwiennie-niedotlenieniową. Sąd cywilny orzekający w I instancji stwierdził na podstawie opinii biegłych (z zakresu ginekologii i położnictwa oraz neonatologii) nieprawidłowości w postępowaniu personelu medycznego polegające na nienależytym nadzorze nad przebiegiem porodu. Miało to związek z powstaniem u dziecka niedotlenienia okołoporodowego oraz uszkodzeń organizmu prowadzących do zgonu dziecka⁷⁴. Zły stan zdrowia dziecka oraz jego śmierć spowodował szok i traumę u rodziców. Powódka, pomimo objawów typowych dla żaloby szybko wróciła do pracy zawodowej. Natomiast ojciec nie korzystał ze zwolnienia lekarskiego. Powódka zaszła w ciążę i urodziła zdrowe dziecko, co – pomimo lęku o przebieg ciąży – poprawiło jej ogólny stan psychiczny. Sąd ustalił, że rodzice zachowują pamięć o zmarłym dziecku, przy czym przeżycia związane z jego chorobą i śmiercią nie wpływają istotnie na ich aktywność życiową i zawodową⁷⁵.

W przedmiotowej sprawie powodowie (rodzice) nie wnieśli roszczenia o zadośćuczynienie za krzywdę spowodowaną śmiercią dziecka (art. 24 §1

⁷³ Sygn. akt: II CSK 535/18, *Legalis* nr 2412875.

⁷⁴ *Ibidem*.

⁷⁵ *Ibidem*.

w zw. z art. 448 k.c.). Domagali się natomiast odszkodowania z tytułu śmierci dziecka w kwotach po 100 000 zł na rzecz każdego z nich (na podstawie art. 446 §3 k.c.) oraz zwrotu kosztów pogrzebu. Sąd I instancji stwierdził brak przesłanek do zasądzenia odszkodowania, gdyż powodowie nie udowodnili negatywnych następstw śmierci dziecka w ich sferze majątkowej. Zdaniem sądu I instancji art. 446 §3 k.c. dotyczy jedynie szkody majątkowej⁷⁶.

Sąd Apelacyjny (II instancji) zmienił wyrok w sprawie w ten sposób, że zasądził na rzecz każdego z powodów kwotę po 15 000 zł tytułem odszkodowania za znaczne pogorszenie ich sytuacji życiowej. Zdaniem tego Sądu wejście w życie wspomnianego art. 446 §4 k.c. nie wyłączyło dopuszczalności wyrównania na podstawie art. 446 §3 uszczerbków o charakterze pozaekonomicznym, które powiązane są ze szkodą majątkową i mogą przybrać postać, chociażby utraty wymiernego finansowo wsparcia i pomocy w sytuacjach życiowych, tak w chwili śmierci osoby bliskiej, jak w przyszłości. Sąd Najwyższy zaaprobował takie ujęcie, wskazując podobnie, że znaczne pogorszenie sytuacji życiowej daje się sprowadzić do pozbawienia osoby pośrednio poszkodowanej możliwości faktycznego wsparcia udzielanego wcześniej przez osobę bliską. Takie świadczenia, mimo trudności ich wyliczenia, cechuje wymiar majątkowy, gdyż zwalniają uprawnionych z konieczności pokrywania ich kosztów. Mogą to być prace różnego rodzaju, np. prowadzenie gospodarstwa domowego, prace fizyczne, remontowe, bezpośrednia opieka, pomoc w nauce, pracy zawodowej, działalności gospodarczej bądź też pomoc w utrzymaniu gospodarstwa domowego. W przedmiotowym ujęciu – zdaniem Sądu Najwyższego – odszkodowanie z art. 446 §3 k.c. pozwala rekompensować szeroko ujmowane szkody majątkowe, często nieuchwytnie lub trudne do obliczenia. Wspólnym ich mianownikiem jest znaczne pogorszenie sytuacji życiowej osoby najbliższej. Taka ocena obejmuje zarówno istniejące, jak i dające się rozsądnie przewidzieć w przyszłości ujemne następstwa majątkowe (uwzględniając doświadczenie życiowe, stan zdrowia, sytuację życiową rodzinną i majątkową). Ponadto powinna obejmować porówna-

⁷⁶ Ibidem.

nie sytuacji, w której znajduje się uprawniony ze stanem, w jakim by się znajdował, gdyby osoba zmarła pozostawała przy życiu⁷⁷.

Biorąc pod uwagę, że stan faktyczny dotyczył śmierci kilkumiesięcznego dziecka, rozsądnie daje się wnioskować, że Sąd Apelacyjny oraz Sąd Najwyższy miały na względzie utratę szansy otrzymania pomocy od dziecka w przyszłości i za to w rzeczywistości przyznały odszkodowanie. Rozsądnie można przyjąć (bez jednak pewności), że w normalnym zbiegu rzeczy dziecko mogłoby „polepszyć ich sytuację życiową”. W chwili wyrokowania jednak śmierć dziecka nie miała wymiaru majątkowego bądź był on niewielki, przez co niekoniecznie wart ustalania (matka szybko wróciła do pracy, a ojciec nie korzystał ze zwolnienia lekarskiego).

Bibliografia:

- Bączyk-Rozwadowska K., *Błąd lekarski w doktrynie i orzecznictwie sądowym*, Prawo i Medycyna 2008, nr 3.
- Bagińska E., *Odpowiedzialność deliktowa w razie niepewności związku przyczynowego. Studium prawnoporównawcze*, Toruń 2013.
- Bagińska E. [w:] Machnikowski P. (red.), *Zobowiązania. Część ogólna. Tom II. Komentarz*, 2024, Legalis.
- Boratyńska M., *Kwestionowanie prawidłowości zgody udzielonej na zabieg kraniotomii – omówienie wyroku Sądu Okręgowego w Gdańsku z dnia 26 marca 2019 r. (I C 202/14)*, Przegląd Prawa Medycznego 2022, nr 3-4.
- Borysiak W., Bosek L., Girdwoyń A., Salbut K. [w:] Bosek L. (red.), *Ustawa o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, 2025, Legalis.
- Chmielowiec B. [w:] Karkowska D. (red.), *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, 2021, LEX.
- Grzebyk P., *Rekompensata utraty szansy* [w:] J. Jastrzębski (red.), *Odpowiedzialność odszkodowawcza*, Warszawa 2007.
- Lewaszkiwicz-Petrykowska B., *Wina lekarza i zakładu opieki zdrowotnej jako przesłanka odpowiedzialności za szkody wyrządzone przy leczeniu*, Prawo i Medycyna 1999, nr 1.

⁷⁷ Ibidem.

- Marek Z., *Błąd medyczny. Odpowiedzialność etyczna – deontologiczna i prawna lekarza*, Kraków 2007.
- Nesterowicz M., *Prawo medyczne*, Toruń 2016.
- Nesterowicz N., *Prawo medyczne*, Toruń 2019, wyd. XII.
- Nesterowicz M., *Utrata szansy wyleczenia lub przeżycia w prawie francuskim*, Państwo i Prawo 2010, nr 3.
- Sieczych-Drzewiecka A., *Szkoda ewentualna i utrata szansy*, Warszawa 2020.
- Świdarska M., *Zadośćuczynienie z tytułu naruszenia dóbr osobistych w związku z ujawnieniem tajemnicy medycznej*, Białostockie Studia Prawnicze 2020, nr 2 (vol. 25).
- Wałachowska M. [w:] Habdas M., Frasz M. (red.), *Kodeks cywilny. Komentarz. Tom III. Zobowiązania. Część ogólna (art. 353-534)*, 2018, Legalis.

S u m m a r y

Premature birth and postnatal complications resulting from negligence of hospital staff – analysis of the judgment of the Court of Appeal in Warsaw of 4 June 2020 (I ACa 395/19)

The study concerns the case decided by the Court of Appeal in Warsaw in a judgment of 4 VI 2020 (I ACA 395/19). The Court decided about pecuniary and non-pecuniary loss incurred by a newborn child as a result of negligent postnatal care as well as about emotional harm caused to its parents due to violation of their personal rights and the patient's right to be informed about their child's health. Firstly, the authors analyse a medical error which, committed by a defendant doctor, resulted in serious neurological injuries to the child. Further, they try to answer the question whether it was possible to substantiate the claim on the basis of loss of chance doctrine in similar cases.

Key words: medical error, damages, non-pecuniary loss, loss of chance, personality rights, patient's rights

RYSZARD PRZEWOŹNIAK
UNIWERSYTET WARSZAWSKI
ORCID: 0009-0009-5622-412X

MGR ALEKSANDER WŁADEREK
UNIWERSYTET WARSZAWSKI
ORCID: 0000-0003-4766-3162

MICHAŁ KROPIWNIKI
UNIWERSYTET WARSZAWSKI
ORCID: 0000-0001-5483-6338

MGR KRZYSZTOF ŚLASKI
UNIWERSYTET WARSZAWSKI
ORCID: 0000-0001-5410-4196

Sprawozdanie z III Ogólnopolskiej Konferencji Prawa Medycznego „Ewolucja standardów obowiązku informacji” – Gdynia, 7 maja 2025 r.

DOI: 10.70537/ppm/210274

W dniu 7 maja 2025 r. w Wyższej Szkole Administracji i Biznesu im. E. Kwiatkowskiego w Gdyni odbyła się w formie hybrydowej III Ogólnopolska Konferencja Prawa Medycznego, której temat szczegółowy w tym roku brzmiał „Ewolucja standardów obowiązku informacji”. Organizatorem wydarzenia było Koło Naukowe Prawa Medycznego „Respirator”, zaś merytorycznymi opiekunami konferencji: dr hab. Małgorzata Świdorska, prof. ucz., oraz r.pr. Filip Cyganek. Konferencja została objęta wieloma patronatami, w tym m.in. patronatem Okręgowej Izby Radców Prawnych w Gdańsku, wydawnictwa Wolters Kluwer, portalu prawalekarza.pl, czasopisma „Przegląd Prawa Medycznego” oraz lokalnych parlamentarzyistów.

Organizatorzy, otwierając wydarzenie, powitali wszystkich zgromadzonych i wyrazili nadzieję na merytoryczne obrady dotyczące najistotniejszych współcześnie problemów prawa medycznego. Głos zabrał także doradca Prezydenta RP, który powitał zgromadzonych w imieniu Prezydenta RP oraz Sejmiku Województwa, a następnie pogratulował organizatorom kolejnej edycji tak znakomitej inicjatywy.

W panelu eksperckim jako pierwszy z referatem *Prawo do informacji medycznych osób trzecich* wystąpił dr hab. Rafał Kubiak, prof. ucz. reprezentujący Uniwersytet Łódzki, Uniwersytet Medyczny w Łodzi oraz Komitet Bioetyki PAN. W swoim referacie prof. Kubiak omówił nie tylko podstawowe zasady informowania osób trzecich o stanie zdrowia pacjenta, ale również m.in. zagadnienie zwolnienia z tajemnicy lekarskiej po śmierci pacjenta czy reguły postępowania z danymi dotyczącymi pacjenta i jego stanu zdrowia w postępowaniach dyscyplinarnych.

Następnie głos zabrała dr hab. Maria Boratyńska, prof. ucz. (Uniwersytet Warszawski, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Komitet Bioetyki PAN), która w wystąpieniu *Jaki powinien być standard udzielania niepomysłnych informacji rodzinie pacjenta*, przedstawiła tematykę przekazywania informacji członkom rodziny pacjenta oraz innym osobom przez niego upoważnionym. Prelegentka zwróciła szczególną uwagę na konieczność udzielania bliskim pacjenta informacji zrozumiałych i przejrzystych w celu eliminowania ryzyka nieporozumień pomiędzy bliskimi pacjenta a personelem medycznym. Referat został oparty na praktycznych przykładach dowodzących często błędnych przekonań członków rodziny pacjenta co do własnych uprawnień informacyjnych, a prelegentka podkreśliła niezbędność wzięcia interesów personelu medycznego, samego pacjenta, a także jego bliskich.

Następnie dr hab. Kinga Bączyk-Rozwadowska, prof. ucz. reprezentująca Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, wygłosiła referat pt. *Obowiązek informacyjny lekarzy udzielających świadczeń z wykorzystaniem algorytmów sztucznej inteligencji*, w którym wskazała na zmiany w roli lekarza ze względu na upowszechnianie się narzędzi opartych na sztucznej inteligencji, jak np. chat-boty, oraz ryzyko związanego z tym osłabiania za-

ufania lekarza do pacjenta. Prelegentka przedstawiła także nowy standard informowania pacjenta o wykorzystaniu sztucznej inteligencji w procesie leczenia wynikający ze znowelizowanego Kodeksu Etyki Lekarskiej oraz wymóg poszanowania autonomii pacjenta przy odmowie przeprowadzenia procesu leczenia z wykorzystaniem narzędzi opartych na sztucznej inteligencji. W podsumowaniu prof. Bączyk-Rozwadowska podkreśliła konieczność ostrożnej interpretacji wyników analiz przeprowadzonych przez narzędzia sztucznej inteligencji.

Kolejny referat pt. *Prawo do bezpiecznej hospitalizacji* wygłosił adw. dr Paweł Brzezicki (Kancelaria Adwokacka Paweł Brzezicki w Gdańsku). Prelegent poruszył zagadnienie bezpieczeństwa pacjenta w placówce ochrony zdrowia z perspektywy udzielania świadczeń zdrowotnych oraz z perspektywy organizacji placówki medycznej. Dr Brzezicki przedstawił przykłady z praktyki psychiatrycznych oddziałów szpitalnych oraz postulaty uzyskiwania zgody pacjentów na poszczególne ograniczenia ich prywatności i intymności. W podsumowaniu prelegent podkreślił, że konieczne jest informowanie pacjentów o wszystkich aspektach i warunkach udzielanych im świadczeń zdrowotnych, aby zminimalizować ryzyko poniesienia przez nich szkody.

Następnie dr Damian Kaczan z Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu w referacie pt. *Stosowanie leków off-label poza badaniami klinicznymi* podjął temat informowania pacjentów o możliwości zastosowania środków leczniczych poza oficjalnymi wskazaniami medycznymi. W szczególności prelegent odniósł się do problemu udzielania pacjentowi przez lekarza odpowiednich informacji w przypadku samodzielnego leczenia się przez pacjenta, a zwłaszcza tych dotyczących wskazań pozarejestrycyjnych danego leku. Na zakończenie dr Kaczan zasugerował, że w przypadku zastosowania środka *off-label* pożądany jest wyższy standard udzielenia pacjentowi informacji. Do tego referatu odniósł się dr Brzezicki, który powołał się na rygorystyczne metody certyfikowania leków stosowanych w leczeniu pediatrycznym i zapytał o opinię prelegenta na temat możliwości stosowania leków *contra-label* na takich samych zasadach jak *off-label* w leczeniu pediatrycznym. W odpowiedzi dr Kaczan wskazał na koniecz-

ność dokonywania indywidualnej oceny każdego przypadku w świetle aktualnej wiedzy medycznej oraz niezbędność empirycznego potwierdzenia skuteczności zastosowania leków *off-label* w leczeniu pediatrycznym.

Kolejny referat pt. *Bezkręś obowiązk u informacyjnego a odpowiedzialność kar na* wygłosiła dr hab. Małgorzata Gałązka z Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego. W swoim wystąpieniu prelegentka przedstawiła możliwości kryminalizacji naruszeń obowiązku informacyjnego lekarza względem pacjenta oraz wskazała na różnice pomiędzy zakresami udzielanych informacji w różnych sytuacjach faktycznych. Prof. Gałązka przedstawiła dwa modele kryminalizacji braku należytego zrealizowania przez lekarza ciężącego na nim obowiązku informacyjnego, wynikające z możliwości powiązania obowiązku informacyjnego z prawem pacjenta do samostanowienia albo z odrębnym prawem do informacji. Prelegentka przedstawiła przykłady powyższych konstrukcji z ustawy o publicznej służbie krwi oraz z ustawy o leczeniu niepłodności. Prof. Gałązka zauważyła, że naruszenie obowiązku informacyjnego musi dekompletować zgodę pacjenta (tj. pozbawiać ją istotnych cech), aby mogło być kryminalizowane.

Jako ostatni w panelu eksperckim wystąpił adw. Jakub Żaczek (Kancelaria Adwokacka Radosław Tymiński w Warszawie) z referatem pt. *Rola i znaczenie lekarskiego obowiązku informacyjnego z punktu widzenia prawnika broniącego lekarzy*, w którym zwrócił uwagę, że niewiele jest postępowań sądowych i prawomocnych wyroków karnych w sprawach o naruszenie obowiązków informacyjnych lekarza. Prelegent zwrócił także uwagę, że sytuacje nagle mogą uzasadniać ograniczenie zakresu obowiązku informacyjnego względem pacjenta, jeżeli jego dobro miałoby za tym przemawiać. Adw. Żaczek przedstawił również problemy orzecznicze wiążące się z obowiązkiem informacyjnym w prawie medycznym oraz odniósł się do konieczności udzielenia pacjentowi rzetelnych informacji w przypadku niepomyślnych wyników badań diagnostycznych. W zakończeniu prelegent w zarysie nawiązał także do obowiązku informowania pacjentki ciężarnej przy wydawaniu zaświadczenia psychiatrycznego na potrzeby przeprowadzenia zabiegu przerwania ciąży o konieczności dążenia do przeprowadzenia aborcji w taki sposób, aby dziecko mogło przyjść na

świat żywe, o ile tylko jest ono zdolne do samodzielnego przeżycia poza organizmem matki.

W dyskusji po ostatnim wystąpieniu głos zabrała prof. Boratyńska, która zwróciła uwagę na wyraźną sprzeczność w argumentacji prelegenta oraz zapytała o sytuację, w której zagrożenie dla zdrowia psychicznego lub życia pacjentki wynika przede wszystkim z faktu letalnych uszkodzeń płodu. Prelegent odpowiedział, że zagadnienie to jest warunkowane przede wszystkim interpretacją pojęć prawnych, ale dążenie do uratowania życia powinno być regułą nadrzędną, gdyż w innym przypadku lekarz narażałby się m.in. na zarzut zabójstwa z art. 148 kodeksu karnego. Prof. Boratyńska wskazała jednak, że odpowiedź prelegenta wcale nie wyczerpuje zagadnienia konfliktu pomiędzy zdrowiem matki a dążeniem do uratowania płodu, a jednocześnie, że prelegent tworzy nowe warunki przerwania ciąży, nieznane ani ustawie o planowaniu rodziny, ani żadnym innym przepisom.

Po przerwie kawowej w panelu *Problematyka prawa do informacji w procesie leczenia* wystąpiło troje prelegentów. Jako pierwszy głos zabrał mgr Krzysztof Ślaski z Uniwersytetu Warszawskiego, który w referacie pt. *Prawo pacjenta do informacji w kontekście świadczeń udzielanych w formie teleporad* przedstawił obowiązki informacyjne spoczywające na lekarzu w przypadku udzielania świadczeń bez fizycznego kontaktu z pacjentem. Prelegent zwrócił uwagę, że w takich sytuacjach zakres obowiązku informacyjnego spoczywającego na lekarzu nie różni się od zakresu tego obowiązku w przypadku udzielania pacjentowi świadczeń „na żywo”. Mgr Ślaski odniósł się także do znowelizowanego art. 9 Kodeksu Etyki Lekarskiej i komentarzy do jego brzmienia, podkreślając konieczność poinformowania pacjenta o kwestiach związanych z samą formą teleporady. W podsumowaniu prelegent dostrzegł, że przesłanki odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną świadczeniem, co do którego pacjent nie uzyskał pełnej informacji, zostały w orzecznictwie określone w sposób rygorystyczny.

Następnie głos zabrał Michał Kropiwnicki z Uniwersytetu Warszawskiego, który w referacie pt. *Prawo pacjenta do informacji o metodach diagnostycznych i leczniczych wobec wykorzystania nowych technologii i algorytmów sztucznej*

inteligencji omówił prawo pacjenta do rzetelnej informacji o możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych. Prelegent postawił pytanie, czy lekarz, stosując nowoczesne narzędzia, musi posiadać także wiedzę techniczną pozwalającą wyjaśnić pacjentowi sposób działania używanych technologii. Prelegent wskazał, że szczególny obowiązek w tym zakresie wynika z art. 12 nowego Kodeksu Etyki Lekarskiej, który nakłada na lekarzy powinność informowania pacjentów o stosowaniu algorytmów sztucznej inteligencji. W odniesieniu do zakresu prawa pacjenta do informacji prelegent zwrócił także uwagę m.in. na ryzyko związane z przekazaniem pacjentowi nadmiaru informacji. W podsumowaniu M. Kropiwnicki podniósł postulat uwzględniania specyfiki stosowanych technologii w realizacji obowiązku informacyjnego i uwrażliwienia lekarzy na przedstawione problemy.

Jako ostatnia w tym panelu wystąpiła Anita Jankowska z Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, która w referacie pt. *Czy ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta nadażą za technologią? Analiza potrzeb nowelizacyjnych* zauważyła, że ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta nie odpowiada w pełni na wyzwania związane z dynamicznym rozwojem technologii medycznych. Problemy takie jak brak definicji świadczenia cyfrowego, trudności związane z teleporadami (np. przerwanie połączenia, archiwizacja danych) czy stosowanie algorytmów sztucznej inteligencji wskazują na konieczność nowelizacji przepisów. Prelegentka podkreśliła, że zgodnie z art. 68 Konstytucji RP każdy ma prawo do ochrony zdrowia, co oznacza, że teleporada powinna gwarantować taki sam poziom opieki jak wizyta stacjonarna. Prelegentka odwołała się do orzecznictwa Trybunału Konstytucyjnego, który stwierdził, że ograniczenia dostępu do świadczeń zdrowotnych, także technologiczne, muszą być proporcjonalne, a także do przykładów z Niemiec i Francji, gdzie pacjentom zapewniono analogowe alternatywy. W podsumowaniu A. Jankowska wskazała, że nowelizacja ustawy mogłaby także wprowadzić wspólne standardy informacyjne w przypadku świadczeń zdalnych.

Kolejny panel konferencyjny pt. *Obowiązek informacyjny – perspektywa pacjenta i lekarza* rozpoczął Ryszard Przewoźniak z Uniwersytetu War-

szawskiego, który w referacie pt. *Obowiązek pouczenia pacjenta jako szczególny element realizacji obowiązku informacyjnego* przedstawił relację pomiędzy obowiązkiem pouczenia pacjenta przewidzianym przez ustawę o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi z ogólnymi zasadami dotyczącymi obowiązku informacyjnego spoczywającego na lekarzu. Prelegent przedstawił podobieństwa i różnice pomiędzy tymi instytucjami oraz podkreślił znaczenie obowiązku udzielenia pacjentowi przez lekarza przystępnej informacji, która pozwala dopiero na udzielenie przez pacjenta „poinformowanej zgody” na świadczenie zdrowotne. W podsumowaniu wystąpienia R. Przewoźniak podkreślił konieczność wyważenia praw przysługujących pacjentowi oraz nakładanych na niego obowiązków koniecznych do zapewnienia zdrowia publicznego, aby ingerencje w standard ochrony praw pacjenta były ograniczone do minimum.

W dalszej kolejności Juliusz Borawski z Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie wygłosił referat pt. *Obowiązek informacyjny lekarza w dobie sztucznej inteligencji – zakres, forma i odpowiedzialność*. Prelegent przedstawił procesowe wyzwania związane z dowodzeniem udzielenia lub nieudzielenia pacjentowi przejrzystej informacji oraz powiązanie prawa do informacji z prawem do wyrażenia zgody przez pacjenta. Prelegent omówił także zagadnienie tzw. AI Black Box, które uniemożliwia w pełni wyjaśnienie działania algorytmów wykorzystywanych w konkretnych narzędziach. W zakończeniu J. Borawski zadał pytanie, czy sztuczna inteligencja powinna być traktowana odmiennie od pozostałych narzędzi diagnostycznych, także w kontekście nowelizacji Kodeksu Etyki Lekarskiej, która wprowadziła nowy art. 12 odnoszący się do informowania o wykorzystaniu sztucznej inteligencji.

Kolejny referat pt. *Obowiązek informacyjny w opiece okołoporodowej – prawa pacjentki, a praktyka położnej* wygłosiła Julia Zellma z Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie. Prelegentka przedstawiła kwestie związane z udzielaniem informacji pacjentkom w trakcie porodu i zwróciła uwagę, że poród może wiązać się zarówno z licznymi, nieprzewidywanymi zmianami jego przebiegu, jak również z dużym prawdopodobieństwem ograniczenia faktycznej kompetencji decyzyjnej pacjenta ze względu na

stres oraz okoliczności faktyczne. W podsumowaniu J. Zellma wskazała, że obowiązek informacyjny podczas porodu często jest realizowany nieprawidłowo, gdyż informacje powinny być przekazywane w sposób obiektywny, bez zbędnego nacechowania emocjonalnego.

Następne wystąpienie pt. *Obowiązek informacyjny w stosunku do związków jednopłciowych* wygłosiła Aleksandra Reszka z Wyższej Szkoły Biznesu i Administracji w Gdyni. Prelegentka poruszyła kwestię praw osób pozostających w związkach jednopłciowych do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia partnera. W tym celu przedstawiona została możliwość uznania partnera tej samej płci za „osobę bliską” w rozumieniu polskiego systemu prawnego, także z odniesieniem do orzecznictwa Europejskiego Trybunału Praw Człowieka. Na zakończenie A. Reszka wskazała, że dotychczasowe orzecznictwo Trybunału nie doprowadziło do rzeczywistej poprawy pozycji par osób jednopłciowych w zakresie uzyskiwania informacji o stanie zdrowia partnera, zaś zmiany następują w umiarkowanym tempie.

Po przerwie obiadowej jako pierwsza wystąpiła Zuzanna Stanik z Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, która w referacie pt. *Przystępny język i komunikacja z pacjentem – obowiązek prawny czy dobra praktyka?* wskazała na problematykę nieczytelnych i niejasnych formularzy, za pomocą których przekazywane są informacje o udzielanym świadczeniu zdrowotnym. Prelegentka podsumowała wystąpienie refleksją na temat konieczności przekazywania pacjentowi informacji w przystępny sposób, który umożliwia ich zrozumienie, aby umożliwić pacjentowi udzielenie uświadomionej zgody na leczenie.

W kolejnym wystąpieniu pt. *Obowiązek informacyjny wobec pacjentów niekompetentnych i starszych* Damian Patrzykowski z Uniwersytetu WSB Merito w Gdańsku przedstawił zagadnienie udzielania informacji pacjentom o ograniczonej formalnej i materialnej kompetencji decyzyjnej. Prelegent przedstawił przykłady czynników mogących ograniczać zdolność pacjenta do zrozumienia informacji przedstawianych mu przed udzieleniem świadczenia zdrowotnego. W podsumowaniu D. Patrzykowski zwrócił uwagę na konieczność dostosowania standardów informacyjnych w odniesieniu do pacjentów niekompetentnych, aby w pełni zagwarantować im realizację ich praw.

Ostatni, trzeci panel konferencji pt. *Granice odpowiedzialności* otworzył mgr Aleksander Wiaderek z Uniwersytetu Warszawskiego. W wystąpieniu pt. *Odpowiedzialność karna lekarza za brak informacji lub niepełną informację o skutkach lub ryzykach procedury medycznej* prelegent omówił zagadnienie świadomej zgody pacjenta będącej warunkiem legalności działania lekarza, gdyż brak takiej zgody może skutkować odpowiedzialnością karną z art. 192 § 1 kodeksu karnego. Mgr Wiaderek, odnosząc się do podstawowych konstrukcji prawa karnego, przedstawił, w jaki sposób niepełna lub niewłaściwie przekazana informacja może prowadzić do błędu informacyjnego, który – jeśli wpływa na decyzje medyczne – stanowi realne zagrożenie dla życia lub zdrowia pacjenta.

Jako ostatni wystąpił Robert Filipczak z Wyższej Szkoły Administracji i Biznesu w Gdyni, który w referacie pt. *Legalność zabiegów medycyny estetycznej: kontrakt czynności kosmetycznej oraz odpowiedzialność prawna zabiegowca* przybliżył możliwe konsekwencje, z jakimi musi mierzyć się osoba wykonująca zabiegi kosmetyczne. W referacie omówiono zarówno wątki cywilistyczne odnoszące się do odpowiedzialności odszkodowawczej jak i możliwe formy reakcji prawnokarnej wobec sprawcy, a także sytuację prawną wykonawcy zabiegu z uwagi na możliwość powołania się na kontrakt czynności kosmetycznej w celu zwolnienia się od odpowiedzialności karnej.

Na zakończenie wydarzenia organizatorzy podziękowali wszystkim uczestnikom za stacjonarny i zdalny udział w konferencji oraz wyrazili nadzieję, że tak interesująca tematyka wystąpień przyczyni się do dalszej dyskusji nad najważniejszymi zagadnieniami prawa medycznego.

Księga abstraktów

Ogólnopolskie Forum Prawa Medycznego i Etyki Lekarskiej im. dr. Pawła Wójcika

DOI: 10.70537/PPM/210272

W dniach 23-24 maja 2025 r. odbyła się kolejna, trzecia już edycja Ogólnopolskiego Forum Prawa Medycznego i Etyki Lekarskiej im. dr. Pawła Wójcika zatytułowana „Powiew zmian w prawie medycznym i etyce lekarskiej”. Nasze czasopismo ponownie było patronem tego wydarzenia gromadzącego teoretyków i praktyków prawa medycznego z całej Polski. W tym roku, zamiast tradycyjnego sprawozdania z konferencji, oddajemy w Państwa ręce księgę abstraktów referatów wygłoszonych podczas Forum. Mamy nadzieję, że stanie się ona zachętą do odwiedzenia nas w przyszłym roku, podczas kolejnej edycji konferencji zaplanowanej na 22-23 maja 2026 r.

DR IZABELA ADRYCH-BRZEZIŃSKA

UNIWERSYTET GDAŃSKI

Pełnomocnictwo medyczne i oświadczenia pro futuro – konieczność regulacji i problemy związane z jej brakiem

Pełnomocnictwo medyczne, czyli upoważnienie osoby trzeciej do podejmowania decyzji medycznych w imieniu pacjenta, stanowi istotny element ochrony jego praw, zwłaszcza w przypadkach utraty świadomości lub

chorób neurodegeneracyjnych. Brak ustawowej regulacji w tym zakresie powoduje obecnie liczne problemy interpretacyjne, a sama kwestia jego dopuszczalności, a w konsekwencji i skuteczności, jest sporna w doktrynie. Wypowiedzi doktryny odnoszą się bowiem w dużej mierze do uchwały SN z 13.05.2015 r., w której sąd zajął liberalne stanowisko w zakresie dopuszczalności udzielenia pełnomocnictwa do złożenia oświadczenia o wyrażeniu zgody przewidzianej w art. 34 ust. 3 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry przez przedstawiciela ustawowego małoletniego dziecka. Uchwała ta dotyczy jednak specyficznej sytuacji, w której pełnomocnictwa udziela przedstawiciel ustawowy małoletniego pacjenta. Nie dotyczy zatem, znacznie częściej występującego w praktyce problemu, udzielenia upoważnienia do decydowania w sprawach medycznych przez osobę pełnoletnią – innej, wskazanej osobie. Dopuszczalność udzielenia pełnomocnictwa medycznego jest zatem nadal sporna, a decyzje w takich sytuacjach podejmowane są na podstawie ogólnych zasad prawa cywilnego i norm deontologicznych, co prowadzi do niejednolitej praktyki i może skutkować naruszeniem praw pacjentów.

Podobna sytuacja występuje w zakresie tzw. oświadczeń *pro futuro*, które wykorzystywane są przez pacjentów w praktyce, a *de lege lata* nie posiadają aktualnie podstawy prawnej. W wielu systemach prawnych, takich jak niemiecki, angielski czy francuski, dokumenty takie mają określoną moc prawną i podlegają określonym procedurom. W Polsce brak przepisów skutkuje często ich ignorowaniem przez personel medyczny, co stawia pod znakiem zapytania realną ochronę autonomii pacjenta. W tym kontekście warto zwrócić uwagę na Konwencję o Ochronie Praw Człowieka i Godności Istoty Ludzkiej wobec Zastosowań Biologii i Medycyny (tzw. Konwencja Bioetyczna z Oviedo). Polska, pomimo podpisania tej konwencji w 1999 r., dotychczas jej nie ratyfikowała, co oznacza brak implementacji norm międzynarodowych dotyczących autonomii pacjenta, w tym pełnomocnictwa medycznego i oświadczeń *pro futuro*. Artykuł 9 Konwencji wprost wskazuje bowiem na konieczność posza-

nowania wcześniej wyrażonej woli pacjenta, co stanowi istotną lukę w polskim systemie prawnym. I choć możliwość stosowania oświadczeń *pro futuro* dopuścił SN (postanowienie SN z dnia 27 października 2005 r., III CK 155/05), to należy pamiętać, że orzeczenie to wydano w związku z charakterystycznym stanem faktycznym – oświadczeniem świadka Jehowy odnoszącym się do zakazu transfuzji krwi. Przytoczone postanowienie nie daje odpowiedzi na wiele pytań pojawiających się w codziennej praktyce i w dalszej perspektywie nie powinno stanowić jedynej podstawy stosowania tego instrumentu prawnego.

Podsumowując, brak regulacji w zakresie pełnomocnictwa medycznego i oświadczeń *pro futuro* prowadzi do licznych problemów w praktyce medycznej oraz ogranicza prawo pacjentów do samostanowienia. Wobec rosnącego znaczenia tych instytucji konieczne jest podjęcie działań legislacyjnych, które wprowadziłyby jednolite i spójne regulacje, wzorowane na standardach międzynarodowych, w tym na Konwencji Bioetycznej.

Dlatego też w swoim referacie chciałabym wskazać na praktyczne problemy związane z całkowitym brakiem ram prawnych w tej sferze oraz pokazać możliwe dla polskiego ustawodawcy kierunki legislacyjne opierając się na rozwiązaniach funkcjonujących w wybranych państwach europejskich, takich jak Niemcy, Francja czy Wielka Brytania, a także standardach wyznaczonych przez akty prawa międzynarodowego.

DR ANNA ALICHNIEWICZ

UNIwersytet Medyczny w Łodzi, Komitet Bioetyki PAN

Terapia daremna a eutanazja: podstawowe różnice pojęciowe

Ostatnia nowelizacja Kodeksu Etyki Lekarskiej (k.e.l.) przyniosła długo oczekiwaną i bardzo potrzebną zmianę dotyczącą terapii daremnej, to znaczy zastąpienie nieprawidłowego terminu „terapia uporczywa” po-

prawnym (terapia daremna) oraz wprowadzenie w miejsce wcześniejszego opcjonalnego stwierdzenia „W stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych” (art. 32), jednoznacznego zakazu „Lekarzowi nie wolno stosować terapii daremnej” (art.33).

W przestrzeni medialnej pojawiły się niestety głosy środowisk fundamentalistycznych (*Ordo Iuris*), uznające tę zmianę za krok w kierunku legalizacji eutanazji, której notabene zarówno poprzednia, jak i obecna wersja k.e.l. zabrania („Lekarzowi nie wolno stosować eutanazji” – d. art. 31, obecnie art. 32). Odparcie tego wynikającego z ignorancji zarzutu wymaga wskazania podstawowych różnic pojęciowych między tymi procedurami, przy czym znaczenie rozstrzygające ma poprawne zdefiniowanie eutanazji. Tendencja do szerokiego definiowania eutanazji w sposób, który prowadził do rozróżniania eutanazji czynnej, biernej, dobrowolnej, niedobrowolnej, a nawet ‘wbrew woli’ (*sic!*), a także do mnożenia dodatkowych terminów, jak eutanazja pozytywna, negatywna, bezpośrednia, pośrednia, ortotanazja, kryptanazja ustępuje przekonaniu, że aby mieć sens operacyjny, pojęcie to powinno być zdefiniowane wąsko. Szerokie definiowanie eutanazji prowadzi bowiem do mylenia pojęć i podciągania pod termin ‘eutanazja’ innych procedur medycyny terminalnej. Brzytwa Ockhama wydaje się tu szczególnie potrzebna, gdyż zamieszanie pojęciowe i definicyjne ma istotny wpływ zarówno na praktykę medyczną, czyli na rodzaj opieki terminalnej oferowanej umierającym pacjentom, jak i na jej społeczną ocenę. Do najczęstszych błędów należy właśnie utożsamianie z eutanazją zaniechania lub zaprzestania stosowania środków medycznych, które mają charakter daremny. Pogląd, że wąskie definiowanie eutanazji służy klarowności dyskusji i pozwala uniknąć nieporozumień, co do tego, jakie procedury akceptuje prawo i etyka lekarska znalazł odzwierciedlenie nie tylko w dotychczas uchwalonych ustawach, ale i w stanowisku Europejskiego Stowarzyszenia Opieki Paliatywnej (EAPC), opowiadającym się za przyjęciem definicji eutanazji jako wyłącznie procedury dobrowolnej czynnej.

R. PR. DR HAB. KINGA BĄCZYK-ROZWADOWSKA, PROF. UCZ.

UNIWERSYTET MIKOŁAJA KOPERNIKA W TORUNIU

Znaczenie Planowania opieki z wyprzedzeniem (Advance Care Planning) w opiece nad pacjentami niekompetentnymi materialnie

Planowanie opieki z wyprzedzeniem (Advance Care Planning – ACP) jest procesem, który umożliwia pacjentom wyrażenie swoich życzeń dotyczących postępowania lekarzy na wypadek utraty zdolności podejmowania decyzji. Jest to proces komunikacji między pacjentem i jego bliskimi a personelem medycznym i innymi osobami zaangażowanymi w opiekę, który polega na uzgodnieniu planu przyszłej opieki w taki sposób, by w jak największym zakresie uwzględnić preferencje chorego. Zaplanowanie celów przyszłej opieki stanowi wyraz autonomii decyzyjnej pacjenta i jest podstawą zindywidualizowanego udzielania świadczeń zdrowotnych oraz spersonalizowanej opieki nad chorym.

W kontekście prawnym ACP wiąże się z takimi instytucjami, jak pełnomocnictwa medyczne i dyrektywy antycypowane, które nie doczekały się w Polsce regulacji. Wielu lekarzy i specjalistów medycyny paliatywnej wdraża w swojej praktyce zawodowej elementy ACP, brakuje jednak powszechnego stosowania tych założeń oraz wczesnego wdrażania opieki z wyprzedzeniem. Brak zaś regulacji w tym zakresie powoduje stan niepewności i obawy profesjonalistów medycznych w szczególności o to, czy w razie poszanowania woli chorego nie narażą się na odpowiedzialność karną i cywilną.

Celem wystąpienia jest analiza sytuacji prawnej obu stron relacji – pacjentów dążących do tego, by proces leczenia lub opieki przebiegał zgodnie z ich wolą, zwłaszcza w schyłkowej fazie życia, i lekarzy, którym potrzebne są wyraźnie sprecyzowane reguły i wytyczne. Działanie w próżni prawnej, w braku jednoznacznego stanowiska ustawodawcy w kwestii

dopuszczalności stosowania dyrektyw antycypowanych i pełnomocnictw medycznych jest dla nich dalece niekorzystne, naraża na niepotrzebny stres, co z kolei negatywnie wpływa na podejmowane decyzje medyczne. Można jednak i nawet należy poszukiwać podstaw i dla sporządzania wiążących planów leczenia, i konieczności ich poszanowania.

*DR HAB. ADAM J. BLAŁAS, PROF. UCZ.
UNIwersytet Medyczny w Łodzi*

*DR HAB. JAN KULESZA
UNIwersytet Łódzki*

Jeszcze powiew czy już przeciąg? Nowy Kodeks Etyki Lekarskiej, sztuczna inteligencja i prawo karne

Do obowiązującego od dnia 1 stycznia b.r. Kodeksu Etyki Lekarskiej dodano art. 12, który zezwala lekarzom na korzystanie z algorytmów sztucznej inteligencji w procesie diagnostycznym, leczniczym lub zapobiegawczym. Nowe zapisy wymagają jednak spełnienia czterech warunków: poinformowania pacjenta o wykorzystaniu AI, uzyskania jego świadomej zgody, używania certyfikowanych algorytmów oraz podjęcia ostatecznej decyzji przez lekarza. W rzeczy samej, narzędzia wykorzystujące AI są w medycynie coraz szerzej wykorzystywane na różnych etapach diagnostyki i leczenia. Ada Health stworzyła aplikację AI do oceny objawów, która prowadzi użytkowników przez serię pytań, sugerując możliwe schorzenia i zalecane dalsze kroki. AliveCor oferuje urządzenia do osobistego monitorowania elektrokardiogramu (EKG), które umożliwiają zdalne monitorowanie zdrowia serca. C2-Ai dostarcza brytyjskim szpitalom narzędzia do priorytetyzacji pacjentów z listy oczekujących NHS, wskazującego osoby zagrożone pogorszeniem stanu zdrowia w czasie oczekiwania na leczenie. Aidoc specjalizuje się w rozwiązaniach AI wspomagających

radiologii, pomagając w wykrywaniu i klasyfikacji obrazów medycznych. Nanox.AI wykorzystuje sztuczną inteligencję do analizy rutynowych badań obrazowych, takich jak tomografia komputerowa (CT), w celu wykrywania wczesnych objawów chorób przewlekłych, które mogą przebiegać bezobjawowo. Eko Health opracowało cyfrowe stetoskopy z algorytmami AI do wykrywania nieprawidłowości kardiologicznych. AEYE Health oferuje system przesiewowy oparty na AI, AEYE-DS, który szybko wykrywa retinopatię cukrzycową. Ceribell opracował system wykrywania napadów padaczkowych w warunkach szpitalnych, oparty na AI. ArteraAI opracowała multimodalną platformę AI analizującą dokumentację medyczną i obrazy biopsyjne w celu personalizacji leczenia raka prostaty. Rozważania wymaga, w jakim stopniu nowy art. 12 k.e.l. wpływa na dotychczasowe zasady przypisywania odpowiedzialności lekarzowi za zdarzenie medyczne skutkujące uszczerbkiem na zdrowiu, zwłaszcza w kontekście badanych wówczas elementów w postaci kwalifikacji podmiotu, właściwego narzędzia użytego w kontakcie z dobrem oraz sposobu wykonania czynności w kontakcie z dobrem. W kontekście narzędzia – wykorzystującego AI – istotnego znaczenia nabiera zasada ograniczonego zaufania między lekarzem a wytwórcami produktów leczniczych i wyrobów medycznych.

ADW. DR MAREK BIELSKI

UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI

Czy potrzebne są zmiany w prawnokarnej ochronie przedstawicieli zawodów medycznych jako funkcjonariuszy publicznych?

W zasadzie codziennie docierają do nas z przestrzeni medialnej informacje o tym, że mają miejsce brutalne ataki, w pewnych wypadkach nawet

skutkujące śmiercią, na przedstawicieli zawodów medycznych (zwłaszcza ratowników medycznych) udzielających pomocy medycznej pacjentom. W reakcji na takie znajdujące duży oddźwięk w mediach zdarzenia pojawiają się zapowiedzi wprowadzenia zmian legislacyjnych mających na celu zwiększenie prawnokarnej ochrony przedstawicieli zawodów medycznych. Uwzględniając fakt, że w obowiązującym stanie prawnym taka ochrona jest już przewidziana, jako zasadne jawi się pytanie, czy takie postulaty poszerzenia jej zakresu należy uznać za uzasadnione. W referacie zostanie podjęta próba omówienia obowiązujących regulacji prawnych dotyczących prawnokarnej ochrony zawodów medycznych przez pryzmat potrzeby i zasadności postulatów nowelizacji tych przepisów.

DR HAB. JANUSZ BOJARSKI, PROF. UCZ.

UNIwersytet MIKOŁAJA KOPERNIKA W TORUNIU

ADW. DR NATALLA DAŚKO

UNIwersytet MIKOŁAJA KOPERNIKA W TORUNIU

Prawnokarna odpowiedzialność za działania z zastosowaniem sztucznej inteligencji w medycynie

AI już znalazła zastosowanie w medycynie i najprawdopodobniej zastosowania te będą coraz powszechniejsze. Można powiedzieć, że sztuczna inteligencja stała się kolejnym narzędziem pracy w ochronie zdrowia. Jest to jednak narzędzie szczególne, ponieważ nie jest przedmiotem materialnym. Konieczne jest zatem określenie specyfiki odpowiedzialności karnej w przypadku popełnienia przestępstwa z wykorzystaniem AI. Trzeba zadać pytanie, czy warunki, które muszą być spełnione, aby pociągnąć kogoś do odpowiedzialności karnej za popełnienie przestępstwa, są w tym przypadku odmienne i ewentualnie, na czym ta odmienność polega. Wskazać również należy możliwe środki reagowania karnego, a także

oczekiwane zmiany w tym zakresie. Nie ulega wątpliwości, że możliwe środki reagowania karnego stają się nieadekwatne do poziomu rozwoju wykorzystywanych technologii. Istotną luką w ramach obowiązującego prawa jest brak możliwości nałożenia częściowego zakazu wykonywania zawodu. Jest to jeden z głównych postulatów *de lege ferenda* zgłaszanych przez Autorów w obrębie poruszanej tematyki. Taki zakaz, ograniczony jedynie do zakazu stosowania AI, nie wyeliminowałby lekarza z rynku pracy. Stanowiłby jednak zabezpieczenie przed popełnieniem podobnego przestępstwa w przyszłości. W obecnym stanie prawnym nie jest również możliwe orzeczenie przypadku sztucznej inteligencji. Wprowadzenie takiego przypadku stanowi kolejny postulat *de lege ferenda* Autorów. Prawo karne nie przewiduje innych sposobów uniemożliwienia korzystania z tego narzędzia, co może być niezbędne, kiedy to sama AI stwarza zagrożenie. Trzeba jednak zaznaczyć, że pojawienie się AI nie kreuje nowej sytuacji pod względem możliwości pociągnięcia do odpowiedzialności karnej za popełnienie przestępstwa. Sztuczna inteligencja jest po prostu kolejnym narzędziem, którym dysponuje lekarz. Jak w każdym przypadku, należy udowodnić, że sprawca spowodował skutek określony w ustawie. Jego nastawienie psychiczne do popełnionego czynu musi być również takie, jakiego wymagają przepisy prawa karnego.

DR HAB. MARLA BORATYŃSKA, PROF. UCZ.

UNIWERSYTET WARSZAWSKI, WARSZAWSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY,
KOMITET BIOETYKI PAN

O potrzebie pełnomocnictwa medycznego

W obecnym stanie prawnym autonomia pacjenta kończy się z chwilą utraty przezeń zdolności decyzyjnej. Zależnie od rodzaju czynności decyzje przejmują lekarze albo sąd opiekuńczy, a pacjent nie ma na to wpływu. Potrzeba stosowania pełnomocnictwa medycznego jest nie tylko potrze-

bą niektórych pacjentów, ale jak pokazuje praktyka, także lekarzy, sędziów, a nawet notariuszy. Mimo że jego dopuszczalność jest stawiana pod znakiem zapytania z powodu braku ustawowej regulacji – takie dokumenty krążą w obiegu, co dobitnie świadczy o ich istotności praktycznej. W argumentacji należy więc m.in. z tego powodu podnosić brak zakazu, a nie konkretne przyzwolenie prawne. Prace legislacyjne nad zniesieniem instytucji ubezwłasnowolnienia obejmują swym zakresem także pełnomocnictwo ze skutkiem na przyszłość, w tym do podejmowania decyzji zdrowotnych. Nawet jednak przy obecnym braku regulacji legalność pełnomocnictwa medycznego da się obronić argumentem odnoszącym do szczególnej właściwości takiej czynności prawnej: jako jedynego dostępnego sposobu przedłużenia autonomii własnej. Bez ustawowej regulacji trzeba jednak dobrze zaprojektować jego zakres, by umocowanie nie budziło wątpliwości na potrzeby decyzji w konkretnym przypadku medycznym. Rozwiązania ustawowe przyjęte w innych systemach prawnych dają tylko ogólne pojęcie, jakie warianty są możliwe. Zadaniem praktyki jest obmyślić treść pełnomocnictwa odpowiadającą wymaganiom prawnym stawianym zgodzie na leczenie udzielanej osobiście, ale z uwzględnieniem nieuniknionych różnic. Przedłużenie woli pacjenta wykonywane przez pełnomocnika, nie musi odpowiadać stricte wszystkim wymogom stawianym zgodzie osobistej (kompetencja, odpowiednia informacja, konkretyzacja proponowanej czynności, zrozumienie, dobrowolność, autentyczność, wyraźne przyzwolenie). Wyjściowo wystarczy, że pacjent formalnie i materialnie zdolny do decydowania przeniesie kompetencje decyzyjne w odpowiednim zakresie na obdarzaną zaufaniem osobę. Wówczas znaczenie ma tylko kompetencja mocodawcy i zakres umocowania określony możliwie dokładnie, ale nie w sposób tożsamy z decyzjami osobistymi, bo taka dokładność jest praktycznie nieosiągalna. Decydentowi zastępczemu, co oczywiste, należy się od lekarzy informacja odpowiednia do zadania decyzyjnego, a kryterium decyzyjne powinna stanowić uprzednia wola mocodawcy. Wykroczenie poza zakres udzielonego umocowania równa się bezskuteczności takiej decyzji pełnomocnika.

DR JAN CIECHORSKI

UNIWERSYTET JANA DŁUGOSZA W CZĘSTOCHOWIE

Projektowane zmiany w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego – próba oceny

Projekt nowelizacji ustawy o ochronie zdrowia psychicznego wprowadzi zasadnicze zmiany w obecnie obowiązujących przepisach, dotyczy to w szczególności przyjęcia bez zgody do szpitala psychiatrycznego na podstawie art. 23 i 24 tej ustawy. Ulega rozszerzeniu zakres podmiotowy osób, które mogą zostać przyjęte bez zgody na leczenie (art. 23 ust. 1) z osób chorych psychicznie na osoby z zaburzeniami psychicznymi z zaopowiedzi projektodawców, zakres ten zostanie wzbogacony o kryterium zdolności rozpoznania znaczenia czynu i pokierowania swoim postępowaniem. Z kolei w art. 24 ustawy chce się zmienić cel hospitalizacji diagnostycznej z ustalenia czy zaburzenia psychiczne, na które cierpi osoba przyjmowana, mają cechy choroby psychicznej, na ustalenie, czy osoba ta cierpi na zaburzenie psychiczne. Uważam, że projektowane zmiany naruszają gwarancyjną funkcję tych przepisów. Odrębnym zagadnieniem jest rezygnacja w projekcie z wymogu uzyskania przy przyjęciu bez zgody opinii drugiego lekarza psychiatry. Zmiany tej nie należy traktować li tylko jako zmiany dotyczącej wyłącznie opiniowania, ma ona charakter systemowy wprost kształtujący model przyjęcia bez zgody. Niewątpliwie pozytywnie należy ocenić projektowaną zmianę przewidującą uczestnictwo *ex lege* szpitala psychiatrycznego w postępowaniach przed sądem opiekuńczym dotyczących przymusowego przyjęcia pacjenta, bowiem obecnie obowiązujące przepisy dopuszczają takie uczestnictwo wyłącznie w zakresie odmowy wypisania. Zmiana ta ma istotne znaczenie, ponieważ postanowienie wydane w postępowaniu oceniającym zasadność przyjęcia bez zgody na podstawie art. 365 § 1 k.p.c. wiąże sąd w ewentualnym procesie odszkodowawczym.

DR KAROLINA CZAPSKA-MALECKA

UNIWERSYTET WARSZAWSKI

Wypalenie zawodowe wśród lekarzy a uwarunkowania prawne

Wypalenie zawodowe jest złożonym i powszechnym problemem, dotyczącym wielu sfer ludzkiej egzystencji. Syndrom ten odnosi się do kwestii wypełniania obowiązków pracowniczych i stanu zdrowia, a więc zgodnie z klasyfikacją Christiny Maslach, jednej z pierwszych badaczek nad tym zjawiskiem, osoby wypalone zawodowo odczuwają wyczerpanie, zachowują cynizm w kontaktach z drugim człowiekiem i mają obniżone poczucie własnych dokonań, czyli obserwują u siebie brak skuteczności zawodowej.

W 2019 r. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) włączyła wypalenie zawodowe do Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD-11) i uznała je za syndrom wynikający z chronicznego stresu w miejscu pracy.

Problem wypalenia zawodowego może dotknąć przedstawicieli wielu profesji, jednak to właśnie lekarze stanowią grupę zawodową, której należy poświęcić szerszą refleksję w kontekście tej problematyki, co także uczyniła w swoich pierwszych badaniach Christina Maslach. Lekarze są bowiem szczególnie narażeni na syndrom wypalenia zawodowego, ponieważ wymaga się od nich nie tylko dużej wiedzy i zaangażowania w sprawy pacjentów, ale także odporności psychicznej i gotowości do trudnej, męczącej fizycznie pracy.

W moim wystąpieniu zamierzam przedstawić, czym przejawia się wypalenie zawodowe na przykładzie pracy lekarzy i w ten sposób zarysować istotę tego syndromu. Tak przedstawione tło będzie dla mnie podstawą do rozważań nad rozwiązaniami prawnymi, które mogłyby znaleźć się w ustawach z zakresu prawa medycznego i prawa pracy. Ich celem byłoby minimalizowanie ryzyka występowania syndromu wypalenia zawodowego

oraz wzorem krajów europejskich – możliwości uzyskania odszkodowania z tytułu wypalenia zawodowego. Polski ustawodawca nie przewidział uwzględnienia wypalenia zawodowego jako problemu natury prawnej, z tego względu osoby dotknięte tym syndromem nie mogą oczekiwać odszkodowania w sytuacji jego wystąpienia. Brak przepisów prawnych stanowi jednak szansę do kompleksowego uregulowania tego problemu.

DR N. MED. ARTUR DE ROSTER

NACZELNA RADA LEKARSKA

Nowelizacja Kodeksu Etyki Lekarskiej

Nowy Kodeks Etyki Lekarskiej obowiązuje od 1 stycznia 2025 r.

W prezentacji chcę przedstawić etapy i model pracy Komisji nad nowelizacją k.e.l. Na wstępie opowiem o tym, czym jest k.e.l. dla lekarza i jaka jest historia jego powstania. Zwrócę uwagę na drogowskazy, jakie wykorzystaliśmy w pierwszych krokach prac nad Kodeksem, wyniki konsultacji społecznych i samorządowych, ustalenia zorganizowanej przez nas konferencji etycznej, uwarunkowania prawne proponowanych zmian.

Analizując nowelizację k.e.l., omówię zmiany ogólne, jakie wprowadzono, opowiem o wątpliwościach środowiska lekarskiego, następnie omówię te artykuły k.e.l., które są nowością lub zostały istotnie zmodyfikowane.

Praca Komisji to nie tylko wypracowanie obowiązującego brzmienia k.e.l., ale także tworzenie komentarzy do poszczególnych artykułów Kodeksu, stanowiące uzupełnienie ich treści i będące odpowiedzią na zapytania i wątpliwości środowiska lekarskiego i pacjentów. W dyskusji wykorzystam doświadczenie z licznych wystąpień dla lekarzy, osób zajmujących się AI w zdrowiu, bioetyków, pionu odpowiedzialności zawodowej, dyrektorów w ochronie zdrowia, którym miałem przyjemność przybliżyć znowelizowany Kodeks Etyki Lekarskiej.

DR HAB. URSZULA DROZDOWSKA

UNIWERSYTET W BIAŁYMSTOKU

Nowe zapisy k.e.l. dotyczące prowadzenia dokumentacji medycznej okiem prawnika

Prawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej stanowi nie tylko prawny, ale i etyczny obowiązek lekarza oraz lekarza dentystry (por. art. 41 ust. 1 nowego Kodeksu Etyki Lekarskiej¹). Postanowienie to stanowi o obowiązku prowadzenia dokumentacji w sposób rzetelny i staranny. Z kolei ustęp 2 art. 41 wskazuje, że wydawanie zaświadczeń lekarskich jest dozwolone jedynie na podstawie aktualnego badania lub odpowiedniej dokumentacji².

Staranne i zgodne z obowiązującymi przepisami prawa prowadzenie dokumentacji medycznej jest niezwykle ważne z punktu widzenia ewentualnej odpowiedzialności lekarza, zarówno cywilnej, karnej, jak i zawodowej. W przypadku wystąpienia w dokumentacji medycznej nieusuwalnych braków, w orzecznictwie sądowym wskazuje się, że nie mogą one zostać wykorzystane w procesie na niekorzyść pacjenta (wyr. SN z 15.10.1997 r., III CKN 226/97, Legalis). Oznacza to, że zaniechania w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej negatywnie mogą wpłynąć na pozycję procesową pozwanego lekarza (por. wyr. SA w Łodzi z 9.03.2016 r.,

¹ Warto zaakcentować, że mamy do czynienia z nową treścią art. 41 k.e.l. (wcześniej artykuł ten dotyczył zasad wydawania zaświadczeń lekarskich, obecnie zasad tych dotyczy art. 42 k.e.l.). Nastąpiła także zmiana tytułu rozdziału. W miejsce „Zaświadczenia lekarskie” wpisano „Dokumentacja medyczna”. Tym samym poszerzono materię regulowaną w KEL.

² Zwraca uwagę użycie spójnika „lub”, co oznacza, że jest możliwe wydanie zaświadczenia w następujących sytuacjach: na podstawie aktualnego badania (1), aktualnego badania oraz odpowiedniej dokumentacji medycznej (2), na podstawie odpowiedniej dokumentacji medycznej (3).

I ACa 1282/15, Legalis). Utrudnione będzie dowodzenie określonych okoliczności, które powinny wynikać z dokumentacji medycznej³.

Przechodząc do treści nowego art. 42 k.e.l., należy zauważyć, że w porównaniu ze swoim poprzednikiem (art. 41 k.e.l.), rozbudowano kryteria, według których ma być oceniana treść dokumentu. Mianowicie ma być ona zgodna z wiedzą i kompetencjami lekarza (wcześniej kryterium tym było „sumienie”) oraz powinna zawierać rzetelne informacje o stanie zdrowia pacjenta. Komentowane postanowienie akcentuje, podobnie jak poprzednio obowiązek wystawiania zaświadczenia lub innego dokumentu medycznego w sposób umożliwiający identyfikację autora oraz brak presji, lub oczekiwania osobistych korzyści w związku z ich wystawianiem. Wprowadzone zmiany zasługują na aprobatę. Po pierwsze, uaktualniają postanowienia k.e.l., dostosowując je do potrzeb praktyki lekarskiej, po drugie, są zgodne z obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie.

W dalszej części referatu autorka skupiła się na diskutowanym w środowisku medycznym i prawniczym obowiązku prowadzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej i powstałą w związku z tym powinnością raportowania do Systemu Informacji Medycznej (SIM) o tzw. zdarzeniu medycznym⁴. Z punktu widzenia powinności etycznych (tj. stania na straży tajemnicy lekarskiej) istnieją obawy, że w niektórych sytuacjach obowiązek raportowania o zdarzeniu medycznym może pozostawać w kolizji z dobrem pacjenta. Chodzi zwłaszcza o sytuacje, gdy to sam pacjent zgłasza potrzebę braku raportowania określonych okoliczności do systemu SIM.

³ Ponieważ dokumenty medyczne składające się na dokumentację medyczną nie mają zasadniczo waloru dokumentu urzędowego (jest ona traktowana jako dowód z dokumentu prywatnego) to dokumentacja medyczna nie posiada wyższej mocy dowodowej niż inne dowody np. dowody osobowe (z zeznań świadka). Tym niemniej słusznie się wskazuje, że ma ona dużą wartość dowodową przeciwko podmiotowi leczniczemu, od którego pochodzi.

⁴ Chodzi o zdarzenie medyczne przetwarzane w systemie informacji tj. świadczenie zdrowotne, o którym mowa w art. 5 pkt 40 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

LEK MARCIN FIGURA

UNIWERSYTET ŚLĄSKI W KATOWICACH

Zalety i wady oświadczeń *pro futuro* w Polsce – perspektywa pacjentów i systemu ochrony zdrowia

Oświadczenia *pro futuro* to jednostronne deklaracje woli, wyrażane z myślą o przyszłych, potencjalnych sytuacjach, w których dana osoba utraci zdolność do podejmowania decyzji, zwłaszcza w zakresie zdrowia. Choć w polskim porządku prawnym instytucja ta nie jest uregulowana, coraz wyraźniej dostrzegalna jest potrzeba jej implementacji w świetle konstytucyjnej zasady autonomii jednostki oraz prawa pacjenta do decydowania o swoim leczeniu. Wprowadzenie oświadczeń *pro futuro*, takich jak testament życia czy pełnomocnictwo medyczne, stanowiłoby istotny instrument ochrony praw pacjenta, umożliwiając realizację jego uprzednio wyrażonej woli, minimalizując ryzyko decyzji podejmowanych wbrew jego intencjom. Tego typu rozwiązania mają też walor prewencyjny, ograniczając możliwość sporów pomiędzy rodziną pacjenta a personelem medycznym oraz pozwalając uniknąć tzw. terapii daremnej w stanach terminalnych.

Niemniej, funkcjonowanie oświadczeń *pro futuro* napotyka szereg przeszkód. Po pierwsze, brak jasnych podstaw normatywnych prowadzi do niepewności co do ich skuteczności, formy i zakresu wiążącego charakteru. Po drugie, istnieją istotne ograniczenia materialne i formalne dotyczące m.in. jednoznaczności treści, sposobu wyrażenia woli czy jej późniejszej interpretacji. Dodatkowe trudności wynikają z kolizji norm konstytucyjnych, a w szczególności między prawem do samostanowienia a obowiązkiem ochrony życia. Pojawia się także problematyka tzw. zgody uprzedniej, czy wyrażona w oświadczeniu wola może być traktowana jako pełnoprawna zgoda w rozumieniu ustawy o prawach pacjenta.

Wnioski *de lege ferenda* wskazują na potrzebę kompleksowej regulacji oświadczeń *pro futuro* w drodze odrębnego aktu normatywnego bądź nowelizacji ustawy o prawach pacjenta. Taka regulacja powinna obejmować jasne wymogi formalne (np. forma pisemna, obecność świadków, notarialne poświadczenie), zasady przechowywania (np. rejestr elektroniczny dostępny dla personelu medycznego), mechanizmy weryfikacji autentyczności woli, a także procedury decyzyjne dla pełnomocników medycznych. Równie istotne jest uregulowanie odpowiedzialności za niewykonanie oświadczenia oraz przeszkolenie kadr medycznych i prawniczych w zakresie stosowania tej instytucji. Choć oświadczenia *pro futuro* wciąż pozostają w Polsce instytucją prawną *in statu nascendi*, ich znaczenie w obliczu postępującej indywidualizacji decyzji medycznych oraz rosnącej świadomości pacjentów będzie stale wzrastać. Wymaga to jednak spójnej interwencji legislacyjnej, uwzględniającej zarówno prawa jednostki, jak i nadrzędne wartości konstytucyjne.

R. PR. DR HAB. MALGORZATA GANCZAR, PROF. UCZ.

KATOLICKI UNIWERSYTET LUBELSKI JANA PAWŁA II W LUBLINIE

Odpowiedzialność konsumenta/pacjenta za negatywne komentarze na przykładzie zawodu lekarza

Konsumenci i przedsiębiorcy wspólnie tworzą szczególną grupę użytkowników cyberprzestrzeni i wspólnie są zaangażowani w pośrednictwo w przekazie informacji i korzystaniu z treści cyfrowych. Uczestnicy środowiska elektronicznego korzystając z takich narzędzi jak wyszukiwarki internetowe, wirtualni doradcy, platformy elektroniczne, platformy streamingowe, porównywarki cenowe, portale społecznościowe itp., są wręcz odpowiedzialni za ich bezpieczne funkcjonowanie. Wraz z wykorzystaniem technologii cyfrowych tworzących cyberprzestrzeń budowane są

i kształtowane relacje społeczne, a usługi w internecie stały się narzędziem do wpływania na zachowania grup społecznych, np. konsumentów. Informacja stała się podstawowym zasobem strategicznym przedsiębiorstw a jej posiadanie decyduje często o pozycji konkurencyjnej przedsiębiorcy. Jej rola w procesie zarządzania polega na redukcji niepewności, ocenie ryzyka planowanych działań strategicznych oraz możliwości rozwoju przedsiębiorcy. Z drugiej strony konsument jest zaopatrzonego w coraz więcej narzędzi umożliwiających mu podjęcie bardziej racjonalnych decyzji konsumenckich, na podstawie dostępu do informacji o przedsiębiorcy i jakości świadczonych przez niego usług. Analizy wymagają zagadnienia związane z możliwością oceniania, opiniowania i komentowania usług świadczonych przez przedsiębiorców na różnego rodzaju portalach i platformach elektronicznych⁵. Szczególnym rodzajem konsumenta jest pacjent⁶, korzystający z usług medycznych, który zostawia opinię o lekarzu. Pojawia się pytanie, czy przedsiębiorca ma prawo do dochodzenia zadośćuczynienia pieniężnego za naruszenie jego dóbr osobistych, a jeśli tak, to jakie są podstawy prawne i jaki jest zakres ochrony w tym zakresie? Analizie zostanie poddana uchwała Sądu Najwyższego z dnia 3 października 2023 r. (sygn. akt III CZP 22/23) pod kątem wykazania czy ochrona prawna określona przez SN w zakresie dóbr przedsiębiorcy (lekarzy) w cyberświecie jest wystarczająca, mając na względzie zapewnione przez prawo i orzecznictwo europejskie prawo do krytyki konsumentowi. Każda negatywna opinia o lekarzu może narazić go na utratę zaufania potrzebnego dla danego zawodu. Istotne jest rozważenie możliwości obrony przed niesprawiedliwymi, nieprawdziwymi i krzywdzącymi komentarzami, które mogą narazić przedsiębiorcę (lekarza) na szkodę.

⁵ Szerzej zob. Królikowska-Olczak M., Pachuca-Smulska B., Ochrona prawna konsumenta na rynku mediów elektronicznych, Warszawa 2015, SIP Legalis.

⁶ M. Szewczak, M. Ganczar, *Pacjent jako konsument usług zdrowotnych – wybrane aspekty prawne*, [The patient as the consumer of healthcare services – chosen legal aspects], Internetowy Kwartalnik Antymonopolowy i Regulacyjny, no 3/2017, pp. 88-100.

ADW. DR JAROSŁAW GRESEK

VRIJE UNIVERSITEIT BRUSSEL, POLITECHNIKA WARSZAWSKA

Obowiązki prawne lekarzy w zakresie cyberbezpieczeństwa

Postępująca cyfryzacja służby zdrowia prowadzi do zwiększenia liczby zagrożeń związanych z cyberbezpieczeństwem. Przykładami takich ataków są: incydent z 2020 roku, kiedy to systemy informatyczne szpitala w Niemczech zostały zainfekowane ransomware, co skutkowało opóźnieniem w leczeniu pacjentów i tragicznie zakończoną interwencją medyczną czy niedawny atak na szpital MSWiA w Krakowie. Jednym ze sposobów minimalizacji ryzyka występowania takich incydentów jest wprowadzenie odpowiednich rozwiązań organizacyjnych i prawnych, które wymuszą podniesienie poziomu cyberbezpieczeństwa.

W tym kierunku podążyła Unia Europejska, która w odpowiedzi na rosnące zagrożenia, przyjęła szereg aktów prawnych regulujących kwestie cyberbezpieczeństwa w sektorze medycznym. Wśród nich możemy wyróżnić regulacje na poziomie horyzontalnym, jak dyrektywy NIS oraz NIS 2, regulacje sektorowe jak np. dyrektywa o podmiotach krytycznych, regulacje określonych technologii wykorzystywanych w medycynie jak Rozporządzenie o wyrobach medycznych czy Akt o sztucznej inteligencji oraz regulacje dotyczące zabezpieczenia łańcucha dostaw na przykład w projekcie aktu o lekach krytycznych. Tworzy się w ten sposób mozaika regulacyjna, która jest uzupełniana przez inne akty prawne, takie jak przepisy dotyczące ochrony danych osobowych oraz regulacje dotyczące wykonywania zawodu lekarza. Wszystkie te regulacje nakierowane są na stworzenie spójnego systemu cyberbezpiecznego świadczenia usług medycznych.

Analizując te przepisy, można zauważyć, że większość obowiązków spoczywa na podmiotach leczniczych w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej. Jednak literatura z zakresu cyberbezpieczeństwa wskazuje, że najsłabszym ogniwem systemu jest człowiek. Dlatego też w swoim

referacie przeanalizuję rolę lekarzy udzielających świadczeń zdrowotnych w tym obszarze, skupiając się na obowiązkach, które są na nich bezpośrednio lub pośrednio nałożone przez przepisy prawne, oceniając czy zakres tych obowiązków jest adekwatny do poziomu zagrożeń.

DR DAMIAN KACZAN

UNIwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Odpowiedzialność cywilna w ochronie zdrowia w świetle nowej dyrektywy o odpowiedzialności za produkty wadliwe oraz projektu dyrektywy w sprawie odpowiedzialności za sztuczną inteligencję

Celem zgłaszanego wystąpienia będzie zaprezentowanie wpływu zmian prawnych zasygnalizowanych w tytule na odpowiedzialność cywilną lekarzy, osób wykonujących inne zawody medyczne, podmiotów leczniczych oraz podmiotów wprowadzających do obrotu przedmioty materialne i niematerialne wykorzystywane w udzielaniu świadczeń zdrowotnych – za szkodę doznaną przez pacjenta.

Prelegent omówi analizowaną problematykę na poziomie źródeł pochodnego prawa Unii Europejskiej. Porówna brzmienie odpowiednich przepisów przed oraz po dokonaniu badanej zmiany stanu prawnego. Uwzględniony zostanie także prawdopodobny cel prezentowanej interwencji legislacyjnej. W wystąpieniu nie zabraknie także prezentacji możliwych sposobów implementacji woli prawodawcy UE do prawa polskiego.

Wystąpienie dotyczyć będzie zagadnień takich jak w szczególności: wymagany przez prawodawcę unijnego poziom harmonizacji przepisów prawa krajowego, definicja legalna produktu (wadliwego), producenta, systemu sztucznej inteligencji (wysokiego ryzyka) i innych istotnych pojęć, zasada, na której oparta ma być odpowiedzialność wyliczonych wy-

żej podmiotów za szkodę doznaną przez pacjenta, przesłanki wyłączenia owej odpowiedzialności, typy uszczerbków podlegających naprawieniu, zbieg roszczeń odszkodowawczych, ciężar dowodu (w tym odnośnie do istnienia związku przyczynowego), roszczenia regresowe, ochrona pracownika przed roszczeniami odszkodowawczymi i przepisy intertemporalne.

ZUZANNA KANTECKA

UNIWERSYTET MIKOŁAJA KOPERNIKA W TORUNIU

Zgoda pacjenta na zabieg chirurgiczny – granice autonomii a odpowiedzialność lekarza w erze AI

Zgoda pacjenta na zabieg chirurgiczny stanowi kluczowy element ochrony jego autonomii i prawa do samostanowienia. Jednocześnie jej prawidłowe uzyskanie jest obowiązkiem lekarza i warunkiem legalności interwencji medycznej. Wraz z rozwojem nowoczesnych technologii, w tym sztucznej inteligencji (AI) wspomagającej proces diagnostyki i planowania operacji, pojawiają się nowe wyzwania prawne i etyczne dotyczące zakresu informacji, jakie pacjent musi otrzymać oraz granic jego świadomej zgody.

W pracy zostaną omówione podstawy prawne zgody na zabieg chirurgiczny w świetle polskich i międzynarodowych regulacji, ze szczególnym uwzględnieniem nowych wytycznych dotyczących technologii AI w medycynie. Przeanalizowane zostanie, w jaki sposób lekarz powinien informować pacjenta o zastosowaniu sztucznej inteligencji w trakcie diagnozy, planowania operacji czy wspomaganego przez AI asystowania podczas zabiegu (np. robotyka chirurgiczna, analiza predykcyjna ryzyka). Czy pacjent powinien wyrazić osobną zgodę na wykorzystanie narzędzi AI? Jakie są granice odpowiedzialności lekarza, jeśli AI popełni błąd?

Analiza obejmie również problem granic autonomii pacjenta – czy może on odmówić leczenia ratującego życie, jeśli nie chce, by w jego terapii wykorzystywano sztuczną inteligencję? Jakie są konsekwencje prawne

decyzji o odrzuceniu operacji? Czy lekarz ma obowiązek przedstawienia pacjentowi alternatywnych metod leczenia niewspomaganych przez AI?

Istotnym zagadnieniem, które zostanie poruszone, jest odpowiedzialność lekarza w przypadku nieprawidłowo uzyskanej zgody oraz rola producentów systemów AI w przypadku błędów operacyjnych.

Podsumowując, praca skupi się na wyzwaniach związanych z procesem uzyskiwania zgody na zabieg chirurgiczny z wykorzystaniem AI oraz potrzebie wypracowania standardów postępowania, które z jednej strony zapewnią ochronę praw pacjenta, a z drugiej – pozwolą lekarzom i placówkom medycznym na bezpieczne i zgodne z prawem wdrażanie innowacyjnych technologii w chirurgii.

ADW. ALICJA KOCIEMBA

WIELKOPOLSKA IZBA ADWOKACKA W POZNANIU

Etyka lekarska jako narzędzie do walki z dezinformacją medyczną

Do każdego codziennie docierają setki informacji – przeciętny człowiek ma obecnie przetwarzać nawet 74 GB informacji dziennie (dla porównania – najnowszy MacBook jest wyposażony w 16 GB pamięci RAM). Ile z tych informacji jest „newsem” a ile „fake newsem”? Tego nie można stwierdzić, a także nie można ich od siebie odróżnić.

Walka z dezinformacją jest i pewnie długo jeszcze będzie nierówna. Rządy krajowe próbują ograniczać rozpowszechnianie nieprawdziwych informacji. Działają pozarządowe organizacje (fakt-checking), które weryfikują informacje i rozpoznają dezinformacje. Podejmowane są działania i kampanie edukacyjne. Pomimo tego, skala i szybkość rozprzestrzeniania się „fake newsów” jest zatrważająca i raczej już nie do powstrzymania.

Część z tych nieprawdziwych informacji dotyczy kwestii medycznych. Jako przykłady należy podać, chociażby mity na temat szkodliwości szczepionek, popularyzowanie alternatywnych terapii (tzw. alt-med; np. suplementacja wysokich dawek jodu ma leczyć tarczycę, „odrobaczanie” jako lek na depresję).

W takim kontekście można mówić o dezinformacji medycznej – zjawisku niezwykle niebezpiecznym, ponieważ dotyczącym zdrowia, życia oraz społecznej odporności.

Etyka lekarska zawsze przewidywała obowiązek ochrony życia i zdrowia ludzkiego oraz respektowania prawa pacjenta do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących jego zdrowia.

Obecnie powinności etyczne lekarza wykraczają dalej, ponieważ dotyczą także np. zakazu propagowania postaw antyzdrowotnych czy w ogóle etycznej i odpowiedzialnej obecności w mediach społecznościowych.

Referat dotyczyć będzie przeglądu aktualnego, znowelizowanego Kodeksu Etyki Lekarskiej z perspektywy narzędzi, które mogą posłużyć w walce z dezinformacją medyczną. Omówione zostaną takie kwestie jak:

- wybór zweryfikowanych naukowo metod leczenia,
- obowiązek informowania pacjenta i edukacja zdrowotna,
- możliwości lekarza, jeśli decyzja opiekuna prawnego zagraża życiu lub zdrowiu pacjenta-dziecka,
- zakaz propagowania postaw antyzdrowotnych,
- odpowiedzialna obecność lekarzy w mediach społecznościowych.

Referat zostanie zakończony refleksją, jak skutecznie używać tych narzędzi oraz jakie dodatkowe działania prawodawcze można podjąć, żeby skuteczniej walczyć z dezinformacją medyczną.

DR HAB. PRZEMYSŁAW KONIECZNAK

UNIWERSYTET WARSZAWSKI

W pogoni za „ratio legis” artykułu 12 k.e.l.

Artykuł 12 Kodeksu Etyki Lekarskiej w wersji obowiązującej od początku tego roku jest tworem dziwnym. Trudno jest, o ile w ogóle można, zgadnąć, jakimi motywami kierowali się jego twórcy, a co gorsza – co w praktyce z tego przepisu wynika dla adresatów pierwotnych (lekarzy praktyków). Przepis ten zezwala (!) lekarzowi na „korzystanie z algorytmów sztucznej inteligencji” przy spełnieniu czterech warunków.

Są to mianowicie: (1.) poinformowanie pacjenta o zamierzonym zastosowaniu AI, (2.) uzyskanie na takie zastosowanie jego świadomej zgody, (3.) korzystanie z „algorytmów sztucznej inteligencji, które są dopuszczalne do użytku medycznego i posiadają odpowiednie certyfikaty”, wreszcie (4.) stwierdzenie, że „ostateczną decyzję diagnostyczną i terapeutyczną zawsze podejmuje lekarz”.

Normy wynikające z art. 12 punkty 1-3 k.e.l. są w najlepszym razie abstrakcyjnie zrozumiałe, nie wiadomo natomiast, jak miałyby wyglądać praktyczne stosowanie się do nich. Niemożliwą do pokonania przeszkodą jest to, że nie istnieje żaden, powszechnie ani choćby większościowo przyjęty sposób interpretowania wyrażenia „sztuczna inteligencja”. Nie ma też żadnego operacyjnego kryterium identyfikowania obiektów, które są tym wyrażeniem nazywane.

Zarazem nie wiadomo, w imię czego właściwie reguły te zostały ustanowione – dlaczego pacjent ma być obligatoryjnie informowany akurat o tym, że lekarz chce posłużyć się systemem technicznym zawierającym „sztuczna inteligencję” (cokolwiek to znaczy), a następnie wyrażać na to „świadomą zgodę”? (oraz co konkretnie lekarz ma pacjentowi w tym celu uświadomić?). Dlaczego ma chodzić o „algorytmy dopuszczone do użytku medycznego” i certyfikowane? (jakie procedury dopuszczania

i certyfikowania miałyby być stosowane dla samych w sobie algorytmów?). Wreszcie norma wynikająca z art. 12 punktu 4 k.e.l. wydaje się zupełnie zbędna, ponieważ nikt i nic, jak dotąd, nie zwolniło lekarza z podejmowania decyzji klinicznej.

Ustanowienie tego nowego przepisu wydaje się raczej przejawem „legislacji emocjonalnej” względnie „normotwórczego kultu cargo” niż decyzją racjonalną.

MICHAŁ KROPIWNICKI

UNIWERSYTET WARSZAWSKI

Podawanie leków podczas udzielania pierwszej pomocy wobec zmian w ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym

W obowiązującym dotychczas stanie prawnym osoba udzielająca pierwszej pomocy nie była uprawniona do podawania osobie ratowanej leków wydawanych z przepisu lekarza, choćby te były dostępne na wyciągnięcie ręki (np. w kieszeni chorego). Okazało się to istotnym problemem w reagowaniu na stany nagłe, zwłaszcza u chorych przewlekle. Takie osoby co do zasady mają przy sobie niezbędne leki ratujące życie, ale w świetle prawa udzielający im pierwszej pomocy nie mogli sami im ich podać. W celu rozwiązania zarysowanego problemu procedowana obecnie ustawa o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw (Sejm X kadencji, druk nr 1058) zawiera zmianę definicji pierwszej pomocy (art. 3 pkt 7 ustawy o PRM): w nowym brzmieniu przepis ten dopuści wykorzystanie wszelkich „produktów leczniczych dostępnych na miejscu zdarzenia, dopuszczonych do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej”.

Wystąpienie zostanie poświęcone kompleksowemu omówieniu wskazanego zagadnienia w stanie prawnym zarówno przed wejściem w życie

ww. nowelizacji, jak i po nim. Unaocznili to skalę problemu od strony praktycznej. Autor rozważył, czy dopuszczenie korzystania z leków w pierwszej pomocy oznacza obowiązek ich podania, a jeżeli tak, to w jakich okolicznościach. W tym celu zostanie przywołany ogólny standard odpowiedzialności karnej – za nieudzielenie pomocy i cywilnej – za szkodę wyrządzoną przy jej udzielaniu. Wnioski z przeprowadzonej analizy pozwolą na dokonanie oceny, czy nowa regulacja prawna rozwiązuje problem i określenie granic prawnego obowiązku udzielenia pomocy w omawianych sytuacjach.

DR HAB. RAFAŁ KUBLAK, PROF. UCZ.

UNIwersytet Łódzki, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Prawo pacjenta do intymności i tajemnicy medycznej a kształcenie kadr medycznych

Jednym z obowiązków personelu medycznego jest poszanowanie intymności pacjenta. Powinność ta dotyczy zarówno płaszczyzny fizycznej, jak i intelektualnej. W tym drugim obszarze prawo do intymności koreluje z obowiązkiem respektowania tajemnicy medycznej. Jej naruszenie może bowiem skutkować wyjawieniem danych głęboko ingerujących w intymność pacjenta. Toteż na gruncie przepisów medyczno-prawnych poświęcono tej problematyce wiele miejsca, a w szczególności zagadnienia te są uregulowane w art. 13 i 14 oraz 20 do 22 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Pogwałcenie tego prawa może prowadzić do wielopłaszczyznowej odpowiedzialności: cywilnej, karnej i zawodowej. Niekiedy jednak uprawnienie to pozostaje w kolizji z koniecznością kształcenia kadr medycznych. Zarówno studenci, jak i doktoranci kierunków medycznych, a także pracownicy medyczni odbywający staż podyplomowy i szkolenie specjalizacyjne muszą mieć dostęp do pacjenta i jego danych, zasadniczo objętych obowiązkiem zachowania dyskrecji.

Jest to bowiem konieczne ze względów dydaktycznych. Ustawodawca musiał zatem wprowadzić rozwiązania rozstrzygające tę kolizję. Niestety polskie prawo w tym względzie jest wysoce niedoskonale. Regulacje w tym zakresie znajdują się w różnych aktach prawnych i nie są ze sobą spójne. W szczególności nie określono jednoznacznie obowiązku zachowania tajemnicy medycznej przez studentów kierunków medycznych. Podczas wystąpienia zostaną zatem ukazane unormowania dotyczące tej materii oraz ich interpretacja doktrynalna i orzecznicza. Na tej kanwie zostaną sformułowane postulaty *de lege ferenda* uregulowania tej materii.

DR PIOTR LEWULIS

UNIWERSYTET WARSZAWSKI

Między regulacją a rzeczywistością: analiza przypadków przestępstw seksualnych wobec małoletnich w świetle polskich regulacji i praktyki ścigania

Przestępstwa seksualne wobec małoletnich stanowią obszar, w którym prawo, etyka i seksuologia krzyżują się w nieoczywisty sposób. Proponowane wystąpienie opiera się na wynikach badania przeprowadzonego w 2024 r. w Instytucie Wymiaru Sprawiedliwości, obejmującego analizę prawomocnie zakończonych postępowań dotyczących tego rodzaju przestępstw. Analiza rzeczywistych przypadków pokazuje, że u sprawców takich zachowań stosunkowo rzadko diagnozuje się zaburzenia na tle preferencji seksualnych. Duży jest natomiast (ok. 20%) udział spraw, w których stan faktyczny dotyczy relacji romantycznych pomiędzy osobami w wieku nastoletnim. Choć nie sposób jednoznacznie ocenić tych sytuacji, część z nich ujawnia napięcie pomiędzy formalną oceną prawną a oceną stopnia społecznej szkodliwości czynu. Wiele takich przypadków kwalifikuje się do ścigania na podstawie przepisów karnych, przy czym w wielu z nich to

lekarze albo inni przedstawiciele szeroko rozumianego systemu ochrony zdrowia są inicjatorami postępowań karnych.

Unikając prostej generalizacji, wystąpienie ma na celu ukazanie kilku rzeczywistych problemów na styku prawa i etyki oraz uzupełnienie dyskusji nad granicami interwencji prawnokarnych w relacje intymne osób młodych.

MGR ANGELIKA LUDWICZAK

SZKOŁA GŁÓWNA HANDLOWA

LEK. ANGELIKA KRAWCEWICZ

INSTYTUT PSYCHIATRII I NEUROLOGII W WARSZAWIE

Ustawa o zdrowiu psychicznym a kształtowanie zdrowego miejsca pracy – perspektywa pracodawcy i pracownika

Wellbeing w miejscu pracy to już nie dodatek, a podstawa, bez której współczesny biznes nie ma szans powodzenia. Współczesne badania jasno pokazują, że za kilka lat depresja będzie częściej występującą chorobą niż problemy sercowo-naczyniowe czy zaburzenia metaboliczne. Wiąże się z tym także wzrost popytu na leki przeciwdepresyjne. A depresja to nie jedyne schorzenie, które dotyka dobrostanu współczesnej ludzkości. W jaki sposób pracodawcy mogą zadbać o dobre samopoczucie psychiczne swoich pracowników, a tym samym osiągać lepszą efektywność operacyjną? Czy obecne przepisy prawa dotyczące zdrowia psychicznego umożliwiają pracodawcom wystarczające wsparcie psychiczne ich pracowników? Czy dają pracodawcom wytyczne w postaci zasad profilaktyki i oceny dobrostanu psychicznego pracowników? Czy pracownicy mogą czuć się wystarczająco wspierani i chronieni w obecnym kształcie ustawy o zdrowiu psychicznym? Jak powinna wyglądać relacja lekarza z pacjentem, w tym przypadku pracownikiem firmy, gdyby jednak potrzebował wsparcia psychiatrycznego? Na te i inne pytania postaramy się wspólnie poszukać odpowiedzi w wygłoszonym referacie.

IGNACY ŁUSZCZYŃSKI

UNIWERSYTET MARII CURIE-SKŁODOWSKIEJ W LUBLINIE

„Po pierwsze nie szkodzić, czy dobrze zarobić?” – dylematy natury etycznej i prawnej wynikające z nowelizacji księgi V niemieckiego kodeksu socjalnego

Dokonana w zeszłym roku nowelizacja piątej księgi niemieckiego kodeksu socjalnego (SGB V) przynosi daleko idące zmiany w systemie opieki zdrowotnej. Jej celem była poprawa jakości usług medycznych oraz dostosowanie systemu do współczesnych wyzwań. Zmieniono szereg przepisów, między innymi zakazano stosowania niektórych substancji w stomatologii oraz wprowadzono wymóg prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej. Najistotniejsze zmiany wprowadzono jednak w systemie finansowania szpitali oraz chirurgii ambulatoryjnej, co ma konsekwencje zarówno dla lekarzy, jak i w sposób niezamierzony, dla pacjentów.

Wprowadzone zmiany rodzą szereg wątpliwości i dylematów. W szczególności pojawia się pytanie, w jakim stopniu interesy ekonomiczne da się pogodzić z obowiązkiem lekarzy dbania o dobro pacjentów. W związku z tym, że system opieki zdrowotnej podlega coraz większym naciskom finansowym, rosną obawy, że dążenie do oszczędności odbije się negatywnie na jakości leczenia.

Jednym z kluczowych wyzwań jest restrukturyzacja systemu wynagrodzenia. Wprowadzenie nowych modeli honorariów oraz ograniczenia budżetowe mogą sprawić, że świadczenia medyczne będą udzielane według kryteriów finansowych. Lekarze i szpitale stają tym samym przed dylematem: czy priorytetem powinna być troska o pacjenta, czy raczej dostosowanie się do bodźców finansowych? Taka sytuacja niesie ryzyko preferowania bardziej opłacalnych procedur kosztem mniej dochodowych, lecz medycznie koniecznych terapii.

Znaki zapytania pojawiają się także w obszarze zaopatrzenia w leki. Zaostrzone przepisy dotyczące kontroli kosztów mogą prowadzić do rzadszego przepisywania nowoczesnych, skutecznych, lecz kosztownych terapii. Powstają wówczas pytania natury etycznej: jak bardzo względy finansowe mogą wpływać na decyzje lecznicze, proces leczenia pacjentów oraz (co najważniejsze) ich powrót do zdrowia.

Kolejnym istotnym zagadnieniem są konsekwencje prawne dla lekarzy. Znowelizowane przepisy zaostrzają odpowiedzialność karną dla pracowników służby zdrowia. Rosnąca biurokracja oraz wymogi dokumentacyjne nie związane stricte ze stanem zdrowia pacjentów utrudniają skupienie się na właściwej pracy medycznej. Jednocześnie wzrasta ryzyko prawne – błędne decyzje mogą pociągać za sobą nie tylko konsekwencje zdrowotne dla pacjentów, ale także skutki finansowe i odpowiedzialność karną dla lekarzy.

Podczas wystąpienia przeanalizowane zostaną te dylematy na podstawie konkretnych przypadków, a także omówione możliwe rozwiązania. Celem jest krytyczna analiza skutków nowelizacji SGB V oraz pobudzenie dialogu między przedstawicielami medycyny, prawa (oraz polityki). Dodatkowo autor zamierza rozważyć scenariusz implementacji omówionych rozwiązań do polskiego systemu prawnego i dokonać analizy potencjalnych skutków.

PROF. DR HAB. JAROSŁAW MARKOWSKI

ŚLĄSKA IZBA LEKARSKA, ŚLĄSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY W KATOWICACH

Zaniechanie terapii daremnej NIE jest krokiem w kierunku eutanazji

Aktualizacja Kodeksu Etyki Lekarskiej uchwalona na XVI Nadzwyczajnym Zjeździe Lekarzy w maju 2024 r. w Łodzi od samego początku spowodowała żywą dyskusję w środowisku lekarskim, prawniczym jak i w mediach. Wiele znowelizowanych artykułów budzi wątpliwości i dyskusje.

Nowelizacja Kodeksu miała przede wszystkim – zdaniem jego autorów – na celu dostosowanie jego zapisów do współczesnych realiów pracy lekarzy. Stąd też znalazły się w nim między innymi zapisy zakazujące lekarzom korzystania z metod leczenia niezwyfikowanych naukowo, konieczność dokumentowania postępowania leczniczego zapobiegawczego z należytą starannością, prawa do konstruktywnego krytykowania innych lekarzy, prawo do posługiwania się informacją o oferowanych usługach oraz regulacje zasad korzystania z nowych technologii i sztucznej inteligencji.

Analizując doniesienia medialne poświęcone nowemu k.e.l., można zauważyć, że najczęściej dyskutowanym i wzbudzającym najwięcej emocji nowym artykułem k.e.l. jest artykuł 33 dotyczący zasad udzielania pomocy chorym w stanach terminalnych oraz terapii daremnej.

Ten znowelizowany artykuł jest jedną z najradykalniejszych zmian w nowym k.e.l. Zastąpił on dawny artykuł 32. Mówi o podjęciu zasadniczych dla życia chorego decyzji o rozpoczęciu lub zaniechaniu resuscytacji oraz o zakazie kontynuowania terapii daremnej u pacjentów w stanie terminalnym. Do tej pory (do grudnia 2024 r.) Kodeks Etyki Lekarskiej dawał lekarzom możliwość niepodejmowania i nieprowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii w stanach terminalnych, a w nowej wersji wprowadzono wyraźny zakaz stosowania terapii uznanej za daremną. Nowy zapis wyraźnie pozostawia decyzję o ewentualnym kontynuowaniu leczenia „zespółowi leczącemu” pacjenta, a nie jego rodzinie (a więc zasada: decyduje lekarz, a nie rodzina). Zgodnie z nowym brzmieniem, jeżeli np. rodzina pacjenta będzie prosiła o dalsze leczenie, ale „zespół leczący” uzna to za bezcelowe, to rodzina nie będzie mogła liczyć na kontynuowanie terapii. Jak widać z powyższych zapisów, nowy Kodeks stawia sprawę jasno: gdy nie ma szans na wyleczenie, lekarze mają nie kontynuować terapii. Wynika to z przekonania, że dalsze stosowanie procedur medycznych u nieuleczalnie chorego przedłuża tylko jego umieranie, zwiększa cierpienie a tym samym naraża jego godność osobistą. Zdaniem lekarzy ten zapis to walka o godność pacjenta. Rodzina w obawie przed moralną

odpowiedzialnością za decyzję o zaniechaniu leczenia może próbować dążyć do jego intensyfikacji wbrew temu, co nakazuje wiedza medyczna, znana wola pacjenta i nakaz poszanowania godności pacjenta w stanie terminalnym. Artykuł ten z jednej strony daje lekarzowi rękojmię do zakończenia terapii, bo wprost zakazuje mu jej prowadzenia, a z drugiej strony podkreśla podmiotowość i godność pacjenta.

DR MICHAŁ MARSZELEWSKI

UNIwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Odpowiedzialność zawodowa lekarza na podstawie art. 12 Kodeksu Etyki Lekarskiej

Postępująca cyfryzacja i związane z nią coraz powszechniejsze korzystanie ze sztucznej inteligencji w sektorze zdrowotnym staje się faktem. Rozsądne jest prognozowanie tylko szybszego postępu w tym zakresie. Jedną z odpowiedzi na „nową” rzeczywistość stanowi art. 12 Kodeksu Etyki Lekarskiej⁷ w brzmieniu obowiązującym od 1 stycznia 2025 roku. Przedmiotowa regulacja zawiera warunki, które należy spełnić, aby lekarz w postępowaniu diagnostycznym, leczniczym bądź zapobiegawczym mógł korzystać z algorytmów sztucznej inteligencji. Są to: poinformowanie pacjenta o wykorzystaniu sztucznej inteligencji w procesie diagnostycznym lub terapeutycznym wraz z uzyskaniem jego świadomej zgody oraz możliwość zastosowania algorytmów sztucznej inteligencji dopuszczonych do użytku i odpowiednio certyfikowanych. Warunkiem jest również to, aby ostateczna decyzja diagnostyczna i terapeutyczna pozostawała każdorazowo w gestii lekarza.

Chociaż *prima facie* art. 12 k.e.l. może wydawać się przystępny w interpretacji, to wnikliwsza analiza nasuwa już pewne wątpliwości. Dostrzega-

⁷ Załącznik do uchwały nr 5 Nadzwyczajnego XVI Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 18 maja 2024 r., dalej cyt.: k.e.l.

ją je przede wszystkim adresaci tego przepisu – lekarze. Stąd też Komisja Etyki Lekarskiej Naczelnej Rady Lekarskiej przygotowała komentarz do przedmiotowego przepisu⁸. Niewątpliwie konkretyzuje on zasady korzystania ze sztucznej inteligencji. Wątpliwości odnośnie do treści art. 12 k.e.l. zauważalne są także wśród prawników, którzy dokonując wykładni tej regulacji, posługują się charakterystycznymi dla nauk prawnych sposobami interpretacji przepisów. Powstałe wątpliwości i rozbieżności zasługują na omówienie oraz próbę pogodzenia. Wszakże art. 12 k.e.l. został przyjęty „przez lekarzy i dla lekarzy”, a jego dodanie do k.e.l. jest niewątpliwie słuszne.

Pozostawiając na uboczu aspekt odpowiedzialności cywilnej, właściwa wykładnia art. 12 k.e.l. jest konieczna dla oceny zachowania lekarza z perspektywy etyki i możliwości ponoszenia przez niego odpowiedzialności zawodowej⁹. Jak wskazał bowiem Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 11 lutego 2016 r.¹⁰, fakt związania lekarzy normami k.e.l., jak również fakt odpowiedzialności za naruszenie tych norm na podstawie art. 53 ustawy o izbach lekarskich nie budzi wątpliwości. W konsekwencji, w przypadku stwierdzenia popełnienia tzw. przewinienia zawodowego, lekarz podlega odpowiedzialności zawodowej przed sądem lekarskim. Zastrzec jednak trzeba, że ewentualne naruszenie art. 12 k.e.l. nie powinno skutkować orzekaniem „surowszych” kar z katalogu zawartego w art. 83 ustawy o izbach lekarskich. Nie wpływa to jednak na doniosłość praktyczną zagadnienia będącego przedmiotem referatu.

Referat składa się z dwóch części. Pierwsza z nich obejmuje kompleksową analizę poszczególnych warunków korzystania ze sztucznej inteligencji określonych w art. 12 k.e.l. wraz z ich odniesieniem do obowiąz-

⁸ Naczelna Izba Lekarska, *AI. Komentarz do znowelizowanego k.e.l.: art. 12*, <https://nil.org.pl/aktualnosci/8700-ai-komentarz-do-znowelizowanego-kel-art-12>.

⁹ Zob. art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, tekst jedn. Dz.U. 2024, poz. 1287 ze zm.; art. 8 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich, tekst jedn. Dz.U. 2021 r., poz. 1342 ze zm., dalej cyt.: ustawa o izbach lekarskich; art. 1 k.e.l.

¹⁰ Sygn. akt: SDI 71/75, Legalis nr 1433064.

zujących przepisów prawa (ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta¹¹, ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty¹²). Druga natomiast poświęcona jest kwestii ponoszenia przez lekarza odpowiedzialności zawodowej w związku z przedmiotową regulacją. Wystąpienie zawiera nadto odniesienia do przykładów wykorzystania sztucznej inteligencji w praktyce leczniczej.

R. PR. DR HAB. KINGA MICHAŁOWSKA, PROF. UCZ.

UNIwersytet Ekonomiczny w Katowicach

Zdrowe żywienie dziecka – między troską a zaniedbaniem

Pieczą nad osobą dziecka obejmuje m.in. obszar rozwoju fizycznego i duchowego dziecka, w niej zawarty jest obowiązek zdrowego odżywiania dziecka. Rodzic powinien dostosować dietę dziecka do jego wieku, stanu zdrowia, aktywności. Nieprawidłowa dieta powoduje daleko idące konsekwencje zdrowotne. O ile w sytuacjach niedożywienia dziecka pojawia się z reguły szybka reakcja podmiotów, instytucji a rodzice są pociągani do odpowiedzialności to w sytuacji otyłości dziecka takiej reakcji brak. Otyłość to choroba, na którą niejednokrotnie przyzwalają rodzice i której konsekwencje zdrowotne ponosi dziecko. Obserwowana i potwierdzona licznymi badaniami otyłość dzieci stała się problemem w skali globalnej. Środowisko lekarskie bije na alarm, ale odbija się od ściany, z uwagi na trudności z wyegzekwowaniem od rodziców zmiany diety dziecka. Stąd warto zastanowić się nad mechanizmami, które pozwolą w mniej inwazyjny niż art. 109 KRO, ale skuteczny sposób zdyscyplinować i wyegzekwować od rodziców zmianę sposobu żywienia dziecka.

¹¹ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r., tekst jedn. Dz.U. 2024, poz. 581.

¹² Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r., tekst jedn. Dz.U. 2024, poz. 1287 ze zm.

MGR NATALIA NIERÓBCA
UNIWERSYTET WARSZAWSKI

Zgoda pacjenta na wykorzystanie algorytmów sztucznej inteligencji w praktyce lekarskiej w świetle artykułu 12 Kodeksu Etyki Lekarskiej

Podstawową intencją przyświecającą uchwaleniu nowego Kodeksu Etyki Lekarskiej w maju 2024 roku było dostosowanie zasad lekarskiej deontologii zawodowej do współczesnych oraz przyszłych wyzwań dla praktyki medycznej. Jednym z nich bezsprzecznie jest upowszechnianie i włączanie w proces diagnostyczny i leczniczy rozwiązań opartych na algorytmach sztucznej inteligencji. Odpowiedź na potrzebę uregulowania obowiązków lekarza związanych z zastosowaniem wyrobów medycznych wykorzystujących AI w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych stanowi artykuł 12 k.e.l. Jego podstawową treścią jest natomiast zobowiązanie lekarzy do poinformowania pacjenta i uzyskania jego świadomej zgody na wykorzystanie tego rodzaju rozwiązań technologicznych.

Samą ideę uregulowania etycznych aspektów stosowania sztucznej inteligencji w świadczeniu usług zdrowotnych przez lekarza należy ocenić pozytywnie. Treść artykułu 12 k.e.l. nasuwa skądinąd istotne wątpliwości w zakresie tego, w jaki sposób lekarz powinien realizować nałożone na niego obowiązki. Sposób, w jaki został sformułowany, sprawia w szczególności, że nie jest jasne, czy poinformowanie i uzyskanie zgody pacjenta na wykorzystanie AI są wymagane w odniesieniu do wszystkich rodzajów świadczeń zdrowotnych, czy też, że nie będzie to niezbędne na przykład przy postępowaniu zapobiegawczym. Dalej, w doktrynie pojawiają się odmienne stanowiska co do tego, czy o potrzebie uzyskania zezwolenia pacjenta powinna decydować istotność zastosowania AI dla postępowania medycznego. Punkt 1 omawianej regulacji nie precyzuje zakresu informacji, które lekarz powinien przekazać pacjentowi, aby jego zgoda mogła

zostać uznana za poinformowaną. Istnieją także wątpliwości co do formy, w jakiej adresat świadczeń zdrowotnych miałby zezwolić na udzielenie świadczenia.

W ramach wystąpienia w pierwszej kolejności skupię się na problemach interpretacyjnych wynikających z niejednoznacznego sposobu sformułowania art. 12 k.e.l. Jednocześnie, przedstawię propozycję odczytania omawianego przepisu pozostające w zgodzie z dyrektywami wykładni systemowej oraz celowościowej. Wreszcie, rozważę możliwość przełożenia się nowej regulacji na potencjalne roszczenia odszkodowawcze wobec lekarzy w przypadku niedopełnienia przez nich obowiązków związanych z zastosowaniem technologii AI wyartykułowanych w Kodeksie.

ADW. DR EWA PLEBANEK

UNIwersytet Ekonomiczny w Krakowie

Zmiany w zakresie odpowiedzialności represyjnej wobec zjawiska szarlatanerii medycznej

Dążenie do znalezienia leku gwarantującego zachowanie zdrowia i wiecznej młodości towarzyszyło ludzkości od zawsze. Jednak od czasu upowszechnienia dostępu do Internetu, a w szczególności do mediów społecznościowych, dających wyznawcom paramedycyny forum dla nieskrępowanego dzielenia się swoimi poglądami oraz ofertami produktów i usług, zasadniczo poszerzyły się możliwości wdarcia się do ludzkich umysłów, serc i kieszeni. W konsekwencji, w ostatnich kilkunastu latach zmieniła się specyfika aktywności polegającej na świadczeniu usług paramedycznych, co w sposób naturalny oznacza konieczność weryfikacji czy dotychczasowe rozwiązania prawne są wystarczające.

W pierwszej części referatu w oparciu o przykłady znane z orzecznictwa sądów karnych oraz sądów lekarskich omówiono tradycyjne formy

pociągania do odpowiedzialności represyjnej sprawców praktykujących lub propagujących paramedycynę.

Analizowano prawnokarne aspekty funkcjonowania osób praktykujących szarlatanerie medyczną pod kątem popełniania przestępstw przeciwko życiu i zdrowiu (art. 155, 160 k.k.), odpowiadając na zasadnicze pytanie: kiedy chcącemu jednak dzieje się krzywda? Dokonano prawnokarnego wartościowania sprzedaży produktów pseudolecniczych lub odpłatnego udzielania usług paramedycznych w kontekście znamion przestępstwa oszustwa (art. 286 k.k.), *przestępstw i wykroczeń przeciwko zdrowiu publicznemu (art. 58 ustawy o wykonywaniu zawodu lekarza i lekarza dentystry typizujący „znachorstwo” oraz art. 125-130 ustawy prawo farmaceutyczne)*.

Obok tego przedstawiono drugi obszar społecznego oddziaływania osób, które swoją działalność zarobkową wiążą z dziedziną altmedu – niezwiązany z atakami na dobra indywidualne konkretnych „pacjentów”. Osoby związane z „uniwersum altmedu” obok działalności koncentrującej się na konkretnym kliencie, prowadzą ożywioną działalność publicystyczną, przede wszystkim w mediach społecznościowych, co jak się wydaje, jest formą zapewnienia sobie rozgłosu i tym samym reklamy. Ważnym elementem tej działalności jest publiczna krytyka medycyny akademickiej, środowiska profesjonalistów medycznych, recenzowanie konkretnych przypadków medycznych i poczynań konkretnych lekarzy – w szczególności w tych przypadkach, w których dana sytuacja jest już szerzej znana opinii publicznej. W referacie odniesiono się więc do znanego z orzecznictwa Europejskiego Trybunału Praw Człowieka, a za nim także polskich sądów karnych problemu poszukiwania „sprawiedliwej równowagi” między prawem do krytyki, wolnością słowa, zagwarantowaniem społeczeństwu możliwości prowadzenia otwartej debaty na tematy ważne, a ochroną czci, godności, wolności i dobrego imienia profesjonalistów medycznych oraz ochroną zdrowia publicznego (przestępstwa zniesławienia i zniewagi z art. 212 i 216 k.k.).

W referacie odniesiono się także do odpowiedzialności zawodowej lekarzy, wskazując, na szerszy zakres sankcjonowania zachowań polegających na propagowaniu lub stosowaniu paramedycyny, niż ma to miejsce w przypadku odpowiedzialności karnej. Wskazano ratio legis sankcjonowania lekarzy za praktykowanie niezgodnie z aktualną wiedzą medyczną, posługiwanie się metodami niezweryfikowanymi naukowo lub uznanymi przez naukę za szkodliwe bądź bezwartościowe, nawet jeżeli nie szkodziło zdrowiu konkretnego pacjentowi (art. 4, 6 k.e.l.). Wskazano, iż art. 78 k.e.l. z 18.05.2024 r. doprecyzował, ale nie wprowadził sankcjonowania zachowań polegających na publicznym propagowaniu postaw antynaukowych i antyzdrowotnych, odnosząc się do dorobku sądów lekarskich na gruncie art. 57 k.e.l. z 1991 roku. Podkreślono zasadniczą różnicę pomiędzy sankcjonowaniem lekarzy za niemerytoryczne antynaukowe wypowiedzi a oczywistym prawem do prowadzenia otwartej, ale merytorycznej debaty i krytyki oraz prawem przedstawicieli środowiska lekarskiego do publicznego zabierania głosu na tematy związane z ochroną zdrowia.

Druga część referatu zarysowała założenia głośno zapowiadanego przez Ministerstwo Zdrowia projektu nowelizacji ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy o systemie powiadamiania ratunkowego, aktualnie procedowanego przez Radę Ministrów pod oznaczeniem UD207 – określanego potocznie mianem „lex szarlatan”.

Projekt UD207 przewiduje znacznie szersze kompetencje Rzecznika Praw Pacjenta w obszarze, w którym jest już obecny aktualnie, tj. ochrony zbiorowych praw pacjenta przed naruszeniami przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych. Wedle projektu liczne kompetencje RPP oraz kary administracyjne mają wejść także w nowy obszar stosunków społecznych, tj. usług podmiotów lub osób niewykonujących zawodu medycznego i działalności leczniczej, jednak faktycznie udzielających świadczeń zdrowotnych lub oferujących metody pseudomedyczne, paramedyczne, którym przypisywane są właściwości zgodnego z aktualną wiedzą

medyczną świadczenia zdrowotnego oraz rozpowszechnianie publicznie medycznej dezinformacji celem uzyskiwania z niej korzyści majątkowych lub osobistych. W toku analizy założeń projektu zidentyfikowano liczne nowe kompetencje RPP w postępowaniach w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów oraz osób korzystających z usług pseudomedycznych. Dostrzeżono znaczne poszerzenie zakresu sytuacji uprawniających RPP do nakładania kar pieniężnych oraz zwiększenie wysokości kar pieniężnych, a także rozszerzenie uprawnień RPP w zakresie udziału w postępowaniach cywilnych dotyczących naruszenia praw pacjenta.

Wszystko to oznaczać będzie masywne wkroczenie surowych kar administracyjnych na daleko idące „przedpole” przestępstw i wykroczeń np. z art. 58 u.z.l. (udzielaniu świadczeń zdrowotnych przez osobę niewykonywającą zawodu medycznego, wykonywanie działalności medycznej bez uzyskania właściwego wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą); przestępstw przeciwko życiu i zdrowiu (oferowanie lub stosowanie metod, którym przypisuje się właściwości świadczenia zdrowotnego, prowadzących do pogorszenia zdrowia, niepodjęcia lub odstąpienia od udowodnionego naukowo postępowania diagnostyczno-leczniczego) przestępstwa oszustwa z art. 286 k.k. (rozpowszechnianie medycznej dezinformacji celem uzyskania korzyści majątkowych lub osobistych) oraz deliktów zawodowych lekarzy.

Podsumowując rozważania, zwrócono uwagę na wpisanie się projektu UD207 w szersze zjawisko określane mianem „administratywizacji karnia” polegające na współcześnie silnej tendencji do konwersji „tradycyjnej” odpowiedzialności represyjnej (przestępstwa, wykroczenia, delikty zawodowe) w administracyjną oraz wypieraniu lub dublowaniu sankcji karnych przez sankcje administracyjne. Wskazano, że musi niepokoić, gdy wybór administracyjnej kary pieniężnej (zamiast kary kryminalnej, wykroczeniowej lub dyscyplinarnej w zawodach zaufania publicznego) nie jest wiązany z przekonaniem ustawodawcy o ultymatywnej roli prawa karnego

w państwie prawa, ale z dążeniem do „pójścia na skróty” poprzez omińnięcia gwarancji właściwych dla odpowiedzialności represyjnej w zakresie prawa materialnego i procesowego.

W przypadku wymierzania sankcji administracyjnych nie obowiązują rygory właściwe dla prawa karnego i odpowiedzialności zawodowej. Standardy gwarancyjne w zakresie wymierzania administracyjnych kar pieniężnych są zdecydowanie niższe niż w przypadku odpowiedzialności karnej, wykroczeniowej, zawodowej. Prostota, szybkość, brak ograniczeń jakie istnieją w postępowaniu „tradycyjnie represyjnym”, powodują, że osiągnięcie określonych celów ochronnych środkami prawa administracyjnego jawi się prawodawcy lękającym się szybkich i spektakularnych efektów jako kuszące. Należy jednak przestrzegać o ryzykach, jakie niesie obchodzenie prawnokarnych rygorów karania przez powierzanie organom administracji publicznej tak szerokiej kompetencji w zakresie wymierzania dolegliwych sankcji. Badając rozwiązania mające stanowić skuteczną prewencję przed społecznie szkodliwymi zachowaniami przedstawicieli środowiska almedu, nie należy milczeć na temat zagrożenia dla standardów państwa prawa, jakie wiążą się z możliwością wymierzenia sankcji, która pod względem dolegliwości może przekraczać sankcję karną, ale bez konieczności zachowania gwarancji ochrony jednostki ukształtowanych w ciągu setek lat ewolucji systemów prawa karnego.

Dążenie do skutecznego zwalczania zjawiska szarlatanerii medycznej nie przyniesie efektów, jeśli odbędzie się za pośrednictwem szarlatanerii prawnej. Problemu nie rozwiążą sankcje administracyjne. Co więcej, zbyt daleko wkraczające w sferę wolności jednostki reglamentacje administracyjne i towarzyszące im surowe sankcje, mogą problem spotęgować, a nie rozwiązać. Władza państwowa powinna skutecznie zabezpieczyć interes „słabszej” jednostki, która jest zagrożona przez ekspansję i realizację interesów innych jednostek, jednak silne i skuteczne państwo nie rezygnuje przy tym z gwarancji charakterystycznych dla odpowiedzialności represyjnej. Jeśli nadrzędnym celem państwa staje się zagwarantowanie wszystkim

i każdemu z osobna odpowiedniego stopnia bezpieczeństwa za pomocą stanowionego prawa, to w procesie „administratywizacji” karania należy zachować rozsądny umiar. Władza państwowa oraz prawa człowieka muszą pozostawać w dynamicznej równowadze, w przeciwnym razie każde z nich zaprzecza swojej istocie.

W mojej ocenie nie ma luki kryminalizacyjnej w odniesieniu do zachowań związanych z szeroko rozumianą szarlatanerią medyczną. Zważywszy na ultymatywną funkcję prawa karnego we współczesnych społeczeństwach oraz konieczność respektowania praw i wolności jednostki, która ma prawo do wolnych wyborów w kwestiach własnego zdrowia i życia prywatnego, także tych nieroztropnych, nie wydaje się proporcjonalne, konieczne i racjonalne poszerzanie zakresu kryminalizacji. Bardziej zasadne jest podjęcie działań ochronnych poprzez zmianę modelu funkcjonowania profesjonalistów medycznych – w kierunku zwiększenia szans na bezpośredni kontakt i rozmowę z pacjentem oraz udzielenie szeroko rozumianego „komplementarnego” wsparcia ciężko chorym pacjentom i ich rodzinom. Nie bez znaczenia są działania edukacyjne nakierowane na ogół społeczeństwa, zmierzające do przywrócenia zaufania do wiedzy eksperckiej i umiejętności krytycznej oceny publicznie suflowanych recept dających proste i szybkie rozwiązania zagadnień trudnych, złożonych a niekiedy beznadziejnych. Celem przywrócenia zaufania do rzetelności i bezstronności ekspertów wypada zasugerować stanowcze piętnowanie postaw antynaukowych i antymerytorycznych w zawodach zaufania publicznego przez właściwe samorządy zawodowe. W mojej ocenie liczne ograniczenia administracyjne i surowe finansowe sankcje nakładane na podmioty świadczące usługi paramedyczne, tylko w sferze publicznie składanych deklaracji wyglądają efektywnie. Jednak efektywnie z pewnością nie zastąpią mniej spektakularnych i żmudnych działań „u podstaw”.

R. PR. DR HAB. PIOTR POMLANOWSKI, PROF. UCZ.

UNIWERSYTET WARSZAWSKI

Odpowiedzialność zawodowa diagnostów laboratoryjnych

Tematem wystąpienia będzie odpowiedzialność zawodowa (do niedawna dyscyplinarna) diagnostów laboratoryjnych. Autor wystąpienia przez ponad pięć lat jako radca prawny zajmował się obsługą prawną Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych. W planowanym wystąpieniu omówione zostaną podstawowe kategorie skarg, które w tym okresie wpływały do organów KIDL oraz tendencje występujące w orzecznictwie Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, oraz sądów funkcjonujących w ramach KIDL.

Oprócz omówienia orzecznictwa w referacie zaprezentowane zostaną podstawy normatywne – zarówno pod rządami poprzedniej ustawy (o diagnostyce laboratoryjnej) jak i nowej (o medycynie laboratoryjnej) – w pracach, w których autor wystąpienia miał okazję uczestniczyć jako przedstawiciel KIDL.

RYSZARD PRZEWOŹNIAK

UNIWERSYTET WARSZAWSKI

Nadchodzący powiew zmian, czy legislacyjna flauta? Prawne i medyczne granice dostępu do antykoncepcji z perspektywy transpłciowych mężczyzn

W ostatnich latach zagadnienie swobodnego i nieutrudnionego dostępu do antykoncepcji, w tym antykoncepcji awaryjnej, zyskało na znaczeniu oraz rozpoznawalności w piśmiennictwie. Jednym z powodów tego wzrostu zainteresowania był szereg niedawnych zmian prawnych dotyczących

wspomnianego zagadnienia, między innymi pod postacią Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego w zakresie usług farmaceuty dotyczących zdrowia reprodukcyjnego czy wcześniejszych nowelizacji Ustawy Prawo Farmaceutyczne. W obecnym kształcie, system dostępu do antykoncepcji awaryjnej z jednej strony wydaje się realizować minimalne gwarancje związane z prawami reprodukcyjnymi, z drugiej zaś jest ukształtowany w wąski oraz potencjalnie ograniczający sposób.

Celem wystąpienia jest przeanalizowanie dostępu do antykoncepcji, zarówno długofalowej, jak i awaryjnej, z perspektywy szczególnej grupy pacjentów – transpłciowych mężczyzn. Osoby te w trakcie dokonywania medycznej korekty płci powinny znajdować się pod szczególną opieką ginekologiczną i endokrynologiczną, która wymusza może ograniczenia w dostępie do części środków antykoncepcyjnych. Jednocześnie zaś, perspektywa tej grupy nie jest zazwyczaj postrzegana jako istotny punkt odniesienia w zakresie projektowania regulacji związanych z tym obszarem ochrony zdrowia reprodukcyjnego.

W trakcie wystąpienia, przeanalizowane zostaną zarówno prawne, jak i faktyczne bariery w dostępie do antykoncepcji stojące przed transpłciowymi mężczyznami jako szczególną grupą pacjentów. W szczególności, w świetle zmian prawnych w ciągu ostatnich lat, zostanie przeprowadzona analiza dostępności środków wchodzących w zakres tzw. antykoncepcji awaryjnej. Wystąpienie zakończone zostanie przedstawieniem postulowanych zmian, które w sposób minimalizujący ingerencję w obecne ukształtowanie dostępu do opisywanego świadczenia zdrowotnego, pomogłyby załatać lukę odbierającą ten dostęp niektórym grupom pacjentów.

R. PR. DR. AGNIESZKA RABIEGA-PRZYŁĘCKA

UNIWERSYTET ŁÓDZKI

DR DOMINIKA TYKWIŃSKA-RUTKOWSKA

UNIWERSYTET GDAŃSKI

DR AGNIESZKA WOŁOZYN-CIHOCKA

UNIWERSYTET MARII CURIE-SKŁODOWSKIEJ W LUBLINIE

Wpływ rozporządzenia SoHO na polskie regulacje prawne w obszarze transplantacji

Celem rozważań jest zidentyfikowanie wpływu rozwiązań przyjętych rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 2024/1938 z dnia 13 czerwca 2024 r. (określanym rozporządzeniem SoHO) wprowadzających wysokie standardy jakości i bezpieczeństwa wszystkich substancji pochodzenia ludzkiego (SoHO), przewidzianych do zastosowania u ludzi oraz działań związanych z tymi substancjami na polskie regulacje prawne w – kluczowym z perspektywy SoHO – obszarze transplantacji. Rozporządzenie SoHO weszło w życie 20. dnia po ogłoszeniu w Dzienniku Urzędowym UE, tj. 6 sierpnia 2024 r., lecz stosowane będzie, z nielicznymi wyjątkami, od dnia 7 sierpnia 2027 r. Pomimo że obowiązuje ono bezpośrednio w państwach członkowskich, a zatem nie wymaga implementacji tak jak w przypadku uchylanych dyrektyw 2004/23/WE oraz 2002/98/WE, to jednak wywołuje określone skutki dla prawodawcy krajowego, który w tzw. regulacjach „okolorozporządzeniowych” (czyli m.in. w ustawie z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów bądź w nowej ustawie normującej tę problematykę) będzie zobligowany do podjęcia szeregu działań legislacyjnych zapewniających zgodność polskiego prawodawstwa z prawem unijnym.

Analiza treści rozporządzenia SoHO oraz obowiązujących obecnie polskich regulacji prawnych we wskazanym zakresie prowadzi do sformułowania w szczególności następujących wniosków. Po pierwsze, konieczne jest dopasowanie siatki terminologicznej używanej przez prawodawcę polskiego do siatki obowiązującej na gruncie europejskich regulacji. Ustawa polska powinna odsyłać do definicji sformułowanych w rozporządzeniu unijnym, gdyż obecnie – ze względu na brak odniesienia do substancji pochodzenia ludzkiego – jest niespójna z rozporządzeniem SoHO. Po drugie, należy dopasować system krajowych podmiotów realizujących zadania w zakresie transplantacji do systemu podmiotów przewidzianych przez rozporządzenie SoHO, w tym wyznaczyć niezależny od innych podmiotów organ właściwy ds. SoHO odpowiedzialny za działania nadzorcze nad SoHO. Po trzecie, niezbędne będzie wprowadzenie krajowej procedury rejestracyjnej i autoryzacyjnej podmiotów SoHO i zakładów SoHO, co w konsekwencji będzie nakładało dodatkowe obowiązki nie tylko na prawodawcę, ale także na podmioty bezpośrednio zaangażowane w proces transplantacji. Po czwarte, należy dopasować polskie systemy informatyczne do unijnej platformy ds. SoHO. Po piąte, konieczne jest stworzenie systemu monitorowania dostępności SoHO, w tym przypisanie odpowiednim organom zadań w zakresie zapewnienia ciągłości dostaw.

Powyższej analizy dokonano z wykorzystaniem metody dogmatyczno-prawnej.

DR JOANNA RÓŻYŃSKA

UNIwersytet Warszawski, Komitet Bioetyki PAN

Ochrona uczestników eksperymentów medycznych znajdujących się w przymusowym położeniu

Celem mojego wystąpienia jest analiza art. 23b ust. 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (u.z.l.), który „zabrania [się] przeprowadzania

eksperymentu medycznego z wykorzystaniem przymusowego położenia uczestnika takiego eksperymentu”. Przepis ten obowiązuje od dnia 1 stycznia 2021 roku. Do tej pory był jednak przedmiotem zaledwie kilku szerszych wypowiedzi doktrynalnych.

Rafał Kubiak¹³ twierdzi, że przepis art. 23b ust. 2 u.z.l. wprowadza całkowity zakaz przeprowadzania eksperymentów badawczych z udziałem osób znajdujących się w przymusowym położeniu, a zatem stanowi swoiste uzupełnienie/rozszerzenie ograniczeń podmiotowych zawartych w art. 23a ust. 1 u.z.l. Wojciech Ciszewski¹⁴ odrzuca taką interpretację, wskazując, iż jest ona niezgodna z regułami wykładni językowej, systemowej i celowościowej. Ciszewski słusznie zauważa, iż przepis ten powinien być „interpretowany jako zakaz podejmowania określonych działań wobec pewnej kategorii osób (w tym przypadku poddawanych eksperymentowi osób znajdujących się w trudnym położeniu), a nie jako kategoryczny zakaz udziału tych osób w badaniach”¹⁵. Niestety, nie wskazuje on, jakiego rodzaju działań zakaz ten dotyczy.

Wykażę, że adekwatna interpretacja przepisu art. 23b ust. 2 u.z.l. wymaga odczytania jego treści przez pryzmat międzynarodowych i europejskich standardów ochrony uczestników badań medycznych przed nadmiernym/niepożądanym wpływem (undue influence) oraz wyzyskiem. Przepis ten należy interpretować w duchu (w szczególności) art. 12 Protokołu Dodatkowego do Konwencji Rady Europy o Prawach Człowieka i Biomedycynie dotyczącego Badań Biomedycznych (2005) (oraz jego wykładni zawartej w Raporcie Wyjaśniającym), a także motywu 31 oraz art. 28 ust.1(h) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 536/2014 z dnia 16 kwietnia 2014 r. w sprawie badań klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi oraz uchylecia dyrektywy 2001/20/WE.

¹³ Kubiak R., *Odpowiedzialność karna za przestępstwa związane z nielegalnym przeprowadzeniem eksperymentu medycznego*, „Diametros” vol. 20, no. 78 (2023): 50-53.

¹⁴ Ciszewski W., Dwie uwagi do artykułu Rafała Kubiaka, „Diametros” vol. 20, no. 78 (2023): 113-115.

¹⁵ Ibidem, s. 115.

DR EMILLA SARNACKA

UNIWERSYTET MEDYCZNY W BIAŁYMSTOKU

Eksperyment medyczny a kobieta ciężarna – etyczne i prawne dylematy w świetle nowelizacji Kodeksu Etyki Lekarskiej

Eksperymenty medyczne z udziałem kobiet ciężarnych budzą liczne kontrowersje prawne i etyczne. Z jednej strony ciąża nie powinna automatycznie wykluczać pacjentki z możliwości uczestnictwa w badaniach naukowych, zwłaszcza gdy dotyczą one terapii mogących przynieść korzyści zdrowotne zarówno matce, jak i dziecku. Z drugiej strony, prawo i etyka lekarska kładą szczególny nacisk na ochronę dziecka poczętego, co skutkuje znacznymi ograniczeniami w przeprowadzaniu tego rodzaju badań.

W polskim porządku prawnym brakuje precyzyjnych regulacji dotyczących udziału ciężarnych w eksperymentach medycznych. Kodeks Etyki Lekarskiej, obowiązujący od 1 stycznia 2025 r., roku nie odnosi się bezpośrednio do tej kwestii, a jedynie wskazuje na ogólne zasady świadomej zgody i konieczność minimalizacji ryzyka. Konstytucja RP (art. 39) oraz ustawa o zawodzie lekarza nakładają obowiązek uzyskania dobrowolnej zgody pacjentki, natomiast prawo atomowe jednoznacznie wyklucza udział ciężarnych w eksperymentach związanych z promieniowaniem jonizującym.

Celem wystąpienia będzie analiza polskich regulacji prawnych i etycznych dotyczących eksperymentów medycznych z udziałem kobiet ciężarnych oraz identyfikacja luk prawnych, które mogą ograniczać zarówno prawa pacjentek, jak i rozwój medycyny. Szczególna uwaga zostanie poświęcona dylematowi pomiędzy koniecznością ochrony zdrowia matki i dziecka a ograniczeniami prawnymi, które mogą uniemożliwiać prowadzenie badań nad nowoczesnymi terapiami.

ADW. DR KATARZYNA SYROKA-MARCZEWSKA

UNIWERSYTET WARSZAWSKI

R. PR. DR DOROTA KREKORA-ZAJAC

UNIWERSYTET WARSZAWSKI

Wpływ obowiązku informowania o zastosowaniu AI na legalność działania lekarza/lekarzki, czyli jak nowa regulacja Kodeksu Etyki Lekarskiej może wpłynąć na cywilne i karne aspekty udzielania świadczeń zdrowotnych

Nowelizacja art. 12 Kodeksu Etyki Lekarskiej (dalej: k.e.l.) wprowadziła obowiązek uzyskiwania przez lekarza/lekarzkę zgody na posługiwanie się w procesie diagnostycznym, leczniczym lub zapobiegawczym algorytmów sztucznej inteligencji. Zgodnie z treścią art. 12 k.e.l. lekarz może w postępowaniu diagnostycznym, leczniczym lub zapobiegawczym korzystać z algorytmów sztucznej inteligencji przy spełnieniu następujących warunków: 1) poinformowania pacjenta, że przy stawianiu diagnozy lub w procesie terapeutycznym będzie wykorzystana sztuczna inteligencja; 2) uzyskania świadomej zgody pacjenta na zastosowanie sztucznej inteligencji w procesie diagnostycznym lub terapeutycznym; 3) zastosowania algorytmów sztucznej inteligencji, które są dopuszczone do użytku medycznego i posiadają odpowiednie certyfikaty; 4) ostateczną decyzję diagnostyczną i terapeutyczną zawsze podejmuje lekarz. Warto w tym kontekście zauważyć, że taki obowiązek nie wynika jednak wprost z żadnej regulacji prawa powszechnie obowiązującego ani z ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, ani też z ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Powstaje zatem ważne pytanie, czy nałożenie takiego obowiązku w k.e.l. może wpłynąć na podwyższenie miernika staranności wymaganej od lekarza/lekarzki oraz, czy będzie wpływało na rozszerzenie odpowiedzialności karnej.

Jak czytamy na stronie Naczelnej Izby Lekarskiej, „świadoma zgoda pacjenta na zastosowanie AI może być wyrażona ustnie albo przez takie zachowanie się pacjenta, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na jego wolę – np. położenie się na kozetce do badania, kontynuację rozmowy z lekarzem (zgodnie z art. 16 ust. 8 k.e.l.). Art. 12 k.e.l. nie wprowadza wymogu uzyskania zgody w formie pisemnej. Zgoda na zastosowanie AI nie musi być odrębna od świadomej zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego – jeżeli pacjenci zostali odpowiednio poinformowani o wykorzystaniu AI w procesie diagnostycznym lub terapeutycznym, ich zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego będzie obejmować również zgodę na wykorzystanie AI do realizacji tego świadczenia” (źródło, <https://nil.org.pl/aktualnosc/8700-ai-komentarz-do-znowelizowanego-kel-art-12>, dostęp: 22.02.2025 r.).

Istotnym zagadnieniem jest również sam charakter prawny tej zgody. Czy będzie mogła być ona traktowana jako dodatkowa przesłanka uchylenia bezprawności działania lekarza, a tym samym czy działanie lekarza/lekarzki bez uzyskania takiej dodatkowej zgody będzie działaniem powodującym zawsze odpowiedzialność dyscyplinarną, cywilną i karną?

Celem referatu będzie poszukiwanie odpowiedzi na pytania, o których mowa powyżej. Wybór tematu został podyktowany jego aktualnością.

WIKTORIA SZCZUKOWSKA

WYŻSZA SZKOŁA ADMINISTRACJI I BIZNESU IM. E. KWIAŁKOWSKIEGO W GDYNI

Wymagania stawiane zaświadczeniom i dokumentom lekarskim wg nowego brzmienia k.e.l. a sprawa Anity

Nowelizacja Kodeksu Etyki Lekarskiej (k.e.l.) z 2025 roku wprowadza istotne zmiany w regulacjach dotyczących wystawiania dokumentów medycznych, których celem jest poprawa odpowiedzialności, obiektywizmu

i transparentności działań lekarzy. Zgodnie z artykułem **42 k.e.l.**, lekarz jest zobowiązany do zapewnienia identyfikowalności autora dokumentu medycznego, umożliwiając jego jednoznaczną weryfikację. Ponadto dokumenty medyczne muszą być zgodne z posiadaną wiedzą oraz kompetencjami zawodowymi lekarza, a także zawierać rzetelne i pełne informacje o stanie zdrowia pacjenta. Nowelizacja wprowadza również zakaz wystawiania dokumentów medycznych pod wpływem zewnętrznej presji lub w celu uzyskania korzyści osobistych, co ma na celu zapobieganie nadużyciom i fałszowaniu dokumentacji medycznej.

W kontekście tych zmian szczególnie znaczenie ma sprawa Anity, pacjentki, która została hospitalizowana na oddziale psychiatrycznym w trakcie ciąży, mimo braku medycznych wskazań do takiej hospitalizacji. Decyzja ta stanowiła naruszenie jej prawa do autonomii, rozumianego jako prawo pacjenta do samodzielnego podejmowania decyzji zdrowotnych. Jak zauważa Maria Boratyńska w swojej pracy „pełna i rzetelna informacja medyczna stanowi fundament autonomii pacjenta, umożliwiając mu podejmowanie świadomych decyzji zdrowotnych”¹⁶. Boratyńska wskazuje, że lekarz nie ma prawa ograniczać pacjentowi dostępu do informacji medycznych, niezależnie od swoich osobistych przekonań, a klauzula sumienia nie może stanowić podstawy do odmowy przekazania pacjentowi niezbędnych informacji dotyczących jego zdrowia. Z perspektywy prawa cywilnego, decyzja o hospitalizacji Anity, podjęta bez jej zgody, stanowiła naruszenie zasady wyrażenia zgody na leczenie, która jest fundamentem ochrony dóbr osobistych pacjenta. Ponadto, w swojej pracy „Gwarancje i granice prawa do samodecydowania”¹⁷, autorka podkreśla, że prawo pacjenta do samodzielnego podejmowania decyzji o swoim zdrowiu jest

¹⁶ M. Boratyńska, *Informacja i swobodny dostęp do genetycznych badań prenatalnych a klauzula sumienia i przywilej terapeutyczny*, [w:] *Prawo i Medycyna* 2019, Tom XXV, s. 75-98.

¹⁷ M. Boratyńska, *Gwarancje i granice prawa do samodecydowania*, [w:] *Zagadnienia Prawa Medycznego*, 2020 s. 120-135.

podstawowym prawem, ale nie jest absolutne. Wskazuje na sytuacje, w których prawo do samodecydowania może być ograniczone, zwłaszcza gdy decyzje pacjenta prowadzą do zagrożenia jego życia lub zdrowia. M. Boratyńska zaznacza również, że lekarz ma obowiązek dbania o dobro pacjenta, lecz jednocześnie musi szanować jego wolność wyboru, co jest szczególnie istotne w kontekście nowych regulacji zawartych w k.e.l.

Sprawa Anity stanowi przykład praktycznego zastosowania nowych przepisów k.e.l. Zgodnie z art. 42 k.e.l., lekarz powinien podejmować decyzje medyczne wyłącznie na podstawie obiektywnych przesłanek medycznych, co w przypadku Anity nie miało miejsca. Jej przypadek ukazuje konieczność pełnej rzetelności, identyfikowalności oraz przestrzegania zasad etyki lekarskiej przy wystawianiu dokumentów medycznych. Naruszenie tych zasad, w tym brak zgody pacjentki na leczenie oraz niezadowolająca komunikacja dotycząca jej stanu zdrowia, podkreśla wagę przestrzegania nowych regulacji, które mają na celu zapewnienie pacjentowi pełnej ochrony jego autonomii i praw.

MGR KRZYSZTOF ŚLĄSKI

UNIWERSYTET WARSZAWSKI

O zmianie prawa bez zmiany przepisów – uwagi na marginesie uchwały pełnego składu Izby Cywilnej Sądu Najwyższego z 4 marca 2025 r. (III CZP 6/24) dotyczącej postępowania w sprawie żądania zmiany oznaczenia płci w akcie urodzenia

Izba Cywilna Sądu Najwyższego 4 marca 2025 r. podjęła uchwałę, w której całkowicie zmieniła dotychczasową praktykę postępowań o uzgodnienie płci metrykalnej z płcią odczuwaną. Podstawowe zmiany sprowadzają

się do modyfikacji procesowego trybu postępowania na tryb nieprocesowy, ograniczenia legitymacji czynnej oraz legitymacji biernej zainteresowanych podmiotów, a także wskazania zupełnie innej podstawy prawnej (tj. art. 36 ustawy Prawo o aktach stanu cywilnego) i to stosowanej w drodze analogii.

Z jednej strony – uchwała okazała się zaskoczeniem, gdyż przed jej podjęciem właściwie nikt nie podejrzewał tak odważnego orzeczenia ze strony Sądu Najwyższego. Z drugiej strony wydaje się, że Sąd Najwyższy mógł pójść jeden krok dalej i dopuścić wystąpienie z wnioskiem o zmianę oznaczenia płci w akcie urodzenia także przez osoby pozostające w związkach małżeńskich, wskazując, że w takiej sytuacji małżeństwo ustaje z mocy prawa.

Nie ulega wątpliwości, że uchwała w sprawie III CZP 6/24 w dużej mierze odpowiada na dotychczas podnoszone wątpliwości co do – już nieobowiązującego – trybu procesowego i kontradiktoryjnego postępowania. Jednakże uchwała może, w okresie przejściowym, wywołać pewien chaos w kontekście postępowań już się toczących – nie wiadomo bowiem, co ma się z nimi wydarzyć.

Jest to konsekwencja braku regulacji ustawowej zagadnień proceduralnych. Cieszy jednak, że w uzasadnieniu uchwały (obecnie dostępnych motywach ustnych) pojawiły się tezy o zmianie podejścia społecznego, a także dobrze uargumentowana warstwa prawna orzeczenia.

W referacie autor przedstawi swoje uwagi *de lege lata* oraz *de lege ferenda* na temat podjętej uchwały, opierając się na jej uzasadnieniu (a jeżeli do czasu ogłoszenia referatu nie będzie ono dostępne – to na jej obszernych ustnych motywach), dotychczasowych postulatach z literatury przedmiotu oraz – jedynie pomocniczo – orzecznictwie Europejskiego Trybunału Praw Człowieka.

DR HAB. MALGORZATA ŚWIDERSKA, PROF. UCZ.

*WYŻSZA SZKOŁA ADMINISTRACJI I BIZNESU IM. E. KWILATKOWSKIEGO W GDYNI,
KOMITET BIOETYKI PAN*

Problem terapii daremnej w znowelizowanym Kodeksie Etyki Lekarskiej

Referat dotyczy problemu tzw. terapii daremnej (ang. futile therapy), którą w wytycznych lekarskich towarzystw naukowych określa się jako prowadzenie podtrzymywania funkcji tkanek i narządów nieprzynoszące korzyści dla pacjenta, bez możliwości uzyskania założonych celów terapeutycznych. Rezygnacja z terapii daremnej stanowi więc odstępianie od zakłócania nieodwracalnie rozpoczętego procesu umierania przez nieuzasadnione postępowanie medyczne polegające na inwazyjnych działaniach podtrzymujących życie. Decyzje lekarzy powinny zmierzać wówczas do niepodejmowania aktywnego przyczynowego leczenia albo też do odstąpienia od takiego leczenia, w sytuacji braku jakichkolwiek szans leczniczych (leczenie bezcelowe, bezskuteczne, nieproporcjonalne). Jest to jednocześnie równoznaczne z obowiązkiem podjęcia terapii paliatywnej (chyba że pacjent się temu sprzeciwia), co należy ostro odróżnić od eutanazji jak i wspomaganego samobójstwa. Opieka paliatywna powinna zmierzać do realizacji prawa pacjenta do poszanowania godności, które obejmuje również prawo do umierania w spokoju i godności, chronione normą art. 20 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z 6 listopada 2008 r.

Jak zwraca się uwagę w Stanowisku Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z 21 lutego 2025 r. w sprawie zapobiegania terapii daremnej, powszechne jest jednak zjawisko niezrozumienia pojęcia terapii daremnej i mylenia jej z eutanazją. Przykładem takiej sytuacji jest wszczęcie postępowania karnego wobec lekarza Andrija K., podejrzanego o dokonanie zabójstwa 86-letniego Daniela Z., pacjenta po ciężkim zabiegu opera-

cyjnym (który poprzedziła diagnoza zatoru tętnicy kręzkowej, zakrzepu w aorcie brzusznej, zawału nerki, śledziony i jelita oraz sepsy), u którego wystąpiło zatrzymanie krążenia (brak reakcji źrenic na światło, brak tętna, brak odruchu z drzewa oskrzelowego), poprzez odłączenie go od urządzeń podtrzymujących życie.

Polski system prawa nie zawiera definicji terapii daremnej, natomiast pojęcie to znalazło odzwierciedlenie w normach deontologicznych. Dotychczasowy tekst Kodeksu Etyki Lekarskiej w art. 32 przy użyciu archaicznej terminologii głosił jedynie, że w stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych, przy czym decyzja o zaprzestaniu reanimacji należy do lekarza i jest związana z oceną szans leczniczych.

W znowelizowanym Kodeksie Etyki lekarskiej zastosowano aktualną terminologię używaną w naukach medycznych, sformułowano wprost zakaz stosowania terapii daremnej oraz wprowadzono regułę kolektywnego podejmowania decyzji w tej sprawie. Zgodnie z nową normą deontologiczną (art. 33 k.e.l.) lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia resuscytacji u pacjentów znajdujących się w stanie terminalnym (ust. 1). Decyzja o zaprzestaniu resuscytacji należy do lekarza lub zespołu lekarzy i jest związana z negatywną oceną szans leczniczych (ust. 2). Lekarzowi nie wolno stosować terapii daremnej. Decyzja o uznaniu terapii za daremną należy do zespołu leczącego i powinna w miarę możliwości uwzględniać wolę pacjenta (ust. 3).

Pojawia się pytanie, czy w sytuacji, gdy terapia oceniona została przez zespół leczący jako daremna jej zaprzestanie lub niepodjęcie wymaga zgody pacjenta. Jednoznacznej odpowiedzi nie ułatwia cytowane brzmienie nowego art. 33 k.e.l., gdzie wprowadzono decyzję o uznaniu terapii za daremną oddano wyłącznie w ręce lekarzy, ale jednocześnie nakazano, aby w tym procesie decyzyjnym – w miarę możliwości – uwzględnić wolę pacjenta.

Zdaniem autorki uwzględnianie woli pacjenta ma granice i nie może prowadzić do akceptowania wszelkich jego życzeń (a tym bardziej żądań członków jego rodziny, którzy nie mają żadnych uprawnień decyzyjnych wobec osoby pacjenta pełnoletniego nieubezwłasnowolnionego), w szczególności życzenia kontynuowania stosowania metod intensywnej terapii bez względu na ich użyteczność i skuteczność w świetle wiedzy medycznej, a zatem bez jakiegokolwiek szansy na odwrócenie niewydolności narządów pacjenta. Zatem uznać trzeba, że zbędna jest zgoda pacjenta (lub jego przedstawiciela ustawowego) na odstąpienie lub niepodjęcie terapii ocenionej przez zespół lekarzy jako daremnej, co wynika nie tylko z samej istoty daremności terapii, ale też z faktu, że żaden przepis prawa medycznego nie przewiduje prawa do wyrażania zgody na niedokonanie zabiegu medycznego.

DR VALERI VACHEV

UNIWERSYTET WARSZAWSKI

Konstrukcja zgody pacjenta przed a po nowelizacji Kodeksu Etyki Lekarskiej

Klasyczny paternalizm medyczny, który przez wieki kształtował relację lekarz-pacjent, w ubiegłym stuleciu został wyparty przez tzw. model partnerski, w którego świetle wszelkie decyzje medyczne są podejmowane wspólnie przez lekarza i pacjenta. Model ten jest osadzony na zasadzie poszanowania autonomii pacjenta będącej jednym z fundamentów współczesnej etyki medycznej. Poszanowanie owej autonomii wymaga, aby decyzje pacjenta dotyczące leczenia były respektowane. Jedną z głównych gwarancji poszanowania autonomii pacjenta jest wymóg uzyskania jego świadomej zgody (ang. informed consent; niem. informierte Einwilligung; fran. consentement éclairé). Konieczność uzyskania zgody pacjen-

ta oraz jej teoretyczne podstawy są mocno zakorzenione w etyce, prawie oraz praktyce medycznej.

Obowiązujący od stycznia 2025 r. art. 16 Kodeksu Etyki Lekarskiej nie tylko pozostał w obrębie dotychczasowego modelu relacji lekarz-pacjent, lecz stawiana jest teza, że jeszcze bardziej rozszerzył gwarancje poszanowania autonomii pacjenta poprzez wyszczególnienie podstaw i warunków skuteczności na świadczenie medyczne.

Zmiany wprowadzone w omawianym zakresie znów otwierają dyskusje na temat granic autonomii pacjenta, a co za tym idzie – relacji lekarz-pacjent. Zestawienie dotychczasowych norm deontologicznych w omawianym zakresie z nowo przyjętymi uczyniłoby łatwiejszym udzielenie odpowiedzi na pytanie o obecny kształt i znaczenie zgody pacjenta.

Głównie na to pytanie miałoby odpowiedzieć proponowane wystąpienie.

R. PR. DR. KATARZYNA WALDOCH

UNIWERSYTET GDAŃSKI

Korzystanie z algorytmów sztucznej inteligencji przez lekarza w kontekście art. 12 Kodeksu Etyki Lekarskiej

Od 1 stycznia 2025 r. obowiązuje znowelizowany Kodeks Etyki Lekarskiej (k.e.l.), który wprowadził zmiany dotyczące sztucznej inteligencji (SI) w medycynie. Zgodnie z art. 12 k.e.l. lekarz może korzystać z algorytmów sztucznej inteligencji przy spełnieniu następujących warunków: poinformowania pacjenta, że przy stawianiu diagnozy lub w procesie terapeutycznym będzie wykorzystana SI, uzyskania świadomej zgody pacjenta na zastosowanie SI w procesie diagnostycznym lub terapeutycznym, zastosowania algorytmów dopuszczonych do użytku medycznego i posiadających odpowiednie certyfikaty, ostateczną decyzję diagnostycz-

na i terapeutyczną zawsze podejmuje lekarz. Przepis ten budzi wiele wątpliwości natury teoretycznej i praktycznej.

Pierwszą z nich jest to, czym jest sztuczna inteligencja. Polski ustawodawca nie wprowadził definicji legalnej tego pojęcia. Prawodawca unijny zdefiniował system SI jako system maszynowy, który został zaprojektowany do działania z różnym poziomem autonomii po jego wdrożeniu oraz który może wykazywać zdolność adaptacji po jego wdrożeniu, a także, który – na potrzeby wyraźnych lub dorozumianych celów – wnioskuje, jak generować na podstawie otrzymanych danych wejściowych wyniki, takie jak predykcje, treści, zalecenia lub decyzje, które mogą wpływać na środowisko fizyczne lub wirtualne. Nie wskazano, czym jest system maszynowy ani maszyna. Wiele systemów diagnostycznych stanowi wysoko zaawansowane oprogramowanie, nieposiadające fizycznej formy. Rodzi się zatem pytanie, czy powoduje to, że lekarz nie będzie zobowiązany do informowania pacjenta o korzystaniu z takiego narzędzia? Nie jest jasne, co należy rozumieć poprzez działanie z różnym poziomem autonomii. Należy zadać pytanie, czy każdy przejaw niezależności maszyny od człowieka powoduje, że wyrób medyczny staje się SI, o ile generuje wyniki?

Analizie poddana zostanie także kwestia tego, jakie informacje powinny zostać przekazane pacjentowi celem uzyskania świadomej zgody. W literaturze amerykańskiej wskazuje się, że lekarz powinien objaśnić podstawowe zastosowanie technologii oraz podstawową naturę algorytmu. Nadto, zobowiązany jest wyraźnie rozróżnić role, jakie będą pełniły poszczególne osoby podczas leczenia, od ról, które będzie pełniła SI. Tematem tym w sposób kompleksowy zajęli się także badacze niemieccy z Ulm. W referacie przeanalizują, czy dorobek zagranicznej doktryny można zastosować na gruncie prawa polskiego.

Rozważaniom poddana zostanie zasadność wskazania, że decyzję terapeutyczną i diagnostyczną zawsze podejmuje lekarz. Wystąpienie będzie zawierało analizę obowiązku weryfikacji otrzymanych od SI wyników oraz próbę odpowiedzi na pytanie, jak powinien zachować się lekarz, aby dochować należytej staranności, korzystając z SI.

MGR JOANNA WÓJCIK

UNIWERSYTET WARSZAWSKI

Pozamedyczne używanie wybranych leków na receptę w Polsce – aspekty prawne

Medyczna marihuana, leki z grupy benzodiazepin oraz opioidowe leki przeciwbólowe są dostępne w Polsce wyłącznie na receptę. Ze względu na ich działanie psychoaktywne oraz potencjał uzależniający, budzą one zainteresowanie nie tylko pacjentów, ale i osób wykorzystujących je w celach pozamedycznych. Wciąż brakuje jednak rzetelnych badań określających skalę tego zjawiska w Polsce.

Celem wystąpienia jest analiza sposobów pozyskiwania tych substancji poza uzasadnionymi wskazaniami medycznymi, ze szczególnym uwzględnieniem: (1) legalnych źródeł, takich jak recepty uzyskiwane podczas konsultacji lekarskich, w tym przez tzw. receptomaty, oraz (2) nielegalnych dróg dystrybucji, w tym obrotu lekami na czarnym rynku. Przedstawione zostaną także kontrowersje związane z penalizacją posiadania medycznej marihuany bez odpowiedniej dokumentacji oraz problematyka produkcji i dystrybucji podróbek leków psychoaktywnych.

Wystąpienie odnosi się do aktualnych regulacji prawnych oraz ich skuteczności w przeciwdziałaniu nadużywaniu tych substancji.

Rezultaty badania mogą stanowić podstawę do dyskusji nad zmianą przepisów dotyczących dostępu do leków psychoaktywnych oraz działań prewencyjnych mających na celu ograniczenie ich pozamedycznego używania.

LEK. GRZEGORZ WRONA

NACZELNA IZBA LEKARSKA

Tajemnica lekarska czyli czego nie zmieniliśmy w k.e.l.?

Od dnia 1 stycznia 2025 r. obowiązują nowe przepisy uchwalonego w maju 2024 r. Kodeksu Etyki Lekarskiej. Na wstępie krótko przedstawiono przebieg niemal dwuletnich konsultacji i prac nad projektem zmian w dokumencie obowiązującym od 2004 r. Wystąpienie poświęcono w całości omówieniu tajemnicy lekarskiej, zadając uczestnikom dyskusji szereg pytań w tym, wspominając o dostęпах do dokumentacji medycznej, do jej elektronicznej wersji i zasad jej wytwarzania, pytanie, czy tajemnica lekarska jeszcze istnieje? Pytanie o jej wagę i istotność oparto także o przedstawiony przypadek jej naruszenia oceniony przez sądy lekarskie i przez Sąd Najwyższy. Kodeksowe przepisy poświęcone tajemnicy lekarskiej porównano z aktualnymi treściami przepisów rangi ustawowej. Wbrew sugestii wynikającej z tematu wystąpienia przedstawiono wprowadzone zmiany w dotychczasowych art. 23, art. 26, a przede wszystkim art. 28 Kodeksu i ku zadowoleniu autora wzbudziło to ciekawą dyskusję uczestników konferencji.

R. PR. DR KATARZYNA MARLA ZOŃ

UNIWERSYTET SWPS WE WROCLAWIU

Telemedycyna w nowym Kodeksie Etyki Lekarskiej – rozważania na tle zmiany brzmienia art. 9 k.e.l.

Od wielu lat były prowadzone dyskusje nad koniecznością wprowadzenia zmian w Kodeksie Etyki Lekarskiej (k.e.l.) mających na celu dostosowanie reguł etycznych do obecnych uwarunkowań wykonywania zawodu leka-

rza. Kierunki zmian wynikały zarówno z przemian społecznych, jak i dokonującego się postępu w medycynie. Kształt modyfikacji w tym zakresie wyznaczały nadto oczekiwania społeczne dotyczące standardów etycznych właściwych dla tego zawodu medycznego. Jednym z wyzwań wiążących się współcześnie z wykonywaniem zawodu lekarza, a bezpośrednio dotyczącym relacji z pacjentem, jest stosowanie telemedycyny.

Przedmiotem wystąpienia uczyniono analizę art. 9 k.e.l. odnoszącego się do form konsultacji w ramach postępowania lekarza wobec pacjenta. Od dnia 1 stycznia 2025 r. regulacja ta otrzymała nowe brzmienie: „Lekarz podejmuje się opieki nad pacjentem po uprzedniej ocenie jego stanu. Lekarz wybiera taką formę konsultacji (w szczególności wizyta stacjonarna, teleporada), która zapewnia pacjentowi dostępną jakość i ciągłość opieki medycznej”. Celem wystąpienia jest nie tylko przybliżenie założeń oraz przebiegu prac nad zmianą art. 9 k.e.l., ale przede wszystkim przedstawienie sposobu interpretacji tej regulacji, przy uwzględnieniu komentarza przygotowanego przez Komisję Etyki Lekarskiej NIL.

Należy pozytywnie ocenić dostrzeżoną przez samorząd lekarski konieczność wprowadzenia zmian w podstawowym zbiorze zasad etyki zawodowej lekarza. Aktualne brzmienie art. 9 k.e.l. wyraża bardziej elastyczne podejście do relacji lekarz-pacjent na płaszczyźnie wyboru formy konsultacji. Warto podkreślić, że kluczowe znaczenie dla praktyki stosowania tej regulacji będzie miał sposób interpretacji art. 9 k.e.l. w ramach postępowań w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarza.