

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 dentysty 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 zdefiniowanie 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. BIAŁAS, 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

radiologię, 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 NATALIA 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 odmiennność 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 przepadku sztucznej inteligencji. Wprowadzenie takiego przepadku 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 jedyne go 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 zgodnie na leczenie udzielanej osobiście, ale z uwzględnieniem nieuniknionych różnic. Przedłużenie woli pacjenta wykonywane przez pełnomocnika, nie musi odpowiadać stricte wszystkim wymogom stawianym zgodnie 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 CZEŚTOCHOWIE

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 zaopiniowania 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-MAŁECKA

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 ROSIER

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 dentysty (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, umożliwiający 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 zaopatrzony 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 GREŠER

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 wymuszają 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 sprzed 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 większoścowo 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 KROPIWICKI

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 przewlekłe. 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 KUBIAK, 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 niedoskonałe. 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 najradykałniejszych 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 niepodjęcia 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 dentysty, 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 poczynañ 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 niezwyfikowanymi 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 niewykonyjących 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 niewykonującą 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 osiąganie określonych celów ochronnych środkami prawa administracyjnego jawi się prawodawcy łaknącemu szybkich i spektakularnych efektów jako kuszące. Należy jednak przestrzegać o ryzykach, jakie niesie obchodzenie prawnokarnych rygorów karania przez powierzanie organom administracji publicznej tak szeroki kompetencji w zakresie wymierzania dolegliwych sankcji. Badając rozwiązania mające stanowić skuteczną prewencję przed społecznie szkodliwymi zachowaniami przedstawicieli środowiska altmedu, 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 efektownie. Jednak efektywnie z pewnością nie zastąpią mniej spektakularnych i żmudnych działań „u podstaw”.

R. PR. DR HAB. PIOTR POMIŁANOWSKI, 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 – transplciowych mężczyzn. Osoby te w trakcie dokonywania medycznej korekty płci powinny znajdować się pod szczególną opieką ginekologiczną i endokrynologiczną, która wymuszać 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 transplciowymi 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 „okółorozporządzeniowych” (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 uchylenia 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 MEDYCZYNY 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/lekarki, 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/lekarki 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/aktualnosci/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. KWIAŃKOWSKIEGO 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 szczególne 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 ŚLASKI

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. MAŁGORZATA ŚWIDERSKA, PROF. UCZ.

*WYŻSZA SZKOŁA ADMINISTRACJI I BIZNESU IM. E. KWIAŁKOWSKIEGO 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 niepodjęcia 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 krezkowej, 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 wprowadzie 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 dyskusję 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 WĄLDOCH

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-

ną 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 dorożumianych 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 dostępach 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 WROCŁAWIU

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 postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarza.