

Dr Kinga Karolina Bączyk-Rozwadowska
Zakład Prawa Medycznego
Katedra Prawa Ubezpieczeniowego
Wydział Prawa i Administracji
Uniwersytet Mikołaja Kopernika
w Toruniu

AUTOREFERAT

przedstawiający opis dorobku i osiągnięć naukowych wraz z informacjami o osiągnięciach dydaktycznych, współpracy naukowej i popularyzacji nauki

1. Imię i nazwisko

Kinga Karolina Bączyk-Rozwadowska

2. Posiadane dyplomy, stopnie naukowe

Magister prawa - dyplom uzyskany na Wydziale Prawa i Administracji UMK w Toruniu w dniu 27 IV 1999 r.; studia ukończone z wynikiem bardzo dobrym

Tytuł pracy magisterskiej: *Zasada swobody umów w prawie cywilnym* (praca nagrodzona I miejscem w konkursie na najlepsze prace magisterskie, obronione na Wydziale Prawa i Administracji UMK w roku akademickim 1998/1999)

Promotor: Prof. dr hab. Mirosław Nesterowicz

Doktor nauk prawnych - stopień nadany uchwałą Rady Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Mikołaja Kopernika (UMK) w Toruniu z dnia 20 VI 2006 r.

Tytuł rozprawy doktorskiej: *Ewolucja odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy leczeniu*

Promotor: Prof. dr hab. Mirosław Nesterowicz

Recenzenci: Prof. dr hab. Eugeniusz Kowalewski (UMK)

Dr hab. Tomasz Pajor, Prof. UŁ (Uniwersytet Łódzki)

Rozprawa została dwukrotnie opublikowana w formie monografii pt. *Odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone przy leczeniu* (Toruń 2006, wyd. TNOiK – Dom Organizatora, ss. 384 oraz, wyd. II poszerzone i zaktualizowane, Toruń 2013, wyd. TNOiK, ss. 428). Wydanie I uzyskało w 2007 r. Nagrodę Indywidualną II stopnia JM Rektora UMK.

3. Informacja o dotychczasowym zatrudnieniu w jednostkach naukowych

- 2000 - 2006: asystent w Katedrze Prawa Cywilnego i Międzynarodowego Obrotu Gospodarczego na Wydziale Prawa i Administracji UMK w Toruniu (zatrudnienie w pełnym wymiarze godzin)
- 2006 - 2011: adiunkt w Katedrze Prawa Cywilnego i Międzynarodowego Obrotu Gospodarczego na Wydziale Prawa i Administracji UMK w Toruniu (zatrudnienie w pełnym wymiarze godzin)
- 2011 - 2017: adiunkt w Zakładzie Prawa Medycznego, wyodrębnionym w strukturze Katedry Prawa Cywilnego i Międzynarodowego Obrotu Gospodarczego na Wydziale Prawa i Administracji UMK w Toruniu (zatrudnienie w pełnym wymiarze godzin)
- od 2018 r. adiunkt w Zakładzie Prawa Medycznego, funkcjonującym aktualnie w strukturze Katedry Prawa Ubezpieczeniowego Wydziału Prawa i Administracji UMK w Toruniu (zatrudnienie w pełnym wymiarze godzin)

4. Wskazanie osiągnięcia, o którym mowa w art. 16 ust. 2 ustawy z dnia 14 III 2003 r. o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule naukowym w zakresie sztuki (t.j.: Dz.U. z 2017 r., poz. 1789 ze zm.)

K. Bączyk-Rozwadowska *Prokreacja medycznie wspomagana. Studium z dziedziny prawa* (monografia), Toruń 2018, Wydawnictwo TNOiK - Dom Organizatora, ISBN: 978-83-7285-849-8, ss. 807

Recenzent wydawniczy: Prof. dr hab. Mirosław Nesterowicz

5. Cel naukowy pracy i osiągniętych wyników wraz z omówieniem ich ewentualnego wykorzystania

5.1. Geneza pracy - wybór tematu i uzasadnienie wyboru tematu

Instytucja prokreacji medycznie wspomaganą (*medically assisted procreation* - dalej MAP), odnosząca się w najogólniejszym ujęciu do przypadków, w których do poczęcia dziecka dochodzi w inny sposób niż w drodze fizycznego obcowania kobiety i mężczyzny, ma niewątpliwie doniosłe znaczenie praktyczne i znaczący walor społeczny. Stosowanie procedur MAP, w tym techniki zapłodnienia pozaustrojowego (IVF) oraz mniej skomplikowanej metody sztucznej inseminacji (AI) wywołuje jednak, pomimo legalizacji w większości państw na świecie, liczne kontrowersje i spory światopoglądowe, a w konsekwencji - legislacyjne i sądowe.

Z jednej strony, za stosowaniem procedur MAP przemawiają względy humanitarne i potrzeba czynienia zadość dążeniu jednostki do wypełnienia roli rodzicielskiej. W obliczu postępu nauk medycznych i biotechnologii, system prawny powinien - jak się podkreśla - wychodzić naprzeciw pragnieniu posiadania potomstwa w sytuacji, gdy pojawiają się przeszkody zdrowotne, uniemożliwiające wypełnienie funkcji prokreacyjnych w sposób naturalny. Za pomocą w poczęciu przemawia także dostrzeżone w ostatnich latach w orzecznictwie sądów krajowych i międzynarodowych (w tym ETPCz) i wysoko cenione prawo do prokreacji (*right to procreate, reproductive autonomy*). Prawo to, wywodzone z prawa jednostki do wolności i prywatności, w najogólniejszym ujęciu wyraża się swobodą decydowania o tym, czy, kiedy, w jaki sposób (naturalny bądź medycznie wspomagany) oraz w jakim układzie podmiotowym doprowadzić do poczęcia i wydania na świat dziecka.

Z drugiej strony, prawo do prokreacji konfrontowane jest z innymi wartościami wysoko cenionymi przez system prawny (takimi jak dobro przyszłego dziecka, integralność rodziny, godność jednostki, ochrona życia od najwcześniejszych form istnienia) i jego realizacja przez nieplodne osoby (pary) musi podlegać ograniczeniom. Poza tym, ograniczenia są konieczne z uwagi na zagrożenia, jakie wiążą się ze stosowaniem procedur MAP oraz podejmowaniem działań towarzyszących terapii niepłodności, np. czynności diagnostyki preimplantacyjnej, kriokonserwacji (mrożenia) gamet i embryonów. Do zagrożeń tych, jak dowodzi praktyka - należy m.in. komercjalizacja obrotu materiałem genetycznym, eksploatacja zdolności rozrodczych kobiet (wchodząca w rachubę w przypadkach tzw. zastępczego macierzyństwa), powoływanie do życia dziecka o określonych, pożądanym przez rodziców cechach lub/i płci („na zamówienie”, tzw. *designer baby*), klonowanie reprodukcyjne, tworzenie i wykorzystywanie gamet oraz embryonów do badań naukowych.

Prawo staje zatem w obliczu konieczności nadania odpowiednich ram organizacyjnych działaniom zmierzającym do realizacji tzw. projektu rodzicielskiego, niezbędnych dla wyeliminowania nadużyć i zabezpieczających, w sposób należyty, interesy wszystkich podmiotów zaangażowanych w procedury MAP, tj. przyszłego dziecka, rodziców realizujących prawo do prokreacji, dawców gamet i embrionów oraz lekarzy i klinik leczenia niepłodności. Tworzenie w tej płaszczyźnie ustaw jest niewątpliwie daleko idącą, lecz uzasadnioną ingerencją w najbardziej osobistą sferę życia prywatnego i intymnego jednostki, co do zasady wolną od udziału osób trzecich. Przyjmowane w poszczególnych państwach rozwiązania normatywne stanowią zatem wynik trudnego do wypracowania kompromisu, jaki osiągnął ustawodawca nadając prymat jednym (określonym) wartościom (np. prawu do życia) nad innymi (np. wolnością prokreacyjną), które w sytuacji kolizji zasługują - w jego ocenie - na mniej intensywnej ochronie.

W polskiej literaturze nie ma opracowania, które w sposób gruntowny i kompleksowy ujmuje problematykę prokreacji medycznie wspomaganą w możliwych (dopuszczonych prawem) jej przejawach i na wszystkich płaszczyznach aktualności, obejmujących zarówno kwestie dotyczące dopuszczalności i przesłanek stosowania określonego rodzaju technik (procedur), ich przebiegu, jak i skutków prawnych (w tym zwłaszcza w sferze filiacji). Zagadnienie wspomaganą prokreacji nie doczekało się kompleksowej analizy, pomimo iż 1 XI 2015 r. weszła w życie ustawa z dnia 25 VI 2015 r. o leczeniu niepłodności (Dz.U. z 2015 r., poz. 1087). Dawniejsze i opublikowane w ostatnich latach opracowania w postaci artykułów i komentarzy, o niewątpliwie doniosłym znaczeniu i walorach naukowych oraz praktycznych dotyczą poszczególnych procedur (metod) bądź określonych aspektów wspomaganą prokreacji (np. zastępczego macierzyństwa, problematyki statusu rodzinno-prawnego dziecka), ewentualnie ograniczają się do analizy polskiego prawa. Jedynym opracowaniem kompleksowym, ujmującym MAP w szerokim aspekcie i ukazującym polskie rozwiązania na tle instytucji wspomaganą prokreacji w ogólności, jest monografia Prof. M. Safjana pt. *Prawo do ingerencji w naturę ludzkiej prokreacji* (Warszawa 1990). Praca powstała jednak w okresie, w którym techniki MAP, zwłaszcza zaś procedura zapłodnienia pozaustrojowego, nie były jeszcze upowszechnione (IVF traktowano niekiedy jako eksperyment medyczny), a w poszczególnych państwach rozważano legalność procedur, trwały intensywne prace legislacyjne bądź doszło do uchwalenia prekursorskich ustaw.

Postęp, jaki od lat 90. XX wieku dokonał się w medycynie i biotechnologii i przyniósł daleko idące możliwości w zakresie powołania do życia (zdrowego) dziecka, przemiany społeczne i światopoglądowe, legalizacja procedury IVF we wszystkich niemal ustawodawstwach na świecie (w szerszym lub węższym zakresie), a także uznanie wspomaganą prokreacji za wyspecjalizowaną

postać terapii niepłodności spowodowały, że konieczna stała się ponowna, pogłębiona i kompleksowa analiza problematyki MAP i uzupełnienie w ten sposób luki w dorobku polskiej doktryny prawniczej. Szerokie ujęcie zagadnienia prokreacji medycznie wspomaganey wydaje się pożądane, ponieważ ma nie tylko istotny walor naukowo - poznawczy i służy rozważaniom oraz analizom teoretycznym, ale także sprzyjać może właściwej interpretacji przepisów polskiej ustawy. Dla sądów rozstrzygających spory odnoszące się do sfery intymnego życia jednostki pomocne okazać się mogą przedstawione w monografii rozwiązania legislacyjne, proponowane kierunki wykładni przepisów oraz poglądy przyjmowane w polskiej i obcej doktrynie i judykaturze. Ustawodawca natomiast, w razie konieczności dokonania zmian w zakresie istniejących rozwiązań normatywnych, zyskuje bogaty materiał do analiz, przydatny dla przyjęcia regulacji, która w sposób optymalny realizuje i zabezpiecza interesy wszystkich podmiotów zaangażowanych w sferę MAP.

5.2. Metoda badawcza. Układ (struktura) pracy

Instytucja prokreacji medycznie wspomaganey w szerokim ujęciu (*sensu largo*) obejmuje procedury (techniki) oraz sposoby wspomaganego poczęcia. Z punktu widzenia przewidzianej przez medycynę techniki „pozyskania” potomstwa, na MAP składa się sztuczna inseminacja (unasiennienie) oraz zapłodnienie pozaustrojowe (IVF, *in vitro*), będące procedurą bardziej zaawansowaną, wymagającą warunków szpitalnych i kompetentnego zespołu medycznego. Każda ze wskazanych procedur może, w zależności od pochodzenia materiału genetycznego, występować w układzie homologicznym, zakładającym wykorzystanie gamet pary (małżonków lub partnerów) albo heterologicznym, w którym w rachubę wchodzi użycie nasienia i komórek jajowych lub embrionów z donacji. Okoliczności (warunki) zastosowania danego rodzaju techniki pozwalają natomiast wyróżnić dwa zasadnicze sposoby MAP - zastępcze macierzyństwo (w przypadku którego o wyodrębnieniu decyduje element podmiotowy, tj. osoba matki) oraz prokreację *post mortem* (gdzie znaczenie decydujące ma aspekt temporalny).

Przedstawiony podział wyznacza strukturę monografii. Problematyka prokreacji wspomaganey medycznie została bowiem zaprezentowana w pracy w ujęciu przedmiotowym (instytucjonalnym), polegającym na rozważeniu poszczególnych technik (Rozdział I, Rozdział III) oraz sposobów wspomaganego poczęcia (Rozdział VIII, Rozdział IX). Przedmiotem odrębnej analizy uczyniono również, z uwagi na walor praktyczny, zagadnienia szczególne, immanentnie związane z problematyką wspomaganey prokreacji. Analiza ta obejmuje problem statusu materiału genetycznego i dysponowania gametami oraz embrionami (Rozdział V), zagadnienie diagnostyki

preimplantacyjnej (Rozdział VI) oraz kwestię prawa dziecka do poznania swojego pochodzenia genetycznego (Rozdział VII).

Każdy z rozdziałów skonstruowany został według określonego powtarzalnego schematu, na który składa się analiza istoty i postaci (odmian) danego rodzaju procedury lub metody (sposobu poczęcia), ocena jej prawnej i moralnej dopuszczalności, podmiotowych i przedmiotowych przesłanek zastosowania oraz instytucjonalnych ram (warunków) udzielania świadczeń. Tego rodzaju konstrukcja wydaje się w większym stopniu realizować zasadniczy cel opracowania - ukazanie istoty, charakteru i prawnych konsekwencji ingerencji prawa w ludzką prokreację w możliwych jej przejawach.

Ze względu na doniosłość jurydyczną, praktyczną i społeczną, skutki prawne zastosowania procedur MAP w sferze pochodzenia dziecka (filiacji) oraz rodzicielstwa osób poddawanych terapii niepłodności zaprezentowano w odrębnych rozdziałach (II i IV), dotyczących odpowiednio inseminacji i zapłodnienia pozaustrojowego. Wyodrębnienie to nie dotyczy natomiast sposobów wspomaganego poczęcia - prokreacji *post mortem* oraz zastępczego macierzyństwa, które poddano całościowej analizie ze względu na konieczność zachowania spójności konstrukcyjnej opracowania.

Układ pracy (i zastosowaną w niej metodę badawczą) przełamuje Rozdział X, dotyczący prawa polskiego. Nie zachowano w nim porządku przyjętego w pozostałych częściach opracowania przede wszystkim ze względów praktycznych. Uchwalenie ustawy o leczeniu niepłodności wymagało bowiem nie tylko ukazania aktualnego stanu prawnego, ukształtowanego na gruncie nowych przepisów, ale także zaprezentowania przemian, jakim podlegały poglądy judykatury i piśmiennictwa w okresie przedregulacyjnym i jakie miały znaczenie dla przyszłych rozwiązań normatywnych. Ujęcie całościowe (komplementarne), uwzględniające dawny i aktualny stan prawny pozwala ponadto ocenić, w jakim stopniu, zakresie i z jakim skutkiem polski ustawodawca skorzystał z rozwiązań wypracowanych za granicą, a na ile stworzył koncepcje stanowiące legislacyjne *novum* (w skali europejskiej, a nawet światowej). Gruntowna analiza systemu polskiego prawa pozwala również dostrzec i wskazać kierunki zmian, pożądaných z punktu widzenia interesów rodziców i dziecka, dawców materiału genetycznego oraz lekarzy i klinik MAP.

W opracowaniu nie uwzględniono natomiast spornych i kontrowersyjnych technik powołania do życia dziecka, zaliczanych do szerszej niż MAP sfery inżynierii genetycznej (klonowanie reprodukcyjne, partenogeneza, ektogeneza, itd.). Zasadniczym celem rozważań jest bowiem poddanie gruntownej analizie metod akceptowanych przez ustawodawcę (w węższym lub szerszym zakresie), z pominięciem tych, które powszechnie i w znakomitej większości systemów prawnych uznaje się za niedopuszczalne. Nadto, zawarte w pracy rozważania ograniczone są do

kwestii jurystycznych i co do zasady nie obejmują pogłębionej analizy etycznych i moralnych aspektów zastosowania procedur prokreacji wspomaganej medycznie. Ocena problematyki MAP na gruncie reguł aksjologicznych, której z istoty rzeczy nie da się uniknąć, dokonana została w zakresie niezbędnym dla kompletności tez i spójności wyводу.

W rozważaniach uwzględniono większość uchwalonych na świecie aktów prawnych (przede wszystkim ustaw) dotyczących wspomaganej prokreacji, zarówno systemu kontynentalnego, jak i *common law*, a także przyjętych w omawianej materii dokumentów międzynarodowych o najdonioślejszym znaczeniu (w tym rekomendacji Rady Europy i dyrektyw unijnych) oraz orzecznictwa sądów krajowych i trybunałów międzynarodowych (ETPCz, TSUE). Analiza nie ma jednak, na co wskazuje konstrukcja pracy, charakteru prawoporównawczego - nie ukazuje rozwiązań funkcjonujących w poszczególnych ustawodawstwach, lecz - jak już wspomniano - ujmuje problematykę wspomaganej prokreacji instytucjonalnie („problemowo”). Reguły dotyczące MAP wypracowane w poszczególnych systemach prawnych (w tym w Polsce) pozwoliły w kolejnych rozdziałach przedstawić, według jednolitego schematu, poszczególne techniki, metody oraz obszary MAP (np. zagadnienie diagnostyki preimplantacyjnej) i wyjaśnić ich istotę (charakter), swoiste cechy i prawidłowości oraz jurystyczne skutki zastosowania bez względu na związek z konkretnym systemem prawnym.

5.3. Charakterystyka poszczególnych rozdziałów

Monografia składa się z wprowadzenia, dziesięciu rozdziałów dotyczących poszczególnych technik i metod wspomaganej prokreacji (od najdawniejszych i najmniej skomplikowanych po bardziej zaawansowane), wniosków końcowych i uwag *de lege ferenda* dla polskiego ustawodawcy. Pracę zamyka wykaz dokumentów międzynarodowych i aktów prawnych, uwzględnionych w pracy oraz obszerna (obejmująca 516 pozycji) bibliografia polskich i zagranicznych monografii, rozpraw i artykułów naukowych, a także komentarzy dotyczących omawianej problematyki.

W Rozdziale I, dotyczącym sztucznej inseminacji (*artificial insemination* - AI), przedstawiono podmiotowe i przedmiotowe przesłanki zastosowania procedury unasiennienia, które - poddane odpowiednim modyfikacjom - znajdują zastosowanie także w przypadku pozostałych technik MAP (IVF i jego odmian). W rozważaniach uwzględniono w szczególności problem dostępu do AI (MAP) osób samotnych, w stosunku do których możliwość poddania się terapii niepłodności jest w wielu ustawodawstwach wyłączona. *Ratio legis* wyłączenia stanowi wzgląd na dobro dziecka, które w tego rodzaju sytuacjach jest w sposób zamierzony powoływane do życia w rodzinie *ab initio*

niepełnej i funkcjonuje jako tzw. *legally fatherless child (half-orphan)* ze wszystkimi wynikającymi stąd konsekwencjami w sferze alimentacji, praw stanu oraz prawa do dziedziczenia. Zasadność wyłączeń jest jednak kwestionowana przez licznych przedstawicieli doktryny, w ocenie których istotnym argumentem przemawiającym za dopuszczeniem samotnych kobiet (a także mężczyzn) do procedur MAP jest wolność prokreacyjna oraz reguła niedyskryminacji. Reguła ta, wyrażona m.in. w ustawodawstwie konstytucyjnym i art. 14 EKPCz, nakazuje bowiem w jednakowy sposób traktować niepełne kobiety samotne i pozostające w związkach. W pracy wykazano, że problem ten dotyczy także par jedнопłciowych, które - zalegalizowane w niektórych ustawodawstwach - nie zawsze (niekonsekwentnie) uzyskują uprawnienie do poddania się procedurom MAP na równi z parami heteroseksualnymi. Niemożność realizacji projektu rodzicielskiego w układzie jedнопłciowym prowadzi natomiast do rozwoju tzw. turystyki prokreacyjnej oraz do licznych procesów sądowych, w których powodowie (skarżący) powołują się na naruszenie zakazu dyskryminacji ze względu na orientację seksualną. Działania te, jak dowodzi praktyka, czynią koniecznym wypracowanie przez ustawodawcę odpowiednich rozwiązań, zgodnych z obowiązującym prawem, zmieniającymi się potrzebami społecznymi oraz systemem aksjologicznym leżącym u podstaw legislacji.

Przeprowadzona w Rozdziale I analiza przedmiotowych przesłanek dostępu do AI (procedur MAP) obejmuje natomiast m.in. uwarunkowania medyczne w postaci patologicznej niepłodności oraz konieczności eliminacji zagrożeń wynikających z istnienia, w obrębie pary, zakażenia bądź poważnej choroby genetycznej, przenoszonej na potomstwo. W rozważaniach wykazano, że aktualność pierwszej z przesłanek jest w literaturze poddawana w wątpliwość w sytuacji, gdy projekt rodzicielski realizuje para kobiet. Jeżeli bowiem każda z nich zachowuje zdolności prokreacyjne, a odwołanie się do procedur wspomaganey prokreacji jest spowodowane brakiem męża lub partnera (dawcy gamet), świadczenia MAP tracą charakter terapeutyczny i przyjmują niepożądaną jurydycznie i społecznie postać tzw. poczęcia zastępczego (*substitute conception*). Analizie, w ramach rozważań na temat przedmiotowych przesłanek dostępu do AI, poddano także istotną kwestię zgody na zabieg. Wskazano w szczególności, że zgoda ta w przypadku pary ma zawsze charakter dwupodmiotowy i dla swojej skuteczności wymaga m.in. udzielenia obu osobom nie tylko pełnej (ponadstandardowej) informacji o medycznych (zdrowotnych) aspektach zastosowania AI, ale także o jurydycznych konsekwencjach poddania się procedurom MAP. W rozważaniach zwrócono szczególną uwagę na spoczywający na lekarzu obowiązek udzielenia małżonkom (partnerom) informacji o tym, że zgoda nie tylko legalizuje zabieg, ale również - bez względu na pochodzenie materiału genetycznego wykorzystanego w procedurach -

wywołuje skutki w sferze filiacji, tj. kreuje stosunek ojcostwa (rodzicielstwa w przypadku par jedнопłciowych) ze wszystkimi wynikającymi stąd konsekwencjami dla stron tego stosunku. Należyte zabezpieczenie interesów dziecka (a także potencjalnych rodziców) jest bowiem - jak podkreślono - możliwe tylko wówczas, gdy para podejmuje decyzję o poddaniu się terapii z pełną świadomością nie tylko zdrowotnych, ale i prawnych skutków realizacji projektu rodzicielskiego. Należytemu wypełnieniu postulatów ochronnych służy także, omówiony szczegółowo w Rozdziale I, obowiązek zapewnienia parze przez klinikę MAP możliwości odbycia konsultacji prawnej oraz skorzystania z fachowej pomocy i wsparcia psychologicznego zarówno przed rozpoczęciem leczenia, jak i podczas udzielania świadczeń.

W Rozdziale I na uwagę zasługują również (aktualne także na pozostałych obszarach wspomaganej prokreacji) rozważania dotyczące dobra przyszłego dziecka jako negatywnej przesłanki poddania pary procedurom MAP. Na gruncie ustaw większości państw dobro dziecka stanowi, jak wykazano w pracy, swoisty i zarazem ostateczny „weryfikator” zasadności przeprowadzenia u kobiety zabiegu, którego uwzględnienie umożliwia odmowę rozpoczęcia (kontynuowania) terapii w razie, gdy w ocenie lekarza w rachubę wchodzi określone zagrożenia (np. wydanie dziecka po porodzie zamawiającym w wykonaniu umowy o zastępcze macierzyństwo). Weryfikator ten pozostaje jednak niezbędny ze względu na dokonujące się w ostatnich latach i coraz wyraźniej dostrzegalne przemiany w zakresie tradycyjnych reguł dostępu do procedur MAP, w tym zwłaszcza tendencje do łagodzenia warunku wykazania patologicznej niepłodności.

W Rozdziale II pt. *Status rodzinno-prawny dziecka i rodzicielstwo w przypadku sztucznej inseminacji* omówione zostały skutki zastosowania techniki unasiennienia w sferze pochodzenia dziecka. Wykazano w szczególności, że realizacja projektu rodzicielskiego w układzie homologicznym, zakładającym użycie gamet małżonków lub partnerów, z jurydycznego punktu widzenia nie wywołuje wątpliwości i nie wymaga nawet odrębnej regulacji w postaci *lex specialis*. Dla ustalenia prawnej relacji ojciec-dziecko w przeważającej większości przypadków wystarczające pozostają bowiem ogólne reguły prawa rodzinnego, w tym m.in. domniemanie pochodzenia dziecka z małżeństwa. Interwencja legislacyjna jest natomiast niezbędna w układzie heterologicznym, w przypadku którego fakt wykorzystania nasienia *ab alieno* powoduje, że ojcostwo biologiczne nie odpowiada prawnemu (socjalnemu). Konsekwentnie, na gruncie regulacji przyjętych w większości państw, o nabyciu statusu prawnego rodzica (ojca) przez męża lub partnera matki (nie będącego dawcą nasienia) decydują nowe, odmienne od tradycyjnych kryteria wolicjonalne, tzn. intencja bycia prawnym ojcem (rodzicem) dziecka, manifestowana co do zasady wyrażeniem przez mężczyznę (męża lub/i partnera) pisemnej zgody na zastosowanie u przyszłej matki procedury AI (IVF).

Wzrastające znaczenie kryteriów wolicjonalnych w sferze filiacji wymagało także odniesienia się w rozważaniach do aktualizującego się w tego rodzaju przypadkach problemu dopuszczalności odwołania zgody, powołania się na jej wadliwość, ewentualnie możliwość zaprzeczenia ojcostwa po urodzeniu się dziecka. W pracy podkreślono, że przyjęta w większości systemów prawnych zasada wyłączająca dopuszczalność tego rodzaju działań z jednej strony może zostać uznana za rozwiązanie trafne, ponieważ zabezpiecza dziecko w sferze materialnej (z uwagi na spoczywający na ojcu obowiązek alimentacyjny). Z drugiej strony jednak, utrzymywanie „za wszelką cenę” więzi prawnej między ojcem a dzieckiem nie daje perspektyw na nawiązanie między tymi podmiotami trwałej i pozytywnej relacji rodzinnej i z założenia wyłącza osobisty wkład mężczyzny w rozwój i wychowanie dziecka.

W Rozdziale III, dotyczącym zapłodnienia pozaustrojowego, wnikliwej analizie poddano rozwiązania legislacyjne, które z uwagi na istotę procedury i ich skomplikowany charakter musiał uwzględnić ustawodawca, kształtując przesłanki dopuszczalności IVF. Ze względu na okoliczność, iż procedura *in vitro* wiąże się z tworzeniem zarodków w warunkach pozaustrojowych (które, niewykorzystane w danym cyklu mogą, jako nadliczbowe, podlegać mrożeniu), a także umożliwia ich transfer do macicy innej kobiety niż genetyczna matka (dawczyni komórki jajowej), konieczne stało się wprowadzenie swoistych ograniczeń, podyktowanych względami ochronnymi. Należą do nich, poddane w rozważaniach wnikliwej analizie, limity dopuszczalnej liczby tworzonych w cyklu zarodków, nakazy natychmiastowej ich implantacji, zakazy donacji embrionów lub/i komórek jajowych. Przesłanki poddania kobiety (pary) procedurze zapłodnienia pozaustrojowego pozostają natomiast, jak wykazano, zbliżone. W fazie poprzedzającej wyrażenie zgody istotnego znaczenia nabiera jednak wymóg wskazania parze na wszelkie (i zazwyczaj stosunkowo wysokie) koszty podejmowanej terapii (w razie gdy nie podlegają one refundacji), przedstawienie danych dotyczących skuteczności procedur (*de facto* relatywnie niewysokiej w porównaniu ze świadczeniami innego rodzaju niż MAP), a także poinformowanie o innych możliwościach realizacji ról rodzicielskich (np. adopcji). Ustawodawca - jak podkreślono w rozważaniach - powinien również położyć szczególny nacisk na należytą realizację przez lekarza lub klinikę MAP obowiązku informacyjnego w sferze dotyczącej jurydycznych (a zwłaszcza filiacyjnych) skutków poddania się zabiegowi. W razie wykorzystania obu gamet bądź embrionu z donacji, dziecko nie jest bowiem spokrewnione z żadnym z rodziców.

Z uwagi na skomplikowany charakter procedury IVF, przeprowadzanej w warunkach szpitalnych i przez zespoły specjalistów, w Rozdziale III omówiono instytucjonalne wymogi udzielenia świadczeń, wynikające z przepisów o MAP oraz ustaw implementujących tzw. dyrektywy

tkankowe. Uwagę zwrócono m.in. na obowiązującą powszechnie zasadę licencjonowania świadczeń, umożliwiającą kontrolę i stały nadzór Państwa nad przebiegiem terapii niepłodności i przeciwdziałanie ewentualnym nadużyciom. Przyjęcie zaś reguł bezpiecznego przechowywania, przetwarzania i dystrybucji materiału genetycznego zapewnia - jak wykazano - pożądane dla należytej realizacji projektu rodzicielskiego warunki sanitarne i przyczyniać się może do eliminacji znanych praktyce przypadków omyłkowego wykorzystania, w celu MAP, materiału genetycznego innej osoby czy uszkodzenia bądź zniszczenia gamet lub zarodków.

W Rozdziale IV pt. *Status rodzinno-prawny dziecka i rodzicielstwo w przypadku sztucznej inseminacji* uwagę skupiono przede wszystkim na kwestii ustalenia macierzyństwa, aktualnej w związku z wspomnianą już możliwością transferu zarodka (utworzonego *in vitro*) do macicy innej kobiety niż genetyczna matka. Analiza ustaw poszczególnych państw prowadzi bowiem do wniosku, że reguły filiacji ojcowskiej, ustalonej pochodnie po wyznaczeniu osoby matki, w dużej mierze pokrywają się z przyjętymi w odniesieniu do inseminacji. W rozważaniach wykazano także, że w większości ustawodawstw na świecie (w tym m.in. Polsce), w obliczu konkurujących kryteriów wyznaczania macierzyństwa (tj. związku genetycznego kobiety z dzieckiem, intencji pełnienia roli matki, donoszenia ciąży i odbycia porodu), priorytet nadano więzi biologicznej, wynikającej z faktu urodzenia dziecka. Realizacja zasady prymatu macierzyństwa biologicznego może natomiast - jak wykazano - nastąpić albo poprzez wprowadzenie do przepisów wyraźnego stwierdzenia, że macierzyństwo jest ustalane na podstawie urodzenia, albo przyjęcie przez ustawodawcę niewzruszalnego domniemania prawnego, iż matką dziecka nie jest dawczyni komórki jajowej, lecz kobieta, do której macicy przeniesiono zarodek. Aktualny w ostatnich latach problem donacji mitochondriów (ooplazmy) uczynił również koniecznym wskazanie w opracowaniu na przesłanki dopuszczalności tego rodzaju praktyk (zalegalizowanych m.in. w Wielkiej Brytanii), ich kwalifikację normatywną (zaliczenie do technik heterologicznych) oraz rozważenie - w oparciu o dokonaną kwalifikację - skutków poczęcia dziecka (tzw. *three-parent child*) z materiału genetycznego trzech osób: dawczyni mitochondriów, matki oraz jej męża lub partnera bądź anonimowego dawcy gamet.

Obszerny Rozdział V dotyczy doniosłego i nie wolnego od kontrowersji zagadnienia statusu jurendycznego materiału genetycznego (gamet i embrionów) oraz prawa do decydowania o jego przeznaczeniu. W rozważaniach analizie poddano wypracowane w literaturze i orzecznictwie koncepcje dotyczące statusu jurendycznego embrionu w fazie preimplantacyjnej, tj. koncepcję osoby (*juridical person*), rzeczy *sui generis* oraz dominującą koncepcję „godnościową”. Koncepcja ta trafnie zakłada, że zarodek *in vitro* stanowi kategorię pośrednią (*interim category, tertium genus*) między osobą a rzeczą i wymaga respektu prawa ze względu na fakt wyposażenia w niepowtarzalny ludzki kod

genetyczny i związaną z tym godność przynależną istocie ludzkiej (*human being*). Przedmiotem ochrony jest zatem godność tej formy bytu, co - jak wykazano w rozważaniach - pociąga za sobą swoiste konsekwencje legislacyjne, np. przesądza o dopuszczalności określonego rodzaju działań (kriokonserwacji embrionów nadliczbowych, przeprowadzania czynności diagnostyki preimplantacyjnej).

W Rozdziale VI, dotyczącym instytucji diagnostyki preimplantacyjnej (*preimplantation genetic diagnosis* - PGD) zaprezentowano, z powołaniem się na konkretne rozwiązania normatywne i dokumenty międzynarodowe, ogólne założenia, istotę i cel tego rodzaju działań. Wskazano, że PGD, dopuszczona w ostatnich latach w większości systemów prawnych w Europie i na świecie, stanowi pożądane narzędzie diagnostyczne, umożliwiające wykrycie u embrionów *in vitro* poważnych wad i obciążeń genetycznych, mogących prowadzić do powstania u przyszłego dziecka ciężkiego uszczerbku lub innej dysfunkcji zdrowotnej. Dokonana w następstwie PGD eliminacja zarodków wadliwych pozwala zatem zrealizować zasadniczy cel stosowania procedur MAP w postaci wspomnianej już eliminacji ryzyka transmisji na dziecko poważnej choroby dziedzicznej. Nadto, na co wskazano w rozważaniach, dzięki zastosowaniu PGD rodzice mogą doprowadzić do poczęcia dziecka w pożądanym układzie homologicznym, bez konieczności wykorzystywania gamet lub embrionów z donacji. Z dopuszczeniem PGD wiąże się jednak - na co zwrócono w rozważaniach szczególną uwagę - ryzyko rozwoju praktyk eugeniki pozytywnej i powoływania do życia dziecka nie tylko zdrowego (wolnego od obciążeń, jakimi dotknięci są rodzice), ale o określonej płci czy fenotypie (*designer baby*). Za aktualny uznano zatem zgłaszany w literaturze i orzecznictwie postulat, by ustawodawcy regulujący problematykę PGD przyjmowali w przepisach wąskie, restrykcyjne reguły stosowania procedur diagnostyki preimplantacyjnej, mogące przeciwdziałać nadużyciom.

W rozważaniach zawartych w Rozdziale VI uwzględniono także wywołującą daleko idące kontrowersje, lecz dopuszczoną w niektórych systemach prawnych (m.in. Wielkiej Brytanii), praktykę stosowania PGD w celu wyboru embrionu o pożądanej strukturze genetycznej (w zakresie tzw. antygeny *HLA*). Embrion ten, po udanym transferze i pomyślnej inicjacji ciąży, może prowadzić do powołania do życia dziecka, które po urodzeniu stanie się dawcą komórek macierzystych krwi pępowinowej lub szpiku kostnego, niezbędnych dla ratowania zdrowia lub życia starszego brata lub siostry (*saviour embryo, saviour sibling*). Udzielenie odpowiedzi na pytanie, które z dóbr w tego rodzaju wyjątkowych przypadkach wymaga większej ochrony - życie „biorcy” czy zdrowie (w tym psychiczne) i integralność cielesna „dawcy” nie jest - jak wykazano w pracy - zadaniem łatwym. Z jednej strony bowiem stosowaniu PDG w celu typowania *HLA* sprzeciwiają się reguły moralne (imperatyw Kantowski) i zakaz traktowania człowieka instrumentalnie, jako środka

do osiągnięcia celu. Z drugiej strony, udzielenie pomocy starszemu bratu lub siostrze w sytuacji, gdy inne metody terapii wyczerpały się lub okazały nieskuteczne (zawodne), niekoniecznie musi wiązać się z negatywnymi następstwami w sferze psychicznej. Przeciwnie, świadomość bycia powołanym do życia w celu „ratunkowym” może wywoływać następstwa pozytywne. Zasadny jest zatem zgłoszony w pracy postulat, by ocena zasadności zastosowania PGD dokonywana była szczególnie wnikliwie i uwzględniała wszelkie okoliczności konkretnego przypadku.

W Rozdziale VII pt. *Zasada anonimowości dawstwa gamet i embrionów a prawo dziecka do poznania tożsamości genetycznej* ukazane zostały funkcjonujące na świecie modele dawstwa materiału genetycznego na cele wspomaganej prokreacji - tradycyjny, zakładający anonimowość donacji, liberalny (dopuszczający ujawnienie tożsamości dawców) oraz mieszany, tzw. hybrydowy (*double track system*), w którym możliwe jest dokonanie przez rodziców (decydujących niejako „za dziecko”) wyboru między dawcą jawnym a anonimowym. Analiza rozwiązań przyjętych w poszczególnych krajach doprowadziła do wniosku, że ustawodawcy coraz częściej odchodzą od modelu tradycyjnego i decydują się uchylić anonimowość donacji po to, by umożliwić dziecku, poczętemu w drodze heterologicznych procedur MAP, realizację wysoko cenionego w judykaturze i piśmiennictwie prawa do poznania pochodzenia genetycznego (*right to personal identity, one's personal history and genetic origin*). Model hybrydowy stanowi natomiast rozwiązanie przejściowe. Problemem, poddanym w rozważaniach analizie, jest jednak dostęp dziecka do wiedzy o okolicznościach swojego poczęcia (poddaniu matki terapii z użyciem gamet *ab alieno*); jej brak czyni bowiem uprawnienie do poznania swoich korzeni iluzorycznym. W tej sytuacji trafnym (i omówionym szczegółowo w rozważaniach) rozwiązaniem jest praktyka tworzenia obligatoryjnych i dobrowolnych rejestrów dawców i urodzonych z ich gamet dzieci (*donor registers*), dostępnych po ukończeniu odpowiedniego wieku (np. 16 bądź 18 lat) dla wszystkich osób, które mają podstawy przypuszczać, że zostały poczęte w sposób medycznie wspomagany.

Rozdział VIII i IX dotyczą sposobów powołania do życia dziecka, wyodrębnionych w oparciu o kryterium czasu (wspomagana prokreacja *post mortem*) oraz podmiotowe (zastępcze macierzyństwo).

Omówiona w Rozdziale VIII, w sposób kompleksowy, problematyka wspomaganej prokreacji *post mortem* dotyczy - jak wyjaśniono w rozważaniach - przypadków poczęcia dziecka po śmierci dawcy gamet (najczęściej ojca), który za życia wspólnie z matką zamierzał bądź rozpoczął już realizację projektu rodzicielskiego. Przeprowadzanie procedur MAP *post mortem* wywołuje najwięcej zastrzeżeń natury etycznej i prawnej w sferze wspomaganej prokreacji i z tej przyczyny jest poddawane krytyce przez większość doktryny prawa oraz przedstawicieli środowisk medycznych.

Pomimo legalizacji tego rodzaju praktyk w niektórych systemach prawnych (w tym Polsce), aktualne pozostają przekonujące i niewątpliwie trafne argumenty przeciwko dopuszczeniu postmortalnego wykorzystania gamet i embrionów. Dobru dziecka sprzeciwia się bowiem powołanie do życia w rodzinie niepełnej, złożonej wyłącznie z matki, w której brak będzie zarówno zabezpieczenia finansowego, jaki i psychicznego wsparcia i opieki ze strony biologicznego ojca. Poza tym, jak podniesiono w rozważaniach, kontynuowanie przez wdowę (partnerkę zmarłego) projektu rodzicielskiego, uzasadniane najczęściej autonomią prokreacyjną, wydaje się stanowić wyraz dążenia do zaspokojenia własnej (niekiedy egoistycznej) potrzeby powołania do życia dziecka (*souvenir baby, le bébé prohibé*) spokrewnionego ze zmarłym, z którym matkę łączyła silna więź uczuciowa.

Analiza dokonana w oparciu o rozwiązania funkcjonujące w państwach, które zalegalizowały prokreację *post mortem* prowadzi do wniosku, że ustawodawcy traktują tego rodzaju przypadki wyjątkowo i ograniczają ich zastosowanie do sytuacji, gdy embrion został utworzony z inicjatywy małżonków (partnerów) w układzie homologicznym zanim doszło do śmierci dawcy nasienia. Wdowa (partnerka zmarłego) ma wówczas prawo zadecydować o transferze zarodka, jeżeli mężczyzna (dawca) wyraził za życia wolę postmortalnego wykorzystania gamet w celu prokreacyjnym. W niektórych systemach prawnych trafnie wprowadza się dodatkowy, omówiony w rozważaniach wymóg autoryzacji zabiegu transferu przez sąd lub komisję bioetyczną oraz zachowania - w celach ochronnych - czasowych ram prokreacji *post mortem*.

Dopuszczenie poczęcia (inicjacji ciąży) po śmierci genetycznego ojca i z wykorzystaniem jego gamet wymagało uwzględnienia w wywodach sytuacji prawnej urodzonego w ten sposób dziecka w sferze filiacji oraz spadkobrania. Konsekwentnie, w Rozdziale VIII poddano analizie przyjęte na świecie rozwiązania w tym względzie, określone jako model ojcostwa „formalnego”, ograniczonego do wpisu danych zmarłego - biologicznego ojca do aktu urodzenia dziecka, wyłącznie z przyczyn psychologicznych i na potrzeby realizacji prawa do poznania pochodzenia genetycznego. Drugi z modeli, nazwany w rozważaniach ojcostwem „pełnym”, zakłada nawiązanie, z uwagi na więź genetyczną zmarłego dawcy z dzieckiem, prawno-rodzinnego stosunku ojcostwa ze wszystkimi wynikającymi stąd konsekwencjami w sferze materialno-prawnej. Nie jest to jednak, jak podkreślono w wywodach, stosunek „typowy” przede wszystkim z uwagi na brak jego podmiotu po stronie ojcowskiej. Analiza prawa dziecka poczętego *post mortem* do spadku objęła natomiast przypadki dziedziczenia ustawowego oraz nabycia spadku na mocy testamentu, z wykorzystaniem tradycyjnej instytucji podstawienia powierniczego (fideikomisu), a także zagadnienie sporne w judykaturze prawa embrionu *in vitro* (przed implantacją) do dziedziczenia po zmarłym rodzicu bądź rodzicach genetycznych.

W Rozdziale IX, dotyczącym zastępczego macierzyństwa (*surrogacy, surrogate motherhood, womb leasing*) dokonano, w oparciu o rozwiązania funkcjonujące w poszczególnych państwach, klasyfikacji tej instytucji według kryterium dopuszczalności praktyk surogacyjnych. Podział ten obejmuje model zakazujący zastępczego macierzyństwa, model dopuszczający je w stosunkowo szerokim zakresie i na zasadach komercyjnych oraz model pośredni (umiarkowany), w którym praktyki surogacyjne uznano za legalne w sytuacjach wyjątkowych, uzasadnionych medycznie, jako tzw. metodę ostatniej szansy (*option of last resort*). Każdy ze wskazanych modeli został poddany analizie z punktu widzenia przesłanek dopuszczalności zawarcia umowy surogacyjnej, jej treści (w tym *essentialia negotii* i pozostałych praw i obowiązków kontrahentów) oraz skutków jurydycznych (w tym niewykonalności umowy). Szczególną uwagę poświęcono klauzulom umownym uznanym w piśmiennictwie za sporne i tym samym budzące wątpliwości odnośnie do ich mocy wiążącej (w tym zwłaszcza postanowień nakładających na zastępczą matkę obowiązki ingerujące w sferę prywatności - prowadzenia oszczędnego trybu życia, unikania używek, itp.). Odrębne rozważania dotyczą niewątpliwie istotnej (zwłaszcza z punktu widzenia zastępczej matki) kwestii dopuszczalności wprowadzania do umów (i ewentualnie wiążącego charakteru) zakazów bądź nakazów terminacji ciąży z przyczyn eugenicznych lub społecznych oraz poddania się badaniom prenatalnym.

W zawartych w Rozdziale IX rozważaniach na temat filiacji zaprezentowano wyodrębnione, na podstawie analizy przepisów poszczególnych państw, trzy modele (sposoby) nabycia przez zamawiających (rodziców socjalnych) statusu rodziców prawnych. Model, w którym nabycie to następuje *ex lege* bądź *ex contractu*, z mocy ważnie zawartej umowy o zastępcze macierzyństwo, wydaje się rozwiązaniem najdogodniejszym dla zamawiających, ponieważ status rodziców uzyskują oni „automatycznie”, co do zasady z chwilą zawarcia umowy lub urodzenia się dziecka. Dla zastępczej matki optymalnym rozwiązaniem jest natomiast system, w którym przejście uprawnień rodzicielskich na zamawiających wymaga przeprowadzenia szczególnego (odrębnego od adopcji) rodzaju postępowania przed sądem rodzinnym, zakończonego wydaniem postanowienia (tzw. *parental order*). Spełnienie ustawowych przesłanek nie gwarantuje jednak - jak wskazano w rozważaniach - uzyskania prawomocnego *parental order*, ponieważ matka zastępcza, jako matka prawna (biologiczna), może zadecydować o zatrzymaniu dziecka bez względu na to, czy łączy je z nim więź genetyczna.

Rozważania zawarte w Rozdziale IX zakończone zostały analizą doniosłego praktycznie i niepożądanego w sferze MAP zjawiska (problemu) turystyki prokreacyjnej, wiążącej się - jak wykazano - z poważnymi negatywnymi konsekwencjami przede wszystkim dla dziecka. Zawarcie i wykonanie umowy surogacyjnej w innym państwie rodzi poważnie problemy w związku z częstą

w praktyce odmową transkrypcji, przez organy administracyjne, zagranicznego aktu urodzenia z powodu sprzeczności jego treści z przepisami zakazującymi surogacji lub nakazującymi ustalać macierzyństwo na podstawie faktu urodzenia.

W Rozdziale X, zamykającym opracowanie, dokonano gruntownej analizy prawa polskiego i rozwiązań wypracowanych w sferze prokreacji medycznie wspomaganey zarówno w okresie przedregulacyjnym, jak i na gruncie ustawy z dnia 25 VI 2015 r. o leczeniu niepłodności (dalej - u.l.n.).

W rozważaniach dotyczących okresu sprzed uchwalenia ustawy zaprezentowano w szczególności formułowane w polskiej literaturze, począwszy od lat 60. XX w., postulaty i wnioski na temat przesłanek i jurydycznych skutków zastosowania procedur MAP (AI, a z czasem także IVF) w obu dopuszczalnych konfiguracjach: homologicznej oraz heterologicznej. Doktryna - jak wykazano - zajmowała się przede wszystkim określeniem statusu rodzinno-prawnego dziecka oraz, za wzorami niemieckimi i austriackimi, rolą w tym względzie kryteriów wolicjonalnych. Zgodę męża na poddanie żony inseminacji heterologicznej proponowano ujmować m.in. w kategoriach szczególnej postaci uznania dziecka, wyrazu woli przyjęcia na siebie przez mężczyznę obowiązków ojcowskich, a także elementu konstrukcyjnego zawartej przez małżonków warunkowej umowy o świadczenie na rzecz osoby trzeciej (*pactum in favorem tertii*).

Rozważania na temat stanu prawnego, ukształtowanego na gruncie ustawy z dnia 25 VI 2015 r., obejmują omówienie przyjętych przez ustawodawcę reguł udzielania świadczeń z zakresu wspomaganey prokreacji, w tym zwłaszcza fundamentalnej zasady ochrony embrionów, zdrowia, życia oraz dobra przyszłego dziecka, a także reguły dopuszczającej udzielanie świadczeń wyłącznie w przypadkach uzasadnionych na gruncie wiedzy medycznej. Analiza wskazanych zasad, a także całokształtu przepisów ustawy i brzmienia uzasadnienia jej projektu pozwoliły przyjąć, że polskie prawo w sferze MAP wpisuje się w nurt umiarkowany, w którym dąży się do wyważenia wartościom, jak dobro dziecka, interes przyszłych rodziców, zdrowie oraz życie ludzkie w każdej z form jego istnienia. W określonym zakresie, wynikającym z przyjętych w przepisach zakazów i ograniczeń, ustawodawca dał wyraz wolności prokreacyjnej, a techniki MAP (AI, IVF) uznał za istotny jej przejaw. W ustawie priorytetowo potraktowano zarówno efektywność technik wspomaganey prokreacji, jak i konieczność zapewnienia embrionom *in vitro* wysokiego standardu ochrony, wymaganego na gruncie prawa międzynarodowego i przepisów Konstytucji RP.

Przyjęte w przepisach reguły dotyczące podmiotowych uwarunkowań dostępu do MAP, przesłanek stosowania procedur, przebiegu terapii (w tym zakresu przysługującej małżonkom lub

partnerom autonomii prokreacyjnej) zostały zaprezentowane odrębnie, według kryterium pochodzenia gamet wykorzystanych do zabiegu. Podział ten pozostaje zgodny z dokonaniem przez ustawodawcę na gruncie przepisów rozróżnieniem na układ partnerski (*verba legis* - homologiczny) oraz inny niż partnerski (niepartnerski, tj. heterologiczny).

W układzie homologicznym szczególną uwagę poświęcono spornej, niejednolicie ocenianej w piśmiennictwie i nieznannej innym ustawodawstwom, instytucji sądowej autoryzacji transferu zarodka w sytuacji braku lub odmowy wyrażenia przez męża zgody (art. 21 ust. 2 u.l.n.). Konieczne stało się bowiem - jak podkreślono w wywodach - udzielenie odpowiedzi na pytanie, czy zgoda sądu - jak trafnie przyjmuje większość doktryny - jedynie legalizuje poddanie kobiety zabiegowi, czy może być również traktowana jako substytut zgody męża (jej surogat, zgoda zastępcza) na zastosowanie procedur MAP ze wszelkimi materialno-prawnymi konsekwencjami wynikającymi z jej wyrażenia (w tym wskazanymi w art. 68 k.r.o.). Rozważenia wymagała także kwestia zasadności ograniczenia do sześciu, w sytuacjach typowych, liczby embrionów tworzonych w jednym cyklu IVF. Jak wykazano w opracowaniu, rozwiązaniem czyniącym w większym stopniu zadość interesom i potrzebom prokreacyjnym pary byłoby kreowanie takiej liczby zarodków, jaka *in casu* pozostaje niezbędna z punktu widzenia skuteczności procedur i przy uwzględnieniu przyjętej w ustawie zasady pierwszeństwa implantacji przed kriokonserwacją zarodków.

W ramach analizy dawstwa niepartnerskiego, w Rozdziale X wskazano przede wszystkim na szczególne znaczenie obowiązku informacyjnego, spoczywającego na lekarzu i klinice MAP. Należyta jego realizacja, w tym wymóg przekazania na piśmie informacji o jurydycznych konsekwencjach poddania się terapii, sprzyjać ma podjęciu przez parę rozsądnej i świadomej decyzji o powołaniu do życia dziecka, a w dalszej perspektywie - zabezpieczać interesy przyszłego potomstwa.

Pogłębionej analizy wymagała także instytucja prokreacji *post mortem*, dopuszczona przez ustawodawcę pomimo zdecydowanego i w zasadzie jednomyślnego sprzeciwu doktryny w tym względzie. Za legalizacją, w zakresie ograniczonym do postmortalnego transferu embrionów utworzonych przez parę z własnych gamet, przemawiała - jak wykazano w pracy - leżąca u podstaw regulacji zasada, iż implantacja, nawet dokonana *post mortem*, w większym stopniu chroni embriony, dając im szansę na dalszy rozwój i wyłączając konieczność przechowywania w stanie kriokonserwacji. W rozważaniach podkreślono jednak, że interesy pary, a także przyszłego dziecka byłyby zabezpieczone w znacznie większym stopniu, gdyby ustawodawca, wzorem innych państw, wprowadził wymóg autoryzacji zabiegów postmortalnego transferu zarodków przez sąd lub komisję bioetyczną. Z tych samych względów pożądane jest, jak wskazano w pracy, zakreślenie w ustawie

czasowych ram prokreacji *post mortem*, zwłaszcza zaś ustalenie terminu *ad quem*, w jakim transfer mógłby ostatecznie nastąpić.

W Rozdziale X omówienia wymagała także problematyka ustalenia pochodzenia dziecka poczętego w następstwie poddania matki procedurom MAP. Wnikliwej analizie poddano w szczególności nową, wprowadzoną ustawą z dnia 25 VI 2015 r. konstrukcję swoistej postaci uznania ojcostwa (*quasi*-uznania, uznania *pro futuro*, prenatalnego, art. 75¹ k.r.o.), którego dokonać może, w celu legalizacji procedur i nabycia statusu ojca, partner matki nie będący dawcą nasienia. Uznanie *pro-futuro* jest niejednolicie oceniane w doktrynie i budzi zastrzeżenia niektórych autorów. Złożenie oświadczenia o uznaniu z jednej strony bowiem zabezpiecza interes dziecka (które zyskuje w ten sposób ojca zobowiązanego do alimentacji), a zarazem przeciwdziała próbom podejmowania przez kobietę (*de facto* samotną) terapii z przypadkowym mężczyzną wyłącznie w celu pozyskania świadczeń. Z drugiej strony, konstrukcja *quasi*-uznania w sposób nieuzasadniony różnicuje pozycję prawną dzieci poczętych w związku nieformalnym z użyciem gamet *ab alieno* w stosunku do potomstwa powołanego do życia przez parę nieformalną w ramach dawstwa partnerskiego. Do czasu złożenia tradycyjnego oświadczenia o uznaniu (art. 73 k.r.o.) przez partnera matki lub sądowego ustalenia ojcostwa na podstawie domniemania z art. 85 k.r.o. (w nowym brzmieniu, nadanym u.l.n.), brak jest pewności w kwestii nawiązania stosunku ojcostwa. Decydujące w tym względzie znaczenie ma bowiem wola partnera matki nie będącego biologicznym ojcem.

5.4. Wnioski badawcze. Wykorzystanie pracy.

Przeprowadzona w pracy analiza instytucji prokreacji wspomaganiej medycznie pozwoliła na sformułowanie następujących wniosków.

Po pierwsze, pomimo „delikatności” płaszczyzny MAP, angażującej w znacznym stopniu sferę intymnego życia jednostki, a także szczególnych, daleko idących skutków zastosowania poszczególnych technik (prowadzących do urodzenia dziecka), interwencja ustawodawcy jest nie tylko niezbędna, ale ze wszech miar pożądana. Zgłaszane w dawniejszej literaturze zastrzeżenia w tym względzie, a zwłaszcza obawy o nadmierne upaństwowienie („etatyzację”) prokreacji tracą znaczenie w sytuacji, gdy zachodzi konieczność nadania terapii niepłodności odpowiednich ram organizacyjnych. Regulacja, która wprowadza podmiotowe i przedmiotowe przesłanki korzystania ze świadczeń, kształtuje warunki przeprowadzania zabiegów i jednocześnie określa jurydyczne skutki poddania się terapii niepłodności, chroni wszystkie podmioty zaangażowane w leczenie, tj. dziecko, jego rodziców (biologicznych lub/i socjalnych), dawców materiału genetycznego oraz lekarza i klinik

MAP. Ochrony tej natomiast brak w razie, gdy dopuszczalność stosowania procedur wspomaganej prokreacji wynika z dozwoleń słabego, tzn. braku ustawowego zakazu (charakterystycznego dla Polski do 2015 r.). Poza tym istnienie stosownej regulacji pozwala uprawnionym domagać się, w razie spełnienia niezbędnych przesłanek, dostępu do świadczeń refundowanych w sytuacji, gdy prawo danego państwa możliwość taką przewiduje.

Po drugie, nadanie ram normatywnych instytucji wspomaganej prokreacji, będące wynikiem wypowiedzenia się przez ustawodawcę za prymatem określonych wartości, doprowadziło - z chwilą uchwalenia ustaw - do wykształcenia, w skali światowej, dwóch przeciwstawnych modeli (nurtów) regulacji w sferze MAP. Model prymatu osoby (nazywany w literaturze konserwatywnym lub restrykcyjnym), stawiający na pierwszym planie ochronę życia i godności nad wolnością prokreacyjną i skutecznością terapii, przewiduje liczne ograniczenia podmiotowe w dostępie do procedur wspomaganej prokreacji, zakazuje bądź limituje tworzenie embrionów nadliczbowych i poddawanie ich krioprezewacji, ogranicza dawstwo zarodków lub/i komórek jajowych. W modelu opartym na prymacie techniki (tzw. liberalnym), przesłanki podmiotowe i zakres dostępnych dla uprawnionych działań jest natomiast determinowany potrzebą urzeczywistnienia, w możliwie szerokim stopniu, wolności prokreacyjnej i dążenia kobiety lub pary do poczęcia dziecka. Liczne są także, z istoty rzeczy, modele pośrednie (umiarkowane), w których ochrona nadana poszczególnym wartościom oraz prymat jednych nad innymi ma zróżnicowane natężenie.

Postęp medycyny i biotechnologii, pociągający za sobą coraz dalej idące możliwości w sferze powołania do życia dziecka w obrębie niepłodnej pary, wzrastające w tym względzie potrzeby społeczne oraz przemiany światopoglądowe spowodowały jednak, że pierwotnie wyraźne podziały między poszczególnymi modelami zaczęły się na określonych płaszczyznach zacierać. Tendencja ta dotyczy w szczególności modelu konserwatywnego, którego restrykcyjne rozwiązania w postaci zakazu stosowania technik heterologicznych, nakazu tworzenia w drodze IVF ograniczonej (np. do 1 lub 3) liczby embrionów lub/i ich natychmiastowego transferu do macicy genetycznej matki nie utrzymują się i są znoszone przez ustawodawców na mocy wyroków sądów konstytucyjnych i trybunałów międzynarodowych (zwłaszcza ETPCz).

Po trzecie ustawodawca, legalizujący związki jedнопłciowe, powinien rozważyć konieczność uwzględnienia praw reprodukcyjnych przysługujących osobom funkcjonującym w tego rodzaju układach rodzinnych i rozwiązać kwestię ich dostępu do świadczeń wspomaganej prokreacji, a w razie włączenia w krąg uprawnionych, ustalić także wiążące reguły filiacji. W braku konsekwencji legislatora, zasadny staje się bowiem zarzut niekonstytucyjności przepisów dotyczących wspomaganej prokreacji oraz dyskryminacji w tej sferze ze względu na płeć i orientację seksualną.

Po czwarte, w sytuacji daleko idących zmian podmiotowych w sferze dostępu do MAP, konieczne okazać się może nadanie nowej treści bądź zmodyfikowanie wykładni tradycyjnych, utrwalonych na przestrzeni lat przesłanek uzyskania świadczeń. Wymóg ten dotyczy przede wszystkim warunku patologicznej niepłodności (ujmowanej w kategoriach *stricte* medycznych), której para osób tej samej płci nie jest w stanie wypełnić. Możliwości, jakie aktualnie przewiduje biotechnologia w zakresie „kreowania” człowieka nie mogą jednak prowadzić do tego, by procedury wspomaganey prokreacji stały się powszechnie dostępną formą poczęcia zastępczego (*substitute conception*) i odpowiedzią na każdą potrzebę realizacji roli rodzicielskiej, a tradycyjna (i pierwotnie najdonioślejsza) przesłanka patologicznej niepłodności całkowicie straciła na znaczeniu.

Monografia, jak już wspomniano, ze względu na kompleksowe ujęcie i szeroki zakres zaprezentowanej materii, uwzględniającej - w najobszerniejszym z rozdziałów - rozwiązania przyjęte w systemie polskiego prawa, może stanowić bogate źródło wiedzy na temat prokreacji medycznie wspomaganey w ogólności oraz poszczególnych procedur i sposobów MAP, jak i działań im towarzyszących (np. PGD, kriokonserwacji materiału genetycznego). Praca, jak już wspomniano, może okazać się przydatna nie tylko dla prawników zajmujących się w szczególności prawem medycznym, ale także sądów. Z opracowania skorzystać mogą również podmioty stosujące ustawę, w tym zwłaszcza lekarze i inne osoby zatrudnione w klinikach MAP. Ustawodawca, na którym spoczywa obowiązek stałego monitorowania przyjętych rozwiązań może natomiast czerpać z opracowania inspiracje i wzory w razie, gdy z uwagi na ochronę określonych dóbr czy wartości, pojawi się konieczność podjęcia interwencji legislacyjnej.

6. Omówienie pozostałych osiągnięć naukowo - badawczych

Sferą badawczą, stanowiącą centralny obszar moich zainteresowań, pozostaje prawo medyczne, którym zajmuję się począwszy od zatrudnienia w Katedrze Prawa Cywilnego i Międzynarodowego Obrotu Gospodarczego, a następnie - Zakładzie Prawa Medycznego, wyodrębnionym w strukturze Katedry. Badania w tej dziedzinie rozpoczęłam jednak już w toku studiów (V rok), podczas rocznego pobytu, w ramach programu *Socrates*, na Wydziale Prawa Uniwersytetu w Utrechcie, gdzie uczestniczyłam w wykładach i seminariach z zakresu prawa medycznego, prowadzonych przez Prof. E. Hondiusa. Pobyt w Holandii umożliwił mi m.in. poddanie analizie prawnoporównawczej problemu prawa do godnej śmierci, w tym eutanazji i tzw. wspomaganego samobójstwa. Rozważania na ten temat, przedstawione w artykule pt. *Eutanazja i „wspomagane samobójstwo” w prawie porównawczym* (Prawo i Medycyna 1999, nr 4, vol. 1) objęły, oprócz

liberalnych rozwiązań holenderskich i amerykańskich, także system polskiego prawa, w którym - jak wykazano w opracowaniu - brak jest legalnej możliwości wystąpienia przez nieuleczalnie chorego pacjenta z żądaniem (prośbą) o skrócenie życia z powodu nie dających się złagodzić cierpień.

Zagadnieniem, którym zajęłam się w pierwszym etapie pracy badawczej, obejmującym okres poprzedzający uzyskanie stopnia doktora, była problematyka cywilnej odpowiedzialności za szkody wyrządzone w związku z leczeniem. Badania w tej sferze dotyczyły zarówno prawa polskiego, jak i rozwiązań przyjmowanych w obcych systemach prawnych. W prawie polskim zajęłam się przede wszystkim analizą podstaw odpowiedzialności za tzw. szkody medyczne, które podlegały wówczas intensywnym przemianom w związku z rozpoczętą u schyłku lat 90. XX w. reformą systemu lecznictwa, polegającą na przejściu od modelu służby zdrowia finansowanej z budżetu państwa do systemu ubezpieczeniowego, podlegającego regułom prawa cywilnego i handlowego. Uwagę poświęciłam także zagadnieniu winy lekarza i zakładu leczniczego, która z uwagi na wspomniane zmiany systemowe oraz zorganizowany charakter udzielania świadczeń, angażujący wysokospecjalistyczne procedury i całe zespoły medyczne, ulegała na niektórych płaszczyznach obiektywizacji. Uwagi i przemyślenia w tym zakresie, poparte analizą poglądów doktryny i judykatury, które coraz powszechniej dopuszczały w procesach medycznych możliwość powołania się na winę organizacyjną oraz anonimową (bezimienną) zakładu leczniczego, zawarłam w referacie pt. *Ewolucja odpowiedzialności zakładu leczniczego za szkody wyrządzone przy leczeniu*, wygłoszonym na Ogólnopolskiej konferencji naukowej pt. *Odpowiedzialność za szkody wyrządzone przy leczeniu*, zorganizowanej w dniach 21-23 III 2002 r. na Wydziale Prawa i Administracji UMK w Toruniu, a częściowo także w artykule pt. *Odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone pacjentom w związku z użyciem wadliwego lub niesprawnego sprzętu medycznego*, opublikowanym w periodyku *Prawo i Medycyna* 2002, nr 11 (vol. 4).

Trudności w dowodzeniu winy przez poszkodowanych pacjentów skierowały moją uwagę na tzw. systemy kompensacji bez winy (*no-fault compensation*), funkcjonujące od lat 70. XX wieku w wielu systemach prawnych na świecie, z modelowymi w tym względzie rozwiązaniami skandynawskimi oraz francuskimi. Badania w tym zakresie kontynuowałam podczas pobytu na Wydziale Prawa Uniwersytetu w Utrechcie w ramach stypendium z Funduszu im. Ireny i Wacława Szyszkowskich UMK w Toruniu. Wynikiem przeprowadzonej kwerendy bibliotecznej, udziału w wykładach oraz konsultacji z wspomnianym już Prof. E. Hondiusem była m.in. publikacja pt. *Nowozelandzki model odpowiedzialności za szkody wyrządzone przy leczeniu* (*Prawo i Medycyna* 2004, nr 14, vol. 6).

Całokształt przeprowadzonych w latach 2000-2006 analiz dotyczących odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z leczeniem, zawarłam w rozprawie doktorskiej pt.

Ewolucja odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy leczeniu, przygotowanej pod kierunkiem Prof. dr. hab. Mirosława Nesterowicza. Rozprawa, wydana w formie monografii pt. *Odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone przy leczeniu* (Toruń, TNOiK 2007, wyd. I, ss. 384), stanowiła pierwszą na polskim rynku wydawniczym pozycję dotyczącą ujętej w nim materii w nowym, funkcjonującym od 1999 r. systemie opieki zdrowotnej w Polsce i uwzględniającą, obok tradycyjnych metod naprawiania szkód, tzw. alternatywne metody kompensacji (*no fault compensation*) funkcjonujące na świecie. Monografia ta została w 2007 r. nagrodzona przez JM Rektora UMK Nagrodą Indywidualną II stopnia. Znaczne zainteresowanie opracowaniem oraz liczne zmiany w materiale normatywnym i orzecznictwie sądowym przyczyniły do przygotowania drugiego wydania monografii, zaktualizowanego i znacząco poszerzonego (Toruń 2013, TNOiK, wyd. II, ss. 428). Uzupełnienie dotyczyło przede wszystkim systemu polskiego prawa, w którym od 2012 r. funkcjonował pozasądowy tryb kompensacji szkód wynikających ze zdarzeń medycznych, kwalifikowany w doktrynie jako postać *no-fault compensation*.

Po uzyskaniu w 2006 r. stopnia doktora nauk prawnych, kontynuowałam prace badawcze w dziedzinie odpowiedzialności za szkody medyczne, skupiając się na poszczególnych, wybranych jej płaszczyznach (obszarach), przesłankach kompensacji oraz instytucji szkody (krzywdy) podlegającej naprawieniu. Szczególną uwagę poświęciłam doniosłej jurydycznie i praktycznie kategorii błędu lekarskiego jako działania bezprawnego, mogącego prowadzić, w razie stwierdzenia winy lekarza, do powstania obowiązku odszkodowawczego. Przemyslenia i analizy, przeprowadzone w oparciu o dostępną literaturę przedmiotu (polską i zagraniczną) znalazły swój wyraz w kilku obszernych opracowaniach, w tym m.in. artykule pt. *Błąd lekarski w świetle doktryny i orzecznictwa sądowego* (Prawo i Medycyna 2008, nr 3, vol. 10) oraz publikacji pt. *Tendencje w sferze orzekania o odpowiedzialności za szkody wyrządzone błędem lekarskim* (Acta Iuridica Lebusana 2016, vol. 4), stanowiącej poszerzoną wersję referatu pt. *Błąd w sztuce lekarskiej na tle odpowiedzialności cywilnej lekarza za szkody wyrządzone w związku z leczeniem*, wygłoszonego podczas Ogólnopolskiej konferencji naukowej pt. *Odpowiedzialność prawna za błąd w sztuce lekarskiej*, zorganizowanej na Wydziale Prawa Uniwersytetu w Zielonej Górze w dniu 25 XI 2015 r. Wzrastająca liczba orzeczeń dotyczących szkód wyrządzonych dziecku (lub/i matce) w związku z niewłaściwie przeprowadzonym porodem skłoniła mnie do podjęcia badań w tej sferze i rozważenia, czy i w jakim zakresie tzw. szkody okołoporodowe stanowią rezultat zawinionego błędu w sztuce lekarskiej (diagnostycznego bądź terapeutycznego). Zagadnienie to zaprezentowałam w referacie pt. *Odpowiedzialność cywilna za niewłaściwe prowadzenie porodu*, wygłoszonym podczas XV. Ogólnopolskiego Forum Prawniczo-Medycznego pt. „*Koniec i początek. Szczególne medyczne uwarunkowania opieki przedurodzeniowej oraz kończącego się życia*”.

zorganizowanego w dniach 31 XI-1 XII 2017 r. przez Instytut Problemów Ochrony Zdrowia w Warszawie. Artykuł pokonferencyjny pt. *Odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone w związku z porodem*, został skierowany do publikacji w kwartalniku Prawo i Medycyna.

Natomiast nawiązanie współpracy naukowej ze Stowarzyszeniem Kardiologii Prenatalnej (*Association for Prenatal Cardiology*) zaowocowało publikacjami (w języku polskim oraz angielskim) na temat poszczególnych, pojawiających się w praktyce przypadków wyrządzenia szkody w następstwie błędu, w tym opracowaniem pt. *Noworodek z niewykrytą wadą wrodzoną. Opis przypadku* (współautor: J. Kapelańska-Pręgowska, *Echo Płodu* 2012, nr 4, vol. 6) oraz pt. *Typowa wada serca płodu, nietypowy finał, błąd w sztuce czy nieszczęśliwy zbieg okoliczności* (współautorzy: M. Respondek-Liberska, J. Kapelańska-Pręgowska, *Echo Płodu* 2013, nr 2, vol. 9).

W publikacjach dotyczących problematyki błędu lekarskiego, wbrew odmiennym w tym względzie tendencjom i poglądom niektórych przedstawicieli doktryny prawa (a także - środowisk medycznych), starałam się podtrzymać i należycie argumentować tezę o wąskim zakresie (rozumieniu) błędu. Konsekwentnie zatem podkreślałam, że w myśl utrwalonej linii orzekania, zapoczątkowanej wyrokiem Sądu Najwyższego z dnia 1 IV 1955 r. (IV CR 39/54; OSN 1957, poz. 7), błędem w sztuce jest działanie lub zaniechanie lekarza w sferze diagnozy i terapii, niezgodne z wiedzą medyczną w zakresie dla lekarza dostępnym. Coraz częściej w doktrynie (prawniczej i medycznej) wyróżnia się bowiem, nietrafnie, kategorię błędu medycznego, którego może dopuścić się nie tylko lekarz, ale każdy członek personelu medycznego i niemedycznego (np. sekretarka). Tego rodzaju szerokie ujmowanie błędu wprowadza niepożądany „zamęt” terminologiczny w zakresie rozróżnienia między błędem a np. winą organizacyjną i jest niezgodne z tradycyjnym, utrwalonym stanowiskiem judykatury, która od lat podkreśla, że błędu w sztuce może dopuścić się wyłącznie lekarz.

Zagadnienie błędu lekarskiego przybliżyłam także, z uwagi na znaczne zainteresowanie tą problematyką, przedstawicielom środowisk prawniczych i medycznych m.in. podczas Konferencji naukowo-szkoleniowej pt. *Błąd w sztuce lekarskiej jako delikt prawa cywilnego*, zorganizowanej przez Centrum Szkolenia Kadr Sądów Powszechnych i Prokuratury w dniach 1-3 XII 2008 r. w Pułtusku (referat pt. *Błąd w sztuce lekarskiej a wina lekarza*), Konferencji Naukowo-Szkoleniowej pt. *Błąd medyczny*, zorganizowanej przez Instytut Problemów Ochrony Zdrowia w Warszawie w dniach 5-6 III 2008 r. oraz 14-15 X 2008 r. (referat pt. *Błąd medyczny - przestanki i podstawy odpowiedzialności. Odszkodowanie i zadośćuczynienie za szkody wyrządzone błędem medycznym*).

Wzrastająca liczba szkód stanowiących następstwo niewłaściwego funkcjonowania szpitala (jako zorganizowanej całości) skierowała moją uwagę badawczą na zagadnienie winy organizacyjnej.

Podjęłam zatem próbę wyznaczenia zakresu tej postaci winy oraz ustalenia relacji między winą anonimową a organizacyjną. Rozważania na ten temat zawarte zostały m.in. w artykule pt. *Odpowiedzialność zakładu leczniczego za winę organizacyjną w doktrynie i orzecznictwie sądowym* (Prawo i Medycyna 2012, nr 3-4). W publikacji tej zaprezentowałam genezę i ewolucyjny rozwój przedmiotowej instytucji w prawie polskim, aktualny jej kształt oraz - popierając rozważania bogatym orzecznictwem sądowym - możliwe przejawy, w tym niedopełnienie przez szpital obowiązku zapewnienia pacjentom bezpieczeństwa podczas hospitalizacji oraz nieprzestrzeganie zasad higieny prowadzące do powstawania zakażeń. W związku z współpracą ze wspomnianym już Stowarzyszeniem Kardiologii Prenatalnej, zagadnienie winy organizacyjnej zaprezentowałam także w artykule pt. *Civil liability for medical malpractice. Damage resulting from improper functioning of a health care institution*, napisanym i opublikowanym w języku angielskim w periodyku Prenatal Cardiology. Kardiologia Prenatalna - Echo Płodu 2015, nr 2 (vol. 5).

Analizując instytucję odpowiedzialności zakładu leczniczego za szkody medyczne zajęłam się także przypadkami, w których odpowiedzialność ta ma charakter zastępczy i w razie stwierdzenia przynajmniej ogólnie-organizacyjnego podporządkowania lekarza szpitalowi, zastosowanie znajduje art. 430 k.c. Zainteresowały mnie zwłaszcza przesłanki naprawienia szkody oraz zależność między powstaniem po stronie szpitala obowiązku odszkodowawczego a statusem zawodowym lekarza - sprawcy. W *Glosie do wyroku Sądu Najwyższego z dnia 11 października 2007 r. (IV CSK 174/07)*, opublikowanej w Przeglądzie Sądowym 2008, nr 9, wyraziłam pogląd, iż lekarz - pracownik szpitala (w rozumieniu art. 2 k.p.), udzielający na terenie placówki medycznej świadczeń w ramach tzw. prywatnej praktyki, nie wyrządza szkody przy wykonywaniu, ale "przy okazji" wykonywania powierzonych czynności. Kwalifikacja ta wyłącza natomiast możliwość przypisania szpitalowi odpowiedzialności za szkodę (art. 430 k.c.), do której naprawienia zobowiązany może być wyłącznie lekarz-sprawca (art. 415 k.c.).

W ramach badań w sferze kompensacji szkód medycznych zainteresowało mnie natomiast zagadnienie naprawienia szkody niemajątkowej o charakterze przemijającym, tj. takiej, która w chwili dochodzenia roszczeń już nie istnieje. Problem dopuszczalności naprawienia tego rodzaju krzywdy pojawił się w orzecznictwie Sądu Najwyższego na tle odpowiedzialności szpitala za lekarza dopuszczającego się zawinionego błędu w sztuce. W *Glosie do wyroku Sądu Najwyższego z dnia 20 marca 2002 r. (V CKN 909/00)*, opublikowanej w Przeglądzie Sądowym 2003, nr 4 zaaprobowalam wyrażony przez Sąd Najwyższy pogląd, iż krzywda, jeżeli tylko zaistniała w określonym czasie po zajściu zdarzenia szkodzącego, może podlegać wynagrodzeniu. Nie ma bowiem podstaw do zawężającej interpretacji art. 445 k.c., która wyłączałaby taką możliwość.

Po uzyskaniu stopnia doktora nauk prawnych kontynuowałam także prace badawcze w sferze alternatywnych (konkurencyjnych) wobec procesu odszkodowawczego metod wynagradzania szkód medycznych, tj. wspomnianej już koncepcji *no-fault compensation*. Analiza coraz liczniejszych wypowiedzi doktryny na temat tworzonego w Polsce systemu kompensacji szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych pozwoliła mi na przygotowanie publikacji, w których wskazałam na zasadność oparcia rozwiązań polskich na wzorach szwedzkich oraz francuskich. Postulaty te sformułowane zostały m.in. w artykule pt. *Szwedzki model NFPI i francuski system kompensacji szkód medycznych*, stanowiącym rozdział monografii pt. *Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa* (red. E. Kowalewski, Toruń 2011, wyd. TNOiK), w formie ustnej natomiast - w referacie pt. *No-fault compensation - wzory szwedzkie i francuskie*, wygłoszonym na Konferencji naukowo-szkoleniowej pt. *Prawo i ryzyko w medycynie*, zorganizowanej przez Polskie Stowarzyszenie Dyrektorów Szpitali w dniach 12-13 X 2012 r. w Krakowie.

W kolejnych publikacjach dotyczących systemu *no-fault*, przygotowanych po zapoznaniu się z pierwszymi orzeczeniami komisji wojewódzkich, starałam się poddać gruntownej, rzetelnej analizie wady i zalety tzw. trybu komisyjnego oraz wskazać na potrzebę dokonania w nim zmian niezbędnych z punktu widzenia spójności z przepisami obowiązującego prawa oraz potrzebami społecznymi. Zgłoszone postulaty (zawarte m.in. w publikacji pt. *Postępowanie przed wojewódzkimi komisjami do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych*, stanowiącej rozdział opracowania zbiorowego pt. *Prawne oraz zarządcze aspekty prowadzenia dokumentacji medycznej*, red. M. Śliwka, Warszawa 2015, wyd. Wolters Kluwer oraz wyd. II - Warszawa 2018) dotyczyły m.in. przyznania komisji prawa do oceny wysokości należnej *in casu* rekompensaty, podwyższenia świadczeń przeznaczonych dla bezpośrednio poszkodowanych i odejście od spornego różnicowania wysokości odszkodowań w zależności od statusu wnioskodawcy (bezpośrednio poszkodowany, spadkobierca).

Prowadzone przeze mnie badania naukowe w dziedzinie prawa medycznego dotyczyły także praw pacjenta, w tym zadośćuczynienia przysługującego w razie zawinionego ich naruszenia przez lekarza bądź szpital.

W sferze praw pacjenta zagadnieniem, któremu poświęciłam szczególną uwagę, było prawo do informacji nabierające w ostatnich latach szczególnego znaczenia w związku z rolą zgody na leczenie (*voluntas aegroti suprema lex esto*). Rozważania na temat istoty i roli prawa do informacji, podmiotów zobowiązanych do jej udzielenia, sposobu i formy przekazania, a także - zakresu obowiązku informacyjnego (uzależnionego m.in. od rodzaju i charakteru udzielanych świadczeń) stały się przedmiotem wystąpień na konferencjach i seminariach naukowych, w tym m.in. na Konferencji naukowo-szkoleniowej pt. *Podstawy prawa medycznego*, zorganizowanej przez Instytut

Problemów Ochrony Zdrowia w Warszawie w dniach 24-25 III 2011 r. (referat pt. *Informowanie pacjenta o stanie zdrowia*). Uwagi i wnioski będące wynikiem obrad oraz przeprowadzonych analiz wypowiedzi judykatury i piśmiennictwa zawarłam w opracowaniu pt. *Prawo pacjenta do informacji w świetle uregulowań polskiego prawa medycznego*, opublikowanym w czasopiśmie *Studia Iuridica Toruniensia* 2012, nr 1.

Prawo do informacji rozważałam także na poszczególnych obszarach aktualności tego obowiązku (uprawnienia pacjenta). W artykule pt. *Problemy prawne zabiegów cesarskiego cięcia* (*Prawo i Medycyna* 2008, nr 4, vol. 10) wskazałam w szczególności na szeroki zakres powinności informacyjnych w przypadkach, w których zabieg medyczny przeprowadzany jest w celu nieterapeutycznym lub jego wykonanie nie jest konieczne dla ratowania zdrowia (za podjęciem interwencji nie przemawiają bezwzględne wskazania medyczne). W polskich szpitalach problemem staje się bowiem wzrastająca liczba przypadków cesarskiego cięcia wyłącznie „na życzenie” (*caesarian section on request*). Operacyjnego rozwiązania ciąży nie może jednak legalizować zgoda kobiety, nawet jeśli jest ona poprzedzona pełną (wyczerpującą, ponadstandardową) informacją o wszelkich ryzykach podejmowanej interwencji medycznej.

Z kolei inspirację do pogłębionych analiz dotyczących zadośćuczynienia za naruszenie praw pacjenta stanowił wyrok z dnia 14 X 2005 r. (III CSK 99/05), w którym Sąd Najwyższy rozważał zasadność zasądzenia tej postaci świadczenia na podstawie art. 445 § 1 k.c. w sytuacji, gdy zabieg operacyjny został przeprowadzony zgodnie ze wskazaniami wiedzy medycznej (*lege artis*), lecz bez zgody chorego. W głosie do wyroku, opublikowanej w *Przeglądzie Sądowym* 2008, nr 5, wskazałam na możliwość zasądzenia zadośćuczynienia w przypadkach, w których lekarz ze swojej winy nie dochowa obowiązku uzyskania zgody na prawidłowo nawet przeprowadzony zabieg. Dochodzi tu bowiem do naruszenia autonomii pacjenta i nieuprawnionej (bezpprawnej) ingerencji w jego zdrowie i integralność cielesną. Z uwagi na fakt, iż postawa poszkodowanego, któremu zabieg wykonany *lege artis* „dodatkowo” ratuje życie, może budzić moralne zastrzeżenia, rozwiązaniem kompromisowym wydaje się zasądzenie odpowiednio niższej kwoty niż ta, którą otrzymałby tytułem zadośćuczynienia w razie, gdyby interwencja medyczna z winy lekarza bądź szpitala nie powiodła się i doszłoby do powstania krzywdy w rozumieniu art. 445 § 1 k.c.

Analizując najnowsze tendencje judykatury w sferze kompensacji szkód medycznych dostrzegłam, na tle orzeczeń zapadających na podstawie dawnego (nieobowiązującego już) art. 419 k.c., tendencję do łagodzenia wymogu wykazania w procesie przesłanki związku przyczynowego. Sądy w szczególności podkreślają, że względy humanitarne, do których odwołuje się norma słusnościowa, pozwalają na szersze (liberalniejsze) ujmowanie związku przyczynowego

i interpretowanie tej przesłanki z większą swobodą. Swoboda ta polega na odejściu od wymogu wykazywania normalności następstw zdarzenia sprawczego na rzecz niekwalifikowanego powiązania kauzalnego (*conditio sine qua non*). W artykule (pokonferencyjnym) pt. *Zasady słuszności jako instrument ochrony poszkodowanych w prawie medycznym* (Białostockie Studia Prawnicze 2014, z. 17) rozważałam, czy tej postaci „erozja słusznościowa” związku przyczynowego jest uzasadniona w świetle i tak już daleko idących udogodnień dowodowych, jakie poczyniono w orzecznictwie na rzecz pacjentów (w tym np. dopuszczenia wykazania wysokiego stopnia prawdopodobieństwa w miejsce pewności powiązań przyczynowo-skutkowych). Ochrona pacjenta, niewątpliwie pożądana, nie powinna bowiem przekraczać granic, które wytycza ustawodawca kształtujący treść przepisów regulujących obowiązek naprawienia szkody.

W obszarze prawa medycznego pozostawała także problematyka prokreacji wspomaganie medycznie, w którą zaangażowałam się w 2010 r. w związku z rozpoczęciem prac nad rozprawą habilitacyjną. W okresie tym, poza monografią pt. *Prokreacja medycznie wspomagana. Studium z dziedziny prawa*, wskazaną we wniosku jako podstawa awansu naukowego, w licznych artykułach oraz podczas wystąpień na konferencjach i seminariach naukowych, zajmowałam się szczegółowymi zagadnieniami z zakresu wybranego obszaru badawczego, najczęściej o doniosłej wadze jurystycznej lub/i społecznej. Do najważniejszych opracowań, opublikowanych w okresie 2010-2018, należą artykuły: *Mater semper certa est?* (w języku angielskim, Polska Kardiologia Prenatalna - Echo Płodu 2013, nr 4, vol. 11); *Mistake in in vitro procedure* (w języku angielskim, Prenatal Cardiology. Kardiologia Prenatalna - Echo Płodu 2015, nr 1, vol. 5); *Aktualne problemy diagnostyki preimplantacyjnej w kontekście dążeń rodziców do realizacji projektu rodzicielskiego* (Białostockie Studia Prawnicze 2017, nr 2, vol. 22), a zwłaszcza artykuł na temat polskiej ustawy o leczeniu niepłodności pt. *Procedura in vitro a poszanowanie autonomii prokreacyjnej pary realizującej projekt rodzicielski* (Prawo i Medycyna 2017, nr 4). W kwietniu 2018 r. złożyłam także do druku artykuł pt. *Odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń z zakresu prokreacji medycznie wspomaganie - wybrane zagadnienia*, stanowiący rozdział opracowania zbiorowego pt. *O dobre prawo dla ubezpieczeń. Księga Jubileuszowa dla uczczenia pracy naukowej Profesora Eugeniusza Kowalewskiego* (red. E. Bagińska, W. Mogilski, M. Wałachowska, wyd. Toruń TNOiK).

Spośród osiągnięć naukowych z zakresu prawa medycznego o doniosłej wadze należy także wskazać na udział w przygotowaniu X Tomu *Wielkiej Encyklopedia Prawa - Prawo Medyczne* (red. tomu E. Bagińska, Warszawa 2016, wyd. Fundacja *Ubi Societas Ibi Ius*). Udział ten polegał na opracowaniu 21 haseł (wykazanych w spisie literatury, stanowiącym załącznik nr 4 do wniosku oraz w analizie parametrycznej ujętej w załączniku nr 5).

Poza prawem medycznym prowadzę także badania w innych sferach prawa cywilnego, w tym w szczególności prawa zobowiązań. W okresie badań naukowych prowadzonych przed uzyskaniem stopnia doktora zajmowałam się prawem umów, zwłaszcza zaś zasadą swobody kontraktowej. Rezultatem pracy badawczej było obszerne opracowanie pt. *Zasada swobody umów w prawie polskim*, opublikowane w czasopiśmie *Przemiany Prawa Polskiego, Studia Iuridica Toruniensia* 2002, nr 2. W opracowaniu zwróciłam uwagę m.in. na tendencje do poszerzania ram (płaszczyzn aktualności) swobody umów *sensu largo* o tzw. wolę abstrakcji. Za przyjęciem tej tezy przemawia orzeczenie z dnia 28 IV 1995 r. (III CZP166/94; OSNCP 1995, nr 10, poz. 135), w którym Sąd Najwyższy stwierdził, że w sferze obrotu profesjonalnego możliwe jest nadanie przez strony czynności prawnej, ze swej istoty kauzalnej, charakteru czynności abstrakcyjnej, oderwanej od *causa*. Względy ochronne mogą bowiem uzasadniać poszukiwanie w obrocie profesjonalnym optymalnych instrumentów zabezpieczających wykonanie umowy (tzw. gwarancji bezwarunkowej i „na pierwsze żądanie”) wywierając jednocześnie wpływ na ogólne reguły prawa umów. Rozważania na temat wolności kontraktowej kontynuowałam w *Glosie do wyroku Sądu Najwyższego z dnia 16 lutego 2001 r. (IV CKN 244/00)* opublikowanej w *Orzecznictwie Sądów Polskich* 2002, z. 3, poz. 39. Dotyczyły one doniosłej jurydycznie i praktycznie kwestii dopuszczalności zrzeczenia się z góry przez strony (profesjonalnych uczestników obrotu) uprawnienia do wypowiedzenia umowy nienazwanej z ważnych powodów na podstawie art. 746 § 3 k.c. (stosowanego poprzez odesłanie z mocy art. 750 k.c.). Wnikliwa analiza orzecznictwa i poglądów doktryny dotyczących *contracti innominati* przemawiała za aprobatą wyrażonego przez Sąd Najwyższy poglądu, iż swoboda kreowania treści umowy, nawet nienazwanej, zawsze sięga do granic imperatywnego przepisu ustawy i jakakolwiek odmienna wola stron w tym względzie skutkować będzie bezskutecznością (nieważnością) postanowienia. Głosowane orzeczenie dowodzi zatem, że przepisy ustawy nie zawsze stanowią „najbardziej uchwytą” na gruncie art. 353¹ k.c. granicę swobody kontraktowej i mogą *in casu* okazać się mniej precyzyjnym kryterium niż klauzula generalna zasad współzycia społecznego i natury stosunku.

W sferze prawa odszkodowawczego zagadnieniem, które stało się przedmiotem pogłębionych analiz, była instytucja związku przyczynowego. Do podjęcia badań nad przyczynowością adekwatną skłoniły mnie orzeczenia sądowe, w których rozważano możliwość uznania za normalne takich następstw zdarzenia szkodzącego, które mają charakter zjawisk patologii społecznej (czynów podlegających ujemnej kwalifikacji normatywnej na gruncie prawa karnego), w tym przestępstw i wykroczeń. Wynikiem prac badawczych w tej sferze była *Glosa do wyroku Sądu Najwyższego z dnia 26 stycznia 2006 r. (II CK 372/05)*, opublikowana w *Orzecznictwie Sądów Polskich*

2008, z. 9, poz. 96. Wyraziłam w niej pogląd zakładający, że pojawienie się w łańcuchu zdarzeń prowadzących do powstania szkody czynu, który stanowi przestępstwo (porwanie dla okupu, art. 252 § 1 k.k.) nie powinna automatycznie przesądzać o negatywnej ocenie normalności następstw. Przesłpstwa są wprawdzie zjawiskami patologii społecznej, lecz nie można ich zawsze i co do zasady pozostawiać poza granicami adekwatnego związku przyczynowego i w każdym przypadku traktować jako nieszczęśliwego trafu bądź nadzwyczajnego zbiegu okoliczności. Zasady doświadczenia życiowego, stanowiące jedno z kryteriów oceny normalności powiązań kauzalnych pozwalają przyjąć, że niewykonanie lub nienależyte wykonanie zobowiązania może, w określonych warunkach i zwyczajnym toku zdarzeń, prowadzić do powstania skutków w postaci przestępstwa lub wykroczenia. Poza tym, w myśl poglądów prezentowanych przez piśmiennictwo i judykaturę, za normalne można uznawać także następstwa, jakie określonego rodzaju zdarzenie w ogóle jest w stanie wywołać, nawet jeśli statystycznie pojawiają się one stosunkowo rzadko.

W ramach analizy instytucji prawa odszkodowawczego zajęłam się również instytucją zadośćuczynienia z tytułu śmierci osoby najbliższej (art. 446 § 4 k.c.), stanowiącą wówczas w prawie polskim jurydyczne *novum*. Przeprowadzone w tej materii badania znalazły wyraz w artykule pt. *Roszczenia odszkodowawcze rodzin poszkodowanych pacjentów po nowelizacji kodeksu cywilnego (art. 446 § 4 k.c.)*, opublikowanym w kwartalniku Prawo i Medycyna 2010, nr 2. Zainteresowana problematyką roszczeń osób pośrednio poszkodowanych, kontynuowałam analizę wypowiedzi literatury i orzecznictwa, koncentrując się m.in. na problemie dopuszczalności objęcia hipotezą art. 446 § 4 k.c. sytuacji, w których dochodzi do śmierci dziecka *in statu nascendi* (płodu *in utero*), tj. do utraty ciąży w związku z zawinionym działaniem sprawcy. Stanowisko w tej kwestii wyraziłam w *Głosie do wyroku Sądu Najwyższego z dnia 9 III 2012 r. (I CSK 282/11, Orzecznictwo Sądów Polskich 2012, z. 11, poz. 106)*, w której opowiedziałam się za przyznaniem rodzicom prawa do dochodzenia zadośćuczynienia. Argumentów na rzecz takiej kwalifikacji dostarcza bowiem zarówno posłuzenie się przez ustawodawcę w art. 446 § 4 k.c. otwartą formułą (definicją) osoby najbliższej, która nie ogranicza relacji bliskości do osób urodzonych. Po drugie, istnieje możliwość ustalenia stabilnej i pozytywnej więzi emocjonalnej między (przyszłymi) rodzicami a poczętym dzieckiem. Z samej istoty tej więzi wydaje się zresztą wynikać silny i pozytywny jej charakter. Dotyczy to przede wszystkim osoby matki, w przypadku której ma miejsce najdalej idące „zespoleenie” z dzieckiem, zarówno w wymiarze biologicznym, jak i psychologicznym. Ojciec także może doświadczać „istnienia” potomka, a od określonego etapu ciąży ma możliwość nawiązania z nim „fizycznego” kontaktu. Więź intensyfikuje także okoliczność, iż rodzice traktują dziecko jako już istniejące i

„swoje” (tj. pochodzące genetycznie od nich) w zasadzie już od momentu poczęcia i są zaangażowani w oczekiwanie na jego przyjście na świat.

W pracy naukowej zajmowałam się także znowelizowanymi przepisami kodeksu cywilnego o odpowiedzialności władzy publicznej na zasadach słuszności (art. 417² k.c.), nie tylko w związku z dopuszczalnością oparcia na tym przepisie roszczeń o naprawienie szkody i krzywdy wyrządzonej w następstwie zgodnego z prawem działania szpitala (np. poddania dziecka obowiązkowym szczepieniom ochronnym). Inspiracją do przeprowadzenia badań w tej sferze były wspomniane już wyroki, w których Sąd Najwyższy, opierając rozstrzygnięcie na normie słusznościowej art. 419 k.c., liberalnie traktował przesłankę związku przyczynowego. Wnioski z przeprowadzonych badań zawarłam w *Głosie do wyroku Sądu Najwyższego z dnia 7 III 2013 r. (II CSK 364/12, Orzecznictwo Sądów Polskich 2014, z. 2, poz. 16)*. Analiza wyroku i treści uzasadnienia pozwoliła dostrzec, że Sąd Najwyższy także i na gruncie art. 417² k.c. skłonny jest dopuszczać łagodzenie związku przyczynowego i uznanie tej przesłanki za udowodnioną w razie spełnienia testu *conditio sine qua non*. Rozwiązanie polegające na konstruowaniu roszczenia odszkodowawczego na podstawie niekwalifikowanego powiązania kauzalnego powinno jednak - jak wskazywałam w opracowaniu - być zastrzeżone dla sytuacji szczególnych (wyjątkowych) i ze względu na zapewnienie ochrony także stronie zobowiązanej do naprawienia szkody, nie może wykraczać poza sytuacje objęte hipotezą art. 417² k.c.

W związku z organizacją przez Zakład Prawa Medycznego i Zakład Prawa Ubezpieczeniowego Katedry Prawa Cywilnego i Międzynarodowego Obrotu Gospodarczego UMK oraz TNOiK - „Dom Organizatora” Ogólnopolskiej konferencji naukowej pt. *Odszkodowanie za ubytek wartości handlowej pojazdu poddanego naprawie* (WPiA UMK, Toruń 23 IV 2012 r.), zajęłam się badaniami w sferze doniosłej praktycznie i jurydycznie problematyki naprawienia szkody w postaci ubytku wartości handlowej (tzw. sprzedażnej) pojazdu. W będącym rezultatem prac badawczych artykule pokonferencyjnym pt. *Odszkodowanie za ubytek wartości handlowej pojazdu w orzecznictwie sądowym*, opublikowanym w pracy zbiorowej pt. *Odszkodowanie za ubytek wartości handlowej pojazdu poddanego naprawie* (red. E. Kowalewski, Toruń 2012, wyd. TNOiK) przedstawiłam wyniki analizy dawniejszego i aktualnego orzecznictwa w omawianej materii (głównie sądów okręgowych i apelacyjnych). Analiza ta dowiodła daleko idącego zróżnicowania stanowisk poszczególnych sądów, pomimo jednoznacznego brzmienia uchwały dnia 12 X 2001 r. (III CZP S7/01), w której Sąd Najwyższy *expressis verbis* opowiedział się za dopuszczalnością naprawienia szkody handlowej, jednakże w sytuacjach wyjątkowych, tj. przy spełnieniu warunków odnoszących się do wieku auta i sposobu oraz miejsca dokonania naprawy. Niespójność orzecznictwa sądów niższych instancji

w kwestii zwrotu poszkodowanemu kwoty ubytku wartości przemawia zatem, jak podkreśliłam w opracowaniu, za wprowadzeniem w tym względzie wyraźnej regulacji. W celu wyeliminowania wątpliwości interpretacyjnych, wyjątki na rzecz dopuszczalności naprawienia szkody handlowej powinny jednak zostać sformułowane w sposób jednoznaczny, wyraźny i zarazem wyczerpujący (w postaci zamkniętego katalogu przesłanek).

Zagadnieniem z zakresu części szczegółowej prawa zobowiązań, które poddałam wnikliwej analizie, był problem dopuszczalności odwołania wykonanej już darowizny ze względu na rażąca niewdzięczność obdarowanego (art. 898 k.c.). Rozważając tę przesłankę na tle konkretnych, nowych i dawniejszych rozstrzygnięć sądowych doszłam do wniosku, że rozwód pozwanej (uznanej winną rozkładu pożycia) z współobdarowanym małżonkiem, nie może być traktowany jako przejaw rażącej niewdzięczności wobec jej teściów - darczyńców. Uznałam bowiem, że pomimo ogólnie ujętej przesłanki, jedynie działanie podlegające ujemnej kwalifikacji moralnej czy prawnej wymierzone bezpośrednio w darczyńcę uzasadnia odwołanie darowizny.

Aktualnie prowadzone przeze mnie badania naukowe skupiają się w dużej mierze wokół prawa medycznego. Przygotowuję bowiem do druku artykuł pt. *Spory w zakresie prokreacji medycznie wspomaganey*, będący poszerzoną i wzbogaconą o rozważania prawnoporównawcze wersją referatu, wygłoszonego na Ogólnopolskiej konferencji naukowej pt. *Rozstrzygnięcie sporów między pacjentem a lekarzem i/lub podmiotem świadczącym usługi medyczne*, zorganizowanej w dniu 28 IX 2018 r. we Wrocławiu przez Interdyscyplinarną Pracownię Prawa Medycznego i Bioetyki Wydziału Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego oraz Dolnośląską Izbę Lekarską. Jestem również zaangażowana w prace nad przygotowaniem opracowania zbiorowego pt. *System Prawa Medycznego. Tom 5. Odpowiedzialność prywatnoprawna* (wyd. CH Beck, red. tomu E. Bagińska, planowany termin ukończenia prac - XII 2019 r.). W związku ze złożonym wnioskiem o grant JM Rektora UMK na przeprowadzenie badań naukowych w placówce Polskiej Misji Historycznej w Würzburgu, zamierzam jednak zająć się także prawnoporównawczą analizą doniosłego praktycznie zagadnienia odmowy przez przedsiębiorcę wykonania świadczenia ze względów światopoglądowych. W razie pozytywnego rozpatrzenia wniosku, wyniki przeprowadzonych badań zostaną wykorzystane w celu przygotowania w tej materii opracowania o charakterze prawnoporównawczym.

7. Działalność w zakresie współpracy naukowej z polskimi i zagranicznymi ośrodkami naukowymi, instytucjami lub organizacjami

Prowadzona przeze mnie działalność w zakresie współpracy naukowej z polskimi i zagranicznymi ośrodkami naukowymi, instytucjami lub organizacjami dotyczy, z racji zainteresowań naukowych i wybranych obszarów badawczych, przede wszystkim prawa medycznego oraz prawa odszkodowawczego.

W płaszczyźnie krajowej, doniosłe znaczenie w tym względzie ma współpraca (od ponad 2 lat) z Interdyscyplinarną Pracownią Prawa Medycznego i Bioetyki Wydziału Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego, kierowaną przez dr A. Wnukiewicz-Kozłowską. Wynikiem współpracy jest czynny udział (w roli prelegenta oraz moderatora sesji) w organizowanych corocznie, pod patronatem Dolnośląskiej Izby Lekarskiej, ogólnopolskich konferencjach naukowych dla prawników, przedstawicieli zawodów medycznych oraz pracowników systemu ochrony zdrowia. Konferencje te dotyczą najbardziej aktualnych problemów prawa medycznego, m.in. zakresu i prawnych konsekwencji samodzielności zawodowej pielęgniarki, położnej i ratownika medycznego (Wrocław, 22 IX 2017 r.), charakteru i metod rozstrzygania sporów między pacjentami a podmiotami udzielającymi świadczeń zdrowotnych (Wrocław, 28 IX 2018 r.).

Zakład Prawa Medycznego WPiA UMK współpracuje także z Instytutem Problemów Ochrony Zdrowia (IPOZ) w Warszawie, będącym organizatorem corocznych, Ogólnopolskich Forów Prawniczo-Medycznych. Pracownicy Zakładu uczestniczą w nich czynnie jako prelegenci lub/i moderatorzy sesji (mój udział to referat pt. *Roszczenia odszkodowawcze pacjentów i ich rodzin na tle znowelizowanego art. 446 § 4 k.c.*, wygłoszony podczas XII. Forum pt. *Roszczenia odszkodowawcze pacjentów i ich rodzin a nowelizacja kodeksu cywilnego*, 10-11 XII 2009 r. oraz referat pt. *Odpowiedzialność cywilna za niewłaściwe prowadzenie porodu*, zaprezentowany na XV. Forum pt. *Koniec i początek. Szczególne medyczne uwarunkowania opieki przedurodzeniowej oraz kończącego się życia*, 31 XI-1 XII 2017 r.). Toruński ośrodek prawa medycznego współpracuje także z IPOZ w zakresie prowadzonych przez Instytut konferencji naukowo-szkoleniowych, dotyczących m.in. błędu w sztuce lekarskiej (mój udział to m.in. referat pt. *Błąd medyczny - przesłanki i podstawy odpowiedzialności. Odszkodowanie i zadośćuczynienie za szkody wyrządzone błędem medycznym* wygłoszony na Konferencji w dniach 14-15 X 2008 r.), zakażeń szpitalnych (referat pt. *Odpowiedzialność cywilna za zakażenia szpitalne - podstawy i przesłanki odpowiedzialności*, zaprezentowany podczas Konferencji pt. *Zakażenia szpitalne - aspekty prawne, ubezpieczeniowe oraz wizjerunkowe*, Warszawa 26-27 II 2009 r.), a także statusu prawnego i roli

pielęgniarki w procesie leczenia (referat pt. *Odpowiedzialność cywilna pielęgniarki i położnej*, zaprezentowany na Konferencji pt. *Aspekty prawne wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej*, Warszawa 4-5 IX 2008 r.).

W roku akademickim 2017/2018 nawiązałam naukową współpracę z Uniwersytetem Medycznym w Białymstoku w związku z zaproszeniem do udziału, w charakterze eksperta, w cyklu wykładów i konferencji z dziedziny prawa medycznego, istotnych z punktu widzenia praktyki wykonywania zawodu lekarza. Pierwsze z wystąpień, planowane na dzień 1 XII 2018 r. dotyczyć będzie prawnych aspektów udzielania świadczeń z zakresu zapłodnienia pozaustrojowego na gruncie polskiej ustawy o leczeniu niepłodności z dnia 25 VI 2015 r., kolejne natomiast, planowane na I połowę 2019 r., odpowiedzialności cywilnej za tzw. szkody okołoporodowe.

W ramach merytorycznej opieki nad Kołem Naukowym Prawa Medycznego *LEX MEDICA* podejmuję także współpracę z Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy, która polega w szczególności na wspomnianej już organizacji seminariów prawniczo-medycznych dla studentów medycyny i młodych lekarzy (np. Seminarium Prawniczo-Medycznego pt. *Prawo pacjenta do wyrażenia zgody na leczenie*, z dnia 4 XII 2012 r.).

W ramach współpracy z zagranicznymi ośrodkami naukowymi, brałam udział, w charakterze eksperta, w Międzynarodowej Konferencji Naukowej pt. *Medical Malpractice and Compensation in Global Perspective*, zorganizowanej w dniach 3-4 XII 2010 r. we Wiedniu przez Instytut Prawa Deliktowego Europejskiego Centrum Prawa Deliktowego i Ubezpieczeniowego (*European Centre of Tort and Insurance Law - ECTiL*) oraz *Chicago-Kent College of Law* (USA). Wykład pt. *Medical Malpractice and Compensation in Poland*, wygłoszony (w języku angielskim), dotyczył mechanizmów naprawienia szkód wyrządzonych w związku z leczeniem, funkcjonujących w polskim prawie począwszy od przemian związanych z reorganizacją systemu opieki zdrowotnej. Poszerzona w sposób znaczący wersja wystąpienia została opublikowana, po tym samym tytule, w formie obszernego studium w periodyku *Chicago-Kent Law Review* 2011, nr 3 (vol. 86), a następnie - w zaktualizowanej wersji (uzupełnionej o analizę systemu kompensacji szkód doznanych w następstwie zdarzeń medycznych) - w Zbiorze Raportów ECTiL pt. *Medical Malpractice and Compensation in Global Perspective*, red. K. Oliphant, R.W. Wright, Vienna 2013.

Współpraca naukowa w ramach ECTiL zaowocowała kontynuacją spotkań naukowych z uczestnikami projektu pt. *Medical Malpractice and Compensation in Global Perspective*, reprezentującymi europejskie i amerykańskie środowiska akademickie. Spotkania te miały na celu wymianę poglądów na temat poszczególnych instytucji prawa medycznego oraz prawa odszkodowawczego (odpowiedzialności *ex delicto* w ogólności). Doniosłe znaczenie miało w szczególności

zorganizowane przez Zakład Prawa Medycznego i Katedrę Prawa Cywilnego i Międzynarodowego Obrotu Gospodarczego polsko-amerykańskie seminarium naukowe z udziałem Prof. R.W. Wright z Chicago-Kent College of Law (8 V 2012 r., WPiA UMK). Podczas spotkania omawiane były tendencje rozwojowe prawa deliktowego w USA i Polsce ze szczególnym uwzględnieniem kwestii wysokości świadczeń zasądzonych przez sądy tytułem naprawienia szkody oraz krzywdy. W roku akademickim 2017/2018 zorganizowałam natomiast Polsko-brazylijskie seminarium naukowe pt. *Current Challenges in Medical Law* z udziałem brazylijskiego prawnika - praktyka E. Dantasa, związanego z Uniwersytetem w Coimbrze (Portugalia) i specjalizującego się w prawie medycznym (17 XII 2017 r., WPiA UMK). Rozważania skupiały się wokół aktualnych zagadnień prawa medycznego, w tym tzw. oświadczeń *pro futuro* (testamentów życia), a także służyły promocji najnowszej publikacji E. Dantasa i M. Chaves pt. *Contemporary Issues in Medical Law*, Rio de Janeiro 2018.

Do zorganizowanych oraz współorganizowanych przeze mnie na WPiA UMK konferencji i seminariów z udziałem naukowców (głównie *visiting Professors*) i praktyków prawa z zagranicznych ośrodków akademickich należało Polsko-amerykańskie seminarium naukowe pt. *Civil liability for medical negligence* z dnia 30 X 2014 r., na którym wykład pt. *Civil liability for medical negligence in USA* wygłosił Prof. J. Seigel, członek *American Bar Association*, a także wykładowcy z Katedry Prawa Cywilnego i Międzynarodowego Obrotu Gospodarczego WPiA UMK. Celem spotkania była prawnoporównawcza analiza systemów kompensacji szkód medycznych zarówno tradycyjnych, jak i konkurencyjnych wobec odpowiedzialności opartej na winie.

Z punktu widzenia współpracy międzynarodowej z zagranicznymi ośrodkami międzynarodowymi, istotne znaczenie miał także udział, w charakterze referenta i uczestnika panelu, w Polsko-portugalskim seminarium prawa medycznego pt. *Medical Malpractice* (referat w języku angielskim pt. *Medical Malpractice from Polish Perspective*. W seminarium, zorganizowanym przez Katedrę Prawa Ubezpieczeniowego przy współpracy Zakładu Prawa Medycznego w dniu 9 V 2017 r. na WPiA UMK, udział wzięła Prof. dr R. Teixeira Pedro Pereira z Wydziału Prawa Uniwersytetu w Porto i członek portugalskiego Centrum Badań Ekonomicznych i Prawnych - *Center for Legal and Economic Research* (referat pt. *Selected Issues on Medical Malpractice in Portugal*).

W 2017 r. byłam także członkiem Europejskiego Stowarzyszenia Prawa Medycznego (*European Association of Health Law*).

8. Informacje o działalności dydaktycznej, sprawowanej opiece naukowej nad studentami oraz działaniach na rzecz promocji i popularyzacji nauki

Obowiązki dydaktyczne, jakie spoczywały na mnie w latach 2000-2006 z racji zajmowanego stanowiska asystenta obejmowały prowadzenie zajęć komplementarnych (tzw. ćwiczeń) z przedmiotów *Prawo cywilne - część ogólna i prawo rzeczowe* na III roku stacjonarnych studiów magisterskich na kierunku prawo.

Od chwili uzyskania w 2006 r. stanowiska adiunkta, do powierzonych mi obowiązków dydaktycznych należy prowadzenie ćwiczeń na studiach stacjonarnych na kierunku prawo (III rok - *Prawo cywilne - część ogólna i prawo rzeczowe*; IV rok - *Prawo zobowiązań*) oraz przygotowywanie i wygłaszanie wykładów kursowych z następujących przedmiotów: *Prawo zobowiązań* (IV rok niestacjonarnych studiów magisterskich na kierunku prawo); *Podstawowe instytucje prawa cywilnego* (II rok stacjonarnych studiów magisterskich na kierunkach europeistyka oraz prawo ochrony środowiska); *Podstawy prawa cywilnego z umowami w administracji* (I rok stacjonarnych i niestacjonarnych studiów licencjackich na kierunku administracja); *Prawo ochrony konsumenta* (I rok stacjonarnych i niestacjonarnych studiów magisterskich na kierunku administracja). Prowadzę także zajęcia fakultatywne w formie wykładu (do wyboru) z przedmiotu *Prawo medyczne* dla studentów II, III i IV roku studiów stacjonarnych i niestacjonarnych na kierunkach prawo oraz administracja. *Prawo medyczne* wykładam także poza WPiA, w Instytucji Filozofii Wydziału Humanistycznego UMK dla studentów II roku studiów magisterskich na kierunku kogniistyka. Prowadzone przeze mnie zajęcia, zgodnie z wynikami przeprowadzanych na UMK anonimowych ankiet, należą do cenionych przez studentów z uwagi na wysoki poziom merytoryczny i przystępny, uwzględniający liczne odniesienia do praktyki, sposób prezentacji omawianej materii.

Do powierzonych mi zadań dydaktycznych w ramach zatrudnienia na WPiA UMK należy także prowadzenie proseminariów (IV rok) i seminariów magisterskich (V rok) z zakresu prawa cywilnego na studiach stacjonarnych na kierunku prawo. W roku akademickim 2018/19 przygotowuję do egzaminu dyplomowego ośmiu studentów V roku. Nadto, uchwałą Rady Wydziału WPiA UMK Nr 208/N/2017 z dnia 12 XII 2017 r. powierzono mi funkcję recenzenta pomocniczego w przewodzie doktorskim Pani mgr Anny Sporczyk (tytuł rozprawy - *Status prawny przedsiębiorcy prowadzącego apteki w prawie polskim*).

Od 2010 r. do chwili obecnej prowadzę także wykłady w ramach organizowanych na WPiA UMK Podyplomowych Studiów Prawa Medycznego dla Prawników i (od 2015 r.) dla Lekarzy z następujących przedmiotów: *Podstawy odpowiedzialności cywilnej zakładu leczniczego, lekarzy i personelu*

medycznego; *Wina lekarza i personelu medycznego. Błąd w sztuce lekarskiej; Ubezpieczeniowe i gwarancyjne systemy kompensacji szkód wyrządzonych przy leczeniu; Pozasądowy, ubezpieczeniowy system odszkodowawczy za szkody wyrządzone w szpitalach; Prokreacja medycznie wspomagana*. W latach 2012-2014 powierzone mi zadania dydaktyczne obejmowały dodatkowo cykl wykładów pt. *Odpowiedzialność cywilna Z.O.Z.* oraz *Odpowiedzialność cywilna, karna i zawodowa pracowników systemu ochrony zdrowia*, zorganizowanych w formie studiów podyplomowych na Wydziale Nauk Ekonomicznych i Zarządzania UMK w Toruniu w ramach tzw. Kopernikańskiej Akademii Menadżerów Służby Zdrowia (2 edycje).

Niezależnie od prowadzonych zajęć dydaktycznych, od 2010 r. pełnię funkcję opiekuna merytorycznego Studenckiego Koła Naukowego *LEX MEDICA*, działającego na WPiA UMK od 2009 r. Do najważniejszych przedsięwzięć i inicjatyw Koła należy organizacja ogólnopolskich konferencji naukowych z udziałem specjalistów z zakresu prawa medycznego, lekarzy i przedstawicieli środowisk medycznych, a także studentów prawa i medycyny oraz doktorantów. Dotychczas odbyły się trzy tego rodzaju konferencje: *Błąd w sztuce lekarskiej oraz niedopełnienie obowiązku należytej staranności personelu medycznego* (13 V 2016 r., WPiA UMK.); *Prawo medyczne w ujęciu interdyscyplinarnym I* (31 III-1 IV 2017 r., WPiA UMK) oraz *Prawo medyczne w ujęciu interdyscyplinarnym II* (16-17 III 2018 r., WPiA UMK), a także pierwszy Ogólnopolski Kongres Kół Prawa Medycznego (16 III 2018 r., WPiA UMK). Jako współorganizator tego rodzaju wydarzeń, każdorazowo pełnię nie tylko rolę kierownika naukowego konferencji, ale także prelegenta i moderatora sesji. Poza konferencjami, koordynuję także inne naukowe oraz naukowo-szkoleniowe inicjatywy Koła, w tym cykle spotkań i seminariów z wybranych zagadnień prawa medycznego, angażujących studentów prawa i medycyny Collegium Medicum w Bydgoszczy (z którym Koło pozostaje we współpracy). Istotne znaczenie ma także pomoc w organizacji i przygotowaniu symulacji procesów sądowych w sprawach medycznych, które - otwarte dla szerokiego kręgu publiczności (studentów, uczniów) - dotyczą kontrowersyjnych kwestii z dziedziny prawa medycznego (np. klauzuli sumienia, odmowy leczenia ze względów konfesyjnych, zmiany płci). W 2018 r. włączyłam się (czynnie) wraz z innymi członkami Koła w XVIII. Toruński Festiwal Nauki i Sztuki, organizowany przez UMK, Urząd Miasta Torunia i Towarzystwo Naukowe w Toruniu. Udział polegał na zaprezentowaniu procesu medycznego w nietypowej, lecz opartej na faktach sprawie dotyczącej poddania małoletniego pacjenta procedurze kriokonserwacji (projekt pt. *Homo hibernicus, czyli przeżyć w czasie i przestrzeni*). W roku akademickim 2015-2016 włączyłam się natomiast w zainicjowaną wspólnie z Kołem kampanię *Drugie życie*, promującą dawstwo szpiku kostnego w celu transplantacji. W ramach akcji, studenci przeprowadzili cykl kilkunastu szkoleń dla młodzieży szkół gimnazjalnych i liceów województwa kujawsko-pomorskiego dotyczących transplantologii. Promocja dawstwa szpiku

odbyła się także na Wydziale Prawa i Administracji UMK, gdzie udało się pozyskać do baz potencjalnych dawców kilkudziesiąt osób.

W ramach działań wspierających naukę i promujących jej rozwój, kilkakrotnie sprawowałam opiekę i zapewniałam merytoryczne wsparcie lokalnym edycjom Konkursu Krasomówczego (*Moot Court Competition*), organizowanym przy Sądzie Okręgowym w Toruniu przez Europejskie Stowarzyszenie Studentów Prawa *ELSA*. Nadto, od 2016 r. jestem członkiem Uniwersyteckiej Poradni Prawnej, działającej na Wydziale Prawa i Administracji UMK r., w ramach której studenci, przy merytorycznym wsparciu kadry naukowej Wydziału, udzielają pomocy prawnej osobom niezamożnym. Włączam się także lub inicjuję inne działania mające na celu rozwijanie umiejętności nabytych przez studentów w toku studiów, organizując m.in. kursy pisania glos do orzeczeń sądów cywilnych czy uczestnicząc w tzw. debatach oxfordzkich prowadzonych w ramach spotkań kół naukowych.

W latach 2012-2017 byłam członkiem Kolegium Redakcyjnego obcojęzycznego czasopisma *Comparative Law Review (CLR)*, będącego międzynarodowym, interdyscyplinarnym periodykiem z dziedziny komparatystyki prawa, wydawanym na UMK od 1989 r. Do powierzonych mi zadań, obok prac redakcyjnych, należało także recenzowanie artykułów przygotowanych w języku angielskim i francuskim. Funkcję recenzenta pełnię także w takich periodykach naukowych, jak *Wokanda Medyczna* (od 2016 r.), *Wiadomości Ubezpieczeniowe* (od 2016 r.) oraz *Studia Iuridica Toruniensia* (od 2018 r.).

Kinga Bączyl-Rozwadowska