

Łódź, dnia 5 maja 2025 r.

dr hab. n. praw. Rafał Kubiak, prof. UŁ, prof. UM w Łodzi
Katedra Prawa Karnego UŁ
Zakład Prawa Medycznego Katedry Nauk Humanistycznych UM w Łodzi

**Recenzja osiągnięcia naukowego oraz całokształtu dorobku naukowego,
dydaktycznego i organizacyjnego
dr Darii Bieńkowskiej
w związku z Jej wnioskiem o nadanie stopnia doktora habilitowanego**

I. Podstawa formalna recenzji

Niniejsza recenzja sporządzona została na podstawie uchwały Nr 4/2025 Rady Dyscypliny Nauki Prawne Uniwersytetu Zielonogórskiego z dnia 23 stycznia 2025 roku zmieniającej uchwałę nr 31 Senatu Uniwersytetu Zielonogórskiego z dnia 25 września 2024 r. w sprawie powołania komisji habilitacyjnej do przeprowadzania czynności w postępowaniu o nadanie stopnia doktora habilitowanego Pani dr Darii Bieńkowskiej.

Jako główne osiągnięcia naukowe, stanowiące znaczny wkład w rozwój określonej dyscypliny, o którym mowa w art. 219 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2024 r. poz. 1571, z późn. zm.) Habilitantka wskazała monografię naukową pt. „Prawa człowieka w europejskim systemie prawa medycznego”, wydaną w 2023 r. nakładem Wydawnictwa C.H. Beck.

Do postanowienia dołączono dokumentację obrazującą dotychczasowy dorobek naukowy, dydaktyczny i organizacyjny Habilitantki.

Z przedłożonej dokumentacji wynika, że spełnione zostały wszystkie wymagania formalne niezbędne do wszczęcia postępowania habilitacyjnego, wynikające z powołanej ustawy.

Niniejsza recenzja obejmuje trzy najważniejsze elementy składające się na dorobek Habilitantki, to jest:

- 1) osiągnięcie naukowe będące przedmiotem postępowania habilitacyjnego,
- 2) pozostałe osiągnięcia naukowe,
- 3) dorobek dydaktyczny, organizacyjny i ekspercki.

Ze względu na specjalizację recenzenta, ocena zostanie dokonana głównie z perspektywy prawa medycznego.

II. Ocena osiągnięcia naukowego, stanowiącego znaczny wkład w rozwój określonej dyscypliny

1. Habilitantka, jako główne osiągnięcie naukowe, stanowiące podstawę ubiegania się o nadanie stopnia doktora habilitowanego, wskazała monografię pt. „Prawa człowieka w europejskim systemie prawa medycznego”, opublikowaną nakładem Wydawnictwa C.H. Beck w 2023 roku. Opracowanie to nawiązuje do nurtu badawczego, poświęconego kwestiom prawnoczęłowieczym i w tym kontekście prawa medycznego. Monografia ta jest bowiem kontynuacją dociekań naukowych, których rezultaty były zaprezentowane przez Habilitantkę w licznych publikacjach. Szczególnie problematyce medycznoprawnej poświęcona była druga z monografii autorstwa dr Darii Bieńkowskiej, mianowicie: *Medycyna defensywna. Nadużycia medyczne w systemie prawnym Stanów Zjednoczonych Ameryki*, wydanej nakładem wydawnictwa naukowego Silva Rerum w 2018 roku. Ponadto tematyka ta była prezentowana przez Habilitantkę na konferencjach naukowych, zarówno krajowych jak i zagranicznych. Można zatem uznać, że recenzowane opracowanie stanowi pewne ukoronowanie dotychczasowych badań naukowych Pani dr D. Bieńkowskiej.

2. Monografia, wskazana jako główne osiągnięcie naukowe, poświęcona jest analizie rozwiązań prawnych i orzecznictwa europejskiego, dotyczących prawa do ochrony zdrowia w kontekście poszanowania praw człowieka. Jako cel opracowania Habilitantka podaje „ukazanie i wyjaśnienie złożonych problemów prawnych, etycznych, a niekiedy i społeczno-kulturowych, a nawet religijnych związanych z szeroko pojętym prawnoczęłowieczym prawem do zdrowia w kontekście europejskim” (s. XCV). We „Wprowadzeniu” Autorka zauważa, że Unia Europejska ma przede wszystkim wymiar gospodarczy, stąd też świadczenia zdrowotne mogą być traktowane jako towar konsumencki na rynku europejskim. Taka optyka prowadzi do wniosku, że pacjent uznawany jest za konsumenta. W tym ujęciu szanowana jest autonomia i wybór pacjenta, jednakże nie odzwierciedla to istotnych elementów prawa medycznego, uwzględniających np. równy dostęp do świadczeń zdrowotnych oraz budowania odpowiednich relacji między pracownikiem medycznym i pacjentem, opartych na wzorcach etycznych, powiernictwie i trosce o realizację potrzeb medycznych chorego. W pracy poddano więc analizie dorobek orzeczniczy trybunałów europejskich oraz unormowania unijne dotyczące świadczeń zdrowotnych, w szczególności transgranicznych oraz poszanowania innych praw pacjenta zakotwiczonych w prawach człowieka. Takiemu zamysłowi badawczemu została podporządkowana struktura monografii, która została podzielona na 4 części. W pierwszej Habilitantka opisuje zagadnienia wprowadzające, skupiając się m.in. na kwestiach terminologicznych. Następnie, w części drugiej, analizuje prawa człowieka i politykę praw dotyczącą ochrony zdrowia w Unii Europejskiej. Część trzecia dotyczy praw zdrowotnych i praw człowieka w europejskim systemie prawa medycznego w kontekście problematyki praw pacjenta. Natomiast w części czwartej została omówiona ochrona podstawowych etycznych wyborów państw a poszanowanie potrzeb pacjenta. Autorka skupiła się przede

wszystkim na analizie tekstów aktów prawnych oraz orzecznictwa trybunałów europejskich, a także wykorzystała bogaty dorobek piśmienniczy (w tym wiele pozycji literatury zagranicznej) z zakresu bioetyki i prawa medycznego. Posiłkowała się kilkoma metodami badawczymi, mianowicie: metodą opisową, teleologiczną, historyczną, a także metodą analizy aksjologicznej.

3. Wybór tematyki opracowania należy uznać za trafny i wnoszący. Integracja państw europejskich skupionych w Unii Europejskiej spowodowała konieczność zunifikowania szeregu unormowań prawnych, w tym dotyczących systemu ochrony zdrowia. Jest on zaś zbudowany w oparciu o postać pacjenta, a przyjęte w nim rozwiązania służą ochronie jego najcenniejszych dóbr: życia i zdrowia. System prawa medycznego ogniskuje się więc przede wszystkim wokół praw pacjenta, których realizacja wymaga skonstruowania odpowiedniej infrastruktury normatywnej oraz organizacyjnej, za pomocą której pacjent uzyska świadczenie zdrowotne odpowiedniej jakości. Prawa pacjenta stanowią jednak konglomerat szeregu zagadnień, które mają swoje podwaliny w przyjętym systemie aksjologicznym, specyficznym dla poszczególnych państw. Zunifikowanie tych rozwiązań może być zatem problematyczne. Wyrazem takiego zróżnicowania mogą być odmienne poglądy na temat np. zakresu ochrony życia dziecka poczętego oraz końca życia człowieka. W Unii Europejskiej zjednoczone są państwa, które choć mają zbliżoną tradycję i kulturę, znamionują się różnymi zapatrywaniami na te zagadnienia. Stąd też zbudowanie jednolitego systemu praw pacjenta jest utrudnione. Habilitantka podjęła się zatem przedstawienia europejskiego prawa medycznego, uznając, że elementem scalającym i pozwalającym na wypracowanie jednolitych zasad udzielania świadczeń zdrowotnych chorym na terenie Unii Europejskiej jest perspektywa prawnoc człowieka. Nie ulega wątpliwości, że prawa pacjenta mogą być wywodzone z szeroko rozumianych praw człowieka, m.in. prawa do uzyskania pomocy medycznej, poszanowania godności, a w tym autonomii chorego, jego prawo do intymności i tajemnicy medycznej. Prawa człowieka mogą więc stanowić podwalinę praw pacjenta, a także perspektywa prawnoc człowieka może być ważnym wykładnikiem interpretacji poszczególnych rozwiązań prawnych, które kreują prawa pacjenta. Opracowanie monografii na ten temat jest zatem ważne, gdyż unaocznia aksjologiczne podstawy praw pacjenta, stanowiących kluczowy element prawa medycznego. Ponadto opracowanie to poprzez szczegółową analizę dorobku orzeczniczego oraz regulacji prawnych ma również wymiar praktyczny, ukazuje bowiem w krytycznym ujęciu obowiązujący stan prawny oraz jego wykładnię sądową. Ponadto monografia ta ma nośny charakter, ponieważ w polskim piśmiennictwie problematyka ta nie była dotąd tak szeroko ujmowana i kompleksowo prezentowana. Pozytywnie należy zatem ocenić dobór wybranej tematyki.

Prawidłowo skonstruowano pracę, rozpoczynając od przedstawienia zagadnień teoretycznych, w szczególności terminologicznych, a następnie analizując wieloaspektowo, zarówno z perspektywy konkretnych rozwiązań prawnych, jak i ich etyczno-filozoficznych korzeni, poszczególne zagadnienia związane z ochroną zdrowia osób przebywających na terytorium Unii Europejskiej.

Pod względem strukturalnym pewnym niedomogiem jest pozostawianie fragmentów tekstu nieprzyporządkowanych do jednostki strukturalnie wyższej (np. s. 27, 37, 55, 121, 159, 237, 279, 299). W zakresie zaś używanej terminologii Habilitantka nagminnie posługuje się określeniem „służba zdrowia” (np. 35, 63, 83, 142, 163, 191, 195, 199, 205, 283, 392, 411, 435), które jest anachroniczne i obecnie już zarzucone (prawidłowe jest zaś sformułowanie „ochrona zdrowia” albo „opieka zdrowotna”).

4. Jak wskazano, za główny cel pracy Autorka stawia sobie analizę aspektów prawnocząłowieczych związanych z prawem do zdrowia. Tak zarysowany cel badawczy wydaje się jednak zbyt wąski. Po pierwsze bowiem z intytulacji opracowania wynika, że przedmiotem rozważań będą prawa człowieka w systemie prawa medycznego. Naturalnie system ten zogniskowany jest przede wszystkim na udzielanie świadczeń zdrowotnych, a zatem ochronę zdrowia. Jednakże na prawa pacjenta składają się również inne uprawnienia, w szczególności związane z poszanowaniem jego prawa do samostanowienia oraz tajemnicy informacji medycznych. W tak ujętym celu badawczym Autorka nie uwzględniła tych aspektów. Wskazany cel badawczy nie koresponduje też do końca z treścią opracowania. Generalnie jest ono poświęcone ochronie zdrowia, ale występują w nim obszernie rozważania dotyczące również innych praw pacjenta (Część trzecia, rozdział drugi). Cel ten należało zatem ująć nieco szerzej. Pewnym mankamentem jest też skupienie się przez Habilitantkę na relacjach lekarz-pacjent (np. s. 27, 57, 160, 236). Prawa pacjenta mają natomiast wymiar bardziej uniwersalny, a ich przestrzeganie jest obowiązkiem wszystkich osób wykonujących zawód medyczny. Niezbędne jest zatem budowanie odpowiednich relacji przez chorego nie tylko z lekarzami, ale również z innymi pracownikami medycznymi. Stąd też formuła rozważań powinna być bardziej uogólniona.

Zarówno z tytułu pracy jak i jej celu wynika, że Autorka skupia się na europejskim systemie prawa medycznego. Szkoda jednak, że w swych rozważaniach nie uwzględniła polskich rozwiązań prawnych i nie odniosła ich do unormowań oraz orzecznictwa europejskiego. Można zrozumieć zamysł Habilitantki, że przedmiotem Jej analiz jest system europejski, ale Polska również należy do Unii Europejskiej. Wnoszące byłoby zatem dokonanie oceny rodzimych rozwiązań prawnych w kontekście przedstawianych unormowań unijnych oraz ich wykładni. Przykładowo rozważania takie mogły dotyczyć wymogu odpowiednich kwalifikacji posiadanych przez pracowników medycznych. Jak bowiem pisze Autorka na s. 132 Europejski Trybunał Praw Człowieka poprzez swoje orzecznictwo „tworzy pewien standard dostępu do świadczeń zdrowotnych, na który składa się przede wszystkim tak zwany obowiązek regulacyjny opieki zdrowotnej przez państwo, obejmujący swoim zakresem zakreślenie odpowiednich ram prawnych, które jednocześnie będą gwarantowały, że świadczenia zdrowotne są wykonywane przez odpowiednio wykwalifikowany personel medyczny zapewniający pacjentowi ochronę życia i zdrowia”. Nie ulega wątpliwości, że posiadanie odpowiedniej wiedzy, umiejętności i kwalifikacji przez osoby wykonujące zawód medyczny jest kluczowym warunkiem udzielania przez nie świadczeń zdrowotnych należytej jakości. Problem ten nabrzmiał w wyniku dużej migracji personelu medycznego w ramach Unii Europejskiej oraz napływu

na teren Wspólnoty osób, które uzyskały wykształcenie medyczne poza nią. Zagadnienie to jest doniosłe również w Polsce w związku z przybyciem na jej teren takich osób głównie z Ukrainy i Białorusi. Szkoda więc, że Autorka choćby wzmiankowano nie wspomniała o polskiej regulacji prawnej pozwalającej na wykonywanie zawodów medycznych w Polsce przez takie osoby¹. Warto zaś zauważyć, że jeżeli uzyskają one prawo wykonywania zawodu w RP, mogą swobodnie przemieszczać się również do innych krajów unijnych i tam realizować swoją profesję. Czy istniejące unormowania prawne są zatem dostateczną zaporą przed napływem osób nieposiadających odpowiednich kwalifikacji? Jak mają się te rozwiązania do owych standardów określanych przez Europejski Trybunał Praw Człowieka?

Kontekst polski mógł być również zauważony na kanwie rozważań dotyczących czasu pracy osób wykonujących zawód medyczny. Na s. 208 Habilitantka podnosi bowiem, że w świetle orzecznictwa Trybunału dyżury stacjonarne pełnione w placówce medycznej, jak i dyżury domowe mają cechy charakterystyczne dla pojęcia czasu pracy. Można w pełni zgodzić się z poglądem, że przekraczanie norm czasu pracy przez osoby wykonujące zawód medyczny może prowadzić do zagrożeń dla pacjenta, wynikających ze przemęczenia personelu medycznego. Jak jednak to orzecznictwo Trybunału jest konsumowane w polskim systemie prawnym? W świetle art. 98 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2025 r. poz. 450) dyżury pracowników medycznych realizowane poza zakładem leczniczym, tzw. dyżury „pod telefonem”, nie są wliczane do czasu pracy. Ponadto w przypadku, gdy profesjonalista medyczny realizuje swoje zadania zawodowe na podstawie umowy cywilnoprawnej, tzw. kontraktu, nie obowiązują go żadne limity czasowe. Czy rozwiązania takie są spójne z przyjętym wzorcem wytyczonym przez Trybunał i akceptowalne w świetle europejskiego systemu prawa medycznego? Szkoda, że Habilitantka kwestii tych nie skontestowała.

Wątek polski mógł być również podniesiony w kontekście analizy orzecznictwa Trybunału poświęconego ograniczeniu autonomii pacjentów chorych psychicznie oraz cierpiących na choroby zakaźne. Na s. 330 Autorka przedstawiła stanowisko Trybunału dotyczące dopuszczalności takich działań. Czy w świetle tych zapatrywań Polska regulacja pozwalająca na stosowanie przymusu w przypadku zagrożeń epidemicznych (np. brak możliwości kontroli sądowej) oraz przymusu bezpośredniego i przymusowej hospitalizacji osób z zaburzeniami psychicznymi, ujęta w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego, odpowiada tym wzorcom? Mając na względzie, że użycie przymusu głęboko ingeruje w szereg uprawnień i wolności pacjentów, wydaje się, iż problematyka ta zasługiwała na szersze przedstawienie.

¹ W szczególności, w myśl art. 61. ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa (Dz.U. z 2025 r. poz. 337), od dnia 24 lutego 2022 r., przez okres 32 miesięcy, niezależnie od trwania stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, obywatelowi Ukrainy, który uzyskał kwalifikacje lekarza lub lekarza dentystry poza terytorium państw członkowskich Unii Europejskiej, można udzielić zgody na wykonywanie zawodu lekarza albo zgody na wykonywanie zawodu lekarza dentystry oraz przyznać warunkowe prawo wykonywania zawodu lekarza albo warunkowe prawo wykonywania zawodu lekarza dentystry, jeżeli spełnia warunki, o których mowa w art. 7 ust. 2a pkt 3-5 i 7 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2024 r. poz. 1287 i 1897).

Dużo miejsca w swoich rozważaniach Habilitantka poświęca zagadnieniu aborcji. Jej dopuszczalność jest prezentowana głównie w aspekcie art. 2 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka i wydanego na jego podstawie orzecznictwa europejskiego (s. 402 i nast.). Jest ono ukierunkowane na nurt liberalny. Kwestie te są zaś przedmiotem ożywionego dyskursu społecznego w Polsce w kontekście silnie ograniczonych przesłanek dopuszczalności przerywania ciąży. Korzystne byłoby więc, aby w swoich rozważaniach Autorka podniosła ten problem i oceniła polską regulację w świetle przedstawionego orzecznictwa europejskiego.

Podsumowując ten fragment recenzji można przyjąć, że praca byłaby bardziej nośna i pożyteczna dla polskiego czytelnika, gdyby zawierała również wątki dotyczące rodzimej regulacji oraz praktyki jej stosowania.

5. Przechodząc do uwag szczegółowych na plan pierwszy wysuwają się zagadnienia terminologiczne. Wątki te są przedmiotem przede wszystkim dociekań przedstawionych w części pierwszej, aczkolwiek do pojęć zdrowia i pacjenta Autorka nawiązuje również w dalszych fragmentach pracy (np. s. 254, 285-290). Nie ulega wątpliwości, że ustalenia terminologiczne mają fundamentalne znaczenie, gdyż wytyczają kierunek badań i uzmysławiają czytelnikowi rozumienie określonych pojęć przez autora tekstu. W tym aspekcie występuje jednak pewien niedosyt. Po pierwsze Habilitantka jednoznacznie nie wypowiada się, w jaki sposób pojmuje pojęcie prawa medycznego oraz jego relacji do prawa do zdrowia. Czy są to pojęcia synonimiczne, a jeśli nie, to które z nich jest szersze? W pracy przedstawiono różne stanowiska w tym obszarze, ale Autorka nie opowiedziała się za żadnym z nich ani też nie sformułowała własnej definicji. W szczególności nie jest jasne, czy w ocenie Habilitantki prawo medyczne tyczy się jedynie czynności *stricto* terapeutycznych, mających cel leczniczy, czy też na system prawa medycznego składają się również unormowania i poglądy doktryny w sferze czynności nieterapeutycznych np. eksperymenty medyczne, czynności czysto kosmetyczne wykonywane technikami lekarskimi? Po wtóre nie jest też jasne, jak pojmowane jest pojęcie pacjenta. Zdefiniowanie tego terminu wymaga opowiedzenia się za którąś z koncepcji zdrowia. Wydaje się, że Habilitantka jest zwolenniczką określenia przyjętego przez Światową Organizację Zdrowia, odwołującego się do tzw. dobrostanu. Zdrowie to nie tylko więc brak choroby². Definicja WHO jest jednak dyskusyjna³, gdyż zawiera silnie subiektywny element, wymagający oceny i ustalenia czym jest ów dobrostan. Nie jest natomiast jasne, według jakich kryteriów należy dokonać tych ocen. Nadmierny subiektywizm może zaś prowadzić do nadużyć i realizacji żądań pacjenta, które nie będą uzasadnione w świetle aktualnej wiedzy medycznej. Jako przykład można podać tzw. apotemnofilę, czyli zaburzenie polegające na tym, że osoba nie akceptuje swojej kończyny i w związku z tym domaga się jej amputacji. Wówczas powstaje dylemat: czy

² Według tego ujęcia „zdrowie to nie tylko całkowity brak choroby, czy kalectwa, ale także stan pełnego, fizycznego, umysłowego i społecznego dobrostanu (dobrego samopoczucia)”.

³ Zob. np. R. Kędziora, Odpowiedzialność karna lekarza w związku z wykonywaniem czynności medycznych, Warszawa, 2009, s. 100; M. Filar, Odpowiedzialność karna związana z nieterapeutycznymi czynnościami lekarskimi, Prawo i Medycyna, 2000; Nr 5 (2), s. 61–62; P. Daniluk: Cel leczniczy w świetle poglądów doktryny prawa. Prawo i Medycyna, 2005; Nr 7(2 [19]), s. 43–44.

należy sprostać oczekiwaniom takiej osoby, gdyż usunięcie „zbędnego” fragmentu kończyny spowoduje, iż poczuje się ona lepiej, czy też oceniając, że nie ma medycznych wskazań do takiej amputacji odmówić wykonania takiego zabiegu? Opowiadając się za definicją WHO, ukierunkowaną na wspomniany dobrostan, można by uznać, że tego typu interwencje medyczne mają cel leczniczy, a zatem są dozwolone i personel medyczny powinien je przeprowadzić. Jednakże takie rozumowanie jest pewnym intelektualnym nadużyciem. Można mieć zatem uzasadnione wątpliwości, czy na gruncie prawnym właściwe jest odwoływanie się do wspomnianej definicji zdrowia opracowanej przez WHO.

Ustalenia definicyjne dotyczące pacjenta mają też kluczowe znaczenie dla określenia przysługujących mu świadczeń. Z rozważań na s. 285 wynika, że Autorka postrzega pojęcie pacjenta jako osoby cierpiącej, aczkolwiek nie tylko chorej. Pacjentem jest również osoba, której mogą być udzielane świadczenia o charakterze profilaktycznym. Rozumie zatem ten termin dość szeroko, nawiązując do pojęcia celu leczniczego, który nie ogranicza się jedynie do czynności *stricte* terapeutycznych. Nadal jednak nie jest jasne, czy pacjentem jest osoba poddająca się czynnościom nieterapeutycznym. A zatem czy system europejskiego prawa medycznego obejmuje również unormowania i orzecznictwo w tej sferze? Być może pomocne dla rozstrzygnięcia tych zagadnień byłoby zdefiniowanie pojęcia świadczenia zdrowotnego, do którego Habilitantka odwołuje się w kontekście terminu pacjent. Dla określenia tego sformułowania można było posiłkować się definicją ustawową zawartą np. w art. 2 ust. 1 pkt 10 ustawy o działalności leczniczej i odnieść ją do postrzegania tego terminu w systemie prawa międzynarodowego. Z kolei pojęcie pacjenta można było również przeanalizować przez pryzmat definicji zawartej w art. 3 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2024 r. poz. 581).

Konkludując ten fragment recenzji - Habilitanta mogła jednoznacznie odpowiedzieć na pytanie czy prawo do zdrowia obejmuje również czynności nieterapeutyczne oraz czy wchodzą one w zakres prawa medycznego.

6. W pracy wiele miejsca poświęcono omówieniu norm etycznych i prawnych oraz ich relacji. Autorka słusznie zauważa, że „postępowanie lekarza może być prawnie dozwolone, a tym samym etycznie niedopuszczalne i na odwrót”. (s. 62). Przykładów takich można wskazać wiele. Choćby polską regulację dotyczącą obowiązku zachowania tajemnicy medycznej po śmierci pacjenta. W świetle prawnym z dyskrecji takiej może zwolnić osoba bliska (art. 14 ust. 3 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta), a tym samym pracownik medyczny będzie uprawniony do wyjawienia danych poufnych. Natomiast polski Kodeks Etyki Lekarskiej nakazuje zachowanie sekretu również po śmierci chorego (art. 24). Lekarz może zatem stanąć w obliczu sprzeczności tych norm. Jak wówczas powinien się zachować? Czy dać prymat normom etycznym, czy też posiłkować się przepisami prawnymi? Czy jeśli oprze się na regulacji prawnej i naruszy

tajemnicę, ale tym samym pogwałci normę etyczną, może ponieść odpowiedzialność za tzw. przewinienie zawodowe? Szkoda, że Autorka nie wypowiada się na ten temat⁴.

W kontekście rozważań dotyczących stosunków między prawem a etyką i bioetyką pożądana była również wyraźna puenta, w jakiej relacji dziedziny te do siebie pozostają. Która z nich jest pierwotna? Czy prawo medyczne jedynie sankcjonuje normy wyprowadzane z etyki i bioetyki, czy też może stanowić zbiór autonomicznych norm, nieznajdujących swojego odzwierciedlenia w płaszczyźnie etycznej? Wydaje się, że dziedziny te nie pozostają wobec siebie w relacji współśrodkowej, w której szerszy wymiar ma etyka, a prawo medyczne stanowi jedynie wycinek z tego obszaru, petryfikując określone rozwiązania i zabezpieczając je sankcjami, lecz występuje w tym zakresie relacja krzyżowania się. Można bowiem wskazać regulacje mieszczące się w ramach prawa medycznego, które mają charakter organizacyjno-techniczny, porządkowy i nie znajdują swojego odzwierciedlenia w normach etycznych, nie są w nich zakotwiczone. Natomiast pewne fundamentalne prawa pacjenta są wywodzone z etyki i bioetyki, a dziedziny te stanowią wykładnik interpretacji dla norm prawnych. Niektóre zaś normy etyczne nie wymagają sięgnięcia po instrumentarium prawne, które w sposób sformalizowany je ujmie. Rozważania w tym zakresie oraz stanowisko Autorki mogłyby być interesujące i wnoszące naukowo.

Na s. 85 Pani dr Daria Bieńkowska zauważa, „że zdrowie jest przede wszystkim dobrem jednostki, najwyższą dla niej wartością”. Naturalnie w przyjętym w naszym kręgu kulturowym systemie aksjologicznym zdrowie i życie człowieka stanowią najcenniejsze wartości. Jak jednak rozumieć owo dobro jednostki? Autorka nie podaje bowiem kryteriów oceny tego dobra oraz podmiotu, który by jej dokonywał. Możliwe jest zatem podejście subiektywistyczne, a zatem z perspektywy danej osoby, o zdrowie której chodzi. Wydaje się jednak, że takie ujęcie nie jest słuszne, gdyż może prowadzić do nadużyć i np. domagania się przez pacjenta wykonania określonych procedur medycznych, w jego ocenie niezbędnych, ale nieuzasadnionych w świetle aktualnej wiedzy medycznej. Być może zatem należy sięgnąć po osąd zewnętrzny, dokonywany np. przez jakiś organ państwowy, którego emanacją jest pracownik medyczny. Takie podejście jest również niebezpieczne, gdyż może to prowadzić do nadużyć władzy, wynikających z przyjętej ideologii, np. uznanie, że osoba jest psychicznie chora jeśli nie akceptuje „wspaniałego” ustroju, w którym żyje i stąd też powinna być poddana detencji (jak to miało miejsce np. w Związku Radzieckim). Jak zatem Autorka rozumie pojęcie dobra pacjenta?

We § 4 rozdziału 2 części II prezentowana jest tematyka tzw. błędu medycznego w kontekście naruszenia praw człowieka. Postępowanie *contra legem artis* może skutkować uzyskaniem pomocy medycznej niewłaściwej jakościowo, a tym samym prowadzić do zagrożenia dla życia lub zdrowia pacjenta. Zachowanie takie zaś będzie sprzeczne z poszanowaniem prawa pacjenta do zdrowia. Analiza tego zagadnienia jest zatem jak

⁴ Problematykę tę można była zaś omówić np. w oparciu o szerokie rozważania, które snuje E. Zielińska w monografii: *Odpowiedzialność zawodowa lekarza i jej stosunek do odpowiedzialności karnej*, Warszawa 2001.

najbardziej pożądana. Szkoda jednak, że Autorka nie zdefiniowała pojęcia błędu medycznego oraz nie wyszczególniła w tej kategorii tzw. medycznych błędów organizacyjnych. Wydaje się, że kategoria ta może mieć znaczenie dla oceny prawidłowości postępowania państwa w kontekście zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych, a tym samym ochrony życia i zdrowia pacjentów. Jak bowiem Habilitantka pisze na s. 138 „jednostkowe przypadki błędów w ocenie albo zaniedbań w koordynacji działań personelu medycznego nie są same przez się wystarczające dla pociągnięcia państwa do odpowiedzialności za niedopełnienie pozytywnego obowiązku ochrony życia, który wynika z artykułu 2 konwencji”. Być może jednak nieprawidłowości mające szerszą skalę, a będące pochodną błędów organizacyjnych, taką odpowiedzialność już by uzasadniały. Problematyka ta warta była zatem szerszej refleksji.

W swoich rozważaniach Autorka dostrzega problem migracji pracowników medycznych, który analizuje przez pryzmat swobody przepływu towarów i usług. W myśl tej unijnej zasady nie należy wprowadzać w tym względzie ograniczeń. Jednakże świadczenia zdrowotne stanowią specyficzną kategorię usług. Powstaje zatem pytanie, czy w tym aspekcie możliwe jest wprowadzenie jakiejś reglamentacji np. określenie warunków, spełnienie których umożliwi wyjazd pracownika medycznego do innego kraju unijnego. Słusznie bowiem Habilitantka zauważa zagrożenia w tym obszarze, zwłaszcza jeżeli w określonych państwach unijnych będą bardziej atrakcyjne i korzystne warunki zatrudnienia niż w państwie macierzystym, z którego pochodzi pracownik medyczny. Wówczas może dojść do zjawiska nazywanego przez Autorkę „drenażem mózgów kadry medycznej”. Tym samym w państwach o gorszych warunkach pracy i płacy może zabraknąć kadry medycznej, a to z kolei - co oczywiste - może przełożyć się na zmniejszenie bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów. Jako środek zaradczy Habilitantka proponuje „promowanie etycznej kultury rekrutacji profesjonalistów medycznych” (s. 202). Można mieć jednak wątpliwości, czy takie miękkie zalecenie będzie wystarczające, a zatem czy powstrzyma niekontrolowaną migrację pracowników medycznych. Być może remedium na to zjawisko powinno być ujednolicenie zasad wykonywania zawodu w poszczególnych państwach, w szczególności w zakresie warunków zatrudnienia. Samo odwołanie się do praktyk etycznych może być bowiem niedostateczne.

Można w pełni zgodzić się z Autorką, że fundamentalną wartością, na której powinny być zbudowane relacje między pacjentem a personelem medycznym, jest godność człowieka. Stanowi ona podwalinę demokratycznego państwa prawa, gwarantującego poszanowanie każdego, podmiotowe jego traktowanie. Zagadnienie to nabiera szczególnego znaczenia w przypadku chorych i cierpiących, którzy ze względu na swój stan mogą nie mieć wystarczających możliwości, aby samodzielnie zadbać o poszanowanie tej wartości. Toteż na personelu medycznym ciąży szczególny obowiązek dbałości o jej respektowanie. Z godności pacjenta można zatem wyprowadzić również jego inne, szczegółowe prawa, mianowicie zwłaszcza prawo do samostanowienia, intymności, tajemnicy medycznej. Godność kształtuje również stosunek personelu medycznego do pacjenta, oparty na zaufaniu oraz partnerstwie. Postępowanie takie wpisuje się zatem w etos zawodowy pracowników medycznych, których profesje należą do tzw. zawodów zaufania publicznego. Słusznie zatem Habilitantka poświęciła fragment

pracy tej tematyce. Można było jednak odnieść te rozważania i kontekst europejski do unormowań polskich, a zwłaszcza nawiązać do art. 30 Konstytucji RP oraz przepisów medycznoprawnych gwarantujących poszanowanie godności osobistej i intymności pacjenta (np. art. 20-22 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, art. 36 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, Dz. U. z 2024 r. poz. 1287, z późn. zm.) oraz piśmiennictwa z tego zakresu⁵.

Ważnym prawem pacjenta jest poszanowanie jego życia prywatnego oraz poufności informacji medycznych. Stąd też dobrze, że Habilitantka temat ten podniosła. Rozważania są jednak nieco zbyt płytkie (stronę 312-313). Należało je uzupełnić o szerszy kontekst dotyczący tajemnicy medycznej oraz autonomii informacyjnej. Zagadnienie to jest szczególnie doniosłe w odniesieniu do tzw. opieki transgranicznej i przepływu danych medycznych między państwami. Na s. 382 Habilitantka rozważa tę problematykę, ale jedynie przez pryzmat ochrony danych osobowych (RODO). Pomija natomiast regulacje dotyczące tajemnicy medycznej. Jakie przepisy należy stosować w sytuacji rozbieżnych regulacji w poszczególnych państwach, czy priorytet mają unormowania obowiązujące na terenie państwa, w którym było udzielane świadczenie zdrowotne, czy też należy odwołać się do przepisów obowiązujących w państwie macierzystym, z którego pochodził pacjent i do którego powrócił? Wydaje się, że ze względu na doniosłość ochrony poufności informacji medycznej wątek ten wymagał szerszego przeanalizowania.

Habilitantka pochyła się również nad problemem kolizji między obowiązkiem niesienia pomocy medycznej a poszanowaniem autonomii pacjenta. Nie odnosi się jednak do tzw. oświadczeń *pro futuro*, które mogłyby być przywołane w kontekście art. 9 Konwencji o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowania biologii i medycyny⁶. Ustalenia w tym względzie mogłyby natomiast pomóc udzielić odpowiedzi na pytanie, kto podejmuje decyzje terapeutyczne w sytuacji, gdy pacjent nie posiada kompetencji decyzyjnej np. jest nieprzytomny. Autorka kontestuje możliwość wyrażenia zgody zastępczej przez sąd. Zadaje sobie bowiem pytanie, czy taka zgoda „nie stanowi tak naprawdę pogwałcenia poszanowania autonomii zarówno pacjenta, ale i samego lekarza, który jest w tym momencie traktowany jako przedmiot a nie podmiot decyzji”. W ocenie Habilitantki może to prowadzić do uprzedmiotowienia tych podmiotów (s. 321). Nie proponuje jednak innego rozwiązania. Warto zaś zauważyć, że pozostawienie decyzji w gestii sądu zawiera pewien element obiektywizacji. Z kolei wyposażenie wyłącznie lekarzy w uprawnienia decyzyjne mogłoby prowadzić do nadużyć. Ich działania mogłyby być bowiem nadmiernie subiektywizowane. Szkoda, że Habilitantka wątku tego nie dostrzega.

Na stronie 334 Autorka odnosi się do konstrukcji tzw. przywileju terapeutycznego. Przywołuje literaturę, w której kontestuje się to rozwiązanie. Oprócz podanych argumentów można było wskazać również na inne wątpliwości, np. dotyczące

⁵ Np. L. Bosek (red.), Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz, Warszawa 2020; E. Zielińska (red.), Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz, Warszawa 2022; B. Gulla, B. Izdorczyk, R. Kubiak, Godność i intymność pacjenta. Aspekty psychologiczne i prawne, Kraków 2019.

⁶ Zgodnie z tym przepisem „należy brać pod uwagę wcześniej wyrażone życzenia osoby zainteresowanej co do interwencji medycznej, jeżeli w chwili jej przeprowadzania nie jest ona w stanie wyrazić swojej woli”.

paternalistycznego charakteru tej konstrukcji oraz skutku w postaci pozbawienia pacjenta kluczowych informacji dotyczących jego stanu zdrowia, które mogłyby determinować jego działania zarówno w sferze medycznej, jak i osobistej (np. pacjent dowiedziawszy się o tym, że jest u kresu życia, mógłby dokonać rozrządzenia majątkowego, uporządkować swoje sprawy rodzinne itp.).

W podsumowaniu rozdziału 3 części III Habilitanta wskazuje, że usługi medyczne są traktowane zasadniczo jak inny produkt konsumencki, który jest dostępny na rynku europejskim. Píše, że prawo unijne „fundamentalnie podważa pojęcie etyki zawodowej w zakresie opieki nad pacjentem, gdyż rozumie relacje między lekarzami a ich pacjentami przez pryzmat konsumpcjonizmu”. Stąd też prawo do zdrowia jako prawo człowieka jest mocno ograniczone (s. 389). Nie można odmówić trafności tego poglądu. W istocie wspólnota europejska zorientowana jest na zunifikowanie kwestii gospodarczych i nieco po macoszemu traktuje inne zagadnienia, w tym dotyczące poszanowania praw pacjenta. Powstaje jednak pytanie, czy można temu zjawisku zaradzić, a jeśli tak, to jakie przedsięwziąć środki? Niestety Autorka nie proponuje żadnych konkretnych rozwiązań np. nie zgłasza postulatów *de lege ferenda*. Byłyby one zaś pożądane choćby w kontekście opisywanej dyrektywy transgranicznej.

Omawianej koncepcji pacjent-konsument można postawić jeszcze jeden zarzut. Jeśli uznać, że pacjent w ramach wolności swojego wyboru może domagać się wykonania określonej usługi – danego zabiegu, może wystąpić ryzyko zrealizowania jego oczekiwań przez profesjonalistów medycznych, mimo że w świetle aktualnej wiedzy medycznej żądana interwencja medyczna będzie nieuzasadniona, a nawet zbędna. Analizując potrzeby pacjenta jako konsumenta (s. 440 i nast.) Autorka mogła podnieść również ten aspekt.

W konkluzjach Habilitantka zauważa, że „prawa człowieka stanowią inspirację dla całego systemu prawa medycznego, służąc jednocześnie jako podstawa dla wielu debat w ramach bioetyki, ponieważ analizują podstawowe elementy praktyki medycznej, które często pojawiają się w tej sferze, takie jak na przykład koncepcje choroby [...]” (s. 461). Na ogólnym poziomie tej tezy można się z nią zgodzić. W istocie prawa człowieka, w szczególności prawo do zdrowia, poszanowanie godności ludzkiej, stanowią fundament praw pacjenta, który powinien uzyskać świadczenia zdrowotne zgodne z aktualną wiedzą medyczną i właściwe jakościowo oraz być traktowany podmiotowo. Można zatem przyjąć, że prawa człowieka mają wpływ na prawo medyczne, ale w aspekcie praw pacjenta i jego relacji z pracownikami medycznymi. Mogą być natomiast indyferentne w kontekście administracyjnym, porządkowym, który jest również przedmiotem regulacji stanowiących system prawa medycznego. Można jednak przyjąć, że te organizacyjno-infrastrukturalne rozwiązania są ukierunkowane na postać pacjenta i zapewnienie mu odpowiedniej opieki zdrowotnej. Pośrednio więc prawa człowieka mogą mieć również na nie wpływ. Nie jest to jednak wyraźna determinanta.

Kończąc swe rozważania Autorka uznała, „że przybierający na sile konsumpcjonizm zdrowotny w przestrzeni europejskiego prawa medycznego urynkawia sferę zdrowia, spychając prawa człowieka na margines” (s. 467). W istocie, jak wspomniano, wspólnota europejska jest ukierunkowana na inne sfery, w szczególności

gospodarczą. W takiej optyce postrzegane jest również wykonywanie usług medycznych. Wydaje się jednak, że teza, iż prawa człowieka zostały „zepchnięte na margines”, jest zbyt radykalna. Unia Europejska oparta jest bowiem o uniwersalne wartości, afirmujące godność człowieka, jego wolność, prawo do życia i zdrowia. W tym kontekście wypowiadają się więc również trybunały europejskie. Można zatem przyjąć, że mimo braku satysfakcjonujących rozwiązań prawnych, prawa człowieka w europejskim prawie medycznym mają silne zakotwiczenie, stanowią podwaliny wielu z tych praw i są istotnym wykładnikiem ich interpretacji.

7. Podsumowując, przedstawione do recenzji opracowanie ma charakter wielowątkowy, obejmujący rozważania ze sfery filozofii, etyki, bioetyki, prawa medycznego i regulacji unijnych. Spojenie tych wszystkich aspektów wymagało dużego zaangażowania i doświadczenia naukowego Autorki, która bez wątpienia włożyła duży wysiłek w przeprowadzenie tych dociekań. Zamieszczone w monografii refleksje i spostrzeżenia stanowią wyraźny wkład w rozwój doktryny prawa medycznego, uzupełniając istniejącą w tym aspekcie lukę. Oceniane opracowanie mogło być naturalnie poszerzone o dodatkowe wątki i analizy, co by je ubogaciło i nadało jeszcze większe walory poznawcze. Nie zmienia to jednak faktu, że monografia ta udowadnia zarówno dużą wiedzę Autorki, jej dojrzałe spojrzenie na tę tematykę, jak i posiadanie właściwych umiejętności warsztatowych i metodologicznych. Są to zaś cechy charakterystyczne dla naukowca i predysponujące Panią dr Darię Bieńkowską do uzyskania stopnia naukowego doktora habilitowanego. W mojej ocenie przedłożona praca spełnia zatem warunek, o którym mowa w art. 219 ust. 1 pkt 2 ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce. Można ją bowiem uznać za osiągnięcie naukowe, stanowiące znaczny wkład w rozwój określonej dyscypliny, tj. dziedzinie prawa.

III. Ocena pozostałych osiągnięć naukowych

Oprócz monografii stanowiącej główne osiągnięcie naukowe, Habilitantka przedstawiła spory dorobek piśmienniczy. Jej dociekania naukowe można ująć w kilku obszarach. Przede wszystkim zajmuje się prawami człowieka, a w tym kontekście ideą praw człowieka oraz standardami prawnoczułowieczymi. Swe badania prowadzi również w płaszczyźnie prawa medycznego, skupiając się m.in. na tzw. medycynie defensywnej oraz problematyce świadczeń opieki zdrowotnej, a także poszanowaniu intymności i godności pacjenta oraz aspektami tajemnicy lekarskiej. Te sfery badawcze łączy analizując prawo do zdrowia jako prawo człowieka. Jak wskazano w poprzedniej części recenzji, zagadnienia te znalazły swe odzwierciedlenie w monografii wskazanej przez Panią dr D. Bieńkowską jako główne dzieło stanowiące podstawę prowadzonego postępowania habilitacyjnego.

Dokonując oceny pozostałego dorobku naukowego Habilitantki wypada rozpocząć od monografii pt. „Medycyna defensywna. Nadużycia medyczne w systemie prawnym Stanów Zjednoczonych Ameryki”, Poznań 2018. Pozycja ta koreluje bowiem z recenzowaną monografią, gdyż dotyczy aspektów medycznoprawnych. W opracowaniu

tym Autorka przybliży specyfikę procesów cywilnych w sprawach medycznych, prowadzonych w Stanach Zjednoczonych Ameryki. Swe rozważania snuje w kontekście tzw. medycyny defensywnej. Pojęcie to definiuje jako pewną praktykę pracowników medycznych, którzy obawiając się zarzutu niedochowania należytej staranności i tym samym ponoszenia odpowiedzialności, zlecają nadmiarowe, zbędne czynności diagnostyczno-terapeutyczne. Taką postawę nazywa się „zabezpieczającą”. W odmianie „unikającej” natomiast medycyna defensywna polega na unikaniu grupy pacjentów lub skomplikowanych procedur medycznych. Naturalnie zjawisko to jest wysoce niepożądane, gdyż z jednej strony generuje nadmierne koszty opieki zdrowotnej, powstałe w wyniku zlecenia zbędnych zabiegów, z drugiej zaś ztraca się relacja troski, którą powinien otoczyć lekarz swojego pacjenta. Rozwój medycyny defensywnej związany jest ze zwiększeniem skali spraw o tzw. nadużycia medyczne. Autorka wyjaśnia, że pod pojęciem tym kryją się nie tylko błędy medyczne powstałe w wyniku niedbałości lekarzy, ale również niektóre naruszenia praw pacjenta, w szczególności jego autonomii decyzyjnej. Ze względu na brak jednolitych standardów postępowania medycznego, a tym samym jasnych kryteriów oceny zachowania należytej staranności przez lekarza, istnieje duże ryzyko poniesienia przez niego odpowiedzialności. Lęk w tym względzie jest indukowany przez liczne spory medyczne, często nagłaśniane medialnie. Co prawda Autorka analizuje to zagadnienie z perspektywy amerykańskiej, ale wydaje się, że zjawisko to ma wymiar bardziej powszechny i może być odnoszone również do praktyki kontynentalnej, w tym polskiej. Interesujące są zatem rozważania Autorki dotyczące ujawnienia przyczyn tego zjawiska i sposobów zapobiegania mu. Jedną z nich jest oparcie odpowiedzialności na zasadzie winy, której wykazanie wymaga stwierdzenia czy doszło do naruszenia wymaganego standardu staranności. Jak zauważa, w poszczególnych stanach amerykańskich występuje silne zróżnicowanie w tym względzie, system jest nieklarowny i czasami odwołuje się do pewnych nieostrych pojęć, takich jak zwyczaj medyczny oraz oparty jest na ocenie sędziowskiej. Mankamentem są również stosowane w USA procedury sądowe. Autorka wskazuje bowiem, że często prowadzenia takich spraw podejmują się prawnicy, którzy nie posiadają stosownych kwalifikacji i nie potrafią ocenić na wstępie zasadności zarzutu. Generuje to wiele postępowań wszczynanych „lekkomyślnie”. Ciekawym pomysłem jest zatem wprowadzenie odpowiednich certyfikatów merytorycznej oceny sprawy. Zaświadczenie takie potwierdzałoby, że pełnomocnik powoła poddał sprawę merytorycznej ocenie przez wykwalifikowanego eksperta medycznego. Jego opinia natomiast byłaby kierunkowa, aczkolwiek oczywiście nie gwarantowała wygrania sprawy. Rozwiązanie to byłoby interesujące również w praktyce polskiej, mogłoby bowiem eliminować na wstępie szereg spraw zarówno cywilnych, jak i karnych. Tym samym odciążyć organizacyjnie i finansowo system wymiaru sprawiedliwości.

Specyfiką sądownictwa amerykańskiego są tzw. ławy przysięgłych. W kontekście spraw medycznych oddanie kompetencji takim ławą budzi jednak wątpliwości. W ich skład wchodzi bowiem osoby niemające merytorycznego przygotowania. Sprawy medyczne często natomiast wymagają szczegółowego przeanalizowania szeregu specjalistycznych aspektów dotyczących procedur medycznych i związku przyczynowego między ich

przeprowadzeniem bądź zaniechaniem a powstałą szkodą. *De facto* zatem osoby wchodzące w skład ławy przysięgłych muszą oprzeć się na ocenie eksperta, czyli pracownika medycznego, który występuje w charakterze świadka lub biegłego. Rozwiązanie takie jest zatem nieefektywne. Ponadto może prowadzić do niesprawiedliwego orzekania, w sytuacji gdy ostateczne rozstrzygnięcia ławy znacząco odbiegają od uwarunkowań medycznych i będą sprzeczne za aktualną wiedzą medyczną. Autorka podaje, że zagrożenia w tym względzie są realne, gdyż ławnicy mogą być stronnicy i sympatyzować ze stroną powodową (widząc np. dramatyczne skutki szkód medycznych). Poza tym mogą być skłonni przyznawać wysokie odszkodowania z uwagi na zamożność pozwanego. Remedium na te niedomogi może być powołanie wyspecjalizowanych organów sądowniczych, tzw. sądów zdrowia, w skład których wchodziłoby sędziowie i ławnicy mający stosowne kwalifikacje. Być może koncepcja ta sprawdziłaby się również w Polsce. Możliwe byłoby bowiem utworzenie odrębnych wydziałów sądów na wzór np. wydziałów karnych lub cywilnych. Pewnym usprawnieniem byłoby również wykorzystywanie określonych domniemań dowodowych np. oparcie się na dowodzie *prima facie* oraz zasadzie *res ipsa loquitur*. Można bowiem zgodzić się z Autorką, że „w sprawach szczególnie trudnych, o wysokim stopniu niemożliwości wskazania jasnych i klarownych dowodów na potwierdzenie winy, przyjęcie dowodzenia w oparciu o dowód *prima facie* i umożliwiającą jego zastosowanie zasadę *res ipsa loquitur* wydaje się rozwiązaniem pożądanym i rozsądnym” (s. 190).

Interesujące rozważania Autorka snuje również w odniesieniu do tzw. prawa dobrego samarytanina. Czyli rozwiązania pozwalającego uniknąć odpowiedzialności w sytuacji, gdy lekarz podejmie się interwencji medycznej w stanach nagłych. Omawia przesłanki tej konstrukcji, a mianowicie: zachowanie lekarza musi być zdeterminowane dobrą wiarą i lekarz musi zachować wymaganą ostrożność „bez wielkiej niedbałości” oraz „chęci niewłaściwego postępowania”. Ponadto rozwiązania te stosuje się w przypadku nagłego zagrożenia życia, wymagającego podjęcia pilnej opieki np. w sytuacji wypadków, katastrof, a także zdarzeń wywołanych sztucznie (przykładowo w wyniku przyjęcia przez pacjenta środków odurzających) (s. 100-102). Odwołanie się do tej konstrukcji i stosownych unormowań amerykańskich jest wynoszące, gdyż w Polsce również toczy się dyskusja na temat ograniczenia odpowiedzialności lekarzy w sytuacji wykonania przez nich nieprawidłowo określonego zabiegu, jednakże bez ich winy. Zagadnienie to nabrzmiało w okresie pandemii wirusa SARS-CoV-2, kiedy to do działań przeciwepidemicznych kierowani byli lekarze nieposiadający odpowiednich specjalizacji. Istniało zatem ryzyko niepoprawnego wykonania określonej interwencji medycznej.

Jednym ze sposobów uniknięcia długotrwałych postępowań w sprawach medycznych jest zdaniem Autorki sięgnięcie po konstrukcję odpowiedzialności bez winy, czyli *no fault*. W opracowaniu przedstawiono założenia tego rozwiązania oraz jego wady i zalety. Rozważania te mogą być nośne również dla doktryny polskiego prawa medycznego, ponieważ konstrukcja ta jest propagowana także w Polsce.

Oceniając prezentowaną monografię można wskazać, że dotyczy ona interesujących zagadnień, mających istotne znaczenie praktyczne zarówno z perspektywy amerykańskiej, jak i bardziej uniwersalnie. Omawiane problemy związane z

przewlekłością postępowań sądowych, trudnością w ocenie określonego zachowania medycznego, zwiększającymi się kosztami takich postępowań, medycyną defensywną itd. występują również w Polsce. Stąd też niektóre z przedstawionych rozwiązań mogłyby być implementowane na grunt polskiego prawa i praktyki wymiaru sprawiedliwości. Praca została gruntownie udokumentowana w oparciu o liczne orzecznictwo sądów amerykańskich oraz literaturę przedmiotu. Jej struktura jest przemyślana i uporządkowana. Zawartość merytoryczna wskazuje natomiast na dobre rozeznanie Autorki w prezentowanej tematyce.

Zagadnienie medycyny defensywnej zostało podniesione również w artykule pt. „Kryzys tradycyjnych reżimów odpowiedzialności prawnej lekarza w polskim systemie prawnym”. Problematyka ta została przedstawiona w kontekście propozycji zmian przesłanek odpowiedzialności prawnej pracowników medycznych poprzez odejście od ustalania odpowiedzialności opartej na winie, a sięgnięcie po model reżimu *no fault liability*, tj. rozpatrywania jedynie szkód i związku przyczynowego łączącego ich powstanie z leczeniem. Autorka przygotowała to opracowanie w okresie pandemii wirusa SARS-CoV-2, podczas której ujawniły się liczne niedomogi systemu ochrony zdrowia, w tym związany z potencjalną odpowiedzialnością kadry medycznej (jak wspomniano, pracownicy medyczni byli wówczas kierowani do działań przeciwepidemicznych, obawiali się zaś, że posiadana specjalizacja i doświadczenie nie będą wystarczające do realizacji tych zadań, co może spowodować, że popełnią błąd medyczny i w konsekwencji poniosą odpowiedzialność). Autorka wskazuje mankamenty obecnie przyjętego systemu odpowiedzialności, do których należą m.in. przewlekłość postępowania, wysokie jego koszty, konieczność udowodnienia winy oraz związku przyczynowego. W efekcie postępowanie te są skomplikowane i długotrwałe, a tym samym nie służą zaspokojeniu roszczeń pacjentów. Kreują również postawy asekuranckie po stronie personelu medycznego, który obawiając się potencjalnej odpowiedzialności może upatrywać w pacjencie swojego wroga. Pani dr D. Bińkowska sugeruje zatem skorzystanie z rozwiązań upraszczających dochodzenie roszczeń, opartych na braku konieczności udowadniania winy. W tym kontekście przedstawia jako przykładowy system nowozelandzki. Wskazuje, że rozwiązania takie zmniejszą ryzyko kary, a tym samym zniwelują lęki personelu medycznego oraz przyczynią się do racjonalniejszego wykorzystania zasobów służących do udzielania świadczeń zdrowotnych. Zapewnią zatem odpowiedni poziom ochrony nie tylko dla pacjenta, ale również dla lekarzy.

Tekst ten jest elementem w dyskusji, która ostatnio jest ożywiona i związana z promowaniem tzw. sprawiedliwości naprawczej. Akcentuje się w niej konieczność kompensaty poniesionych szkód, w tym medycznych. Zwolennikami przedstawionego rozwiązania jest w szczególności samorząd lekarski, który dąży do odpowiednich zmian legislacyjnych ukierunkowanych na wyłączenie potencjalnej odpowiedzialności karnej lekarzy i skupienie się jedynie na aspektach cywilnoprawnych. Rozważania Autorki są trafne, a dowodzą tego nowelizacje przepisów, które doprowadziły do likwidacji wojewódzkich komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych i zastąpienia ich działalnością tzw. funduszem kompensacyjnym. Nastąpiło więc wprowadzenie odpowiedniej procedury administracyjnej, w toku której pacjent może uzyskać

zaspokojenie swoich roszczeń z tytułu zdarzeń medycznych. Po części zatem został zrealizowany postulat odejście od personalnej odpowiedzialności lekarza. Naturalnie zagadnienie to ma szerszy wymiar, nie ogranicza się bowiem jedynie do odpowiedzialności lekarzy, lecz tyczy się wszystkich pracowników medycznych. Ponadto rozważania Autorki skupiają się głównie na aspektach cywilnoprawnych, jedynie wzmiankowo wspomina o ewentualnej odpowiedzialności karnej. W toku dysputy na ten temat podnosi się natomiast potrzebę odejścia od odpowiedzialności karnej. Szkoda więc, że Autorka, zachwalając reżim *no fault*, nie odniosła się do tej materii. Czy przyjęcie tego systemu wyeliminuje potrzebę stosowania odpowiedzialności karnej, czy też rozwiązania te będą równoległe i komplementarne? Głos w dyskusji na ten temat byłby interesujący. W artykule w sposób uporządkowany wskazano jednak na wady systemu odpowiedzialności cywilnej, opartego na winie i niejako profetycznie przewidziano zmiany przepisów w tym obszarze.

Zainteresowania badawcze Habilitantki związane z prawami człowieka oraz łączącymi się z nimi prawami pacjenta, można dostrzec w artykule pt. „Godność jako kryterium w realizacji i ochronie praw człowieka. Zarys problematyki”. Autorka prezentuje w nim znaczenie godności człowieka w różnych aspektach. Zauważa, że może ona stanowić podstawę praw człowieka, wytyczać ich katalog, a także być wykładnikiem dla ich interpretacji. Godność stała się również podwaliną aksjologiczną Zjednoczonej Europy. W opracowaniu wskazano szereg orzeczeń, w których sądy i trybunały wyjaśniały istotę godności człowieka i przez jej pryzmat analizowały, czy doszło do naruszenia określonych praw człowieka. Z judykatów tych wynika, że urzeczywistnieniem godności ludzkiej jest podmiotowe, autonomiczne traktowanie każdego człowieka, poszanowanie jego wyborów oraz zakaz wszelkiej dyskryminacji. Godność jest przyrodzona, nie może być więc utracona w wyniku zachowań dyskwalifikujących, np. dopuszczenia się przestępstwa. Takie postrzeganie godności Autorka łączy również z aspektami medycznoprawnymi. Wywodzi z nich bowiem konieczność poszanowania autonomii pacjenta oraz konstrukcję tzw. poinformowanej zgody. Upatruje w godności również uniwersalną transkulturową i transnarodową kategorię aksjologiczną. Opracowanie to wskazuje na rozeznanie Autorki w omawianej tematyce, którą przedstawia wielowątkowo z uwzględnieniem nie tylko aktów prawa międzynarodowego, ale również adekwatnego orzecznictwa. Wywód jest klarowny i ukazuje dobre umiejętności metodologiczne Habilitantki.

Badawczy nurt prawnoczułowieczy i jego korelat medycznoprawny można odnaleźć także w opracowaniu pt. „Poszanowanie godności ludzkiej jako zasada konstytucyjna”. Autorka snuje w nim rozważania dotyczące godności ludzkiej i wyprowadzonego z niej prawa do życia i zdrowia. Analizy te prezentuje na tle wyroku niemieckiego Trybunału Konstytucyjnego, który orzekał w sprawie możliwości przerwania ciąży, uzasadnionego przewidywanymi ciężarami związanymi z urodzeniem i wychowaniem dziecka, czyli z powołaniem się na tzw. koncepcję *wrongful birth*. Referując to orzeczenie oraz jego uzasadnienie Autorka dochodzi do wniosku, że ochrona życia, będąca pochodną poszanowania godności ludzkiej, jest ściśle powiązana z prawem do ochrony zdrowia, w tym również dziecka poczętego. Ma zatem walor wartości

konstytucyjnie chronionej. Wszelkie zamachy na życie i zdrowie człowieka w tym ujęciu muszą być potraktowane jako zachowania naruszające te dobra. Można z tego wnioskować, że zdaniem Pani dr D. Bieńkowskiej godność dziecka poczętego i skorelowane z nim prawo do życia i zdrowia ma priorytet przed innymi wartościami, przynależnymi kobiecie ciężarnej. Dostrzega jednak, że ochrona tych wartości może być zróżnicowana co do rodzaju ochrony prawnej i jej intensywności, a zatem zakresu. Musi zatem uwzględniać zasady proporcjonalności oraz konieczności. Szkoda jednak, że nie rozwija tego wątku poprzez analizę art. 31 ust. 3 Konstytucji RP i polskiej regulacji medycznoprawnej określającej warunki dopuszczalności przerywania ciąży (art. 4a ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, Dz. U. z 2022 r. poz. 1575). Czy ochrona życia lub zdrowia kobiety ciężarnej, a także okoliczność, iż jest prawdopodobne, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego, są wystarczającymi powodami do przerwania ciąży? Jak one się mają do afirmowanego w opracowaniu poszanowaniu godności człowieka, w tym również dziecka poczętego? Czy zakres polskiej ochrony życia poczętego jest zatem dostateczny, czy też należałoby go zmodyfikować mając na względzie respektowanie godności człowieka od chwili jego poczęcia? W przedstawionym tekście zabrakło nieco rozważań na ten temat. Z perspektywy toczącego się dyskursu społecznego odnośnie do warunków dopuszczalności przerywania ciąży, rozważania na gruncie aksjologicznym byłyby zaś cenne i wnoszące. Tym niemniej przedstawienie perspektywy niemieckiej oraz szersza refleksja na temat relacji godności dziecka poczętego, a więc jego prawa do życia i zdrowia, do praw kobiety ciężarnej jest wkładem do doktryny prawa medycznego.

Problematyce ochrony zdrowia kobiet ciężarnych oraz życia poczętego poświęcony jest artykuł pt. „Konstytucyjne gwarancje szczególnych świadczeń zdrowotnych w kontekście ochrony kobiet w ciąży”. Jego przedmiotem jest analiza art. 68 ust. 3 Konstytucji RP, który zobowiązuje władze publiczne do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej m.in. kobietom ciężarnym. Autorka analizuje w opracowaniu pojęcie owej „szczególnej opieki zdrowotnej”, odwołując się w tym względzie do orzeczenia Trybunału Konstytucyjnego. Trybunał wyjaśnił zaś, że muszą to być tego typu świadczenia, które wykraczają poza zwykłą sferę powszechnej opieki zdrowotnej, a ponadto opieka ta powinna być wzmożona, intensywniejsza i bardziej wyspecjalizowana, adekwatna do potrzeb kobiet ciężarnych nie tylko w aspekcie leczniczym i rehabilitacyjnym, ale powinna być ukierunkowana na zachowanie zdrowia w całym okresie ciąży i służyć zapobieganiu chorobom. Z wypowiedzi tej Autorka wywodzi zatem, że szczególna opieka zdrowotna obejmuje cały okres związany z ciążą i służy nadzorowi nad zdrowiem kobiety, a także obejmuje czynności *stricte* profilaktyczne. W dalszej części rozważań, odwołując się do orzecznictwa Trybunału Konstytucyjnego, zauważa jednak, że unormowanie to tyczy się nie tylko zdrowia kobiety, ale również dziecka poczętego. Konkluduje, że ochrona podejmowana jest nie tylko w interesie matki, ale również dziecka poczętego. Analizowany przepis Konstytucji powinien więc być odczytywany łącznie z innymi regulacjami zawartymi w tym akcie, a wskazującymi na szczególny wyraz troski nie tylko o życie i zdrowie kobiet ciężarnych, ale również ich nienarodzonych dzieci.

Norma konstytucyjna powinna zaś być urzeczywistniona na poziomie aktów niższej rangi, które umożliwią realizację tej ochrony. Nie ulega wątpliwości, że każda norma konstytucyjna jest wyznacznikiem dla rozwiązań prawnych przyjętych w aktach niższej rangi, które odzwierciedlają postanowienia ustrojodawcy. Stąd też wzmożona opieka zdrowotna kobiet ciężarnych znajduje swoje urzeczywistnienie w szeregu aktów medycznoprawnych, a zwłaszcza w ustawie z dnia 27 sierpnia 2024 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.). Ciekawe są rozważania Autorki dotyczące rozszerzenia tej ochrony poza *stricte* sferę zdrowia kobiety ciężarnej i objęcie nią również dziecka poczętego. W istocie polski ustawodawca przewiduje szczególne rozwiązania dotyczące ochrony dziecka w fazie prenatalnej, ale raczej łączy je z troską o zdrowie kobiety ciężarnej (np. art. 2 ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży). Znalezienie konstytucyjnej podstawy, która bezpośrednio tyczyćłaby się szczególnej ochrony zdrowia dziecka poczętego jest zatem interesujące i może stanowić przyczynek do dyskusji w doktrynie prawa medycznego.

Z kolei problematyce prawa pacjenta do intymności poświęcone jest opracowanie pt. „(Nie)poszanowanie intymności pacjenta”. Autorka zauważa, że dużą liczbę skarg do Biura Rzecznika Praw Pacjenta stanowią skargi dotyczące braku respektowania intymności i godności chorego. Najczęściej dotyczyły one kwestii technicznych, np. braku odpowiednich parawanów w wieloosobowych salach szpitalnych. Na tej kanwie w tekście przeanalizowano pojęcie intymności w ujęciu zarówno semantycznym, jak i z perspektywy psychologicznej, aksjologicznej i kulturowej. Autorka zauważa, że nieposzanowanie intymności może prowadzić do tzw. depresji aksjologicznej, która może być następstwem poniżenia osobistej godności, niezachowania dystansu interpersonalnego, znoszenia granicy, którą zakreśla ciało człowieka. Zachowania takie mogą zaś indukować poczucie wstydu. Poszanowanie intymności ma kluczowe znaczenie w relacji między lekarzem i pacjentem. Zapatrywanie te są charakterystyczne dla obecnie afirmowanego modelu partnerskiego, opartego na zaufaniu łączącym pacjenta i jego medyka. Respektowanie intymności pacjenta prowadzi zatem do kształtowania odpowiednich stosunków z lekarzem, zrozumienia chorego i jego cierpienia, a tym samym godnościowego traktowania pacjenta. Stąd też intymność wskazuje pewne cechy relacyjne dotyczące związków międzyludzkich. W artykule wskazano również orzecznictwo sądowe dotyczące tej problematyki. Przywołano judykaty odnoszące się do poszanowania intymności podczas porodu, a także respektowania tej wartości wobec osób oskarżonych lub podejrzanych poddawanych czynnościom medycznym w celach dowodowych. Nie ulega wątpliwości, że intymność stanowi kluczową wartość, której zachowanie wpisuje się w podmiotowe i godnościowe traktowanie każdego człowieka. Zagadnienie to nabiera szczególnego znaczenia w odniesieniu do osób chorych, które z jednej strony ze względu na swój stan mogą nie mieć dostatecznych możliwości samodzielnej ochrony tej wartości, z drugiej zaś muszą być poddawane różnym czynnościom medycznym, które mogą głęboko ingerować w intymność. Stąd też wiele regulacji medycznoprawnych poświęconych jest tej materii. Ujmują ją zarówno z perspektywy prawa pacjenta, jak i obowiązków personelu medycznego. W pracy

prawidłowo przywołano zarówno stosowne unormowania, jak i adekwatne orzecznictwo sądowe. Doniosłe wydaje się zwrócenie uwagi, że poszanowanie intymności nie ogranicza się jedynie do zorganizowania odpowiednich warunków technicznych, chroniących dostęp do ciała człowieka, np. zasłon i parawanów, ale jest to też wyraz budowania relacji wpisujących się w model partnerski. Zadaniem personelu medycznego nie jest bowiem jedynie wyleczenie choroby w sensie biologicznym, ale również zrozumienie empatyczne pacjenta, poznanie jego potrzeb i emocji, co pozwoli następnie na respektowanie jego prawa do samostanowienia i dokonanych wyborów. Podniesione w tekście zagadnienie ma zatem nie tylko wymiar teoretyczny, ale również praktyczny. Wskazuje bowiem określony kierunek postępowania personelu medycznego.

W kontekście poszanowania prywatności i intymności pacjenta można wskazać również współautorskie opracowanie (z A. Kamińską-Nawrot) pt. „Tajemnica lekarska a postępowanie karne”. Przedstawiono w nim pojęcie i zakres tajemnicy lekarskiej, słusznie wskazując, że obowiązek poszanowania jej znajduje swoje podwaliny konstytucyjne i może być wyprowadzany z art. 47 i 51 Konstytucji RP. Ponadto problematyce tajemnicy poświęcone są liczne przepisy medycznoprawne, które ujmują tę tematykę zarówno z perspektywy praw pacjenta (art. 13 i 14 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta), jak i jako powinność ciążącą na pracownikach medycznych (np. art. 40 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty). W opracowaniu podniesiono również, że poszanowanie prywatności, a w tym tajemnicy medycznej jest artykułowane w orzecznictwie Europejskiego Trybunału Praw Człowieka, który wskazał, że respekt dla tej wartości ma nie tylko znaczenie dla prywatności pacjenta, ale także buduje odpowiednią relację z pracownikami medycznymi opartą na zaufaniu. Jednakże tajemnica lekarska nie ma charakteru bezwzględny. Zarówno bowiem przepisy medycznoprawne, jak i przepisy szczególne przewidują tzw. dyspensy, czyli wyjątki od jej zachowania. W opracowaniu zwrócono uwagę na aspekt karnoprocesowy. Omówiono zastosowanie przepisów pozwalających na zwolnienie z tajemnicy lekarskiej lekarza występującego w charakterze świadka – art. 180 § 2 Kodeksu postępowania karnego oraz podkreślono rolę art. 199 tegoż Kodeksu, w którym statuuje się bezwzględny zakaz dowodowy w zakresie wykorzystania zeznań lekarza udzielającego pomocy medycznej oskarżonemu na okoliczność złożonych przez niego oświadczeń. Omówiono w nim również kwestie zabezpieczenia dokumentacji lekarskiej. Nie ulega bowiem wątpliwości, że informacje w niej zawarte są poufne, a jej udostępnienie może prowadzić do naruszenia tajemnicy lekarskiej. W tym kontekście Autorki rozważają możliwość zdjęcia klauzuli tajności z dokumentacji medycznej przez prokuratora. Dostrzegają niespójności regulacyjne. Zwolnić z tajemnicy lekarza-świadka może wyłącznie sąd, natomiast o dostępie do dokumentacji lekarskiej może zdecydować również prokurator. Ostatecznie postulują zatem, by kompetencję tę przyznać sądowi. W istocie dostrzeżony problem jest ważny i wskazuje na pewną systemową niekoherencję. Prezentowane tezy są zatem słuszne i wpisują się w nurt poszanowania prywatności, a w tym fundamentalnego prawa pacjenta do zachowania poufności informacji medycznych. Szkoda jednak, że w opracowaniu tym ograniczono się jedynie do rozważań dotyczących lekarzy. Obowiązek poszanowania poufności spoczywa bowiem również na innych osobach wykonujących zawód medyczny.

Rozważania można było zatem uogólnić i snuć także w kontekście innych profesji medycznych. W tym aspekcie na uwagę zasługuje niespójność między art. 180 § 1 i § 2 Kodeksu postępowania karnego. Ten pierwszy przepis adresowany jest do osób związanych tajemnicą zawodową, a więc również pracowników medycznych. Ten drugi zaś dotyczy *stricte* lekarzy. Unormowania te różnicują zaś sposoby i przesłanki zwalniania z tajemnicy świadka, który miałby zeznawać na okoliczność objętą poufnością. W przypadku lekarzy może uczynić to wyłącznie sąd, a przesłanki są ostrzeżone. Natomiast innych pracowników medycznych może zwolnić również prokurator, jeśli służy to dobru wymiaru sprawiedliwości. Powstaje pytanie o zasadność tego rozgraniczenia. W opracowaniu można było odnieść się również do tego aspektu. Ponadto w tekście pominięto art. 26 ust. 3 pkt 3 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, w którym wskazano podmioty uprawnione do dostępu do dokumentacji medycznej. Należą do nich m.in. sąd i prokurator. Powstaje więc pytanie o relacje tych przepisów do omawianych w opracowaniu regulacji zawartych w Kodeksie postępowania karnego. Rozważania w tym aspekcie niewątpliwie ubogaciłyby ten tekst. Nie zmienia to jednak faktu, że podniesiona tematyka jest istotna, a opracowanie zostało przygotowane właściwie w sensie warsztatowym.

Oprócz publikacji swoją działalność naukową Pani dr Daria Bieńkowska realizowała poprzez udział w wielu konferencjach naukowych, krajowych i zagranicznych, na których przedstawiła wyniki swych dociekań naukowych (łącznie ponad 60 referatów i innych wystąpień). Brała również udział w komitetach organizacyjnych i naukowych konferencji krajowych lub międzynarodowych (7 konferencji). Odbýwała te¿ sta¿e naukowe w Ukrainie, Niemczech oraz we Włoszech (sta¿ badawczy w *European University Institute, Florence*).

Jej działalność naukowa obejmuje także udział w komitetach redakcyjnych i radach naukowych czasopism m.in. „Studia nad Bezpieczeństwem”, „Ekonomia i Państwo. Seria administracja publiczna i prawo”, „International Journal of Legal”.

W ramach działalności naukowej warta odnotowania jest również aktywność w zespołach badawczych realizujących projekty naukowe. Z przedłożonej dokumentacji wynika, że Habilitantka była kierownikiem międzynarodowego interdyscyplinarnego projektu badawczo-dydaktycznego *Health Rights as a Human Rights*, w ramach którego realizowane były seminaria naukowe dotyczące praw jednostki do najwyższej jakości świadczeń zdrowotnych oraz temat: *Osiągnięcia technologiczne a prawo medyczne. Czy istnieje tzw. transgraniczna unia zdrowotna?*. Ponadto była kierownikiem kilkietapowego projektu wykonywanego w ramach działalności Pomorskiego Centrum Praw Człowieka, który był poświęcony poszanowaniu praw człowieka w przestrzeni ochrony zdrowia. W jego ramach odbyły się liczne warsztaty oraz seminaria naukowo-edukacyjne, ogniskujące się wokół tematyki prawa medycznego i etyki deontologicznej. W kontekście prawnomedycznym warto odnotować również, że Habilitantka była kierownikiem projektu „Współczesne wyzwania systemu ochrony praw człowieka w kontekście ludzkiego bezpieczeństwa” oraz zajmowała się „Human security w kontekście przynależności europejskiej w oparciu o założenia dyrektywy transgranicznej

2011/24/UE". Była też ekspertem w międzynarodowej grupie naukowców specjalizujących się w problematyce praw dotyczących praw człowieka.

Podsumowując, można wskazać, że Pani dr D. Bińkowska wykazała się wieloobszarowym działaniem badawczo-naukowym. Jest Autorką licznych opracowań, w tym dwóch monograficznych, a także brała udział w wielu konferencjach, w tym międzynarodowych, na których prezentowała swoje wystąpienia. Uczestniczyła też w różnych instytucjach i organizacjach skupiających naukowców, a także była kierownikiem kilku projektów naukowo-badawczych. Można zatem ocenić, że dotychczasowy dorobek naukowy jest bogaty i wartościowy. Podejmowana zaś problematyka badawcza zasługuje na uznanie, ponieważ wypełnia lukę w doktrynie medycznoprawnej w aspekcie prawnoczęłowieczych podwalin praw pacjenta. Zagadnienia te są zaś ważne z perspektywy ustalenia aksjologii praw pacjenta, zasad wykładni regulacji prawnych dotyczących tej materii i w efekcie podmiotowego traktowania osoby zwracającej się o pomoc medyczną. Akcentowanie tych aspektów bez wątpienia jest kluczowe dla prawa medycznego, ukierunkowanego na chorego, jako głównego aktora w systemie ochrony zdrowia.

Ostatecznie więc można ocenić, że dorobek naukowy Habilitantki jest nośny naukowo, cechuje się dobrym poziomem warsztatowym oraz wskazuje na rozległą wiedzę i umiejętności badawcze, niezbędne dla naukowca.

Zgodnie z art. 219 ust. 1 pkt 3 ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce, warunkiem uzyskania stopnia naukowego doktora habilitowanego jest wykazanie się istotną aktywnością naukową albo artystyczną realizowaną w więcej niż jednej uczelni, instytucji naukowej lub instytucji kultury, w szczególności zagranicznej. W komentarzach do tego przepisu wyjaśnia się, że „może to być jednak jakakolwiek inna forma aktywności naukowej, jak udział w seminariach, spotkaniach czy dyskusjach naukowych, zapoznawanie się z wynikami osiągnięć naukowych w danym ośrodku w celu rozwijania własnych badań, udział w organizowaniu konferencji naukowych, wspólny udział w grantach czy konkursach naukowych, jak też udział w pracach zespołów badawczych w innych ośrodkach. Nie może ulegać wątpliwości, że ta działalność jest realizowana oraz że jest ona istotna (znacząca, niebudząca najmniejszych wątpliwości) (K. Ślęzak [w:] *Komentarz do wybranych przepisów ustawy - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce* [w:] *Akademickie prawo zatrudnienia. Komentarz*, red. K. W. Baran, Warszawa 2020, art. 219).

Jak wskazano, Habilitantka kooperowała z kilkoma uczelniami i instytucjami zagranicznymi, realizując w nich projekty naukowo-badawcze, a także odbywała staż badawczy we Florencji, brała też udział w międzynarodowych projektach badawczych, a niektórymi z nich kierowała. Można zatem przyjąć, że wspomniany wymóg ustawowy został przez Nią spełniony.

IV. Ocena dorobku dydaktycznego, organizacyjnego i eksperckiego

Z dokumentacji przedstawionej przez Habilitantkę wynika, że swą działalność dydaktyczną realizowała najpierw jako wykładowca w Szkole Wyższej Prawa i Dyplomacji w Gdyni. Następnie w ramach umowy o współpracę była zatrudniona na stanowisku wykładowcy w Instytucie Prawa i Administracji Uniwersytetu w WSB MERITO w Gdańsku. Obecnie zaś pracuje jako adiunkt w Katedrze Socjologii Instytutu Bezpieczeństwa i Socjologii Uniwersytetu Pomorskiego w Słupsku.

W ramach działalności dydaktycznej Pani dr D. Bieńkowska prowadziła zajęcia z kilku przedmiotów, m.in. na kierunku prawo, administracja, bezpieczeństwo narodowe oraz pielęgniarstwo. W swej aktywności dydaktycznej skupiała się przede wszystkim na aspektach praw i wolności obywatelskich, zagadnieniach międzynarodowych – w szczególności prowadziła zajęcia z przedmiotu „Prawo Unii Europejskiej” oraz „Międzynarodowa ochrona praw człowieka”. Jej aktywność dydaktyczna dotyczyła również aspektów medycznoprawnych. W tym obszarze prowadziła przedmiot „Prawa pacjenta. Prawa do życia i śmierci” oraz „Prawo medyczne i bioetyka”. Realizując zadania dydaktyczne była promotorką prac magisterskich z nauk prawnych i licencjackich na kierunku Prawo w biznesie. Aktualnie zaś pełni funkcję promotora pomocniczego w przewodzie doktorskim.

Wykazywała się również aktywnością organizacyjną, biorąc udział w przygotowaniu programu dydaktycznego dla studiów II stopnia na kierunku „Stosunki międzynarodowe oraz prewencja kryminalna”. Uczestniczyła także w grantach z Europejskiego Funduszu „Wiedza. Edukacja. Rozwój”. Efektem tych działań było przygotowanie materiałów dydaktycznych dla studentów na kierunku „Bezpieczeństwo” oraz prowadzenie przedmiotów „Prawa człowieka i podstawy prawne” dla studentów kierunku „Bezpieczeństwo”, opracowanie skryptu dla studentów i prowadzenie przedmiotu „Ochrona praw człowieka” oraz materiałów dydaktycznych do przedmiotu „Wiedza o państwie i prawie” dla kierunku „Stosunki międzynarodowe”.

Obowiązki dydaktyczne wykonywała nie tylko na swojej macierzystej uczelni, ale również współpracowała z Uniwersytetem Rzeszowskim. W ramach tego współdziałania przygotowała 3 rozdziały w podręczniku akademickim w red. S. Grabowskiej, pt. „Nauka o państwie i prawie. Wybrane zagadnienia”, który został wydany nakładem Wydawnictwa Naukowego Uniwersytetu Rzeszowskiego w 2017 roku.

Z przeglądu tego wynika zatem, że Habilitantka jest wieloletnim dydaktykiem, realizującym swoje zadania zarówno w ramach stosunku pracy na uczelni, na której jest zatrudniona, jak i współpracując z innymi jednostkami dydaktyczno-naukowymi. Jej aktywność nie ogranicza się jedynie do prowadzenia zajęć ze studentami, ale obejmuje również opracowywanie materiałów dydaktycznych, a także programu studiów. Można zatem uznać, że jest wieloaspektowa, wykraczająca poza standardowe działania nauczyciela akademickiego. Za działalność tę na płaszczyźnie międzyuczelnianej uzyskała podziękowanie Rektora Państwowego Uniwersytetu Leńskiego we Lwowie.

Pani doktor Daria Bieńkowska wykazuje się również znaczącym dorobkiem organizacyjnym. W szczególności jest założycielką Pomorskiego Centrum Praw

Człowieka, w ramach którego realizuje liczne projekty dotyczące aspektów prawnocząłowieczych, m.in. organizuje międzynarodowe konferencje naukowe oraz seminaria naukowo-dydaktyczne. Ogniskują się one wokół zainteresowań naukowych Habilitantki, obejmujących w szczególności aspekty prawa w zawodach medycznych, praw i wolności człowieka, godności pacjenta.

W ramach działalności organizacyjnej i popularyzującej naukę Pani dr D. Bieńkowska przeprowadziła warsztaty dla studentów studiów doktoranckich w Kijowie w Instytucie Przygotowania Kadry Państwowej Służby Zatrudnienia Ukrainy. Dotyczyły one relacji między państwem a społeczeństwem oraz relacji gender i polityki równościowej. Naukę popularyzowała również prowadząc warsztaty w ramach Bałtyckiego Festiwalu Nauki, a także wykłady podczas VII edycji Tygodnia Konstytucyjnego, zorganizowanego przez Stowarzyszenie im. Prof. Zbigniewa Hołdy. Wiedzę na temat praw i wolności oraz bezpieczeństwa pacjenta krzywiła udzielając wywiadów radiowych.

Na jej pozycję w środowisku zajmującym się prawami człowieka wskazuje posiadanie statusu eksperta w Międzynarodowej Grupie Naukowców, specjalizującej się w problematyce praw dotyczących praw człowieka (*External Expert in International Research Group with a specialization in Human Rights Law in Ukrainian State Employment Service Training Institute, Ministry of Social Policy of Ukraine, Kyiv*).

Z przedłożonej dokumentacji wynika, że Habilitantka jest silnie zaangażowana w obszarze organizacyjnym, skupiając się głównie na aspektach prawnocząłowieczych. W szczególności na podkreślenie zasługuje powołanie i aktywna działalność w Pomorskim Centrum Praw Człowieka, za którą uzyskała podziękowanie ówczesnego Rzecznika Praw Obywatelskich Adama Bodnara. Podejmowane przez Nią inicjatywy, w tym popularyzujące naukę, zasługują zatem na uznanie.

Swe kompetencje w sferze dydaktycznej i naukowej Habilitantka podnosi uczestnicząc w różnych kursach i szkoleniach, poświęconych m.in. prawu medycznemu i bioetyce oraz osobom wymagającym szczególnej opieki, np. z zaburzeniami psychicznymi lub z niepełnosprawnościami. Nie ulega wątpliwości, że taki ustawiczny rozwój jest pożądany i wskazuje na ukształtowanie u Pani dr D. Bieńkowskiej poczucia potrzeby dalszej edukacji i nabywania wiedzy oraz umiejętności.

Konkluzja

Pani dr Daria Bieńkowska posiada znaczny dorobek naukowy, obejmujący ponad 40 pozycji piśmienniczych, w tym dwa opracowania monograficzne, za które łącznie uzyskała 1970 punktów MNiSW. Publikacje te są o zróżnicowanym poziomie merytorycznym, niekiedy mają bowiem charakter sprawozdawczy. Dotykają jednak ważnej tematyki i cechują się dobrym przygotowaniem warsztatowym. Wygłosiła też ok. 60 referatów na konferencjach naukowych, krajowych i zagranicznych.

Habilitantka jako główne osiągnięcia naukowe, stanowiące znaczny wkład w rozwój określonej dyscypliny, wskazała publikację pt. „Prawa człowieka w europejskim

systemie prawa medycznego”. Pozycja ta może być uznana za osiągnięcie w rozumieniu artykułu 219 ust. 1 pkt. 2 ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce. Stanowi ona bowiem oryginalne rozwiązanie problemu naukowego, które znacząco rozszerza wiedzę w zakresie prawa, w szczególności prawa medycznego i prawa europejskiego. Podjęte rozważania posiadają bowiem swoją nośność naukową, a ich analiza i prezentacja wskazuje na dobre rozeznanie Habilitantki w omawianej problematyce.

Pani dr D. Bieńkowska ma bogate doświadczenie w prowadzeniu zajęć dydaktycznych, głównie w swojej macierzystej placówce, a także liczne osiągnięcia organizacyjne. Wykazała się też spełnieniem przesłanki, o której mowa w art. 219 ust. 1 pkt 3 powołanej ustawy, tj. istotną aktywnością naukową albo artystyczną realizowaną w więcej niż jednej uczelni, instytucji naukowej lub instytucji kultury, w szczególności zagranicznej. Kooperowała bowiem naukowo z kilkoma instytucjami zagranicznymi, w tym odbywała staż badawczy we Florencji.

Zostały zatem zrealizowane warunki uzyskania stopnia naukowego doktora habilitowanego, wskazane w art. 219 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2024 r. poz. 1571, z późn. zm.).

Ostatecznie więc moja ocena, jako recenzenta w postępowaniu Pani dr Darii Bieńkowskiej, jest **pozytywna**.