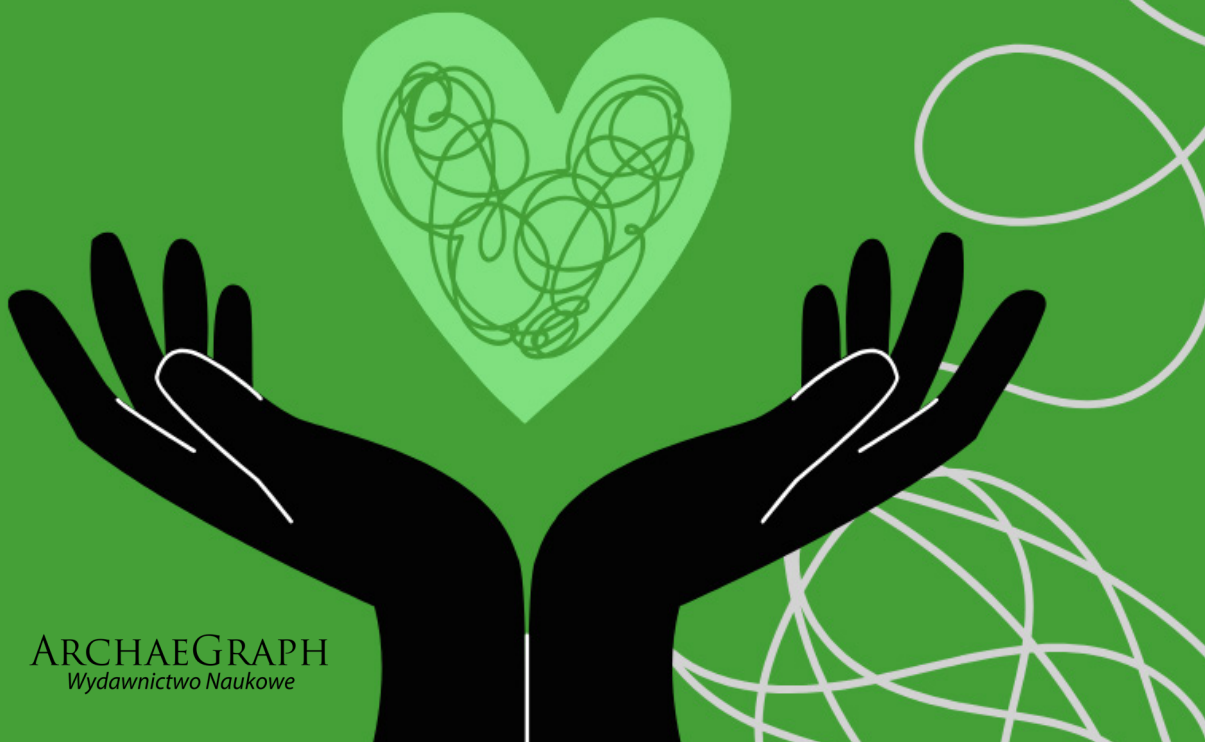


ZDROWIE I DOBROSTAN W SPOŁECZEŃSTWIE

– TEORIA I PRAKTYKA
W UJĘCIU INTERDYSCYPLINARNYM

REDAKCJA NAUKOWA

SEBASTIAN CZECHOWICZ
MARIOLA PIREK



**ZDROWIE I DOBROSTAN
W SPOŁECZEŃSTWIE
– TEORIA I PRAKTYKA
W UJĘCIU INTERDYSCYPLINARNYM**

**Redakcja naukowa
Sebastian Czechowicz
Mariola Pirek**

ZDROWIE I DOBROSTAN W SPOŁECZEŃSTWIE

- TEORIA I PRAKTYKA
W UJĘCIU INTERDYSCYPLINARNYM

REDAKCJA NAUKOWA

SEBASTIAN CZECHOWICZ
MARIOLA PIREK



Redakcja naukowa

Sebastian Czechowicz

Mariola Pirek

Recenzja naukowa

prof. dr hab. Małgorzata Wójcik - Uniwersytet Jagielloński

dr hab. Samanta Kowalska, prof. Uniwersytetu Kaliskiego

Korekta, skład i projekt okładki

Karol Łukomiak

© Copyright by authors & ArchaeGraph

ISBN: 978-83-68410-99-0

Wersja elektroniczna dostępna na stronie internetowej wydawcy:

www.archaeograph.pl

ARCHAEGRAPH
Wydawnictwo Naukowe

ŁÓDŹ-STAROWA GÓRA 2026

SPIS TREŚCI

Przedmowa	7
------------------------	----------

Część I

Medyczne aspekty ochrony zdrowia i dbałości o dobrostan człowieka

Anna Hepa-Banasik Zaawansowana praktyka pielęgniarska (APN) jako determinant zdrowia i dobrostanu pacjentów – doświadczenia międzynarodowe, a perspektywa Polski	9
---	----------

Anna Hepa-Banasik Prehabilitacja w leczeniu ran	24
--	-----------

Weronika Wolna Technologia PROTAC jako nowa strategia terapeutyczna w chorobach nowotworowych – od próbówki do poprawy zdrowia pacjentów	38
---	-----------

Weronika Wolna Nowe strategie projektowania leków w chorobach cywilizacyjnych – od chemii medycznej do poprawy jakości życia pacjentów	49
---	-----------

Część II

Prawne aspekty ochrony zdrowia

Krystyna Patora Gospodarka odpadami w wybranym niemieckim oraz polskim orzecznictwie sądowym	59
---	-----------

Zuzanna Wojnicka Przestępstwo rozpijania małoletniego w polskim prawie karnym – analiza porównawcza regulacji z Kodeksów karnych z 1969 r. i z 1997 r.	78
---	-----------

Zuzanna Wojnicka Nieporadność w prawie karnym – konsekwencje rozbieżności interpretacyjnych dla ochrony zdrowia jednostki	91
--	-----------

Agnieszka Froch Dobrostan pacjenta u kresu życia a medycyna paliatywna – aspekty prawne	105
--	------------

Część III
**Społeczne i kanoniczne spojrzenie na zdrowie
i dobrostan człowieka**

Klaudia Bąkiewicz-Grabkowska **Przestępstwa przeciwko życiu i integralności osoby w prawie kanonicznym jako wyraz ochrony dobra fundamentalnego**.....117

Klaudia Bąkiewicz-Grabkowska **Kanoniczno-prawna ochrona małoletnich przed nadużyciami seksualnymi duchownych – od Sacramentorum sanctitatis tutela do Vos estis lux mundi**.....129

Elżbieta Czerwińska-Kubisiak **Dobrostan psychiczny młodzieży jako efekt konfiguracji praktyk społecznych. Perspektywa socjologiczna w świetle badań**.....142

Część IV Varia
Interdisciplinary View on Health

Suzana Kraljić, Ema Turnšek **The Legal Framework for Protecting Athletes' Health in Slovenia: The Intersection of Legislation and Public Health**.....159

Mariola Pirek **The Church's Responsibility for the Living Conditions of Clerics: The Right to Decent Support, Care in Illness, and Rest in the Light of Canons 281 and 283 of the 1983 Code of Canon Law**.....184

Przedmowa

Ochrona zdrowia i zapewnienie dobrostanu człowieka należą do najważniejszych wyzwań stojących przed współczesnymi społeczeństwami. Dynamiczne przemiany demograficzne i cywilizacyjne, narastające zjawisko wielochorobowości, a także zmieniające się uwarunkowania społeczne, prawne i kulturowe sprawiają, że refleksja nad tymi zagadnieniami nie może być prowadzona wyłącznie z perspektywy medycznej. Coraz wyraźniej dostrzega się potrzebę podejmowania interdyscyplinarnych badań i analiz, uwzględniających zarówno biologiczne i kliniczne aspekty zdrowia, jak i jego uwarunkowania prawne, społeczne, humanistyczne oraz etyczne.

Oddawana do rąk Czytelników monografia stanowi próbę wieloaspektowego spojrzenia na współczesne wyzwania związane z ochroną zdrowia oraz troską o dobrostan człowieka. Zgromadzone w niej opracowania dotyczą zagadnień aktualnych, a zarazem złożonych. Ukazują zdrowie jako wartość, której ochrona wymaga współdziałania przedstawicieli różnych dyscyplin naukowych oraz środowisk zawodowych. Autorzy analizują kwestie związane z organizacją i jakością opieki zdrowotnej, nowoczesnymi modelami leczenia oraz opieką nad pacjentem. Podejmują także problematykę ochrony zdrowia i dobrostanu człowieka z perspektywy nauk społecznych i humanistycznych, uwzględniając prawne mechanizmy ochrony zdrowia, społeczne uwarunkowania dobrostanu oraz wybrane zagadnienia prawa kanonicznego.

Struktura monografii odzwierciedla wielowymiarowy charakter podjętej problematyki. W części pierwszej przedstawiono medyczne aspekty ochrony zdrowia i troski o dobrostan człowieka, koncentrując się między innymi na współczesnych modelach opieki pielęgniarstwie, leczeniu ran przewlekłych oraz wyzwaniach związanych z opieką nad pacjentem przewlekle chorym. Część druga została poświęcona prawnym aspektom ochrony zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem znaczenia regulacji prawnych dla funkcjonowania systemu oraz ochrony praw pacjenta. W części trzeciej podjęto refleksję nad społecznymi, aksjologicznymi, duchowymi i kanonicznoprawnymi wymiarami omawianych zagadnień. Część czwarta dopełnia

wcześniejsze rozważania, prezentując wybrane problemy w perspektywie interdyscyplinarnej i międzynarodowej.

Na podkreślenie zasługuje różnorodność reprezentowanych przez autorów środowisk naukowych i obszarów badawczych. Pozwoliła ona na przygotowanie wielowymiarowego opracowania, w którym ochrona zdrowia i troska o dobrostan zostały przedstawione jako obszary wymagające współpracy specjalistów wielu dyscyplin. Podejście to odpowiada współczesnym kierunkom rozwoju nauki i praktyki medycznej, w których coraz większą wagę przywiązuje się do integrowania wiedzy oraz tworzenia modeli opieki skoncentrowanych na człowieku i uwzględniających całokształt jego potrzeb.

Wyrażamy nadzieję, że niniejsza publikacja stanie się inspiracją do dalszych badań, pogłębionej refleksji i dyskusji nad kierunkami rozwoju współczesnej ochrony zdrowia. Ufamy również, że będzie wartościowym źródłem wiedzy dla przedstawicieli środowiska akademickiego, praktyków systemu ochrony zdrowia, prawników, reprezentantów nauk społecznych oraz wszystkich osób zainteresowanych prezentowaną problematyką.

Zaawansowana praktyka pielęgniarska (APN) jako determinant zdrowia i dobrostanu pacjentów – doświadczenia międzynarodowe a perspektywa Polski

Wstęp

Współczesne systemy ochrony zdrowia stoją wobec narastających wyzwań demograficznych, epidemiologicznych i organizacyjnych, takich jak starzenie się społeczeństw, wzrost częstości chorób przewlekłych, wielochorobowość pacjentów oraz niedobór kadr medycznych. Zjawiska te prowadzą do zwiększonego zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne przy jednoczesnej presji na poprawę ich jakości, dostępności i efektywności kosztowej¹. W tym kontekście szczególnego znaczenia nabierają rozwiązania systemowe umożliwiające lepsze wykorzystanie potencjału zawodów medycznych, w tym pielęgniarek, które odgrywają kluczową rolę w zapewnianiu ciągłości opieki, koordynacji świadczeń oraz opiece nad pacjentami z chorobami przewlekłymi². Odpowiedzią na rosnące potrzeby zdrowotne oraz ograniczone zasoby lekarskie w wielu krajach było rozwinięcie modelu zaawansowanej praktyki pielęgniarskiej (ang. *Advanced Practice Nursing*, APN)³, obejmującego pielęgniarki posiadające rozszerzone kompetencje kliniczne i decyzyjne, funkcjonujące w jasno

¹ Por. World Health Organization. State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership. Geneva: WHO; 2020. Dostęp: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279> (dostęp: 10.03.2026).

² L.H. Aiken, D.M. Sloane, J. Ball i in., *Patient satisfaction with hospital care and nurses in England*, „BMJ Open” 2018, t. 8(1), e019189, s. 2–3.

³ Por. APN - Advanced Practice Nursing, dalej jako APN.

określonych ramach prawnych i organizacyjnych⁴. Zgodnie z definicją Międzynarodowej Rady Pielęgniarek pielęgniarki APN są przygotowane do autonomicznego podejmowania decyzji klinicznych, prowadzenia zaawansowanej oceny stanu zdrowia pacjenta oraz koordynowania opieki w złożonych przypadkach⁵. Światowa Organizacja Zdrowia wskazuje rozwój ról APN jako jeden z kluczowych elementów wzmacniania systemów ochrony zdrowia i realizacji powszechnej opieki zdrowotnej⁶. Dostępne dowody naukowe potwierdzają, że modele opieki z udziałem pielęgniarek zaawansowanej praktyki przyczyniają się do poprawy wyników zdrowotnych pacjentów, redukcji hospitalizacji i readmisji oraz poprawy ciągłości opieki, przy zachowaniu porównywalnej lub wyższej skuteczności klinicznej w porównaniu z tradycyjnymi modelami opartymi wyłącznie na opiece lekarskiej⁷. Szczególne znaczenie APN ma w opiece nad pacjentami z chorobami przewlekłymi, w tym z ranami przewlekłymi, które stanowią istotny problem zdrowia publicznego, generując wysokie koszty społeczne i znacząco obniżając jakość życia pacjentów⁸.

1. Zaawansowana praktyka pielęgniarska – definicja i zakres

APN stanowi rozwiniętą formę wykonywania zawodu pielęgniarki, odpowiadającą na współczesne wyzwania systemów ochrony zdrowia. Z perspektywy zdrowia publicznego APN należy postrzegać nie tylko jako ścieżkę rozwoju zawodowego pielęgniarstwa, lecz przede wszystkim jako interwencję systemową ukierunkowaną na poprawę dostępności, jakości i efektywności świadczeń zdrowotnych. Międzynarodowa Rada Pielęgniarek definiuje APN jako poziom praktyki, w którym pielęgniarka posiadająca zaawansowane wykształcenie i przygotowanie kliniczne jest uprawniona

⁴ Por. World Health Organization. State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership. Geneva: WHO, 2020. Dostęp: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279> (dostęp: 10.03.2026).

⁵ International Council of Nurses, *Guidelines on Advanced Practice Nursing 2020*, Geneva 2020.

⁶ Por. World Health Organization. Global strategic directions for nursing and midwifery 2021–2025. Geneva: WHO, 2021. Dostęp: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240033863> (dostęp: 10.03.2026).

⁷ M. Swan, S. Ferguson, A. Chang, E. Larson, A. Smaldone, *Quality of primary care by advanced practice nurses: a systematic review*, „Int J Qual Health Care” 2015, t. 27(5), s. 396–404 oraz K. Kilpatrick, P. Harbman, N. Carter i in., *The impact of advanced practice nursing roles on patient, provider and health system outcomes*, „J Nurs Scholarsh” 2022, t. 54, nr 3, s. 305–314 oraz L. Poghosyan, A.A. Norful, G.R. Martsof, *Primary care nurse practitioner practice environments and outcomes*, „Med Care” 2020, t. 58, nr 7, s. 569–575.

⁸ K. Kilpatrick, S. Kaasalainen, F. Donald i in., *Outcomes of advanced practice nursing roles*, „Int J Nurs Stud” 2021, t. 122, s. 104039 oraz J.F. Guest, G.W. Fuller, P. Vowden, *Cohort study evaluating management of patients with venous leg ulcers*, „BMJ Open” 2020, t. 10: e036734 oraz M. Olsson, K. Järbrink, U. Divakar i in., *The humanistic and economic burden of chronic wounds*, „Wound Repair Regen” 2019, t. 27, nr 1, s. 114–125.

do autonomicznej oceny stanu zdrowia pacjenta, diagnozowania problemów zdrowotnych, planowania i realizacji interwencji terapeutycznych oraz monitorowania efektów leczenia⁹. Definicja ta podkreśla również odpowiedzialność za koordynację procesu opieki i współpracę w zespole interdyscyplinarnym. WHO¹⁰ akcentuje rolę APN w zwiększaniu dostępności świadczeń, poprawie ciągłości opieki oraz ograniczaniu nierówności zdrowotnych, co czyni ten model istotnym narzędziem polityki zdrowia publicznego. Zakres kompetencji pielęgniarek zaawansowanej praktyki obejmuje zaawansowaną ocenę kliniczną, rozumianą jako holistyczną analizę stanu zdrowia pacjenta z uwzględnieniem aspektów biologicznych, psychospołecznych i środowiskowych, umożliwiającą wczesne rozpoznawanie problemów zdrowotnych i planowanie adekwatnych interwencji¹¹. Istotnym elementem jest również zdolność podejmowania samodzielnych decyzji klinicznych w oparciu o aktualne dowody naukowe i indywidualne potrzeby pacjenta. W krajach, w których APN funkcjonuje jako uregulowana rola systemowa, pielęgniarki zaawansowanej praktyki aktywnie uczestniczą w procesie diagnostyczno-terapeutycznym, przyczyniając się do skrócenia ścieżki pacjenta i poprawy efektywności opieki¹². Kluczowym komponentem APN jest także koordynacja opieki, obejmująca integrację działań różnych świadczeniodawców i zapewnienie ciągłości leczenia, zwłaszcza w opiece nad pacjentami z chorobami przewlekłymi. Z punktu widzenia zdrowia publicznego kompetencja ta ma istotne znaczenie dla ograniczania hospitalizacji i readmisji oraz poprawy jakości opieki poszpitalnej i ambulatoryjnej¹³. Zaawansowana praktyka pielęgniarska obejmuje ponadto przywództwo kliniczne, rozumiane jako inicjowanie zmian organizacyjnych, wdrażanie rozwiązań opartych na dowodach naukowych oraz wpływ na kształtowanie standardów opieki zdrowotnej¹⁴. W ujęciu systemowym APN stanowi istotny element wzmacniania systemów ochrony zdrowia oraz realizacji powszechnej opieki zdrowotnej. WHO wskazuje, że rozwój ról APN umożliwia bardziej efektywne wykorzystanie zasobów ludzkich, zwiększenie dostępności świadczeń w obszarach

⁹ Por. International Council of Nurses. Guidelines on Advanced Practice Nursing. Geneva: ICN; 2020. Dostęp: https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf (dostęp: 10.03.2026).

¹⁰ Por. WHO – World Health Organization – dalej jako WHO.

¹¹ S.A. Kooienga, J. Carryer, *Globalization and advanced nursing practice*, „J Adv Nurs” 2021, t. 77, nr 4, s. 1780–1791.

¹² C.B. Maier, L.H. Aiken, *Task shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries*, „Eur J Public Health” 2022, t. 32, nr 1, s. 12–18.

¹³ L. Poghosyan, A.A. Norful, G.R. Martsolf, *Primary care nurse practitioner practice environments and outcomes*, „Med Care” 2020, t. 58, nr 7, s. 569–575.

¹⁴ Por. International Council of Nurses. Guidelines on Advanced Practice Nursing. Geneva: ICN; 2020. Dostęp: https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf (dostęp: 10.03.2026).

deficytowych oraz poprawę odporności systemów ochrony zdrowia na kryzysy zdrowotne¹⁵. APN nie stanowi alternatywy dla innych zawodów medycznych, lecz ich uzupełnienie w ramach interdyscyplinarnego modelu opieki odpowiadającego na współczesne potrzeby zdrowia publicznego.

2. Zaawansowana praktyka pielęgniarska jako determinanta zdrowia pacjentów – dowody naukowe

W literaturze naukowej z ostatnich lat coraz wyraźniej akcentuje się znaczenie zaawansowanej praktyki pielęgniarskiej jako istotnego determinantu zdrowia pacjentów, rozumianego zarówno w wymiarze indywidualnym, jak i populacyjnym. Wyniki przeglądów systematycznych i badań porównawczych opublikowanych w latach 2019–2025 wskazują, że opieka sprawowana przez pielęgniarki zaawansowanej praktyki charakteryzuje się porównywalną, a w niektórych obszarach nawet wyższą skutecznością kliniczną niż tradycyjne modele opieki lekarskiej, szczególnie w podstawowej opiece zdrowotnej oraz w opiece nad pacjentami z chorobami przewlekłymi¹⁶. Przegląd systematyczny Swan i wsp. wykazał, że jakość opieki realizowanej przez APN nie odbiega od standardów lekarskich w zakresie kontroli chorób przewlekłych, profilaktyki wtórnej oraz zarządzania terapią¹⁷. Podobne wnioski przedstawili Kilpatrick i wsp., podkreślając, że pacjenci objęci opieką APN osiągają porównywalne wyniki kliniczne, a jednocześnie korzystają z bardziej holistycznego podejścia do zdrowia, uwzględniającego aspekty psychospołeczne i edukacyjne¹⁸. Z punktu widzenia zdrowia publicznego istotne jest, że skuteczność APN odnosi się nie tylko do pojedynczych interwencji, lecz również do długofalowych efektów zdrowotnych w populacjach wymagających stałej opieki. Jednym z kluczowych mierników jakości systemów ochrony zdrowia są wskaźniki hospitalizacji i readmisji, zwłaszcza w grupach pacjentów z chorobami przewlekłymi. Dostępne badania wskazują, że wdrożenie modeli opieki z udziałem pielęgniarek APN wiąże się z istotnym

¹⁵ Por. L.H. Aiken, D.M. Sloane, J. Ball i in., *Patient satisfaction with hospital care and nurses in England*, „BMJ Open” 2018, t. 8(1), e0191898 oraz World Health Organization. Global strategic directions for nursing and midwifery 2021–2025. Geneva: World Health Organization, 2021. Dostęp: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240033863> (dostęp: 10.03.2026).

¹⁶ M. Swan, S. Ferguson, A. Chang, E. Larson, A. Smaldone, *Quality of primary care by advanced practice nurses: a systematic review*, „Int J Qual Health Care” 2015, 27(5), s. mzab037 oraz K. Kilpatrick, P. Harbman, N. Carter i in., *The impact of advanced practice nursing roles on patient, provider and health system outcomes*, „J Nurs Scholarsh” 2022, t. 54, nr 3, s. 305–314 oraz J. Stanik-Hutt, R.P. Newhouse, K.M. White i in., *The quality and effectiveness of care provided by nurse practitioners*, „Policy Polit Nurs Pract” 2020, t. 21, nr 1, s. 23–35.

¹⁷ Ibidem.

¹⁸ Ibidem.

zmniejszeniem liczby nieplanowanych hospitalizacji oraz ponownych przyjęć do szpitala po wypisie¹⁹. Poghosyan i wsp. wykazali, że praktyki podstawowej opieki zdrowotnej, w których pielęgniarki zaawansowanej praktyki odgrywają znaczącą rolę, charakteryzują się lepszą ciągłością opieki i niższym ryzykiem readmisji²⁰. Redukcja hospitalizacji ma szczególne znaczenie w kontekście zdrowia publicznego, ponieważ przekłada się na obniżenie kosztów systemowych, ograniczenie obciążenia szpitali oraz poprawę bezpieczeństwa pacjentów. APN, poprzez koordynację opieki, edukację zdrowotną oraz monitorowanie stanu pacjentów po wypisie, odgrywa kluczową rolę w zapobieganiu dekompensacjom chorób przewlekłych²¹. Poprawa dostępności opieki zdrowotnej stanowi jeden z fundamentalnych celów zdrowia publicznego. Liczne badania potwierdzają, że rozwój ról APN przyczynia się do skrócenia czasu oczekiwania na świadczenia, zwiększenia dostępności opieki w obszarach deficytowych oraz poprawy ciągłości leczenia, zwłaszcza w podstawowej opiece zdrowotnej i opiece długoterminowej²². Maier i Aiken, analizując dane z 39 krajów, wykazali, że rozszerzenie kompetencji pielęgniarek prowadzi do lepszego wykorzystania zasobów systemowych bez obniżenia jakości świadczeń²³. Z perspektywy pacjenta ciągłość opieki sprzyja budowaniu relacji terapeutycznej, poprawie adherencji do zaleceń oraz szybszemu reagowaniu na pogorszenie stanu zdrowia, natomiast z punktu widzenia systemu umożliwia bardziej efektywne zarządzanie populacjami pacjentów przewlekle chorych²⁴. Istotnym argumentem przemawiającym za wdrażaniem APN jako elementu polityki zdrowia publicznego jest również efektywność kosztowa. Przeglądy systematyczne wskazują, że modele opieki z udziałem pielęgniarek zaawansowanej praktyki są co najmniej równie efektywne kosztowo jak tradycyjne modele, a w wielu przypadkach prowadzą do redukcji wydatków związanych z hospitalizacjami, wizytami w trybie nagłym oraz leczeniem powikłań²⁵. Oszczędności te wynikają przede wszystkim z lepszej koordynacji opieki i skuteczniejszego zapobiegania zaostrzeniom

¹⁹ L. Poghosyan, A.A. Norful, G.R. Martsolf, *Primary care nurse practitioner practice environments and outcomes*, „Med Care” 2020, t. 58, nr 7, s. 569–575 oraz K. Kilpatrick, S. Kaasalainen, F. Donald i in., *Outcomes of advanced practice nursing roles*, „Int J Nurs Stud” 2021, t. 122, 104039.

²⁰ Ibidem.

²¹ Ibidem.

²² C.B. Maier, L.H. Aiken, *Task shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries*, „Eur J Public Health” 2022, t. 32, nr 1, s. 12–18 oraz T. Reay, E. Goodrick, S.B. Waldorff, A. Casebeer, *Co-creating a new role for nurse practitioners in primary care*, „Acad Manag J” 2021, t. 64, nr 6, s. 1939–1969.

²³ Ibidem.

²⁴ Ibidem.

²⁵ K. Kilpatrick, E. Tchouaket, N. Carter i in., *Cost-effectiveness of advanced practice nursing roles*, „Nurs Outlook” 2020, t. 68, nr 2, s. 236–247 oraz B.F.Y. Woo, J.X.Y. Lee, W.W.S. Tam, *The impact of advanced practice nursing on cost and quality of care*, „Int J Nurs Stud” 2021, t. 122, 104043.

chorób przewlekłych²⁶. Najsilniejsze dowody dotyczące wpływu APN na zdrowie pacjentów pochodzą z obszaru podstawowej opieki zdrowotnej oraz opieki długoterminowej, gdzie pielęgniarki zaawansowanej praktyki odgrywają kluczową rolę w zarządzaniu chorobami przewlekłymi, profilaktyce powikłań oraz koordynacji opieki między różnymi poziomami systemu²⁷. Ma to szczególne znaczenie w populacji osób starszych, charakteryzujących się wielochorobowością i zwiększonym zapotrzebowaniem na długofalowe wsparcie zdrowotne. Starzenie się społeczeństw stanowi jedno z największych wyzwań zdrowia publicznego XXI wieku. Światowa Organizacja Zdrowia wskazuje, że rozwój ról APN jest jednym z kluczowych elementów dostosowania systemów ochrony zdrowia do potrzeb populacji geriatrycznych²⁸. Holistyczne podejście pielęgniarek zaawansowanej praktyki oraz ich stały kontakt z pacjentem umożliwiają skuteczniejsze odpowiadanie na złożone potrzeby zdrowotne osób starszych, przyczyniając się do poprawy ich stanu zdrowia i ograniczenia konieczności hospitalizacji. Podsumowując, dostępne dowody naukowe jednoznacznie wskazują, że zaawansowana praktyka pielęgniarska stanowi istotny determinant zdrowia pacjentów i powinna być traktowana jako integralny element nowoczesnych systemów ochrony zdrowia. APN nie jest substytutem opieki lekarskiej, lecz jej uzupełnieniem i wzmocnieniem w ramach interdyscyplinarnego modelu opieki, odpowiadającego na współczesne wyzwania zdrowia publicznego.

3. Zaawansowana praktyka pielęgniarska a dobrostan pacjentów

Dobrostan pacjentów stanowi jedno z kluczowych pojęć współczesnego zdrowia publicznego, wykraczające poza tradycyjne wskaźniki kliniczne i obejmujące zarówno subiektywne, jak i obiektywne aspekty funkcjonowania jednostki w procesie leczenia. W literaturze dobrostan definiowany jest jako stan obejmujący poczucie bezpieczeństwa, ciągłość opieki, jakość relacji terapeutycznej oraz stopień kontroli pacjenta nad własnym procesem leczenia²⁹. W tym kontekście zaawansowana praktyka pielęgniarska stanowi istotny czynnik wpływający na poprawę dobrostanu

²⁶ Ibidem.

²⁷ K. Kilpatrick, P. Harbman, N. Carter i in., *The impact of advanced practice nursing roles on patient, provider and health system outcomes*, „J Nurs Scholarsh” 2022, t. 54, nr 3, s. 305–314 oraz L. Poghosyan, A.A. Norful, G.R. Martsolf, *Primary care nurse practitioner practice environments and outcomes*, „Med Care” 2020, t. 58, nr 7, s. 569–575.

²⁸ Por. L.H. Aiken, D.M. Sloane, J. Ball i in., *Patient satisfaction with hospital care and nurses in England*, „BMJ Open” 2018, t. 8, e019189.

²⁹ Por. State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership, Geneva: WHO 2020, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279> dostęp online (dostęp: 10.03.2026) oraz L.H. Aiken, D.M. Sloane, J. Ball i in., *Patient satisfaction with hospital care and nurses in England*, „BMJ Open” 2018, t. 8(1), e019189.

pacjentów, szczególnie w populacjach osób przewlekle chorych. Jednym z podstawowych komponentów dobrostanu jest bezpieczeństwo pacjenta, rozumiane zarówno jako minimalizacja ryzyka zdarzeń niepożądanych, jak i poczucie stabilności procesu terapeutycznego. Badania wskazują, że modele opieki z udziałem pielęgniarek APN sprzyjają poprawie bezpieczeństwa poprzez bardziej kompleksową ocenę stanu zdrowia, skuteczniejsze monitorowanie objawów oraz szybsze reagowanie na pogorszenie stanu klinicznego³⁰. Bezpieczeństwo pacjenta jest ściśle powiązane z ciągłością opieki, która w modelach APN stanowi jeden z kluczowych obszarów kompetencji. Pielęgniarki zaawansowanej praktyki, pełniąc funkcję koordynatorów opieki, przyczyniają się do ograniczenia fragmentacji świadczeń, poprawy komunikacji między świadczeniodawcami oraz zwiększenia poczucia bezpieczeństwa pacjentów, zwłaszcza w okresach przejściowych, takich jak np. wypis ze szpitala³¹. Istotnym elementem dobrostanu pacjenta jest również relacja terapeutyczna, oparta na zaufaniu, dostępności i partnerskim podejściu do leczenia. Pielęgniarki APN, dzięki większej dostępności czasowej i holistycznemu podejściu, odgrywają ważną rolę w budowaniu relacji sprzyjającej zaangażowaniu pacjenta w proces leczenia, co ma szczególne znaczenie w przypadku chorób przewlekłych³². Kolejnym aspektem dobrostanu jest poczucie kontroli nad leczeniem, ściśle powiązane z edukacją zdrowotną i wspólnym podejmowaniem decyzji. Badania dowodzą, że opieka realizowana przez pielęgniarki APN sprzyja wzrostowi poczucia sprawczości pacjentów, poprawie ich wiedzy oraz lepszej adherencji terapeutycznej, co przekłada się na poprawę jakości życia³³. Wpływ APN na satysfakcję pacjentów jest szeroko udokumentowany. Pacjenci objęci opieką pielęgniarek zaawansowanej praktyki częściej deklarują wysoki poziom satysfakcji wynikający z lepszej komunikacji, dostępności oraz indywidualnego podejścia do potrzeb zdrowotnych³⁴. Ma to szczególne znaczenie w populacji pacjentów przewlekle chorych, u których dobrostan jest często obniżony na skutek długotrwałego obciążenia chorobą i częstych kontaktów z systemem ochrony zdrowia. Z perspektywy

³⁰ K. Kilpatrick, P. Harbman, N. Carter i in., *The impact of advanced practice nursing roles on patient, provider and health system outcomes*, „J Nurs Scholarsh” 2022, t. 54, nr 3, s. 305–314.

³¹ L. Poghosyan, A.A. Norful, G.R. Martsolf, *Primary care nurse practitioner practice environments and outcomes*, „Med Care” 2020, t. 58, nr 7, s. 569–575 oraz B.F.Y. Woo, J.X.Y. Lee, W.W.S. Tam, *The impact of advanced practice nursing on cost and quality of care*, „Int J Nurs Stud” 2021, t. 122, 104043.

³² T. Reay, E. Goodrick, S.B. Waldorff, A. Casebeer, *Co-creating a new role for nurse practitioners in primary care*, „Acad Manag J” 2021, t. 64, nr 6, s. 1939–1969.

³³ Por. K. Kilpatrick, S. Kaasalainen, F. Donald i in., *Outcomes of advanced practice nursing roles*, „Int J Nurs Stud” 2021, t. 122: 104039

³⁴ K. Kilpatrick, P. Harbman, N. Carter i in., *The impact of advanced practice nursing roles on patient, provider and health system outcomes*, „J Nurs Scholarsh” 2022, t. 54, nr 3, s. 305–314 oraz Patient-Reported Indicators Surveys (PaRIS): Results from the 2023 Survey, Paris: OECD 2023, <https://www.oecd.org/health/paris/> dostęp online (dostęp: 10.03.2026).

zdrowia publicznego poprawa dobrostanu tej grupy pacjentów stanowi istotny element strategii ograniczania kosztów pośrednich chorób oraz poprawy funkcjonowania populacji³⁵.

4. Doświadczenia międzynarodowe w zakresie zaawansowanej praktyki pielęgniarskiej

Zaawansowana praktyka pielęgniarska funkcjonuje w wielu krajach jako ugruntowany i formalnie uregulowany element systemów ochrony zdrowia. Doświadczenia międzynarodowe wskazują, że skuteczne wdrożenie ról APN wymaga nie tylko odpowiedniego przygotowania kadry, lecz przede wszystkim jasnych ram prawnych, stabilnego finansowania oraz integracji z istniejącymi strukturami opieki zdrowotnej. Z perspektywy zdrowia publicznego APN stanowi narzędzie wzmacniania systemów ochrony zdrowia, poprawy dostępności świadczeń oraz realizacji celów powszechnej opieki zdrowotnej.

Kraje anglosaskie – APN jako standard opieki

Najdłuższe doświadczenia w zakresie zaawansowanej praktyki pielęgniarskiej posiadają Stany Zjednoczone, Kanada, Wielka Brytania oraz Australia. W krajach tych pielęgniarki zaawansowanej praktyki funkcjonują jako samodzielni świadczeniodawcy w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, opieki specjalistycznej oraz opieki długoterminowej. Badania wskazują, że APN w tych systemach przyczyniają się do poprawy dostępności opieki, szczególnie w obszarach wiejskich i deficytowych kadrowo, bez obniżenia jakości świadczeń³⁶. W Wielkiej Brytanii pielęgniarki zaawansowanej praktyki są integralną częścią zespołów POZ³⁷, realizując zarówno świadczenia diagnostyczne, terapeutyczne, jak i koordynacyjne. Analizy wykazują, że modele te sprzyjają skróceniu czasu oczekiwania na świadczenia oraz poprawie ciągłości opieki nad pacjentami z chorobami przewlekłymi³⁸. Z perspektywy

³⁵ Por. Global strategic directions for nursing and midwifery 2021–2025, Geneva: WHO 2021, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240033863>, dostęp online (dostęp: 10.03.2026).

³⁶ K. Kilpatrick, P. Harbman, N. Carter i in., *The impact of advanced practice nursing roles on patient, provider and health system outcomes*, „J Nurs Scholarsh” 2022, t. 54, nr 3, s. 305–314 oraz J. Stanik-Hutt, R.P. Newhouse, K.M. White i in., *The quality and effectiveness of care provided by nurse practitioners*, „Policy Polit Nurs Pract” 2020, t. 21, nr 1, s. 23–35.

³⁷ Por. POZ – Podstawowa Opieka Zdrowotna, dalej jako POZ.

³⁸ Por. L.H. Aiken, D.M. Sloane, J. Ball i in., *Patient satisfaction with hospital care and nurses in England*, „BMJ Open” 2018, t. 8, e019189.

systemowej APN są postrzegane jako element strategii radzenia sobie z niedoborem lekarzy oraz rosnącymi potrzebami zdrowotnymi starzejącej się populacji.

Kraje skandynawskie i Europa Zachodnia

W krajach skandynawskich zaawansowana praktyka pielęgniarska rozwijana jest jako odpowiedź na wyzwania demograficzne oraz konieczność zapewnienia wysokiej jakości opieki w modelu zdecentralizowanym. Pielęgniarki APN pełnią istotną rolę w opiece środowiskowej, długoterminowej oraz w zarządzaniu chorobami przewlekłymi³⁹. Badania prowadzone w Szwecji i Norwegii wskazują, że APN przyczyniają się do poprawy koordynacji opieki oraz zwiększenia satysfakcji pacjentów, szczególnie w populacjach osób starszych⁴⁰. Analizy porównawcze prowadzone w krajach Unii Europejskiej pokazują, że państwa, które wdrożyły rozszerzone kompetencje pielęgniarek, osiągają lepsze wskaźniki dostępności opieki przy porównywalnych lub niższych kosztach systemowych⁴¹. Maier i Aiken podkreślają, że rozwój APN w Europie Zachodniej nie prowadzi do konfliktów kompetencyjnych, lecz sprzyja efektywniejszemu wykorzystaniu zasobów ludzkich w ochronie zdrowia⁴². Zaawansowana praktyka pielęgniarska w Holandii jest jednym z najlepiej rozwiniętych i najbardziej dojrzałych modeli w Europie. Funkcjonuje jako formalnie uregulowany, integralny element systemu ochrony zdrowia, a pielęgniarki APN (najczęściej Nurse Practitioners – NP⁴³ oraz Clinical Nurse Specialists – CNS⁴⁴) posiadają realną autonomię kliniczną.

Ramy prawne i finansowanie jako kluczowe czynniki sukcesu

Doświadczenia międzynarodowe jednoznacznie wskazują, że skuteczne funkcjonowanie zaawansowanej praktyki pielęgniarskiej wymaga stabilnych ram prawnych oraz odpowiedniego finansowania świadczeń realizowanych przez APN. W krajach, w których role te są jasno zdefiniowane i finansowane w ramach publicznych systemów ochrony zdrowia, obserwuje się większą skuteczność wdrożeń oraz wyższy

³⁹ S.A. Kooienga, J. Carryer, *Globalization and advanced nursing practice*, „J Adv Nurs” 2021, t. 77, nr 4, s. 1780–1791.

⁴⁰ Por. B.F.Y. Woo, J.X.Y. Lee, W.W.S. Tam, *The impact of advanced practice nursing on cost and quality of care*, „Int J Nurs Stud” 2021, t. 122, 104043.

⁴¹ C.B. Maier, L.H. Aiken, *Task shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries*, „Eur J Public Health” 2022, t. 32, nr 1, s. 12–18.

⁴² Ibidem.

⁴³ Por. NP - Nurse Practitioners, dalej zwane jako NP.

⁴⁴ Por. CNS - Clinical Nurse Specialists, dalej zwane jako CNS.

poziom akceptacji społecznej i zawodowej⁴⁵. WHO podkreśla, że rozwój ról APN powinien być elementem długofalowej strategii zdrowia publicznego, a nie jedynie odpowiedzią na krótkoterminowe niedobory kadrowe⁴⁶. Integracja APN z systemami finansowania świadczeń oraz ich formalne umocowanie prawne sprzyjają trwałości wdrażanych rozwiązań i umożliwiają monitorowanie ich efektów zdrowotnych.

Wnioski z doświadczeń międzynarodowych

Analiza doświadczeń międzynarodowych może wskazywać, że zaawansowana praktyka pielęgniarska może stanowić skuteczne narzędzie wzmacniania systemów ochrony zdrowia, poprawy dostępności świadczeń oraz zwiększenia jakości opieki nad pacjentami przewlekle chorymi. APN nie jest substytutem opieki lekarskiej, lecz elementem interdyscyplinarnego modelu opieki, który odpowiada na współczesne wyzwania zdrowia publicznego. Wnioski te mają istotne znaczenie dla krajów, takich jak Polska, stojących przed koniecznością modernizacji systemu ochrony zdrowia i lepszego wykorzystania potencjału zawodów medycznych.

5. Perspektywa Polski – analiza systemowa

Pomimo dynamicznego rozwoju zaawansowanej praktyki pielęgniarskiej w wielu krajach oraz rosnącej liczby dowodów potwierdzających jej pozytywny wpływ na zdrowie i dobrostan pacjentów, w Polsce APN nie funkcjonuje dotychczas jako formalnie uregulowany element systemu ochrony zdrowia. Brak spójnych rozwiązań legislacyjnych, organizacyjnych i finansowych powoduje, że potencjał pielęgniarek pozostaje w dużej mierze niewykorzystany, co z perspektywy zdrowia publicznego należy uznać za istotną lukę systemową. Obecny model pielęgniarstwa w Polsce charakteryzuje się fragmentarycznym podejściem do kompetencji zawodowych. Choć pielęgniarki posiadają coraz szersze kwalifikacje, w tym uprawnienia do ordynowania wybranych leków i wyrobów medycznych, kompetencje te nie są zintegrowane w ramach jednej, spójnej roli klinicznej odpowiadającej międzynarodowym standardom APN⁴⁷. W efekcie pielęgniarki realizują zadania o charakterze zaawansowanym,

⁴⁵ K. Kilpatrick, P. Harbman, N. Carter i in., *The impact of advanced practice nursing roles on patient, provider and health system outcomes*, „J Nurs Scholarsh” 2022, t. 54, nr 3, s. 305–314 oraz T. Reay, E. Goodrick, S.B. Waldorff, A. Casebeer, *Co-creating a new role for nurse practitioners in primary care*, „Acad Manag J” 2021, t. 64, nr 6, s. 1939–1969.

⁴⁶ Por. Strengthening primary health care through advanced nursing practice, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe 2022, <https://iris.who.int/>, dostęp online (dostęp: 10.03.2026).

⁴⁷ Por. Guidelines on Advanced Practice Nursing, Geneva: ICN 2020, https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf, dostęp online (dostęp: 10.03.2026).

jednak bez formalnego umocowania, odpowiedniej autonomii decyzyjnej i stabilnego finansowania, co ogranicza ich wpływ na poprawę zdrowia populacyjnego. Sytuacja ta występuje w warunkach narastających wyzwań demograficznych i epidemiologicznych. Polska doświadcza starzenia się społeczeństwa, wzrostu liczby pacjentów z chorobami przewlekłymi oraz rosnącego zapotrzebowania na długoterminową, skoordynowaną opiekę zdrowotną⁴⁸. Jednocześnie system ochrony zdrowia zmaga się z niedoborem lekarzy i ograniczoną dostępnością świadczeń, szczególnie w podstawowej opiece zdrowotnej i opiece środowiskowej. Brak formalnej roli APN należy zatem postrzegać jako czynnik pogłębiający nierówności w dostępie do opieki oraz zwiększający obciążenie opieki szpitalnej, w tym liczbę możliwych do uniknięcia hospitalizacji i readmisji⁴⁹. Szczególnie wyraźnie brak zaawansowanej praktyki pielęgniarskiej widoczny jest w opiece nad pacjentami z chorobami przewlekłymi, w tym z ranami przewlekłymi, gdzie fragmentacja świadczeń i niedostateczna koordynacja opieki istotnie obniżają efektywność leczenia. W tym obszarze pielęgniarka zaawansowanej praktyki mogłaby pełnić rolę kluczowego koordynatora procesu terapeutycznego, łącząc kompetencje kliniczne z funkcją zarządzania opieką i edukacji zdrowotnej⁵⁰. Brak wdrożenia APN w Polsce pozostaje również w sprzeczności z rekomendacjami Światowej Organizacji Zdrowia oraz Międzynarodowej Rady Pielęgniarek, które wskazują rozwój zaawansowanej praktyki pielęgniarskiej jako jeden z filarów wzmacniania systemów ochrony zdrowia i realizacji powszechnej opieki zdrowotnej⁵¹. Z perspektywy polityki zdrowotnej APN powinna być postrzegana jako narzędzie zdrowia publicznego, a nie wyłącznie model rozwoju zawodowego. W ostatnich latach obserwuje się jednak intensyfikację działań środowisk zawodowych i eksperckich, co wskazuje, że wdrożenie APN w Polsce staje się kwestią czasu, a nie zasadności.

⁴⁸ Por. Global strategic directions for nursing and midwifery 2021–2025, Geneva: WHO 2021, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240033863>, dostęp online (dostęp: 10.03.2026).

⁴⁹ L. Poghosyan, A.A. Norful, G.R. Martsolf, *Primary care nurse practitioner practice environments and outcomes*, „Med Care” 2020, t. 58, nr 7, s. 569–575.

⁵⁰ Por. J.F. Guest, G.W. Fuller, P. Vowden, *Cohort study evaluating management of patients with venous leg ulcers*, „BMJ Open” 2020, t. 10, e036734.

⁵¹ Por. Global strategic directions for nursing and midwifery 2021–2025, Geneva: WHO 2021, dostęp online (dostęp: 10.03.2026) oraz Strengthening primary health care through advanced nursing practice, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe 2022, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240033863>, dostęp online (dostęp: 10.03.2026).

6. Dyskusja

Przeprowadzona analiza dowodów naukowych oraz doświadczeń międzynarodowych jednoznacznie wskazuje, że zaawansowana praktyka pielęgniarska (APN) stanowi istotny determinant zdrowia i dobrostanu pacjentów oraz skuteczne narzędzie wzmocnienia systemów ochrony zdrowia. W krajach, w których role APN zostały formalnie wdrożone i zintegrowane z systemem opieki zdrowotnej, obserwuje się poprawę dostępności świadczeń, zwiększenie ciągłości opieki, redukcję hospitalizacji i readmisji oraz poprawę satysfakcji i jakości życia pacjentów⁵². Efekty te mają szczególne znaczenie z perspektywy zdrowia publicznego, gdyż dotyczą populacji pacjentów przewlekle chorych i osób starszych, generujących największe obciążenie dla systemu. Na tle tych doświadczeń sytuacja w Polsce pozostaje etapem przejściowym, charakteryzującym się jednoczesnym istnieniem wysokiego potencjału zawodowego pielęgniarek oraz brakiem spójnych rozwiązań systemowych umożliwiających jego pełne wykorzystanie. Dotychczasowe funkcjonowanie rozszerzonych kompetencji pielęgniarskich ma charakter fragmentaryczny i nie tworzy jednolitej roli klinicznej odpowiadającej międzynarodowym standardom APN, co z perspektywy zdrowia publicznego oznacza utrzymywanie modeli opieki o ograniczonej efektywności. Jednocześnie obserwuje się w Polsce intensyfikację działań na rzecz wdrożenia zaawansowanej praktyki pielęgniarskiej, podejmowanych przez środowiska zawodowe, samorząd pielęgniarek oraz organizacje eksperckie. Wpisuje się to w szerszy trend europejski, w którym rozwój ról pielęgniarskich postrzegany jest jako odpowiedź na wyzwania demograficzne, epidemiologiczne i kadrowe⁵³. Analiza doświadczeń międzynarodowych wskazuje jednak, że skuteczne wdrożenie APN wymaga jednoczesnego spełnienia kilku warunków: jasnych regulacji prawnych, stabilnego finansowania świadczeń, integracji z podstawową opieką zdrowotną i opieką długoterminową oraz systematycznej oceny efektów zdrowotnych. Brak któregośkolwiek z tych elementów ogranicza realny wpływ APN na zdrowie pacjentów. Szczególne znaczenie w polskich realiach ma potencjał APN w opiece nad pacjentami z chorobami przewlekłymi, w tym z ranami przewlekłymi, gdzie fragmentacja opieki

⁵² M. Swan, S. Ferguson, A. Chang, E. Larson, A. Smaldone, *Quality of primary care by advanced practice nurses: a systematic review*, „Int J Qual Health Care” 2015, t. 27(5), s. mزاب037 oraz K. Kilpatrick, P. Harbman, N. Carter i in., *The impact of advanced practice nursing roles on patient, provider and health system outcomes*, „J Nurs Scholarsh” 2022, t. 54, nr 3, s. 305–314 oraz L. Poghosyan, A.A. Norful, G.R. Martsolf, *Primary care nurse practitioner practice environments and outcomes*, „Med Care” 2020, t. 58, nr 7, s. 569–575.

⁵³ Por. Strengthening primary health care through advanced nursing practice, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe 2022, <https://iris.who.int/handle/10665/369980>, dostęp online (dostęp: 10.03.2026).

i niedostateczna koordynacja świadczeń sprzyjają pogorszeniu wyników leczenia i obniżeniu dobrostanu pacjentów. W tym obszarze pielęgniarka zaawansowanej praktyki mogłaby pełnić rolę kluczowego koordynatora procesu terapeutycznego, łącząc kompetencje kliniczne z funkcją zarządzania opieką i edukacji zdrowotnej⁵⁴. Należy przy tym podkreślić, że APN nie stanowi zagrożenia dla innych zawodów medycznych, lecz wzmacnia modele opieki interdyscyplinarnej, umożliwiając bardziej efektywne wykorzystanie kompetencji zespołów terapeutycznych oraz poprawę wyników zdrowotnych bez obniżenia jakości opieki, a często przy jednoczesnej redukcji kosztów systemowych⁵⁵.

7. Wnioski i rekomendacje

Przeprowadzona analiza jednoznacznie wskazuje, że zaawansowana praktyka pielęgniarska stanowi istotny determinant zdrowia i dobrostanu pacjentów oraz skuteczne narzędzie wzmacniania nowoczesnych systemów ochrony zdrowia. Doświadczenia międzynarodowe oraz aktualne dowody naukowe potwierdzają, że modele opieki z udziałem pielęgniarek zaawansowanej praktyki przyczyniają się do poprawy wyników zdrowotnych, zwiększenia dostępności i ciągłości opieki, redukcji hospitalizacji i readmisji oraz poprawy satysfakcji i jakości życia pacjentów, szczególnie w populacjach osób przewlekle chorych i starszych. Z perspektywy zdrowia publicznego zaawansowana praktyka pielęgniarska powinna być postrzegana nie jako rozwiązanie alternatywne wobec opieki lekarskiej, lecz jako integralny element interdyscyplinarnego modelu opieki, odpowiadającego na współczesne wyzwania demograficzne, epidemiologiczne i kadrowe. APN wpisuje się w cele powszechnej opieki zdrowotnej (Universal Health Coverage), umożliwiając efektywniejsze wykorzystanie zasobów systemu ochrony zdrowia oraz poprawę dostępności świadczeń dla populacji o największych potrzebach zdrowotnych. W kontekście polskiego systemu ochrony zdrowia brak formalnego wdrożenia zaawansowanej praktyki pielęgniarskiej należy uznać za istotne ograniczenie możliwości poprawy zdrowia populacyjnego i dobrostanu pacjentów. Jednocześnie obserwowana w ostatnich latach intensyfikacja działań środowisk pielęgniarskich oraz rosnące zainteresowanie decydentów zdrowotnych wskazują, że Polska znajduje się na etapie przygotowawczym do wdrożenia

⁵⁴ Por. J.F. Guest, G.W. Fuller, P. Vowden, *Cohort study evaluating management of patients with venous leg ulcers*, „BMJ Open” 2020, t. 10, e036734.

⁵⁵ C.B. Maier, L.H. Aiken, *Task shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries*, „Eur J Public Health” 2022, t. 32, nr 1, s. 12–18.

tego modelu opieki. Stwarza to realną szansę na wprowadzenie systemowych zmian, których efekty mogą być widoczne w najbliższych latach.

Na podstawie przeprowadzonej analizy sformułowano następujące rekomendacje o charakterze systemowym:

1. Uznanie zaawansowanej praktyki pielęgniarstwa za element polityki zdrowia publicznego, a nie wyłącznie za obszar rozwoju zawodowego pielęgniarstwa.
2. Stworzenie jasnych ram prawnych dla funkcjonowania APN, obejmujących zakres autonomii klinicznej, odpowiedzialności zawodowej oraz integracji z zespołami interdyscyplinarnymi.
3. Zapewnienie stabilnego finansowania świadczeń realizowanych przez pielęgniarki zaawansowanej praktyki, w szczególności w podstawowej opiece zdrowotnej, ambulatoryjnej opiece pielęgniarstwa oraz opiece długoterminowej.
4. Wdrożenie pilotażowych modeli APN w obszarach o największym zapotrzebowaniu zdrowotnym, takich jak opieka nad pacjentami z chorobami przewlekłymi, w tym ranami przewlekłymi, oraz w populacji osób starszych.
5. Opracowanie systemu monitorowania efektów zdrowotnych i ekonomicznych APN, umożliwiającego ocenę wpływu tego modelu na zdrowie populacji, dobrostan pacjentów oraz efektywność systemu ochrony zdrowia.

Podsumowując, zaawansowana praktyka pielęgniarstwa stanowi realną i opartą na dowodach odpowiedź na wyzwania stojące przed polskim systemem ochrony zdrowia. Jej wdrożenie może przyczynić się do poprawy zdrowia i dobrostanu pacjentów oraz zwiększenia odporności systemu na przyszłe wyzwania zdrowia publicznego.

Bibliografia

- Aiken L.H., Sloane D.M., Ball J. i in., *Patient satisfaction with hospital care and nurses in England*, „BMJ Open” 2018, t. 8(1), e019189.
- Guest J.F., Fuller G.W., Vowden P., *Cohort study evaluating management of patients with venous leg ulcers*, „BMJ Open” 2020, t. 10, e036734.
- International Council of Nurses, *Guidelines on Advanced Practice Nursing*, „Geneva” 2020.
- Kilpatrick K., Harbman P., Carter N. i in., *The impact of advanced practice nursing roles on patient, provider and health system outcomes*, „Journal of Nursing Scholarship” 2022, t. 54, nr 3, s. 305–314.
- Kilpatrick K., Kaasalainen S., Donald F. i in., *Outcomes of advanced practice nursing roles*, „International Journal of Nursing Studies” 2021, t. 122, 104039.

- Kilpatrick K., Tchouaket E., Carter N. i in., *Cost-effectiveness of advanced practice nursing roles*, „Nursing Outlook” 2020, t. 68, nr 2, s. 236–247.
- Kooienga S.A., Carryer J., *Globalization and advanced nursing practice*, „Journal of Advanced Nursing” 2021, t. 77, nr 4, s. 1780–1791.
- Maier C.B., Aiken L.H., *Task shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries*, „European Journal of Public Health” 2022, t. 32, nr 1, s. 12–18.
- OECD, „Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS): Results from the” 2023 Survey, Paris 2023.
- Olsson M., Järbrink K., Divakar U. i in., *The humanistic and economic burden of chronic wounds*, „Wound Repair and Regeneration” 2019, t. 27, nr 1, s. 114–125.
- Poghosyan L., Norful A.A., Martsolf G.R., *Primary care nurse practitioner practice environments and outcomes*, „Medical Care” 2020, t. 58, nr 7, s. 569–575.
- Reay T., Goodrick E., Waldorff S.B., Casebeer A., *Co-creating a new role for nurse practitioners in primary care*, „Academy of Management Journal” 2021, t. 64, nr 6, s. 1939–1969.
- Stanik-Hutt J., Newhouse R.P., White K.M. i in., *The quality and effectiveness of care provided by nurse practitioners*, „Policy, „Politics & Nursing Practice”„ 2020, t. 21, nr 1, s. 23–35.
- Swan M., Ferguson S., Chang A., Larson E., Smaldone A., *Quality of primary care by advanced practice nurses: a systematic review*, „International Journal for Quality in Health Care” 2015, 27(5), ss. 396–404.
- Woo B.F.Y., Lee J.X.Y., Tam W.W.S., *The impact of advanced practice nursing on cost and quality of care*, „International Journal of Nursing Studies” 2021, t. 122, 104043.
- World Health Organization, „Global strategic directions for nursing and midwifery” 2021–2025, Geneva 2021.
- World Health Organization, „State of the world”s nursing,, 2020: Investing in education, jobs and leadership, Geneva 2020.
- World Health Organization Regional Office for Europe, Strengthening primary health care through advanced nursing practice, „Copenhagen” 2022.

Prehabilitacja w leczeniu ran

Wstęp

Rany przewlekłe stanowią narastający problem zdrowia publicznego o wymiarze globalnym. Szacuje się, że dotyczą od 1 do 2% populacji krajów rozwiniętych, a wraz ze starzeniem się społeczeństw oraz wzrostem częstości występowania chorób przewlekłych – takich jak cukrzyca, miażdżycza czy niewydolność żylna – ich częstość systematycznie wzrasta. Leczenie ran przewlekłych generuje również znaczące koszty ekonomiczne dla systemów ochrony zdrowia, obejmujące zarówno hospitalizacje, długotrwałą opiekę ambulatoryjną, jak i utratę sprawności pacjentów. Proces gojenia ran przewlekłych stanowi jedno z największych wyzwań współczesnej medycyny i pielęgniarstwa klinicznego. Rany trudno gojące się definiowane są jako uszkodzenia tkanek, które nie przechodzą w sposób uporządkowany i przewidywalny przez kolejne etapy naprawy prowadzące do odtworzenia integralności anatomicznej i funkcjonalnej organizmu. Ich patogeneza ma charakter wieloczynnikowy i obejmuje zarówno zaburzenia miejscowe, jak i ogólnoustrojowe, wpływające na zdolność regeneracyjną chorego¹. Klasyczny model gojenia ran obejmuje następujące, wzajemnie powiązane fazy: hemostazy, zapalenia, proliferacji oraz przebudowy tkankowej. W warunkach fizjologicznych proces ten przebiega dynamicznie i sekwencyjnie, jednak w przypadku ran przewlekłych dochodzi do jego zatrzymania, najczęściej na etapie przedłużonej odpowiedzi zapalnej. Utrzymywanie się martwicy, biofilmu bakteryjnego, nadmiernego wysięku, niedokrwienia tkanek lub przewlekłego ucisku prowadzi do powstania środowiska biologicznego niesprzyjającego

¹ Por. X. Bai, L. Han, et al. *Digital health interventions for chronic wound management: systematic review and meta-analysis*, „J Med Internet Res” 2024, nr 26, e47904.

regeneracji². Jednocześnie znaczącą rolę odgrywają czynniki systemowe, takie jak niedożywienie, sarkopenia, hiperglikemia, choroby naczyniowe czy zespół kruchości, które ograniczają rezerwy adaptacyjne organizmu i jego zdolność odpowiedzi na stres metaboliczny związany z procesem gojenia³. Współczesne podejście do leczenia ran przewlekłych coraz wyraźniej odchodzi od koncepcji skoncentrowanej wyłącznie na leczeniu miejscowym na rzecz modelu holistycznego, uwzględniającego optymalizację stanu ogólnego pacjenta. Skuteczność nawet najbardziej zaawansowanych technologii opatrunkowych pozostaje ograniczona w sytuacji niekontrolowanego niedokrwienia, utrzymującego się przeciążenia mechanicznego lub niewyrównanych zaburzeń metabolicznych. Leczenie rany wymaga zatem nie tylko interwencji lokalnych, lecz przede wszystkim poprawy biologicznej zdolności organizmu do regeneracji⁴. W tym kontekście szczególnego znaczenia nabiera koncepcja prehabilitacji. Prehabilitacja definiowana jest jako zaplanowany, wielodyscyplinarny proces interwencji podejmowanych przed wystąpieniem kluczowego obciążenia biologicznego lub terapeutycznego, którego celem jest zwiększenie rezerw funkcjonalnych pacjenta oraz poprawa jego zdolności do adaptacji i rekonwalescencji⁵. Koncepcja prehabilitacji wywodzi się z obszaru ortopedii, rehabilitacji oraz medycyny sportowej, gdzie pierwotnie odnosiła się do działań ukierunkowanych na przygotowanie organizmu do przewidywanego obciążenia fizjologicznego. Interwencje te miały na celu zwiększenie wydolności funkcjonalnej oraz ograniczenie następstw urazów, zabiegów operacyjnych lub okresów unieruchomienia. Współczesne dane wskazują, że model ten może być skutecznie implementowany również w leczeniu chorób przewlekłych, w tym ran trudno gojących się. Prehabilitacja w leczeniu ran przewlekłych obejmuje działania ukierunkowane na korekcję czynników hamujących gojenie jeszcze przed osiągnięciem celów miejscowej terapii rany. Obejmuje ona m.in. optymalizację stanu odżywienia, poprawę wydolności fizycznej, kontrolę chorób współistniejących, redukcję stanu zapalnego, wsparcie psychologiczne oraz edukację pacjenta zwiększającą adherencję terapeutyczną. Tak rozumiane postępowanie przesuwaa punkt ciężkości z reaktywnego leczenia powikłań na proaktywną poprawę potencjału

² Ibidem oraz S.C. Buczek, i in. *The management of chronic wounds: a current review for clinical practice*. „J Educ Health Sport” 2026, nr 56, 68187.

³ Por. C. E. Guerra-Londono i in, *Prehabilitation in adults undergoing cancer surgery: current evidence and future directions*, „Cancers (Basel)” 2024, t. 16, 11049527 oraz *Nutrition for healing acute and chronic wounds: current practice and recent research findings*, „Recent Prog Nutr” 2024, nr 4(3), 3014.

⁴ Ibidem.

⁵ Ibidem oraz R. Ambulkar, A. Kunte, S.L. Solanki, V. Thakkar, B. Deshmukh, P. S. Rana, *Impact of prehabilitation in major gastrointestinal oncological surgery: a systematic review*, „J Gastrointest Cancer” 2025, nr 56, s. 133.

regeneracyjnego organizmu⁶. Rosnąca liczba pacjentów w wieku podeszłym, obciążonych wielochorobowością i zespołem kruchości, powoduje konieczność wdrażania strategii terapeutycznych wykraczających poza tradycyjne schematy leczenia ran. Prehabilitacja stanowi odpowiedź na tę potrzebę, integrując działania medyczne, pielęgniarские, rehabilitacyjne i edukacyjne w spójny model opieki ukierunkowany na przywrócenie zdolności gojenia. Niniejsza monografia podejmuje próbę systematycznego przedstawienia roli prehabilitacji jako brakującego ogniwa w kompleksowym leczeniu ran przewlekłych, ukazując jej podstawy biologiczne, kliniczne oraz organizacyjne, a także możliwości implementacji w praktyce ambulatoryjnej i interdyscyplinarnej opiece nad pacjentem z raną trudno gojącą się.

1. Definicja i geneza koncepcji prehabilitacji w leczeniu ran przewlekłych

Koncepcja prehabilitacji wywodzi się z obszaru ortopedii oraz medycyny sportowej, gdzie pierwotnie odnosiła się do działań ukierunkowanych na przygotowanie układu mięśniowo-szkieletowego do przewidywanego obciążenia fizycznego, takiego jak zabieg operacyjny lub okres czasowego unieruchomienia. Celem tych interwencji było zwiększenie rezerw funkcjonalnych organizmu oraz ograniczenie następstw porazowych i pooperacyjnych poprzez wcześniejsze wzmacnianie zdolności adaptacyjnych pacjenta⁷. Rozwój perioperacyjnej medycyny wewnętrznej i chirurgii doprowadził do rozszerzenia oraz doprecyzowania definicji prehabilitacji. Obecnie rozumiana jest ona jako zaplanowany proces interwencji podejmowanych przed spodziewanym obciążeniem fizjologicznym, którego celem jest poprawa wydolności funkcjonalnej, metabolicznej i psychicznej chorego, a w konsekwencji skrócenie okresu rekonwalescencji oraz redukcja powikłań terapeutycznych⁸. Współczesne modele prehabilitacji przyjęły charakter multimodalny, obejmując równoczesne oddziaływania w zakresie treningu fizycznego, optymalizacji żywienia, wsparcia psychologicznego oraz kontroli chorób współistniejących. Takie podejście odzwierciedla aktualne rozumienie odporności organizmu jako wyniku współdziałania mechanizmów biologicznych, funkcjonalnych i behawioralnych⁹. Z czasem koncepcja ta zaczęła znajdować za-

⁶ Ibidem oraz *Nutrition for healing acute and chronic wounds: current practice and recent research findings*, „Recent Prog Nutr” 2024, nr 4(3), 3014.

⁷ Por. A. Barberan-Garcia, i in. *Personalised prehabilitation in high-risk patients undergoing elective major abdominal surgery: systematic review and meta-analysis*, „Ann Surg” 2020, nr 271(1), s. 50-56.

⁸ Por. C. Gillis, F. Carli, *Promoting perioperative metabolic and nutritional care through prehabilitation*, „Anesthesiology” 2019, nr 130(6), s. 1078.

⁹ Por. E.M. Minnella, F. Carli, *Prehabilitation and functional recovery for colorectal cancer patients*, „Eur J Surg Oncol” 2021, nr 47(9), s. 2158-63 oraz Santa Mina D., et al. *Multimodal prehabilitation programs: evidence and clinical applications*, „CA Cancer J Clin” 2020, nr 70(6), s.452.

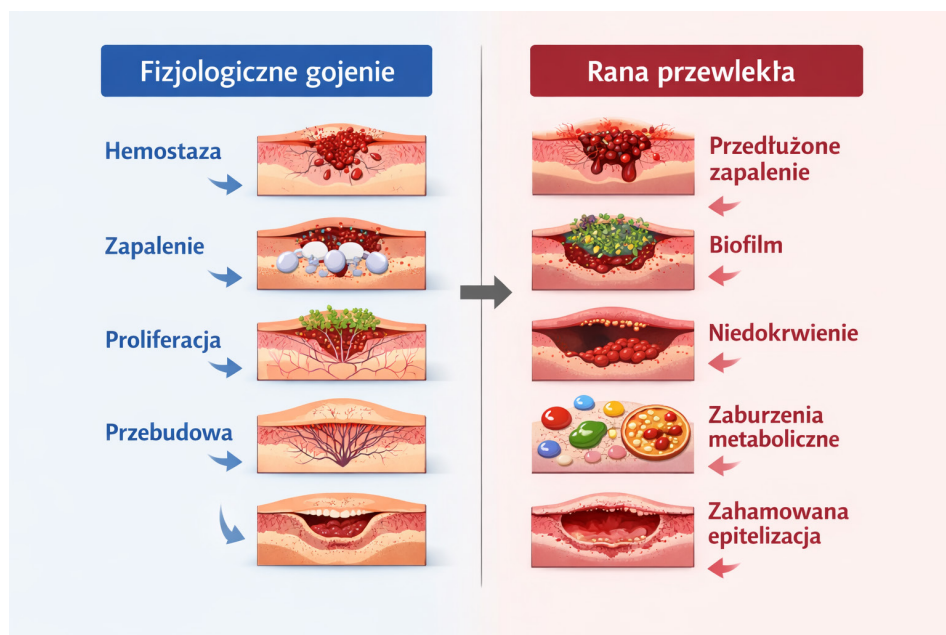
stosowanie poza medycyną okołoperacyjną, szczególnie w leczeniu chorób przewlekłych charakteryzujących się długotrwałym obciążeniem metabolicznym i zapalnym. W odniesieniu do ran trudno gojących się rolę czynnika stresowego nie pełni pojedyncze zdarzenie terapeutyczne, lecz utrzymujący się przewlekły stan chorób naczyniowych oraz redukcja unieruchomienia. Odpowiednie ukrwienie warunkuje dostarczanie tlenu i mediatorów niezbędnych do proliferacji komórkowej oraz angiogenezy¹⁰. Drugim kluczowym elementem jest zapewnienie odpowiedniej podaży substratów metabolicznych koniecznych do syntezy białek strukturalnych i kolagenu. Niedobory białkowo-energetyczne oraz deficyty mikroelementów pozostają jednymi z najczęściej niedodiagnozowanych przyczyn zaburzeń gojenia ran, szczególnie w populacji osób starszych i wielochorobowych¹¹. Trzecim mechanizmem jest ograniczenie przewlekłej odpowiedzi zapalnej oraz stresu fizjologicznego i psychologicznego, które prowadzą do utrzymywania się wysokiego poziomu cytokin prozapalnych, nasilonego katabolizmu oraz zaburzeń immunologicznych. Wykazano, że przewlekły stres oraz obniżona rezerwa funkcjonalna organizmu mogą w sposób mierzalny wydłużać czas gojenia ran i zwiększać ryzyko ich nawrotów¹².

Prehabilitacja nie stanowi alternatywy dla leczenia miejscowego rany, lecz jego biologiczne i funkcjonalne uzupełnienie. Optymalizacja stanu ogólnego chorego zwiększa skuteczność interwencji lokalnych, umożliwiając przejście procesu gojenia z fazy przewlekłego zapalenia do etapów proliferacji i przebudowy tkankowej. Tym samym prehabilitacja może być postrzegana jako etap przygotowawczy warunkujący powodzenie kompleksowego leczenia ran przewlekłych oraz element integrujący działania interdyscyplinarnego zespołu terapeutycznego.

¹⁰ Por. M. Rodrigues, N. Kosaric, C. A. Bonham, G. C. Gurtner, *Wound healing: a cellular perspective*. „Physiol Rev” 2019, nr 99(1), s. 668.

¹¹ Por. J.K. Stechmiller, *Nutrition and chronic wounds*, „Nutr Clin Pract”, 2020, nr 35(1), s. 29.

¹² Por. J. Walburn, K. Vedhara, M. Hankins, i in., *Psychological stress and wound healing in humans: systematic review and meta-analysis*, „J Psychosom Res” 2009, nr 67(3), 253–271 oraz E. Hahnel, U. Blume-Peytavi, C. Trojahn, i in., *Associations between frailty and chronic wounds in older adults*, „J Eur Acad Dermatol Venereol” 2021, nr 35(2), s. 365.



Rycina 1. Porównanie fizjologicznego procesu gojenia rany z mechanizmami prowadzącymi do powstania rany przewlekłej. Po lewej stronie przedstawiono kolejne fazy prawidłowego gojenia: hemostazę, zapalenie, proliferację oraz przebudowę tkankową. Po prawej stronie zaprezentowano główne mechanizmy patofizjologiczne odpowiedzialne za zaburzenie procesu gojenia, w tym przedłużony stan zapalny, obecność biofilmu, niedokrwienie tkanek, zaburzenia metaboliczne oraz zahamowaną epitelizację.

Źródło: opracowanie własne z wykorzystaniem narzędzia generatywnej sztucznej inteligencji.

2. Wczesna interwencja prehabilitacyjna u pacjenta z raną przewlekłą – zakres postępowania w pierwszych 14 dniach opieki

Pierwsze tygodnie leczenia pacjenta z raną przewlekłą mają kluczowe znaczenie dla identyfikacji oraz modyfikacji odwracalnych czynników hamujących proces gojenia. W tym okresie działania terapeutyczne powinny koncentrować się na równoległej optymalizacji stanu ogólnoustrojowego chorego oraz wdrożeniu właściwego leczenia miejscowego rany. Postępowanie prehabilitacyjne prowadzone w sposób uporządkowany umożliwia poprawę perfuzji tkankowej, stabilizację metaboliczną oraz zwiększenie zdolności regeneracyjnych organizmu.

Modyfikacja nałogów i zachowań ryzykownych

W licznych pracach wielu autorów wykazano negatywny wpływ wybranych używek na proces gojenia się ran. W tym ujęciu, wskazywano na szczególnie

niekorzystny wpływ palenia tytoniu. Do niepożądanych efektów działania tytoniu na ranę zaliczano m.in.: zwężanie naczyń, zmniejszanie dostarczania tlenu (m.in. przez tlenek węgla), pogarszanie funkcji leukocytów i fibroblastów, a w efekcie zwiększanie ryzyka powikłań gojenia. W badaniach okołooperacyjnych wykazano, że nawet krótkoterminowe odstawienie palenia przed zabiegiem może zmniejszyć ryzyko powikłań, w tym infekcji i problemów z raną; korzyści rosną wraz z czasem abstynencji. W praktyce prehabilitacji ran liczy się jasny przekaz, który można podsumować następującym mottem: „każdy dzień bez papierosa poprawia utlenowanie tkanek”. Jednak dla jak najlepszych efektów, odstawienie palenia powinno być dobrze zaplanowanym i zorganizowanym procesem co również można przedstawić hasłem: “najlepiej planować abstynencję tygodniami, nie godzinami”. Alkohol jest drugim, często pomijanym negatywnym czynnikiem. Wykazano, że intensywne programy całkowitej abstynencji 4–8 tygodni przed operacją prawdopodobnie zmniejszają liczbę powikłań pooperacyjnych. U chorych z raną przewlekłą mechanizm jest podobny: alkohol rozstraja sen, odporność, odżywienie i współpracę. W prehabilitacji warto używać prostych narzędzi przesiewowych (screening – badanie przesiewowe), a nie moralizowania¹³.

Racjonalizacja farmakoterapii (w tym analgetyków i opioidów)

Ból przewlekły może przyczyniać się do wykonywania i utrwalania nieprawidłowych zachowań: bezruchu, „zajadania” stresu, nadużywania leków. Z perspektywy prehabilitacji celem nie jest „odstawienie wszystkiego”, tylko uporządkowanie: właściwe dawkowanie, unikanie dublowania preparatów i plan redukcji opioidów, jeśli są stosowane bez jasnych wskazań. Wytyczne okołooperacyjnego postępowania z opioidami podkreślają potrzebę oceny ryzyka uzależnienia, stosowania strategii multimodalnych oraz planu na okres po wypisie (żeby pacjent nie został sam z receptą). W ranach przewlekłych ten sam schemat działa: mniej chaosu w lekach = lepszy sen, większa aktywność i lepsza kontrola metaboliczna.

Edukacja pacjenta i rodziny (adherencja)

W wielu opracowaniach podkreślano istotną rolę odpowiednio dobranych programów edukacyjnych. Edukacja w ranach to nie wykład – to kontrakt terapeutyczny. Pacjent i rodzina muszą rozumieć, dlaczego kompresja jest na całe życie

¹³ Por. E. Mills, O. Eyawo, I. Lockhart, i in., *Smoking cessation reduces postoperative complications: a systematic review and meta-analysis*, „Am J Med” 2011, nr 124(2), s.144.

po zagojeniu owrzodzenia, dla czego odciążenie stopy jest ważniejsze niż „najdroższy opatrunek”, i czemu pomijanie białka w diecie cofa leczenie. Adherencja rośnie, gdy plan jest prosty, zapisany, możliwy do wykonania i gdy pacjent widzi parametry kontrolne (np. spadek obrzęku, mniejszy wysięk, poprawę glikemii). Tu świetnie działa zasada: jedno spotkanie = jedna umiejętność (np. samodzielne zakładanie pończochy, kontrola stopy, prowadzenie dzienniczka bólu i leków).

Ocena i redukcja ryzyka naczyniowego

W początkowym etapie postępowania konieczna jest ocena ukrwienia kończyny obejmująca badanie palpacyjne tętna na tętnicach obwodowych oraz pomiar wskaźnika kostka–ramię (ABI)¹⁴. W przypadku podejrzenia choroby tętnic obwodowych (PAD)¹⁵ lub przewlekłego zagrożenia kończyny niedokrwieniem (CLTI)¹⁶ pacjent powinien zostać pilnie skierowany do diagnostyki angiologicznej lub chirurgii naczyniowej. Edukacja chorego powinna obejmować zależność pomiędzy perfuzją tkankową a możliwością inicjacji procesów angiogenezy i epithelializacji¹⁷.

Kontrola gospodarki węglowodanowej

Optymalizacja glikemii stanowi jeden z podstawowych warunków skutecznego leczenia ran przewlekłych. W pierwszych dniach opieki należy ustalić indywidualne cele metaboliczne, schemat samokontroli glikemii oraz – we współpracy z diabetologiem – dokonać modyfikacji farmakoterapii. Hiperglikemia prowadzi do dysfunkcji neutrofilów, zaburzeń mikrokrażenia oraz upośledzenia angiogenezy, istotnie wydłużając czas gojenia¹⁸.

Odciążenie i terapia uciskowa

Redukcja przeciążeń mechanicznych stanowi interwencję o udowodnionej skuteczności klinicznej. U pacjentów z owrzodzeniami żylnymi kończyn dolnych

¹⁴ Por. ABI – ankle brachial index (wskaźnik kostka–ramię).

¹⁵ Por. PAD – peripheral arterial disease.

¹⁶ Por. CLTI – chronic limb-threatening ischemia.

¹⁷ Por. V. Aboyans, J. B. Ricco, i in., *2021 ESC Guidelines on peripheral arterial diseases*. „Eur Heart J” 2021, nr 42(37), s. 3227-3337 oraz M. S. Conte i in., *Global vascular guidelines on chronic limb-threatening ischemia update*, „J Vasc Surg” 2022, nr 75(1S), s.125.

¹⁸ Por. *American Diabetes Association. Standards of Care in Diabetes 2024*, „Diabetes Care” 2024, nr 47 (Suppl 1), s. 350.

(VLU)¹⁹ należy wdrożyć odpowiednio dobraną kompresjoterapię wielowarstwową lub systemy ucisku medycznego. W zespole stopy cukrzycowej (DFU)²⁰ konieczne jest zastosowanie metod odciążenia zgodnych z aktualnymi zaleceniami IWGDF²¹, w szczególności total contact cast lub zdejmowalnych systemów odciążających. W profilaktyce i leczeniu odleżyn niezbędne jest systematyczne zmniejszanie ucisku poprzez repozycjonowanie oraz zastosowanie specjalistycznych powierzchni przeciwoodleżynowych²².



Rycina 2. Schemat samokontroli glikemii u pacjenta z raną przewlekłą. Systematyczna kontrola gospodarki węglowodanowej obejmuje regularny pomiar glikemii, monitorowanie wartości hemoglobiny glikowanej (HbA1c), odpowiednią modyfikację farmakoterapii, wdrożenie zbilansowanej diety oraz utrzymanie aktywności fizycznej dostosowanej do stanu chorego. Optymalizacja tych elementów wpływa na poprawę mikrokrążenia, funkcji immunologicznych oraz procesów regeneracyjnych, wspierając skuteczne gojenie ran przewlekłych.

Źródło: opracowanie własne z wykorzystaniem narzędzia generatywnej sztucznej inteligencji.

¹⁹ Por. VLU – venous leg ulcer.

²⁰ Por. DFU – diabetic foot ulcer.

²¹ Por. IWGDF – International Working Group on the Diabetic Foot

²² Por. Harding K., et al., *Compression therapy for venous leg ulcers: recent advances*, „Int Wound J” 2023, nr 20(5), s. 1521-1530 oraz S. A. Bus i in., *IWGDF guideline on offloading foot ulcers in persons with diabetes*, „Diabetes Metab Res Rev” 2023, 39(S1), e3647 oraz European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), *Prevention and treatment of pressure ulcers/injuries: clinical practice guideline update*, „J Tissue Viability” 2022, nr 31(2), s.178.

Ocena i interwencja żywieniowa

Wczesny screening ryzyka niedożywienia powinien być przeprowadzony przy użyciu standaryzowanych narzędzi (np. NRS-2002)²³, a rozpoznanie niedożywienia – zgodnie z kryteriami GLIM. Na podstawie oceny stanu odżywienia należy zaplanować podaż energii oraz białka adekwatną do zwiększonego zapotrzebowania metabolicznego pacjenta z raną przewlekłą. W uzasadnionych przypadkach wskazane jest wdrożenie doustnych suplementów odżywczych (ONS)²⁴ lub żywienia dojelitowego²⁵.

Postępowanie przeciwbólowe i optymalizacja farmakoterapii

Przewlekły ból często towarzyszy pacjentom cierpiącym z powodu występowania ran przewlekłych. Ponadto wykazano, że podczas wykonywania procedur wymiany opatrunku i oczyszczania rany doznania bólowe mogą w istotny sposób wzrastać. W tym aspekcie, ból przewlekły może wymagać systematycznej oceny oraz wdrożenia multimodalnej terapii analgetycznej zgodnej z aktualnymi rekomendacjami leczenia bólu. Należy jednocześnie monitorować bezpieczeństwo farmakoterapii, ryzyko polipragmazji oraz potencjalne działania niepożądane leków wpływających na proces gojenia²⁶.

Aktywność fizyczna i zapobieganie sarkopenii

Indywidualnie dostosowany program aktywności ruchowej powinien zostać wdrożony możliwie wcześnie, z uwzględnieniem wydolności pacjenta oraz charakteru rany. Nawet umiarkowana aktywność fizyczna poprawia perfuzję obwodową, metabolizm glukozy oraz ogranicza rozwój sarkopenii, która istotnie pogarsza rokowanie w leczeniu ran przewlekłych²⁷.

²³ Por. NRS-2002 – Nutritional Risk Screening.

²⁴ Por. ONS – oral nutritional supplements.

²⁵ Por. T. Cederholm, et al., *GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition–updated consensus*. „Clin Nutr” 2022, nr 41(4), s. 990-1001 oraz J.K. Stechmiller, *Nutrition therapy for chronic wounds: recent evidence*, „Nutr Clin Pract” 2022, nr 37(4), s. 742.

²⁶ Por. S.N. Raja i in., *The revised IASP definition of pain and clinical implications*. „Pain” 2021, nr 162(7), s. 1976-1982.

²⁷ Por. E. Dent i in., *Sarcopenia and physical performance in older adults*, „Lancet Healthy Longev”, 2022, nr 3(11), s. 746.

Ocena stanu psychicznego i wsparcie psychospołeczne

Wczesny przesiew zaburzeń nastroju, lęku oraz obciążenia psychicznego chorobą przewlekłą umożliwia identyfikację pacjentów wymagających wsparcia psychologicznego. Przewlekły stres wiąże się ze wzrostem stężenia kortyzolu i mediatorów prozapalnych, co może bezpośrednio opóźniać procesy naprawcze²⁸.

3. Ocena rany i leczenie miejscowe zgodnie z koncepcją TIMERS

Współczesne postępowanie miejscowe w leczeniu ran przewlekłych opiera się na rozszerzonej koncepcji **TIMERS**²⁹, stanowiącej rozwinięcie modelu TIME i uwzględniającej dynamiczny charakter procesu gojenia oraz konieczność systematycznej reewaluacji terapii. Model ten integruje ocenę biologicznego środowiska rany z podejmowaniem ukierunkowanych decyzji terapeutycznych, umożliwiając przejście od strategii reaktywnej do postępowania opartego na ciągłej optymalizacji warunków regeneracji tkankowej³⁰. Akronim **TIMERS** obejmuje sześć wzajemnie powiązanych obszarów interwencji klinicznej: *Tissue management, Inflammation and Infection control, Moisture balance, Epithelial advancement, Repair/Regeneration* oraz *Social and patient-related factors*.

T – Tissue management (kontrola i przygotowanie łożyska rany). Podstawowym celem jest usunięcie tkanek martwiczych, włókniaka oraz biofilmu, które stanowią barierę mechaniczną i biologiczną dla procesów naprawczych. Dobór metody oczyszczania powinien być indywidualizowany i obejmować oczyszczanie chirurgiczne, mechaniczne, autolityczne, enzymatyczne lub biologiczne, zależnie od stanu ogólnego pacjenta, perfuzji tkankowej oraz ryzyka bólu i krwawienia. Skuteczne przygotowanie łożyska rany umożliwia aktywację proliferacji komórkowej oraz angiogenezy³¹.

I – Inflammation and Infection control (kontrola zapalenia i zakażenia). Przewlekłe rany charakteryzują się utrzymującą się odpowiedzią zapalną oraz obecnością biofilmu bakteryjnego. Ocena powinna obejmować identyfikację objawów

²⁸ Por. J. P. Gouin, J. K. Kiecolt-Glaser, *Psychological stress and wound healing*, „Adv Wound Care”, 2021;10(7), s. 354 oraz J. Walburn i in., *Stress, cortisol and delayed wound repair—updated evidence*, „J Psychosom Res” 2009, nr 67(3), 253–271.

²⁹ Por. TIMERS – Tissue, Inflammation/Infection, Moisture, Epithelial edge, Repair, Social factors.

³⁰ Por. L. Atkin L. i in., *TIME clinical decision support tool update*, „Int Wound J” 2023, nr 20(4), s. 1159–1172 oraz L. Atkin, Z. Bućko, E.C. Montero i in., *Implementing TIMERS: the race against hard-to-heal wounds*, „Int Wound J” 2021, nr 18(4), s. 402.

³¹ Ibidem.

kolonizacji krytycznej i infekcji miejscowej lub uogólnionej. Postępowanie terapeutyczne obejmuje regularne oczyszczanie rany, zastosowanie opatrunków przeciwdrobnoustrojowych (np. zawierających srebro, jod lub PHMB³²) oraz – w uzasadnionych przypadkach – leczenie systemowe. Celem interwencji jest przywrócenie równowagi immunologicznej środowiska rany³³.

M – Moisture balance (równowaga wilgotności). Utrzymanie optymalnego poziomu wilgotności stanowi warunek migracji komórek naskórka oraz syntezy macierzy pozakomórkowej. Nadmierny wysięk prowadzi do maceracji skóry otaczającej i zwiększa ryzyko infekcji, natomiast przesuszenie hamuje epitelializację. Dobór opatrunku powinien uwzględniać ilość wysięku, głębokość rany oraz stan skóry okołoranowej, z wykorzystaniem materiałów absorpcyjnych, superabsorbentów, pianek poliuretanowych lub opatrunków hydroaktywnych.

E – Epithelial advancement (stymulacja brzegów rany). Ocena brzegów rany pozwala na identyfikację zahamowania migracji keratynocytów, często obserwowanego w ranach przewlekłych. Obecność zrolowanych lub hiperkeratotycznych brzegów wymaga ich mechanicznej korekcji oraz eliminacji czynników hamujących epitelializację, takich jak ucisk, niedokrwienie czy przewlekły stan zapalny. Interwencje mogą obejmować m.in. stymulację biologiczną, terapię podciśnieniową lub zastosowanie zaawansowanych technologii wspomagających regenerację³⁴.

R – Repair and Regeneration (stymulacja naprawy i regeneracji). Na tym etapie celem postępowania jest aktywne wspieranie procesów odbudowy tkankowej poprzez wykorzystanie terapii zaawansowanych, takich jak terapia podciśnieniowa (NPWT)³⁵, substytuty skóry, czynniki wzrostu czy terapie komórkowe. Decyzja o ich wdrożeniu powinna wynikać z oceny potencjału regeneracyjnego pacjenta oraz skuteczności wcześniejszych interwencji podstawowych³⁶.

S – Social factors and patient-related components (czynniki pacjento zależne i środowiskowe). Rozszerzenie modelu TIME o komponent społeczny podkreśla znaczenie adherencji terapeutycznej, zdolności samoopieki, wsparcia

³² Por. PHMB – Polihesamid.

³³ L. Atkin, Z. Bučko, E.C. Montero i in., *Implementing TIMERS: the race against hard-to-heal wounds*, „Int Wound J” 2021, nr 18(4), s. 402, oraz C. Murphy, L. Atkin, T. Swanson i in., *Defying hard-to-heal wounds with an early antibiofilm intervention strategy*, „J Wound Care” 2022, nr 31(Suppl 3), s. 17.

³⁴ Por. L. Atkin i in., *TIME clinical decision support tool update*, „Int Wound J”, 2023, nr 20(4), 1159-1172 oraz R. G. Frykberg, J. Banks, *Advances in the management of chronic wounds*, „Adv Wound Care (New Rochelle)” 2022, nr 11(2), s. 80.

³⁵ Por. NPWT – negative pressure wound therapy.

³⁶ R.G. Frykberg, J. Banks, *Advances in the management of chronic wounds*, „Adv Wound Care (New Rochelle)” 2022, t. 11, nr 2, s. 80.

opiekunów oraz uwarunkowań psychospołecznych. Edukacja pacjenta, jasne instrukcje dotyczące pielęgnacji rany oraz uwzględnienie możliwości funkcjonalnych chorego stanowią integralny element leczenia miejscowego i determinują skuteczność długoterminową terapii³⁷.

Zastosowanie koncepcji TIMERS umożliwia systematyczne, powtarzalne i oparte na dowodach naukowych podejmowanie decyzji klinicznych, integrując leczenie miejscowe z ogólnoustrojową strategią prehabilitacyjną. Model ten stanowi obecnie jedno z podstawowych narzędzi wspierających kompleksowe leczenie ran przewlekłych w praktyce interdyscyplinarnej.

Podsumowanie

Rany przewlekłe stanowią złożony problem kliniczny będący konsekwencją zaburzeń ogólnoustrojowych, metabolicznych, naczyniowych oraz funkcjonalnych, a nie wyłącznie miejscowego uszkodzenia tkanek. Przedstawiona w monografii koncepcja prehabilitacji wskazuje na konieczność zmiany paradygmatu postępowania terapeutycznego – od modelu reaktywnego, skoncentrowanego na leczeniu objawów rany, do podejścia proaktywnego, ukierunkowanego na odbudowę biologicznego potencjału regeneracyjnego pacjenta. Prehabilitacja w leczeniu ran przewlekłych stanowi wielowymiarowy proces obejmujący wczesną identyfikację oraz modyfikację odwracalnych czynników hamujących gojenie. Kluczowe znaczenie mają działania podejmowane w pierwszych tygodniach opieki, obejmujące optymalizację perfuzji tkankowej, kontrolę chorób współistniejących, wyrównanie zaburzeń metabolicznych, interwencję żywieniową, redukcję bólu, wdrożenie odpowiedniego obciążenia i kompresjoterapii oraz aktywizację fizyczną pacjenta. Integralnym elementem procesu pozostaje również edukacja chorego i jego rodziny, zwiększająca adherencję terapeutyczną i umożliwiającą długoterminowe utrzymanie efektów leczenia. Monografia podkreśla, że skuteczność leczenia miejscowego, prowadzonego zgodnie z koncepcją TIMERS, pozostaje ściśle zależna od stanu ogólnego chorego oraz jego zdolności adaptacyjnych. Prehabilitacja nie zastępuje terapii miejscowej, lecz stanowi jej biologiczne i funkcjonalne uzupełnienie, integrując działania zespołu interdyscyplinarnego w spójny model opieki. Takie podejście pozwala na przejście procesu gojenia z fazy przewlekłego zapalenia do etapów proliferacji i przebudowy tkankowej. Wdrożenie strategii prehabilitacyjnych odpowiada na współczesne wyzwania starzejącej się

³⁷ L. Atkin, Z. Bućko, E.C. Montero i in., Implementing TIMERS: the race against hard-to-heal wounds, „Int Wound J” 2021, nr 18(4), s. 402.

populacji pacjentów obciążonych wielochorobowością i zespołem kruchości. Model ten zwiększa skuteczność leczenia, ogranicza ryzyko powikłań i nawrotów ran oraz poprawia jakość życia pacjentów. Prehabilitacja może być zatem postrzegana jako brakujące ogniwo kompleksowego leczenia ran przewlekłych. Włączenie strategii prehabilitacyjnych do codziennej praktyki klinicznej może w przyszłości stanowić jeden z kluczowych elementów rozwoju nowoczesnych modeli opieki nad pacjentem z raną przewlekłą.

Bibliografia

- Aboyans V., Ricco J.B. i in., *2021 ESC Guidelines on Peripheral Arterial Diseases*, „European Heart Journal” 2021, t. 42, nr 37.
- Ambulkar R., Kunte A., Solanki S.L., Thakkar V., Deshmukh B., Rana P.S., *Impact of Prehabilitation in Major Gastrointestinal Oncological Surgery: A Systematic Review*, „Journal of Gastrointestinal Cancer” 2025, t. 56.
- American Diabetes Association, *Standards of Care in Diabetes 2024*, „Diabetes Care” 2024, t. 47, Suppl. 1.
- Atkin L., Bućko Z., Montero E.C. i in., *Implementing TIMERS: The Race Against Hard-to-Heal Wounds*, „International Wound Journal” 2021, t. 18, nr 4.
- Atkin L. i in., *TIME Clinical Decision Support Tool Update*, „International Wound Journal” 2023, t. 20, nr 4.
- Bai X., Han L. i in., *Digital Health Interventions for Chronic Wound Management: Systematic Review and Meta-analysis*, „Journal of Medical Internet Research” 2024, t. 26, e47904.
- Barberan-Garcia A. i in., *Personalised Prehabilitation in High-Risk Patients Undergoing Elective Major Abdominal Surgery: Systematic Review and Meta-analysis*, „Annals of Surgery” 2020, t. 271, nr 1.
- Buczek S.C. i in., *The Management of Chronic Wounds: A Current Review for Clinical Practice*, „Journal of Education, „Health and Sport”, 2026, t. 56.
- Bus S.A. i in., *IWGDF Guideline on Offloading Foot Ulcers in Persons with Diabetes*, „Diabetes/Metabolism Research and Reviews” 2023, t. 39 (Suppl. 1), e3647.
- Cederholm T. i in., *GLIM Criteria for the Diagnosis of Malnutrition – Updated Consensus Report*, „Clinical Nutrition” 2022, t. 41, nr 4.
- Conte M.S. i in., *Global Vascular Guidelines on Chronic Limb-Threatening Ischemia Update*, „Journal of Vascular Surgery” 2022, t. 75, Suppl. 1S.
- Dent E. i in., *Sarcopenia and Physical Performance in Older Adults*, „The Lancet Healthy Longevity” 2022, t. 3, nr 11.
- European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Clinical Practice Guideline Update*, „Journal of Tissue Viability” 2022, t. 31, nr 2.

- Frykberg R.G., Banks J., *Advances in the Management of Chronic Wounds*, „Advances in Wound Care” 2022, t. 11, nr 2.
- Gillis C., Carli F., *Promoting Perioperative Metabolic and Nutritional Care Through Prehabilitation*, „Anesthesiology” 2019, t. 130, nr 6.
- Gouin J.P., Kiecolt-Glaser J.K., *Psychological Stress and Wound Healing*, „Advances in Wound Care” 2021, t. 10, nr 7.
- Guerra-Londono C.E. i in., *Prehabilitation in Adults Undergoing Cancer Surgery: Current Evidence and Future Directions*, „Cancers” 2024, t. 16.
- Hahnel E., Blume-Peytavi U., Trojahn C. i in., *Associations Between Frailty and Chronic Wounds in Older Adults*, „Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology” 2021, t. 35, nr 2.
- Harding K. i in., *Compression Therapy for Venous Leg Ulcers: Recent Advances*, „International Wound Journal” 2023, t. 20, nr 5.
- Mills E., Eyawo O., Lockhart I. i in., *Smoking Cessation Reduces Postoperative Complications: A Systematic Review and Meta-analysis*, „The American Journal of Medicine” 2011, t. 124, nr 2.
- Minnella E.M., Carli F., *Prehabilitation and Functional Recovery for Colorectal Cancer Patients*, „European Journal of Surgical Oncology” 2021, t. 47, nr 9.
- Murphy C., Atkin L., Swanson T. i in., *Defying Hard-to-Heal Wounds with an Early Antibiofilm Intervention Strategy*, „Journal of Wound Care” 2022, t. 31, Suppl. 3.
- Nutrition for Healing Acute and Chronic Wounds: Current Practice and Recent Research Findings*, „Recent Progress in Nutrition” 2024, t. 4, nr 3.
- Raja S.N. i in., *The Revised IASP Definition of Pain: Concepts, Challenges and Compromises*, „Pain” 2021, t. 162, nr 7.
- Rodrigues M., Kosaric N., Bonham C.A., Gurtner G.C., *Wound Healing: A Cellular Perspective*, „Physiological Reviews” 2019, t. 99, nr 1.
- Santa Mina D. i in., *Multimodal Prehabilitation Programs: Evidence and Clinical Applications*, „CA: A Cancer Journal for Clinicians” 2020, t. 70, nr 6.
- Stechmiller J.K., *Nutrition and Chronic Wounds*, „Nutrition in Clinical Practice” 2020, t. 35, nr 1.
- Stechmiller J.K., *Nutrition Therapy for Chronic Wounds: Recent Evidence*, „Nutrition in Clinical Practice” 2022, t. 37, nr 4.
- Walburn J., Vedhara K., Hankins M., Rixon L., Weinman J., *Psychological stress and wound healing in humans: a systematic review and meta-analysis*, „Journal of Psychosomatic Research” 2009, t. 67, nr 3, s. 253–271.
- Walburn J. i in., *Stress, Cortisol and Delayed Wound Repair – Updated Evidence*, „Journal of Psychosomatic Research” 2022, t. 157, 110795.

Technologia PROTAC jako nowa strategia terapeutyczna w chorobach nowotworowych – od próbówki do poprawy zdrowia pacjentów

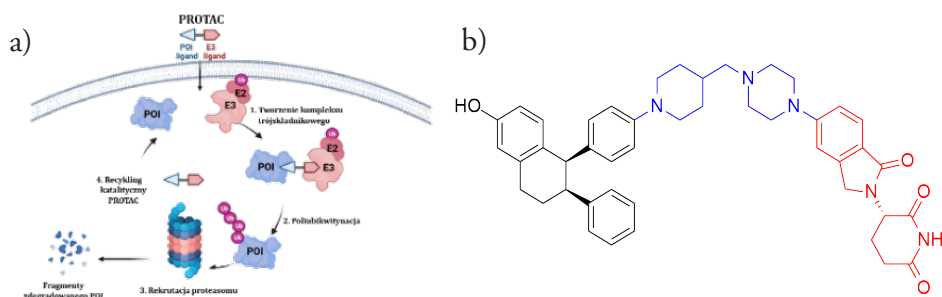
Technologia PROTAC (Proteolysis Targeting Chimera) stanowi jedno z najbardziej obiecujących narzędzi współczesnej chemii leków, otwierając drogę do regulacji celów terapeutycznych, uznawanych do tej pory za „undruggable”. Jej działanie opiera się na celowanej degradacji białek docelowych (POI, protein of interest) poprzez wykorzystanie systemu ubikwityna-proteasom (UPS). Częsteczki PROTAC łączą dwa białka, ligazę E3 oraz białko stanowiące cel terapeutyczny, inicjując proces poliubikwitynacji POI, co prowadzi do jego degradacji (*Rys. 1a*). Od 2001 roku technologia PROTAC rozwinęła się z koncepcji teoretycznej w jedno z najbardziej obiecujących narzędzi współczesnej chemii leków¹. Potwierdzeniem skuteczności tej strategii są wyniki badań klinicznych oraz zatwierdzenie przez FDA 1 maja 2026 roku vepdegestrantu (ARV-471, Veppanu) (*Rys. 1b*) do leczenia dorosłych pacjentów z zaawansowanym lub przerzutowym rakiem piersi².

Skuteczność cząsteczek PROTAC zależy od 3 elementów: ligandu ligazy E3, łącznika i ligandu ukierunkowanego na białko będące przedmiotem zainteresowania (POI). Ligand E3-ligazy jest odpowiedzialny za ukierunkowanie POI na proces degradacji, co inicjuje proces poliubikwitynacji i ostatecznej degradacji białek

¹ Por. C. J. Diehl, A. Ciulli, *Discovery of small molecule ligands for the von Hippel Lindau (VHL) E3 ligase and their use as inhibitors and PROTAC degraders*, „Chem. Soc. Rev.” 2022, 51, 8216.

² U.S. Food and Drug Administration, FDA approves vepdegestrant for ER-positive, HER2-negative, ESR1-mutated advanced or metastatic breast cancer, 1.05.2026, <https://www.fda.gov/drugs/resources-information-approved-drugs/fda-approves-vepdegestrant-er-positive-her2-negative-esr1-mutated-advanced-or-metastatic-breast> (dostęp: 19.09.2026).

docelowych³. Choć wiele cząsteczek PROTAC opiera się na ligandach ligazy CRBN, coraz większe zainteresowanie wzbudza E3 ligaza, w której białko von Hippel–Lindau (VHL) pośredniczy w rekrutowaniu substratów przeznaczonych do ubikwitinacji. Obecnie PROTAC oparty na ligandzie VHL znajduje się w I fazie badań klinicznych. Tak zwane ligandy VHL, w tym VH032, łączą wysokie powinowactwo do kompleksu E3 ligazy z dużą podatnością na modyfikacje. Wprowadzenie grupy metylowej w pozycji benzyłowej (magic methyl effect) wzmacnia interakcje hydrofobowe z E3 ligazą VHL oraz zwiększa przepuszczalność⁴.



Rysunek 1. a) Mechanizm działania PROTAC⁵ b) Struktura ARV-471

1. System ubikwityna–proteasom jako naturalny mechanizm degradacji białek

System ubikwityna–proteasom (UPS, ubiquitin–proteasome system) stanowi jeden z najważniejszych mechanizmów regulujących poziom białek w komórkach eukariotycznych. Odpowiada on za selektywną degradację białek uszkodzonych, nieprawidłowo sfałdowanych lub takich, których obecność w komórce nie jest już konieczna dla jej prawidłowego funkcjonowania. Dzięki temu systemowi możliwe jest utrzymanie homeostazy białkowej, a także kontrolowanie wielu procesów biologicznych, takich jak regulacja cyklu komórkowego, odpowiedź na stres komórkowy, procesy różnicowania komórek czy przekazywanie sygnałów wewnątrzkomórkowych.

³ Por. T. Sobierajski, J. Małolepsza, M. Pichlak, E. Gendaszewska-Darmach, K. M. Błażewska, *The impact of E3 ligase choice on PROTAC effectiveness in protein kinase degradation*, „Drug Discov. Today” 2024, 29, 104032.

⁴ Por. M. Pinheiro, S. Franco, C. Fraga, *The Magic Methyl and Its Tricks in Drug Discovery and Development*, „Pharmaceuticals” 2023, 16, 1157.

⁵ Por. M. Pichlak, T. Sobierajski, K. M. Błażewska, E. Gendaszewska-Darmach, *Targeting reversible post-translational modifications with PROTACs: a focus on enzymes modifying protein lysine and arginine residues*, „J. Enzym. Inhib. Med. Chem.” 2023, 38, 1149-1182.

Zaburzenia funkcjonowania systemu ubikwityna–proteasom mogą prowadzić do rozwoju licznych chorób, w tym chorób neurodegeneracyjnych, zaburzeń immunologicznych oraz nowotworów⁶. Mechanizm działania systemu UPS opiera się na procesie ubikwitynacji, czyli przyłączaniu cząsteczek ubikwityny do białek przeznaczonych do degradacji. Ubikwityna jest niewielkim, konserwatywnym białkiem regulatorowym składającym się z 76 aminokwasów, które pełni funkcję swoistego „znacznika degradacji”. Proces ubikwitynacji przebiega wieloetapowo i wymaga udziału trzech klas enzymów: enzymu aktywującego ubikwitynę (E1), enzymu koniugującego (E2) oraz ligazy ubikwityny (E3)⁷. W pierwszym etapie enzym E1 wykorzystuje energię z hydrolizy ATP do aktywacji cząsteczki ubikwityny. Następnie ubikwityna zostaje przeniesiona na enzym koniugujący E2, który w kolejnym etapie współdziała z ligazą E3 odpowiedzialną za rozpoznanie substratu białkowego.

Spośród wszystkich elementów systemu ubikwitynacji najważniejszą rolę w nadawaniu specyficzności procesowi degradacji białek odgrywają ligazy ubikwityny E3. To właśnie one odpowiadają za selektywne rozpoznawanie białek przeznaczonych do degradacji poprzez bezpośrednie oddziaływanie z ich określonymi fragmentami strukturalnymi. W genomie człowieka zidentyfikowano ponad 600 różnych ligaz E3, które uczestniczą w regulacji szerokiego spektrum procesów komórkowych⁸. Różnorodność tych enzymów pozwala komórce na bardzo precyzyjne kontrolowanie poziomu poszczególnych białek w zależności od aktualnych potrzeb metabolicznych oraz sygnałów regulacyjnych. Po przyłączeniu pierwszej cząsteczki ubikwityny do białka docelowego następuje tworzenie łańcucha poliubikwitynowego poprzez kolejne przyłączanie cząsteczek ubikwityny do reszt lizynowych poprzednich cząsteczek. Najczęściej tworzone są łańcuchy poliubikwityny połączone poprzez resztę lizyny K48, które stanowią sygnał kierujący białko do degradacji w proteasomie. Proteasom 26S jest wielocząsteczkowym kompleksem enzymatycznym odpowiedzialnym za rozpoznanie ubikwitynowanych białek oraz ich degradację do krótkich peptydów. Kompleks ten składa się z części katalitycznej 20S oraz regulatorowych cząstek 19S, które rozpoznają białka oznaczone ubikwityną, rozwijają ich strukturę i wprowadzają je do wnętrza proteasomu, gdzie ulegają proteolizie⁹.

⁶ Por. A. Hershko, A. Ciechanover, *The ubiquitin system*, „Annual Review of Biochemistry” 1998, 67, 458–461.

⁷ Por. A. Varshavsky, *The ubiquitin system, an immense realm*, „Annual Review of Biochemistry” 2012, 81, 167–176.

⁸ Por. M. Scheffner, U. Nuber, J. M. Huibregtse, *Protein ubiquitination involving an E1–E2–E3 enzyme cascade*, „Nature” 1995, 373, 81–83.

⁹ Por. D. Finley, *Recognition and processing of ubiquitin-protein conjugates by the proteasome*, „Annual Review of Biochemistry” 2009, 78, 477–578.

System ubikwityna–proteasom odgrywa szczególnie istotną rolę w regulacji procesów związanych z cyklem komórkowym, odpowiedzią na stres komórkowy oraz kontrolą ekspresji genów. W wielu przypadkach degradacja określonych białek regulatorowych stanowi mechanizm umożliwiający szybkie dostosowanie funkcjonowania komórki do zmieniających się warunków środowiskowych¹⁰. Przykładem może być regulacja czynników transkrypcyjnych, kinaz białkowych czy białek odpowiedzialnych za kontrolę punktów kontrolnych cyklu komórkowego. Zaburzenia funkcjonowania systemu UPS mogą prowadzić do niekontrolowanej proliferacji komórek oraz powstawania zmian nowotworowych. Znaczenie systemu ubikwityna–proteasom w regulacji procesów biologicznych sprawiło, że stał się on jednym z ważnych celów badań nad nowymi strategiami terapeutycznymi. W ostatnich latach szczególne zainteresowanie wzbudziła możliwość wykorzystania naturalnego mechanizmu degradacji białek do selektywnego usuwania białek o znaczeniu patologicznym¹¹. Właśnie na tej koncepcji opiera się technologia PROTAC, która umożliwia sztuczne skierowanie wybranego białka do degradacji poprzez rekrutację ligazy ubikwityny E3. Dzięki temu możliwe jest eliminowanie białek uznawanych wcześniej za trudne do farmakologicznego zahamowania, co otwiera nowe możliwości w projektowaniu leków przeciwnowotworowych oraz terapii innych chorób o podłożu molekularnym.

2. Historia powstania technologii PROTAC

Pomysł wykorzystania systemu ubikwityna–proteasom do celowanej degradacji białka za pomocą cząsteczek PROTAC (ang. Proteolysis Targeting Chimera) został po raz pierwszy opisany w 2001 roku przez zespół Crews i Deshaies w *Proceedings of the National Academy of Sciences (PNAS)*. Pierwszy ligand PROTAC, nazwany Protac-1 został zaprojektowany w celu skierowania białka enzymatycznego MetAP-2 do degradacji proteasomalnej, łącząc je z kompleksami odpowiedzialnymi za znakowanie białek do rozkładu. Udowodniono, że istnieje możliwość wykorzystania tej strategii jako narzędzia w eliminacji terapeutycznych celów białkowych, w tym takich, które wcześniej były określane mianem „undruggable”, ze względu na niemożność

¹⁰ R. J. Deshaies, C. A. Joazeiro, *RING domain E3 ubiquitin ligases*, „Annual Review of Biochemistry” 2009, 78, s. 399, 417-420.

¹¹ Por. C. M. Crews, *Targeting the undruggable proteome: the small molecules of my dreams*, „Chemistry & Biology” 2010, 17, 551–555.

ich kontrolowania za pomocą tradycyjnych leków¹². W kolejnych latach naukowcy dążyli do zaprojektowania niepeptydowych, podobnych do leków ligandów, co spowodowało rozwój technologii PROTAC. Pierwsze generacje cząsteczek PROTAC opierały się na wykorzystaniu peptydowych ligandów zdolnych do wiązania zarówno białka docelowego, jak i ligazy E3. Związki te były jednak stosunkowo duże i charakteryzowały się ograniczoną przepuszczalnością przez błony komórkowe, co znacznie ograniczało ich potencjalne zastosowanie terapeutyczne. W początkowym okresie badania nad PROTAC miały więc przede wszystkim charakter koncepcyjny i stanowiły dowód na możliwość wykorzystania systemu ubikwityna–proteasom do selektywnej degradacji białek w komórce¹³.

Kolejnym ważnym etapem rozwoju technologii PROTAC było wprowadzenie małowielkościowych ligandów ligazy ubikwityny E3. Jednym z przełomowych odkryć było wykorzystanie ligandów białka cereblon (CRBN) oraz ligazy von Hippel–Lindau (VHL) (*Rys.2*). Odkrycie struktury kompleksów tych ligaz oraz identyfikacja związków zdolnych do ich selektywnego wiązania umożliwiły projektowanie znacznie bardziej efektywnych cząsteczek PROTAC. W szczególności opracowanie ligandów ligazy VHL otworzyło nowe możliwości w projektowaniu związków degradujących białka o znaczeniu terapeutycznym¹⁴. W kolejnych latach nastąpił dynamiczny rozwój technologii PROTAC, związany zarówno z postępem w chemii medycznej, jak i z rozwojem biologii strukturalnej. Zastosowanie metod krystalografii rentgenowskiej oraz modelowania molekularnego umożliwiło szczegółowe poznanie struktury kompleksów ternarnych tworzonych przez cząsteczkę PROTAC, białko docelowe oraz ligazę E3. Zrozumienie tych interakcji pozwoliło na bardziej racjonalne projektowanie cząsteczek PROTAC oraz optymalizację ich właściwości farmakologicznych, takich jak stabilność, selektywność czy zdolność przenikania przez błony komórkowe. Istotnym etapem w rozwoju tej technologii było również opracowanie cząsteczek PROTAC zdolnych do degradacji białek odgrywających kluczową rolę w rozwoju nowotworów¹⁵. Jednym z najczęściej badanych przykładów była degradacja receptora androgenowego (AR) w komórkach raka prostaty oraz receptora

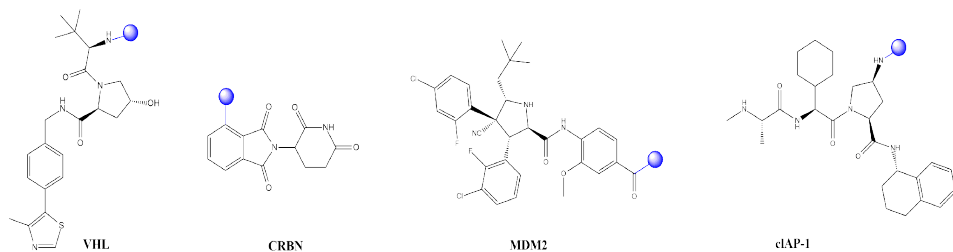
¹² Por. K. Sakamoto i in., *Protacs: chimeric molecules that target proteins to the Skp1–Cullin–F-box complex for ubiquitination and degradation*, „Proceedings of the National Academy of Sciences” 2001, 98, nr 15, 8554–8559.

¹³ Por. C. M. Crews, *Targeting the undruggable proteome: the small molecules of my dreams*, „Chemistry & Biology” 2010, 17, nr 6, 551–555.

¹⁴ Por. M. Galdeano i in., *Structure-guided design and optimization of small molecules targeting the protein–protein interaction between the von Hippel–Lindau (VHL) E3 ubiquitin ligase and HIF-1α*, „Journal of Medicinal Chemistry” 2014, 57, nr 20, 8657–8663.

¹⁵ Por. S. Bondeson i in., *Catalytic in vivo protein knockdown by small-molecule PROTACs*, „Nature Chemical Biology” 2015, 11, nr 8, 613.

estrogenowego (ER) w raku piersi. Badania te wykazały, że cząsteczki PROTAC mogą skutecznie eliminować białka regulatorowe odpowiedzialne za proliferację komórek nowotworowych, co potwierdziło duży potencjał terapeutyczny tej strategii.



Rysunek 2. Ligandy E3 ligazy używane do projektowania cząsteczek PROTAC z zaznaczonym miejscem przyłączenia łącznika.

W ostatnich latach technologia PROTAC przeszła z etapu badań podstawowych do fazy badań klinicznych. Obecnie prowadzone są liczne badania kliniczne oceniające skuteczność cząsteczek PROTAC w leczeniu różnych typów nowotworów, w tym raka piersi, raka prostaty oraz nowotworów hematologicznych. Jednym z najbardziej zaawansowanych przykładów jest cząsteczka ARV-471 (vepdegestrant), będąca degraderem receptora estrogenowego opracowanym przez firmę Arvinas. Związek ten wykazuje wysoką skuteczność w degradacji receptora estrogenowego w komórkach nowotworowych i 1 maja 2026 roku został zatwierdzony przez FDA do leczenia pacjentów z zaawansowanym lub przerzutowym rakiem piersi¹⁶. Dynamiczny rozwój technologii PROTAC sprawił, że obecnie uznawana jest ona za jedno z najbardziej obiecujących narzędzi współczesnej chemii medycznej. W przeciwieństwie do klasycznych inhibitorów enzymatycznych cząsteczki PROTAC umożliwiają eliminację białka docelowego z komórki, co pozwala na modulowanie funkcji białek uznawanych wcześniej za trudne lub niemożliwe do farmakologicznego zahamowania. Dzięki temu technologia ta otwiera nowe perspektywy w projektowaniu terapii celowanych, szczególnie w leczeniu chorób nowotworowych.

3. Budowa oraz strategię projektowania cząsteczek PROTAC

Cząsteczki PROTAC (Proteolysis Targeting Chimera) stanowią specyficzną klasę heterobifunkcyjnych związków chemicznych zaprojektowanych w celu indukowania selektywnej degradacji określonych białek w komórce. W przeciwieństwie

¹⁶ Por. E. S. Wang i in., *ARV-471, a PROTAC estrogen receptor degrader for breast cancer therapy*, „Clinical Cancer Research” 2022, 28, nr 10, 2116.

do klasycznych inhibitorów enzymatycznych, które działają poprzez blokowanie aktywności białka docelowego, cząsteczki PROTAC wykorzystują mechanizmy komórkowe prowadzące do jego całkowitej degradacji. Strategia ta opiera się na sztucznym połączeniu białka docelowego z ligazą ubikwityny E3, co prowadzi do jego ubikwitinacji i skierowania do degradacji w proteasomie¹⁷. Skuteczność tej technologii zależy w dużej mierze od odpowiedniego zaprojektowania struktury cząsteczki PROTAC, która musi umożliwiać stabilne oddziaływanie zarówno z białkiem docelowym, jak i z ligazą E3.

Klasyczna cząsteczka PROTAC składa się z trzech podstawowych elementów strukturalnych: ligandu białka docelowego (POI, protein of interest), ligandu ligazy ubikwityny E3 oraz łącznika chemicznego określanego jako linker. Każdy z tych elementów pełni odrębną funkcję w procesie degradacji białka i odgrywa kluczową rolę w determinowaniu właściwości biologicznych oraz farmakologicznych całej cząsteczki¹⁸. Odpowiednie dobranie tych komponentów jest jednym z najważniejszych etapów projektowania cząsteczek PROTAC i wymaga połączenia wiedzy z zakresu chemii medycznej, biologii strukturalnej oraz bioinformatyki. Pierwszym elementem strukturalnym cząsteczki PROTAC jest ligand białka docelowego. Jego zadaniem jest selektywne rozpoznanie oraz związanie białka, które ma zostać poddane degradacji. Najczęściej wykorzystuje się w tym celu znane inhibitory lub ligandy białek o udokumentowanym powinowactwie do danego celu molekularnego. W wielu przypadkach są to cząsteczki opracowane pierwotnie jako klasyczne inhibitory enzymatyczne. W technologii PROTAC pełnią one jednak inną funkcję, zamiast blokować aktywność białka, służą jako element umożliwiający jego rozpoznanie i rekrutację do kompleksu degradacyjnego. Dzięki temu możliwe jest wykorzystanie istniejących cząsteczek farmakologicznych jako punktu wyjścia do projektowania nowych degraderów białkowych. Drugim kluczowym elementem cząsteczki PROTAC jest ligand ligazy ubikwityny E3. Element ten odpowiada za rekrutację ligazy E3 do kompleksu ternarnego tworzonego przez cząsteczkę PROTAC i białko docelowe. W praktyce najczęściej wykorzystywane są ligandy dwóch ligaz ubikwityny – cereblon (CRBN) oraz von Hippel–Lindau (VHL). Ligandy CRBN wywodzą się głównie z pochodnych talidomidu i jego analogów, natomiast ligandy VHL zostały opracowane na podstawie struktury naturalnych substratów tej ligazy. Szczególnie duże znaczenie w projektowaniu cząsteczek PROTAC mają ligandy VHL, takie jak VH032 czy jego

¹⁷ Por. K. Sakamoto i in., *Protacs: chimeric molecules that target proteins to the Skp1–Cullin–F-box complex for ubiquitination and degradation*, „Proceedings of the National Academy of Sciences” 2001, 98, nr 15, 8554–8559.

¹⁸ Por. S. Bondeson i in., *Catalytic in vivo protein knockdown by small-molecule PROTACs*, „Nature Chemical Biology” 2015, 11, nr 8, 611–617.

pochodne, które wykazują wysokie powinowactwo do kompleksu ligazy E3 oraz dużą podatność na modyfikacje chemiczne. Dzięki temu możliwe jest projektowanie cząsteczek o zoptymalizowanych właściwościach farmakokinetycznych¹⁹. Trzecim elementem strukturalnym cząsteczki PROTAC jest linker, czyli fragment chemiczny łączący ligand białka docelowego z ligandem ligazy E3. Linker nie bierze bezpośrednio udziału w oddziaływaniach z białkami, jednak jego rola w funkcjonowaniu cząsteczki PROTAC jest niezwykle istotna. Długość, elastyczność oraz skład chemiczny linkera wpływają na orientację przestrzenną obu ligandów, a tym samym na możliwość utworzenia stabilnego kompleksu pomiędzy białkiem docelowym, cząsteczką PROTAC oraz ligazą E3²⁰. Nieodpowiednio zaprojektowany linker może znacząco obniżyć efektywność degradacji białka.

W ostatnich latach coraz większą uwagę poświęca się zjawisku stabilizacji kompleksu. Badania wykazały, że oprócz oddziaływań pomiędzy ligandami a białkami istotne są również bezpośrednie interakcje pomiędzy białkiem docelowym a ligazą E3. Powstanie stabilnego kompleksu sprzyja efektywnej ubiquitynacji białka docelowego i zwiększa skuteczność degradacji proteasomalnej²¹. Rozwój technologii PROTAC doprowadził również do powstania nowych koncepcji projektowania degraderów białkowych, takich jak PROTAC aktywowane światłem (photoPROTAC), cząsteczki kontrolowane chemicznie czy systemy umożliwiające selektywną degradację białek w określonych typach komórek²². Dzięki tym rozwiązaniom możliwe jest jeszcze bardziej precyzyjne kontrolowanie procesu degradacji białek oraz ograniczenie potencjalnych działań niepożądanych. Postęp w projektowaniu cząsteczek PROTAC sprawił, że technologia ta stała się jednym z najbardziej dynamicznie rozwijających się obszarów współczesnej chemii medycznej.

4. Zastosowanie technologii PROTAC w terapii nowotworów

Rozwój technologii PROTAC otworzył nowe możliwości w projektowaniu terapii przeciwnowotworowych, szczególnie w odniesieniu do białek uznawanych wcześniej za „nielekowalne”. W klasycznej farmakologii większość leków

¹⁹ Por. C. M. Crews, *Targeting the undruggable proteome: the small molecules of my dreams*, „Chemistry & Biology” 2010, 17, nr 6, 551–555.

²⁰ Por. M. Galdeano i in., *Structure-guided design and optimization of small molecules targeting the protein–protein interaction between VHL and HIF-1α*, „Journal of Medicinal Chemistry” 2014, 57, nr 20, 8657–8663.

²¹ Por. A. Zorba i in., *Delineating the role of cooperativity in the design of PROTACs for potent protein degradation*, „Proceedings of the National Academy of Sciences” 2018, 115, nr 31, E7285–E7292.

²² Por. H. Lu i in., *Hijacking the E3 ubiquitin ligase cereblon to efficiently target BRD4*, „Chemical Biology” 2015, 22, nr 6, 755–763.

przeciwnowotworowych działa poprzez blokowanie aktywności enzymatycznej określonych białek lub receptorów. W wielu przypadkach strategia ta jest skuteczna, jednak jej zastosowanie jest ograniczone do białek posiadających wyraźnie zdefiniowane miejsca aktywne²³. Tymczasem znaczna część białek zaangażowanych w rozwój nowotworów, takich jak czynniki transkrypcyjne czy białka regulatorowe, nie posiada struktur umożliwiających skuteczne wiązanie inhibitorów. Technologia PROTAC umożliwia obejście tego problemu poprzez wykorzystanie mechanizmu degradacji białek, co pozwala na eliminację całego białka z komórki, a nie jedynie zahamowanie jego aktywności.

Jednym z pierwszych i najlepiej poznanych zastosowań technologii PROTAC w onkologii jest degradacja receptorów hormonalnych, które odgrywają kluczową rolę w rozwoju nowotworów hormonozależnych. Szczególne znaczenie ma degradacja receptora estrogenowego α (ER α), który jest jednym z głównych czynników regulujących proliferację komórek w raku piersi typu ER-pozytywnego. Istotnym potwierdzeniem potencjału klinicznego technologii PROTAC jest vepdegestrant (ARV-471), degrader receptora estrogenowego, którego zatwierdzenie przez FDA w 2026 roku stanowi ważny krok w przejściu tej technologii od badań do rzeczywistego zastosowania terapeutycznego.

Kolejnym ważnym celem badań nad technologią PROTAC jest degradacja receptora androgenowego (AR), który odgrywa kluczową rolę w rozwoju raka prostaty. Receptor androgenowy jest czynnikiem transkrypcyjnym regulującym ekspresję licznych genów odpowiedzialnych za proliferację i przeżycie komórek nowotworowych. W przypadku zaawansowanego raka prostaty często dochodzi do powstania mutacji prowadzących do oporności na klasyczne inhibitory receptora androgenowego²⁴. Cząsteczki PROTAC skierowane przeciwko receptorowi androgenowemu umożliwiają jego selektywną degradację, co pozwala na przełamanie mechanizmów oporności na leczenie i stanowi obiecującą strategię terapeutyczną w leczeniu tego typu nowotworów. W ostatnich latach pojawiły się również doniesienia dotyczące zastosowania technologii PROTAC w degradacji białek uczestniczących w regulacji epigenetycznej. Przykładem jest degradacja enzymów odpowiedzialnych za metylację RNA lub modyfikacje chromatyny, które odgrywają istotną rolę w rozwoju nowotworów hematologicznych²⁵. Selektowna degradacja tych białek może prowadzić

²³ Por. C. M. Crews, *Targeting the undruggable proteome: the small molecules of my dreams*, „Chemistry & Biology” 2010, 17, nr 6, 551–555.

²⁴ Por. N. Han i in., *Discovery of ARD-69 as a highly potent PROTAC degrader of androgen receptor for prostate cancer therapy*, „Journal of Medicinal Chemistry” 2019, 62, nr 2, 941–962.

²⁵ Por. Y. Du i in., *Targeted degradation of METTL3-METTL14 complex by PROTAC for leukemia therapy*, „Cell Chemical Biology” 2024, nr 31, 177–183.

do zahamowania proliferacji komórek nowotworowych oraz przywrócenia prawidłowych mechanizmów regulacji ekspresji genów.

Technologia PROTAC rozwija się dynamicznie i może odegrać istotną rolę w przyszłości terapii przeciwnowotworowych, umożliwiając selektywną degradację białek dotychczas uznawanych za trudne do farmakologicznego zahamowania.

5. Wyzwania i przyszłość technologii PROTAC

Pomimo dynamicznego rozwoju technologii PROTAC oraz obiecujących wyników badań przedklinicznych i klinicznych, strategia ta wciąż wiąże się z pewnymi wyzwaniami. Jednym z głównych ograniczeń jest stosunkowo duża masa cząsteczkowa degraderów białkowych, która może wpływać na ich biodostępność, rozpuszczalność oraz zdolność przenikania przez błony komórkowe. Dodatkowym wyzwaniem pozostaje optymalizacja właściwości farmakokinetycznych cząsteczek PROTAC, w tym ich stabilności metabolicznej oraz dystrybucji w organizmie. Istotnym aspektem jest również precyzyjne projektowanie linkerów oraz dobór odpowiednich ligandów ligaz E3, które umożliwiają powstanie stabilnego kompleksu ternarnego pomiędzy cząsteczką PROTAC, białkiem docelowym oraz ligazą ubikwityny. Intensywne badania prowadzone są nad identyfikacją nowych ligaz E3, optymalizacją struktur chemicznych degraderów białkowych oraz opracowaniem nowych klas cząsteczek degradujących białka, takich jak photoPROTAC, czy inne systemy umożliwiające kontrolowaną degradację białek w określonych warunkach biologicznych. Wraz z postępem badań klinicznych oraz rozwojem metod projektowania molekularnego technologia PROTAC ma szansę odegrać istotną rolę w przyszłości terapii celowanych, szczególnie w leczeniu chorób nowotworowych oraz innych schorzeń o podłożu molekularnym.

Bibliografia

- Bondeson D. S. i in., *Catalytic in vivo protein knockdown by small-molecule PROTACs*, „Nature Chemical Biology” 2015, t. 11, nr 8, s.611–617.
- Crews C.M., *Targeting the undruggable proteome: the small molecules of my dreams*, „Chemistry & Biology” 2010, t. 17, nr 6, s.551–555.
- Deshaies R.J., Joazeiro C.A., *RING domain E3 ubiquitin ligases*, „Annual Review of Biochemistry” 2009, nr 78, s.399–434.
- Diehl C.J., Ciulli A., *Discovery of small molecule ligands for the von Hippel–Lindau (VHL) E3 ligase and their use as inhibitors and PROTAC degraders*, „Chemical Society Reviews” 2022, nr 51, s.8216–8257.

- Du Y. i in., *Targeted degradation of METTL3–METTL14 complex by PROTAC for leukemia therapy*, „Cell Chemical Biology” 2024, nr 31, s. 177–183.
- Finley D., *Recognition and processing of ubiquitin-protein conjugates by the proteasome*, „Annual Review of Biochemistry” 2009, 78, s. 477–578.
- Galdeano M. i in., *Structure-guided design and optimization of small molecules targeting the protein–protein interaction between the von Hippel–Lindau (VHL) E3 ubiquitin ligase and HIF-1 α* , „Journal of Medicinal Chemistry” 2014, t. 57, nr 20, s. 8657–8663.
- Han N. i in., *Discovery of ARD-69 as a highly potent PROTAC degrader of androgen receptor for prostate cancer therapy*, „Journal of Medicinal Chemistry” 2019, t. 62, nr 2, s. 941–962.
- Hershko A., Ciechanover A., *The ubiquitin system*, „Annual Review of Biochemistry” 1998, 67, s. 458–461.
- Lu H. i in., *Hijacking the E3 ubiquitin ligase cereblon to efficiently target BRD4*, „Chemical Biology” 2015, t. 22, nr 6, s. 755–763.
- Pichlak M., Sobierajski T., Błażewska K.M., Gendaszewska-Darmach E., *Targeting reversible post-translational modifications with PROTACs: a focus on enzymes modifying protein lysine and arginine residues*, „Journal of Enzyme Inhibition and Medicinal Chemistry” 2023, nr 38, s. 1149–1182.
- Pinheiro M., Franco S., Fraga C., *The Magic Methyl and Its Tricks in Drug Discovery and Development*, „Pharmaceuticals” 2023, nr 16, s. 1157.
- Sakamoto K. i in., *Protacs: chimeric molecules that target proteins to the Skp1–Cullin–F-box complex for ubiquitination and degradation*, „Proceedings of the National Academy of Sciences” 2001, t. 98, nr 15, s. 8554–8559.
- Scheffner M., Nuber U., Huibregtse J.M., *Protein ubiquitination involving an E1–E2–E3 enzyme cascade*, „Nature” 1995, nr 373, s. 81–83.
- Sobierajski T., Małolepsza J., Pichlak M., Gendaszewska-Darmach E., Błażewska K.M., *The impact of E3 ligase choice on PROTAC effectiveness in protein kinase degradation*, „Drug Discovery Today” 2024, nr 29, 104032.
- Varshavsky A., *The ubiquitin system, an immense realm*, „Annual Review of Biochemistry” 2012, nr 81, 167–176.
- U.S. Food and Drug Administration, FDA approves vepdegestrant for ER-positive, HER-2-negative, ESR1-mutated advanced or metastatic breast cancer, 1.05.2026, <https://www.fda.gov/drugs/resources-information-approved-drugs/fda-approves-vepdegestrant-er-positive-her2-negative-esr1-mutated-advanced-or-metastatic-breast> (dostęp: 19.09.2026).
- Wang E.S. i in., *ARV-471, a PROTAC estrogen receptor degrader for breast cancer therapy*, „Clinical Cancer Research” 2022, t. 28, nr 10, s. 2111–2120.
- Zorba A. i in., *Delineating the role of cooperativity in the design of PROTACs for potent protein degradation*, „Proceedings of the National Academy of Sciences” 2018, t. 115, nr 31, E7285–E7292.

Nowe strategie projektowania leków w chorobach cywilizacyjnych – od chemii medycznej do poprawy jakości życia pacjentów

Wstęp

Rozwój współczesnej medycyny oraz postęp technologiczny w ostatnich dekadach znacząco przyczyniły się do wydłużenia średniej długości życia oraz poprawy warunków zdrowotnych wielu społeczeństw. Jednocześnie zmiany demograficzne i stylu życia doprowadziły do wzrostu znaczenia chorób o charakterze przewlekłym, które wymagają długotrwałego leczenia oraz kompleksowej opieki medycznej. Schorzenia te stają się jednym z najważniejszych obszarów zainteresowania współczesnej nauki biomedycznej, ponieważ ich leczenie wymaga nie tylko skutecznych metod terapeutycznych, lecz także lepszego zrozumienia procesów biologicznych zachodzących w organizmie człowieka¹.

W ostatnich latach szczególnego znaczenia nabrały badania nad molekularnymi mechanizmami chorób przewlekłych. Postęp w dziedzinie biologii molekularnej, genetyki oraz technologii biomedycznych umożliwił dokładniejsze poznanie procesów odpowiedzialnych za rozwój wielu schorzeń. Wiedza ta stała się podstawą do opracowywania nowych strategii terapeutycznych, które pozwalają na bardziej precyzyjne oddziaływanie na procesy patologiczne zachodzące w komórkach i tkankach². Istotną rolę w tym procesie odgrywa chemia medyczna oraz nowoczesna farmakologia,

¹ A. Prüss-Ustün, J. Wolf, C. Corvalán, R. Bos, M. Neira, *Preventing disease through healthy environments*, Geneva 2016, s. 12–18.

² R. Rang, J. Ritter, R. Flower, G. Henderson, *Rang & Dale's Pharmacology*, London 2019, s. 3–8.

które koncentrują się na projektowaniu i optymalizacji związków biologicznie aktywnych. Współczesne podejście do odkrywania leków coraz częściej opiera się na analizie struktury białek, modelowaniu molekularnym oraz wykorzystaniu zaawansowanych metod obliczeniowych. Dzięki temu możliwe jest identyfikowanie nowych celów terapeutycznych oraz opracowywanie substancji o wysokiej selektywności działania³. Dynamiczny rozwój technologii biomedycznych, takich jak nanotechnologia, bioinformatyka czy sztuczna inteligencja, otwiera nowe perspektywy w procesie projektowania leków. Integracja tych dziedzin wiedzy umożliwia opracowywanie bardziej skutecznych i bezpiecznych terapii, które mogą w przyszłości znacząco wpłynąć na poprawę jakości życia pacjentów oraz efektywność leczenia wielu chorób przewlekłych⁴.

1. Choroby cywilizacyjne jako wyzwanie współczesnej medycyny

Choroby cywilizacyjne stanowią jedno z najpoważniejszych wyzwań współczesnej medycyny oraz zdrowia publicznego. Do tej grupy zalicza się między innymi choroby sercowo-naczyniowe, nowotwory, cukrzycę, schorzenia neurodegeneracyjne oraz przewlekłe choroby układu oddechowego⁵. Ich rozwój pozostaje ściśle związany z przemianami społecznymi i cywilizacyjnymi, takimi jak starzenie się populacji, zmiany stylu życia, niewłaściwe nawyki żywieniowe, niedostateczna aktywność fizyczna, długotrwały stres czy rosnące zanieczyszczenie środowiska⁶. W konsekwencji choroby te należą obecnie do głównych przyczyn zachorowalności i śmiertelności na świecie, stanowiąc istotne obciążenie zarówno dla systemów opieki zdrowotnej, jak i dla współczesnej nauki⁷.

Rosnąca liczba osób cierpiących na choroby przewlekłe wpływa również na funkcjonowanie społeczeństw oraz jakość życia pacjentów. Schorzenia te mają najczęściej charakter długotrwały i wymagają systematycznego leczenia farmakologicznego, regularnej kontroli medycznej oraz modyfikacji stylu życia⁸. W wielu przypadkach prowadzą do ograniczenia sprawności fizycznej, pogorszenia kondycji

³ Por. G. L. Patrick, *An Introduction to Medicinal Chemistry*, Oxford 2017, 9–15.

⁴ Por. B. Overington, B. Al-Lazikani, A. Hopkins, *How many drug targets are there?*, „Nature Reviews Drug Discovery” 2006, nr 5, s.993–996.

⁵ Por. World Health Organization, *Global Status Report on Noncommunicable Diseases*, Geneva 2014, s. 9

⁶ Por. A. Prüss-Ustün i in., *Preventing Disease Through Healthy Environments*, Geneva 2016, 61.

⁷ Por. GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators, *Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories*, „The Lancet” 2020, nr 396, s. 1204–1206.

⁸ Por. H. Rang, J. Ritter, R. Flower, G. Henderson, *Rang & Dale's Pharmacology*, London 2019, s. 79-80.

psychicznej oraz zmniejszenia zdolności do aktywności zawodowej⁹. Z tego względu choroby cywilizacyjne należy rozpatrywać nie tylko w kontekście medycznym, ale także społecznym i ekonomicznym, ponieważ generują znaczne koszty związane z terapią, rehabilitacją oraz utratą produktywności społeczeństw¹⁰.

W obliczu narastającej skali tego problemu szczególnego znaczenia nabiera rozwój nowych strategii terapeutycznych. Współczesna farmakologia oraz chemia medyczna koncentrują się na poszukiwaniu innowacyjnych metod projektowania leków, które umożliwiają bardziej precyzyjne oddziaływanie na mechanizmy molekularne odpowiedzialne za rozwój chorób¹¹. Nowoczesne podejścia obejmują między innymi projektowanie leków ukierunkowanych molekularnie, rozwój terapii biologicznych, wykorzystanie nanotechnologii w systemach dostarczania substancji leczniczych, a także zastosowanie narzędzi bioinformatycznych oraz sztucznej inteligencji w procesie odkrywania nowych związków terapeutycznych¹².

Postęp w tych dziedzinach stwarza realną możliwość opracowania terapii o większej skuteczności i bezpieczeństwie, które pozwolą nie tylko kontrolować przebieg chorób cywilizacyjnych, lecz również przyczynią się do poprawy jakości życia pacjentów. Integracja wiedzy z zakresu chemii medycznej, biologii molekularnej oraz nowoczesnych technologii biomedycznych otwiera nowe perspektywy w projektowaniu leków i stanowi jeden z kluczowych kierunków rozwoju współczesnej medycyny¹³.

2. Charakterystyka i skala problemu

Z punktu widzenia biologii molekularnej choroby cywilizacyjne są wynikiem złożonych zaburzeń procesów metabolicznych oraz regulacji komórkowej. W patogenezie wielu z tych schorzeń istotną rolę odgrywają przewlekłe procesy zapalne, stres oksydacyjny oraz zaburzenia funkcjonowania układów sygnalizacji komórkowej. Mechanizmy te prowadzą do stopniowego uszkodzenia tkanek oraz zaburzenia homeostazy organizmu¹⁴. Proces ten jest ściśle związany z nadmiernym spożyciem

⁹ Por. J. M. Gorman, *Comorbid depression and anxiety spectrum disorders*, „Depression and Anxiety” 1996, nr 4, s. 160–162.

¹⁰ Por. World Health Organization, *Noncommunicable Diseases Progress Monitor*, Geneva 2022, s. 9–12.

¹¹ Por. G. L. Patrick, *An Introduction to Medicinal Chemistry*, Oxford 2017, s. 197–201.

¹² Por. A. Lavecchia, C. Di Giovanni, *Virtual screening strategies in drug discovery: a critical review*, „Current Medicinal Chemistry” 2013, nr 20, s. 2849–2854.

¹³ Por. J. P. Overington, B. Al-Lazikani, A. L. Hopkins, *How many drug targets are there?*, „Nature Reviews Drug Discovery” 2006, nr 5, s. 993–996.

¹⁴ Por. G. A. Hotamisligil, *Inflammation and metabolic disorders*, „Nature” 2006, nr 444, s. 860, 863–865.

wysoko przetworzonej żywności, ograniczoną aktywnością fizyczną oraz zaburzeniami gospodarki lipidowej i węglowodanowej.

Istotnym elementem patogenezы wielu chorób przewlekłych jest również stres oksydacyjny oraz uszkodzenia komórkowe wynikające z nadmiernej produkcji reaktywnych form tlenu. Długotrwałe oddziaływanie tych czynników może prowadzić do uszkodzeń DNA, zaburzeń funkcjonowania mitochondriów oraz nieprawidłowej regulacji procesów proliferacji komórkowej¹⁵. Mechanizmy te odgrywają szczególną rolę w rozwoju chorób neurodegeneracyjnych, takich jak choroba Alzheimera czy choroba Parkinsona. W ostatnich latach coraz większą uwagę zwraca się również na znaczenie czynników środowiskowych w powstawaniu chorób cywilizacyjnych. Zanieczyszczenie powietrza, ekspozycja na metale ciężkie oraz kontakt z różnego rodzaju związkami chemicznymi mogą prowadzić do zaburzeń funkcjonowania układu odpornościowego oraz nasilenia procesów zapalnych w organizmie¹⁶. Wykazano, że długotrwała ekspozycja na pyły zawieszone PM_{2.5} zwiększa ryzyko rozwoju chorób układu sercowo-naczyniowego oraz przewlekłych chorób układu oddechowego.

Skala problemu chorób cywilizacyjnych jest bardzo duża i obejmuje większość krajów uprzemysłowionych oraz coraz większą liczbę państw rozwijających się. Według danych epidemiologicznych choroby niezakaźne odpowiadają obecnie za ponad dwie trzecie wszystkich zgonów na świecie, a ich częstość występowania rośnie wraz ze starzeniem się populacji oraz urbanizacją społeczeństw. Szczególnie dynamiczny wzrost obserwuje się w przypadku cukrzycy typu 2 oraz otyłości, które w wielu krajach osiągnęły już rozmiary epidemii zdrowotnej.

Konsekwencje tych schorzeń wykraczają jednak daleko poza wymiar medyczny. Choroby przewlekłe prowadzą często do wieloletniego obniżenia sprawności fizycznej i psychicznej pacjentów, zwiększając ryzyko niepełnosprawności oraz przedwczesnej śmierci. Dodatkowo powodują znaczące obciążenie systemów ochrony zdrowia, wymagając długotrwałego leczenia, rehabilitacji oraz monitorowania stanu zdrowia pacjentów¹⁷. W związku z tym ograniczenie skali występowania chorób cywilizacyjnych oraz rozwój skutecznych metod terapeutycznych stanowi jedno z najważniejszych wyzwań współczesnej medycyny.

¹⁵ Por. B. Halliwell, J. M. C. Gutteridge, *Free Radicals in Biology and Medicine*, Oxford 2015, s. 219-228.

¹⁶ Por. A. Prüss-Ustün i in., *Preventing Disease Through Healthy Environments*, Geneva 2016, s.611-628.

¹⁷ Por. T. Vos i in., *Global burden of disease study 2019*, „The Lancet” 2020, 396, 1204-1222.

3. Podstawy projektowania leków w chemii medycznej

Projektowanie nowych leków stanowi złożony proces interdyscyplinarny, łączący wiedzę z zakresu chemii organicznej, biologii molekularnej, farmakologii oraz bioinformatyki. Celem tego procesu jest opracowanie związków chemicznych zdolnych do selektywnego oddziaływania na określone struktury biologiczne, takie jak enzymy, receptory, białka sygnałowe czy kwasy nukleinowe¹⁸. Kluczowym etapem jest identyfikacja tzw. celu molekularnego (ang. *drug target*), czyli elementu komórkowego, którego modulacja może prowadzić do uzyskania efektu terapeutycznego.

Współczesne strategie odkrywania leków często rozpoczynają się od analizy szlaków metabolicznych oraz procesów sygnalizacyjnych zachodzących w komórce. Dzięki badaniom z zakresu biologii molekularnej możliwe jest zidentyfikowanie białek odgrywających istotną rolę w patogenezie danej choroby, które następnie stają się potencjalnym celem dla nowych substancji terapeutycznych¹⁹. Po zidentyfikowaniu celu molekularnego kolejnym etapem jest poszukiwanie związków chemicznych zdolnych do oddziaływania z tym celem w sposób selektywny i odwracalny. Istotną rolę w tym procesie odgrywa analiza zależności pomiędzy strukturą chemiczną związku a jego aktywnością biologiczną, określana jako relacja struktura–aktywność (SAR, *structure–activity relationship*). Badania tego typu pozwalają na identyfikację fragmentów cząsteczki odpowiedzialnych za jej aktywność biologiczną oraz na modyfikowanie struktury związku w celu zwiększenia jego skuteczności terapeutycznej²⁰. W praktyce oznacza to stopniową optymalizację cząsteczki poprzez wprowadzanie zmian w jej strukturze chemicznej, takich jak podstawienia funkcyjne czy modyfikacje pierścieni aromatycznych.

Kolejnym istotnym elementem procesu projektowania leków jest analiza właściwości farmakokinetycznych i farmakodynamicznych potencjalnych kandydatów na leki. Farmakokinetyka opisuje losy substancji w organizmie, obejmując procesy wchłaniania, dystrybucji, metabolizmu oraz wydalania (ADME), natomiast farmakodynamika dotyczy mechanizmu działania leku oraz jego wpływu na funkcjonowanie organizmu²¹. Optymalizacja tych właściwości jest niezbędna, aby uzyskać związek o odpowiedniej biodostępności, stabilności metabolicznej oraz akceptowalnym profilu bezpieczeństwa.

¹⁸ Por. G. L. Patrick, *An Introduction to Medicinal Chemistry*, Oxford 2017, s. 197-200.

¹⁹ Por. J. Drews, *Drug discovery: a historical perspective*, „Science” 2000, nr 287, s. 1960–1964.

²⁰ Por. C. G. Wermuth, D. Aldous, P. Raboisson, D. Rognan, *The Practice of Medicinal Chemistry*, Academic Press, London 2015, s. 301-308.

²¹ Por. H. Rang, J. Ritter, R. Flower, G. Henderson, *Rang & Dale's Pharmacology*, London 2019, s. 123-130.

W procesie odkrywania leków ogromne znaczenie mają również badania przedkliniczne, które pozwalają na ocenę skuteczności i toksyczności nowych związków w modelach komórkowych oraz zwierzęcych. Dopiero po uzyskaniu satysfakcjonujących wyników na tym etapie możliwe jest rozpoczęcie badań klinicznych z udziałem ludzi, których celem jest potwierdzenie bezpieczeństwa oraz skuteczności opracowanego leku. Cały proces opracowania nowego leku jest czasochłonny i kosztowny, jednak stanowi podstawę rozwoju nowoczesnej farmakoterapii.

4. Nowoczesne strategie projektowania leków

Postęp w biologii molekularnej oraz technologiach biomedycznych doprowadził do powstania nowych strategii terapeutycznych, które znacząco rozszerzają możliwości współczesnej farmakologii. W przeciwieństwie do klasycznego podejścia polegającego na blokowaniu aktywności enzymów lub receptorów, współczesne metody coraz częściej koncentrują się na precyzyjnej modulacji procesów komórkowych na poziomie molekularnym²². Pozwala to na bardziej selektywne oddziaływanie na mechanizmy chorobowe oraz ograniczenie działań niepożądanych terapii.

Jednym z najważniejszych kierunków rozwoju nowoczesnej farmakoterapii są terapie ukierunkowane molekularnie. W podejściu tym leki projektowane są w taki sposób, aby oddziaływały na konkretne białka lub szlaki sygnałowe zaangażowane w rozwój choroby. Strategie te znalazły szczególne zastosowanie w onkologii, gdzie identyfikacja mutacji genetycznych odpowiedzialnych za proliferację komórek nowotworowych umożliwiła opracowanie leków selektywnie hamujących aktywność określonych kinaz czy receptorów błonowych²³. Takie podejście pozwala na bardziej precyzyjne dopasowanie terapii do charakterystyki biologicznej choroby.

Kolejnym dynamicznie rozwijającym się obszarem są technologie degradacji białek, w tym cząsteczki typu PROTAC (*Proteolysis Targeting Chimeras*). Związki te działają w odmienny sposób niż klasyczne inhibitory enzymów, ponieważ prowadzą do selektywnej degradacji określonych białek poprzez wykorzystanie układu ubikwityna–proteasom²⁴. Mechanizm ten polega na tworzeniu kompleksu pomiędzy białkiem docelowym, cząsteczką PROTAC oraz ligazą ubikwityny E3, co prowadzi do oznaczenia białka do degradacji i jego usunięcia z komórki. Strategia ta otwiera

²² Por. J. Drews, *Drug discovery: a historical perspective*, „Science” 2000, nr 287, s. 1960–1964.

²³ Por. B. Al-Lazikani, U. Banerji, P. Workman, *Combinatorial drug therapy for cancer in the post-genomic era*, „Nature Biotechnology” 2012, nr 30, 679–680.

²⁴ Por. N. S. Gray, J. E. Bradner, *Chemical biology: PROTACs and targeted protein degradation*, „Nature Chemical Biology” 2017, nr 9, s. 1181–1183.

nowe możliwości terapeutyczne, szczególnie w przypadku tzw. „nieodręglowych” białek, które trudno jest zahamować przy użyciu tradycyjnych inhibitorów.

Istotnym kierunkiem rozwoju współczesnej medycyny są również szczepionki nowej generacji, w tym szczepionki mRNA. Technologia ta umożliwia dostarczenie do komórek informacji genetycznej kodującej określone białko antygenowe, które następnie jest syntetyzowane przez komórki organizmu i wywołuje odpowiedź immunologiczną²⁵. Zastosowanie tej strategii pozwala na szybkie opracowywanie nowych preparatów oraz ich elastyczne modyfikowanie w odpowiedzi na pojawiające się zagrożenia zdrowotne.

Kolejnym obszarem intensywnych badań jest wykorzystanie nanotechnologii w systemach dostarczania leków. Nanonośniki, takie jak liposomy, nanocząstki polimerowe czy nanocząstki lipidowe, umożliwiają transport substancji terapeutycznych bezpośrednio do miejsca działania w organizmie. Dzięki temu możliwe jest zwiększenie biodostępności leku, poprawa jego stabilności oraz ograniczenie toksyczności wynikającej z oddziaływania na zdrowe tkanki.

Rozwój nowoczesnych strategii projektowania leków prowadzi również do rozwoju medycyny spersonalizowanej. Podejście to opiera się na analizie cech genetycznych pacjenta oraz identyfikacji biomarkerów pozwalających przewidywać skuteczność określonych terapii. Dzięki temu możliwe jest dobranie leków w sposób bardziej indywidualny, co zwiększa skuteczność leczenia oraz minimalizuje ryzyko działań niepożądanych.

5. Znaczenie nowoczesnych terapii dla jakości życia pacjenta

Postęp w terapii farmakologicznej znacząco wpłynął na poprawę jakości życia pacjentów cierpiących na choroby przewlekłe. Współczesne metody leczenia coraz częściej pozwalają nie tylko na łagodzenie objawów choroby, lecz także na spowolnienie jej postępu lub długotrwałą kontrolę procesów patologicznych zachodzących w organizmie²⁶. Dzięki temu wielu pacjentów może prowadzić bardziej aktywne życie oraz utrzymywać wyższy poziom sprawności fizycznej i społecznej.

Istotnym aspektem nowych strategii terapeutycznych jest zwiększenie skuteczności leczenia przy jednoczesnym ograniczeniu działań niepożądanych. Wprowadzenie leków o większej selektywności działania pozwala na bardziej precyzyjne

²⁵ N. Pardi, M. J. Hogan, F. W. Porter, D. Weissman, *mRNA vaccines – a new era in vaccinology*, „Nature Reviews Drug Discovery” 2018, nr 17, s. 261–263.

²⁶ Por. H. Rang, J. Ritter, R. Flower, G. Henderson, *Rang & Dale's Pharmacology*, London 2019, s.117-123.

oddziaływanie na określone mechanizmy molekularne odpowiedzialne za rozwój choroby, co zmniejsza ryzyko uszkodzenia zdrowych tkanek²⁷. Takie podejście ma szczególne znaczenie w leczeniu chorób przewlekłych, w których terapia często trwa przez wiele lat. Nowoczesne metody leczenia przyczyniają się również do poprawy komfortu życia pacjentów poprzez uproszczenie schematów terapeutycznych. Współczesne preparaty farmaceutyczne coraz częściej charakteryzują się wydłużonym czasem działania lub możliwością podawania w wygodniejszych formach, takich jak systemy transdermalne czy preparaty o kontrolowanym uwalnianiu substancji czynnej²⁸. Dzięki temu możliwe jest ograniczenie liczby przyjmowanych dawek oraz zwiększenie przestrzegania zaleceń terapeutycznych przez pacjentów. Ważnym elementem poprawy jakości życia jest także rozwój terapii umożliwiających lepszą kontrolę objawów choroby oraz zapobieganie jej powikłaniom. Skuteczne leczenie farmakologiczne może zmniejszać ryzyko hospitalizacji, ograniczać progresję choroby oraz poprawiać rokowanie pacjentów w długim okresie²⁹. W wielu przypadkach prowadzi to do wydłużenia oczekiwanej długości życia oraz zwiększenia jego jakości.

Znaczenie nowoczesnych terapii wykracza jednak poza bezpośredni wpływ na stan zdrowia pacjenta. Skuteczniejsze metody leczenia przyczyniają się również do zmniejszenia obciążenia systemów opieki zdrowotnej oraz ograniczenia kosztów społecznych związanych z chorobami przewlekłymi. Poprawa stanu zdrowia pacjentów umożliwia utrzymanie aktywności zawodowej oraz większą samodzielność w codziennym funkcjonowaniu, co ma istotne znaczenie zarówno dla jednostki, jak i dla całego społeczeństwa.

6. Wyzwania i przyszłość

Proces opracowywania nowych leków nadal wiąże się z wieloma wyzwaniami naukowymi, technologicznymi oraz ekonomicznymi. Jednym z najważniejszych problemów jest wysoki odsetek niepowodzeń na późnych etapach badań klinicznych. Szacuje się, że jedynie niewielka część związków identyfikowanych na etapie badań laboratoryjnych ostatecznie trafia do praktyki klinicznej³⁰. Wynika to między innymi z trudności w przewidywaniu skuteczności oraz bezpieczeństwa nowych substancji w złożonym środowisku organizmu ludzkiego.

²⁷ B. Al-Lazikani, U. Banerji, P. Workman, *Combinatorial drug therapy for cancer in the post-genomic era*, „Nature Biotechnology” 2012, nr 30, s. 679–680.

²⁸ Por. A. Tiwari, *Drug delivery systems: An updated review*, „International Journal of Pharmaceutical Investigation” 2012, nr 2, s. 6–7.

²⁹ T. Vos i in., *Global burden of disease study 2019*, „The Lancet” 2020, nr 396, s. 1216–1221.

³⁰ Por. P. A. DiMasi, H. G. Grabowski, R. W. Hansen, *Innovation in the pharmaceutical industry: New estimates of R&D costs*, „Journal of Health Economics” 2016, nr 47, s. 27–30.

Istotnym ograniczeniem współczesnego odkrywania leków jest także złożoność procesów biologicznych zachodzących w komórkach i tkankach. Wiele chorób przewlekłych ma charakter wieloczynnikowy, a ich rozwój zależy od licznych interakcji pomiędzy genami, białkami oraz czynnikami środowiskowymi³¹. W takich przypadkach oddziaływanie na pojedynczy cel molekularny może okazać się niewystarczające do uzyskania pożądanego efektu terapeutycznego. Z tego względu coraz większe znaczenie zyskują strategie wielocelowe oraz terapie skojarzone.

Kolejnym wyzwaniem jest problem oporności na leki, który szczególnie wyraźnie obserwuje się w przypadku terapii przeciwnowotworowych oraz leków przeciwdrobnoustrojowych. Komórki nowotworowe oraz mikroorganizmy mogą rozwijać mechanizmy adaptacyjne pozwalające na neutralizację działania leków, co prowadzi do obniżenia skuteczności terapii³². Zjawisko to wymaga ciągłego poszukiwania nowych substancji terapeutycznych oraz opracowywania bardziej zaawansowanych strategii leczenia. Współczesne badania koncentrują się również na skracaniu czasu oraz obniżaniu kosztów opracowywania nowych leków. Proces ten może trwać nawet kilkanaście lat i wymagać bardzo dużych nakładów finansowych, co stanowi istotne wyzwanie dla przemysłu farmaceutycznego. W odpowiedzi na te trudności rozwijane są nowe metody badawcze, takie jak wykorzystanie modeli obliczeniowych, symulacji molekularnych oraz systemów sztucznej inteligencji wspomagających identyfikację potencjalnych kandydatów na leki.

W przyszłości istotną rolę w projektowaniu leków może odgrywać także rozwój technologii biologicznych oraz genetycznych. Terapie genowe, edycja genomu z wykorzystaniem technologii CRISPR-Cas9 czy rozwój nowych metod modulowania ekspresji genów otwierają zupełnie nowe możliwości leczenia wielu chorób dotychczas uznawanych za trudne lub niemożliwe do terapii³³. Postęp w tych dziedzinach może doprowadzić do powstania bardziej precyzyjnych i skutecznych metod leczenia, które będą dostosowane do indywidualnych cech biologicznych pacjenta.

Przyszłość projektowania leków opierać się będzie na integracji różnych dziedzin nauki, takich jak chemia medyczna, biologia molekularna, bioinformatyka oraz sztuczna inteligencja. Połączenie tych obszarów wiedzy może umożliwić opracowanie nowych strategii terapeutycznych, które pozwolą skuteczniej przeciwdziałać chorobom cywilizacyjnym oraz poprawić jakość życia pacjentów na całym świecie.

³¹ Por. G. L. Patrick, *An Introduction to Medicinal Chemistry*, Oxford 2017, 215-217.

³² Por. B. Al-Lazikani, U. Banerji, P. Workman, *Combinatorial drug therapy for cancer in the post-genomic era*, „Nature Biotechnology” 2012, nr 30, s. 679–682.

³³ Por. J. A. Doudna, E. Charpentier, *The new frontier of genome engineering with CRISPR-Cas9*, „Science” 2014, nr 346, 1258096, s. 4-7.

Bibliografia

- Al-Lazikani B., Banerji U., Workman P., *Combinatorial drug therapy for cancer in the post-genomic era*, „Nature Biotechnology” 2012, nr 30, s. 679–682.
- DiMasi P.A., Grabowski H.G., Hansen R.W., *Innovation in the pharmaceutical industry: New estimates of R&D costs*, „Journal of Health Economics” 2016, nr 47, s. 27–30.
- Doudna J.A., Charpentier E., *The new frontier of genome engineering with CRISPR-Cas9*, „Science” 2014, nr 346, 1258096.
- Drews J., *Drug discovery: a historical perspective*, „Science” 2000, nr 287, s. 1960–1964.
- GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators, *Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories*, The Lancet, 2020, nr 396, s. 1204–1222.
- Gorman J.M., *Comorbid depression and anxiety spectrum disorders*, „Depression and Anxiety” 1996, nr 4, s. 160–162.
- Gray N.S., Bradner J.E., *Chemical biology: PROTACs and targeted protein degradation*, „Nature Chemical Biology” 2017, nr 9, s. 1181–1183.
- Halliwell B., Gutteridge J.M.C., *Free Radicals in Biology and Medicine*, Oxford University Press, Oxford 2015.
- Hotamisligil G.A., *Inflammation and metabolic disorders*, „Nature” 2006, nr 444, s. 860–868.
- Lavecchia A., Di Giovanni C., *Virtual screening strategies in drug discovery: a critical review*, „Current Medicinal Chemistry” 2013, nr 20, s. 2849–2874.
- Overington J.P., Al-Lazikani B., Hopkins A.L., *How many drug targets are there?*, „Nature Reviews Drug Discovery” 2006, nr 5, s. 993–996.
- Pardi N., Hogan M.J., Porter F.W., Weissman D., *mRNA vaccines – a new era in vaccinology*, „Nature Reviews Drug Discovery” 2018, nr 17, s. 261–279.
- Patrick G.L., *An Introduction to Medicinal Chemistry*, Oxford 2017.
- Prüss-Ustün A., Wolf J., Corvalán C., Bos R., Neira M., *Preventing disease through healthy environments*, Geneva 2016.
- Rang H., Ritter J., Flower R., Henderson G., *Rang & Dale's Pharmacology*, London 2019.
- Tiwari A., *Drug delivery systems: An updated review*, „International Journal of Pharmaceutical Investigation” 2012, nr 2, s. 2–11.
- Vos T. i in., „Global burden of disease study” 2019, „The Lancet” 2020, nr 396, s. 1204–1222.
- Wermuth C.G., Aldous D., Raboisson P., Rognan D., *The Practice of Medicinal Chemistry*, London 2015.
- World Health Organization, *Global Status Report on Noncommunicable Diseases*, Geneva 2014.
- World Health Organization, *Noncommunicable Diseases Progress Monitor*, Geneva 2022.

Gospodarka odpadami w wybranym niemieckim oraz polskim orzecznictwie sądowym

Wstęp

Przedmiotem analizy w niniejszym artykule są orzeczenia niemieckich sądów, które dotyczą problemów związanych z gospodarką odpadami na płaszczyźnie odpowiedzialności karnej.

W prawie niemieckim prawnokarna ochrona środowiska realizowana jest głównie przez § 326 niemieckiego kodeksu karnego. Przepis ten dotyczy niedozwolonego obrotu odpadami i jest jednym z najczęściej stosowanych w sprawach karnych. Ponadto analizie poddane zostały orzeczenia polskich sądów w tym samym obszarze. Analiza ta ma dać odpowiedź na pytanie czy przepisy w obu krajach w zakresie gospodarki odpadami są zbliżone do siebie i jak kształtuje się orzecznictwo sądowe w konkretnych przypadkach.

1. Czynny karalne przeciwko środowisku w niemieckim kodeksie karnym

W niemieckim kodeksie karnym podstawowym przepisem dotyczącym prawnokarnej ochrony środowiska w zakresie gospodarki odpadami jest § 326 k.k.¹, który dotyczy zbierania, transportowania, obchodzenia się, przetwarzania, magazynowania, składowania, wypuszczania, usuwania, postępowania, skażania, bądź w inny sposób gospodarowania odpadami, które:

¹ Por. Strafgesetzbuch – StGB – Kodeks karny ogłoszony 13.11.1998 (BGBl. I S. 3322), ostatnio zmieniony przez ustawę z dnia 23.01.2026 r., przez ustawę BGBl. 2026 I Nr. 46.

- a. mogą zawierać bądź mogą wywoływać trujący bądź zarazki chorób zagrażających ogółowi i których przenoszenie na ludzi bądź zwierzęta jest możliwe, mogą powodować u ludzi raka, zagrażać rozmnażaniu bądź zagrażać materiałowi genetycznemu, grożą eksplozją, samozapłonem bądź są radioaktywne, według rodzaju, natury bądź ilości mogą, na trwałe zanieczyszczać wody, powietrze bądź glebę, bądź w inny sposób na trwałe je zmieniać lub,
- b. zagrażać istnieniu zwierząt bądź roślin, poza przeznaczonymi do tego obiektami bądź w sposób znacznie odbiegający od przeznaczonych bądź dopuszczonych procedur.

Zachowanie opisane w § 326 ustęp 1 kodeksu karnego podlega karze pozbawienia wolności do lat 5 bądź karze grzywny.

Tej samej karze podlega ten sprawca, który przenosi odpady wbrew zakazowi bądź bez koniecznego pozwolenia wynikającego z zakresu obowiązywania ustawy, co wynika z § 326 ustęp 2 k.k.

W § 326 ustęp 3 k.k. karalne jest karą pozbawienia wolności do lat 3 bądź karą grzywny zachowanie polegające na nieodstawieniu radioaktywnych odpadów z naruszeniem administracyjno-prawnych obowiązków.

Ponadto karalne jest usiłowanie popełnienia przestępstw opisanych w § 326 ustęp 1 oraz ustęp 2 k.k.

Przy nieumyślnym popełnieniu czynów zabronionych opisanych w § 326 ustęp 1 oraz ustęp 2 k.k. zagrożenie ustawowe wynosi do 3 lat pozbawienia wolności bądź karę grzywny, natomiast w odniesieniu do § 326 ustęp 3 k.k. do roku pozbawienia wolności bądź karę grzywny.

Ponadto czyn nie jest karalny także wtedy, gdy, szkodliwe działanie na środowisko w szczególności na ludzi, wody, powietrze, glebę, zwierzęta użytkowe bądź rośliny użytkowe, z powodu małej ilości odpadów, jest w sposób oczywisty wykluczone.

2. Wybrane orzeczenia niemieckich sądów oraz poglądy doktryny dotyczące gospodarki odpadami

2.1. wyrok dotyczący materiału budowlanego

Pierwszym orzeczeniem, które dotyczy gospodarki odpadami jest orzeczenie Niemieckiego Trybunału Federalnego z dnia 05.08.2021 r., o sygn. 2 StR 307/20²,

² Por. Decyzja Niemieckiego Trybunału Federalnego z dnia 05.08.2021 r., sygn. 2 StR 307/20, <https://openjur.de/u/2449250.html>, dostęp 04.10.2025 r.

dotyczące gospodarki odpadami. Ustalono, że Sąd Krajowy skazał oskarżonego z powodu obrotu niebezpiecznymi odpadami w 56 przypadkach na łączną karę grzywny w wysokości 490 stawek dziennych po 35 Euro każda. Kara ta wymierzona została za zachowanie, które polegało na tym, że oskarżony jako właściciel spółki z o.o. W., która zajmowała się tzw. odpadami ze sztucznych włókien mineralnych (w skrócie KMF) dokonał wymieszania tej substancji z innymi substancjami, celem stworzenia materiału budowlanego. W przypadku sztucznych włókien mineralnych chodziło o nieorganiczne włókna syntetyczne, które były używane w szczególności jako wełna mineralna w materiałach izolacyjnych. W trakcie postępowania ustalono, że miały one podobne techniczne właściwości co azbest i uwalniały włókna mogące przedostać się do płuc. Tego rodzaju materiały były traktowane jako niebezpieczne odpady³. Oskarżony wpadł na pomysł na biznes, aby związać sztuczne włókna mineralne poprzez domieszkę gliny, żelatyny jak również wody i w ten sposób powstałą masę nazywaną przez oskarżonego „W” dostarczać dla przemysłu budowlanego⁴, który miał używać jej podczas produkcji cegieł. Przy wsparciu drugiego współoskarżonego G. udało się oskarżonemu uzyskać z datą 29 lipca 2003 r. decyzję o dopuszczeniu do obrotu tego nowego materiału, która od tego momentu zwolniła ten produkt „W” z prawnego reżimu odnoszącego się do gospodarki odpadami i uznała ten nowy produkt jako nadający się do dostarczenia do cegielni. Zgodnie z wymienionymi w decyzji postanowieniami dodatkowymi produkt „W” musiał być wytwarzany według dokładnych proporcji wymieszania pojedynczych komponentów. W okresie trwania czynu od kwietnia 2007 r. do marca 2012 r. miesięcznie dostarczanych było do spółki oskarżonego między 816 a 1.081 ton materiałów zawierających sztuczne włókna mineralne, z których rocznie produkowano między 10.990 a 16.398 ton produktu oznaczonego jako „W”. Znaczne ilości produktu „W” były następnie dostarczane do różnych cegielni. W czasie trwania postępowania ustalono, że proporcja wymieszania składników nie była przestrzegana, ponieważ maszyny nie były

³ Por. Wyrok Niemieckiego Trybunału Federalnego z 26.04.1990, sygn. 4 StR 24/90 powołany w uzasadnieniu orzeczenia Niemieckiego Trybunału Federalnego z dnia 05.08.2021 r., o sygn. 2 StR 307/20, a także SSW-StGB/Saliger - komentarz do kodeksu karnego pod red. F. Saligera; Sch/Sch/Heine/Schittenhelm, StGB, 30. Aufl., § 326 Rn. 4- Sch/Sch/Heine/Schittenhelm, k.k., 30. wydanie, § 326 notatka na marginesie 4.

⁴ Por. MüKo- StGB/Alt, 3. Aufl., § 326 Rn. 50 - MüKo- StGB/Alt, Monachijski Komentarz do Kodeksu karnego w starej wersji 3. wydanie, § 326 notatka na marginesie 50; Graf/Jäger/Wittig/Bock, Wirtschafts- und Steuerstrafrecht, 2. Aufl., § 326 Rn. 45- Graf/Jäger/Wittig/Bock, Wirtschafts- und Steuerstrafrecht /Prawo Karne Gospodarcze i Podatkowe/, 2. Wydanie, § 326 notatka na marginesie 45; Lackner/Kühl/Heger, StGB, 29. Aufl., § 326 Rn. 8- Lackner/Kühl/Heger, Kodeks karny, 29. wydanie, § 326 notatka na marginesie 8, a także Matt/Renzikowski/Rettenmaier/Gehrmann, StGB, 2. Aufl., § 326 Rn. 19 - Matt/Renzikowski/Rettenmaier/Gehrmann, Kodeks karny, 2. wydanie, § 326 notatka na marginesie 19.

technicznie przystosowane do tego, aby mechanicznie mieszać składniki we właściwych proporcjach, a ponadto oskarżony nie poinformował pracowników o właściwych proporcjach mieszanych składników, które były wymienione w decyzji, a konsystencja powstałego produktu była tylko ręcznie, „z grubsza” sprawdzana, o czym oskarżony doskonale wiedział i co w pełni akceptował. Ponadto w trakcie przewożenia towaru ze spółki do cegielni dochodziło do uwalniania się sztucznych włókien mineralnych do atmosfery, ale w czasie trwania sprawy nie udało się stwierdzić w jakiej ilości doszło do uwolnienia się sztucznych włókien mineralnych do powietrza.

Ustalono także, że współoskarżony G. w przygotowywanych przez siebie sprawozdaniach potwierdzał przestrzeganie procedury poprzez zachowanie odpowiednich proporcji mieszania składników, pomimo, że wiedział o technicznych niedociągnięciach parku maszynowego spółki z o.o., a tym samym o tym, że w rzeczywistości te proporcje, które zostały zawarte w powołanej wyżej decyzji, nie były przestrzegane.

Zachowanie oskarżonego zostało zgodnie z § 326 ustęp 1 numer 2, 2 zdanie k.k. ocenione jako niedozwolony obrót niebezpiecznymi odpadami w ilości 56 przypadków, przy czym w 53 przypadkach oskarżony w wyżej opisany sposób tworząc mieszkankę w istotny sposób uchybił dopuszczonym procedurom, a w 3 przewoził je w niedopuszczalny sposób. Uznano, że we wszystkich 56 przypadkach oskarżony dodatkowo składał materiał, który został w niezgodny z przyjętymi proporcjami wytworzony z wymieszanych składników. Istotne odstępstwo od dopuszczanej procedury polegało na tym, że oskarżony nie przestrzegał, wymaganych w decyzji o dopuszczeniu do obrotu, proporcji wymieszania składników produktu „W” i w ten sposób powodował niebezpieczeństwo uwalniania się sztucznych włókien mineralnych. Trzeba jeszcze zastrzec, że istotne odstępstwo nie zakładało istnienia konkretnego niebezpieczeństwa dla człowieka bądź środowiska, a tylko odstępstwo od uznanych procedur. Przymiotnik „istotny” odnosił się do stopnia odstępstwa od dopuszczanej procedury i należało go rozumieć, by wykluczyć nieistotne sytuacje za wypełnienie znamion czynu karalnego, jako synonim słów „poważny” bądź „znaczący”. Sąd uznał, że to istotne odstępstwo od proporcji mieszania składników samo w sobie stanowiło niebezpieczeństwo dla człowieka bądź środowiska. Uznał, że zarzucane oskarżonemu przestępstwo stanowi czyn abstrakcyjnego narażenia dobra prawnego i chodziło o to, że wytworzony z niewłaściwych proporcji materiał może stanowić zagrożenie dla człowieka.

Kolejna ciekawa konstrukcja prawna odnosi się do stanowiska Izby Karnej, która wprawdzie nie stwierdziła samodzielnego działania oskarżonego w okresie trwania czynu, ale przyjęła, że oskarżony odpowiada jako działający samodzielnie na mocy organizacyjnego kierownictwa w spółce poprzez swoich nieświadomych

pracowników, którzy nie znali ściśle określonej proporcji produktu „W” i którym podał on tylko ogólnie odpowiednią instrukcję co do wymieszania składników według uproszczonego szacunku ilościowego, a ponadto kazał tylko ręcznie i z grubsza badać konsystencję wytworzonego materiału. Ta konstrukcja pozwalała na przyjęcie, że za wszystko co działo się w spółce odpowiadał oskarżony jako posiadający samodzielnie kierownictwo nad spółką.

2.2. orzeczenie dotyczące gospodarki odpadami niewypłacalnego dłużnika

Kolejne orzeczenie pochodzi z dnia 28.04.2022 r., sygn. 7 B 17/21⁵. Przedmiotem postępowania było zachowanie skarżącej, która jako właścicielka działki wydierżawiła ją spółce z o.o., (dalej zwaną niewypłacalnym dłużnikiem), która na działce prowadziła przedsiębiorstwo zajmujące się przerabianiem bezpiecznych odpadów, celem produkcji paliw alternatywnych. Po rozpoczęciu postępowania upadłościowego w 2011 r. syndyk masy upadłościowej nie kontynuował działalności spółki, zgłosił zamknięcie przedsiębiorstwa i wyłączył składowane na działce odpady z masy upadłościowej. Na właścicielkę działki, na której spółka prowadziła działalność gospodarczą, decyzją z dnia 24.04.2013 r. nałożony został obowiązek uporządkowania działki i utylizacji odpadów. Natomiast skarżąca domagała się ustalenia czy dyrektor zarządzający, kierownik zakładu oraz pełnomocnik do spraw odpadów niewypłacalnego dłużnika nie powinni sami zrealizować tego zadania.

Sąd w toku postępowania ustalił, że w prawie niemieckim pojęcie „własności” w rozumieniu prawa gospodarki odpadami nie zna własności organu i chodzi tutaj o rzeczywistą własność rzeczy wymienionych osób. Zgodnie z § 15 ust. 1 zdanie 1 ustawy o wspieraniu gospodarki odpadami i odpadach⁶ między innymi właściciele odpadów, które nie są przetwarzane, są zobowiązani, by je usunąć. Na podstawie § 3 ustęp 9 ustawy o wspieraniu gospodarki odpadami i odpadach, właścicielem odpadów jest każda fizyczna bądź prawna osoba, która ma rzeczywistą władzę nad

⁵ Por. Decyzja z dnia 28.04.2022 r., sygn. 7B 17/21, <https://www.bverwg.de/de/280422B7B17.21.0>, dostęp 18.01.2026.

⁶ Por. Gesetz zur Förderung der Kreislaufwirtschaft und Sicherung der umweltverträglichen Bewirtschaftung von Abfällen (Kreislaufwirtschaftsgesetz - KrWG) vom 24. Februar 2012 (BGBl. I S. 212), - ustawa o wspieraniu gospodarki odpadami i zapewnienia przyjaznego dla środowiska dla środowiska gospodarowania odpadami (ustawa o gospodarce odpadami i odpadach) z dnia 24.01.2012 r., <https://www.gesetze-im-internet.de/krwg/BJNR021210012.html#BJNR021210012BJNG000100000>, dostęp 08.02.2026 r.

odpadami⁷. Sąd wskazał, że w dacie doręczenia właścicielce działki decyzji o sprzeczności w dniu 28.03. 2015 r., te wymienione osoby (dyrektor zarządzający, dyrektor zakładu, bądź pełnomocnik do spraw odpadów nad składowanymi odpadami na działce) nie miały już rzeczywistej władzy nad odpadami. Trzeba wskazać jeszcze, że już w 2011 r. spółka przeszła w stan upadłości, a syndyk dalej nie kontynuował działalności zakładu, co więcej zgłosił jego zamknięcie już z datą 28.02.2011 r., co potwierdza, że wskazane osoby od tego czasu nie miały żadnego władztwa nad rzeczą.

Trzeba stwierdzić, że w skardze, słusznie podniesiono, iż wraz z tą wyłożoną w prawie cywilnym konstrukcją prawną wykluczona jest w prawie dotyczącym odpadów własność indywidualna osób fizycznych, działających na rzecz osoby prawnej, a ponadto osoby te jako organy osoby prawnej same nie ponoszą odpowiedzialności za usunięcie odpadów⁸.

Jednak według Sądu Skarżąca pominęła to, że karalność według §§ 326, 327 kodeksu karnego nie zakłada konieczności rzeczywistej władzy rzeczowej sprawcy nad odpadami. Co więcej w tym względzie decydujące jest zachowanie sprawcy dotyczące odpadów⁹.

Ważne jest to, że publicznoprawnemu pojęciu posiadania w prawie dotyczącym odpadów przypisywana jest funkcja określenia odpowiedzialności za odpady, biorąc pod uwagę prawny, związany z odpadami, nakaz zgodniej z przepisami, w szczególności przyjaznej dla środowiska, utylizacji¹⁰.

W tym kontekście również osoba, która nie jest właścicielem odpadów może być w pewnym sensie zmuszona do wystąpienia jako właściciel odpadów i w ten sposób związana obowiązkiem takim, jaki posiada właściciel odpadów¹¹. Orzeczenie to ma istotne znaczenie, ponieważ odnosi się do pojęcia własności odpadów z poziomu i przy uwzględnieniu ochrony środowiska.

⁷ Por. Gesetz zur Förderung der Kreislaufwirtschaft und Sicherung der umweltverträglichen Bewirtschaftung von Abfällen (Kreislaufwirtschaftsgesetz - KrWG) vom 24. Februar 2012 (BGBl. I S. 212), - ustawa o wspieraniu gospodarki odpadami i zapewnienia przyjaznego dla środowiska dla środowiska gospodarowania odpadami (ustawa o gospodarce odpadami i odpadach) z dnia 24.01.2012 r., <https://www.gesetze-im-internet.de/krwg/BJNR021210012.html#BJNR021210012BJ-NG000100000>, dostęp 08.02.2026 r.

⁸ Por. Tak samo Federalny Trybunał Sprawiedliwości w wyroku z 16 października 2003 r., sygn. IX ZR 55/02 - BGHZ 156, 310 <316 i następne.

⁹ Por. Wyrok Federalnego Trybunału Sprawiedliwości z 6.06.1997 r., sygn. 2 StR 339/96 - BGHSt 43, 219 <224, 231>.

¹⁰ Por. Wyrok Federalnego Sądu Administracyjnego z dnia 5.11.2012 r., sygn. 7 B 25.12 – internetowy portal prawniczy notatka na marginesie 10.

¹¹ Por. Wyrok Federalnego Sądu Administracyjnego, decyzja z dnia 5.11. 2012 r., sygn. 7 B 25.12 – internetowy portal prawniczy notatka na marginesie 11.

2.3. orzeczenie dotyczące starych aut

Kolejne orzeczenie zostało wydane przez Sąd Krajowy w Naumburgu w dniu 07.06.2016 r.¹² i dotyczyło uznania za odpady starych aut, które właściciel chciał odrestaurować. W sprawie ustalono, że oskarżony zakupił w dniu 30.05.2015 r. samochód marki Saab 9000 CS z pojemnością silnika 2.0 za cenę 223,22 Euro, a późnym latem 2013 r. drugie auto marki Saab 9000 CS o pojemności silnika 2.3 i nakazał przetransportować oba pojazdy wskazanemu mechanikowi na jego plac składowy w miejscowości, w której zamieszkiwał. Oskarżony miał zamiar odrestaurować te pojazdy. W trakcie prowadzenia sprawy ustalono, że w wynajętym przez oskarżonego od mechanika, który transportował samochody, kompleksie garaży oskarżony ponadto składował części do wbudowania w pojazdach.

W trakcie prowadzenia sprawy ustalona została historia obu aut. I tak auto marki Saab 9000 CS o pojemności silnika 2.0 zostało po raz pierwszy dopuszczone do ruchu w dniu 6.04.1993 r. Natomiast od 06.05.2011 r. samochód ten nie był już użytkowany. Oskarżony postawił to auto w dniu 18.02.2014 r. na asfaltowej drodze dojazdowej do jego posesji, bezpośrednio przy graniczącym trawniku. Samochód wówczas posiadał maksymalną ilość oleju silnikowego oraz płynu hamulcowego. W czasie prowadzenia sprawy znajdowały się już w nim mech oraz pleśń, a ponadto widoczne były przerdzewiałe miejsca.

Drugi z pojazdów samochód marki Saab 9000 CS o pojemności silnika 2.3 został po raz pierwszy dopuszczony do użytku w dniu 23.10.1993 r. Auto nie było użytkowane od 25.07.2011 r. Oskarżony odstawił auto w dniu 18.02.2014 r. na szerokim na 2,5 metra, byłym torze szlakowym, o głębokości szutru wynoszącej 60 cm. W silniku tego auta były jeszcze 4 litry oleju silnikowego, 2,1 litra oleju przekładniowego oraz 0,2 litra płynu hamulcowego, a ponadto 8 litrów płynu chłodzącego. Tylne prawe światło było pęknięte wewnątrz, przednia szyba była zadrapana, a wnętrze pojazdu było pokryte pleśnią i wilgotne. Dach, maska, tylny bagażnik oraz tylne lewe drzwi były podrapane. Prawy reflektor był pokryty wilgocią, a lewy kierunkowskaz był pęknięty. Ponadto hamulce były przerdzewiałe, boczna prawa strona również w tym niższym obszarze była zardzewiała, a opony pojazdu były porowate. Sąd Krajowy stwierdził, że auto marki Saab CS o pojemności silnika 2.3 nie stanowiło bezpośredniego zagrożenia dla środowiska. Sąd Krajowy zakwalifikował auto marki Saab CS o pojemności silnika 2.3 w rozumieniu § 326 ustęp 1 numer 4a k.k. jako odpad, z tym uzasadnieniem, że koszty możliwego remontu

¹² Por. Orzeczenie Sądu Krajowego w Naumburgu z dnia 07.06.2016 r., sygn. 2 Rv 45/16; <https://openjur.de/u/2226419.html>, dostęp 14.02.2026 r.

przekroczyłyby - z prawdopodobieństwem graniczącym z pewnością - wartość nabycia pojazdu. W odniesieniu do drugiego auta, tj. Saaba CS z pojemnością silnika 2.0 Sąd Krajowy stwierdził, że pojazd stanowi odpad, ze względu na jego stan oraz okoliczność, że mógłby on być znów dopuszczony do ruchu jedynie po poniesieniu najwyższych nakładów finansowych na jego wyremontowanie.

Niebezpieczeństwo dla środowiska Sąd widział w tym, że oskarżony odstawił pojazdy bez zabezpieczeń i od tego momentu zawsze występowała możliwość, że wypłynęłyby z auta płyny.

Sąd Rejonowy w Haldensleben skazał oskarżonego wyrokiem z dnia 05.10.2015 r. z powodu umyślnego, niedozwolonego obchodzenia się z odpadami w dwóch przypadkach na karę łączną grzywny w wysokości 50 stawek dziennych po 50 Euro każda.

Oskarżony nie zgodził się z tym orzeczeniem i złożyła od niego apelację.

Po apelacji oskarżonego Sąd Krajowy w Magdeburgu częściowo uchylił wyrok Sądu Rejonowego w Haldensleben w zakresie dotyczącym winy oraz kary, a ponadto skazał oskarżonego z powodu nieumyślnego niedozwolonego obchodzenia się z odpadami w dwóch przypadkach na łączną karę grzywny w wysokości 40 stawek dziennych po 50 Euro każda. Od tego orzeczenia został złożony przez oskarżonego środek odwoławczy.

Sąd Krajowy w Naumburgu, który rozpatrywał złożony środek odwoławczy, przyjął, że oskarżony nie wszedł w kolizję z prawem. Sąd Krajowy w Naumburgu uznał, że oba pojazdy nie stanowiły odpadów w rozumieniu § 326 ustęp 1 numer 4a k.k. Przyjął, że prawnokarne pojęcie „*odpadów*” dotyczy materiałów, których właściciel chce się pozbyć, ponieważ nie ma zamiaru dalej ich użytkować, co jest tzw. subiektywnym pojęciem „*odpadów*”, uznawanych także jako odpady samowolne¹³. Sąd uznał, że pojęcie „*odpadów*” obejmuje także materiały, których porządkowe usunięcie zaleca się celem utrzymania dobra ogółu, w szczególności w celu ochrony środowiska i w tym przypadku mamy do czynienia z tzw. odpadami przymusowymi¹⁴.

Po tych dywagacjach Sąd zwrócił uwagę na to, że oskarżony chciał odrestaurować pojazdy, co wskazywało na to, że także brak było woli pozbycia się ich, a tym samym nie stanowiły one subiektywnych odpadów. Ponadto oba pojazdy zostały nabyte przez oskarżonego jeszcze w całości i miały być naprawione. Tak więc cel wyremontowania pojazdów nie przesądził również obiektywnie przez to, że pojazdy

¹³ Por. Wyrok Niemieckiego Trybunału Federalnego z dnia 26.02.1991 r., sygn. 5 StR 444/90, internetowy portal prawniczy- juris.

¹⁴ Por. Wyrok Niemieckiego Trybunału Federalnego z dnia 26.04.1990 r., sygn. 4 StR 24/90, internetowy portal prawniczy – juris.

w ich stanie w momencie prowadzonych ustaleń nie były gotowe do jazdy i nie mogły być natychmiast w wyniku rozsądnego finansowego kosztu doprowadzone do ich pierwotnego celu użytkowania¹⁵. W ten sposób ich pierwotny cel użytku także subiektywnie nie przypadł. Według Sądu nie były one również odpadem przymusowym w rozumieniu § 326 k.k.¹⁶ Sąd zwrócił uwagę na to, że w przypadku takich samochodów, jak te, które zostały nabyte przez oskarżonego myśl o nakładach finansowych odnowienia musi zasadniczo być w tle, ponieważ ich wartość finansowa jest niezależna od rzeczywistej wartości użytkowej i z reguły stanowi wielokrotność wartości użytkowej pojazdu. Ponadto klasyfikacja pojazdu jako stary samochód nie zależy również od tego czy odnowienie pojazdu jest możliwe w krótkim terminie, względnie czy jest planowane bądź nie.

Oprócz tego oba pojazdy nie stanowiły według ustaleń Sądu Krajowego realnie występującego nie tylko teoretycznego niebezpieczeństwa dla środowiska w takim sensie, że należałoby się obawiać, że niekontrolowany wypływ zawartych w nich płynów eksploatacyjnych miały wpływ na możliwość stałego zanieczyszczenia wód bądź gleby bądź jakkolwiek inną stałą zmianę w środowisku. Odnośnie auta marki Saab 9000 CS o pojemności silnika 2.3. Sąd wyraźnie stwierdził, że nie był on źródłem bezpośredniego zagrożenia dla środowiska. Odnośnie Saab 9000 CS o pojemności silnika 2.3. Sąd jasno stwierdził, że nie był on źródłem bezpośredniego zagrożenia dla środowiska. Stwierdzone mniejsze uszkodzenia polegające na pęknięciach bądź zarysowaniach, wgnieceniach karoserii bądź wilgotne wnętrza aut nadawały się do naprawy, podobnie jak przerdzewiałe miejsca.

Za tym, że auta miały być naprawione przemawiało także zamiłowanie oskarżonego do kolekcjonowania samochodów osobowych marki Saab 9000, specjalny zakup pojazdu oraz fachowy transport do miejsca składowania, jak również posiadanie części zamiennych dla tych pojazdów w specjalnie wynajętych przez oskarżonego garażach. Sąd uznał, że są to dowody na to, że oskarżony chciał te pojazdy odnowić jako zabytkowe pojazdy. Nie obalały tego stanowiska oskarżonego dalsze stwierdzenia co do stanu zewnętrznego pojazdów, a także to, że oba samochody w ich stanie nie miały już żadnej wartości użytkowej. Kolegium Sędziowskie w tym stanie sprawy odstąpiło od tego, by przekazać sprawę do ponownego rozpatrzenia do Sądu niższej instancji i podjęło decyzję o uniewinnieniu oskarżonego. Podstawę do takiego stanowiska było to, że należało wykluczyć, iż nowa rozprawa główna byłaby

¹⁵ Por. Decyzja Bawarskiego Wyższego Sądu Krajowego z dnia 09.03.1995 r., sygn. 3 ObOwi 19/95, - internetowy portal prawniczy – juris.

¹⁶ Por. Wyrok Wyższego Sądu Krajowego w Brunszwiku z dnia 06.12.1993 r., sygn. Ss 71/93, powołany w treści orzeczenia Sądu Krajowego w Naumburgu w dniu 07.06.2016 r.

w stanie doprowadzić do innych ustaleń, które dawałyby podstawę do wydania innego orzeczenia.

2.4. orzeczenie dotyczące składowania płyt azbestowo-cementowych

Kolejne orzeczenie wydane przez Bawarski Wyższy Sąd Krajowy pochodzi z dnia 27.08.2021 r., sygn. 204 StRR 341/21¹⁷ i dotyczy składowania na działce uszkodzonych płyt azbestowo-cementowych.

Ustalono, że oskarżony na mocy sądowego nakazu karnego Sądu Rejonowego w Fürth z dnia 29.08.2019 r. z powodu umyślnego niedozwolonego obrotu odpadami został skazany na karę grzywny w wysokości 30 stawek dziennych grzywny po 30 Euro każda.

U podstaw takowego orzeczenia leżał zarzut, że oskarżony składował - jak zostało to stwierdzone podczas policyjnej kontroli w dniu 29.12.2017 r. około godziny 10:45 - na swojej działce jak również na bezpośrednio sąsiadującej działce 6 uszkodzonych płyt azbestowo-cementowych.

Oskarżony w porę i skutecznie wniósł zażalenie względem tego orzeczenia. Na podstawie tego Sąd Rejonowy w Fürth wyrokiem z dnia 24.10.2019 r. uniewinnił oskarżonego, ponieważ nie można było przeprowadzić dowodu na popełnienie przez oskarżonego zarzucanego mu przestępstwa.

Po apelacji prokuratury Sąd Krajowy w Nürnberg-Fürth wyrokiem z dnia 7.12.2020 r. uchylił wyrok Sądu Rejonowego w Fürth z dnia 24.10.2020 r. i skazał oskarżonego z powodu umyślnego niedozwolonego obrotu odpadami na karę grzywny w wysokości 20 stawek dziennych po 60 Euro każda.

Sąd rozpoznający środek odwoławczy założył, że względem leżących na sąsiadującej działce płyt eternitowych, które składowane były w tym miejscu już wiele lat, możliwe, że od dziesięcioleci, wystąpiło przedawnienie ścigania.

Inaczej wyglądała sytuacja w odniesieniu do składowanych na własnej działce oskarżonego płyt azbestowych, ponieważ nie zostały one usunięte jako odpady i miały zostać wykorzystane do dalszego użytku, co też z biegiem czasu miało miejsce.

Względem tego wyroku oskarżony wniósł w odpowiedniej formie i terminie środek odwoławczy, w którym wniósł o uniewinnienie.

Prokuratura Generalna pismem z dnia 08.06.2021 r. wnioskuje o umorzenie postępowania w odniesieniu do trzech objętych wnioskiem sądowego nakazu

¹⁷ Por. BayObLG, Beschluss vom 27.08.2021 - 204 StRR 341/21 – Decyzja Bawarskiego Wyższego Sądu Krajowego z dnia 27.08.2021 r., sygn. 204 StRR 341/21, <https://openjur.de/u/2393602.html>, dostęp 28.02.2026 r.

karnego, przestępstw, dotyczących, znajdujących się na sąsiedniej działce płyt eternitowych, na podstawie § 260 ust. 3 k.p.k. oraz o odrzucenie jako nieuzasadnionej rewizji oskarżonego względem wyroku Sądu Krajowego w Nürnberg-Fürth z dnia 7.12.2020 r.

Decyzją z dnia 23.07.2021 r. Kolegium Sędziowskie zwróciło na to uwagę, że z powodu powstałego przedawnienia ścigania wchodzi możliwie w rachubę w całości umorzenie skierowanego przeciwko oskarżonemu postępowania karnego, czemu Prokuratura Generalna w piśmie z dnia 2.08.2021 r. się nie sprzeciwiła. Obrońca oskarżonego także nie wniósł żadnych uwag do części orzeczenia z powodu przedawnienia ścigania.

Postępowanie należało umorzyć z powodu przeszkody wystąpienia przedawnienia ścigania zgodnie z § 206a k.p.k. i miał tej czynności dokonać właściwy Sąd.

Podstawę do takiej decyzji stanowiły ustalenia postępowania przygotowawczego, z których wynikało, że w ramach policyjnej kontroli w dniu 29.12.2017 r., około godziny 10.45, ujawniono, iż oskarżony składował na swojej działce, jak również bezpośrednio sąsiadującej działce, 6 uszkodzonych płyt azbestowo-cementowych.

Ponadto z akt sprawy wynikało, że oskarżony wobec policjantów z Fürth dokonujących inspekcji, którzy najpierw telefonicznie wezwali go do zgodnej z przepisami utylizacji płyt oraz ich fragmentów, potwierdził, że się tym zajmie, ale nie podjął żadnych czynności.

Oskarżony nie stawiał się także na przesłuchanie go w charakterze podejrzanego w dniu 09.08.2019 r., ale zadzwonił jednak na Policję i oświadczył, że fragmenty płyt znajdujące się na sąsiedniej działce nie należą do niego. Co do płyt znajdujących się na jego działce oskarżony podał, że zużyje je wkrótce na budowie i potrzebuje je jako dach dla ogrodzenia dla psa. Pomimo tego, że wielokrotnie zwracano oskarżonemu uwagę, żeby zaniechał ponownego wykorzystania składowanych płyt oskarżony nadal zamierzał wykorzystać płyty na dach dla psa. Wskazuje na to sprzeciw oskarżonego z dnia 31.08.2019 r., w którym sam podał, że na swojej działce składa jedynie 3 płyty azbestowo-cementowe, które potrzebują na nieszczelny dach ogrodzenia dla psa. Pozostałe trzy płyty azbestowo-cementowe, które znajdowały się na sąsiedniej, rolnej, działce, według jego oświadczenia, nie należały do niego.

W postępowaniu głównym przed Sądem Rejonowym w Fürth w dniu 24.10.2019 r. oskarżony wyjaśnił, że składowane na swojej działce płyty kupił w latach 90-tych w Baustoff-Union (sklepie z materiałami budowlanymi), przy czym powiedziano mu wówczas, że tego rodzaju płyty wkrótce nie będą już sprzedawane. Oskarżony wyjaśnił, że w latach 90-tych kupił sobie psa, a płyty te zamocował na budzie. Zamówił więcej płyt niż potrzebował, a te trzy zbędne płyty składował przy

ogrodzeniu. Wskazał, że przed około dwoma miesiącami odłamała się gałąź z jego drzewa, a on wykorzystał płyty do budowy uszkodzonego ogrodzenia, położył te płyty na ogrodzeniu bez przykręcenia ich. W głównym postępowaniu odwoławczym oskarżony nieco odmiennie wyjaśnił, że na koniec lat 70 - tych i początku lat 80 - tych zabudował swoje trzy garaże jak również ogrodzenie dla psa płytami eternitowymi. Z płyt pozostały tylko gruzy. Ponownie zaprzeczył, aby znajdujące się na sąsiadującej działce płyty należały od niego.

Sąd odwoławczy uznał za wątpliwe to, czy płyty na sąsiedniej działce należały do oskarżonego, a ponadto czy do czynu związanego z płytami na sąsiedniej działce nastąpiło przedawnienie ścigania. Płyty te – zdaniem Sądu – zakupione zostały zgodnie z prawem, na koniec lat 90-tych, względnie nawet lat 70- tych, przy czym dokładnej daty nie dało się ustalić.

Sąd uznał, że jeśli usunięcie płyt azbestowych nastąpiło przed 1.11.1994 r., to nie można zastosować § 326 ustęp 1 nr 2 niemieckiego k.k. Jeśli natomiast usunięcie płyt nastąpiło po 31.10.1994 r., nie wykluczając jeszcze na początku lat 90-tych, w niniejszym przypadku rozpoczynające się 5 - letni termin przedawnienia względem czynu bezprawnego, obrotu odpadami upłynął w każdym bądź razie w dniu 09.8.2019 r., tj. w dniu pierwszego przesłuchania podejrzanego. Ta zasada – zdaniem Sądu – obowiązywała nie tylko w odniesieniu do składowanych na zewnątrz płyt, lecz również co do składowanych w 2017 roku na działce oskarżonego trzech płyt eternitowych. Reprezentowana przez sąd niższej instancji przeciwna opinia, która opiera się na tym, że płyty nie zostały usunięte jako odpady, lecz miały być dalej wykorzystane, tak jak to się zresztą stało, nie przekonała Sądu rozpatrującego sprawę.

Sąd wyszedł z założenia, że od 1.11.1993 r. obowiązywał w Niemczech drobiazgowy zakaz produkcji oraz wykorzystania azbestu, mieszanek azbestu, które mają zawartość większą niż 0,1 na 100 jednostek azbestu oraz produktów, które zawierają azbest bądź takie mieszanki. Zgodnie z § 3 numer 10 ustawy o chemikaliach w wersji obowiązującej od 14.03.1990 r. i niezmienionej do daty orzekania zakazane było stosowanie, używanie, składowanie, przechowywanie, obrabianie, przetwarzanie, napełnianie, przelewanie, mieszanie usuwanie, niszczenie oraz wewnątrzzakładowe transportowanie azbestu¹⁸. W sprawie, która stała się przedmiotem rozpoznania wchodziło w rachubę jedynie składowanie oraz przechowywanie.

¹⁸ Por. Ustawa o chemikaliach z dnia 14.03.1990 r. (Das Chemikaliengesetz (ChemG) vom 14.03.1990, BGBl. I S. 3498, dostęp 14.03.2026 r.

Sąd wyszedł z założenia, że pod pojęciem składowania materiałów niezapieczonych należy rozumieć przechowywanie celem późniejszego zastosowania, wykorzystania, jak również przekazanie osobom trzecim.

3. Wybrane orzeczenia polskich sądów oraz poglądy doktryny dotyczące gospodarki odpadami

Podstawowym przepisem dotyczącym prawnokarnej ochrony środowiska w zakresie gospodarki odpadami jest art. 183 polskiego k.k.¹⁹ Przepis ten w paragrafie 1 penalizuje zachowania, które są sprzeczne z przepisami prawa, a polegają na składowaniu, usuwaniu, przetwarzaniu, zbieraniu, unieszkodliwianiu, transportowaniu odpadów lub substancji albo dokonywaniu odzysku odpadów lub substancji w takich warunkach lub w taki sposób, że może to zagrozić życiu lub zdrowiu człowieka lub spowodować obniżenie jakości wody, powietrza lub powierzchni ziemi lub zniszczenie w świecie roślinnym lub zwierzęcym. Zachowanie takie zagrożone jest karą pozbawienia wolności od roku do 10 lat. Na podstawie art. 183 § 2 k.k. karalne tożsamą karą jest wbrew przepisom przywożenie z zagranicy substancji zagrażających środowisku.

Takiej samej karze podlega ten, kto dopuszcza się wbrew przepisom przywożenia odpadów z zagranicy lub wywożenia odpadów za granicę (art. 183 § 4 k.k.).

Dopuszczenie do popełnienia- wbrew obowiązkowi - czynu określonego w art. 183 § 1, 2 i 4 k.k. podlega karze pozbawienia wolności od roku do 10 lat (art. 183 § 3 k.k.).

Typem kwalifikowanym jest zachowanie opisane w art. 183 § 5 k.k., które polega na przywożeniu z zagranicy lub wywożeniu za granicę, bez wymaganego zgłoszenia lub zezwolenia albo wbrew jego warunkom, niebezpiecznych odpadów, ponieważ zagrożenie ustawowe zostało określone na karę od 2 do 12 lat pozbawienia wolności. Tej samej karze podlega porzucanie niebezpiecznych odpadów w miejscu nieprzeznaczonym do ich składowania lub magazynowania (art. 183 § 5a k.k.). Jeżeli sprawca dopuszcza się opisanych wyżej przestępstw nieumyślnie, to podlega karze pozbawienia wolności do lat 5 (art. 183 § 6 k.k.).

¹⁹ Por. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 383 z późn. zm.).

3.1. Wyrok dotyczący gromadzenia odpadów

Pierwszym z omawianych orzeczeń jest wyrok SA we Wrocławiu z dnia 21.09.2017 r., sygn. II AKa 236/17²⁰, który dotyczy gromadzenia oraz odzyskiwania odpadów przez podmiot gospodarczy. W toku prowadzenia sprawy ustalono, że w okresie od 01.06.2007 r. do 24.04.2014 r. oskarżony wydzierżawił działkę, na której miał prowadzić działalność polegającą na gospodarowaniu odpadami w zakresie ich zbierania oraz odzysku. Oskarżony otrzymał na ten cel kwotę 5.355.379,43 złotych od pokrzywdzonej spółki za realizację umowy w obszarze zbierania oraz odzysku odpadów. Oskarżony składował na działce przyjęte wcześniej przez siebie odpady, ale czynił to bez zabezpieczenia przed zanieczyszczeniem wody i powierzchni ziemi. Oskarżony składując w taki sposób odpady nie tylko mógł, ale w rzeczywistości zanieczyścił powierzchnię ziemi metalem ciężkim - chromem w takiej ilości, że spowodował istotne obniżenie jakości powierzchni ziemi. Ponadto oskarżony takim zachowaniem spowodował istotne obniżenie jakości wody do V klasy jakości ze względu na stężenie sumy jonu amonowego, molibdenu i azotynów. Czyn oskarżonego został zakwalifikowany z art. 286 § 1 k.k. w zw. z art. 294 § 1 k.k. z art. 182 § 1 k.k., w zw. z art. 185 § 1 k.k. przy zastosowaniu art. 11 § 2 k.k. w związku z art. 12 k.k.

Wyrokiem z dnia 22 marca 2017 r., w sprawie III K 63/16, Sąd Okręgowy uniewinnił oskarżonego od popełnienia zarzucanego mu aktem oskarżenia czynu, uznając, że dla zaistnienia przestępstwa skierowanego przeciwko środowisku konieczne jest nastąpienie skutku. Prokurator zaskarżył orzeczenie i wniósł o jego uchylenie oraz przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania. Sąd Apelacyjny wskazał, że opinii powołanego w sprawie biegłego nie została we właściwy sposób zrozumiana przez Sąd I instancji. Z opinii biegłego wynikało bowiem, że odpady były magazynowane przez długi czas na nieutwardzonym gruncie na działce, co mogło spowodować przenikanie zawartych w nich zanieczyszczeń najpierw do gleby, a następnie do wód gruntowych, w dalszej kolejności także do wód powierzchniowych.

Sąd Apelacyjny zwrócił także uwagę na to, że oskarżony wprowadził przywiózł jakieś części do zamontowania urządzeń do odzysku odpadów, ale nigdy ich nie zamontował i nie rozpoczął przerabiania odpadów. Możliwe było zatem istotne obniżenie jakości powierzchni ziemi i wody. Ponadto Sąd Apelacyjny podniósł, że w odniesieniu do przestępstwa z art. 183 § 1 k.k. nie jest konieczne wystąpienie skutku, a możliwość zagrożenia dóbr prawnych chronionych tym przepisem, która w tym

²⁰ Por. Wyrok SA we Wrocławiu z dnia 21.09.2017 r., sygn. II AKa 236/17, LEX nr 2381444.

przypadku jawi się jako bardzo wysoce prawdopodobna²¹. Ponadto Sąd wskazał, że zachowanie oskarżonego z uwagi na rodzaj tych odpadów, ich ilość, brak przygotowania podłoża do ich przechowywania, kilkuletni czas składowania tych odpadów, brak zabezpieczeń przed ich przenoszeniem wskutek warunków atmosferycznych, nie uczynienie niczego, aby je z tego terenu zabrać i przerobić, dalsze zwożenie odpadów mimo zobowiązania nie czynienia tego wypełnia nie tylko znamiona art. 183 § 1 k.k., ale także art. 182 § 1 k.k. Kierując się tymi argumentami Sąd Apelacyjny uchylił wyrok uniewinniający oskarżonego i przekazał sprawę do ponownego rozpoznania sądowi okręgowemu.

3.2. wyrok dotyczący sprowadzenia odpadów z zagranicy

Przedmiotem analizy stało się orzeczenie SN z dnia 11.10.2016 r., sygn. V KK 204/16 dotyczące odpowiedzialności karnej za sprowadzanie odpadów z zagranicy²². W toku prowadzonego postępowania ustalono, że oskarżony w okresie od lipca 2005 r. do lutego 2006 roku w ramach prowadzonej działalności gospodarczej wbrew przepisom sprowadził z Niemiec do Polski odpady w postaci nie mniej niż 4399 ton przemieszanych odpadów komunalnych, które zostały złożone we wskazanych przez oskarżonego miejscach, a dalej miały być sortowane. Czyn oskarżonego został zakwalifikowany z art. 183 § 4 k.k. w zw. z art. 12 k.k. Wyrokiem z dnia 4 maja 2015 r., Sąd Rejonowy w G. uniewinnił oskarżonego od popełnienia zarzuczonego mu czynu. Wyrok został zaskarżony przez prokuratora, ale Sąd Okręgowy nie uwzględnił apelacji prokuratora i utrzymał zaskarżony wyrok w mocy. Od tego wyroku została złożona przez Prokuratora Okręgowego kasacja, w której podniesiona została między innymi obraza art. 183 § 2 k.k. poprzez uznanie, że zawarte w tym przepisie przed dniem 12 lipca 2007 r. (wejście w życie ustawy o międzynarodowym przemieszczaniu odpadów, nowelizującej art. 183 k.k.) sformułowanie „*odpady lub substancje zagrażające środowisku*” należy interpretować w ten sposób, że zakazane jest tylko sprowadzanie odpadów zagrażających środowisku. Sąd Najwyższy musiał się więc zająć spójnikiem „*lub*” i jego znaczeniem w kontekście tego czy określenie „*zagrażające środowisku*” odnosi się także do odpadów. Z wywodów Sądu wynika,

²¹ G. Bogdan, [w:] *Kodeks Karny, część szczególna, t. II, komentarz do art. 117-277*, red. A. Zoll teza 6. do art. 182, s. 555; W. Radecki, *Ochrona środowiska w nowym prawie karnym, cz. II: Prawnikarna ochrona przed zanieczyszczeniami, odpadami i promieniowaniem*, „MOP” 1998, nr 1, s. 1, teza 4.

²² Por. Wyrok SN z dnia 11.10.2016 r., sygn. V KK 204/16, LEX nr 2135381.

że oba określenia połączone spójnikiem „lub” mają swój odrębny byt, a więc występują w rozłączności²³.

Sąd Najwyższy powołał się także na wykładnię historyczną i dokonał analizy treści przepisów dotyczących przywozu odpadów w kierunku ustalenia czy we wcześniejszych regulacjach znajdował się wymóg, aby odpady zagrażały środowisku i doszedł do przekonania, że poprzednie przepisy nie zawierały takiego dookreślenia, co oznacza, że zakazane było sprowadzanie do kraju wszelkich odpadów²⁴.

3.3. wyrok dotyczący przywozu niebezpiecznych odpadów

Przedmiotem analizy stało się orzeczenie SN z dnia 04.03.2022 r., sygn. V KK 241/21²⁵. W sprawie ustalono, że w 2017 r. oskarżony jako Prezes Zarządu spółki z ograniczoną odpowiedzialnością sprowadził z Niemiec i Holandii do Polski odpady w postaci zmieszanych odpadów między innymi komunalnych, zawierających odpady medyczne, pozostałości opakowań po lekach, materiałach chirurgicznych typu cewniki, które należy zaliczyć do odpadów niebezpiecznych pod względem drobnoustrojów chorobotwórczych, tekstyliów, zużytego sprzętu elektronicznego, zmieszanych odpadów zawierających tworzywa sztuczne wraz z odpadami biodegradowalnymi, odpadów poprodukcyjnych samochodów lub ich zużytych części, tworzyw sztucznych typu opakowania PE, PS, w ilości co najmniej 4000 ton, a następnie zmagazynował je w ustalonym miejscu, przy czym jego zachowanie zostało zakwalifikowane z art. 183 § 5 k.k. Aktem oskarżenia została objęta także inna osoba, której zarzucono popełnienie przestępstwa z art. 183 § 1 k.k. Sąd Rejonowy uznał oskarżonego za winnego zarzucanego mu przestępstwa z art. 183 § 5 k.k. i orzekł karę 1 roku i 10 miesięcy pozbawienia wolności, zakaz zajmowania stanowisk kierowniczych w podmiotach zajmujących się gospodarką odpadami oraz zakazu prowadzenia działalności gospodarczej związanej z gospodarką odpadami na okres 8 lat, a także zasądził od oskarżonego na rzecz Narodowego Funduszu Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej nawiązkę w kwocie 15.000 zł. i rozstrzygnął o kosztach postępowania. Obrońca oskarżonego zaskarżył to orzeczenie, ale Sąd Okręgowy wyrokiem z dnia 22 stycznia 2021 r. zmienił zaskarżony wyrok w ten sposób, że obniżył orzeczoną wobec oskarżonego M. B. karę pozbawienia wolności do roku i 6 miesięcy, a w pozostałej części wyrok utrzymał w mocy. Sąd oparł się tutaj na

²³ A. Malinowski (red.), *Zarys metodyki pracy legislatora*, Warszawa 2009, s. 360-365; S. Dubisz (red.), *Uniwersalny słownik języka polskiego*, Warszawa 2003, t. 3, s. 678; A. Bańko (red.), *Słownik Języka Polskiego*, Warszawa 2000, s. 778.

²⁴ W. Radecki [w:], *Kodeks karny. Komentarz*, O. Górniok (red.), Warszawa 2006, s. 603.

²⁵ Por. Wyrok SN z dnia 04.03.2022 r., sygn. V KK 241/21, LEX nr 3409161.

ustaleniu, że oskarżony prowadził działalność w formie dwóch spółek, które sprowadzały odpady głównie z Niemiec i z Holandii, a następnie składowały je na placu jednej z nich, a tylko jedna z nich miała zezwolenie na zbieranie odpadów innych niż niebezpieczne oraz na przetwarzanie odpadów innych niż niebezpieczne, spółka nie dokonała pisemnego zgłoszenia i nie uzyskała decyzji GIOŚ na przywóz odpadów niebezpiecznych, a biegły stwierdził, że odpady niebezpieczne były zmieszane. Z kolei z tym orzeczeniem nie zgodził się prokurator i wniósł kasację. Sąd Najwyższy zwrócił uwagę na świadomość odnośnie zmieszania odpadów niebezpiecznych z odpadami komunalnymi, która została przyjęta przez sądy obu instancji. Sąd Najwyższy uznał, że przeprowadzona przez sąd II instancji kontrola przypisanego oskarżonemu zamiaru bezpośredniego sprawcy sprowadzenia do Polski niebezpiecznych odpadów była na tyle powierzchowna, że mogła mieć istotny wpływ na treść orzeczenia, co musiało skutkować uchynieniem orzeczenia sądu II instancji i przekazać mu sprawę do ponownego rozpoznania. Tutaj Sąd słusznie wskazał, że przytoczone wyżej okoliczności dotyczące popełnienia czynu zabronionego nie mogą dawać podstawy do przypisania oskarżanemu zamiaru bezpośredniego popełnienia czynu zabronionego.

Podsumowanie

Przedmiotem analizy stały się aktualne orzeczenia niemieckich sądów dotyczące gospodarki odpadami i oceny tych zachowań z punktu widzenia prawa karnego. Analiza przedstawionych orzeczeń wskazuje, że powstają nie tylko problemy natury dowodowej związane z ustaleniem stanu faktycznego, ale także z punktu widzenia ocen prawnych. Godne podkreślenia jest to, że przestępstwa skierowane przeciwko prawidłowej gospodarce odpadami dotyczą przestępstw z zagrożenia abstrakcyjnego, co oznacza, że naruszenie określonych reguł postępowania oznacza wypełnienie znamion czynu zabronionego, co z punktu widzenia również praktycznego ma bardzo istotne znaczenie praktyczne.

Przedmiotem analizy stały się także orzeczenia polskich sądów, które dotyczyły głównie sprowadzania do Polski odpadów uznanych za niebezpieczne. Analiza polskiego orzecznictwa sądowego prowadzi do wniosku, że występują także problemy natury faktycznej związane z ustaleniem stanu faktycznego i ustaleniem świadomości rodzaju sprowadzanych odpadów, co ma znaczenie w zakresie przypisania sprawcy zamiaru.

Generalnie przedstawione wyżej orzeczenia dają podstawę do przyjęcia, że problem związany z gospodarowaniem odpadami nadal istnieje, choć w różnej skali i nadal konieczna jest prawnokarna ochrona środowiska przed zachowaniami, które

stwarzają dla niego zagrożenie. Dobrym rozwiązaniem byłoby powszechne uznanie, że przestępstwa przeciwko środowisku winny być traktowane jako przestępstwo z zagrożenia abstrakcyjnego, bez konieczności wykazywania skutku dla powietrza, wody oraz ziemi, a tylko wykazanie odstępstw od przyjętych procedur, co ułatwiłoby postępowanie, bez potrzeby określenia ostatecznego i skutkowego oddziaływania odpadów na środowisko dopiero w przyszłości.

Bibliografia

- Ustawa o chemikaliach z dnia 14.03.1990 r. (Das Chemikaliengesetz (ChemG) vom 14.03.1990, BGBl. I S. 521, dostęp 14.03.2026 r.
- Gesetz zur Förderung der Kreislaufwirtschaft und Sicherung der umweltverträglichen Bewirtschaftung von Abfällen (Kreislaufwirtschaftsgesetz - KrWG) vom 24. Februar 2012 (BGBl. I S. 212), <https://www.gesetze-im-internet.de/krwg/BJNR021210012.html#BJNR021210012BJNG000100000>, dostęp 08.02.2026 r.
- Strafgesetzbuch – StGB – Kodeks karny ogłoszony 13.11.1998 (BGBl. I S. 3322), ostatnio zmieniony przez ustawę z dnia 23.01.2026 r., BGBl. 2026 I Nr. 46.
- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 383 z późn. zm.).
- Bańko A. (red.), *Słownik Języka Polskiego*, Warszawa 2000.
- Bogdan G., *Komentarz do art. 182, [w:] Kodeks Karny, część szczególna, t. II, komentarz do art. 117–277*, Zoll A. (red.), Warszawa.
- Dubisz S. (red.), *Uniwersalny słownik języka polskiego*, t. 3, Warszawa 2003.
- Graf/Jäger/Wittig/Bock, *Wirtschafts- und Steuerstrafrecht (Prawo Karne Gospodarcze i Podatkowe)*, 2. wydanie, § 326.
- Lackner/Kühl/Heger, *StGB (Kodeks karny)*, 29. wydanie, § 326.
- Malinowski A. (red.), *Zarys metodyki pracy legislatora*, Warszawa 2009.
- Matt/Renzikowski/Rettenmaier/Gehrmann, *StGB (Kodeks karny)*, 2. wydanie, § 326.
- MüKo-StGB/Alt, *Monachijski Komentarz do Kodeksu karnego*, 3. wydanie, § 326.
- Radecki W., *Ochrona środowiska w nowym prawie karnym, cz. II: Prawnokarna ochrona przed zanieczyszczeniami, odpadami i promieniowaniem*, „MOP” 1998, nr 1.
- Radecki W., [w:] *Kodeks karny. Komentarz*, Górniok O. (red.), Warszawa 2006.
- Saliger F. (red.), *SSW-StGB – komentarz do kodeksu karnego*.
- Sch/Sch/Heine/Schittenhelm, *StGB (Kodeks karny)*, 30. wydanie, § 326.

Orzecznictwo – wykaz powołanych wyroków i decyzji

Decyzja Bawarskiego Wyższego Sądu Krajowego z dnia 27.08.2021 r., sygn. 204 StRR 341/21, <https://openjur.de/u/2393602.html>, dostęp 28.02.2026 r.

Decyzja Bawarskiego Wyższego Sądu Krajowego z dnia 09.03.1995 r., sygn. 3 ObOwi 19/95 – portal juris.

Decyzja Federalnego Sądu Administracyjnego z dnia 05.11.2012 r., sygn. 7 B 25.12, <https://openjur.de/u/602292.html>.

Decyzja Federalnego Trybunału Sprawiedliwości z dnia 16.10.2003 r., sygn. IX ZR 55/02 – BGHZ 156, 310.

Decyzja Niemieckiego Trybunału Federalnego z dnia 05.08.2021 r., sygn. 2 StR 307/20, <https://openjur.de/u/2449250.html>, dostęp 04.10.2025 r.

Decyzja z dnia 28.04.2022 r., sygn. 7 B 17/21, <https://www.bverwg.de/de/280422B7B17.21.0>, dostęp 18.01.2026.

Orzeczenie Sądu Krajowego w Naumburgu z dnia 07.06.2016 r., sygn. 2 Rv 45/16, dostęp 14.02.2026 r.

Wyrok Federalnego Sądu Administracyjnego z dnia 05.11.2012 r., sygn. 7 B 25.12 – portal juris.

Wyrok Federalnego Trybunału Sprawiedliwości z dnia 06.06.1997 r., sygn. 2 StR 339/96 – BGHSt 43, 219.

Wyrok Federalnego Trybunału Sprawiedliwości z dnia 26.02.1991 r., sygn. 5 StR 444/90 – portal juris.

Wyrok Federalnego Trybunału Sprawiedliwości z dnia 26.04.1990 r., sygn. 4 StR 24/90 – portal juris.

Wyrok SA we Wrocławiu z dnia 21.09.2017 r., sygn. II AKa 236/17, LEX nr 2381444.

Wyrok SN z dnia 04.03.2022 r., sygn. V KK 241/21, LEX nr 3409161.

Wyrok SN z dnia 11.10.2016 r., sygn. V KK 204/16, LEX nr 2135381.

Wyrok Wyższego Sądu Krajowego w Brunszwiku z dnia 06.12.1993 r., sygn. Ss 71/93.

Przestępstwo rozpijania małoletniego w polskim prawie karnym – analiza porównawcza regulacji z Kodeksów karnych z 1969 r. i z 1997 r.

Wstęp

Alkoholizm stanowi istotny problem o doniosłych konsekwencjach prawnych, zdrowotnych i społecznych, którego negatywne skutki ujawniają się w wielu sferach funkcjonowania jednostki oraz całego społeczeństwa¹. Jego szkodliwe następstwa dotyczą nie tylko osób uzależnionych, lecz także ich otoczenia, prowadząc do zaburzeń relacji międzyludzkich, problemów wychowawczych oraz zwiększonych obciążeń dla systemu opieki zdrowotnej i wymiaru sprawiedliwości². Szczególnie niebezpiecznym zjawiskiem jest rozpijanie osób małoletnich, gdyż oddziaływanie alkoholu na rozwijający się organizm młodego człowieka może powodować trwałe szkody fizyczne i psychiczne, a także sprzyjać utrwalaniu niepożądanych wzorców zachowań³. W odpowiedzi na zagrożenia wynikające z rozpowszechniania się tego zjawiska ustawodawca, w ramach prowadzonej polityki penalnej, wprowadza określone regulacje prawa karnego, mające na celu ochronę małoletnich oraz realizację funkcji prewencyjnej i represyjnej prawa karnego⁴.

¹ Por. J. Grabowska, [w:] *Prawnokarna ochrona małoletnich przed negatywnym działaniem alkoholu*, Ełk 2021, s. 439.

² Z. Skrzypczak, J. Suchecka, [w:] *Ochrona zdrowia i gospodarka. Przegląd współczesnych problemów systemu opieki zdrowotnej*, red. J. Haczyński, Z. Skrzypczak, Warszawa 2022, s. 46.

³ V. Konarska-Wrzošek, [w:] *System Prawa karnego*, red. J. Warylewski, t.10, wyd. 2, Warszawa 2016, s. 1005.

⁴ Por. Śliwonik S., *Prawnokarne aspekty rozpijania małoletniego*, „Kortowski Przegląd Prawniczy” 2023, nr 3, s. 133.

Od końca XIX wieku obserwuje się zachodzące zmiany w zakresie karalności rozpijania małoletnich, zwłaszcza w kontekście jej zasadności, co w dużej mierze spowodowane jest powolnym kształtowaniem się świadomości społecznej na temat szkodliwości alkoholu⁵. Nie ulega wątpliwości, że na przestrzeni lat nastąpiła istotna zmiana w sposobie postrzegania alkoholu w społeczeństwie. W przeszłości stanowił on powszechny i społecznie akceptowany element życia codziennego, co w praktyce osłabiało skuteczność regulacji prawnych dotyczących karalności zachowań polegających na rozpijaniu małoletnich oraz sprzyjało ich marginalizacji w dyskursie prawnym. Współcześnie, choć nie we wszystkich środowiskach, obserwuje się wyraźny wzrost świadomości społecznej w zakresie szkodliwości alkoholu jako substancji psychoaktywnej. Konsekwencją tej zmiany jest tendencja do wzmacniania standardów ochrony prawnej małoletnich oraz większego akcentowania funkcji prewencyjnej prawa karnego⁶.

Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie ewolucji regulacji penalizujących rozpijanie małoletniego na gruncie polskich kodeksów karnych, ze szczególnym uwzględnieniem zmian normatywnych oraz kierunków interpretacyjnych wypracowanych w doktrynie i orzecznictwie Sądu Najwyższego (dalej: SN).

Analiza została przeprowadzona przy zastosowaniu metod dogmatycznoprawnej oraz historycznoprawnej, obejmujących zestawienie regulacji zawartych w Kodeksie karnym z 1969 r. (dalej: d.k.k.)⁷ oraz Kodeksie karnym z 1997 r. (dalej: k.k.)⁸, wraz z oceną kierunków i zakresu dokonanych zmian legislacyjnych. Istotnym narzędziem badawczym było również wykorzystanie wykładni historycznej, systemowej i celowościowej, a także wnioskowania *a contrario*.

1. Rys historycznoprawny penalizacji rozpijania małoletnich

Wprowadzenie karalności zachowania polegającego na rozpijaniu małoletniego do polskiego kodeksu karnego w 1969 r. zostało spowodowane dostrzeżeniem przez ustawodawcę negatywnych skutków związanych ze spożywaniem alkoholu⁹. Szczególnie dotkliwe konsekwencje tego zjawiska dotyczą osób znajdujących się na

⁵ Zob. A. Ratajczak, [w:] *System prawa karnego*, t. IV, cz. II, Wrocław-Warszawa-Kraków-Gdańsk-Łódź 1989, s. 289.

⁶ Szerzej na ten temat zob. J. Sawicki, *Prawnokarna ochrona małoletnich przed szkodliwym działaniem alkoholu*, [w:] *Prawo życia i śmierci*, red. M. Sadowski, A. Spychalska, K. Sadowa, „Wrocławskie Studia Erazmiańskie”, zeszyt VII, Wrocław 2013, s. 96.

⁷ Por. Ustawa z dnia 19 kwietnia 1969 r. Kodeks karny (Dz. U. Nr 13, poz. 94 z późn. zm.).

⁸ Por. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 383 z późn. zm.).

⁹ Zob. A. Ratajczak, [w:] *System prawa karnego...*, s. 288.

etapie dorastania, kiedy organizm człowieka nie jest jeszcze w pełni ukształtowany¹⁰. Wówczas, spożywanie substancji psychoaktywnych, w tym alkoholu, wpływa negatywnie zarówno na sferę psychiczną, jak i fizyczną. W literaturze przedmiotu wskazuje się, że alkohol jest trucizną, a także wpływa destrukcyjnie na rozwój organizmu i umysłu młodzieży¹¹. Dawniej brak wyraźnej podstawy prawnej do pociągnięcia do odpowiedzialności karnej za rozpijanie małoletniego nie oznaczało, że przed wprowadzeniem stosownej regulacji normatywnej nie istniały zakazy związane ze spożywaniem alkoholu. Należy zaznaczyć, iż miały one charakter nie tylko *quasi* prawny, ale także religijny i moralny oraz dotyczyły nie tylko dzieci i młodzieży, ale także osób dorosłych¹². Jako przykład można wskazać starożytną Grecję, a konkretnie Spartę, w której podejmowano działania mające na celu zniechęcenie wysoko urodzonych mężczyzn do alkoholu pokazując skutki upojenia alkoholowego na uprzednio upojonych do nieprzytomności niewolnikach. Za pierwszy zakaz spożywania alkoholu o charakterze prawnym, który odnosił się bezpośrednio do osób małoletnich uważa się Edykt Stanów Holenderskich z 1631 r., który zabraniał podawania wódki młodzieży¹³.

Szersze działania związane z wprowadzeniem regulacji prawnych dotyczących spożycia alkoholu i ograniczenia jego spożywania podjęto pod koniec XIX wieku. Asumpt stanowiło szerzące się wśród ówczesnej ludności zjawisko pijaństwa oraz związane z nim negatywne następstwa, w szczególności ryzyko popadnięcia w alkoholizm wśród młodzieży. Warto podkreślić, iż w tym czasie zaczęto wydawać pierwsze akty prawne, których celem była ochrona dzieci i młodzieży przed ich rozpijananiem¹⁴. W Polsce, pierwszym aktem prawnym ograniczającym sprzedaż alkoholu była ustawa o ograniczeniach w sprzedaży napojów alkoholowych z 23.04.1920 r.¹⁵, wprowadzająca zakaz sprzedaży lub podawania napojów zawierających alkohol nieletnim do lat 21 oraz uczniom szkół niższych i szkół średnich bez względu na ich wiek. Za naruszenie tego zakazu można było orzec m.in. cofnięcie koncesji na sprzedaż lub wyszynk napojów alkoholowych, a dwukrotne naruszenie zakazu skutkowało utratą koncesji (art. 8 tejże ustawy).

¹⁰ Ibidem.

¹¹ Zob. W. Świda, *Prawo karne*, Warszawa 1978, s. 547.

¹² A. Ratajczak, [w:] *System prawa karnego...*, s. 289.

¹³ Ibidem.

¹⁴ Por. Przykładowo należy wskazać wydany na terenie Anglii Children Act z 1908 r., który wprowadzał zakaz przebywania dzieci w wieku do lat 14 w lokalach, które były przeznaczone wyłącznie lub w istotnym stopniu do sprzedaży i spożywania alkoholu. Inny przykład może stanowić belgijska ustawa o pijaństwie z 16.08.1887 r., na mocy której zabroniona była sprzedaż alkoholu nieletnim do lat 16, którzy nie znajdowali się pod dozorem osoby dorosłej.

¹⁵ Por. Ustawa z dnia 23 kwietnia 1920 r. o ograniczeniach w sprzedaży napojów alkoholowych (t.j. Dz.U. 1922 nr 35 poz. 299).

Kolejna ustawa z dnia 21 marca 1931 r. o ograniczeniu w sprzedaży, podawaniu i spożyciu napojów alkoholowych¹⁶ utrzymywała zakaz sprzedaży i podawania alkoholu osobom nieletnim do lat 21 lub uczniom wszelkiego rodzaju szkół niższych i średnich bez względu na ich wiek.

Przestępstwo rozpijania małoletniego w nowożytnym prawodawstwie po raz pierwszy zostało ujęte w art. 11 ustawy o zwalczaniu alkoholizmu¹⁷, który brzmiał: *Kto rozpija nieletniego dostarczając mu napojów alkoholowych lub ułatwiając mu ich spożywanie, podlega karze więzienia do lat 3 lub karze aresztu do lat 3*. Regulacja ta wyraźnie wzmocniła prawnokarną ochronę nieletnich, gdyż nie odnosiła się wyłącznie do sprzedaży i podawania napojów alkoholowych w lokalach przeznaczonych do spożywania alkoholu, ale zakresem karalności obejmowała wszystkie osoby, które dostarczały lub ułatwiały spożycie alkoholu nieletnim, jeśli ich zamiarem było ich rozpicie¹⁸. Następnie ustawa z 1959 r.¹⁹ wprowadziła karalność kolejnego zachowania polegającego na rozpijaniu, jakim jest nakłanianie do spożycia alkoholu. Artykuł 24 tej ustawy w brzmieniu: *Kto rozpija niepełnoletniego (do lat 18) dostarczając mu napojów alkoholowych lub ułatwiając mu ich spożywanie, albo nakłaniając go do spożywania takich napojów, podlega karze więzienia do lat 3 lub karze aresztu do lat 3*, stanowił podstawę orzekania za rozpijanie aż do wejścia w życie Kodeksu karnego z 1969 r.

2. Przestępstwo rozpijania małoletnich na gruncie Kodeksu karnego z 1969 r.

Kodeks karny z 1969 r. recypował niemal w niezmienionym kształcie treść przepisu art. 24 ustawy alkoholowej z 1959 r. Różnica przejawia się w określeniu przedmiotu ochrony, gdyż d.k.k. posługuje się pojęciem „małoletni”, a nie „niepełnoletni”. Tytuł rozdziału XXV „przestępstwa przeciwko rodzinie, opiece i młodzieży”, w którym został zamieszczony art. 185 d.k.k. bezpośrednio wskazuje na cel tego przepisu jakim jest ochrona prawidłowego rozwoju fizycznego i psychicznego młodzieży, tj. wolnego od zakłóceń, jakie może powodować spożywanie alkoholu²⁰. Przedmiotem czynności wykonawczej może być zatem każdy małoletni. Małoletnim jest osoba, która nie ukończyła 18 lat (wnioskowanie *a contrario* z art. 10 k.c.²¹).

¹⁶ Por. Ustawa z dnia 21 marca 1931 r. ograniczenia w sprzedaży, podawaniu i spożyciu napojów alkoholowych (Dz.U. 1931 nr 51 poz. 423 z późn. zm.).

¹⁷ Por. Ustawa z dnia 27 kwietnia 1956 r. o zwalczaniu alkoholizmu (Dz. U. 1956 nr 12, poz. 62).

¹⁸ A. Ratajczak, [w:] *System Prawa Karnego...*, s. 291.

¹⁹ Por. Ustawa z dnia 10 grudnia 1959 r. o zwalczaniu alkoholizmu (Dz. U. 1959 nr 69, poz. 434 z późn. zm.).

²⁰ A. Ratajczak, [w:] *System prawa karnego...*, s. 292.

²¹ Por. Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1071 z późn. zm.).

Zmiana określenia przedmiotu ochrony jest istotna przede wszystkim z perspektywy realizacji funkcji ochronnej prawa karnego. Innym aspektem, na który należy w tym miejscu zwrócić uwagę jest zastosowanie wykładni systemowej i przejście terminu „małoletni” z prawa cywilnego. Tożsame z cywilistycznym ujęciem traktowanie małoletniego na gruncie przepisów karnych powoduje pewne trudności w przypadku kobiety, która uzyskała pełnoletność w wyniku zawarcia związku małżeńskiego za zgodą sądu po ukończeniu 16 lat. Aby odpowiedzieć na pytanie, czy taka kobieta pozostaje pod prawnokarną ochroną na gruncie art. 185 k.k. konieczne jest sięgnięcie do *ratio legis* wprowadzenia tej regulacji. W piśmiennictwie z tamtego okresu uważano, że takie osoby nie powinny być objęte dyspozycją art. 185 k.k., gdyż samo uprawnienie do założenia rodziny powoduje wcześniejsze osiągnięcie dojrzałości, rozumianej jako pełnoletność²². Ocena zasadności takiego rozumowania zostanie poddana analizie w dalszej części opracowania.

Na poszerzoną analizę zasługuje również strona przedmiotowa omawianego przepisu. Jak wcześniej było już wspomniane, znamię czasownikowe „rozpija” może być zrealizowane w trzech formach, tj. poprzez dostarczanie, ułatwianie lub nakłanianie do spożycia alkoholu. Podkreślić należy, że formy te stanowią *numerus clausus*. Jednakże, w literaturze podkreśla się, iż zazwyczaj zachowania te nie występują w „czystej” postaci, ale przenikają się²³.

Pierwsze wątpliwości interpretacyjne pojawiły się w wykładni samego terminu „rozpija”. Wykładnia językowa wskazuje na konieczność wystąpienia wielości zachowań²⁴, które będą się cechowały pewną częstotliwością, której efektem będzie wywołanie przyzwyczajenia u małoletniego do spożywania alkoholu. W opozycji do takiego rozumowania należy powołać uchwałę 7 sędziów Sądu Najwyższego (dalej: SN) z 05.11.1965 r., która odnosiła się do art. 24 ustawy o zwalczaniu alkoholizmu z 1959 r., zgodnie z którą jednorazowe podanie niepełnoletniemu (do lat 18) napoju alkoholowego wyczerpuje znamiona przestępstwa określonego w art. 24 tejże ustawy, jeżeli w konkretnych okolicznościach może sprawić, że niepełnoletni zacznie oddawać się pijaństwu lub też umocni się w ujawnionej już skłonności do pijaństwa²⁵. W świetle tej uchwały dopuszczalne jest uznanie jednorazowego podania małoletniemu alkoholu, za czyn wyczerpujący znamię przestępstwa z art. 185 d.k.k. Słuszność

²² Ibidem, s. 293.

²³ Przykładowo dostarczenie alkoholu to nie tylko samo w sobie dostarczeniem, ale również zazwyczaj stanowi ułatwienie jego spożywania, a także może zawierać elementy nakłaniania.; zob. A. Ratajczak, [w:] *System prawa karnego...*, s. 296).

²⁴ K. Buchała, *Prawo karne materialne*, Warszawa 1980, s. 710.

²⁵ Por. Uchwała Sądu Najwyższego (7) z dnia 5.11.1965 r., sygn. VI KZP 53/65, OSNKW 1966, nr 1, poz. 3.

uznania karalności zachowania, które jest chociażby jednorazowe potwierdza również *ratio legis* przepisów zawartych w ustawie o zwalczaniu alkoholizmu z 1959 r. których celem jest zapewnienie przestrzegania przez dzieci i młodzież abstynencji aż do ukończenia 18 lat²⁶. Ponadto, należy zauważyć, iż dla realizacji znamion art. 185 d.k.k. wystarczające jest dokonanie czynności wykonawczej w jednej z podanych form, a zatem irrelewantne jest wystąpienie skutku w postaci negatywnych następstw rozpijania dla organizmu. Istotne i wystarczające dla odpowiedzialności jest stworzenie samego ryzyka przyzwyczajenia małoletniego do spożywania alkoholu.

Ustawodawca ogranicza rozpijanie do trzech form: dostarczanie napojów alkoholowych, ułatwianie ich spożywania oraz nakłanianie do ich spożywania. Dostarczanie to zarówno podanie, jak i sprzedaż napojów alkoholowych. Dla kwalifikacji prawnej pozostaje bez znaczenia pochodzenie alkoholu, może być on nabyty zarówno przez samego sprawcę, jak i przez inną osobę, a nawet pochodzić z przestępnego działania. W doktrynie występuje także interpretacja, według której poprzez „dostarczanie” należy rozumieć sytuacje, w których sprawca jest źródłem pozyskiwania alkoholu przez małoletniego²⁷. Ułatwianie małoletniemu spożywania alkoholu należy rozumieć szeroko i obejmuje ogół czynności, dzięki którym spożywanie alkoholu staje się dla małoletniego łatwiejsze²⁸. Przyjmuje się, że samo dostarczenie kieliszków, które są przeznaczone do spożywania alkoholu może być przyjęte jako ułatwienie jego spożycia. Ostatnią formą rozpijania jest nakłanianie, rozumiane jako szerokie oddziaływanie na psychikę małoletniego, które może przybrać formę namawiania, przekonywania lub zachęcania małoletniego do spożywania alkoholu²⁹. Postać ta, choć została wprowadzona do polskiego porządku prawnego najpóźniej, w praktyce występuje najczęściej³⁰. Nakłanianie również może być połączone z użyciem groźby, zazwyczaj użycia siły fizycznej³¹.

Ponadto, dopuszcza się karalność za podżeganie lub pomocnictwo do rozpijania małoletniego, a także możliwe jest usiłowanie popełnienia tego przestępstwa. W przypadku przyjęcia koncepcji, iż rozpijanie wymaga wystąpienia wielokrotnego działania, usiłowaniem będzie jednorazowa czynność sprawcza podjęta z zamiarem jej powtórzenia w przyszłości³².

²⁶ A. Ratajczak, [w:] *System prawa karnego...*, s. 295.

²⁷ Zob. W. Świda, *Prawo karne...*, s. 547.

²⁸ W. Doroszewski, [w:] *Słownik języka polskiego*, t. IX, Warszawa 1958-1969, s.557.

²⁹ W. Świda, *Prawo karne...*, s. 547.

³⁰ Zob. A. Ratajczak, [w:] *System prawa karnego...*, s. 297.

³¹ Ibidem.

³² Por. K. Buchała, *Prawo karne materialne...*, s. 711.

Pojęcie „napój alkoholowy” na gruncie art. 185 d.k.k. zasadniczo należy rozumieć zgodnie z definicją z ustawy z 1959 r. o zwalczaniu alkoholizmu, zgodnie z którą za napój alkoholowy uznaje się napój zawierający więcej niż 4,5% czystego alkoholu. W doktrynie można się spotkać z krytyką tego stanowiska, którą argumentuje się tym, że nie można wyłączyć karalności rozpijania napojem alkoholowym, który zawierałby niższe stężenie alkoholu³³. A zatem, uznano, że należy przyjąć za zabronione rozpijanie małoletniego alkoholem niezależnie od jego stężenia procentowego, jeśli tylko w obiektywnej ocenie napój ten może wywołać ryzyko przyzwyczajenia do spożywania alkoholu *in genere*. Wydaje się, że ten pogląd jest słuszny i zapewnia realizację funkcji ochronnej prawa karnego na gruncie omawianego przepisu.

Wątpliwości nie budzi strona podmiotowa przestępstwa rozpijania. Przestępstwo to może zostać popełnione jedynie umyślnie, w obu postaciach zamiaru - zamiarze bezpośrednim lub ewentualnym, kiedy sprawca przewiduje i godzi się, że jego zachowanie może prowadzić do rozpijania małoletniego. Jest to przestępstwo powszechne, co oznacza, że może być popełnione przez każdego podlegającego odpowiedzialności karnej. Jednakże, w wyniku prowadzonych badań i analiz w Ministerstwie Sprawiedliwości, które dotyczyły statystyk skazań za przestępstwo z art. 185 d.k.k., stwierdzono, iż najliczniejszą grupę sprawców tego przestępstwa stanowili znajomi małoletnich (około 63%), a zaraz za nimi rodzice, rodzeństwo i dalsza rodzina (około 21%)³⁴.

Sankcję jednorodzajową za rozpijanie małoletniego na gruncie d.k.k. stanowiła kara pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 3. Możliwe było także warunkowe umorzenie postępowania (art. 27 d.k.k.) oraz zastosowanie kary dodatkowej (art. 55 d.k.k.) za rozpijanie małoletniego w postaci utraty praw rodzicielskich lub opiekuńczych, w stosunku do sprawcy, pod którego władzą rodzicielską lub opieką znajdował się małoletni pokrzywdzony³⁵.

3. Rozpijanie małoletnich de lege lata

Na gruncie Kodeksu karnego z 1997 r. przestępstwo rozpijania małoletniego zostało ujęte w art. 208 k.k. Przepis ten jest odpowiednikiem art. 185 d. k.k. Brzmienie samego przepisu uległo nieznacznym zmianom. Uwagę należy natomiast zwrócić na rodzajowy przedmiot ochrony, który ograniczony został do rodziny i instytucji opieki nad osobami, które jej wymagają. Zmiana ta jest zdecydowanie niekorzystna

³³ Por. I. Andrejew, *Kodeks karny. Krótki komentarz*, Warszawa 1986, s. 166.

³⁴ A. Ratajczak, [w:] *System prawa karnego...*, s. 300.

³⁵ I. Andrejew, *Kodeks karny. Krótki komentarz...*, s. 166.

względem poprzednio obowiązującego Kodeksu karnego, który wprost, w tytule rozdziału, odnosił się do młodzieży, a tym samym odzwierciedlał rzeczywisty obszar ochrony³⁶. Odwrotnie proporcjonalnie do zmiany tytułu rozdziału nastąpiło rozszerzenie sposobów interpretacji przez doktrynę przedmiotu ochrony. Zgodnie z nowym poglądem, wcześniej niewystępującym celem art. 208 k.k. nie jest sam prawidłowy rozwój fizyczny i psychiczny małoletniego, ale także prawnokarna ochrona prawidłowego rozwoju moralnego przed nawykiem picia alkoholu³⁷. Zmianę tą należy ocenić aprobująco, w szczególności przez pryzmat realizacji funkcji ochronnej prawa karnego oraz niewątpliwej szkodliwości samego nawyku spożywania alkoholu, w szczególności dla kształtującego się jeszcze organizmu małoletniego.

Bez zmian pozostaje zachowanie sprawcy polegające na rozpijaniu małoletniego, które należy rozumieć jako działanie stwarzające niebezpieczeństwo przyzwyczajenia małoletniego do spożywania alkoholu lub umocnienia w nim takiej skłonności³⁸. Sporne w dalszym ciągu pozostaje, czy wypadek jednorazowego podania alkoholu można uznać za realizację znamion przestępstwa rozpijania. Szczególnie widoczne jest to na tle orzecznictwa³⁹. W literaturze przeważa pogląd, zgodnie z którym jednorazowe podanie alkoholu, w wyjątkowych sytuacjach może być uznane za rozpijanie. Przykładowo taką sytuację może stanowić podanie alkoholu małoletniemu będącemu w trakcie kuracji antyalkoholowej⁴⁰. W nawiązaniu do wcześniej przywołanej uchwały składu siedmiu sędziów Sądu Najwyższego⁴¹ należy ponownie uznać za trafny pogląd, zgodnie z którym jednorazowe podanie napoju alkoholowego wypełnia znamiona przestępstwa z art. 208 k.k., co znajduje potwierdzenie w późniejszych postanowieniach Sądu Najwyższego⁴², w których dopuszczono możliwość uznania jednorazowego rozpijania małoletniego za realizację znamion tego czynu zabronionego. Na gruncie obecnie obowiązującego stanu prawnego słuszność tej tezy potwierdza także dokonana przez ustawodawcę zmiana czasownika „spożywanie” na „spożycie” co jednoznacznie wskazuje na jednorazowość takiej czynności⁴³.

³⁶ V. Konarska-Wrzošek, [w:] *System prawa karnego...*, s. 1005.

³⁷ Z. Siwik, [w:] *Kodeks karny komentarz*, red. M. Filar, Warszawa 2008, s. 863.

³⁸ Ibidem.

³⁹ Por. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 19.06.2013 r., sygn. II AKa 162/13, LEX nr 1342241; Wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 23.07.2015 r., sygn. II AKa 236/15, KSAG 2015, nr 4, poz. 276-281; Wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 23.01.2003 r., sygn. II AKa 343/02, KZS 2003, nr 2, poz. 28.

⁴⁰ Z. Siwik, [w:] *Kodeks karny komentarz...*, s. 863.

⁴¹ Por. Uchwała Sądu Najwyższego (7) z dnia 5.11.1965 r., sygn. VI KZP 53/65, OSNKW 1966, nr 1, poz. 3.

⁴² Por. Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 10.03.2017 r., sygn.V KK 13/17, LEX nr 2269114; Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 17.04.2014 r., sygn. II KK 77/14, LEX nr 1459175.

⁴³ Por. Zob. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 14.03.2007 r., sygn. IV KK 472/06, OSNwSK 2007, nr 1, poz. 621.

Ustawodawca w pełni recypował z poprzednio obowiązującego Kodeksu Karnego sposoby, w jakie sprawca może rozpijać małoletniego, tj. poprzez dostarczanie, ułatwianie lub nakłanianie do spożycia napoju alkoholowego. Przez dostarczanie należy rozumieć sytuacje, w których sprawca jest źródłem uzyskania przez małoletniego alkoholu, niezależnie czy przekazanie ma charakter odpłatny, czy nieodpłatny⁴⁴. Dostarczanie oznacza sprawienie, żeby napój alkoholowy znalazł się w jakimś określonym miejscu w określonym czasie⁴⁵. Ułatwianie to usuwanie przeszkód lub stwarzanie dogodnych warunków do spożycia alkoholu⁴⁶, natomiast nakłanianie to oddziaływanie na psychikę (zarówno słowem, jak i gestem), które ma prowadzić do spożycia przez małoletniego alkoholu. Szczególnie szkodliwą postacią nakłaniania jest zmuszanie, które zazwyczaj połączone jest z groźbą użycia siły fizycznej⁴⁷. Wśród wymienionych form rozpijania, wyróżnić należy rozpijanie przez ułatwianie, ze względu, iż jedynie w tej formie możliwe jest popełnienie przestępstwa z art. 208 k.k. przez zaniechanie⁴⁸.

Obecnie w literaturze natomiast nie budzi wątpliwości interpretacja znamienia „napój alkoholowy”. Ze względu na przedmiot ochrony, jakim jest prawidłowy rozwój małoletniego za napój alkoholowy należy uznać jakikolwiek napój alkoholowy, niezależnie od jego stężenia procentowego⁴⁹. Ponadto, niestosowanie definicji zawartej w ustawie o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi⁵⁰ argumentuje się odmiennym względem obecnie obowiązującego Kodeksu karnego celem. Bowiem, na gruncie ustawy definicja została skonstruowana w kontekście produkcji i obrotu alkoholem, nie natomiast ochrony przed jego spożyciem⁵¹.

Przestępstwo z art. 208 k.k. ponownie nie wymaga powstania konkretnego skutku w postaci przykładowo wystąpienia u małoletniego uzależnienia od alkoholu. Do przypisania odpowiedzialności karnej wystarczające jest spowodowanie samego niebezpieczeństwa przyzwyczajenia małoletniego do spożywania alkoholu lub pogłębienie czy utrwalenie w nim takiej skłonności⁵². Dzięki przyjęciu poglądu, zgodnie z którym przestępstwo z art. 208 k.k. nie jest przestępstwem skutkowym,

⁴⁴ V. Konarska-Wrzonek, [w:] *System prawa karnego...*, s. 1009.

⁴⁵ J. Kosonoga, [w:] *Kodeks karny. Komentarz*, red. R.A. Stefański, wyd. 7, Warszawa 2025, s.1474.

⁴⁶ Może polegać na użyczeniu małoletniemu dowodu osobistego, wręczeniu pieniędzy na zakup, udzieleniu informacji o miejscu i sposobie zakupu, a nawet przygotowanie kieliszków.; zob. V. Konarska-Wrzonek, [w:] *System prawa karnego...*, s. 1009.

⁴⁷ J. Kosonoga, [w:] *Kodeks karny. Komentarz...*, s.1475.

⁴⁸ Por. J. Kosonoga, [w:] *Kodeks karny. Komentarz...*, s.1475.

⁴⁹ Por. Z. Siwik, [w:] *Kodeks karny. Komentarz...*, s. 864.

⁵⁰ Por. Ustawa z dnia 26 października 1982 r. O wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 2151 z późn. zm.).

⁵¹ Por. S. Śliwonik, *Prawnokarne aspekty rozpijania małoletniego...*, s. 137.

⁵² Z. Siwik, [w:] *Kodeks karny. Komentarz...*, s. 864.

nie dochodzi do ograniczenia i znacznego zawężenia ochrony małoletnich przed rozpiciem, jaka miałaby miejsce w przypadku konieczności wykazania powstania skutku w postaci rozpicia małoletniego, popadnięcia przez niego w nałóg alkoholowy, czy powstania przyzwyczajenia do spożywania alkoholu⁵³.

Artykuł 208 k.k. po raz pierwszy od czasów penalizacji rozpicienia małoletniego wprowadza sankcję alternatywną. Poza wcześniej występującą wyłącznie karą izolacyjną, od 1997 r. sąd może orzec również grzywnę, karę ograniczenia wolności albo karę pozbawienia wolności do lat 2. Alternatywnie ujęta sankcja pozostaje wciąż niezbyt surowa, a ponadto pozwala na zastosowanie m.in. instytucji odstąpienia od wymierzenia kary, a także środka probacyjnego w postaci warunkowego umorzenia postępowania⁵⁴. Ponadto, na gruncie obecnie obowiązującego Kodeksu karnego, alternatywnie ujęta sankcja zobowiązuje sądy do kierowania się dyrektywą szczególną ujętą w art. 58 § 1 k.k., zgodnie z którą sądy powinny przede wszystkim i w pierwszej kolejności sięgać po kary wolnościowe, a kara izolacyjna stanowić *ultima ratio*, kiedy inny rodzaj kary nie może spełnić celów kary. W efekcie, w praktyce wymierzane kary mogą okazać się niewystarczająco dolegliwe⁵⁵, a tym bardziej niezdolne do realizacji funkcji prewencji generalnej. Innym aspektem, zasługującym na odrębny artykuł jest aspekt prewencji pozytywnej i związanych z nią wszelkich działań edukacyjnych koniecznych do wprowadzenia w społeczeństwie, aby skutecznie zapobiegać rozpiciu małoletnich.

4. Wnioski i postulaty de lege ferenda

Nie ulega wątpliwości, że przestępstwo rozpicienia małoletniego przejawia wysoki stopień społecznej szkodliwości i dotyka osób, które objęte są szczególną ochroną prawną. Należy dodać, iż skutki przestępstwa rozpicienia mają nie tylko negatywny wpływ na rozwój psychofizyczny małoletniego, lecz także mogą przyczynić się

⁵³ V. Konarska-Wrzosek, [w:] *System prawa karnego...*, s. 1006; S. Hyps, [w:] *Kodeks karny, część szczególna. Komentarz art. 117-221*, red. M. Królikowski, R. Zawłocki, t.I, wyd. 4, Warszawa 2017, s. 847; J. Kosonoga, [w:] *Kodeks karny. Komentarz...*, s. 1474.

⁵⁴ Zob. Z. Siwik, [w:] *Kodeks karny. Komentarz...*, s. 865; S. Hyps, [w:] *Kodeks karny, część szczególna. Komentarz art. 117-221...*, s. 850.

⁵⁵ Liczba skazań za przestępstwo określone w art. 208 k.k. od lat sześćdziesiątych XX wieku utrzymuje się na niskim poziomie, przy czym dostrzegalna jest wyraźna tendencja spadkowa oraz dominacja kar z warunkowym zawieszeniem ich wykonania, które stanowią ponad 70% orzeczeń. Ponadto widoczna jest istotna dysproporcja pomiędzy liczbą postępowań wszczętych a liczbą postępowań zakończonych skazaniem (dla przykładu w 2014 r. wszczęto 2018 postępowań, natomiast skazaniem zakończyło się jedynie 40 z nich). Zob. szerzej: A. Ratajczak, [w:] *System prawa karnego...*, s. 300.; V. Konarska-Wrzosek, [w:] *System prawa karnego...*, s. 1015; <https://statystyka.policja.pl/st/kodeks-karny/przestepstwa-przeciwko-7/63508,Rozpicienie-maloletniego-art.208.html>, [dostęp z dnia: 10.02.2026 r.].

do wystąpienia uzależnienia od alkoholu w dorosłym życiu oraz do rozwoju rozmaitych chorób i zaburzeń. Niestety, zarówno w czasie obowiązywania d.k.k., jak i obecnie, zdecydowanie niedoszacowano społecznej szkodliwości tego przestępstwa. Świadczy o tym chociażby odsetek kar warunkowo zawieszonych, które stanowiły około 52% podczas obowiązywania d.k.k.⁵⁶, co pozostaje bez zmian⁵⁷. Brak jest również statystyk co do korzystania przez sądy karne z możliwości udzielonej na mocy art. 43c k.k., t.j. zawiadomienia sądu rodzinnego o celowości orzeczenia wobec sprawcy przestępstwa z art. 208 k.k. pozbawienia lub ograniczenia praw rodzicielskich lub opiekuńczych. A jak wcześniej wskazano ta grupa osób nierzadko pozostaje sprawcami tego przestępstwa.

W dalszym ciągu poza penalizacją pozostają zachowania niemieszczące się w zamkniętym katalogu form rozpijania, jakie przewiduje ustawodawca. Przykładowo, spożywanie alkoholu wraz z małoletnim w sytuacji, kiedy sam małoletni był tego inicjatorem. Należy podkreślić, że sytuacje takie faktycznie występują, a ponadto w niewielkim stopniu spotykają się z odmową przez dorosłych⁵⁸. W tym kontekście zasadne wydaje się rozważenie wprowadzenia karalności tego rodzaju zachowań do Kodeksu karnego, co pozwoliłoby na wyeliminowanie istniejącej luki normatywnej.

W odniesieniu do typu przestępstwa rozpijania małoletniego zagadnienie, czy dla jego bytu konieczne jest działanie wielokrotne, czy wystarczające może być zachowanie jednorazowe, pozostaje przedmiotem szerokiej dyskusji. W wytycznych SN z 1976 r., które zachowały aktualność w obowiązującym stanie prawnym, wielokrotność działania została uznana za cechę konstytutywną tego przestępstwa, a stanowisko to podziela również część sądów apelacyjnych. Choć SN dopuszcza możliwość popełnienia tego czynu przez jednorazowe działanie, czyni to jednak przy założeniu, że rozpijanie ma charakter przestępstwa skutkowego, z czym nie sposób się zgodzić. Rozbieżności interpretacyjne w tym zakresie mogą powodować istotne problemy praktyczne, prowadzić do niejednolitego orzecznictwa, a w konsekwencji osłabiać poziom ochrony małoletnich.

Warto rozważyć w ramach postulatu *de lege ferenda* zmianę znamienia „małoletni” na „osobę poniżej 18 lat”. Zmiana ta pozwoliłaby na wyeliminowanie wątpliwości interpretacyjnych oraz problemów powstających przy stosowaniu wykładni *a contrario* z art. 10 k.c. Dodatkowo zmiana ta byłaby wskazana w kontekście ujednolicenia względem obecnie obowiązującej ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, na gruncie której zakazana jest sprzedaż alkoholu

⁵⁶ Z. Siwik, [w:] *Kodeks karny. Komentarz...*, s. 865.

⁵⁷ Por. V. Konarska-Wrzosek, [w:] *System prawa karnego...*, s. 1015.

⁵⁸ V. Konarska-Wrzosek, [w:] *System prawa karnego...*, s. 1007.

osobom poniżej 18 lat, a nie osobom małoletnim czy niepełnoletnim. Jako dodatkowy argument przemawiający za zasadnością proponowanej zmiany należy wskazać potrzebę zapewnienia spójności systemowej oraz dążenie do eliminacji wątpliwości interpretacyjnych poprzez ujednolicenie siatki pojęciowej. Co więcej, z punktu widzenia odpowiedzialności karnej na gruncie art. 43 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, irrelevantny pozostaje również stan cywilny nabywcy; ustawowy zakaz sprzedaży i podawania napojów alkoholowych odnosi się bowiem do osób poniżej 18. roku życia, bez względu na fakt ewentualnego wcześniejszego uzyskania pełnoletności w drodze zawarcia małżeństwa (art. 10 § 2 k.c.). Wydaje się zatem słuszne przyjęcie, że ochrona małoletniego powinna być możliwie szeroka i skuteczna, a zatem obejmować ochronę przed nabywaniem, jak i spożywaniem alkoholu przez osoby, które nie ukończyły 18 lat.

Bibliografia

- Andrejew I., *Kodeks karny. Krótki komentarz*, Warszawa 1986.
- Buchała K., *Prawo karne materialne*, Warszawa 1980.
- Doroszewski W. (red.), *Słownik języka polskiego*, t. IX, Warszawa 1958–1969.
- Grabowska J., *Prawnokarna ochrona małoletnich przed negatywnym działaniem alkoholu*, Elk 2021.
- Hypś S., [w:] *Kodeks karny, część szczególna. Komentarz art. 117–221*, Królikowski M., Zawłocki R. (red.), t. I, wyd. 4, Warszawa 2017.
- Konarska-Wrzošek V., [w:] *System prawa karnego*, Warylewski J. (red.), t. 10, wyd. 2, Warszawa 2016.
- Kosonoga J., [w:] *Kodeks Karny. Komentarz*, Stefański R.A. (red.), wyd. 7, Warszawa 2025.
- Ratajczak A., [w:] *System prawa karnego*, t. IV, cz. II, Wrocław–Warszawa–Kraków–Gdańsk–Łódź 1989.
- Sawicki J., *Prawnokarna ochrona małoletnich przed szkodliwym działaniem alkoholu*, [w:] *Prawo życia i śmierci*, Sadowski M., Spychalska A., Sadowa K. (red.), „Wrocławskie Studia Erazmiańskie”, z. VII, Wrocław 2013.
- Siwik Z., [w:] *Kodeks karny. Komentarz*, Filar M. (red.), Warszawa 2008.
- Skrzypczak Z., Suchecka J., [w:] *Ochrona zdrowia i gospodarka. Przegląd współczesnych problemów systemu opieki zdrowotnej*, Haczyński J., Skrzypczak Z. (red.), Warszawa 2022.
- Śliwonik S., *Prawnokarne aspekty rozpijania małoletniego*, „Kortowski Przegląd Prawniczy” 2023, t. 3.
- Świda W., *Prawo karne*, Warszawa 1978.

Akty prawne

Ustawa z dnia 23 kwietnia 1920 r. o ograniczeniach w sprzedaży napojów alkoholowych (t.j. Dz.U. 1922 nr 35 poz. 299).

Ustawa z dnia 21 marca 1931 r. o ograniczeniach w sprzedaży, podawaniu i spożyciu napojów alkoholowych (Dz.U. 1931 nr 51 poz. 423 z późn. zm.).

Ustawa z dnia 27 kwietnia 1956 r. o zwalczaniu alkoholizmu (Dz. U. 1956 nr 12, poz. 62).

Ustawa z dnia 10 grudnia 1959 r. o zwalczaniu alkoholizmu (Dz. U. 1959 nr 69, poz. 434 z późn. zm.).

Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1071 z późn. zm.).

Ustawa z dnia 19 kwietnia 1969 r. – Kodeks karny (Dz. U. Nr 13, poz. 94 z późn. zm.).

Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 2151 z późn. zm.).

Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 383 z późn. zm.).

Orzecznictwo

Uchwała Sądu Najwyższego (7) z dnia 5 listopada 1965 r., sygn. VI KZP 53/65, OSNKW 1966, nr 1, poz. 3.

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 23 stycznia 2003 r., sygn. II AKa 343/02, KZS 2003, nr 2, poz. 28.

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 14 marca 2007 r., sygn. IV KK 472/06, OSNwSK 2007, nr 1, poz. 621.

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 19 czerwca 2013 r., sygn. II AKa 162/13, LEX nr 1342241.

Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 17 kwietnia 2014 r., sygn. II KK 77/14, LEX nr 1459175.

Wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 23 lipca 2015 r., sygn. II AKa 236/15, KSAG 2015, nr 4, poz. 276–281.

Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 10 marca 2017 r., sygn. V KK 13/17, LEX nr 2269114.

Nieporadność w prawie karnym – konsekwencje rozbieżności interpretacyjnych dla ochrony zdrowia jednostki

Wstęp

Dla zapewnienia skutecznej ochrony prawnej jednostki oraz jej dóbr niezbędne jest określenie zakresu tej ochrony oraz jej adresatów. Szczególnie istotne jest to na gruncie prawa karnego, które nie może być interpretowane poprzez stosowanie wykładni rozszerzającej, czy analogii, zarówno *legis*, jak i *iuris*. Negatywny wpływ na zakres i skuteczność ochrony mogą mieć pojęcia nieposiadające definicji legalnej, których interpretacja stwarza wątpliwości. Nie należy tego utożsamiać z koniecznością ustanawiania definicji legalnych wszystkich wprowadzanych przez ustawodawcę pojęć, gdyż nadmierna kazuistyka może również powodować osłabienie ochrony w ten sposób, że nie będzie przewidywała kategorii osób lub dóbr, które powinny być objęte ochroną, a nie zostały przewidziane w ustawie. Analizując konkretny przepis, w którym ustawodawca posługuje się pojęciem niezdefiniowanym, naturalne i konieczne, co do zasady, jest posłużenie się rozumieniem wypracowanym przez doktrynę, orzecznictwo, czy używanym w języku potocznym. Niekiedy jednak, nie jest to wystarczające. Istnieją bowiem sytuacje, w których znaczenie wyrażania używanego w języku potocznym nie oddaje w pełni ducha ustawy i *ratio legis* danej regulacji, albo kiedy istnieją wyraźne rozbieżności w interpretacji danego pojęcia, zarówno w doktrynie jak i orzecznictwie.

Sytuacja taka ma miejsce w odniesieniu do terminów „nieporadność” oraz „bezradność”. Pojęcia te nie są ustawowo zdefiniowane na gruncie żadnej obecnie obowiązującej ustawy. Ustawodawca, wprowadzając pojęcie „osoby nieporadnej”

na gruncie prawa karnego, podaje jedynie przykładowe okoliczności, powodujące stan nieporadności, które nie stanowią katalogu zamkniętego. Na gruncie doktryny i orzecznictwa również nie wypracowano jednolitej definicji, a jedynie rozszerzono katalog źródeł nieporadności i sytuacje, w których możemy mówić o „osobie nieporadnej”. Podobny problem można zauważyć w prawie cywilnym, w którym prawodawca również nie definiuje pojęcia „nieporadność”. W przeważającym zakresie dorobek judykatury stanowi źródło wiedzy na temat sytuacji, w których nieporadność ma wpływ przykładowo na wysokość orzeczonego odszkodowania czy zadośćuczynienia. Należy podkreślić, iż kwestia odszkodowania czy zadośćuczynienia jest jedną z kluczowych dla tej gałęzi prawa, ponieważ realizują jedną z funkcji prawa cywilnego - funkcję kompensacyjną.

W języku nieformalnym, w stosunku do osób nieporadnych życiowo, zazwyczaj używa się określenia „osoba niezaradna”, które zgodnie z definicją sformułowaną w Słowniku Języka Polskiego oznacza osobę nieumiejącą sobie radzić w życiu, niezaradną w różnych sytuacjach, niezręczną, niezgrabną¹. Tak rozumiana nieporadność może dotyczyć osób w każdym wieku i być niezależna od stanu fizycznego lub psychicznego tych osób. O dopuszczalności korzystania z definicji słownikowej świadczy fakt, iż osoby nieporadne życiowo zostały objęte szczególną ochroną karnoprawną, w takim samym zakresie jak osoby nieporadne w rozumieniu karnoprawnym².

Celem niniejszej pracy jest analiza konsekwencji rozbieżności interpretacyjnych pojęcia „nieporadność” w doktrynie oraz orzecznictwie, a także identyfikacja problemu polegającego na niejednoznacznym i niekiedy zamiennym stosowaniu tego terminu oraz innych wyrażen o zbliżonym znaczeniu, na skuteczność ochrony zdrowia jednostki. W tym celu, zostały poddane analizie wybrane przepisy prawa karnego *sensu largo*³. Do analizy wykorzystano dorobek doktryny i orzecznictwa, porównując sposoby rozumienia terminu „nieporadność” w zależności od okoliczności i właściwości osoby, którą uważa się w konkretnym przypadku za „nieporadną”.

¹ Por. *Niezaradność*, <https://sjp.pwn.pl/slowniki/niezaradnosc.html> [dostęp z dnia: 22.02.2026].

² Por. Przykładowo: Wyrok Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z dnia 20. 10. 2021 r., sygn. II AKA 202/20, LEX nr 3304550, w którym sąd stwierdził, iż: „Wykorzystanie własnej wiedzy, doświadczenia zawodowego, a jednocześnie nieporadności życiowej pokrzywdzonych, ich położenia oraz problemów zdrowotnych, to okoliczności wskazujące na bezwzględność działania, nieliczenie się zupełnie z ludzką szkodą i krzywdą. Pozbawienie majątku - dachu nad głową osób nieporadnych życiowo w sposób przemysłany, przy zaangażowaniu także osób zaufania publicznego świadczą o znacznym stopniu winy i społecznej szkodliwości czynów”.

³ Do prawa karnego *sensu largo* zalicza się prawo wykroczeń. Kodeks wykroczeń w sposób pokrewny Kodeksowi karnemu określa zasady odpowiedzialności za wykroczenia, jak i same wykroczenia jako czyny karalne; zob. J. Kulesza, [w:] *Prawo karne materialne, nauka o przestępstwie, ustawie karnej i karze*, red. J. Kulesza, Warszawa 2023, s. 30; K. Buchała, *Prawo karne materialne*, Warszawa 1980, s. 31; A. Marek, *Prawo karne*, Warszawa 2000, s. 9.

Dodatkowo, w celu ukazania możliwości szerokiego rozumienia pojęć „bezzadność” i „nieporadność” omówiony został termin „wyuczona bezzadność”, mający inne, niż wykorzystywane w naukach prawnych, znaczenie, zbliżone do „bezzadności”, używanej w języku potocznym.

1. Pozaprawne rozumienie nieporadności

Wyrazem bliskoznacznym do terminu „nieporadność” jest termin „bezzadność”, występujący nie tylko na gruncie prawa, ale także w innych dyscyplinach naukowych. W psychologii najczęściej stosuje się pojęcie „wyuczona bezzadność”, nad którym badania zapoczątkował w latach sześćdziesiątych XX wieku Martin Seligman⁴. W klasycznym ujęciu „wyuczona bezzadność” obejmuje przypadki, w których w efekcie poddania kontaktowi z sytuacją niekontrolowaną, powstają deficyty w trzech sferach: motywacyjnej, poznawczej oraz emocjonalnej, co rodzi bezzadność⁵. Wyuczona bezzadność odnosi się do stanu wyuczonego, wytworzonego przez narażenie na szkodliwe, nieprzyjemne sytuacje, w których nie ma możliwości ucieczki lub których nie da się uniknąć⁶. Stan ten polega na uczeniu się przez człowieka godzenia się, że nie ma on wpływu na pewne sytuacje czy zjawiska. Seria niepowodzeń powoduje wzbudzenie lęku przed niepowodzeniem, który prowadzi do wystąpienia objawów bezzadności⁷. Są to przede wszystkim sytuacje wymagające trudnych decyzji, w których postępowanie jednostki wpływa na dalszy przebieg wydarzeń. Proces uczenia się natomiast opiera się na założeniu braku zależności między działaniem a osiągnięciem pożądanego rezultatu, tak że wynik pozostaje taki sam niezależnie od działania.

Sytuacje prowadzące do wyuczonej bezzadności są różnorodne, np. nieodwzajemniona miłość, nierozwiązywalne konflikty, śmierć bliskiej osoby czy nieuleczalna choroba i wywołują u człowieka charakterystyczne cykliczne fazy zachowań. Pierwszą reakcją na wydarzenie jest szok, dopiero później dociera poczucie nieszczęścia i następuje stan bezzadności, paniki i dezorganizacji⁸. Po poprawieniu się sytuacji może nastąpić powtórne wzbudzenie negatywnych emocji, po którym następuje kolejna faza wycofania. Wyuczona bezzadność odnosi się do stanu bierności, w której osoby

⁴ L. Marszałek, *Wyuczona bezzadność w pełnieniu ról społecznych jako efekt stygmatyzacji osób z niepełną sprawnością*, „Społeczeństwo, Edukacja, Język” 2020, t. 11, s. 40.

⁵ A. Golonka, *Przestępstwo seksualnego wykorzystania niepełnosprawności lub bezzadności. Uwagi, wnioski i postulaty dotyczące mentis status victimae*, „Prawo i Więź” 2023, t. 45, nr 2, s. 398.

⁶ Por. M. Kolber, *Psychologiczne aspekty wyuczonej bezzadności i ich implikacje pedagogiczne*, „Przegląd Pedagogiczny” 2019, nr. 2, s.136.

⁷ Por. L. Marszałek, *Wyuczona bezzadność w pełnieniu ról społecznych...*, s. 40.

⁸ M. Kolber, *Psychologiczne aspekty wyuczonej bezzadności...*, s. 137.

są przeświadczone o niezdolności do kontrolowania zachodzących w życiu zdarzeń, a zatem powstaje syndrom zaburzeń poznawczych, motywacyjnych i emocjonalnych wywołanych uprzednim kontaktem z sytuacją niekontrolowaną⁹. W rezultacie jednostka uczy się, że nie ma zależności pomiędzy działaniem a pożądanymi wynikami.

Termin „bezzadność”, rozumiany jako zjawisko wyuczonej bezzadności, występuje także w pedagogice. Za bezzadne w tym przypadku uważa się dzieci i młodzież z niepełnosprawnością intelektualną na poziomie lekkim. Przyjmuje się, że lekka niepełnosprawność uwarunkowana jest wieloczynnikowo, co oznacza, że do jej powstania przyczyniają się czynniki biologiczne, społeczno-kulturowe i psychologiczne¹⁰. Środowiskiem, które w naturalny sposób może sprzyjać powstawaniu wyuczonej bezzadności dzieci i młodzieży jest szkoła. Wykazano, że dzieci, które doświadczały porażek w szkole często nie angażowały się w optymalnym stopniu w wykonanie zadań kojarzących się z procesem dydaktycznym, z góry zakładając, że nie uda im się osiągnąć sukcesu¹¹. Co do zasady, poziom bezzadności wzrastał na kolejnych szczeblach edukacji, uwzględniając grupy uczniów szkół podstawowych, licealistów i studentów. Za przyczynę uważa się zarówno wzrost wymagań, jak i utrwalenie stanu bezzadności na skutek kumulacji negatywnych doświadczeń edukacyjnych. Co więcej, możliwy jest związek bezzadności w sytuacjach dydaktycznych z ogólną bezzadnością życiową¹². Źródło bezzadności w omawianym wypadku jest podobne do tego w klasycznym modelu wyuczonej bezzadności. Negatywne doświadczenia porażek kumulują się, prowadząc do wytworzenia specyficznych cech osobowości, przejawiających się m.in. w lękowym nastawieniu do sytuacji rozwiązywania trudnych zadań i niskim oczekiwaniu sukcesu¹³. Należy podkreślić, że pojęcie „wyuczonej” bezzadności zasadniczo odnosi się do zjawiska wtórnego, wynikającego z doświadczeń lub uwarunkowań, co ma kluczowe znaczenie dla dalszych rozróżnień omawianych w pracy.

⁹ G. Sędek, M. Kofta, *W poszukiwaniu uniwersalnych wyznaczników zjawiska wyuczonej bezzadności: Przegląd klasycznych wyników eksperymentalnych i test empiryczny koncepcji egotystycznej*, [w:] *Psychologia aktywności: zaangażowanie, sprawstwo, bezzadność*, red. M. Kofta, Poznań 1993, s.133.

¹⁰ M. Gacek, W. Pilecka, *Bezzadność edukacyjna dzieci i młodzieży z lekkim stopniem niepełnosprawności intelektualnej na etapie kształcenia podstawowego, gimnazjalnego i zawodowego*, „Polskie Forum Psychologiczne” 2015, t. 20, nr 2, s. 217.

¹¹ M. Gacek, W. Pilecka, *Bezzadność edukacyjna dzieci i młodzieży...*, s. 219.

¹² Ibidem, s. 219.

¹³ Ibidem, s. 217.

2. Rozumienie nieporadności w prawie karnym

Historycznie w kodeksie karnym z 1932 r.¹⁴, prawodawca posługiwał się terminem „bezradność”¹⁵. Artykuł 246 tego kodeksu penalizował przestępstwo znęcania się. Zgodnie z treścią przepisu, pokrzywdzonym przestępstwem znęcania mógł być nieletni poniżej lat 17 lub osoba bezradna. Zgodnie z wykładnią językową należy przyjąć, że bezradność dotyczy innych osób niż osoby nieletnie poniżej 17 roku życia. Ustawodawca nie wprowadzał ani definicji pojęcia „bezradność”, ani nie podał źródeł nieporadności. Makowski W., za bezradną uznawał osobę, która ze względu na swe właściwości psychiczne lub fizyczne nie jest w stanie przeciwstawić się krzywdzącym ją działaniom sprawcy¹⁶. Jako źródła nieporadności wskazał choroby, w szczególności choroby psychiczne, kalectwo, słabości fizyczne albo też ciężkie warunki materialne, krytyczne położenie¹⁷.

Na gruncie kodeksu karnego z 1969 r.¹⁸ (dalej: d.k.k.) również występował termin „bezradność”, który ponownie dotyczył pokrzywdzonego przestępstwem znęcania się (art. 184 d.k.k.)¹⁹. Ustawodawca w tym wypadku odróżnił znęcanie się nad małoletnim, a zatem nad osobą, która nie ukończyła 18 lat od znęcania się nad osobą bezradną, nie wprowadzając definicji „bezradności” ani nie wskazując jej źródeł. W doktrynie, za „osobą bezradną” uznawano osobę, która ze względu na swoje właściwości osobiste wymaga korzystania z pomocy innej osoby, np. kaleka, zniepełniały, starzec, osoba chora umysłowo²⁰. Sygnalizowano także podobieństwo pod względem znaczenia terminu „bezradność” do terminu „stosunek zależności”²¹, w tym sensie, że o bezradności mówimy wtedy, kiedy pokrzywdzony ze względu na swe właściwości fizyczne lub psychiczne nie jest w stanie przeciwstawić się działaniu sprawcy. Bezradność, podobnie jak stan zależności, może więc wynikać z choroby, kalectwa, słabości fizycznej, ciężkich warunków materialnych lub ze szczególnej

¹⁴ Por. Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 11 lipca 1932 r. Kodeks karny (Dz. U. Nr 60, poz. 571 z późn. zm.).

¹⁵ Por. Art. 246 k.k. z 1932 r. Brzmiał: Kto znęca się fizycznie lub moralnie nad pozostającą w stałym lub przemijającym stosunku zależności od sprawcy osobą nieletnią poniżej lat 17 lub bezradną podlega karze więzienia do lat 5.

¹⁶ W. Makowski, *Kodeks karny 1932. Komentarz*, wyd. 2, Warszawa 1933, s. 547.

¹⁷ Ibidem.

¹⁸ Por. Ustawa z dnia 19 kwietnia 1969 r. Kodeks Karny (Dz. U. Nr 13, poz. 94 z późn. zm.).

¹⁹ Por. Art. 184 k.k. z 1969 r. Brzmiał: Kto znęca się fizycznie lub moralnie nad członkiem swojej rodziny lub nad inną osobą pozostającą w stałym lub przemijającym stosunku zależności od sprawcy albo nad małoletnim lub osobą bezradną, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 5.

²⁰ W. Świda, *Prawo karne*, Warszawa 1978, s. 546.

²¹ A. Ratajczak, [w:] *System Prawa Karnego*, red. I. Andrejew, t.IV, cz.II, Wrocław-Warszawa-Kraków-Gdańsk 1989, s. 277.

sytuacji, np. ciąży lub porodu²². Ponadto, ustawodawca posłużył się w dwóch typach rodzajowych przestępstw pojęciem „nieporadność”. Pierwszy przypadek dotyczy porzucenia małoletniego lub osoby nieporadnej ze względu na jej stan psychiczny lub fizyczny (art. 187 d. k.k.). Przedmiotem przestępstwa porzucenia mogła być osoba niemająca ukończonych 15 lat bądź osoba nieporadna, czyli osoba, która ze względu na swój stan psychiczny (chorobę umysłową) lub fizyczny (kaleka) nie mogła sama dać sobie rady²³. Drugi przypadek dotyczył uprowadzenia małoletniego lub osoby nieporadnej ze względu na jej stan psychiczny lub fizyczny. Prawodawca, ponownie nie wprowadził definicji nieporadności, a określił jedynie przykładowe jej źródła. Za osobę nieporadną uznano osobę, która ze względu na stan psychiczny (np. chorobę umysłową) lub fizyczny (np. kalectwo, utratę przytomności) nie jest w stanie samodzielnie funkcjonować i wymaga opieki bądź nadzoru²⁴.

Mimo różniących się w języku potocznym terminów „nieporadność” i „bezzadność”, doktryna rozumiała je podobnie, a źródła obu tych stanów uznawała za tożsame. Zasadnie wskazano, że „bezzadność” powinna być pojmowana w sposób bardziej zbliżony do stanu zależności, natomiast „nieporadność” jako brak umiejętności samodzielnego poradzenia sobie z daną sytuacją, spowodowany określonymi czynnikami. Takie ujęcie ma istotne znaczenie dla oceny wpływu tych stanów na zdrowie jednostki, gdyż zarówno zależność od innych osób, jak i brak zdolności do samodzielnego funkcjonowania mogą prowadzić do pogorszenia kondycji psychicznej, a niekiedy również fizycznej.

W obecnie obowiązującym kodeksie karnym²⁵ (dalej: k.k.), prawodawca posługuje się zarówno terminem „bezzadność”, jak i „nieporadność”. Typami czynów zabronionych, odwołujących do nieporadności lub bezzadności są: pozbawienie wolności (art. 189 § 2a k.k.), seksualne wykorzystanie bezzadności lub ograniczonej poczytalności (art. 198 k.k.), znęcanie się (art. 207 § 1a k.k.), porzucenie (art. 210 k.k.) oraz uprowadzenie lub zatrzymanie małoletniego poniżej lat 15 lub osoby nieporadnej (art. 211 k.k.). Należy zauważyć, iż w każdym z tych wypadków, osobą nieporadną jest pokrzywdzony, a zatem o nieporadności czy bezzadności *a contrario* nie możemy mówić w stosunku do sprawcy przestępstwa. Wspomnieć należy także, że poza poprzednio wspomnianymi źródłami nieporadności, takimi jak stan psychiczny i stan fizyczny, obecnie obowiązujący kodeks karny przewiduje sytuacje, w których nieporadność spowodowana jest wiekiem. Taka sytuacja zachodzi przykładowo

²² A. Ratajczak, [w:] *System Prawa Karnego...*, s. 293

²³ W. Świda, *Prawo karne...*, s. 550.

²⁴ Ibidem.

²⁵ Por. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 383 z późn. zm.).

na gruncie art. 189 § 2a k.k. penalizującego pozbawienie wolności osoby nieporadnej trwające dłużej niż 7 dni. Należy zauważyć, że jest to typ kwalifikowany względem przepisu art. 189 § 2 k.k., a zatem jeśli pozbawienie wolności osoby nieporadnej będzie trwało mniej niż 7 dni, wówczas, właściwość pokrzywdzonego tj. nieporadność, nie będzie uwzględniana przy typie kwalifikowanym, o którym mowa w § 2a²⁶. Nieporadnością jest stan nieumiejętności radzenia sobie w czymś lub z czymś, a zatem nieporadność rozumiana jest szeroko jako nieporadność w zakresie radzenia sobie w życiu i funkcjonowania w społeczeństwie²⁷. Zdaniem przedstawicieli doktryny nieporadność spowodowana wiekiem może odnosić się zarówno do wieku starczego, jak i młodzięnczego, a każdy stan faktyczny należy oceniać *in concreto*²⁸. W przypadku przestępstwa pozbawienia wolności osoby nieporadnej wyklucza się pewne stany faktyczne, w których osoba co do zasady uznawana za nieporadną nie będzie mogła być przedmiotem czynności wykonawczej. Przykładowo, kiedy dana osoba nie może mieć woli opuszczenia miejsca, w którym przebywa, np. kilkumiesięczne dziecko lub osoba nieprzytomna z powodu głębokiej nietrzeźwości - nawet jeśli są one osobami nieporadnymi w rozumieniu art. 189 § 2a k.k.²⁹

W doktrynie kontrowersje budzi charakter źródeł nieporadności na gruncie przepisu art. 198 k.k.³⁰ Według pierwszego stanowiska, przyczyny bezradności mogą mieć charakter zarówno psychiatryczny, np. zaburzenia związane z okresem menopauzy, jak i niepsychiatryczny, np. kalectwo, paraliż³¹. Według drugiego stanowiska, postulującego wąskie rozumienie znaczenia bezradności, jej przyczyny mogą mieć charakter wyłącznie niepsychiatryczny³². Słuszny wydaje się pogląd przeważający w doktrynie i orzecnictwie zgodnie z którym, nie ma powodów, aby ograniczać rozumienie pojęcia bezradności jedynie do stanu spowodowanego przyczynami psychiatrycznymi³³, a inne niż upośledzenie umysłowe lub choroba psychiczna zakłó-

²⁶ M. Królikowski, A. Sakowicz, [w:] *Kodeks karny t.II, część szczególna, komentarz do art. 117-221*, red. M. Królikowski, R. Zawłocki, wyd. 5., Warszawa 2023, s. 633.

²⁷ K. Wala, [w:] *Kodeks karny. Komentarz*, red. J. Kulesza, Warszawa 2025, s. 447.

²⁸ Ibidem.

²⁹ A. Zoll, [w:] *Kodeks karny. Część szczególna. Tom II. Część I. Komentarz do art. 117-211a*, red. W. Wróbel, A. Zoll, wyd. 5, Warszawa 2017, s. 571.

³⁰ M. Budyn-Kulik, M. Kulik, [w:] *Kodeks karny. Tom II. Część szczególna. Komentarz do art. 117-221*, red. M. Królikowski, R. Zawłocki, wyd. 5, Warszawa 2023, s. 789.

³¹ Patrz: M. Filar, *Przestępstwa seksualne w nowym kodeksie karnym*, [w:] *Nowa kodyfikacja karna. Kodeks Karny. Krótkie komentarze*, z. 2, Warszawa 1997, s. 26.

³² M. Bielski, [w:] *Kodeks karny. Część szczególna. Tom II. Część I. Komentarz do art. 117-211a*, red. W. Wróbel, A. Zoll, wyd. 5, Warszawa 2017, s. 712.

³³ Por. M. Budyn-Kulik, M. Kulik, [w:] *Kodeks karny...*, s. 789.

cenia czynności psychicznych mieszczą się także w znamieniu bezradności³⁴. Zatem należy przyjąć, iż źródłami nieporadności mogą być także okoliczności fizycznym lub fizjologicznym, takie jak: kalectwo, osłabienie fizyczne, choćby chwilowe, a także niemożność radzenia sobie w danej sytuacji na skutek zarówno subiektywnych, jak i obiektywnych powodów³⁵. Na gruncie pozostałych przepisów k.k., termin „nieporadność” rozumiany jest w zbliżony sposób. W przypadku przestępstwa znęcania się (art. 207 § 1a k.k.) za nieporadną uważa się osobę, która z powodu swojego młodego lub podeszłego wieku, właściwości fizycznych lub właściwości psychicznych nie ma możliwości samodzielnie ani decydować o swoim losie ani zmieniać swojego położenia³⁶. W przeciwieństwie do charakteru „nieporadności” na gruncie art. 189 § 2a k.k., w przypadku art. 207 § 1a k.k. za nieporadną należy uznać osobę w bardzo młodym wieku (kilkuletnie lub młodsze dziecko), które z racji swojego niedojrzałego wieku, rozwoju psychicznego i fizycznego nie jest w stanie samodzielnie egzystować i wymaga wyjątkowej dbałości ze strony opiekunów prawnych³⁷.

Historycznie prawodawca posługiwał się pojęciem „bezradność”, później wprowadzone zostało także pojęcie „nieporadność” i w obecnym k.k. funkcjonują oba te pojęcia. W języku potocznym zazwyczaj „bezradność” rozumiana jest jako brak wpływu na daną sytuację, bezsilność wobec danych okoliczności, natomiast „nieporadność” rozumiana jest jako brak umiejętności poradzenia sobie w danej sytuacji. Ustawodawca, traktuje te pojęcia niemal synonimicznie, a doktryna jako źródła nieporadności i bezradności wskazuje te same okoliczności, które różnią się niekiedy między sobą jedynie ze względu na charakter danego przestępstwa. Brak definicji legalnej terminów „nieporadność” i „bezradność” nie tylko rodzi trudności i wątpliwości interpretacyjne, ale przede wszystkim sprawia, że ochrona fundamentalnych dóbr (zdrowia i życia) osób o takich właściwościach będzie niejednolita, zależna od uznania sądu i zastosowanej interpretacji.

3. Nieporadność w prawie wykroczeń

Poza wspomnianymi aspektami warto zauważyć, że ochrona osób nieporadnych zapewniona jest również na poziomie wykroczenia, czyli czynu o mniejszej społecznej

³⁴ Por. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 2.07.2002 r., sygn. IV KKN 266/00, LEX nr 54406.; Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 25.11.2009 r., sygn. V KK 271/09, LEX nr 553764; Wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z 19.10.2000 r., sygn. II AKa 190/00, Prok.i Pr.-wkł. 2001, nr 9, poz. 18.

³⁵ M. Budyn-Kulik, M. Kulik, [w:] *Kodeks karny...*, s. 790.

³⁶ S. Hypś, [w:] *Kodeks karny. Tom II. Część szczególna. Komentarz do art. 117-221*, red. M. Królikowski, R. Zawłocki, wyd. 5, Warszawa 2023, s. 937.

³⁷ Por. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 26.01.2022 r., sygn. IV KK 550/21, LEX nr 3391506; Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 25.10.2019 r., sygn. II AKa 455/19, LEX nr 3066115.

szkodliwości niż przestępstwo. Na gruncie prawa wykroczeń ustawodawca posługuje się terminem „osoba bezradna”. Zgodnie z wykładnią systemową należy je interpretować identycznie jak pojęcie osoby bezradnej na gruncie kodeksu karnego, zgodnie z wcześniej przyjętą koncepcją, iż prawo wykroczeń zaliczane jest do prawa karnego *sensu largo*. Oznacza to, że źródłem bezradności może być zarówno wiek, jak i stan fizycznym oraz psychiczny. Zgodnie ze stanowiskiem prezentowanym w orzecznictwie, bezradność należy rozumieć również jako stan, w którym pokrzywdzona osoba nie ma na tyle sił czy możliwości, aby wyrazić skutecznie swój sprzeciw wobec sprawy lub w ogóle nie jest w stanie podjąć decyzji³⁸. Termin „bezradność” na gruncie kodeksu wykroczeń został użyty chociażby przy określaniu ogólnych i szczególnych dyrektyw wymiaru kary. Zgodnie z art. 33 § 4 pkt 8 kodeksu wykroczeń (dalej: k.w.)³⁹, jako okoliczność obciążającą uwzględnia się, w szczególności, popełnienie wykroczenia na szkodę osoby bezradnej lub osoby, której sprawca powinien okazać szczególne względy. W tym miejscu należy zgodzić się ze stanowiskiem, że popełnienie wykroczenia na szkodę osoby bezradnej, np. kalekiej, lub osoby, której sprawca powinien okazać szczególne względy, uzasadnia jednoznacznie ujemną ocenę osobowości sprawcy (np. czyn popełniony na szkodę, własnego dziecka). Także współdziałanie z małoletnim, a więc z osobą, którą można uznać za bezradną ze względu na wiek, a w konsekwencji na możliwość narażenia na demoralizujące znaczenie tego współdziałania⁴⁰.

Termin „bezradność” na gruncie kodeksu wykroczeń został użyty także w art. 104 k.w., penalizującym skłanianie do żebractwa. Przedmiotem wykonawczym tego zachowania jest nie każda osoba, lecz jedynie małoletni, osoba bezradna albo pozostająca w stosunku zależności od osoby skłaniającej lub oddanej jej pod opiekę⁴¹. Małoletnim, zgodnie z cywilistycznym ujęciem, jest osoba, która nie ukończyła osiemnastego roku życia, chyba że uzyskała wcześniej pełnoletniość przez zawarcie związku małżeńskiego⁴². Osobą bezradną jest osoba, która z uwagi na swój stan fizyczny lub psychiczny nie jest zdolna do przeciwstawienia się sprawcy, jego namowom lub żądaniom, bądź przeciwstawienie się byłoby dla niej znacznie utrudnione, choćby była pełnoletnia⁴³. Taki sposób rozumienia nieporadności zaprezentował SN w jednej ze swoich uchwał, precyzując właściwości powodujące stan bezradności,

³⁸ Por. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 15.05.2009 r., sygn. II AKa 102/09, LEX nr 577328.

³⁹ Por. Ustawa z dnia 20 maja 1971 r. Kodeks wykroczeń. (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 2119 z późn. zm.).

⁴⁰ T. Bojarski, [w:] *Kodeks wykroczeń. Komentarz*, red. T. Bojarski, wyd. 6, Warszawa 2019, s. 138.

⁴¹ M. Żukowska, [w:] *Kodeks wykroczeń. Komentarz*, red. J. Lachowski, Warszawa 2021, s. 502.

⁴² P. Nazaruk, [w:] *Kodeks cywilny. Komentarz*, red. J. Ciszewski, P. Nazaruk, Warszawa 2019, s. 81.

⁴³ Zob. M. Zbrojewska, [w:] *Kodeks wykroczeń. Komentarz*, red. T. Grzegorzczak, wyd. 2, Warszawa 2013, s. 509.

takie jak: podeszły wiek, obłożna choroba, kalectwo, upośledzenie umysłowe⁴⁴. Osoba pozostająca w stosunku zależności to osoba, która jest faktycznie uzależniona, np. finansowo, emocjonalnie. Chodzi tu zatem o osobę, której los zależy od sprawcy⁴⁵. Istotne pod względem odpowiedzialności karnoprawnej jest, aby stan zależności istniał w trakcie popełniania wykroczenia. Natomiast osobą oddaną pod opiekę jest osoba znajdująca się zarówno pod pieczę faktyczną, jak i prawną. Przedmiotem ochrony jest przede wszystkim godność osób wymienionych w tym przepisie i ich wolność od bycia skłanianym do żebractwa. Godność jako źródło wszelkich praw i wolności obywatelskich została zagwarantowana w art. 30 Konstytucji⁴⁶, zgodnie z którym jest ona nienaruszalna i niezbywalna, a jej poszanowanie i ochrona jest obowiązkiem władz publicznych. W myśl realizacji tej zasady, prawodawca wyodrębnił w art. 104 k.w. właśnie te kategorie osób, których godność powinna podlegać szczególnej ochronie, z uwagi na ich właściwości osobiste. Czynnością wykonawczą w analizowanym przepisie jest skłanianie do żebractwa, które może przybierać postać zarówno werbalną jak i niewerbalną - za pomocą gestu lub w sposób dorozumiany⁴⁷. Do realizacji znamion dochodzi już w momencie nakłaniania, a zatem irrelevantne dla odpowiedzialności karnej jest, czy osoba podjęła się żebrania. Taka konstrukcja przepisu art. 104 k.w. pozwala na penalizację zachowania sprawcy na jak najwcześniejszym jego etapie, a także przeciwdziała możliwości pociągnięcia do odpowiedzialności sprawcy dopiero w momencie ziszczenia się skutku.

Inny przykład może stanowić art. 115 § 2 k.w., który penalizuje zachowanie osoby sprawującej pieczę nad osobą małoletnią lub bezradną, która pomimo zastosowania środków egzekucji administracyjnej, nie poddaje jej obowiązkowemu szczepieniu ochronnemu przeciwko gruźlicy lub innej chorobie zakaźnej albo obowiązkowemu badaniu stanu zdrowia, mającemu na celu wykrycie lub leczenie gruźlicy, choroby wenerycznej lub innej choroby zakaźnej. Obowiązek poddania małoletniego obowiązkowym szczepieniom ochronnym wynika z mocy przepisów ustawowych. Zgodnie z orzeczeniem SN⁴⁸, ciężar wypełnienia obowiązku spoczywa na osobie, która sprawuje pieczę nad osobą małoletnią lub bezradną, albo na opiekunie faktycznym⁴⁹. Na gruncie tego przepisu, źródła nieporadności mogą dotyczyć stanu fizycznego, stanu psychicznego, jak i wieku pokrzywdzonego. Należy zauważyć, że

⁴⁴ Por. Uchwała Sądu Najwyższego cała izba Sądu Najwyższego - Izba Karna z dnia 9.06.1976 r., sygn. VI KZP 13/75, LEX nr 19141.

⁴⁵ M. Żukowska, [w:] *Kodeks wykroczeń...*, s. 502.

⁴⁶ Por. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.).

⁴⁷ Por. M. Zbrojewski, [w:] *Kodeks wykroczeń...*, s. 509.

⁴⁸ Por. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8.01.2016 r., sygn. V KK 306/15, LEX nr 1963649.

⁴⁹ Por. Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 19 marca 2020 r., sygn. VII SA/Wa 2757/19, LEX nr 3091829.

małoletni został wyodrębniony obok osoby bezradnej, zatem bezradność spowodowana wiekiem nie obejmuje osób małoletnich.

W odróżnieniu od prawa karnego *sensu stricto*, na gruncie prawa wykroczeń nie występuje termin „nieporadność”, a prawodawca posługuje się jedynie terminem „bezradność”. Źródła stanu bezradności na gruncie k.w. są tożsame jak te na gruncie k.k., a zatem: wiek, stan psychiczny oraz stan fizyczny. Należy jednak zauważyć, iż w omawianych przepisach, obok „osoby bezradnej” został wymieniony małoletni, a zatem osoba, która będzie uznana za małoletnią nie może być jednocześnie traktowana jako bezradna. Rozumienie bezradności jako stanu wynikającego z wieku, kondycji fizycznej lub psychicznej, odrębnego od małoletniości, ma istotne znaczenie dla ochrony zdrowia jednostki, gdyż precyzyjnie określa krąg osób wymagających szczególnej troski i realizacji obowiązków zdrowotnych przez opiekunów, co bezpośrednio wpływa na skuteczność profilaktyki i leczenia chorób zakaźnych.

Podsumowanie

Z przytoczonych przykładów wynika, że pojęcia „nieporadność” i „bezradność” mają odmienny charakter, źródła i zakres znaczeniowy, jednak w orzecznictwie i doktrynie bywają niekiedy błędnie utożsamiane, co prowadzi do nieścisłości interpretacyjnych.

Bogaty dorobek doktryny i orzecznictwa umożliwia podejmowanie prób definiowania pojęcia „nieporadność”, a orzecznictwo wskazuje sytuacje, w których zasadne jest uznanie danej osoby za nieporadną lub bezradną. Brak legalnej definicji pojęć „nieporadność” i „bezradność” rodzi jednak liczne wątpliwości interpretacyjne oraz sprzyja ich nieuprawnionemu utożsamianiu, co na gruncie prawa karnego jest niedopuszczalne. Niezdefiniowanie przez ustawodawcę terminu „osoba nieporadna” powoduje, że ocena, czy dana osoba spełnia to kryterium, pozostaje w istocie w gestii sądów. Ustawodawca wskazuje przy tym jedynie przykładowe źródła nieporadności, podczas gdy w praktyce ich katalog może być znacznie szerszy.

Kolejną trudność interpretacyjną stanowi fakt, iż pojęcie „nieporadności” występuje nie tylko w prawie, ale także w języku potocznym i na gruncie nauk społecznych. Każdorazowo, z uwzględnieniem okoliczności sprawy, należy ocenić zasadność i zakres odwoływania się do sformułowań wypracowanych przez doktrynę lub inne nauki. Definiowanie „nieporadności” *in concreto* jest zasadne również ze względu na potrzebę zapewnienia możliwie szerokiej ochrony osobom nieporadnym i ich dobrom. Przyjęcie jednej, uniwersalnej definicji mogłoby bowiem zawęzić katalog źródeł nieporadności, a tym samym ograniczyć zakres ochrony. Potwierdza to

również niedostateczny poziom obecnej prawnokarnej ochrony tych osób. Z kolei wprowadzenie przez prawodawcę ujednoliconej definicji legalnej pojęcia „osoba nieporadna”, która mogłaby w pełni zastąpić obecnie występujący w aktach prawnych i języku potocznym termin „osoba bezradna”, znacznie ułatwiłoby posługiwanie się tym pojęciem, a w konsekwencji sprzyjałoby zapewnieniu skuteczniejszej ochrony zdrowia jednostki, zarówno w wymiarze fizycznym, jak i psychicznym, jako jednej z podstawowych wartości podlegających szczególnej ochronie prawnej.

Bibliografia

- Bielski M., [w:] *Kodeks karny. Część szczególna. Tom II. Część I. Komentarz do art. 117–211a*, wyd. 5, Wróbel W., Zoll A. (red.), Warszawa 2017.
- Bojarski T. (red.), *Kodeks wykroczeń. Komentarz*, wyd. 6, Warszawa 2019.
- Buchała K., *Prawo karne materialne*, Warszawa 1980.
- Budyn-Kulik M., Kulik M., [w:] *Kodeks karny. Tom II. Część szczególna. Komentarz do art. 117–221*, wyd. 5, Królikowski M., Zawłocki R. (red.), Warszawa 2023.
- Filar M., *Przestępstwa seksualne w nowym kodeksie karnym*, [w:] *Nowa kodyfikacja karna. Kodeks Karny. Krótkie komentarze*, z. 2, Warszawa 1997.
- Gacek M., Pilecka W., *Bezradność edukacyjna dzieci i młodzieży z lekkim stopniem niepełnosprawności intelektualnej na etapie kształcenia podstawowego, gimnazjalnego i zawodowego*, „Polskie Forum Psychologiczne” 2015, t. 20, nr 2, s. 216–235.
- Golonka A., *Przestępstwo seksualnego wykorzystania niepełnoletniości lub bezradności. Uwagi, wnioski i postulaty dotyczące mentis status victimae*, „Prawo i Więź” 2023, t. 45, nr 2, s. 389–409.
- Hypś S., [w:] *Kodeks karny. Tom II. Część szczególna. Komentarz do art. 117–221*, Królikowski M., Zawłocki R. (red.), wyd. 5, Warszawa 2023.
- Kolber M., *Psychologiczne aspekty wyuczonej bezradności i ich implikacje pedagogiczne*, „Przegląd Pedagogiczny” 2019, nr 2, s. 134–143.
- Królikowski M., Sakowicz A., [w:] *Kodeks karny. Tom II. Część szczególna. Komentarz do art. 117–221*, Królikowski M., Zawłocki R. (red.), wyd. 5, Warszawa 2023.
- Kulesza J. (red.), *Prawo karne materialne, nauka o przestępstwie, ustawie karnej i karze*, Warszawa 2023.
- Makowski W., *Kodeks karny 1932. Komentarz*, wyd. 2, Warszawa 1933.
- Marek A., *Prawo karne*, Warszawa 2000.
- Marszałek L., *Wyuczona bezradność w pełnieniu ról społecznych jako efekt stygmatyzacji osób z niepełną sprawnością*, „Społeczeństwo, Edukacja, Język” 2020, t. 11, s. 39–59.

- Nazaruk P., [w:] *Kodeks cywilny. Komentarz*, Ciszewski J., Nazaruk P. (red.), Warszawa 2019.
- Ratajczak A., [w:] *System Prawa Karnego*, t. IV, cz. II, Andrejew I. (red.), Wrocław–Warszawa–Kraków–Gdańsk 1989.
- Sędek G., Kofta M., *W poszukiwaniu uniwersalnych wyznaczników zjawiska wyuczonej bezradności: Przegląd klasycznych wyników eksperymentalnych i test empiryczny koncepcji egotystycznej*, [w:] *Psychologia aktywności: zaangażowanie, sprawstwo, bezradność*, Kofta M. (red.), Poznań 1993.
- Świda W., *Prawo karne*, Warszawa 1978.
- Wala K., [w:] *Kodeks karny. Komentarz*, Kulesza J. (red.), Warszawa 2025.
- Zbrojewska M., [w:] *Kodeks wykroczeń. Komentarz*, wyd. 2, Grzegorzczak T. (red.), Warszawa 2013.
- Zoll A., [w:] *Kodeks karny. Część szczególna. Tom II. Część I. Komentarz do art. 117–211a*, wyd. 5, Wróbel W., Zoll A. (red.), Warszawa 2017.
- Żukowska M., [w:] *Kodeks wykroczeń. Komentarz*, Lachowski J. (red.), Warszawa 2021.

Akty prawne

- Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 11 lipca 1932 r. – Kodeks karny (Dz. U. Nr 60, poz. 571 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 19 kwietnia 1969 r. – Kodeks karny (Dz. U. Nr 13, poz. 94 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 20 maja 1971 r. – Kodeks wykroczeń (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 2119 z późn. zm.).
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 383 z późn. zm.).

Orzecznictwo

- Uchwała Sądu Najwyższego – cała Izba Karna z dnia 9 czerwca 1976 r., sygn. VI KZP 13/75, LEX nr 19141.
- Wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 19 października 2000 r., sygn. II AKa 190/00, Prok.i Pr.-wkł. 2001, nr 9, poz. 18.
- Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 2 lipca 2002 r., sygn. IV KKN 266/00, LEX nr 54406.
- Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 15 maja 2009 r., sygn. II AKa 102/09, LEX nr 577328.
- Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 25 listopada 2009 r., sygn. V KK 271/09, LEX nr 553764.
- Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 stycznia 2016 r., sygn. V KK 306/15, LEX nr 1963649.
- Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 25 października 2019 r., sygn. II AKa 455/19, LEX nr 3066115.
- Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 19 marca 2020 r., sygn. VII SA/Wa 2757/19, LEX nr 3091829.

Wyrok Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z dnia 20 października 2021 r., sygn. II AKa 202/20, LEX nr 3304550.

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 26 stycznia 2022 r., sygn. IV KK 550/21, LEX nr 3391506.

Źródła internetowe

Niezaradność, <https://sjp.pwn.pl/slowniki/niezaradność.html>, dostęp 22.02.2026.

Dobrostan pacjenta u kresu życia a medycyna paliatywna – aspekty prawne

Wstęp

Postęp współczesnej medycyny, umożliwiający długotrwałe podtrzymywanie funkcji życiowych przy wykorzystaniu zaawansowanych technologii, w połączeniu z procesem starzenia się społeczeństwa, prowadzi do systematycznego wzrostu liczby pacjentów wymagających opieki w końcowej fazie życia. Rozszerzanie zakresu dostępnych metod medycznych nie pozostaje obojętne zarówno z perspektywy prawnej, jak i etycznej. Intensyfikacja możliwości terapeutycznych rodzi bowiem pytania o granice dopuszczalnej ingerencji medycznej oraz o zakres działań, jakie mogą być podejmowane wobec osób znajdujących się w stanie terminalnym. Analiza wskazanej problematyki wymaga jednak uprzedniego doprecyzowania terminu podstawowego, do którego odnoszą się dalsze rozważania, tj. stanu terminalnego. Stanowi on kategorię medyczną rozumianą jako nieodwracalny etap wywołany urazem lub chorobą, prowadzący do postępującego i trwałego pogorszenia stanu zdrowia, w którym istnieje uzasadnione medycznie przekonanie o braku realnych szans powodzenia dalszego leczenia¹. Uznaje się wówczas, że możliwości leczenia przyczynowego zostały wyczerpane, a dalsze interwencje mogą mieć charakter wyłącznie objawowy. Stan ten wiąże się nierzadko z nasilonym cierpieniem pacjenta – zarówno w wymiarze fizycznym, jak i psychicznym – które nie zawsze udaje się skutecznie złagodzić przy użyciu standardowych metod terapeutycznych i środków paliatywnych². W tym

¹ T. Dangel (red.), *Zaniechanie i wycofanie się z uporczywego leczenia podtrzymującego życie u dzieci. Wskazywanie dla lekarzy*, Warszawa 2011, s. 39.

² R. Drozd, *Stwierdzanie zgonu – podstawy prawne*, [w:] *Medycyna sądowa: tanatologia i traumatologia sądowa*, G. Teresiński (red.), Warszawa 2019.

kontekście szczególnego znaczenia nabiera konieczność precyzyjnego odróżnienia zachowań ukierunkowanych na łagodzenie cierpienia od czynności zmierzających do intencjonalnego skrócenia życia. Granica ta ma charakter nie tylko medyczny i etyczny, lecz przede wszystkim normatywny, wyznaczając zakres dopuszczalnych form postępowania u kresu życia. Niniejsze opracowanie poświęcone jest omówieniu określonych zachowań podejmowanych wobec pacjenta w końcowej fazie życia, ze szczególnym uwzględnieniem problematyki opieki paliatywnej, letalnej analgezji oraz terminalnej sedacji. Rozważania koncentrują się na analizie ich istoty, znaczenia dla dobrostanu pacjenta, wzajemnych relacji oraz granic dopuszczalności stosowania w świetle obowiązujących regulacji prawnych i standardów etycznych.

1. Opieka paliatywna

Pojęcie opieki paliatywnej zostało wprowadzone do współczesnego dyskursu medycznego w 1975 r. przez kanadyjskiego lekarza Balfoura Mounta, który posłużył się nim w odniesieniu do szpitalnego oddziału przeznaczonego dla umierających pacjentów³. Choć samo określenie miało charakter nowatorski, idea towarzyszenia choremu u kresu życia i koncentracji na łagodzeniu cierpienia była obecna już w starożytności. Wyrazem tego są wskazania zawarte w zbiorze *Corpus Hippocraticum*, w którym opisano sposób postępowania lekarza względem nieuleczalnie chorego pacjenta, w tym dopuszczalność stosowania wszelkich dostępnych środków pomocnych w leczeniu symptomów choroby oraz bólu⁴. Współcześnie definicję opieki paliatywnej formułuje Światowa Organizacja Zdrowia (ang. *World Health Organization*, WHO), akcentując jej holistyczny charakter. W jej ujęciu opieka paliatywna zmierza do poprawy jakości życia pacjentów oraz ich rodzin w obliczu chorób śmiertelnych i związanych z nimi problemów występujących na różnorodnym podłożu⁵. Tak sformułowane dążenie może być realizowane zarówno poprzez zapobieganie, jak i łagodzenie cierpienia oraz uśmierzanie bólu dzięki wczesnej identyfikacji i trafnej ocenie symptomów chorobowych. Opieka paliatywna, oprócz wdrożenia właściwego postępowania w zakresie leczenia bólu i innych objawów somatycznych, zakłada również wsparcie w wymiarze psychologicznym i duchowym, obejmujące

³ M. Szeroczyńska, *Eutanazja i wspomagane samobójstwo na świecie. Studium prawnoporównawcze*, Kraków 2004, s. 233.

⁴ M. Szeroczyńska, op. cit., s. 233-234.

⁵ A. Nowarska, *Karmić czy nie karmić? Kliniczne aspekty niepodjęcia lub zaprzestania podawania pokarmów i płynów u kresu życia*, „Medycyna Paliatywna w Praktyce” 2011, nr 5(2), s. 34.

m.in. pomoc udzielaną rodzinie i najbliższym w okresie żałoby⁶. Jej celem nie jest więc wyłącznie kontrola objawów somatycznych, ale także zapewnienie choremu jak najwyższej jakości egzystencji oraz przeżywania ostatniego okresu życia z poszanowaniem godności⁷.

W literaturze wskazuje się, że do podstawowych komponentów opieki paliatywnej należą:

- niesienie ulgi w cierpieniu oraz objawach choroby;
- afirmacja życia, przy założeniu, że umieranie stanowi naturalny proces, który nie powinien być ani przyspieszony, ani spowolniony;
- oferowanie pomocy i wsparcia rodzinie chorego⁸.

Istota opieki paliatywnej wyraża się w zachowaniu równowagi pomiędzy przyzwoleniem na śmierć a walką o życie⁹. Jej założenia koncentrują się na kompleksowym ułatwieniu przejścia przez ostatni etap ludzkiej egzystencji – w tym na zapewnieniu pacjentowi możliwie najwyższego komfortu umierania – aż do momentu wystąpienia naturalnej śmierci¹⁰. Ewentualne przyspieszenie zgonu, będące niezamierzonym następstwem intensywnego leczenia objawowego, nie stanowi celu podejmowanych działań medycznych, lecz może wystąpić jedynie jako ich skutek uboczny. Okoliczność ta może zostać uznana za usprawiedliwioną w świetle nadrzędnego celu interwencji, którym jest łagodzenie cierpienia i uśmierzanie bólu, należące do podstawowych zadań medycyny¹¹.

2. Letalna analgezja i terminalna sedacja

Letalna analgezja odnosi się do stosowania intensywnego leczenia przeciwbólowego z wykorzystaniem silnych środków farmakologicznych – w tym opioidów – w sytuacji, gdy standardowe metody terapii okazały się niewystarczające do skutecznego uśmierzania cierpienia pacjenta. Dopuszczalność zastosowania tego rodzaju środków medycznych obejmuje również przypadki, w których podanie leków może wiązać się z ryzykiem przyspieszenia zgonu pacjenta. Decydujące znaczenie ma w tym zakresie cel postępowania – pozostaje nim bowiem wyłącznie zniesienie

⁶ Block B. L., *Eutanazja czy opieka paliatywna*, [w:] *Eutanazja a opieka paliatywna. Aspekty etyczne, religijne, psychologiczne i prawne*, A. Biela (red.), Lublin 1996, s. 131.

⁷ J. Łuczak, *Etyka w opiece paliatywnej*, [w:] *Eutanazja a opieka paliatywna. Aspekty etyczne, religijne, psychologiczne i prawne*, A. Biela (red.), Lublin 1996, s. 30.

⁸ A. Nowarska, op. cit., s. 34.

⁹ Ibidem, s. 37.

¹⁰ M. Szeroczyńska, op. cit., s. 233.

¹¹ B. Wach, *Spór o legalizację eutanazji. Przegląd argumentów*, Poznań 2019, s. 60-61.

bólu i innych objawów towarzyszących chorobie, a nie spowodowanie śmierci¹². W literaturze podkreśla się, że akceptowalność zastosowania tego rodzaju środków uzależniona jest od spełnienia określonych przesłanek, w szczególności braku alternatywnych sposobów łagodzenia cierpienia. W tym kontekście John Finnis wyróżnił warunki, których spełnienie pozwala na moralne usprawiedliwienie stosowania letalnej analgezji:

- „(1) pacjent doświadcza bólu, który jest dla niego trudny do wytrzymania;
- (2) doświadczany przez pacjenta ból nie daje się równie skutecznie uśmierzyc za pomocą żadnych bezpieczniejszych środków;
- (3) nie ma nadziei na to, że dręczący pacjenta ból ustąpi sam z siebie;
- (4) pacjent, którego śmierć się przyspiesza, i tak wkrótce musi umrzeć, a wreszcie
- (5) szybsza śmierć pacjenta, spowodowana przez analgetyki, jest przez stosującego je lekarza jedynie przewidywana, a nie zamierzona”¹³.

Letalna analgezja nie stanowi działania, którego istotą byłoby spowodowanie śmierci, ani które byłoby podejmowane z zamiarem jej wywołania¹⁴. Ewentualne przyspieszenie zgonu postrzegane jest jako skutek uboczny – przewidywane, lecz niezamierzone następstwo zastosowania terapii przeciwbólowej. W tym ujęciu śmierć interpretowana jest jako konsekwencja skrajnego wyczerpania organizmu osłabionego procesem chorobowym i cierpieniem oraz obciążonego niezbędnym leczeniem, którego ciężaru nie był w stanie znieść¹⁵.

Od letalnej analgezji należy jednak odróżnić terminalną sedację, polegającą na kontrolowanym wprowadzeniu pacjenta w stan częściowej nieświadomości bądź śpiączki farmakologicznej¹⁶. Celem procedury jest zniesienie uporczywego cierpienia oraz łagodzenie objawów choroby opornych na standardowe metody leczenia, takich jak duszności, obrzęk płuc czy niezdolność odkrztuszania znajdującej się w płucach wydzieliny¹⁷. Sedacja paliatywna dopuszcza możliwość zastosowania środków narkotycznych, w tym opiatów, benzodiazepin, barbituranów oraz silnych środków uspokajających¹⁸. Dodatkowo, wskazuje się, że może także wiązać się z zaprzestaniem sztucznego odżywiania i nawadniania¹⁹. Terminalna sedacja stanowi procedu-

¹² B. Wach, op. cit., s. 52.

¹³ Za: W. Galewicz, *Decyzje o zakończeniu życia*, [w:] *Wokół śmierci i umierania*, W. Galewicz (red.), Kraków 2009, s. 17.

¹⁴ W. Galewicz, op. cit., s. 11.

¹⁵ J. Malczewski, *Eutanazja. Gdy etyka zderza się z prawem*, Warszawa 2012, s. 224.

¹⁶ B. Wach, op. cit., s. 69.

¹⁷ Ibidem, s. 68-69.

¹⁸ D. Orentlicher, *Sąd Najwyższy i terminalna sedacja. Możliwość etycznie gorsza od lekarskiej pomocy w samobójstwie*, [w:] *Wokół śmierci i umierania*, W. Galewicz (red.), Kraków 2009, s. 215.

¹⁹ B. Wach, op. cit., s. 14.

rę o charakterze ostatecznym i znajduje zastosowanie wyłącznie wobec pacjentów w schyłkowej fazie choroby, gdy inne dostępne metody i środki wykorzystywane w opiece paliatywnej okazują się bezskuteczne²⁰. Procedura utrzymywana jest zazwyczaj do momentu zgonu pacjenta²¹, przy czym jej zasadniczym celem jest eliminacja cierpienia poprzez czasowe lub trwałe wyłączenie świadomości chorego, a nie spowodowanie śmierci.

Stanowisko dopuszczające stosowanie silnych środków przeciwbólowych, mimo możliwości ich pośredniego wpływu na skrócenie życia chorego, zostało również wyrażone w nauce Kościoła katolickiego. Papież Pius XII w 1957 r. uznał możliwość zastosowania terapii przeciwbólowej z użyciem środków narkotycznych, które mogą jednocześnie ograniczać świadomość pacjenta i przyczynić się do przyspieszenia jego śmierci, o ile brak jest innych środków medycznych, które pozwoliłyby na uśmierzanie cierpienia oraz gdy terapia nie uniemożliwi wypełnienia obowiązków moralnych i religijnych²². Tożsamy pogląd został wyrażony w encyklice *Evangelium Vitae*, gdzie podkreślono: „We współczesnej medycynie coraz większe znaczenie zyskują tak zwane »terapię paliatywne«, których celem jest złagodzenie cierpienia w końcowym stadium choroby i zapewnienie pacjentowi potrzebnego mu ludzkiego wsparcia. W tym kontekście wyłania się między innymi problem godziwości stosowania różnego rodzaju środków przeciwbólowych i uspokajających w celu ulżenia cierpieniom chorego, gdy wiąże się to z ryzykiem skrócenia mu życia. Jeśli bowiem można uznać za godną pochwały postawę kogoś, kto dobrowolnie przyjmuje cierpienie, rezygnując z terapii uśmierzającej ból (...) nie sposób utrzymywać, że wszyscy są zobowiązani do takiej „heroicznej” postawy. (...) [J]est dozwolone uśmierzanie bólu za pomocą narkotyków, nawet gdy w konsekwencji prowadzi to do ograniczenia świadomości i skrócenia życia (...) W takim przypadku bowiem nie pragnie się śmierci i nie dąży do niej, choć z uzasadnionych przyczyn dopuszcza się ryzyko śmierci: pragnie się jedynie skutecznie złagodzić ból, stosując środki przeciwbólowe udostępnione przez medycynę”²³.

W literaturze przedmiotu obecne jest również stanowisko, zgodnie z którym z perspektywy etycznej terminalna sedacja może być oceniana jako metoda mniej pożądana niż eutanazja czy wspomagane samobójstwo. Wynika to z faktu, iż procedura ta wydłuża proces umierania²⁴ oraz przenosi pełną kontrolę nad jego przebiegiem na personel medyczny, a nie na świadomą decyzję pacjenta, co stwarza ryzyko

²⁰ Ibidem, s. 68-69.

²¹ D. Orentlicher, op. cit., s. 211 i 215.

²² W. Galewicz, op. cit., s. 10; B. Wach, op. cit., s. 52.

²³ Por. Jan Paweł II, *Encyklika Evangelium Vitae*, Watykan 1995, nr 65.

²⁴ D. Orentlicher, op. cit., s. 211.

zastosowania sedacji wobec pacjenta bez jego zgody lub wiedzy²⁵. Śmierć będąca wynikiem wspomagane go samobójstwa czy eutanazji następuje niezwłocznie, natomiast w przypadku terminalnej sedacji może trwać do kilku tygodni²⁶.

3. Regulacje prawne i granice odpowiedzialności

Opieka paliatywna – uznana w Ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych za świadczenie gwarantowane²⁷ – stanowi integralny element systemu ochrony zdrowia. Jednocześnie polskie ustawodawstwo nie zawiera odrębnej i kompleksowej regulacji odnoszącej się do problematyki letalnej analgezji oraz terminalnej sedacji. Ocena dopuszczalności tych procedur wymaga zatem odwołania się do ogólnych zasad prawa medycznego oraz norm deontologicznych. Podstawowe znaczenie w tym zakresie ma art. 6 ust. 1 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta²⁸ oraz art. 4 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry²⁹. Regulacje te statuują prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, a także nakładają na lekarza obowiązek wykonywania zawodu zgodnie z zasadami etyki zawodowej i z zachowaniem należytej staranności. W kontekście opieki paliatywnej oznacza to zapewnienie pacjentowi znajdującemu się w terminalnej fazie choroby możliwie najwyższej jakości kończącego się życia poprzez łagodzenie bólu i innych objawów powodujących cierpienie i obniżających komfort życia³⁰. Istotne znaczenie mają również regulacje odnoszące się do obowiązku poszanowania intymności i godności osobistej pacjenta podczas udzielania świadczeń zdrowotnych, do których odnosi się art. 36 u.z.l. oraz art. 20 u.p.p. Zagadnienie opieki paliatywnej pozostaje także ściśle związane z prawem pacjenta do uzyskania pełnej informacji o stanie zdrowia i wyrażenia świadomej zgody na proponowane postępowanie medyczne. Zgodnie z art. 9 ust. 1 u.p.p. oraz art. 31 u.z.l., chory ma prawo uzyskać rzetelną informację dotyczącą rozpoznania, proponowanych i możliwych do wdrożenia metod diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstw ich zastosowania lub

²⁵ Ibidem, s. 221-222.

²⁶ Ibidem, s. 219.

²⁷ Por. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135 z późn. zm.), art. 15 ust. 2 pkt 11.

²⁸ Por. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2009 nr 52 poz. 417 z późn. zm.), dalej jako: u.p.p.

²⁹ Por. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. 1997 nr 28 poz. 152 z późn. zm.), dalej jako: u.z.l.

³⁰ Por. Rzecznik Praw Pacjenta, *Standardy postępowania w terapiach medycznych stosowanych w okresie kończącego się życia*, Warszawa 2021.

skutków zaniechania, wyników leczenia oraz rokowania. W literaturze akcentuje się, że zapoznanie chorego z prawdą stanowi podstawę prawidłowych relacji na gruncie pacjent-lekarz-pielęgniarka³¹. Znajomość wszelkich faktów dotyczących stanu zdrowia umożliwia choremu świadome podjęcie decyzji zarówno w zakresie akceptacji zabiegów paliatywnych oraz leczenia objawowego, jak i odmowy ich zastosowania. Z prawa do opieki paliatywnej – zakładającej leczenie objawowe i kontrolę bólu – wydają się więc wynikać uprawnienia dodatkowe, obejmujące prawo do łagodzenia cierpienia wszelkimi dostępnymi środkami, ale także prawo do odmowy podjęcia lub kontynuowania terapii, także w sytuacji, gdy skutkiem decyzji będzie śmierć pacjenta³². Opieka paliatywna sprzeciwia się bowiem stosowaniu terapii daremnej, rozumianej jako podejmowanie działań medycznych wyłącznie w celu biologicznego przedłużenia życia, bez realnej korzyści dla pacjenta, z pominięciem skutków ubocznych i obciążeń terapeutycznych³³. Warto również podkreślić, że założenia opieki paliatywnej stanowczo sprzeciwiają się eutanazji oraz wspomaganemu samobójstwu, traktując je jako niedopuszczalne formy ingerencji w proces śmierci³⁴.

Istotnym zagadnieniem – którego nie sposób pominąć – pozostaje stosowanie silnych środków farmakologicznych, zwłaszcza opioidów, odgrywających zasadniczą rolę w uśmierzaniu bólu w ramach opieki paliatywnej. Wobec braku wyraźnej regulacji ustawowej dotyczącej letalnej analgezji, w doktrynie pojawia się postulat rozpatrywania tego rodzaju zachowania w kategoriach kontratypu stanu wyższej konieczności³⁵, w którym dobro w postaci życia konfrontowane jest z dobrem polegającym na uwolnieniu pacjenta od skrajnego cierpienia. W tym ujęciu ryzyko skrócenia życia może zostać usprawiedliwione ochroną godności i zapewnieniem możliwości umierania w spokoju, do których wprost odnosi się art. 20 ust. 2 u.p.p.. Wskazuje się również na możliwość traktowania norm deontologicznych, w szczególności postanowień Kodeksu Etyki Lekarskiej, jako swoistego pozaustawowego kontratypu, legitymizującego działania podejmowane w celu uśmierzenia cierpienia³⁶. Jednocześnie w literaturze podkreśla się, że sama deklarowana intencja uśmierzenia cierpienia pacjenta, przy istniejącym ryzyku przyspieszenia zgonu, nie jest wystarczająca dla wyłączenia odpowiedzialności karnej. Konieczne jest ścisłe przestrzeganie zasad aktualnej wiedzy medycznej i sztuki lekarskiej oraz rzetelne

³¹ J. Łuczak, op. cit., s. 52.

³² M. Szeroczyńska, op. cit., s. 238.

³³ J. Łuczak, op. cit., s. 30.

³⁴ Ibidem, s. 32.

³⁵ Za: B. Wach, op. cit., s. 57.

³⁶ Ibidem.

dokumentowanie przebiegu terapii przeciwbólowej³⁷. W odmiennym tonie wypowiada się Małgorzata Szeroczyńska, postulując pierwotną legalność leczenia bólu u chorych w stanie terminalnym, które stanowi standardową procedurę medyczną. W świetle powyższego, ryzyko przyspieszenia śmierci towarzyszące zachowaniu lekarza – spełniającemu standardy terapii przeciwbólowej i zmierzającemu wyłącznie do uśmierzenia cierpienia chorego – powinno być traktowane jako element typowego ryzyka terapeutycznego występującego w leczeniu³⁸. Zgodnie z takim ujęciem, życie umierającego pacjenta jest zagrożone w sposób nieodwracalny, a zastosowanie leczenia przeciwbólowego pozostaje bez znaczenia³⁹. Tym samym lekarz nie powinien podlegać odpowiedzialności karnej z powodu zastosowania letalnej analgezji. Co istotne, prawo do skutecznego leczenia bólu wynika wprost z art. 20a ust. 1 u.p.p., natomiast regulacje dotyczące stosowania substancji odurzających i psychotropowych zostały zawarte w Ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii⁴⁰. Obowiązek zapewnienia pacjentowi znajdującemu się w stanie terminalnym humanitarnej opieki i godnych warunków umierania wynika również z Kodeksu Etyki Lekarskiej⁴¹. Regulacja zawarta w art. 31 KEL odzwierciedla fundamentalny postulat medycyny paliatywnej, zgodnie z którym lekarz zobowiązany jest do niesienia ulgi w cierpieniu do momentu śmierci chorego. Konieczność łagodzenia cierpienia pacjenta znajdującego się w stanie terminalnym „do końca” może być interpretowana jako dopuszczenie stosowania wszelkich dostępnych i zgodnych ze sztuką medyczną metod terapii przeciwbólowej, nie wyłączając możliwości stosowania środków mogących spowodować przyspieszenie zgonu chorego⁴² – co nakazuje uznać dopuszczalność stosowania letalnej analgezji oraz terminalnej sedacji. W doktrynie podkreśla się, że lekarz stosujący środki uśmierzające ból, mimo iż wiąże się one z ryzykiem przyspieszenia śmierci, nie narusza zasad deontologii zawodowej, o ile działa zgodnie z aktualną wiedzą medyczną oraz w celu przyniesienia ulgi pacjentowi⁴³. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych powinien więc podejmować działania zmierzające do określenia natężenia bólu oraz jego właściwego leczenia, zgodnie ze standardami medycznymi⁴⁴.

³⁷ P. Góralski, *Oceny prawnokarne przedawkowania analgetyków przez analgetyków (art. 150 k.k.)*, „Prawo i Medycyna” 2003, nr 13, s. 67-68 oraz 74 i 75, za: B. Wach, op. cit., s. 57.

³⁸ M. Szeroczyńska, op. cit., s. 231-232.

³⁹ J. Malczewski, op. cit., s. 227.

⁴⁰ Por. Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. 2005 nr 179 poz. 1485 z późn. zm.), art. 3 ust. 3 pkt 1.

⁴¹ Por. Załącznik do uchwały nr 5 Nadzwyczajnego XVI Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 18 maja 2024 r. - Kodeks Etyki Lekarskiej, dalej jako: KEL.

⁴² M. Szeroczyńska, op. cit., s. 160.

⁴³ R. Citowicz, *Prawnokarne aspekty ochrony życia człowieka a prawo do godnej śmierci*, C.F. Müller, Warszawa 2006, s. 143.

⁴⁴ Por. Rzecznik Praw Pacjenta, *Standardy postępowania w terapiach medycznych stosowanych w okresie kończącego się życia*, Warszawa 2021.

Jednocześnie wskazać należy, że problematyka łagodzenia cierpienia pacjenta w schyłkowej fazie choroby nie ogranicza się wyłącznie do stosowania silnych środków przeciwbólowych. Istotne znaczenie ma również terminalna sedacja. W odróżnieniu od letalnej analgezji, której istotą jest farmakologiczne uśmierzenie bólu przy zachowaniu świadomości pacjenta, sedacja paliatywna prowadzi do czasowego lub trwałego wyłączenia świadomości chorego. Terminalna sedacja mieści się w granicach dopuszczalnej praktyki medycznej, o ile jej celem jest wyłącznie zniesienie cierpienia, a zastosowane środki są proporcjonalne do nasilenia objawów opornych na inne metody terapeutyczne. W ramach postępowania lekarz może poddawać pacjenta terapii przeciwbólowej, nawet przy użyciu agresywnych metod oraz gdy wiąże się to z ryzykiem przyspieszenia śmierci, natomiast chory ma prawo odmówić stosowania wobec niego terapii, w tym sztucznego odżywiania i nawadniania⁴⁵. Z perspektywy prawa medycznego obowiązkiem pracowników służby medycznej jest zarówno podejmowanie działań w celu ratowania życia, jak i powstrzymanie się od stosowania nieskutecznego leczenia wpływającego na zwiększenie cierpienia chorego i przedłużenie procesu umierania, określanego mianem terapii daremnej. W związku z tym konieczne wydaje się ustanowienie szczegółowych warunków dopuszczalności stosowania sedacji paliatywnej, które mogłyby zapobiec wątpliwościom dotyczącym zadań personelu medycznego⁴⁶. Kontrowersje pojawiają się w sytuacji łączenia sedacji z zaprzestaniem sztucznego odżywiania i nawadniania. W literaturze takie postępowanie bywa utożsamiane z eutanazją, ponieważ prowadzi do zakończenia życia pacjenta w wyniku czynnej interwencji lekarza⁴⁷. Śmierć jawi się wówczas jako nieuchronna – a nie jedynie przewidywana, jak w przypadku letalnej analgezji i innego rodzaju terapii przeciwbólowej⁴⁸. W takiej konfiguracji trudniejsze staje się utrzymanie tezy o braku zamiaru spowodowania śmierci, nie istnieje bowiem możliwość dokonania błędnej oceny konsekwencji, które wywoła niedostarczenie choremu pożywienia i wody⁴⁹. Dopuszczalność rezygnacji ze sztucznego odżywiania i nawadniania powinna być analizowana w kontekście podziału na środki zwyczajne i nadzwyczajne. Środki zwyczajne obejmują działania niezbędne dla utrzymania podstawowych funkcji życiowych⁵⁰ i zapewnienia elementarnych warunków egzystencji, w tym m.in. zabiegi pielęgnacyjne czy utrzymanie odpowiedniej temperatury otoczenia, natomiast środki nadzwyczajne to takie, których stosowanie wiąże się z nadmiernym

⁴⁵ D. Orentlicher, op. cit., s. 216.

⁴⁶ B. Wach, op. cit., s. 73.

⁴⁷ D. Orentlicher, op. cit., s. 216.

⁴⁸ B. Wach, op. cit., s. 69.

⁴⁹ Ibidem, s. 218.

⁵⁰ Por. R. Drozd, op. cit.

obciążeniem dla pacjenta lub nie przynosi realnych korzyści terapeutycznych. Wydaje się, że w pewnych sytuacjach stosowanie sztucznego odżywiania i nawadniania może spełniać kryteria terapii daremnej, a działanie w najlepszym interesie pacjenta będzie równoznaczne z rezygnacją z ich stosowania⁵¹. Z takim ujęciem pozostają zgodne wytyczne dotyczące postępowania w przypadku braku skuteczności terapii daremnej, które dopuszczają możliwość rezygnacji z określonych procedur medycznych, w tym z żywienia parenteralnego⁵². W świetle powyższego należy podkreślić, że zaprzestanie sztucznego odżywiania i nawadniania, które nie znajduje uzasadnienia ani w woli pacjenta – wyrażonej poprzez sprzeciw wobec tych procedur – ani w uznaniu ich za terapię daremną, a prowadzi do śmierci wskutek niedożywienia lub odwodnienia, może zostać zakwalifikowane jako czyn zabroniony określony w art. 148 Kodeksu karnego⁵³, popełniony przez zaniechanie. Należy jednak zaznaczyć, że ewentualna odpowiedzialność z art. 148 k.k. w związku z zaprzestaniem sztucznego odżywiania i nawadniania stanowi wyjątek i nie powinna być utożsamiana z pojęciem terminalnej sedacji, której istotą jest ograniczenie cierpienia niedającego się usunąć innymi sposobami, poprzez wprowadzenie pacjenta w stan częściowo lub całkowicie wyłączający świadomość. Połączenie sedacji paliatywnej z zaprzestaniem sztucznego odżywiania i nawadniania może budzić wątpliwości prawne i etyczne, wymagając oceny intencji lekarza i proporcjonalności zastosowanych środków. Jednak utożsamienie terminalnej sedacji z eutanazją lub zabójstwem mogłoby prowadzić do nasilenia stosowania uporczywych zabiegów podtrzymujących życie przez personel medyczny, niezależnie od jakości egzystencji i woli chorego, w obawie przed odpowiedzialnością karną⁵⁴.

Podsumowanie

W świetle powyższych rozważań opieka paliatywna jawi się jako model postępowania, który – przy poszanowaniu godności i autonomii pacjenta – zmierza do humanizacji ostatniego etapu życia, nie ingerując w sposób intencjonalny w jego

⁵¹ J. Lynn, J. F. Childress, *Czy pacjenci zawsze powinni otrzymać pożywienie i wodę?*, [w:] *Wokół śmierci i umierania*, W. Galewicz (red.), Kraków 2009, s. 153; W literaturze można jednak wyróżnić przeciwnostawne stanowiska w tym zakresie. Obecne są poglądy, zgodnie z którymi dostarczenie choremu pożywienia oraz wody powinno być każdorazowo kwalifikowane jako element zwykłej opieki nad pacjentem; zob. W. Galewicz, op. cit., s. 39.

⁵² A. Kübler, J. Siewiera i in., *Wytyczne postępowania wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów (terapii daremnej) u pacjentów pozbawionych możliwości świadomego składania oświadczeń woli na oddziałach intensywnej terapii*, „Anestezjologia Intensywna Terapija” 2014, nr 46(4), s. 233.

⁵³ Por. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny (Dz.U. 1997 nr 88 poz. 553 z późn. zm.), dalej jako: k.k.

⁵⁴ J. Łuczak, op. cit., s. 37-38.

naturalne zakończenie. Jej celem nie jest przedłużanie życia za wszelką cenę, lecz zapewnienie choremu możliwie najwyższej jakości funkcjonowania w ostatnim etapie egzystencji. Procedury takie jak letalna analgezja i terminalna sedacja⁵⁵, stosowane zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, przepisami prawa medycznego oraz zasadami deontologii, mieszczą się w granicach dopuszczalnej praktyki medycznej i nie powinny być utożsamiane z eutanazją, zabójstwem czy też wspomaganym samobójstwem. Praktyki te zakładają bowiem intencjonalną ingerencję w chwilę śmierci, podczas gdy zgodnie z założeniami opieki paliatywnej zgon traktowany jest jako naturalny moment, który nie może zostać ani przyspieszony, ani odroczony⁵⁶. Przyjmuje się, że terapia przeciwbólowa, której efektem może być skrócenie życia pacjenta, nie jest równoznaczna z intencjonalnym przyspieszeniem śmierci⁵⁷. Jednocześnie brak jednoznacznych regulacji ustawowych dotyczących części procedur stosowanych w medycynie paliatywnej może prowadzić do niepewności prawnej personelu medycznego oraz do nadmiernej powściągliwości w stosowaniu skutecznych metod łagodzenia cierpienia. Ustawowe doprecyzowanie przesłanek dopuszczalności letalnej analgezji i terminalnej sedacji mogłoby przyczynić się do zwiększenia bezpieczeństwa prawnego lekarzy oraz poprawy jakości opieki nad pacjentem umierającym. Działania podejmowane w terminalnej fazie życia powinny zapewniać pacjentowi komfort i godne warunki umierania, przy jednoczesnym poszanowaniu jego prawa do informacji oraz wyrażenia świadomej zgody bądź odmowy dotyczącej podjęcia lub kontynuowania określonej terapii. Opieka paliatywna opiera się na akceptacji nieuchronności śmierci i wraz z letalną analgezją oraz terminalną sedacją – tworzy spójny model postępowania medycznego, w którym nadrzędnym celem pozostaje łagodzenie cierpienia i zapewnienie pacjentowi godnego przeżycia końcowego etapu życia.

Bibliografia

- Biela A. (red.), *Eutanazja a opieka paliatywna. Aspekty etyczne, religijne, psychologiczne i prawne*, Lublin 1996.
- Citowicz R., *Prawnokarne aspekty ochrony życia człowieka a prawo do godnej śmierci*, C.F. Müller, Warszawa 2006.
- Dangel T. (red.), *Zaniechanie i wycofanie się z uporczywego leczenia podtrzymującego życie u dzieci. Wytyczne dla lekarzy*, Warszawa 2011.

⁵⁵ Por. Przy uwzględnieniu wniosków wynikających z rozważań dotyczących kontrowersji związanych z połączeniem sedacji paliatywnej z zaprzestaniem sztucznego odżywiania i nawadniania.

⁵⁶ J. Łuczak, op. cit., s. 32.

⁵⁷ J. Malczewski, op. cit., s. 224.

- Drozd R., *Stwierdzanie zgonu – podstawy prawne*, [w:] *Medycyna sądowa: tanatologia i traumatologia sądowa*, Teresiński G. (red.), Warszawa 2019.
- Galewicz W. (red.), *Wokół śmierci i umierania*, Kraków 2009.
- Góralski P., *Oceny prawnokarne przedawkowania przez lekarza analgetyków (art. 150 k.k.)*, „Prawo i Medycyna” 2003, nr 13.
- Jan Paweł II, *Encyklika Evangelium Vitae*, Watykan 1995.
- Kübler A., Siewiera J. i in., *Wytyczne postępowania wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów (terapii daremnej) u pacjentów pozbawionych możliwości świadomego składania oświadczeń woli na oddziałach intensywnej terapii*, „Anestezjologia Intensywna Terapia” 2014, t. 46, nr 4.
- Lynn J., Childress J.F., *Czy pacjenci zawsze powinni otrzymać pożywienie i wodę?*, [w:] *Wokół śmierci i umierania*, Galewicz W. (red.), Kraków 2009.
- Łuczak J., *Etyka w opiece paliatywnej*, [w:] Biela A. (red.), *Eutanazja a opieka paliatywna. Aspekty etyczne, religijne, psychologiczne i prawne*, Lublin 1996.
- Malczewski J., *Eutanazja. Gdy etyka zderza się z prawem*, Warszawa 2012.
- Nowarska A., *Karmić czy nie karmić? Kliniczne aspekty niepodjęcia lub zaprzestania podawania pokarmów i płynów u kresu życia*, „Medycyna Paliatywna w Praktyce” 2011, t. 5, nr 2.
- Orentlicher D., *Sąd Najwyższy i terminalna sedacja. Możliwość etycznie gorsza od lekarskiej pomocy w samobójstwie*, [w:] Galewicz W. (red.), *Wokół śmierci i umierania*, Kraków 2009.
- Rzecznik Praw Pacjenta, *Standardy postępowania w terapiach medycznych stosowanych w okresie kończącego się życia*, Warszawa 2021.
- Szeroczyńska M., *Eutanazja i wspomagane samobójstwo na świecie. Studium prawnoporównawcze*, Kraków 2004.
- Wach B., *Spór o legalizację eutanazji. Przegląd argumentów*, Silva Rerum, Poznań 2019.

Akty prawne

- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. 1997 nr 28 poz. 152 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz.U. 1997 nr 88 poz. 553 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. 2005 nr 179 poz. 1485 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2009 nr 52 poz. 417 z późn. zm.).
- Załącznik do uchwały nr 5 Nadzwyczajnego XVI Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 18 maja 2024 r. – Kodeks Etyki Lekarskiej.

Klaudia Bąkiewicz-Grabkowska

Szkoła Doktorska Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

ORCID: 0000-0002-5968-7607

e-mail: klaudia.bakiewicz@gmail.com

Przestępstwa przeciwko życiu i integralności osoby w prawie kanonicznym jako wyraz ochrony dobra fundamentalnego

Wstęp

Prawo kanoniczne, jako system norm regulujących życie wspólnoty Kościoła katolickiego, od wieków przywiązuje szczególną wagę do ochrony życia ludzkiego oraz integralności osoby. Wynika to z antropologii chrześcijańskiej, zgodnie z którą człowiek stanowi stworzenie obdarzone niezbywalną godnością, pochodzącą bezpośrednio od Boga. Życie ludzkie nie jest jedynie dobrem biologicznym czy społecznym, lecz wartością fundamentalną, stanowiącą podstawę realizacji wszystkich innych praw i obowiązków człowieka. W konsekwencji wszelkie działania godzące w życie, zdrowie lub integralność cielesną i psychiczną człowieka są traktowane przez Kościół jako szczególnie ciężkie naruszenia ładu moralnego i prawnego. Kościół katolicki, opierając się na antropologii chrześcijańskiej, postrzega osobę ludzką jako byt posiadający niezbywalną godność, wynikającą z faktu stworzenia na obraz i podobieństwo Boga. Ochrona życia i integralności osoby stanowi zatem nie tylko wymóg etyczny, ale również istotny element porządku prawnego Kościoła. Prawo kanoniczne, choć nie jest systemem karnym w znaczeniu państwowym, zawiera normy penalne, których celem jest ochrona najważniejszych wartości wspólnoty kościelnej, w tym życia i zdrowia człowieka¹.

¹ Por. Sobór Watykański II, Konstytucja duszpasterska *Gaudium et spes*, 7 XII 1965, nr 12, 27; zob. także Katechizm Kościoła Katolickiego, Poznań 1994, nr 2258.

Przestępstwa przeciwko życiu i integralności osoby zostały ujęte w Kodeksie Prawa Kanonicznego z 1983 roku wśród tzw. przestępstw szczególnie ciężkich (*delicta graviora*), ponieważ naruszają fundament ładu moralnego i wspólnotowego. Ich penalizacja ma nie tylko wymiar represyjny, ale przede wszystkim prewencyjny i wychowawczy, służący ochronie dobra wspólnego Kościoła oraz przywróceniu sprawiedliwości.

Ochrona życia w prawie kanonicznym zakorzeniona jest w Objawieniu i nauczaniu Kościoła. Piąte przykazanie Dekalogu: „*Nie zabijaj*” stanowi podstawową normę moralną, która znajduje swoje rozwinięcie w Magisterium Kościoła, zwłaszcza w dokumentach takich jak *Evangelium vitae* Jana Pawła II czy Katechizm Kościoła Katolickiego². Życie ludzkie uznawane jest za wartość nienaruszalną od chwili poczęcia aż do naturalnej śmierci.

Współczesne ustawodawstwo kanoniczne, zwłaszcza po reformie księgi VI Kodeksu Prawa Kanonicznego dokonanej konstytucją apostolską *Pascite gregem Dei* papieża Franciszka z 2021 r., wyraźnie akcentuje potrzebę skuteczniejszej ochrony osób pokrzywdzonych oraz zwiększenia odpowiedzialności karnej sprawców przestępstw przeciwko życiu i integralności osoby. Reformy te stanowią odpowiedź na współczesne wyzwania, zwłaszcza związane z przestępstwami seksualnymi, przemocą wobec małoletnich oraz naruszeniami godności człowieka dokonywanymi przez osoby duchowne.

Celem niniejszego artykułu jest analiza przestępstw przeciwko życiu i integralności osoby w prawie kanonicznym jako wyrazu ochrony dobra fundamentalnego, jakim jest życie człowieka i jego godność. Opracowanie obejmuje zarówno podstawy teologiczne i antropologiczne ochrony życia w Kościele, jak również analizę konkretnych typów przestępstw przewidzianych przez obowiązujące ustawodawstwo kanoniczne. Szczególna uwaga zostanie poświęcona przestępstwom przeciwko życiu, zdrowiu, wolności seksualnej oraz godności osoby.

1. Godność osoby ludzkiej jako fundament ochrony prawnej w Kościele

Podstawą ochrony życia i integralności osoby w prawie kanonicznym jest chrześcijańska koncepcja człowieka. Kościół katolicki naucza, że człowiek został stworzony na obraz i podobieństwo Boga (*imago Dei*), co nadaje każdej osobie niezbywalną godność i wartość.³ Godność ta nie zależy od wieku, stanu zdrowia, pochodzenia społecznego czy wyznania, ale ma charakter powszechny i nienaruszalny.

² Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae*, 25 III 1995, AAS 87 (1995), s. 401–522, nr 53–57.

³ Sobór Watykański II, *Gaudium et spes*, nr 12.

Prawo kanoniczne nie ogranicza się jedynie do regulacji instytucjonalnych funkcjonowania Kościoła, lecz ma również charakter pastoralny i ochronny. Jego celem jest nie tylko utrzymanie porządku prawnego, ale także troska o dobro duchowe wiernych oraz ochrona fundamentalnych praw człowieka.⁴

W nauczaniu Jana Pawła II wielokrotnie podkreślano, że życie ludzkie posiada charakter święty i nienaruszalny. Papież wskazywał, że „życie człowieka pochodzi od Boga, jest Jego darem, Jego obrazem i odbiciem”⁵. W konsekwencji zamach na życie ludzkie stanowi nie tylko naruszenie normy prawnej, lecz również grzech przeciwko samemu Stwórcy.

Integralność osoby obejmuje zarówno wymiar cielesny, jak i psychiczny oraz duchowy. Dlatego ochrona prawna w Kościele dotyczy nie tylko życia biologicznego, ale również wolności, godności seksualnej, dobrego imienia oraz bezpieczeństwa psychicznego wiernych. Szczególnie istotne miejsce zajmuje ochrona osób małoletnich i bezbronnych, które ze względu na swoją sytuację wymagają wzmożonej opieki prawnej i duszpasterskiej.

2. Charakter prawa karnego kanonicznego

Prawo karne kanoniczne pełni funkcję ochronną i wychowawczą. Zgodnie z kan. 1311 § 1 Kodeksu Prawa Kanonicznego Kościół posiada wrodzone i własne prawo wymierzania sankcji karnych wiernym popełniającym przestępstwa. Celem kar nie jest wyłącznie represja, ale przede wszystkim naprawienie zgorszenia, przywrócenie sprawiedliwości oraz doprowadzenie sprawcy do poprawy.

Specyfika prawa karnego kanonicznego polega na ścisłym powiązaniu norm prawnych z normami moralnymi. W przeciwieństwie do systemów świeckich, prawo kanoniczne uwzględnia wymiar duchowy czynu oraz jego wpływ na wspólnotę Kościoła. Dlatego przestępstwo kanoniczne definiowane jest jako zewnętrzne naruszenie ustawy lub nakazu karnego, ciężko poczytalne i zagrożone sankcją karną (kan. 1321 KPK)⁶.

Odpowiedzialność karna w prawie kanonicznym wymaga zatem spełnienia kilku przesłanek: istnienia normy prawnej, jej naruszenia, zewnętrznego charakteru czynu oraz przypisywalności sprawcy winy⁷.

⁴ J. Syryjczyk, *Prawo karne kanoniczne*, Warszawa 2003, s. 45.

⁵ *Evangelium vitae*, nr 39.

⁶ Codex Iuris Canonici auctoritate Ioannis Pauli PP. II promulgatus, 25 I 1983, AAS 75 (1983), pars II, s. 1–317 (dalej: KPK 1983); tekst polski: *Kodeks Prawa Kanonicznego. Przekład zatwierdzony przez Konferencję Episkopatu Polski*, Poznań 1984.

⁷ KPK 1983, kan. 1321 § 2.

Przestępstwa przeciwko życiu i integralności osoby należą do kategorii przestępstw materialnych, ponieważ ich istotą jest wyrządzenie realnej szkody osobie ludzkiej. Ochrona ta obejmuje zarówno życie biologiczne, jak i integralność cielesną oraz psychiczną, co pozwala interpretować normy kanoniczne w sposób szeroki i dynamiczny.

Współczesna reforma prawa karnego kanonicznego zmierzała do zwiększenia skuteczności ochrony pokrzywdzonych oraz ograniczenia nadmiernej uznaniowości przełożonych kościelnych. W przeszłości podnoszono bowiem zarzuty, że niektóre przypadki nadużyć były traktowane zbyt pobłażliwie lub rozwiązywane wyłącznie na drodze duszpasterskiej. Reforma z 2021 r. miała na celu podkreślenie, że ochrona osób pokrzywdzonych stanowi jeden z podstawowych obowiązków Kościoła⁸.

3. Wybrane przestępstwa przeciwko życiu w prawie kanonicznym

Choć Kodeks Prawa Kanonicznego nie zawiera odrębnej, rozbudowanej typizacji zabójstwa analogicznej do prawa świeckiego, to jednak zamach na życie ludzkie traktowany jest jako jedno z najcięższych naruszeń prawa Bożego. Piąte przykazanie Dekalogu „*Nie zabijaj*” stanowi podstawę moralną i prawną ochrony życia w Kościele.

Zabójstwo może stanowić podstawę zastosowania różnych sankcji kanonicznych, zwłaszcza jeśli zostało dokonane przez duchownego lub osobę pełniącą funkcję kościelną. W przypadku duchownych możliwe jest zastosowanie kar ekspiacyjnych, włącznie z wydaleniem ze stanu duchownego (kan. 1397 §1 KPK).

Prawo kanoniczne szczególnie surowo ocenia przypadki użycia przemocy wobec osób duchownych lub osób pełniących funkcje kościelne. Zamach na życie papieża lub biskupa może zostać uznany za wyjątkowo ciężkie przestępstwo przeciwko Kościołowi.

Jednym z najcięższych przestępstw przeciwko życiu w prawie kanonicznym jest przerwanie ciąży. Kanon 1397 § 2 stanowi, że osoba powodująca przerwanie ciąży oraz osoby współdziałające podlegają ekskomunice *latae sententiae*, jeśli przestępstwo zostało dokonane skutecznie. Szczególną kategorią jest aborcja, która została wyrażnie uregulowana w kan. 1397 § 2 KPK⁹. Osoba, która powoduje przerwanie ciąży, podlega karze ekskomuniki *latae sententiae*, czyli z mocy samego prawa. Sankcja ta podkreśla wyjątkową wagę ochrony życia nienarodzonego oraz bezwzględny charakter tej normy w porządku kanonicznym.

⁸ P. Skonieczny, *Reforma prawa karnego kanonicznego*, Kraków 2022, s. 78.

⁹ KPK 1983, kan. 1397 § 2.

Do przestępstw przeciwko życiu zalicza się również współudział w aborcji, jeśli był on konieczny do jej dokonania. Prawo kanoniczne nie ogranicza się więc do karania bezpośredniego sprawcy, ale obejmuje także osoby współodpowiedzialne¹⁰.

Kościół uznaje życie ludzkie od momentu poczęcia za dobro wymagające pełnej ochrony. Nauczanie to zostało wielokrotnie potwierdzone w dokumentach Magisterium, zwłaszcza w encyklice *Evangelium vitae*. Jan Paweł II stwierdził, że bezpośrednie przerwanie ciąży stanowi „ciężkie nieuporządkowanie moralne”¹¹.

Ekskomunika za aborcję ma charakter leczniczy i ma prowadzić sprawcę do refleksji oraz nawrócenia. Kara ta podkreśla wyjątkową wagę ochrony życia nienarodzonego. Jednocześnie Kościół rozwija duszpasterstwo osób dotkniętych doświadczeniem aborcji, akcentując możliwość pojednania i przebaczenia.

Warto zauważyć, że reforma prawa karnego z 2021 r. umieściła przestępstwo aborcji wśród przestępstw przeciwko życiu, godności i wolności człowieka, co ma znaczenie systemowe i podkreśla ochronę osoby ludzkiej jako dobra fundamentalnego.

Kolejne przestępstwo ujęte w kanonie 1397 § 1 KPK przewiduje odpowiedzialność karną za porwanie człowieka, jego bezprawne przetrzymywanie, okaleczenie lub ciężkie zranienie. Ustawodawca kościelny dostrzega, że działania tego rodzaju stanowią poważne naruszenie integralności osoby i godzą w jej podstawowe prawa. Przestępstwa te mogą być popełnione zarówno wobec osób duchownych, jak i świeckich. W przypadku duchownych sprawców sankcje mogą obejmować pozbawienie urzędu, zakazy wykonywania posługi, a nawet wydalenie ze stanu duchownego.

4. Ochrona integralności seksualnej osoby

W ostatnich dekadach szczególnego znaczenia nabrała problematyka przestępstw seksualnych wobec małoletnich popełnianych przez duchownych. Skandale związane z wykorzystywaniem seksualnym doprowadziły do głębokiej refleksji nad skutecznością kościelnych mechanizmów ochronnych.

Obowiązujące przepisy przewidują surową odpowiedzialność za przestępstwa przeciwko szóstemu przykazaniu popełnione wobec małoletnich lub osób trwale niezdolnych do posługiwania się rozumem (kan. 1398 KPK). Karze podlega również nakłanianie małoletnich do udziału w pornografii oraz przechowywanie lub rozpowszechnianie materiałów pornograficznych z udziałem małoletnich.

Papież Franciszek wielokrotnie podkreślał zasadę „zero tolerancji” wobec nadużyć seksualnych. Dokument *Vos estis lux mundi* z 2019 r. wprowadził nowe

¹⁰ Por. W. Wójcik, *Prawo karne Kościoła katolickiego*, Lublin 2000, s. 61–75.

¹¹ *Evangelium vitae*, nr 62.

procedury zgłaszania i badania przypadków nadużyć oraz zwiększył odpowiedzialność przełożonych kościelnych za zaniedbania.

Przestępstwa seksualne wobec małoletnich stanowią szczególnie ciężkie naruszenie godności osoby, ponieważ godzą w rozwój psychiczny, emocjonalny i duchowy ofiary. W wielu przypadkach skutki tych czynów pozostają trwałe i wpływają na całe życie pokrzywdzonych. Dlatego Kościół akcentuje konieczność ochrony ofiar, zapewnienia im pomocy psychologicznej i duchowej oraz zapobiegania podobnym przestępstwom.

Prawo kanoniczne penalizuje również sytuacje, w których duchowny wykorzystuje swoją władzę lub autorytet do dopuszczenia się czynów przeciwko wolności seksualnej drugiej osoby. Relacja duszpasterska opiera się bowiem na zaufaniu, a jego nadużycie stanowi poważne zgorszenie i naruszenie integralności osoby.

Szczególnie naganne są przypadki wykorzystania osób znajdujących się w zależności duchowej, psychicznej lub ekonomicznej. Kościół dostrzega, że zgoda osoby pokrzywdzonej może być w takich sytuacjach ograniczona przez relację podporządkowania i autorytet sprawcy.

Ochrona integralności osoby w prawie kanonicznym obejmuje także sferę psychiczną i społeczną. Człowiek posiada prawo do dobrego imienia, prywatności i szacunku.

Kanon 220 KPK stanowi, że nikomu nie wolno bezprawnie naruszać dobrego imienia, które ktoś posiada, ani prawa każdej osoby do ochrony własnej intymności. Naruszenie dobrego imienia może przybierać postać oszczerstwa, pomówienia lub bezpodstawnego ujawniania informacji dotyczących życia prywatnego. Choć nie wszystkie tego rodzaju działania są kwalifikowane jako przestępstwa karne, mogą stanowić podstawę odpowiedzialności dyscyplinarnej lub cywilnej w Kościele.

Współcześnie szczególnego znaczenia nabiera problem przemocy psychicznej, manipulacji oraz nadużyć duchowych. W niektórych wspólnotach religijnych dochodziło do sytuacji podporządkowywania wiernych autorytetowi przełożonych w sposób naruszający ich wolność sumienia i integralność psychiczną. Kościół coraz wyraźniej dostrzega potrzebę przeciwdziałania takim praktykom.

5. Sankcje karne jako środek ochrony dobra fundamentalnego

Sankcje przewidziane za przestępstwa przeciwko życiu i integralności osoby mają charakter zarówno leczniczy, jak i sprawiedliwościowy¹². Prawo kanoniczne

¹² Por. T. Pawluk, *Prawo kanoniczne według Kodeksu Jana Pawła II*, t. IV: *Sankcje w Kościele*, Olsztyn 1990, s. 34–48.

rozróżnia kary poprawcze (np. suspensa, interdykt) oraz kary ekspiacyjne (np. wydalenie ze stanu duchownego)¹³.

Celem kary nie jest wyłącznie ukaranie sprawcy, ale przede wszystkim jego poprawa oraz naprawienie zgorzenia we wspólnocie¹⁴. Kan. 1341 KPK wskazuje, że ordynariusz powinien sięgać po sankcje karne dopiero wtedy, gdy inne środki duszpasterskie okazują się nieskuteczne¹⁵. Kara ma więc charakter ostateczny i podporządkowany dobru dusz, zgodnie z zasadą *salus animarum suprema lex*.

Prawo karne kanoniczne przewiduje różne rodzaje sankcji za przestępstwa przeciwko życiu i integralności osoby. Do najważniejszych należą:

- ekskomunika,
- interdykt,
- suspensa,
- pozbawienie urzędu,
- zakazy wykonywania posługi,
- wydalenie ze stanu duchownego.

Ekskomunika ma charakter kary leczniczej i polega na wyłączeniu sprawcy z pełnego uczestnictwa w życiu Kościoła. Jej celem jest skłonienie winnego do nawrócenia i naprawienia szkody.

Kary ekspiacyjne mają natomiast charakter bardziej represyjny i służą przywróceniu sprawiedliwości naruszonej przez przestępstwo. W przypadku najcięższych przestępstw seksualnych możliwe jest wydalenie duchownego ze stanu duchownego, co stanowi najwyższą sankcję przewidzianą wobec duchownych.

Współczesne ustawodawstwo kanoniczne podkreśla również konieczność ochrony osób pokrzywdzonych podczas postępowania karnego. Obejmuje to prawo do wysłuchania, ochronę prywatności oraz zapewnienie odpowiedniej pomocy duszpasterskiej i psychologicznej.

Przestępstwa przeciwko życiu i integralności osoby nie są w prawie kanonicznym traktowane wyłącznie jako naruszenie praw jednostki, lecz także jako zagrożenie dla dobra wspólnoty. Każdy akt przemocy niszczy zaufanie, relacje społeczne i wiarygodność Kościoła jako wspólnoty moralnej¹⁶.

Dlatego też reakcja prawna Kościoła ma wymiar publiczny i symboliczny.

¹³ Por. J. Krukowski, *Komentarz do Kodeksu Prawa Kanonicznego. Księga VI. Sankcje w Kościele*, Lublin 2022, s. 15–28.

¹⁴ Por. M. Żurowski, *Sankcje karne w Kościele*, „Prawo Kanoniczne” 1984, t. 27, nr 3–4, s. 5–32.

¹⁵ KPK 1983, kan. 1336.

¹⁶ Por. L. Chiappetta, *Il Codice di Diritto Canonico. Commento giuridico-pastorale*, t. III, Napoli 2011, s. 540–552.

Ukaranie sprawcy ma przywrócić poczucie sprawiedliwości oraz potwierdzić, że życie i zdrowie osoby ludzkiej stanowią wartości nadrzędne, których nie można poświęcić w imię żadnych interesów instytucjonalnych.

6. Relacja prawa kanonicznego i prawa świeckiego

Przestępstwa przeciwko życiu i integralności osoby należą jednocześnie do kategorii czynów penalizowanych przez prawo państwowe. Kościół uznaje autonomię państwa w zakresie ścigania przestępstw i współpracuje z organami świeckiego wymiaru sprawiedliwości.

W przeszłości relacja między postępowaniem kanonicznym a świeckim budziła kontrowersje, zwłaszcza w sprawach dotyczących nadużyć seksualnych. Obecnie podkreśla się, że postępowanie kanoniczne nie zastępuje odpowiedzialności karnej przed państwem, lecz ma charakter komplementarny.

Kościół zobowiązuje duchownych do przestrzegania prawa państwowego oraz współpracy z organami ścigania w zakresie wymaganym przez przepisy. Jednocześnie zachowuje własną autonomię w zakresie odpowiedzialności dyscyplinarnej i moralnej duchownych.

Warto zauważyć, że wiele zasad ochrony życia i integralności osoby jest wspólnych dla prawa kanonicznego i systemów świeckich. Obydwa porządki prawne uznają życie człowieka za dobro podstawowe, wymagające szczególnej ochrony.

Prawo karne kanoniczne nie może być analizowane wyłącznie w perspektywie represyjnej. Jego celem pozostaje troska o dobro wspólnoty Kościoła oraz zbawienie wiernych. Dlatego ochrona życia i integralności osoby ma również wymiar pastoralny. Kościół prowadzi działalność edukacyjną i profilaktyczną mającą na celu zapobieganie przemoc, nadużyciom seksualnym oraz naruszeniom godności człowieka. W seminariach duchownych coraz większy nacisk kładzie się na formację emocjonalną, psychiczną i moralną kandydatów do kapłaństwa.

Istotną rolę odgrywa również pomoc ofiarom przestępstw. W wielu krajach powstały specjalne centra wsparcia dla osób pokrzywdzonych przez duchownych. Kościół dostrzega, że autentyczna troska o dobro człowieka wymaga nie tylko ukarania sprawcy, ale także towarzyszenia ofiarom w procesie leczenia traum. Pastoralny wymiar ochrony życia obejmuje również promocję kultury szacunku dla człowieka od poczęcia do naturalnej śmierci. Kościół angażuje się w działania pro-life, obronę osób chorych, starszych i niepełnosprawnych oraz przeciwdziałanie różnym formom wykluczenia społecznego.

Jednym z najważniejszych wydarzeń ostatnich lat w dziedzinie prawa kanonicznego była reforma księgi VI Kodeksu Prawa Kanonicznego dokonana przez papieża Franciszka. Reforma weszła w życie 8 grudnia 2021 r. i miała na celu zwiększenie skuteczności systemu karnego Kościoła.

W uzasadnieniu reformy podkreślono, że przełożeni kościelni nie mogą zaniedbywać obowiązku stosowania kar wobec sprawców ciężkich przestępstw. Papież Franciszek wskazał, że pobłażliwość wobec sprawców prowadzi do zgorszenia wiernych oraz osłabienia wiarygodności Kościoła.

Nowe przepisy w bardziej przejrzysty sposób klasyfikują przestępstwa przeciwko życiu, godności i wolności człowieka. Rozszerzono również katalog czynów związanych z wykorzystywaniem seksualnym małoletnich oraz nadużyciami wobec osób bezbronnych.

Reforma podkreśliła także znaczenie odpowiedzialności przełożonych za właściwe reagowanie na zgłoszenia przestępstw. Wprowadzenie bardziej precyzyjnych norm miało ograniczyć arbitralność decyzji i zapewnić większą ochronę osobom pokrzywdzonym.

Życie ludzkie w nauce Kościoła posiada wymiar transcendentny. Człowiek jest powołany do życia wiecznego, a jego ziemską egzystencja stanowi dar powierzony odpowiedzialności moralnej. Dlatego ochrona życia i integralności osoby ma znaczenie nie tylko społeczne, ale również teologiczne. W tradycji chrześcijańskiej życie jest postrzegane jako dobro fundamentalne, ponieważ stanowi podstawę realizacji powołania człowieka. Zamach na życie lub godność osoby narusza porządek ustanowiony przez Boga oraz osłabia wspólnotę Kościoła.

Papież Benedykt XVI wskazywał, że społeczeństwo, które nie chroni życia najsłabszych, traci moralne fundamenty swojego istnienia¹⁷. Dotyczy to zarówno dzieci nienarodzonych, jak i osób starszych, chorych czy pokrzywdzonych przemocą. Kościół podkreśla także społeczną odpowiedzialność za ochronę życia. Nie jest ona wyłącznie zadaniem państwa czy instytucji kościelnych, ale obowiązkiem całej wspólnoty wiernych. W tym sensie prawo karne kanoniczne pełni funkcję nie tylko represyjną, ale również wychowawczą i formacyjną.

Mimo reform i rozwoju norm prawnych praktyczne stosowanie prawa karnego kanonicznego nadal napotyka liczne trudności. Jednym z podstawowych problemów jest konieczność pogodzenia wymogów sprawiedliwości z pastoralnym charakterem Kościoła. W przeszłości część przełożonych kościelnych obawiała się, że publiczne ujawnianie przestępstw duchownych może prowadzić do zgorszenia wiernych

¹⁷ Papież Benedykt XVI, encyklika *Caritas in veritate*, nr 28.

i osłabienia autorytetu Kościoła. W rezultacie niektóre sprawy były rozwiązywane w sposób niewystarczający lub zbyt opóźniony. Współcześnie coraz wyraźniej podkreśla się jednak, że brak reakcji wobec sprawców prowadzi do jeszcze większego zgorszenia i podważa wiarygodność Kościoła. Ochrona instytucji nie może odbywać się kosztem dobra osób pokrzywdzonych. Istotnym problemem pozostaje także przygotowanie osób prowadzących postępowania kanoniczne. Sprawy dotyczące przemocy seksualnej lub psychicznej wymagają nie tylko znajomości prawa, ale również wiedzy psychologicznej i odpowiedniego podejścia do ofiar.

Kolejnym wyzwaniem jest współpraca z organami państwowymi. W różnych państwach obowiązują odmienne regulacje dotyczące zgłaszania przestępstw, ochrony danych osobowych oraz tajemnicy zawodowej. Kościół musi zatem dostosowywać swoje procedury do lokalnych systemów prawnych. Współczesne prawo kanoniczne w szczególności chroni małoletnich oraz osoby bezbronne. Wynika to z przekonania, że osoby te są szczególnie narażone na wykorzystanie i wymagają wzmożonej troski ze strony wspólnoty Kościoła. Dokumenty papieskie ostatnich lat konsekwentnie wskazują na konieczność tworzenia bezpiecznego środowiska dla dzieci i młodzieży. W diecezjach i zgromadzeniach zakonnych wprowadzane są procedury prewencji, szkolenia oraz obowiązek zgłaszania podejrzeń nadużyć. Ochrona małoletnich nie ogranicza się jedynie do reakcji na przestępstwa już popełnione. Obejmuje także działania profilaktyczne, edukacyjne i formacyjne. Kościół dostrzega, że skuteczna prewencja wymaga budowania kultury odpowiedzialności oraz przejrzystości.

Istotnym elementem jest również odpowiedzialność osób przełożonych. Zaniechanie obowiązku reagowania na zgłoszenia nadużyć może samo w sobie stanowić podstawę odpowiedzialności kanonicznej. Ma to zapobiegać sytuacjom ukrywania przestępstw lub przenoszenia sprawców do innych wspólnot.

Prawo karne kanoniczne funkcjonuje w napięciu pomiędzy sprawiedliwością a miłosierdziem. Kościół, kierując się Ewangelią, podkreśla możliwość nawrócenia każdego człowieka, również sprawcy ciężkiego przestępstwa. Nie oznacza to jednak rezygnacji z odpowiedzialności karnej. Miłosierdzie nie może prowadzić do lekceważenia cierpienia ofiar ani do tolerowania zła. Współczesne nauczanie Kościoła wyraźnie wskazuje, że autentyczne miłosierdzie wymaga uznania prawdy, przyjęcia odpowiedzialności oraz naprawienia szkody.

Kary kanoniczne mają zatem podwójny wymiar. Z jednej strony służą ochronie wspólnoty i przywróceniu sprawiedliwości, z drugiej zaś mają prowadzić sprawcę do refleksji i poprawy życia. W tym sensie prawo karne kanoniczne pozostaje głęboko związane z misją duszpasterską Kościoła.

Zakończenie

Przestępstwa przeciwko życiu i integralności osoby zajmują szczególne miejsce w systemie prawa karnego kanonicznego. Wynika to z fundamentalnego znaczenia życia ludzkiego i godności osoby w nauce Kościoła katolickiego. Ochrona tych dóbr nie ma wyłącznie charakteru prawnego, lecz jest zakorzeniona w chrześcijańskiej antropologii oraz przekonaniu o świętości życia.

Analiza przestępstw przeciwko życiu i integralności osoby w prawie kanonicznym pokazuje, że Kościół nie ogranicza się do sfery duchowej, lecz realnie angażuje się w ochronę zdrowia i dobrostanu człowieka¹⁸. Prawo kanoniczne, choć osadzone w kontekście religijnym, pełni funkcję podobną do prawa świeckiego: zabezpiecza podstawowe dobra i reaguje na ich naruszenie¹⁹.

Współczesne wyzwania, takie jak przemoc domowa, nadużycia seksualne czy kryzysy psychiczne, wymagają od Kościoła coraz większej wrażliwości i skuteczności prawnej²⁰. Normy kanoniczne stają się narzędziem nie tylko dyscyplinarnym, ale również profilaktycznym, wspierającym budowanie kultury szacunku dla życia i integralności osoby²¹.

Aktualne ustawodawstwo kanoniczne coraz wyraźniej akcentuje konieczność skutecznej ochrony osób pokrzywdzonych, zwłaszcza małoletnich i osób bezbronnych. Reforma prawa karnego z 2021 r. stanowi ważny krok w kierunku zwiększenia przejrzystości i skuteczności systemu karnego Kościoła.

Analiza przestępstw przeciwko życiu i integralności osoby pokazuje, że prawo kanoniczne pełni funkcję nie tylko represyjną, ale również ochronną, wychowawczą i pastoralną. Celem sankcji pozostaje przywrócenie sprawiedliwości, naprawienie zgorszenia oraz ochrona wspólnoty wiernych.

W obliczu współczesnych wyzwań Kościół stoi przed koniecznością dalszego rozwijania mechanizmów ochrony osób pokrzywdzonych oraz budowania kultury odpowiedzialności i przejrzystości. Tylko konsekwentna ochrona życia i godności człowieka może stanowić wiarygodne świadectwo realizacji ewangelicznego przesłania o wartości każdej osoby ludzkiej.

¹⁸ Por. I. M. Arroba Conde, *Diritto penale canonico*, Roma 2012, s. 201–215.

¹⁹ Normae de delictis Congregationi pro Doctrina Fidei reservatis (tekst jednolity 2021), AAS 113 (2021), s. 562–588.

²⁰ Franciszek, List apostolski w formie motu proprio *Vos estis lux mundi*, 7 V 2019 (tekst jednolity 2023).

²¹ Por. K. Wojtyła, *Osoba i czyn*, Kraków 1969, s. 107–120.

Bibliografia

Źródła

- Codex Iuris Canonici auctoritate Ioannis Pauli PP. II promulgatus, 25 I 1983, AAS 75, Watykan 1983.
- Benedykt XVI, *Caritas in veritate*, Watykan 2009.
- Franciszek, Konstytucja apostolska *Pascite gregem Dei*, 23 V 2021, AAS 113, Watykan 2021.
- Franciszek, List apostolski w formie motu proprio *Vos estis lux mundi*, 7 V 2019 (tekst jednolity 2023).
- Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae*, 25 III 1995, AAS 87, Watykan 1995.
- Katechizm Kościoła Katolickiego, Poznań 1994.
- Normae de delictis Congregationi pro Doctrina Fidei reservatis (2021), AAS 113 (2021).
- Sobór Watykański II, Konstytucja duszpasterska *Gaudium et spes*, 7 XII 1965, AAS 58, Watykan 1966.

Literatura

- Arroba Conde J. M., *Diritto penale canonico*, Roma 2012.
- Chiappetta L., *Il Codice di Diritto Canonico. Commento giuridico-pastorale*, t. III, Napoli 2011.
- Krukowski J., *Komentarz do Kodeksu Prawa Kanonicznego. Księga VI. Sankcje w Kościele*, Lublin 2022.
- Majer P., *Przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu w zreformowanej księdze VI KPK*, „Ius Matrimoniale” 2021, nr 32.
- Pawłuk T., *Prawo kanoniczne według Kodeksu Jana Pawła II*, t. IV: *Sankcje w Kościele*, Olsztyn 1990.
- Skonieczny P., *Reforma prawa karnego kanonicznego*, Kraków 2022.
- Szostek A., *Wokół godności człowieka*, Lublin 2002.
- Wenz W., *Prawo karne Kościoła katolickiego*, Opole 2016.
- Wojtyła K., *Osoba i czyn*, Kraków 1969.
- Wójcik W., *Prawo karne Kościoła katolickiego*, Lublin 2000.
- Żurowski M., *Kanoniczne prawo karne*, Warszawa 1975.
- Żurowski M., *Sankcje karne w Kościele*, „Prawo Kanoniczne” 1984, t. 27, nr 3–4.

Kanoniczno-prawna ochrona małoletnich przed nadużyciami seksualnymi duchownych – od *Sacramentorum sanctitatis tutela* do *Vos estis lux mundi*

1. Penalizacja wykorzystywania seksualnego dokonanego na małoletnich w ustawodawstwie Kościoła katolickiego

Rozpoczynając rozważania na temat ochrony małoletnich w nauczaniu i działalności papieża Franciszka należy zdefiniować pojęcia niezbędne do zrozumienia analizowanego zagadnienia. Pierwszym z pojęć będzie małoletni, który może stać się ofiarą przestępstwa o charakterze pedofilskim.

Ofiarą wykorzystania seksualnego jest małoletni, przez którego w obowiązującym prawie kanonicznym rozumie się osobę fizyczną, która nie ukończyła osiemnastego roku życia¹. Mówiąc o podmiotach przestępstwa, wyróżniamy bierny podmiot ochrony, jakim jest ofiara, oraz stronę czynną dokonującą czynu zabronionego, jaką jest sprawca.

Kodeks Prawa Kanonicznego z 1983 roku nie definiuje wprost pojęcia przestępstwa, pozostawia to doktrynie. Obowiązujący Kodeks nawiązuje do definicji przestępstwa z Kodeksu Prawa Kanonicznego z 1917 roku, mianowicie przez przestępstwo w prawie kościelnym należy rozumieć zewnętrzne i moralne poczytalne przekroczenie ustawy, do której jest dołączona sankcja kanoniczna przynajmniej

¹ *Kodeks Prawa Kanonicznego. Przekład polski zatwierdzony przez Konferencję Episkopatu*, Poznań 1984, kan. 97.

nieokreślona². Przepęstwem jest również podobne przekroczenie nakazu karnego, wydanego w zakresie zewnętrznym na mocy władzy rządzenia³.

Pojęcie kary również odnajdujemy w Kodeksie Prawa Kanonicznego z 1917 roku. Kara polega bowiem na pozbawieniu jakiegoś dobra w celu poprawy przestępcy i ukaraniu go za popełnienie przestępstwa i jest dokonana przez miarodajną władzę. Kara kościelna jest pozbawieniem wiernego jakiegoś dobra (*privatio alicuius boni*), które może być duchowe lub doczesne⁴. Z tego wynika, że istotą kary jest jej dolegliwość w stosunku do przestępcy (*malum passionis*). Ponieważ dolegliwość może mieć różne stopnie, to mówimy o karach cięższych i lżejszych. Nawet najłagodniejsza kara musi być w jakimś stopniu uciążliwa dla sprawcy. Ta uciążliwość istnieje niezależnie od tego, czy kara ma charakter ekspiacyjny czy poprawczy⁵.

Kara jest ściśle związana z przestępstwem, jest bowiem prawną reakcją ze strony miarodajnej władzy kościelnej na przekroczenie ustawy, które zostało uznane za przestępstwo, czyli czyn szkodliwy i niebezpieczny dla wspólnoty Kościoła⁶.

Nadużycia seksualne wobec dzieci Kościół nie tylko uznaje za ciężkie grzechy, o których Chrystus mówił ze szczególnym potępieniem⁷, ale także, jeśli ich sprawcami są osoby duchowne, za ciężkie przestępstwa kanoniczne zagrożone surowymi karami. Kościół katolicki od czasów średniowiecza roztacza karną ochronę nad małoletnimi przed wykroczeniami na tle seksualnym ze strony duchownych. W tradycji kanonicznej tego rodzaju przestępstwa były zawsze traktowane jako jedne z najcięższych⁸. Nadużycie seksualne wobec małoletnich określano jako *crimen pessimum*⁹, tj. najcięższe (dosłownie: najgorsze) przestępstwo wraz z homoseksualizmem duchownych oraz zoofilią (*bestialitas*).

² *Codex Iuris Canonici Pii X Pontificis Maximi iussu digestus, Benedicti Papae XV auctoritate promulgatus*, AAS 9/II (1917), s. 358.

³ J. Syryjczyk, *Pojęcie przestępstwa w świetle Kodeksu Prawa Kanonicznego Jana Pawła II*, „Prawo Kanoniczne” 28 (1985) nr 1-2, s. 85-95.

⁴ KPK, kan. 1312 § 2.

⁵ T. Pawluk, *Prawo kanoniczne według Kodeksu Jana Pawła II*, t. IV: *Doczesne dobra Kościoła, Sankcje w Kościele, Procesy*, Olsztyn 1990, s. 72-73.

⁶ Tamże, s. 73.

⁷ Mt 18, 6 – „Lecz kto by się stał powodem grzechu dla jednego z tych małych, którzy wierzą we Mnie, temu byłoby lepiej kamień młyński zawiesić u szyi i utopić go w głębi morza”.

⁸ Zob. F. Lempa, *Kanoniczna ochrona karna małoletnich przed nadużyciami seksualnymi*, Białystok 2013, s. 57-59.

⁹ Takiej nazwy używała, wydana z klauzulą poufności, Instrukcja Świętego Oficjum z 1922 roku (znowelizowana w 1962) *Crimen sollicitationis*, zawierająca szczegółowe wskazania w sprawie sposobu postępowania przy rozpatrywaniu kanonicznego przestępstwa solicytacji, czyli nakłaniania do grzechu przeciw szóstemu przykazaniu Dekalogu, przy okazji spowiedzi (zob. kan. 1387 KPK/83). Z uwagi na naturę tego przestępstwa instrukcja ustanawiała specjalną procedurę, która z jednej strony pozwalała na sprawiedliwy osąd oskarżonego o popełnienie takiego przestępstwa, z drugiej zaś strzegła tajemnicy spowiedzi i dobrego imienia oskarżonego księdza, który nie mógł być przesłuchiwany na temat tego wszystkiego, co się zdarzyło, bez zagrożenia dla tajemnicy sakramentalnej. Dlatego procedura miała

Uznanie wykorzystania seksualnego dzieci za przestępstwo i to klasyfikowane jako jedno z grupy najcięższych przestępstw penalizowanych w kanonicznym porządku prawnym, których rozpatrywanie zastrzega się dla Stolicy Apostolskiej, a za które przewiduje się surowe sankcje. to pierwszy i najważniejszy, chociaż nie jedyny, przejaw prawnokanonicznej ochrony dzieci¹⁰.

Już sam fakt zastrzeżenia tego przestępstwa do osądu przez Kongregację Nauki Wiary, do której kompetencji należy m. in. rozpatrywanie spraw o cięższe przestępstwa przeciwko obyczajom¹¹ i wyjęcia tych spraw z właściwości zwyczajnych trybunałów kościelnych świadczy o tym, iż prawodawca kanoniczny traktuje nadużycie seksualne wobec małoletnich popełnione przez duchownych jako szczególnie poważne czyny kryminalne i umieszcza je w katalogu najcięższych przestępstw.

Nadużycie seksualne duchownego wobec dziecka jest w kanonicznym porządku prawnym zagrożone karą definitywnego wydalenia ze stanu duchownego, czyli najdotkliwszą karą ekspiacyjną, jaka może spotkać kapłana w Kościele¹². Oczywiście należy pamiętać, że czyny takie stanowią również przestępstwa w polskim porządku prawnym¹³, gdzie także są zagrożone surowymi karami, choć innego rodzaju aniżeli na forum kanoniczno-prawnym. Można wprowadzić porównywać karę wydalenia ze stanu duchownego z sankcjami, którymi polski kodeks karny grozi za przestępstwa przeciwko wolności seksualnej i obyczajności popełnionymi w stosunku do osób

na celu zagwarantowanie, aby ksiądz, który łatwo mógł stać się ofiarą fałszywego lub oszczerczego oskarżenia, był chroniony przed zniesławieniem, dopóki nie zostanie udowodniona jego wina. Gwarantowała to ścisła dyskrekcja przy przeprowadzaniu samego postępowania, mająca na celu ochronę wszystkich zainteresowanych osób przed niewłaściwym rozgłosem, aż do ostatecznej decyzji trybunału kościelnego. Instrukcja zawierała także regulację poświęconą *crimen pessimum*, stanowiąc, że specjalne procedury przewidziane dla przypadków nakłaniania do grzechu będą stosowane również w odniesieniu do tego czynu, z przystosowaniem koniecznym ze względu na naturę przypadku. Niedoskonałe tłumaczenie tego tekstu na język angielski pozwoliło na wysuwanie przeciwko Kościołowi oskarżeń o skonstruowanie systemu tuszowania przestępstw natury pedofilnej wśród księży. Wbrew rozpowszechnianemu zarzutowi dokument ów nie zawierał zakazu powiadamiania o przestępstwie władz świeckich, choć w praktyce powoływano się na instrukcję, by tego nie czynić. Zob. Normy motu proprio „*Sacramentorum sanctitatis tutela*”. Wprowadzenie historyczne, „L’ Osservatore Romano” (wyd. pol.) 10 (2010), s. 57–59.

¹⁰ T. Pawluk, *Prawo kanoniczne...*, dz. cyt., s.74.

¹¹ Jan Paweł II, Konstytucja apostolska *Pastor bonus*, o Jezusie Chrystusie dobrym pasterzu, 28 czerwca 1988, Watykan 1988, nr 52.

¹² KPK, kan. 290, 2º; kan. 291-293, a także kan. 1350 § 1 i 2.

¹³ W rozumieniu prawa polskiego przestępstwo stanowi m.in. obcowanie seksualne z osobą małoletnią poniżej lat piętnastu (art. 200 § 1 Kodeksu karnego), udostępnianie treści pornograficznych małoletniemu poniżej lat piętnastu (art. 200 § 3–5 kk), zgwałcenie osoby poniżej lat piętnastu (art. 197 § 3 ust. 2 kk), wykorzystanie seksualne osoby upośledzonej umysłowo (art. 198 kk), wytwarzanie, rozpowszechnianie i posiadanie treści pornograficznych z udziałem małoletnich (art. 202 § 3–4c kk), nawiązywanie przy pomocy sieci teleinformatycznych kontaktu z małoletnim poniżej lat piętnastu w celu wykorzystania seksualnego (art. 200a kk), publiczne propagowanie lub pochwalanie zachowań o charakterze pedofilskim (art. 200b kk), a także nadużycie stosunku zależności lub zaufania albo w zamian za udzielenie lub obietnicę korzyści materialnej wobec małoletniego w celu wykorzystania seksualnego (art. 199 kk).

małoletnich, a więc np. kara do 15 lat pozbawienia wolności za obcowanie płciowe z osobą poniżej 15 roku życia¹⁴ czy też kara pozbawienia wolności do 10 lat za posiadanie treści pornograficznych z udziałem małoletniego¹⁵ i w rezultacie tego porównania uznać kary kanoniczne za dużo mniej dotkliwe, niewspółmierne w stosunku do uczynionego zła, należy jednak mieć na uwadze, iż duchowni dopuszczający się tego rodzaju przestępstw podlegają obu porządkom prawnym (kościelnemu i państwowemu) i kara, jaką ponoszą w jednym systemie nie zwalnia ani nie zastępuje kary wymierzonej w innym¹⁶. Prawo kościelne nie zastępuje prawodawstwa karnego krajów, w których Kościół działa, i nie jest stosowane zamiast prawa świeckiego ale obok niego. Duchowni, którzy dopuścili się czynów będących przestępstwami w rozumieniu państwowego prawa karnego są ścigani i sądzeni na mocy praw krajów, których są obywatelami lub w których zamieszkują, względnie w których przestępstwo zostało popełnione. Kary przewidziane przez Kodeks Prawa Kanonicznego są sankcjami właściwymi dla wspólnoty Kościoła. Mają one inny charakter niż kary wymierzane przez władzę świecką i polegają na pozbawieniu jakiegoś dobra: duchowego, prawnego czy nawet materialnego, ale muszą być to dobra będące w dyspozycji Kościoła¹⁷, stąd kary kościelne należą do innego zakresu aniżeli sankcje znane w systemach prawa państwowego. Oprócz kary wydalenia ze stanu duchownego kan. 1336 § 1 KPK/83 przewiduje jeszcze następujące sankcje: zakaz lub nakaz przebywania na określonym miejscu lub terytorium; pozbawienie lub zakaz korzystania z władzy, urzędu, zadania, prawa, przywileju, uprawnienia, łaski, tytułu, odznaczenia, nawet czysto honorowego; karne przeniesienie na inny urząd¹⁸.

Pamiętać należy, że w kanonicznym porządku prawnym kara, oprócz znanych także w prawie świeckim funkcji: retrybtywnej (odpłata za popełnione przestępstwo), prewencyjnej (uchronienie się przed kolejnymi przestępstwami popełnianymi przez sprawcę), resocjalizacyjnej (umożliwienie powrotu do społeczeństwa) i odstraszającej (kształtowanie zachowań społecznych) ma jeszcze charakter właściwy dla eklezjalnej społeczności zbawczej. Kanoniczne prawo karne podporządkowane jest uświęcającej i zbawczej misji Kościoła: skierowane jest na poprawę sprawcy przestępstwa, naprawę komunii kościelnej naruszonej przez przestępstwo, a zatem w ostatecznym rozrachunku jest wyrazem troski Kościoła o zbawienie przestępcy i zbawienie

¹⁴ Art. 197 § 3, p. 2 kk.

¹⁵ Art. 202 § 4a kk.

¹⁶ Trzeba jednak pamiętać o przepisie kan. 1344 KPK, w myśl którego sędzia kościelny zgodnie z własnym sumieniem i roztropnością może powstrzymać się od wymierzenia kary lub wymierzyć karę mniejszą albo zastosować pokutę, jeśli winny został już wystarczająco ukarany przez władzę świecką lub przewiduje się, że będzie przez nią ukarany.

¹⁷ J. Syryjczyk, *Sankcje w Kościele...*, dz. cyt., s. 53.

¹⁸ KPK, kan. 1336 § 1.

dusz w ogólności, tak by przestępstwo bez reakcji nie spowodowało zgorzenia we wspólnocie wiernych¹⁹.

Swoistym wyrazem tej odrębności obu porządków prawnych: kościelnego i świeckiego jest różnica w prawno-karnym określeniu przestępstwa wykorzystania seksualnego małoletnich. Zgodnie z historycznym brzmieniem kan. 1395 § 2²⁰ stanowił bowiem o „wykroczeniu przeciwko szóstemu przykazaniu Dekalogu” i stanowi: „Duchowny, który w inny sposób²¹ wykroczył przeciwko szóstemu przykazaniu Dekalogu, jeśli jest to połączone z użyciem przymusu lub gróźb, albo publicznie lub z osobą małoletnią poniżej lat szesnastu²², powinien być ukarany sprawiedliwymi karami, nie wyłączając w razie potrzeby wydalenia ze stanu duchownego”. Aktualnie tejsze regulacji należy szukać w kan. 1398 §. 1 KPK, który dotyczy przestępstw seksualnych wobec małoletnich. Mimo odwołania się w cytowanym kanonie do Dekalogu, należy pamiętać, że prawodawca kościelny nie ustanawia kar za grzechy, bowiem ta kategoria należy do oceny moralnej czynu człowieka, ale kary za przestępstwa. Choć każde przestępstwo jest również grzechem, nie każdy grzech, nawet należący do tych najcięższych, jest przestępstwem w rozumieniu kanonicznego prawa karnego. Przestępstwem jest nie tyle naruszenie przykazania Bożego, ile zewnętrzne naruszenie ustawy, z którą związana jest sankcja karna²³. Pojęcie przestępstwa „przeciwko szóstemu przykazaniu Dekalogu” z osobą małoletnią jest nieostre, określane nawet jako niejasne i nazbyt szerokie²⁴ i obejmuje jakikolwiek czyn zewnętrzny²⁵ mający znamiona grzechu ciężkiego w dziedzinie seksualności²⁶, dokonany przez duchownego czyli osobę, która przyjęła święcenia (diakona, prezbitera lub biskupa)²⁷,

¹⁹ Zob. A. Marzoa, *El derecho penal canónico al servicio de la misión santificadora de la Iglesia*, w: *Derecho canónico a los diez años de la promulgación del Código. XIII Jornadas de la Asociación Española de Canonistas*, Madrid 14–16 april 1993, Salamanca 1994, s. 263–293.

²⁰ KPK, kan. 1395 § 2.

²¹ Paragraf 1 tego samego kanonu ustanawia kary dla duchownych konkubinariuszy oraz trwających w innym zewnętrznym i wywołującym zgorzenie grzechu przeciwko szóstemu przykazaniu Dekalogu.

²² Jan Paweł II, *Motu proprio Sacramentorum sanctitatis tutela*, 30 kwietnia 2001 roku, podniosło wiek ofiary przestępstwa z 16 do 18 lat, aczkolwiek brzmienie kan. 1395 § 2 nie uległo zmianie.

²³ Zob. P. M. Gajda, *Sankcje karne w Kościele w świetle Kodeksu Prawa Kanonicznego Jana Pawła II oraz późniejszych zmian i uzupełnień. Studium kanoniczno-pastoralne*, Tarnów 2008, s. 20–21.

²⁴ D. Borek, „*Delicta graviora contra mores*” w normach „*De delictis reservatis*” z 2010 roku, „Prawo Kanoniczne” 2014, t. 57, nr 2, s. 56–57.

²⁵ J. Syryjczyk, *Sankcje w Kościele...*, dz. cyt., s. 100–103.

²⁶ „Tradycja Kościoła zawsze uważała, że szóste przykazanie obejmuje całość ludzkiej płciowości”. Katechizm Kościoła katolickiego, nr 2336. Dlatego nie można ograniczać zakresu przestępstwa jedynie do cudzołóstwa czy grzesznych relacji duchownego z osobą pozostającą w związku małżeńskim.

²⁷ D. Borek, „*Sextum Decalogi praeceptum*” w kanonicznym prawie karnym aktualnie obowiązującym, Tarnów 2015, s. 95.

z osobą, która nie ukończyła osiemnastego roku życia²⁸. Może zatem obejmować takie czyny zabronione, jak: obcowanie płciowe z małoletnim niezależnie od płci, wystąpienie prowokacji, przyzwolenia lub sprzeciwu czy świadomości ofiary²⁹, która może być np. podczas tej czynności we śnie, dotykane intymnych części ciała, zmysłowy pocałunek w usta, masturbację (także dokonywaną w obecności małoletniego), doprowadzenie do czynności seksualnej małoletniego z inną osobą, której duchowny miałby się tylko przyglądać, demonstrowanie małoletniemu czynności seksualnych dokonywanych przez samego siebie lub przez osoby trzecie, obnażanie się, pokazywanie małoletniemu treści pornograficznych, prowokowanie lub namawianie go do grzechu nieczystego (także przy użyciu wysyłanej mu poczty elektronicznej), fotografowanie lub filmowanie nieletnich w celach pornograficznych, a nawet niestosowne komentarze czy prowadzenie rozmów na tematy seksualne³⁰. Do zaistnienia przestępstwa nie jest konieczny fizyczny kontakt z ofiarą, bowiem czyn przestępny może być dokonany np. poprzez telefon czy Internet, a każde działanie podjęte przez sprawcę w celu wykorzystania małoletniego dla uzyskania podniecy seksualnej już samo w sobie stanowi przestępstwo. Nie ma również znaczenia, czy będzie to czyn jednorazowy czy habitualny³¹.

Należy podkreślić, że znamiona przestępstwa kanonicznego mają nie tylko czyny określane w seksuologii jako pedofilia (czyli patologiczna skłonność seksualna do dziecka, które nie osiągnęło jeszcze dojrzałości płciowej)³², ale także tzw. czyny pedofilne, a więc dokonywane przez kogoś, kto nie jest dotknięty pedofilią w znaczeniu medycznym, czy też takie uczynki seksualne, które nie są uważane za patologiczne z punktu widzenia medycyny³³, ani nie są uznane za przestępstwo przez prawo polskie, np. motywowane obopólnym zaangażowaniem uczuciowym dobrowolne relacje seksualne duchownego z kobietą, która niebawem osiągnie pełnoletniość, ale w chwili popełnienia czynu ma dopiero 17 lat i 11 miesięcy. W tym przypadku można powiedzieć, iż prawo kościelne jest surowsze od prawa państwowego, bowiem prawo polskie w takiej sytuacji nie przewiduje żadnej kary.

²⁸ KPK, kan. 97 § 1. Zgodnie z art. 6 § 1, 1^o Modyfikacji wprowadzonych do tekstu „*Normae de gravioribus delictis*”, 15 lipca 2010 roku, z małoletnim zrównany jest ten, kto trwale jest niezdolny do posługiwania się rozumem (niezdolny do odpowiedzialnego działania), niezależnie od wieku takiej osoby.

²⁹ KPK, kan. 1326 § 1, 2^o.

³⁰ A. Domaszek, *Reakcja Kościoła na nadużycia seksualne wobec nieletnich ze strony duchownych*, „Seminare” 2012, nr 31, s. 75-76.

³¹ D. Borek, *Sextum Decalogi praeceptum...*, dz. cyt., s. 111-113.

³² J. Bernal, *Regulación de los „delitos contra el sexto mandamiento”. El c. 1395, „Fidelium Iura”* 2003, nr 13, s. 69.

³³ P. M. Gajda, *Sankcje karne w Kościele...*, dz. cyt., s. 148.

W odniesieniu do popełnienia przez duchownego nadużycia seksualnego w stosunku do małoletnich na forach kościelnym i państwowym prowadzone są niezależne postępowania i, w razie udowodnienia winy, wymierzone są niezależne kary, które odpowiadają specyfice obu porządków prawnych. Chociaż relacje z władzami świeckimi nie są jednakowe w poszczególnych krajach, niemniej jednak ważna jest współpraca z nimi w zakresie własnych kompetencji. Kwestią szczególnie delikatną dla przełożonego kościelnego jest obowiązek powiadomienia państwowych organów ścigania o podejrzeniu popełnienia przestępstwa.

Również w przypadku, gdyby w danej sprawie wcześniej zostało wszczęte postępowanie przez organy państwowe, nie rozpoczyna się dochodzenia kanonicznego, a już rozpoczęte ulega zawieszeniu do czasu zakończenia tego pierwszego. Przełożony kościelny ma obowiązek zapoznać się z rozstrzygnięciami organów państwowych i uwzględnić je w swoich decyzjach. Choć w literaturze wyraża się wątpliwość, w jaki sposób postępowanie kanoniczne mogłoby ingerować w dochodzenie prowadzone przez państwo³⁴, jednakże skazanie lub uniewinnienie na forum świeckim będzie miało duże znaczenie dla rozstrzygnięć podejmowanych w zakresie kanonicznym, jakkolwiek nawet uwolnienie spod zarzutów w świetle prawa świeckiego nie przesądza o tym, że nie zostało popełnione przestępstwo kanoniczne.

Zgodnie z art. 304 § 1 Kodeksu postępowania karnego: każdy, dowiedziawszy się o popełnieniu przestępstwa ściganego z urzędu, ma społeczny obowiązek zawiadomić o tym prokuratora lub policję. Użyte określenie oznacza, iż jest to moralny obowiązek każdego praworządnego człowieka³⁵.

2. Działalność papieża Franciszka na rzecz ochrony małoletnich przed nadużyciami seksualnymi

Przestępstwa związane z wykorzystywaniem seksualnym powodują u ofiar szkody fizyczne, psychiczne i duchowe oraz szkodzą wspólnocie wiernych. Aby takie zjawiska w jakichkolwiek formach nie miały więcej miejsca, potrzebne jest nieustanne i głębokie nawrócenie serc, potwierdzone konkretnymi i skutecznymi działaniami, które angażowałyby wszystkich w Kościele tak, aby osobista świętość i zaangażowanie moralne mogły przyczynić się do krzewienia pełnej wiarygodności przepowiadania ewangelicznego i skuteczności misji Kościoła³⁶.

³⁴ D. Astigueta, *La persona e i suoi diritti nelle norme sugli abusi sessuali*, „Periodica” 2004, nr 93, s. 647-648.

³⁵ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. - *Kodeks postępowania karnego* (Dz. U. 1997 nr 89 poz. 555 ze zm.).

³⁶ Franciszek, List apostolski motu proprio *Vos estis lux mundi*, 7 maja 2019 roku, „L' Osservatore Romano” (wyd. pol.) 6 (2019), s. 57-58.

Odpowiedzialność ta spoczywa przede wszystkim na następcach Apostołów ustanowionych przez Boga do przewodzenia duszpasterskiego ludowi chrześcijańskiemu i wymaga ona od nich wysiłku³⁷. To, co w sposób bardziej rygorystyczny dotyczy następców Apostołów, odnosi się do wszystkich, którzy na różne sposoby podejmują posługę w Kościele, ślubują życie zgodne z radami ewangelicznymi lub są powołani do służby ludziom. Dlatego dobrze, aby na poziomie powszechnym zostały przyjęte procedury mające na celu zapobieganie i zwalczanie tych przestępstw, które są zdradą zaufania wiernych³⁸. Franciszek w swoim liście apostolskim *Vos estis lux mundi* w wersji tekstu z 2019 roku wprost wskazuje podmioty odpowiedzialne za troskę o małoletnich w Kościele. Ponadto papież stawia krok dalej i reguluje postępowanie w sprawach ich wykorzystywania, rozszerzając krąg podmiotów podlegających ochronie także na osoby bezradne.

Wydany przez papieża list apostolski *Vos estis lux mundi* został promulgowany poprzez publikację w „L'Osservatore Romano” i wszedł w życie 1 czerwca 2019 roku, a następnie został opublikowany w *Acta Apostolicae Sedis*. Jest to przełom w walce z nadużyciami w Kościele katolickim. Akcent zostaje położony na Kościół jako wspólnotę wiernych, której zadaniem jest troska o zbawienie każdego człowieka i dobro wspólne społeczności, wśród której realizuje swoją misję. Ze względu na Chrystusa każdy katolik powinien być wrażliwy na wszystko, co służy prawdziwemu dobru człowieka i nie pozostawać obojętny na to, co mu zagraża³⁹.

Zadaniem wszystkich, którzy pełnią posługę we wspólnotach Kościoła, w sposób szczególny biskupów, prezbiterów, diakonów oraz ich współpracowników i współpracowniczek, jest pomagać ludziom, którym służą, by w swoim codziennym życiu znaleźli Boga⁴⁰. Podstawową zasadą tej posługi jest poszanowanie godności każdej osoby na wzór Chrystusa Pana. Szczególnym wymogiem tej zasady jest uznanie i respektowanie prawa wszystkich dzieci oraz młodzieży do tego, by były otoczone troską i szacunkiem oraz wzrastały w środowisku bezpiecznym, wolnym od wykorzystania, manipulacji i przemocy.

Każde dziecko, przyjęte z wdzięcznością przez wspólnotę Kościoła jako dar od Boga jest podmiotem tego niezbywalnego prawa zakorzenionego głęboko w nauczaniu Jezusa. Zobowiązuje to do nieskazitelnie bezinteresownej służby na rzecz

³⁷ Tamże.

³⁸ Tamże.

³⁹ Jan Paweł II, Encyklika *Redemptor hominis*, o Jezusie Chrystusie, ośrodku wszechświata i historii, 2 marca 1979 roku, Wrocław 1994, nr 13.

⁴⁰ Konferencja Episkopatu Polski, uchwała nr 14/384/2019 w sprawie nowelizacji *Wytocznych dotyczących wstępnego dochodzenia kanonicznego w przypadku oskarżeń duchownych o czyny przeciwko szóstemu przykazaniu Dekalogu z osobą niepełnoletnią poniżej osiemnastego roku życia*, „Akta Konferencji Episkopatu Polski” 2019 nr 31.

duchowego, fizycznego i emocjonalnego rozwoju dzieci i młodzieży oraz wyklucza, aby ktokolwiek z posługujących w Kościele w jakikolwiek sposób naruszał fizyczną lub psychiczną integralność dzieci i młodzieży. Równocześnie zobowiązuje do zaangażowania na rzecz przejrzystości w wyjaśnianiu wszelkich podejrzeń o niewłaściwe zachowania oraz do zapewnienia, że osoby winne naruszeń praw dzieci i młodzieży, niezależnie od pełnionej funkcji lub urzędu, zostaną pociągnięte do odpowiedzialności zgodnie z obowiązującymi normami ustanowionymi przez kompetentną władzę kościelną przy poszanowaniu prawa obowiązującego w Polsce⁴¹.

Problematyka nadużyć nie jest problemem nowym w Kościele. Jednakże wraz z rozwojem nowoczesnych technologii i rozluźnieniem więzi społecznych nastąpiła potrzeba powrotu do wartości, które na skutek zaniedbań społeczność kościelna zagubiła. Z rozpoczęciem pontyfikatu papieża Franciszka odżyła na nowo konieczność podjęcia działań na rzecz małoletnich dotkniętych niewłaściwym zachowaniem ze strony duchownych. Daje to pewność, że osoby winne naruszeń praw dzieci i młodzieży, niezależnie od pełnionej funkcji lub urzędu, zostaną pociągnięte do odpowiedzialności zgodnie z obowiązującymi normami ustanowionymi przez kompetentną władzę kościelną przy poszanowaniu prawa obowiązującego w Polsce.

Początków reformy w Kościele w stosunku do przestępstw na tle seksualnym należy upatrywać w działaniach papieża Jana Pawła II, który 30 kwietnia 2001 roku wydał list apostolski w formie motu proprio *Sacramentorum sanctitatis tutela*, w którym m. in. przestępstwa przeciwko szóstemu przykazaniu Dekalogu popełnione przez duchownego wobec osoby małoletniej zastrzegł dla Kongregacji Nauki Wiary. Następnie papież Jan Paweł II w ciągu kolejnych trzech lat swego pontyfikatu udzielił Kongregacji Nauki Wiary szczególnych uprawnień, które papież Benedykt XVI potwierdził w 2005 roku, a następnie polecił 21 maja 2010 roku opublikować⁴². Dotychczas brak było kompleksowego ustawodawstwa, które wraz z duchem czasu stanowiłoby odpowiedź na palący problem, w obliczu którego stoi współczesny Kościół. Rozwiązania prawne znajdziemy właśnie w dokumencie Franciszka z 2019 roku. Tenże list apostolski jest efektem wielu działań podejmowanych przez papieża oraz licznych spotkań z wiernymi, których z wielkim zaangażowaniem i należnym szacunkiem zawsze wysłuchuje, gdziekolwiek udaje się na misję.

Jak już zostało wskazane, rozstrzyganie w sprawach przestępstw seksualnych popełnionych przez duchownych wobec osób niepełnoletnich w porządku prawnym

⁴¹ Tamże.

⁴² Congregationis pro Doctrina Fidei, *Normae de delictis Congregationi pro Doctrina Fidei reservatis seu Normae de delictis contra fidem necnon de gravioribus delictis*, 21 maii 2010, AAS 102 (2010) 737-739; tekst polski: Kongregacja Nauki Wiary, Normy materialne, http://www.vatican.va/resources/resources_norme_pl.html (dostęp: 21.02.2026 r.).

Kościół jest zastrzeżone dla Kongregacji Nauki Wiary. Do najcięższych przestępstw tego rodzaju prawo Kościoła zalicza: 1° przestępstwo przeciw szóstemu przykazaniu Dekalogu, popełnione przez duchownego z niepełnoletnim poniżej osiemnastego roku życia (z niepełnoletnim zrównana jest osoba, która trwale jest niezdolna posługiwać się rozumem); 2° nabywanie albo przechowywanie lub upowszechnianie w celach satysfakcji seksualnej obrazów pornograficznych, przedstawiających małoletnich poniżej czternastego roku życia, przez duchownego w jakikolwiek sposób i za pomocą jakiegokolwiek urządzenia⁴³.

Wśród ważnych zadań, które mają na celu zabezpieczenie dobra wspólnego wierznych, w szczególności zaś ochronę dzieci i młodzieży, znajduje się przyjęcie właściwej postawy wobec przypadków nadużyć seksualnych popełnionych przez duchownych wobec osób małoletnich. W nauczaniu Kościoła, w jego praktyce duszpasterskiej i wychowawczej oraz w jego rozstrzygnięciach dyscyplinarnych, bezpieczeństwo dzieci i młodzieży jest integralną częścią dobra wspólnego oraz jest objęte szczególną troską. Kościół pragnie być przykładem stosowania najlepszych praktyk, zarówno w ochronie dzieci i młodzieży, jak i w odpowiedzi na krzywdy wyrządzone przez duchownych. Jedyną możliwą reakcją Kościoła na bolesne zjawisko wykorzystania seksualnego osób małoletnich jest rzetelne poszukiwanie prawdy i sprawiedliwości oraz trwanie na ich gruncie. Nadużycia seksualne Kościół uznaje za ciężkie grzechy, domagające się jednoznacznych reakcji także o charakterze dyscyplinarnym wobec osób, którym udowodniono popełnienie takich czynów, podjęcia uzdrawiającego dzieła pokuty, zarówno przez sprawcę, jak i całą wspólnotę Kościoła, naprawienia wyrządzonych krzywd wobec ofiary i wspólnoty oraz dołożenia wszelkich starań, aby podobne sytuacje nie miały miejsca w przyszłości. Oskarżenia duchownych o czyny przeciwko szóstemu przykazaniu z osobą małoletnią poniżej osiemnastego roku życia mogą również otwierać łatwe pole do nadużyć z uwagi na wyjątkowe trudności, zarówno w dowodzeniu winy, jak i w wykazaniu niewinności. Kontekstem koniecznym do uwzględnienia w tych sprawach jest ponadto łatwość medialnego wykorzystywania takich faktów, niezależnie od ich udowodnienia lub nie, w celu podważania autorytetu Kościoła. Powyższe okoliczności sprawiają, że sami duchowni powinni mieć świadomość wyjątkowości każdej z tych sytuacji. Nie może to jednak powodować jakiegokolwiek chęci ukrywania bądź tuszowania takich faktów. Chodzi tu bowiem

⁴³ Konferencja Episkopatu Polski, uchwała nr 14/384/2019 w sprawie nowelizacji *Wytycznych dotyczących wstępnego dochodzenia kanonicznego...*, dz. cyt.

o czyn zakazany w porządku moralnym, naruszający nadto porządek dyscyplinarny Kościoła, a także stanowiący przestępstwo w prawie polskim⁴⁴.

Jednym z działań na rzecz ochrony małoletnich podjętych przez Franciszka na przestrzeni jego pontyfikatu jest powołanie Komisji ds. Ochrony Osób Małoletnich.

3. Podsumowanie

Podsumowując, ochrona małoletnich przed nadużyciami seksualnymi w Kościele katolickim jest niezwykle istotnym zagadnieniem, które w ciągu ostatnich dziesięcioleci stało się jednym z centralnych punktów działalności papieża Franciszka. Jego pontyfikat przyniósł szereg reform prawnych, teologicznych i pastoralnych, mających na celu nie tylko karanie sprawców, ale przede wszystkim zapobieganie tego rodzaju przestępstwom oraz wspieranie ofiar. Motu proprio *Vos estis lux mundi*, wydane przez papieża Franciszka w 2019 roku, stanowi kamień milowy w tej walce, wprowadzając szereg procedur mających na celu transparentność, odpowiedzialność i ochronę dzieci i osób bezradnych w Kościele.

Reformy te, choć kontynuacja wcześniejszych działań (w tym dokumentu *Sacramentorum sanctitatis tutela* wydanego przez papieża Jana Pawła II), wyróżniają się przede wszystkim większym naciskiem na odpowiedzialność nie tylko duchownych, ale i wszystkich osób zaangażowanych w życie Kościoła, jak również rozszerzeniem ochrony na osoby wrażliwe w każdym wieku. Przestępstwa związane z wykorzystywaniem seksualnym małoletnich są traktowane przez Kościół jako jedne z najcięższych przewinień, zasługujących na surowe kary i wymagających od Kościoła szczególnego zaangażowania w naprawienie wyrządzonych krzywd.

Papież Franciszek w swoich działaniach wychodzi z założenia, że jedynie poprzez autentyczne nawrócenie, duchowe zaangażowanie oraz systemowe reformy można przywrócić zaufanie wiernych i zapewnić bezpieczeństwo dzieci i młodzieży. Powołanie Komisji ds. Ochrony Osób Małoletnich oraz inne inicjatywy mają na celu nie tylko zwalczanie nadużyć, ale także stworzenie przestrzeni, w której troska o dzieci staje się nieodłącznym elementem misji Kościoła.

Reformy wprowadzone przez papieża Franciszka, choć nie eliminują problemu całkowicie, stanowią ważny krok w stronę bardziej transparentnego, odpowiedzialnego i sprawiedliwego Kościoła, który nie tylko potępia nadużycia, ale także aktywnie dąży do ich zapobiegania i zapewnienia ofiarom należytego wsparcia. Jednakże, aby zmiany te były skuteczne, konieczne jest dalsze zaangażowanie i współpraca zarówno

⁴⁴ Konferencja Episkopatu Polski, uchwała nr 14/384/2019 w sprawie nowelizacji *Wytycznych dotyczących wstępnego dochodzenia kanonicznego...*, dz. cyt.

w obrębie Kościoła, jak i z władzami świeckimi, a także nieustanne troszczenie się o moralny rozwój wspólnoty wiernych, aby nigdy więcej nie doszło do powtórzenia tak dramatycznych wydarzeń.

Bibliografia

Źródła

- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r.- Kodeks postępowania karnego (Dz. U. 1997 nr 89 poz. 555 ze zm.).
- Codex Iurs Canonici Pii X Pontificis Maximi iussu digestus, Benedicti Papae XV auctoritate promulgatus, AAS 9/II (1917).
- Kodeks Prawa Kanonicznego. Przekład polski zatwierdzony przez Konferencję Episkopatu, Poznań 1984.
- Normy motu proprio „*Sacramentorum sanctitatis tutela*”. Wprowadzenie historyczne, „L’ Osservatore Romano” (wyd. pol.) 10 (2010).
- Jan Paweł II, Konstytucja apostolska *Pastor bonus*, 28 czerwca 1988, Watykan 1988, nr 52.
- Jan Paweł II, *Motu proprio Sacramentorum sanctitatis tutela*, 30 kwietnia 2001, w: *Acta Apostolicae Sedis* 93 (2001).
- Jan Paweł II, Encyklika *Redemptor hominis*, 2 marca 1979, Wrocław 1994, nr 13.
- Franciszek, List apostolski motu proprio *Vos estis lux mundi*, 7 maja 2019 roku, „L’ Osservatore Romano” (wyd. pol.) 6 (2019).
- Konferencja Episkopatu Polski, uchwała nr 14/384/2019 w sprawie nowelizacji Wytycznych dotyczących wstępnego dochodzenia kanonicznego w przypadku oskarżeń duchownych o czyny przeciwko szóstemu przykazaniu Dekalogu z osobą niepełnoletnią poniżej osiemnastego roku życia, „Akta Konferencji Episkopatu Polski” 2019 nr 31.
- Congregationis pro Doctrina Fidei, Normae de delictis Congregationi pro Doctrina Fidei reservatis seu Normae de delictis contra fidem necnon de gravioribus delictis, 21 maii 2010, AAS 102 (2010) 737-739; tekst polski: Kongregacja Nauki Wiary, Normy materialne, http://www.vatican.va/resources/resources_norme_pl.html (dostęp: 21.02.2026 r.).

Literatura

- Astigueta D., *La persona e i suoi diritti nelle norme sugli abusi sessuali*, „Periodica” 2004, nr 93.
- Bernal J., *Regulación de los „delitos contra el sexto mandamiento*”. El c. 1395, „Fidelium Iura” 2003, nr 13.
- Borek D., „*Delicta graviora contra mores*” w normach „*De delictis reservatis*” z 2010 roku, „Prawo Kanoniczne” 2014, t. 57, nr 2.
- Borek D., „*Sextum Decalogi praeceptum*” w kanonicznym prawie karnym aktualnie obowiązującym, Tarnów 2015.

- Domaszk A., *Reakcja Kościoła na nadużycia seksualne wobec nieletnich ze strony duchownych*, „Seminare” 2012, nr 31.
- Gajda P. M., *Sankcje karne w Kościele w świetle Kodeksu Prawa Kanonicznego Jana Pawła II oraz późniejszych zmian i uzupełnień. Studium kanoniczno-pastoralne*, Tarnów 2008.
- Lempa, F., *Kanoniczna ochrona karna małoletnich przed nadużyciami seksualnymi*, Białystok 2013.
- Lombardi F., *Ochrona nieletnich to priorytet Kościoła*, 1-3 maja 2014 roku, <https://www.deon.pl/religia/kosciol-i-swiat/z-zycia-kosciola/art,17976,ochrona-nieletnich-to-priorytet-kosciola.html> (dostęp z dnia: 21.02.2026 r.).
- Marzoa A., *El derecho penal canónico al servicio de la misión santificadora de la Iglesia*, w: *Derecho canónico a los diez años de la promulgación del Código. XIII Jornadas de la Asociación Española de Canonistas*, Madrid 14–16 april 1993, Salamanca 1994.
- Pawłuk T., *Prawo kanoniczne według Kodeksu Jana Pawła II*, t. IV: *Doczesne dobra Kościoła, Sankcje w Kościele, Procesy*, Olsztyn 1990.
- Syryjczyk J., *Pojęcie przestępstwa w świetle Kodeksu Prawa Kanonicznego Jana Pawła II*, „Prawo Kanoniczne” 1985, t. 28, nr 1-2.

Dobrostan psychiczny młodzieży jako efekt konfiguracji praktyk społecznych. Perspektywa socjologiczna w świetle badań

1. Wstęp

Artykuł podejmuje tezę, że dobrostan psychiczny młodzieży w Polsce należy ujmować przede wszystkim jako efekt konfiguracji praktyk społecznych, a nie wyłącznie jako indywidualną właściwość czy stan jednostki¹. Wychodzę z założenia, że to, co w dyskursach naukowych i politycznych nazywane jest „dobrym” lub „zaburzonym” stanem psychicznym, stanowi rezultat usytuowania młodych ludzi w określonych układach relacji, norm, materialnych warunków życia oraz codziennych rytyn, a zatem powinno być analizowane w ścisłym związku z praktykami rodzinnymi, szkolnymi, rówieśniczymi i medialnymi, w których uczestniczą na co dzień².

W pierwszej części artykułu rekonstruuje pojęcie dobrostanu psychicznego jako kategorii analitycznej w naukach społecznych, pokazując, że funkcjonuje ono na styku kilku tradycji teoretycznych. W ujęciach psychologicznych dobrostan psychiczny bywa definiowany jako kombinacja pozytywnego afektu, poczucia sensu, samorealizacji i zdolności do radzenia sobie z wymaganiami życia codziennego, przy czym

¹ Por. Maller, C. J., *Understanding health through social practices: Performance and materiality in everyday life*. „Sociology of Health and Illness” 2015, nr 37(1), s.52–66.

² Por. Aneshensel, C. S., *Toward explaining mental health disparities*, „Journal of Health and Social Behavior” 2009, nr 50(4), s. 377–394.; Horwitz, A. V., *An overview of sociological perspectives on the epidemiology of mental illness*, W T. L. Scheid i T. N. Brown (red.), *A handbook for the study of mental health*, Cambridge 2009, s. 6-19.

zaburzenia depresyjne traktowane są jako stany zakłócające te wymiary³. W epidemiologii społecznej dominuje podejście kontinuum „flourishing–languishing”, w którym dobrostan psychiczny stanowi wymiar zdrowia populacji, mierzony rozpowszechnieniem objawów depresyjnych i lękowych oraz wskaźników funkcjonowania społecznego⁴. Medycznopsychiatryczne definicje zdrowia psychicznego, odwołując się do klasyfikacji diagnostycznych, ujmują zaburzony dobrostan poprzez zespół objawów klinicznych oraz deficytów funkcjonowania, osadzonych w paradygmacie biologicznoterapeutycznym⁵. Na tym tle taki dobrostan psychiczny wpisuje się w nurt socjologicznych definicji zdrowia psychicznego, które podkreślają jego zakorzenienie w strukturze społecznej, nierównościach oraz systemach znaczeń, traktując dobrostan jako efekt poziomu integracji społecznej, pozycji klasowej i presji kulturowej na realizowanie określonych ideałów sukcesu⁶.

Druga część artykułu rozwija wątek społecznego kontekstu zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, wskazując, że kondycja psychiczna młodych ludzi pozostaje ściśle związana z ich usytuowaniem materialnym oraz siecią relacji, w którą są wpleceni. Odwołując się do badań krajowych i międzynarodowych, omawiam, w jaki sposób sytuacja ekonomiczna rodziny, jakość relacji domowych, doświadczenia szkolne oraz pozycja w grupie rówieśniczej przekładają się na ryzyko depresji, lęku, zachowań autodestrukcyjnych oraz poczucia samotności⁷. W tym ujęciu zdrowie psychiczne nastolatków nie jest rozumiane jako abstrakcyjny „stan” oderwany od życia społecznego, lecz jako wypadkowa ich usytuowania w polu rodzinnych, szkolnych i rówieśniczych relacji władzy, wsparcia i kontroli, co zbliża tę perspektywę

³ Por. Ryff, C. D., *Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being*, „Journal of Personality and Social Psychology” 1989, nr 57(6), s. 1069–1081.; Ruggeri K. i in., *Well-being is more than happiness and life satisfaction: a multidimensional analysis of 21 countries*, „Health and Quality of Life Outcomes” 2020, nr 18(192).

⁴ Por. Keyes, C. L. M., *The mental health continuum: From languishing to flourishing in life*, „Journal of Health and Social Behavior” 2002, nr 43(2), s. 207–222.

⁵ Por. Patrz: A. Cosma, S. Abdrakhmanova, D. Taut, K. Schrijvers, C. Catunda, C. Schnohr, *A focus on adolescent mental health and well-being in Europe, central Asia and Canada. Health Behaviour in School-aged Children international report from the 2021/2022 survey*, vol. 1., Copenhagen 2023.; American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed., Washington 2023.

⁶ B. Uramowska-Żyto, *Socjologiczne koncepcje zdrowia i choroby*, [w:] *Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie analizy*, A. Ostrowska (red.), Warszawa 2009, s. 65–87.

⁷ Por. J. Mazur, E. Małkowska-Szkućnik, *Zdrowie uczniów w 2018 roku na tle nowego modelu badań HBSC*, Warszawa 2020, s. 23–58, 150–165; J. Włodarczyk, *Przemoc wobec dzieci i zaniedbanie dzieci*, [w:] *Dzieci się liczą 2022. Raport o zagrożeniach bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce*, M. Sajkowska, R. Szredzińska (red.), Warszawa 2022, s. 251–252; Por. UNICEF, *The State of the World's Children 2024*, New York 2024, s. 15–16, 32.

do klasycznych analiz anomii i integracji społecznej oraz współczesnych studiów nad wykluczeniem i nierównościami edukacyjnymi⁸.

W kolejnej części przyjmuję perspektywę teorii praktyk społecznych, aby przesunąć punkt ciężkości z indywidualnych cech czy „stylów życia” na powtarzalne, usieciowione praktyki codzienności. Odwołuję się do koncepcji habitusu Pierre’a Bourdieu⁹, teorii strukturacji Anthony’ego Giddensa¹⁰, ujęć Theodora Schatzkiego¹¹ oraz propozycji Michela de Certeau¹², pokazując, że w centrum zainteresowania znajduje się tu praktyka rozumiana jako względnie stabilny spłot działań cielesnych i mentalnych, znaczeń, materiałów oraz kompetencji. W efekcie zdrowie i dobrostan nie są tu wynikiem „posiadania” określonych zasobów, lecz efektem uczestnictwa w konfiguracjach praktyk, które mają własną historię, trajektorię i są współkonstruowane przez infrastrukturę, technologie i instytucje¹³. Taka perspektywa pozwala wyjść poza metodologiczny indywidualizm i modele poznawczobehawioralne, które redukują działanie do postaw i wyborów jednostki, i skierować uwagę na relacyjne, materialne i temporalne wymiary życia codziennego nastolatków¹⁴.

Następna część artykułu dotyczy sposobów operacjonalizacji dobrostanu psychicznego dzieci i młodzieży w badaniach empirycznych. Analizuję, w jaki sposób dobrostan jest mierzony w projektach globalnych (m.in. World Happiness Report, PISA, Children’s Worlds), regionalnych (szczególnie HBSC w Europie) oraz w badaniach krajowych w Polsce. Wskazuję, że choć w wielu badaniach globalnych punktem wyjścia pozostaje subiektywny dobrostan ujmowany za pomocą pojedynczych miar zadowolenia z życia i ogólnego poczucia szczęścia, to coraz częściej uzupełnia się je o dodatkowe wymiary dobrostanu emocjonalnego, społecznego i eudajmonistycznego – takie jak jakość relacji, poczucie sensu, sprawczość czy wskaźniki dobrostanu psychicznego. Pokazuję, że wybór określonej operacjonalizacji dobrostanu powoduje, że jest on wielowymiarowy efekt usytuowania w sieciach relacji i praktyk,

⁸ Por. Patrz: É. Durkheim, *Zasady metody socjologicznej*, Warszawa 1982 (wyd. oryg. 1895), Cockerham, W. C., *Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure*. „Journal of Health and Social Behavior” 2005, nr 46(1), s. 51–67.

⁹ Por. P. Bourdieu, *The Logic of Practice*, Stanford University Press, Stanford 1990.

¹⁰ Por. A. Giddens, *The Constitution of Society: Outline of the Theory of Structuration*, Polity Press, Cambridge 1984.

¹¹ Por. T.R. Schatzki, *Social Practices: A Wittgensteinian Approach to Human Activity and the Social*, Cambridge University Press, Cambridge 1996.

¹² Por. M. de Certeau, *Wynaleźć codzienność. Sztuki działania*, Kraków 2019 (wyd. oryg. 1984).

¹³ Por. A. Reckwitz, *Toward a theory of social practices: A development in culturalist theorizing*. *European Journal of Social Theory* 2002, nr 5(2), s. 243–263.

¹⁴ Por. E. Shove, *Beyond the ABC: Climate change policy and theories of social change*, „Environment and Planning A” 2010, nr 42(6), s.1273–1285.

co ma bezpośrednie konsekwencje dla wniosków na temat nierówności i projektowania interwencji.

2. Dobrostan psychiczny jako kategoria w naukach społecznych

Dobrostan psychiczny jest w naukach społecznych ujmowany wielorako. Z perspektywy psychologicznej odnosi się on do subiektywnego funkcjonowania jednostki: jakości emocji, poczucia sensu, samorealizacji i zdolności do radzenia sobie z codziennymi wymaganiami; depresja interpretowana jest tu jako stan zakłócający te wymiary¹⁵. W ujęciach epidemiologicznych dobrostan psychiczny traktuje się jako kluczowy wymiar zdrowia populacji, analizowany na kontinuum od „flourishing” do „languishing”, a rosnąca częstość objawów depresyjnych i lękowych staje się wskaźnikiem pogarszającej się kondycji społecznej¹⁶. Z perspektywy medycznopsychiatrycznej zaburzony dobrostan psychiczny definiuje się poprzez zestawy objawów klinicznych i towarzyszące im deficyty funkcjonowania, mające swoje korelaty biologiczne i stanowiące przedmiot interwencji terapeutycznych¹⁷. Natomiast socjologiczne ujęcia dobrostanu psychicznego podkreślają jego zakorzenienie w strukturze społecznej, nierównościach i systemach znaczeń: to, co w danym kontekście uznaje się za „dobry” stan psychiczny, wiąże się z poziomem integracji społecznej, pozycją klasową oraz presją kulturową na spełnianie określonych ideałów sukcesu¹⁸.

Socjologiczne definicje zdrowia psychicznego akcentują zdolność jednostki do zinternalizowania norm społecznych, pełnienia ról oraz dostosowywania się do otoczenia kulturowego, przy jednoczesnym uwzględnieniu historycznego

¹⁵ C. Currie i in. (red.), *Social Determinants of Health and Well-being among Young People. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study: International Report from the 2009/2010 Survey*, Copenhagen 2012, s. 67–80; OECD, *PISA 2018 Results. Volume III: What School Life Means for Students' Lives*, Paris 2019, s. 40–41, 154; Por. T. Rose, S. Joe, A. Williams, i in., *Measuring Mental Wellbeing Among Adolescents: A Systematic Review of Instruments*, „J Child Fam Stud” 2017, nr 26, s. 2349–2362; Por. Orth Z., Moosajee F. and Van Wyk B., *Measuring Mental Wellness of Adolescents: A Systematic Review of Instruments*, „Front. Psychol.” 2022, nr 13, 835601.

¹⁶ Por. K. Corey, *The mental health continuum: from languishing to flourishing in life*, „Journal of health and social behavior” 2002, nr 43(2), s. 207–22.

¹⁷ A. Cosma i in., *A Focus on Adolescent Mental Health and Well-being in Europe, Central Asia and Canada. Health Behaviour in School-aged Children International Report from the 2021/2022 Survey*, Copenhagen 2023, s. 1–2.

¹⁸ Por. C. S. Aneshensel, *Toward explaining mental health disparities*, „J Health Soc Behav” 2009, nr 50(4), s. 377–94, Por. A. V. Horwitz, *An overview of sociological perspectives on the epidemiology of mental illness*, [w:] *A handbook for the study of mental health*, W T. L. Scheid i T. N. Brown (red.), Cambridge University Press 2009, s. 6–19.

i strukturalnego zakorzenienia tych norm i ról¹⁹. Z tej perspektywy zarówno zaburzenia psychiczne, jak i stan dobrostanu nie są wyłącznie diagnozą medyczną, lecz zjawiskami zakorzenionymi w życiu społecznym: w kontekstach kulturowych, relacjach społecznych i porządku instytucjonalnym, które współkształtują to, jak dobrostan lub cierpienie zostają nazwane, zinterpretowane i potraktowane. Socjologiczne i polityczne definicje zdrowia psychicznego akcentują między innymi zdolność jednostki pełnienia ról i utrzymywania relacji w określonym kontekście kulturowym, pośród innych zdolności, takich jak realizowanie własnych możliwości, rezyliencja czy produktywne działanie²⁰.

W socjologicznych badaniach zdrowia i dobrostanu o orientacji mikrointerakcjonistycznej, rozwijanych m.in. przez Goffmana²¹ i przedstawicieli symbolicznego interakcjonizmu, punkt ciężkości kładziony jest na definiowanie sytuacji, doświadczanie stygmatu, procesy etykietowania i negocjacje tożsamości w bezpośrednich interakcjach, często przy mniejszym uwzględnieniu materialnej infrastruktury, technologii i organizacji przestrzeni, w których interakcje te przebiegają. Z kolei w paradygmatach strukturalnosystemowych i funkcjonalistycznych²² oraz w klasycznej socjologii medycyny^{23, 24} zasadniczą jednostką analizy pozostaje jednostka lub grupa, którym przypisuje się określone cechy, zasoby bądź ryzyka (np. poziom rezyliencji, objawy depresyjne, status pacjenta czy pozycję klasową²⁵). W tym ujęciu zdrowie

¹⁹ B. Uramowska-Żyto, *Socjologiczne koncepcje zdrowia i choroby*, [w:] *Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie analizy*, A. Ostrowska (red.), Warszawa 2009, s. 65–87; Por. World Health Organization, *World Mental Health Report: Transforming Mental Health for All*, Geneva 2022, s. 11, 20; J. Domaradzki, *O definicjach zdrowia i choroby*, „Folia Medica Lodziensia” 2013, t. 40, nr 1, s. 5–29; A. V. Horwitz, J. C. Wakefield, *Two Sides of Depression: Medical & Social*, „Daedalus” 2023, t. 152, nr 4, s. 212–227.

²⁰ A. V. Horwitz, J. C. Wakefield, *Two Sides of Depression: Medical & Social*, „Daedalus” 2023, t. 152, nr 4, s. 212–227.

²¹ Por. E. Goffman, *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*, Prentice-Hall. 1963; H. S. Becker, *Outsiders: Studies in the sociology of deviance*, Free Press 1963; B. G. Link i in., *Stigma as a barrier to recovery*, „Journal of Health and Social Behavior” 1989, t. 30, nr 1.

²² Por. T. Parsons, *System społeczny*, Kraków 2009; Por. É. Durkheim, *Zasady metody socjologicznej*, Warszawa 1982 (wyd. oryg. 1895).

²³ Por. B. Uramowska-Żyto, *Zdrowie i choroba w świadomości społecznej* Warszawa 1992; W. C. Cockerham, *Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure*, „Journal of Health and Social Behavior” 2005, nr 46(1), s. 51–67; S. Nettleton, *The sociology of health and illness*, (3rd ed.), Polity Press 2013.

²⁴ Por. W. C., Cockerham, *Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure...*; S. Nettleton, *The sociology of health and illness...*

²⁵ Por. P. Bourdieu, *The forms of capital*, [w:] *Handbook of theory and research for the sociology of education*, J. Richardson (red.), Greenwood 1986, s. 241–258; Por. T. Abel, *Cultural capital and social inequality in health*, „Journal of Epidemiology and Community Health” 2008, nr 62(7), s. 13–16; por. W. C., Cockerham, *Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure...*; por. M. K. Grace, J. S. Van Heuvelen, *Health lifestyles and the reproduction of inequality*, „Journal of Health and Social Behavior” 2022, t. 63, nr 1, s. 1–18.

psychiczne i dobrostan są przede wszystkim stanem, który jest lub go nie ma, a jego utrata lub powrót do niego interpretowane są jako efekt posiadania określonego kapitału zdrowotnego czy psychospołecznego²⁶.

3. Społeczny kontekst zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży

Badania nad zdrowiem psychicznym dzieci i młodzieży konsekwentnie pokazują, że kondycja psychiczna młodych ludzi jest ściśle powiązana z ich usytuowaniem społecznym: sytuacją materialną rodziny, jakością relacji domowych, doświadczeniami szkolnymi oraz pozycją w grupie rówieśniczej²⁷. W krajowych raportach i analizach międzynarodowych – takich jak HBSC czy opracowania WHO – powraca wątek, że rozpowszechnienie objawów depresyjnych, myśli i prób samobójczych oraz poczucia samotności rośnie szczególnie w grupach doświadczających kumulacji obciążeń: ubóstwa, konfliktów rodzinnych, przemocy rówieśniczej oraz wysokiej presji szkolnej przy ograniczonym dostępie do wsparcia systemowego²⁸. W literaturze socjologicznej depresja opisywana jest nie tylko jako diagnoza medyczna, lecz także jako zjawisko psychospołeczne zakorzenione w kontekstach kulturowych, relacjach społecznych i normach, kształtujące się w indywidualnych narracjach oraz interakcjach z instytucjami i odzwierciedlające mechanizmy wykluczenia, presji kulturowej czy anomii²⁹.

Równolegle rośnie liczba opracowań, które wprost koncentrują się na społecznym zapleczu zdrowia psychicznego, analizując rolę rodziny, szkoły i środowiska lokalnego. Badania z zakresu socjologii i epidemiologii społecznej pokazują, że jakość więzi i wsparcia – emocjonalnego, instrumentalnego i informacyjnego – w sieciach rodzinnych i rówieśniczych pełni funkcję kluczowego bufora wobec kryzysów psychicznych³⁰. Systematyczny przegląd 52 badań longitudinalnych, obejmujących ponad 130 tys. nastolatków, podkreśla, że silne, wspierające relacje z rodzicami wyraźnie

²⁶ Ibidem.

²⁷ Por. Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę, *Diagnoza przemocy wobec dzieci w Polsce 2022*, Warszawa 2022; Por. J. Mazur, E. Małkowska-Szkućnik, *Zdrowie uczniów w 2018 roku na tle nowego modelu badań HBSC*, Warszawa 2020; por. UNICEF, *The State of the World's Children 2024*, New York 2024.

²⁸ Por. Najwyższa Izba Kontroli, *Opieka psychiatryczna dla dzieci i młodzieży*, Warszawa 2024; por. Moskaiewicz J. i in., *EZOP II – Epidemiologia zaburzeń psychicznych w Polsce. Raport z badania*, Warszawa 2021; por. P. Zdybek, E. Kielek-Rataj, *Przegląd danych dotyczących zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży*, Opole 2024.

²⁹ Por. D. Rancew-Sikora, *Depresja młodzieży w perspektywie socjologicznej*, „Przegląd Socjologiczny”, t. 70(4), s. 89–112.

³⁰ Por. J. C. Coyne, G. Downey, *Social Factors and Psychopathology: Stress, Social Support, and Coping Processes*, „Annual Review of Psychology” 1991, nr 42, s. 401–425; por. J. S. House, K. R. Landis, D. Umberson, *Social Relationships and Health*, „Science” 1988, nr 241(4865), s. 540–545; por. L. F. Berkman, I. Kawachi, (red.), *Social Epidemiology*, New York 2010.

redukują ryzyko depresji i lęku w czasie, niezależnie od płci i kontekstu kulturowego, a wsparcie rówieśnicze pełni dodatkową funkcję ochronną³¹. Dane z ostatnich edycji HBSC dla Polski wskazują, że spadek wsparcia rodzinnego – zwłaszcza wśród dziewcząt – oraz niski poziom wsparcia rówieśniczego współwystępują z wysoką presją szkolną i słabnącym wsparciem ze strony nauczycieli, co przekłada się na rosnące wskaźniki złego samopoczucia psychicznego i objawów depresyjnych³².

W analizach oraz w nowszych badaniach szczególnie podkreśla się centralną rolę rodziny jako środowiska, w którym kształtują się podstawowe „fundamenty” zdrowia psychicznego: wzory komunikacji, style wychowania, dostępność wsparcia emocjonalnego i materialnego³³. Badania pokazują, że otwarta, wspierająca komunikacja rodzinna sprzyja lepszemu funkcjonowaniu nastolatków, podczas gdy style wychowania oparte na kontroli, chłodzie emocjonalnym czy przemocy słownej wiążą się z wyższym poziomem depresyjności, zwłaszcza gdy nakładają się na nie czynniki strukturalne, takie jak niestabilność ekonomiczna³⁴. Jednocześnie rośnie świadomość znaczenia wsparcia ze strony innych dorosłych, zwłaszcza nauczycieli, którzy, jak pokazują wyniki projektu Heads Up, często jako pierwsi dostrzegają symptomy kryzysu tam, gdzie system rodzinny jest przeciążony lub niewydolny³⁵. Na tym tle coraz wyraźniej widać, że zdrowie psychiczne młodych nie może być sensownie rozumiane w oderwaniu od codziennych warunków życia, gęstości relacji oraz jakości otaczających ich instytucji.

Przyjmowana w niniejszym artykule perspektywa idzie o krok dalej: to, co dotąd opisywano ogólnie jako „społeczne uwarunkowania zdrowia psychicznego”, traktuję jako konfiguracje praktyk, rodzinnych, szkolnych, rówieśniczych i medialnych, w których dobrostan jest wytwarzany, podtrzymywany lub staje się kruchy³⁶. W tym sensie badania takie jak HBSC, w których raporty mówią o „czynnikach ryzyka” i „czynnikach ochronnych”, oraz krajowe raporty operujące kategoriami „zasobów” i „obciążeń”, można czytać jako empiryczne przybliżenia konkretnych praktyk

³¹ Por. M. M. Fitzpatrick, A. M. Anderson, C. Browning, J. L. Ford, *Relationship between family and friend support and psychological distress in adolescents*, „Journal of Pediatric Health Care” 2024, nr 38(6), s. 804–811.

³² Por. J. Mazur, E. Małkowska-Szkućnik, i in., *Zdrowie uczniów w 2018 roku na tle nowego modelu badań HBSC*, Warszawa 2020; Por. J. Inchley, Jo, D. Currie, S. Cosma, i in., *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study: International Report from the 2021/2022 Survey*, Copenhagen 2023.

³³ Por. UNICEF, *The State of the World's Children 2021: On My Mind – Promoting, Protecting and Caring for Children's Mental Health*, New York 2023.

³⁴ Por. M. J. Carlson, L.M. Berger, *What Kids Get from Parents: Packages of Parental Involvement across Complex Family Forms*, „Social Service Review” 2013, nr 87(2), s. 213–249.

³⁵ Por. A. Małkowska-Szkućnik i in., *Heads Up: Rola nauczycieli w dostrzeganiu kryzysów psychicznych młodzieży*, Warszawa 2024.

³⁶ Por. C. J. Maller, *Understanding health through social practices: Performance and materiality in everyday life*, „Sociology of Health and Illness” 2015, nr 37(1), s. 52–66.

(np. częstotliwości wspólnych posiłków, sposobów spędzania czasu, wzorów reagowania na stres szkolny), które razem współtworzą społeczną infrastrukturę dobrostanu psychicznego młodzieży³⁷.

4. Zdrowie i dobrostan w ujęciu teorii prakseologicznych

Perspektywa prakseologiczna przesuwając punkt ciężkości badań nad zdrowiem i dobrostanem z „posiadania” – obecnego w klasycznej socjologii medycyny oraz teoriach funkcjonalistycznych – na „działanie”: podstawową jednostką analizy stają się powtarzalne praktyki, a nie indywidualne cechy jednostek. Teorie praktyk społecznych nie tworzą jednak jednorodnego paradygmatu. Jak wskazuje Sikorska³⁸, stanowią one heterogeniczny i dynamicznie rozwijający się nurt myślenia, którego potencjał analityczny wynika właśnie z tej różnorodności, pozwalającej łączyć perspektywę systemową z wnikliwą, zorientowaną na działających aktorów analizą praktyk życia codziennego³⁹. Stąd w obrębie tego nurtu można wyróżnić podejścia takie jak koncepcja habitusu Pierre’a Bourdieu⁴⁰, teoria strukturacji Anthony’ego Giddensa⁴¹ czy ujęcie Theodora Schatzkiego⁴², które kładą większy nacisk na reprodukcję struktur, rutynizację działań oraz materialne układy, w których praktyki są osadzone. Innym przykładem podejścia do praktyk społecznych, podkreślającym, w odróżnieniu od powyższych, kreatywność działania w odpowiedzi na relacje władzy, jest teoria Michela de Certeau⁴³.

W literaturze prakseologicznej proponowano szereg ujęć tego, czym są praktyki społeczne i dlaczego to one, a nie indywidualne cechy jednostek, powinny stanowić podstawową jednostkę analizy. W teorii strukturacji Anthony’ego Giddensa praktyki rozumiane są jako rekurencyjne wzory działania, poprzez które wytwarzają się i odtwarzają systemy społeczne; struktura istnieje wyłącznie w swoich urzeczywistnieniach w praktykach oraz jako ślady pamięciowe orientujące działanie

³⁷ Por. J. Mazur, A. Małkowska-Szcutnik (red.), *Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych. Wyniki badań HBSC 2010*, Warszawa 2013; por. J. Mazur, A. Małkowska-Szcutnik (red.), *Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce na tle sytuacji w krajach Europy. Wyniki badań HBSC 2018*, Warszawa 2020; por. HBSC Network, *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study: International Report on the 2021/2022 Survey*, Copenhagen 2025).

³⁸ Por. M. Sikorska, *Teorie praktyk jako alternatywa dla badań nad rodziną prowadzonych w Polsce*, „Studia Socjologiczne” 2018, nr 2, s. 31–63.

³⁹ Ibidem.

⁴⁰ Por. P. Bourdieu, L.J. D. Wacquant, *An Invitation to Reflexive Sociology*, Chicago 2001.

⁴¹ Por. A. Giddens, *The constitution of society: Outline of the theory of structuration*, Polity Press, 1984.

⁴² Por. T. R. Schatzki, *Social practices: A Wittgensteinian approach to human activity and the social*, Cambridge University Press 1996.

⁴³ Por. M. de Certeau, *Wynaleźć codzienność. Sztuki działania*, Kraków 2019 (wyd. oryg. 1984).

„kompetentnych” aktorów⁴⁴. W tym duchu Pierre Bourdieu podkreśla, że przedmioty poznania są konstruowane, a zasadniczym mechanizmem tej konstrukcji jest habitus, rozumiany jako system ustrukturyzowanych i strukturyzujących dyspozycji, trwałych sposobów widzenia, odczuwania i działania, ucieleśnionych w praktyce i ukierunkowanych na funkcje praktyczne⁴⁵. Andreas Reckwitz definiuje praktykę jako zrutynizowany typ zachowania, który obejmuje splecione elementy działań cielesnych i mentalnych, rzeczy i ich użycia, a także kompetencje, wiedzę i umiejętności podzielane kulturowo⁴⁶. W podobnym duchu Elizabeth Shove, Mika Pantzar i Matt Watson opisują praktyki jako konfiguracje znaczeń, materiałów oraz umiejętności/kompetencji, których przekształcenia prowadzą do zmian w życiu codziennym⁴⁷. Theodore Schatzki proponuje rozróżnienie między praktyką jako bytem – względnie stabilnym spłotem powiązanych elementów, rozpoznawalnym „sposobem działania” – a praktyką jako wykonaniem, czyli konkretnym, ułożonym w czasie i przestrzeni wykonywaniem danej praktyki przez jej „nosicieli”, dzięki czemu praktyka jest wciąż na nowo podtrzymywana i reprodukowana⁴⁸. W ujęciu Michela de Certeau praktyki codzienności można rozumieć jako „sposoby operowania”, codzienne taktyki działania jednostek w odpowiedzi na narzucone instytucjonalnie strategie; czynności takie jak chodzenie po mieście czy robienie zakupów stają się formami używania i przekształcania norm oraz zasobów wytwarzanych przez silniejszych aktorów⁴⁹.

W nurcie prakseologicznym zdrowie i dobrostan nie są wynikiem indywidualnych postaw, decyzji czy stylu życia, lecz efektem uczestnictwa w zestawie usieciovionych praktyk społecznych, zakorzenionych w materialności codziennego życia⁵⁰. Taka perspektywa pozwala w analizie socjologicznego kontekstu dobrostanu wyjść poza metodologiczny indywidualizm i modele poznawczobehawioralne, które redukują działanie do postaw, zachowań i wyborów jednostki. Teorie praktyk społecznych traktują praktyki jako względnie trwałe jednostki posiadające własną historię i trajektorię, a zarazem podkreślają sprawczą rolę rzeczy, technologii i infrastruktury, które współkonstruuje praktyki zdrowotne⁵¹. W takim ujęciu zdrowie i dobrostan

⁴⁴ Por. A. Giddens, *The Constitution of Society...*

⁴⁵ Por. P. Bourdieu, L.J. D. Wacquant, *An Invitation to Reflexive Sociology...*

⁴⁶ Por. A. Reckwitz, *Toward a theory of social practices...*

⁴⁷ Por. E. Shove, M. Pantzar, M. Watson, *The Dynamics of Social Practice: Everyday Life and How It Changes*, London 2012.

⁴⁸ Por. T. R. Schatzki, *Social practices:...*

⁴⁹ Por. M. de Certeau, *Wynaleźć codzienność. Sztuki działania...*

⁵⁰ Por. C. J. Maller, *Understanding health through social practices: Performance and materiality in everyday life*, „Sociology of Health and Illness” 2015, 37(1), 52–66.

⁵¹ Ibidem.

nastolatków są rezultatem tego, jak konkretne konfiguracje praktyk – ich elementów, powiązań i częstotliwości wykonywania – układają się w codziennych rutynach, a nie jedynie sumą indywidualnych zasobów czy cech⁵².

5. Sposoby operacjonalizacji dobrostanu psychicznego dzieci i młodzieży w badaniach

W badaniach globalnych dobrostan psychiczny adolescentów jest najczęściej ujmowany poprzez wskaźniki subiektywnego dobrostanu (subjective wellbeing) oraz szerzej rozumianego dobrostan psychiczny. W dużych projektach porównawczych, takich jak Programme for International Student Assessment (PISA) OECD⁵³, Health Behaviour in Schoolaged Children (HBSC) WHO⁵⁴ czy Children's Worlds⁵⁵, dobrostan operacjonalizuje się za pomocą pojedynczych pytań o zadowolenie z życia (life satisfaction), skalowanych najczęściej w formie drabiny Cantrila (0–10), uzupełnianych miarami samopoczucia emocjonalnego i funkcjonowania w codzienności⁵⁶.

W analizach wykorzystujących dane PISA oraz *HBSC life satisfaction* staje się podstawowym wskaźnikiem dobrostanu, używanym zarówno do monitorowania trendów, w tym globalnego spadku satysfakcji z życia wśród nastolatków, jak i do porównań międzykrajowych oraz analiz zróżnicowań ze względu na płeć, status społecznoekonomiczny czy typ szkoły^{57, 58}. Systematyczne przeglądy narzędzi pokazują, że w badaniach globalnych dobrostan bywa rozumiany w sposób wąski (hedoniczny, skoncentrowany na satysfakcji i nastroju) lub szerszy, jako wielowymiarowe dobrostan psychiczny, obejmujące także poczucie sensu, nadziei, sprawczości i jakości relacji społecznych⁵⁹.

Na poziomie regionalnym, szczególnie w Europie, kluczową rolę odgrywa HBSC jako badanie zaprojektowane explicite do monitorowania zdrowia i dobrostanu młodzieży w jej społecznym kontekście⁶⁰. W ostatnich rundach (2017/2018

⁵² Ibidem.

⁵³ Por. OECD, PISA 2018 Results, Vol. III, 72.

⁵⁴ Por. WHO Regional Office for Europe, HBSC Study.

⁵⁵ Por. Children's Worlds, Children's Worlds Survey 2017–19.

⁵⁶ Ibidem.

⁵⁷ Ibidem.

⁵⁸ Por. P. S. Azzopardi i in., *A Global Decline in Adolescents' Subjective Well-Being*, „Journal of Adolescent Health” 2020, t. 67(3), s. 355–363.

⁵⁹ Por. Orth Z., Moosajee F. and Van Wyk B., *Measuring Mental Wellness of Adolescents...*

⁶⁰ Por. Inchley J., Currie D., Cosma S. i in., *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study...; Por. Inchley J., Growing up Unequal: Gender and Socioeconomic Differences in Young People's Health and Well-Being. Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) Study: International Report From the 2013/14 Survey*, Copenhagen 2016.

oraz 2021/2022) wprowadzono rozbudowany moduł dotyczący zdrowia psychicznego i dobrostanu, obejmujący m.in. samoocenę zdrowia, zadowolenie z życia, wskaźniki dobrostanu psychicznego, poczucie samotności, dolegliwości psychosomatyczne oraz poczucie samoskuteczności⁶¹. Jednocześnie, co istotne z perspektywy prakseologicznej, badanie HBSC konsekwentnie łączy te wskaźniki z pomiarem zachowań zdrowotnych oraz parametrów środowiskowych: relacji rodzinnych i rówieśniczych, klimatu szkoły, korzystania z mediów elektronicznych, a także pozycji społeczno-ekonomicznej rodziny⁶². W operacjonalizacji HBSC dobrostan psychiczny nie jest zatem miernikiem „oderwanym”, znajduje się w kontekście pytań, które razem tworzą obraz tego, jak młodzi żyją, z kim spędzają czas i jakie mają możliwości uczestnictwa w praktykach sprzyjających zdrowiu⁶³. Podobną logikę, łączenia subiektywnych wskaźników dobrostanu z informacjami o relacjach i kontekście, widać w regionalnych badaniach europejskich omawianych w raportach o globalnym dobrostanie dzieci i młodzieży, gdzie wskaźniki satysfakcji z życia oraz dobrostanu (rozumianego jako dobre funkcjonowanie i rozwój) zestawiane są z poczuciem wsparcia rodzinnego, bezpieczeństwa w szkole czy doświadczeniami przemocy⁶⁴.

Na poziomie krajowym w Polsce dobrostan psychiczny dzieci i młodzieży jest operacjonalizowany z jednej strony poprzez adaptację miar wypracowanych w badaniach międzynarodowych, z drugiej poprzez narzędzia rozwijane w ramach projektów skoncentrowanych na zdrowiu psychicznym⁶⁵. Krajowe raporty oparte na danych zbieranych w badaniu HBSC wykorzystują kombinację wskaźników: samooceny zdrowia, zadowolenia z życia, częstości objawów psychosomatycznych, a także deklarowanych uczuć (np. częste odczuwanie zdenerwowania, rozdrażnienia, trudności w zasypianiu) jako przybliżeń dobrostanu psychicznego, zestawiając je z codziennymi czynnościami (sposób odżywiania, aktywność fizyczna, korzystanie z mediów) oraz wsparciem ze strony rodziny i szkoły⁶⁶. Inne projekty, takie jak raporty Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę⁶⁷, ogólnopolskie badania „Młode Głowy”⁶⁸ czy

⁶¹ Por. Inchley J., *Growing up Unequal...*

⁶² Por. WHO Regional Office for Europe, *Mental Health and Well-Being in Adolescents...*

⁶³ Por. Inchley et al., *Spotlight on Adolescent Health and Well-Being...*

⁶⁴ Ibidem.

⁶⁵ Por. J. Mazur i A. Małkowska-Szcutnik, *Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce...*; M. Lisiecka-Bielanowicz, D. Biechowska, E. Orłowska, B. Molenda, *The prevalence of depression in children and adolescents under 18 years of age treated for mental disorders in Poland between 2005 and 2016*, *Arch Med Sci* 2020, nr 19(2), s. 371-380.

⁶⁶ Tamże

⁶⁷ Por. Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę, *Dzieci się liczą 2022...*

⁶⁸ Por. Fundacja UNAWEZA, *Młode Głowy. Otwarcie o zdrowiu psychicznym. Raport z badania*, Warszawa, 2023.

analizy Ośrodka Rozwoju Edukacji⁶⁹, operacjonalizują dobrostan poprzez łączenie kilku typów wskaźników: ocen ogólnych (zadowolenie z życia, poczucie szczęścia), rozpowszechnienie objawów depresyjnych i lękowych, zachowania autodestrukcyjne (w tym myśli i próby samobójcze) oraz różne formy funkcjonowania społecznego i jego subiektywną ocenę: poczucie samotności, wsparcie ze strony rodziny, rówieśników i nauczycieli, doświadczenia przemocy oraz ocenę środowiska szkolnego⁷⁰. Coraz częściej pojawiają się także narzędzia, które próbują uchwycić bardziej „pozytywny” wymiar dobrostanu (np. poczucie sensu, sprawczości, nadziei czy rezyliencji), choć w praktyce pomiar nadal koncentruje się raczej na symptomach cierpienia niż na komponentach dobrostanu psychicznego.

Wspólnym mianownikiem jest przejście w badaniach dotyczących dobrostanu psychicznego dzieci i młodzieży, od skupienia na zaburzeniach ku szerszemu ujęciu dobrostanu jako kontinuum, które należy rozumieć w ścisłym związku z warunkami życia, relacjami społecznymi i możliwościami uczestnictwa w praktykach sprzyjających zdrowiu psychicznemu.

6. Wnioski

Analiza literatury i narzędzi badawczych sugeruje, że dobrostan psychiczny młodzieży może być analitycznie ujmowany jako efekt konfiguracji praktyk społecznych, zakorzenionych w relacjach, strukturze i materialności codziennego życia. W rekonstrukcji pojęcia dobrostanu psychicznego pokazałam, że psychologiczne, epidemiologiczne i medycznopsychiatryczne ujęcia koncentrują się na subiektywnym funkcjonowaniu jednostki, kontinuum „flourishing–languishing” oraz rozpoznawaniu klinicznych zaburzeń, podczas gdy perspektywy socjologiczne przesuwają uwagę na zakorzenienie dobrostanu w nierównościach społecznych, poziomie integracji, normach i systemach znaczeń.

Na tym tle prakseologiczna koncepcja zdrowia i dobrostanu pozwala uchwycić je jako rezultat uczestnictwa w usieciowionych praktykach rodzinnych, szkolnych, rówieśniczych i medialnych, które są współkonstruowane przez infrastrukturę, technologie i instytucje oraz nierówno dostępne dla różnych grup młodzieży. Analiza sposobów operacjonalizacji dobrostanu psychicznego dzieci i młodzieży na poziomie globalnym, regionalnym i krajowym pokazuje, że w dużych projektach międzynarodowych, takich jak World Happiness Report, PISA czy Children’s Worlds, dobrostan ujmowany jest przede wszystkim poprzez wskaźniki subiektywnego dobrostanu,

⁶⁹ Por. Ośrodek Rozwoju Edukacji, *Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży...*

⁷⁰ Tamże

pojedyncze pytania o zadowolenie z życia, skalowane np. za pomocą drabiny Cantrila, stopniowo rozszerzane o komponenty emocjonalne, społeczne i eudajmonistyczne: poczucie sensu, sprawczości, nadziei, jakość relacji czy wsparcie społeczne. Na poziomie badań regionalnych i krajowych dobrostan psychiczny adolescentów jest konsekwentnie łączony z pomiarem środowisk i zachowań – relacji rodzinnych i rówieśniczych, klimatu szkoły, praktyk jedzenia, aktywności fizycznej, korzystania z mediów oraz pozycji społecznoekonomicznej rodziny, co oznacza, że wskaźniki dobrostanu są od początku osadzone w kontekście pytań o codzienne praktyki i warunki życia. W analizowanych badaniach dobrostan jest *de facto* rozumiany jako konfiguracja samooceny zdrowia i zadowolenia z życia, objawów depresyjnych i lękowych, dolegliwości psychosomatycznych, zachowań autodestrukcyjnych, poczucia samotności, jakości relacji z rodzicami lub innymi opiekunami prawnymi, rówieśnikami i nauczycielami, doświadczeń przemocy oraz ocen środowiska szkolnego.

Taki przegląd operacjonalizacji pozwala sformułować kilka kluczowych wniosków. Po pierwsze, wskazuje on na wyraźne odejście od redukowania dobrostanu psychicznego do obecności lub braku zaburzeń na rzecz ujęć kontinuum, łączących komponenty pozytywne (satysfakcja, poczucie sensu, sprawczość) i negatywne (symptomy cierpienia, objawy kliniczne). Po drugie, ujawnia, że różne narzędzia, choć operują innymi kategoriami (styl życia, dobrostan psychiczny, symptomy, wsparcie, czynniki ryzyka/ochronne), empirycznie przybliżają te same zjawiska: konkretne konfiguracje praktyk, w których dobrostan młodych ludzi jest wytwarzany, podtrzymywany lub podważany.

Z perspektywy teorii praktyk społecznych istniejące wskaźniki dobrostanu można więc interpretować nie tylko jako pomiar „wewnętrznego stanu” jednostek, lecz jako zagregowane ślady konfiguracji praktyk. Pojedyncza wartość *life satisfaction*, częstość objawów psychosomatycznych, poziom poczucia samotności czy deklarowany brak wsparcia rodziców i nauczycieli stają się w tym ujęciu wskaźnikami tego, jak układają się codzienne rytmy życia, jak zorganizowane są rodzinne i szkolne rutyny, jakie są możliwości odpoczynku, zabawy, aktywności fizycznej oraz w jakich warunkach materialnych toczy się codzienność młodych. Operacjonalizacje stosowane w badaniach globalnych, regionalnych i krajowych można zatem traktować jako empiryczne przybliżenia tego, co w artykule nazywam konfiguracjami praktyk – splotów działań, relacji, znaczeń i materialności, które razem tworzą społeczną infrastrukturę dobrostanu psychicznego młodzieży.

Takie ujęcie ma istotne konsekwencje dla dalszych badań i polityk publicznych. Po stronie badań oznacza ono potrzebę łączenia wskaźników indywidualnych (samopoczucie, symptomy, oceny życia) z bardziej wyrafinowanymi analizami

wzorów praktyk i ich społecznomaterialnych uwarunkowań – na przykład poprzez podejścia konfiguracyjne, analizy sekwencji czy badania mieszane, łączące dane ilościowe i jakościowe. Po stronie interwencji przesuwają akcent z pracy nad „rezyliencją” pojedynczych nastolatków na zmianę warunków, w których ta rezyliencja jest możliwa lub blokowana: rytmów pracy i nauki, dostępności przestrzeni sprzyjających relacjom, sposobów organizacji czasu szkolnego, polityk wobec mediów cyfrowych czy systemów wsparcia rodzin. Dobrostan psychiczny młodzieży przestaje być w tej perspektywie indywidualnym projektem zarządzania emocjami, a staje się wskaźnikiem jakości tych konfiguracji praktyk, które społeczeństwo oferuje młodym ludziom jako ramy ich codziennego życia.

Bibliografia

- Abel T., *Cultural capital and social inequality in health*, „Journal of Epidemiology and Community Health” 2008, t. 62, nr 7, s. 13–16.
- American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). American Psychiatric Association Publishing 2022.
- Aneshensel C.S., *Toward explaining mental health disparities*, „Journal of Health and Social Behavior” 2009, t. 50, nr 4, s. 377–394.
- Azzopardi P.S. i in., *A Global Decline in Adolescents, Subjective Well-Being*, „Journal of Adolescent Health”, 2020, t. 67, nr 3, s. 355–363.
- Becker H.S., *Outsiders: Studies in the sociology of deviance*, New York 1963.
- Berkman L.F., Kawachi I. (red.), *Social Epidemiology*, New York 2000.
- Bourdieu P., *The Logic of Practice*, Stanford 1990.
- Bourdieu P., *The forms of capital*, [w:] *Handbook of theory and research for the sociology of education*, Richardson J. (red.), Greenwood 1986, s. 241–258.
- Bourdieu P., Wacquant L.J.D., *An Invitation to Reflexive Sociology*, Chicago 2001.
- Carlson M.J., Berger L.M., *What Kids Get from Parents: Packages of Parental Involvement across Complex Family Forms*, „Social Service Review” 2013, t. 87, nr 2, s. 213–249.
- Certeau M. de, *Wynaleźć codzienność. Sztuki działania*, Kraków 2019 (wyd. oryg. 1984).
- Cockerham W.C., *Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure*, „Journal of Health and Social Behavior” 2005, t. 46, nr 1, s. 51–67.
- Cosma A. i in., *A focus on adolescent mental health and well-being in Europe, Central Asia and Canada. Health Behaviour in School-aged Children international report from the 2021/2022 survey*, t. 1, Copenhagen 2023.
- Coyne J.C., Downey G., *Social Factors and Psychopathology: Stress, Social Support, and Coping Processes*, „Annual Review of Psychology” 1991, nr 42, s. 401–425.

- Currie C. i in. (red.), *Social Determinants of Health and Well-being among Young People. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study: International Report from the 2009/2010 Survey*, Copenhagen 2012.
- Domaradzki J., *O definicjach zdrowia i choroby*, „Folia Medica Lodziensia” 2013, t. 40, nr 1, s. 5–29.
- Durkheim É., *Zasady metody socjologicznej*, Warszawa 1982 (wyd. oryg. 1895).
- Fitzpatrick M.M., Anderson A.M., Browning C., Ford J.L., *Relationship between family and friend support i psychological distress in adolescents*, „Journal of Pediatric Health Care” 2024, t. 38, nr 6, s. 804–811.
- Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę, *„Diagnoza przemocy wobec dzieci w Polsce” 2022*, Warszawa 2022.
- Fundacja UNAWEZA, *Młode Głowy. Otwarcie o zdrowiu psychicznym. Raport z badania*, Warszawa 2023.
- Giddens A., *The Constitution of Society: Outline of the Theory of Structuration*, Cambridge 1984.
- Goffman E., *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*, Prentice-Hall 1963.
- Grace M.K., VanHeuvelen J.S., *Health lifestyles and the reproduction of inequality*, „Journal of Health and Social Behavior” 2022, t. 63, nr 1, s. 1–18.
- HBSC Network, *„Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study: International Report on the” 2021/2022 Survey*, Copenhagen 2025.
- Horwitz A.V., *An overview of sociological perspectives on the epidemiology of mental illness*, [w:] *A handbook for the study of mental health*, Scheid T.L., Brown T.N. (red.), Cambridge University Press 2009, s. 6–19.
- Horwitz A.V., Wakefield J.C., *Two Sides of Depression: Medical & Social*, „Daedalus” 2023, t. 152, nr 4, s. 212–227.
- House J.S., Landis K.R., Umberson D., *Social Relationships and Health*, „Science” 1988, t. 241, nr 4865, s. 540–545.
- Inchley J., *Growing up Unequal: Gender and Socioeconomic Differences in Young People's Health and Well-Being. Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) Study: International Report From the 2013/14 Survey*, Copenhagen 2016.
- Inchley J., Currie D., Cosma S. i in., *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study: International Report from the 2021/2022 Survey*, Copenhagen 2023.
- Keyes C.L.M., *The mental health continuum: From languishing to flourishing in life*, „Journal of Health and Social Behavior” 2002, t. 43, nr 2, s. 207–222.
- Link B.G. i in., *Stigma as a barrier to recovery*, „Journal of Health and Social Behavior” 1989, t. 30, nr 1, s. 1–16.

- Lisiecka-Biełanowicz M., Biechowska D., Orłowska E., Molenda B., *The prevalence of depression in children and adolescents under 18 years of age treated for mental disorders in Poland between 2005 and 2016*, „Archives of Medical Science” 2020, t. 19, nr 2, s. 371–380.
- Maller C.J., *Understanding health through social practices: Performance and materiality in everyday life*, „Sociology of Health & Illness” 2015, t. 37, nr 1, s. 52–66.
- Małkowska-Szcutnik A. i in. *Heads Up: Rola nauczycieli w dostrzeganiu kryzysów psychicznych młodzieży*, Warszawa 2024.
- Mazur J., Małkowska-Szcutnik E. (red.), *Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych. Wyniki badań HBSC 2010*, Warszawa 2013.
- Mazur J., Małkowska-Szcutnik E., *Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce na tle sytuacji w krajach Europy. Wyniki badań HBSC 2018*, Warszawa 2020.
- Moskalewicz J. i in., *EZOP II – Epidemiologia zaburzeń psychicznych w Polsce. Raport z badania*, Warszawa 2021.
- Najwyższa Izba Kontroli, *Opieka psychiatryczna dla dzieci i młodzieży*, Warszawa 2024.
- Nettleton S., *The sociology of health and illness*, 3rd ed., Polity Press 2013.
- OECD, „PISA” 2018 Results. t. III: *What School Life Means for Students Lives*, Paris 2019.
- Orth Z., Moosajee F., Van Wyk B., *Measuring Mental Wellness of Adolescents: A Systematic Review of Instruments*, „Frontiers in Psychology” 2022, nr 13, 835601.
- Parsons T., *System społeczny*, Kraków 2009 (wyd. oryg. 1951).
- Rancew-Sikora D., *Depresja młodzieży w perspektywie socjologicznej*, „Przegląd Socjologiczny”, t. 70, nr 4, s. 89–112.
- Reckwitz A., *Toward a theory of social practices: A development in culturalist theorizing*, „European Journal of Social Theory” 2002, t. 5, nr 2, s. 243–263.
- Rose T., Joe S., Williams A. i in., *Measuring Mental Wellbeing Among Adolescents: A Systematic Review of Instruments*, „Journal of Child and Family Studies” 2017, nr 26, s. 2349–2362.
- Ruggeri K. i in., *Well-being is more than happiness and life satisfaction: a multidimensional analysis of 21 countries*, „Health and Quality of Life Outcomes” 2020, 18, 192.
- Ryff C.D., *Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being*, „Journal of Personality and Social Psychology” 1989, t. 57, nr 6, s. 1069–1081.
- Schatzki T.R., *Social Practices: A Wittgensteinian Approach to Human Activity and the Social*, Cambridge 1996.
- Shove E., *Beyond the ABC: Climate change policy and theories of social change*, „Environment and Planning A” 2010, t. 42, nr 6, s. 1273–1285.

- Shove E., Pantzar M., Watson M., *The Dynamics of Social Practice: Everyday Life and How It Changes*, Sage, London 2012.
- Sikorska M., *Teorie praktyk jako alternatywa dla badań nad rodziną prowadzonych w Polsce*, „Studia Socjologiczne” 2018, 2, s. 31–63.
- UNICEF, „*The State of the World’s Children, 2021: On My Mind – Promoting, Protecting and Caring for Children’s Mental Health*”, New York 2021.
- UNICEF, „*The State of the World’s Children, 2024*”, New York 2024.
- Uramowska-Żyto B., *Zdrowie i choroba w świadomości społecznej*, Warszawa 1992.
- Uramowska-Żyto B., *Socjologiczne koncepcje zdrowia i choroby*, [w:] *Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie analizy*, Ostrowska A. (red.), Warszawa 2009, s. 65–87.
- WHO Regional Office for Europe, *Mental Health and Well-Being in Adolescents*, Copenhagen 2023.
- World Health Organization, *World Mental Health Report: Transforming Mental Health for All*, Geneva 2022.
- Zdybek P., Kiełek-Rataj E., *Przegląd danych dotyczących zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży*, Opole 2024.

Suzana Kraljić

University of Maribor

Ema Turnšek

University of Miskolc, Central European Academy Hungary

The Legal Framework for Protecting Athletes' Health in Slovenia: The Intersection of Legislation and Public Health

Sport is part of every man and woman's heritage,
and its absence can never be compensated for.

(Pierre de Coubertin)¹

1. Introduction

Although sport has been a part of human life since the dawn of time, it is undeniable that it has taken on new dimensions in recent years. Today, sport permeates many areas of our daily lives. It also receives special attention from a legal perspective, as the law regulates many aspects and relationships related to sport, both at the international and national levels. If we add medicine to sport and law, all three share a common feature - they arose and developed in response to the needs of society. All three can satisfy the needs of individuals and society as a whole. It is therefore not surprising that some areas of sport, law, and medicine are intertwined, interconnected, and interdependent. This is especially evident in matters concerning

¹ Cf. Pierre de Coubertin (1863–1937), French educator and historian, founder of the modern Olympic Games.

athletes' health. On one hand, athletes have the right to adequate health care and safe environment for training and competition, which enables them to perform successfully. On the other hand, the state has an obligation to ensure, through appropriate legislation, measures, and practices, providing athletes with conditions that maintain safe sports activities and adequate medical care, mainly in the form of preventing injuries or, if these do occur, by enshrining their proper treatment and care. In this way, sports enable the achievement of individual personal goals (for example success, satisfaction, and health) and social goals, such as health promotion, social cohesion, and a positive image of sport as a valued aspect of society.

2. Right to Sport?

The *Bosman*² case promoted the idea of sports law as a specific legal discipline (*lex sportiva*). Today, sports law encompasses several legal disciplines, covering areas such as contract law, tax law, labor law, competition law, civil law, and criminal law³. Moreover, sports law is also linked with human rights. UNESCO's International Charter of Physical Education, Physical Activity and Sport⁴ from 2015 clearly stated in Article 1(1): *«Every human being has a fundamental right to physical education, physical activity and sport without discrimination on the basis of ethnicity, gender, sexual orientation, language, religion, political or other opinion, national or social origin, property or any other basis.»* Alexandra Xanthaki, the Special Rapporteur in the field of cultural rights, supplemented Volker Türk's words in her 2024 report, writing: *«Sports, like human rights, are a common language of humanity⁵. At their core, they both promote fairness, respect, and equal opportunities for all. They both have transformative power, to trigger societal change, to inspire and promote inclusion»⁶*. This is further reinforced by the Olympic Charter⁷, which has been in force since 30 January 2025. The Olympic Charter is the fundamental legal document of

² Cf. See Case C-415/93 – Union royale belge des sociétés de football association and others v Bosman and Others, 15 December 1995, ECLI:EU:C:1995:463.

³ Cf. S. Kraljić, M. Šepec, K. Drnovšek, *Developments of sports law in the Republic of Slovenia*, „Zbornik radova Pravnog fakulteta u Splitu” 2020, no. 57(2), p. 289.

⁴ Cf. UNESCO *International Charter of Physical Education, Physical Activity and Sport*. (2015), Retrieved from: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000235409>, Accessed: 28 October 2025.

⁵ Cf. The sentence *«Sports, like human rights, are a common language of humanity»* was uttered by Volker Türk in his speech at the 56th session of the Human Rights Council on 1 July 2024.

⁶ Cf. A. Xanthaki, *Report of the Special Rapporteur in the field of cultural rights*, A. Xanthaki – The right to participate in sports, A/79/299, 7 August 2024. <https://docs.un.org/en/A/79/299>, Accessed 26 September 2025, p. 4.0

⁷ Cf. Olympic Charter was adopted by International Olympic Committee. Retrieved from: <https://stillmed.olympics.com/media/Documents/International-Olympic-Committee/IOC-Publications/EN-Olympic-Charter.pdf>, Accessed: 1 October 2025.

the International Olympic Committee (hereinafter: IOC), establishing the core principles of Olympism, as well as the structure, rules, and organizational framework of the Olympic Movement. The Olympic Charter explicitly states that participation in sport is a human right. Every individual must have access to sport without any form of discrimination, in accordance with internationally recognized human rights within the Olympic Movement. The Olympic spirit requires mutual understanding in a spirit of friendship, solidarity, and fair play⁸. Furthermore, the Olympic Charter explicitly provides that the IOC has the role *»to encourage and support measures relating to the medical care and health of athletes«* (Article 2(10) of the Olympic Charter)⁹. In this way, the Olympic Charter clearly and expressly emphasizes the importance of safeguarding athletes' health and ensuring their medical care.

In 2024, the Olympic Movement Medical Code¹⁰ was also adopted, which is a specialized document that regulates health and medical standards for athletes, doctors, and medical staff in the context of the Olympic Games and other related competitions. It has been in force since March 2024. Its mission is to encourage all stakeholders to take measures to ensure that sport is practiced in a way that minimizes harm to athletes' health and respects fair play and sports ethics. For this purpose, it promotes measures necessary to protect the health of participants by reducing the risk of physical injuries, illnesses, and psychological harm. It also encourages measures that will protect athletes in their relations with doctors and other health care providers (Olympic Movement Medical Code, Preamble, para. 1). The protection of athletes' health requires continuous education based on the ethical values of sport and on recognizing each individual's responsibility for safeguarding their own health as well as the health of others (Olympic Movement Medical Code, Preamble, para. 2). The Olympic Movement Medical Code reflects the universal principles enshrined in international codes of medical ethics. It upholds the principles of fair play and sports ethics, incorporating the provisions of the

⁸ Cf. Olympic Charter, p. 8.

⁹ Cf. Article 7 of the Olympic Charter also explicitly refers to the health of athletes: »The IOC Medical and Scientific Commission: 7.1 The President establishes a Medical and Scientific Commission, the terms of reference of which shall include the following duties: 7.1.1 to implement the World Anti-Doping Code and all other IOC Anti-Doping Rules, in particular upon the occasion of the Olympic Games; 7.1.2. to elaborate guidelines relating to the medical care and health of the athletes. Olympic Charter. 7.2 Members of the Medical and Scientific Commission shall not act in any medical capacity whatsoever for the delegation of an NOC at the Olympic Games nor participate in the discussions relating to non-compliance with the World Anti-Doping Code by members of their respective NOC's delegations.«

¹⁰ Cf. Olympic Movement Medical Code, in force from March 2024. Retrieved from: <https://still-med.olympics.com/media/Documents/International-Olympic-Committee/Commissions/Medical-and-Scientific-Commission/Olympic-Movement-Medical-Code.pdf>, Accessed: 5 October 2025.

World Anti-Doping Code¹¹ (Olympic Movement Medical Code, Preamble, para. 3). The Olympic Movement Medical Code applies to all sports, both during training and in competition, including championships and events organized by international federations.

Sports today play an essential role both for the individual and for society as a whole. Article 2.2 of the International Charter of Physical Education, Physical Activity, and Sport provides that physical education, physical activity, and sport can play a significant role in the development of participants' physical literacy, well-being, health, and capability by improving endurance, strength, flexibility, coordination, balance, and control. It is therefore essential that a human rights-based approach be adopted in sports, ensuring that sports are subject to human rights standards and that states have a legal obligation to respect, protect, and fulfill human rights in the sports sector¹². As a result, some countries have elevated the so-called »right to sport« to the constitutional level, incorporating it into their national constitutions. For example, in 2023, Italy introduced a new para. 5. to Article 33 of its Constitution, stating: »The Republic recognises the educational and social value of sporting activity in all its forms and its role in supporting physical and psychological well-being«¹³. Similarly, Article 16.9 of the Greek Constitution is dedicated to sport: »Athletics shall be under the protection and the ultimate supervision of the State. The State shall make grants to and shall control all types of athletic associations, as specified by law. The use of grants in accordance with the purpose of the associations receiving them shall also be specified by law«¹⁴. Thus, Article 16.9 of the Greek Constitution represents an institutional guarantee of the right to the free development of sporting activities, while also obliging the Greek legislator to adopt the necessary regulations to ensure a well-organized and competitive sporting environment. It can therefore be concluded that some countries have recognized the exceptional importance of sport and have consequently elevated it to the constitutional level. Unfortunately,

¹¹ Cf. World Anti-Doping Code. Retrieved from: https://www.wada-ama.org/sites/default/files/resources/files/2021_wada_code.pdf, Accessed: 16 October 2025.

¹² Cf. A. Xanthaki, *Report of the Special Rapporteur in the field of cultural rights...*, p. 4.

¹³ Cf. Constitution of the Republic of Italy (in Italian Costituzione della Repubblica Italiana). Retrieved from: https://www.cortecostituzionale.it/documenti/download/pdf/Costituzione_italiana_english_version_ott2023.pdf, Accessed: 24 September 2025.

¹⁴ Cf. Constitution of Greece (in Greek Σύνταγμα της Ελλάδας). Retrieved from: <https://www.hellenicparliament.gr/UserFiles/f3c70a23-7696-49db-9148-f24dce6a27c8/THE%20CONSTITUTION%20OF%20GREECE.pdf>, Accessed: 20 October 2025. See more D. P. Panagiotopoulos, *The Greek Constitution Concerning Sport and Sports Federation*, [in:] *Korean Association of Sports and Entertainment Law*, p. 175-208.

Slovenia and the Constitution of the Republic of Slovenia¹⁵ (hereinafter: CRS) have not (yet) reached this point.

However, since health care is of exceptional importance for sport in general and for athletes in particular, one of the key articles is Article 51 of the CRS, which defines the right to health care in its para. 1. Everyone (including athletes) has the right to health care under the conditions laid down by law. The right of athletes to preventive health care is regulated in the Republic of Slovenia by the Sports Act¹⁶ (hereinafter: SA-1), laws governing health care and health insurance, and the Regulation on Preventive Medical Examinations of Athletes (hereinafter: Regulation 2024)¹⁷. Health care for athletes aims to ensure the best possible health of athletes, guaranteeing safe training and the fastest possible treatment if needed. It is therefore not surprising that sport is given special attention within the public health system in the Republic of Slovenia.

Participation in sports can promote human rights, as it fosters shared interests and values while teaching social skills that are essential and appreciated in any democratic society. Sport enriches social and cultural life by bringing together individuals and communities. It can help overcome differences and encourage dialogue, thereby contributing to the elimination of prejudice, stereotypes, cultural barriers, ignorance, intolerance, and discrimination¹⁸.

Sports are beneficial for the physical and mental health of both children and adults. Sports promote fundamental educational and cultural values, such as team spirit, self-discipline, and respect for others. In this way, sport contributes to cohesion, integration, and cooperation within society. Its positive educational qualities are important not only for the development of individuals but also for the growth of citizens and society as a whole¹⁹. Consequently, Slovenia pursues an active policy in the field of sport, recognizing it as an area of great importance and special significance for the country. In recent years, Slovenian athletes have achieved outstanding results

¹⁵ Cf. Constitution of the Republic of Slovenia (in Slovenian Ustava Republike Slovenije; hereinafter CRS): Uradni list RS, št. 33/91-I, 42/97 – UZS68, 66/00 – UZ80, 24/03 – UZ3a, 47, 68, 69/04 – UZ14, 69/04 – UZ43, 69/04 – UZ50, 68/06 – UZ121,140,143, 47/13 – UZ148, 47/13 – UZ90,97,99, 75/16 – UZ70a, 92/21 – UZ62a.

¹⁶ Cf. Sports Act (in Slovenian Zakon o športu; hereinafter SA-1): Uradni list RS, št. 29/17, 21/18 – ZNOrg, 82/20, 3/22 – ZDeb, 37/24 – ZMat-B.

¹⁷ Cf. Regulation on Preventive Medical Examinations of Athletes (in Slovenian Pravilnik o preventivnih zdravstvenih pregledih športnikov; hereinafter: Regulation 2024): Uradni list RS, št. 53/24, 66/25.

¹⁸ Cf. Council of Europe. 'Culture and Sport'. (2025). Retrieved from: <https://www.coe.int/en/web/compass/culture-and-sport#What%20do%20we2>, Accessed: 20 October 2025.

¹⁹ Cf. UEFA. 'UEFA's position on Article 165 of the Lisbon Treaty', (no date). Retrieved from: https://www.uefa.com/multimediafiles/download/uefaorg/europeanunion/01/57/91/67/1579167_download.pdf, Accessed: 27 September 2025, p. 2.

in various sports disciplines, including basketball, volleyball, cycling, judo, athletics, and climbing, among others, on the international stage. On one hand, these elite-level achievements and the vibrant activity of sports associations are integral to Slovenia's national identity, serving as a medium for promoting the country worldwide. On the other hand, they demonstrate the high level of participation and competitiveness of Slovenian athletes. Thus, sports in Slovenia are recognized as a key element that, through various forms of engagement, contributes to the resilience of individuals. This effect is also reflected in the overall resilience of society and the State in the face of health-related risks. After all, a chain is only as strong as its weakest link²⁰.

For this reason, it is becoming increasingly crucial for society to recognize the importance of prioritizing the health of athletes. The legal foundations for this are provided in both international and national sources.

3. The Council of Europe as a Key Stakeholder and the Importance of the European Sports Charter

The Council of Europe was the first intergovernmental organization to invest in sport in a broader sense, doing so within the framework of the European Cultural Convention²¹, adopted in 1954, which indirectly supports sport as a means of education, health promotion, and the transmission of shared European values²². In 1963, the Committee of Ministers of the Council of Europe introduced the »European Sports Diploma«, aimed at encouraging young people to participate in sports activities by promoting the values of European solidarity²³. In 1966, the Council of Europe also developed the concept of »Sport for All«. A year later,

²⁰ Cf. See Introduction in »Resolucija o nacionalnem programu športa v Republiki Sloveniji za obdobje 2026–2035 (ReNPŠ26-35)«: Uradni list RS, št. 55/25. Retrieved from: https://www.olympic.si/datoteke/07b_Resolucija%20NPŠ%202026-2035.pdf, Accessed: 24 September 2025.

²¹ Cf. European Cultural Convention was adopted on 19 December 1954 in Paris and came into force on 5 May 1955. Retrieved from: <https://www.coe.int/en/web/culture-and-heritage/european-cultural-convention>, Accessed: 24 september 2025.

²² Cf. The idea of sports as a human right could also be found in Articles 24 (»Everyone has the right to rest and leisure...«) and 27(1) (»Everyone has the right freely to participate in the cultural life of the community,...«) of the Universal Declaration of Human Rights. These rights are likewise enshrined in Articles 7 and 15 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights.

²³ Cf. See Resolution (63) 16 (adopted by the Ministers' Deputies on 25th October 1963) – European Athletics Diploma. Retrieved from: <https://rm.coe.int/09000016804cfb18>, accessed: 25 October 2025.

in 1967, the Committee of Ministers adopted Resolution (67)12, which became the first international legal instrument addressing the issue of »doping« among athletes²⁴.

Over the years, the Council of Europe has played a crucial role in the field of sport, adopting both binding conventions and a wide range of recommendations that have shaped European sports policy and represent today's binding standards in the field of sports:

- a. the European Convention on Spectator Violence and Misbehaviour at Sports Events and in particular at Football Matches (ETS No. 120)²⁵;
- b. the Anti-Doping Convention (ETS No. 135)²⁶ - From the perspective of athletes' health, this issue is undoubtedly of utmost importance. On the one hand, the preamble emphasizes that sport must play a significant role (among other things) in health protection. On the other hand, it expresses concern that athletes in all sports are increasingly using substances and methods related to doping, which have serious consequences for the health of sports participants and for the future of sports. This problem threatens the ethical principles and educational values contained in the Olympic Charter, the UNESCO International Charter of Physical Education and Sport, and the Council of Europe Committee of Ministers' Resolution (76) 41, known as the »European Charter – Sport for All«. Therefore, the fight against doping in sport is crucial for ensuring the protection of participants' health and preserving the fundamental integrity of the sport.
- c. the Council of Europe Convention on the Manipulation of Sports Competitions (CETS No. 215)²⁷;
- d. the Council of Europe Convention on an Integrated Safety, Security and Service Approach at Football Matches and Other Sports Events (CETS No. 218)²⁸.

²⁴ Cf. W. Gasparini, *The Council of Europe and sport: origin and circulation of a European sporting model*, Digital Encyclopedia of European History, (no date), <https://ehne.fr/en/encyclopedia/themes/material-civilization/european-sports-circulations/council-europe-and-sport-origin-and-circulation-a-european-sporting-model>, Accessed: 1 October 2025.

²⁵ Cf. The Convention entered into force in Slovenia on 1 September 2021.

²⁶ Cf. The Convention entered into force in Slovenia on 1 September 1992; Uradni list SFRJ - MP, št. 4-9/1991.

²⁷ Cf. Slovenia signed the Convention on 2 June 2016, but it is not yet in force.

²⁸ Cf. It came into force in Slovenia on 1 April 2021.

One of the key documents relating to the health of athletes is undoubtedly the »Revised European Sports Charter« (hereinafter: Revised ESC)^{29,30}. In Article 2(1), the Revised ESC provides for its own purpose the definition of sport: *»for the purpose of this Charter, „sport“ means all forms of physical activity which, through casual or organised participation, are aimed at maintaining or improving physical fitness and mental well-being, forming social relationships or obtaining results in competition at all levels.«* Article 10 also explicitly stipulates *»the right to sport«*: *»Access to sport for all is considered to be a fundamental right. All human beings have an inalienable right of access to sport in a safe environment, both inside and outside school settings, which is essential for their personal development and instrumental in the exercise of the rights to health, education, culture and participation in the life of the community.«* This has laid the modern and important foundations for the further development of competitive sport, which is based on fairness, teamwork, equality, discipline, inclusion, respect, and integrity.

We can conclude that the given definition of sport in the Revised ECS suggests that sport is a physical activity designed to maintain and improve physical fitness and mental well-being, while also fostering social relationships³¹. This is also consistent with the definition of health as a state of complete physical, mental, and social well-being³². The Revised ESC emphasizes the importance of protecting and promoting the health of athletes as part of the broader objectives of sport. This should be achieved by ensuring access to a safe and healthy environment. It must be ensured that everyone, including athletes, has the opportunity to participate in sport in a safe, secure, and healthy environment (Article 1(1)(b) of the Revised ESC).

Respect for ethics and integrity in sport is also crucial in safeguarding athletes' health. Fair play, ethical conduct, and the prevention of doping, match-fixing,

²⁹ Cf. Revised European Charter of Sport (hereinafter: Revised ECS) was first adopted by the Committee of Ministers of the Council of Europe on 24 September 1975 (Resolution (76) 41), under the title »European Charter on Sport for All«. The ESC was revised in 1992 and later updated once more in year 2021. Current version of ECS consists of 20 articles.

³⁰ Cf. CM/Rec(2021)5 - Recommendation of the Committee of Ministers to Member States on the Revised European Sports Charter (Adopted by the Committee of Ministers on 13 October 2021 at the 1414th meeting of the Ministers' Deputies). Retrieved from: <https://rm.coe.int/revised-european-sports-charter-web-a6/1680a7534b> (accessed: 18 October 2025).

³¹ Cf. See also Article 2.3. of the International Charter of Physical Education, Physical Activity and Sport, which provides: *»Physical education, physical activity and sport can improve mental health, psychological well-being and capability by enhancing body-confidence, self-esteem, self-efficacy, by decreasing stress, anxiety and depression, by increasing cognitive function, and by developing a wide range of skills and attributes, such as cooperation, communication, leadership, discipline, teamwork, that contribute to achievement whilst participating, learning and in other aspects of life.«*

³² Cf. So the Preamble of the Constitution of the World Health Organisation: *»Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.*

and corruption are essential to protecting the physical and mental well-being of athletes (particularly of children who are still developing). Therefore, education and awareness-raising on health-related topics are of great importance. To ensure both the physical and mental health of athletes, the State must not only provide appropriate medical examinations and access to sports medicine but also, in line with the principles of ethics, integrity, fair play, anti-doping measures, and professionalism of all stakeholders in sport (including coaches, advisers, instructors, competition organizers, and referees), ensure adequate training and counselling. These efforts are vital to helping athletes maintain a balanced life during and after their sporting careers (Article 14(1) of the Revised ESC). Particular attention should be paid to the prevention of injuries that could lead to premature retirement from sport or negatively affect quality of life after an athletic career.

The Revised ESC thus places great emphasis on the protection of athletes' health. It promotes a comprehensive approach that includes access to medical and psychological support, education on values and integrity in sport, and the guarantee that all these rights and opportunities are provided without discrimination (so-called a policy of zero tolerance for violence and all forms of discrimination – Article 6(2) (d) of the Revised ESC).

Recognizing the importance of the provisions of the Revised ESC, the Council of Europe is also considering transforming it into a legally binding convention, thereby further strengthening its role in creating a unified foundation for the development of sport across the European continent.

4. Sports Within the EU Law

In 2007, the European Commission, in its »White Paper on Sport«³³, addressed the importance of sport for health. According to section 2.1 (Enhancing public health through physical activity) of the White Paper on Sport, a lack of physical activity contributes to overweight, obesity, and numerous chronic diseases such as cardiovascular diseases and diabetes, which reduce the quality of life, endanger individuals' lives, and place a heavy burden on health care budgets and the economy. Participation in sport as a way of promoting healthy physical activity can have a more significant impact than any other social movement. Sports attract people and carry a positive image. However, the recognized potential of sporting activity to

³³ Cf. White Paper - White Paper on Sport {SEC(2007) 932} {SEC(2007) 934} {SEC(2007) 935} {SEC(2007) 936}, COM/2007/0391 final */. Retrieved from: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex%3A52007DC0391>, Accessed: 12 October 2025.

promote health-enhancing physical exercise often remains underutilized and needs to be further developed.

The importance of sport is also recognized at the European Union (hereinafter: EU) level in the Treaty on the Functioning of the European Union³⁴ (hereinafter: TFEU). Article 6 of the TFEU explicitly mentions sport. Namely, the EU shall have competence to carry out actions to support, coordinate, or supplement the actions of the Member States. The sport represents one such action at the European level (Article 6(e) of the TFEU). This article, therefore, provides the legal basis for the EU to deal with sports.

Furthermore, para. 1 of Article 165 of the TFEU also refers explicitly to sport. It establishes that the Union contributes to the promotion of the European dimension in sport, taking into account its special characteristics, its voluntary-based structures, and its social and educational role. This is complemented by the Union's objectives, which include developing the European dimension in sport by promoting fairness and openness in sporting competitions, encouraging cooperation among sports authorities, and protecting the physical and moral integrity of athletes, particularly the youngest (Article 165(2) TFEU). Para. 3 of Article 165 TFEU also explicitly mentions sport, stating that the EU and Member States shall support cooperation with third countries and competent international organizations in the field of education and sport, notably with the Council of Europe. Consequently, and in accordance with para. 4 of Article 165 TFEU, as a contribution to achieving its objectives, including those related to sport, the European Parliament and the Council adopt incentive measures under the ordinary legislative procedure, after consulting the Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. At the same time, any harmonization of national laws or regulations is excluded. The Council may adopt recommendations based on the Commission's proposal. Thus, the EU obtained a specific legal competence in the field of sport, which has enabled the development of EU sports policy. The EU addresses the social role of sport, its economic dimension, and its political and legal frameworks³⁵. In 2020, the Resolution of the Council and of the Representatives of the Governments of the Member States meeting within the Council on the European Union Work Plan for Sport (1 January 2021-30 June 2024) 2020/C 419/01³⁶ was adopted, in which

³⁴ Cf. Consolidated Treaty on the Functioning of the European Union (TFEU): UL C 202, 7.6.2016, pp. 1–388.

³⁵ Cf. J. A. L. Ludvigsen, S. Byrne, *Towards a children's rights-based approach to EU sports policy: further room for development?*, „Sport in Society” 2025, p. 2.

³⁶ Cf. OJ C 419, 4.12.2020, pp. 1–11.

promoting participation in sport and physical activity for health is identified as a priority area

However, it should be noted that, although »sport« is explicitly included in the TFEU, there is no precise definition regarding the specific characteristics that define sport itself. Therefore, it is not surprising that in cases where the Court of Justice of the European Union (hereinafter: CJEU) rules on sports-related matters³⁷, decisions are made on a case-by-case basis³⁸.

5. The Integration and Care for Athletes' Health in The Public Health System in Slovenia

The physical strains that athletes face and that are inherent in sports training require athletes to be in good health. As mentioned above, health is the result of good physical condition, proper nutrition, a healthy environment, successful stress management, and responsibility for one's own health³⁹.

Para. 1 of Article 4 of the Health Care and Health Insurance Act⁴⁰ (hereinafter: HCHIA) provides that the Republic of Slovenia shall carry out its responsibilities in the field of health care by: i) planning health care and determining the strategy for the development of health care; ii) adopting regulations and measures that promote the strengthening and protection of health; iii) ensuring conditions for public health awareness; iv) providing a legislative policy derived from the objectives of health care; v) promoting the development of healthy lifestyles through measures in the field of fiscal and economic policy; vi) ensuring the uniform development of the health

³⁷ Cf. For example CJEU, C-13/76 - *Dona v Mantero*, 14 July 1976, ECLI:EU:C:1976:115; CJEU, C-36/74 - *Walrave and Koch v Association Union Cycliste Internationale and others*, 12 December 1974, ECLI:EU:C:1974:140; CJEU, C-333/21 - *European Superleague Company*, 21 December 2023, ECLI:EU:C:2023:1011; CJEU, C-680/21 - *Royal Antwerp Football Club*, 21 December 2023, ECLI:EU:C:2023:1010; CJEU, C-124/21 P - *International Skating Union v Commission*, 21 December 2023, ECLI:EU:C:2023:1012. Opinion AG Case C-209/23 (RRC Sports); Case C-428/23 (ROGON and others); Case C-133/24 (Tondela and others).

³⁸ Cf. J. Meredith, B. Garcia, *To be or not to be specific? Understanding EU Institutions Definition of the Specific Nature of Sport*, „Sports Law, Policy & Diplomacy Journal“ 2023, no. 1(1), p. 18.

³⁹ Cf. *Resolucija o nacionalnem programu športa v Republiki Sloveniji za obdobje 2014-2023* (ReNPŠ14-23): Uradni list RS, št. 26/14. Retrieved from: <https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=RESO99> (accessed: 5 October 2025) (hereinafter: *Resolucija o športu 2014-2023*), see chapter 6.3.2.3. of the *Resolucija o športu 2014-2023*.

⁴⁰ Cf. Health Care and Health Insurance Act (in Slovenian *Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju*; HCHIA): Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 114/06 – ZUTPG, 91/07, 76/08, 62/10 – ZUPJS, 87/11, 40/12 – ZUJF, 21/13 – ZUTD-A, 91/13, 99/13 – ZUPJS-C, 99/13 – ZSVarPre-C, 111/13 – ZMEPIZ-1, 95/14 – ZUJF-C, 47/15 – ZZSDT, 61/17 – ZUPŠ, 64/17 – ZZDej-K, 36/19, 189/20 – ZFRO, 51/21, 159/21, 196/21 – ZDOsk, 15/22, 43/22, 100/22 – ZNUZSZS, 141/22 – ZNUNBZ, 40/23 – ZČmIS-1, 78/23, 32/25 – ZZDej-N.

information system in the Republic of Slovenia; vii) providing financial resources for the tasks within its competence as defined by the HCHIA.

All of the above also applies to the field of sport and athletes. Health care for athletes is thus an integral part of the general health care system, which, based on its organizational structure, is divided into: i) primary level, which includes, for example, school medicine, occupational, transport, and sports medicine, emergency medical care, laboratory testing, radiology, physical medicine, and rehabilitation; ii) secondary level shall include specialist outpatient and hospital activities; iii) tertiary level shall include the activities of clinics, clinical institutes or clinical departments and other authorised health institutes. It focuses on the most complex cases, specialized services, and procedures⁴¹.

The three levels of health care are interlinked, as only through such coordination can comprehensive health protection for athletes be ensured. The objective of athletes' health care is therefore to maintain and promote the athlete's optimal health, ensuring safe training and exercise, and providing prompt medical attention whenever needed⁴².

At the primary level, sports medicine plays a crucial role, as it undertakes all tasks related to athletes' health care with a focus on prevention and a more specialized approach. Health care for athletes at the secondary and tertiary levels (curative care) is provided through optional supplementary health insurance for athletes, which covers essential medical services without waiting lists (including surgical procedures, diagnostics, medications, prosthetics, etc.). Funding for the supplementary insurance of elite athletes is provided through the annual sports program, and contributions are made by the athletes themselves or their respective sports associations. Other athletes may opt to pay for this insurance independently⁴³.

⁴¹ Cf. Article 2 of the Health Services act (in Slovenian *Zakon o zdravstveni dejavnosti*): Uradni list RS, št. 23/05 – uradno prečiščeno besedilo, 15/08 – ZPacP, 23/08, 58/08 – ZZdrS-E, 77/08 – ZDZdr, 40/12 – ZUJF, 14/13, 88/16 – ZdZPZD, 64/17, 1/19 – odl. US, 73/19, 82/20, 152/20 – ZZUOOP, 203/20 – ZIUPOPdve, 112/21 – ZNUPZ, 196/21 – ZDOsk, 100/22 – ZNUZSZS, 132/22 – odl. US, 141/22 – ZNUNBZ, 14/23 – odl. US, 84/23 – ZDOsk-1, 102/24 – ZZKZ, 32/25).

⁴² Cf. Resolucija o nacionalnem programu športa v Republiki Sloveniji za obdobje 2026–2035 (ReNPŠ26-35): Uradni list RS, št. 55/25. Retrieved from: https://www.olympic.si/datoteke/07b_Resolucija%20NPŠ%202026-2035.pdf (accessed: 24 September 2025) (hereinafter: Resolucija o športu 2026-2035), see chapter 3.3.3.4. of the Resolucija o športu 2026-2035.

⁴³ Cf. Prejšnja Resolucija o športu 2013-2024, chapter 6.3.2.3.; see also Olimpijski komite Slovenije. 'Nadstandardno zavarovanje'. (no date). Retrieved from: <https://www.olympic.si/sportniki/zdravstveno-varstvo/nadstandardno-zavarovanje>, Accessed: 26 October 2025; G. Strban, L. Mišič, *Socialne pravice športnikov in trenerjev*, [in:] *Šport in pravo*, Uradni list RS, V. Bergant Rakočević (ed.), Ljubljana 2020, p. 198.

5.1 Organisation and Implementation of Health Care for Athletes in Slovenia

In 2017, Slovenia adopted a new SA-1, which is the fundamental law in the field of sport⁴⁴. SA-1 sets out the public interest in the field of sport, mechanisms for serving said public interest, responsible authorities, and the conditions for carrying out professional work in sport, the rights of athletes, public sports facilities, and outdoor natural sports grounds, sporting events, and databases and supervision in the field of sport (Article 1 of the SA-1).

SA-1 repeatedly emphasizes the importance of health for athletes and society as a whole. For example, Article 2(2) of the SA-1 defines creating opportunities for quality participation in sports activities in a safe and healthy environment as one of the general principles of conduct in sport. Article 2(3) of the SA-1 also defines safeguarding and encouraging the enforcement of moral and ethical values, as well as preventing unfair achievement of results (for example, through doping or the manipulation of competition results), as key principles.

To provide adequate health care for athletes, it is essential to have appropriately educated, trained, and licensed personnel, including coaches, doctors, physiotherapists, massage therapists, psychologists, dentists, dieticians, and paramedics⁴⁵. The Olympic Movement Medical Code expressly stipulates that athletes enjoy the same fundamental rights as all patients in their relations with doctors and health care providers, in particular respect for: i) their human dignity; ii) their physical and mental well-being; iii) the protection of their health and safety; iv) their self-determination; v) and their right to privacy and confidentiality (Olympic Movement Medical Code, Article 1.1.1.). The relationship between athletes, their personal physician, team physician, and other health care providers must be protected and subject to mutual respect. The health and well-being of athletes are paramount and take precedence over all other considerations, including competitive, economic, legal, and political factors⁴⁶.

In 2024, Slovenia also adopted new Regulation 2024, which precisely defines the types, content, and scope of preventive health services as well as the providers

⁴⁴ Cf. See more S. Kraljić, M. Šepec, K. Drnovšek, *Developments of sports law in the Republic of Slovenia*, p. 287-304.

⁴⁵ Cf. See also Olympic Movement Medical Code, Article 1.1.3.

⁴⁶ Cf. Olympic Movement Medical Code, Article 1.1.2.

of preventive health examinations funded through mandatory health insurance, specifically for: i) categorized athletes⁴⁷, and ii) registered athletes up to the age of 26 (Article 1(1) of the Regulation 2024). Preventive health examinations for athletes are of paramount importance, as they aim to ensure that only individuals with a suitable health status engage in sport. These examinations serve to protect athletes' health, determine the appropriate training guidance, and prevent illnesses, injuries, functional impairments, and disability. The examinations take into account the personal characteristics and capacities of each athlete as well as the specific requirements of the chosen sport⁴⁸. This ensures the optimal development and progression of the athlete while minimizing the risk of overuse or injury resulting from inappropriate training. Through systematic and regular monitoring of athletes' health, potential diseases, risks, or irregularities can be detected early, allowing for prompt intervention, treatment, and rehabilitation.

5.2. Who is an Athlete?

The para. 1 of Article 32 of the Slovenian SA-1, as the fundamental law on sport, sets out the conditions an individual must fulfill to register as an athlete:

- a) they must be at least twelve years old;
- b) they must be members of a sports club that holds membership in the national sports federation⁴⁹ or the Slovenian Sports Association for the Disabled – Slovenian Paralympic Committee⁵⁰;
- c) they must have their participation in an official competition system confirmed by the Olympic Committee of Slovenia – Association of Sports Federations⁵¹;
- d) they must be entered into the records of registered and categorized athletes (Article 32(1) of SA-1).

Notwithstanding the above, an athlete is also considered an individual younger than twelve, but not younger than ten years of age, who is registered in Olympic sports disciplines of individual sports in which athletes under the age of eighteen are eligible to participate in World Championships in the senior category (Article 32(2) of SA-1).

⁴⁷ Cf. Following Article 2(3) of the SA-1 a categorised athlete means an athlete who is a citizen of the Republic of Slovenia, has reached at least the age of fourteen and has the status of youth, national, prospective, international, or world or Olympic-class athlete.

⁴⁸ Cf. So previous Resolucija o športu 2013-2024, chapter 6.3.2.3.

⁴⁹ Cf. In Slovenian nacionalna panožna športna zveza (NPŠZ).

⁵⁰ Cf. In Slovenian Zveza za šport invalidov Slovenije – Slovenski paralimpijski komite (ŠIS-SPK).

⁵¹ Cf. In Slovenian Olimpijski komite Slovenije – Združenje športnih zvez (OKS-ZŠZ).

According to the Slovene SA-1, three categories of athletes are defined, namely:

- a) a categorized athlete is an athlete who is a citizen of the Republic of Slovenia, has reached at least the age of fourteen years, and has the status of youth, national, prospective, international, world, or Olympic class athlete (Article 2(3) of SA-1);
- b) a professional athlete is an athlete who is entered in the register of professional athletes under SA-1 and independently performs work in sports as their sole or supplementary activity (Article 2(6) of SA-1);
- c) SA-1 stipulates that elite-level sport is a program for preparation and competition for elite athletes focused on achieving the highest sporting achievements at the international level (Article 2(17) of SA-1). An elite athlete is an athlete who has acquired the status of international, world, or Olympic class athlete, has achieved the top results in an international competition in their absolute age category, and is entered in the register of registered and categorized athletes as an elite athlete (Article 2(18) of SA-1).

Athletes who have reached at least the age of fourteen and are citizens of the Republic of Slovenia shall, on the basis of their results achieved in competitions under an official competition system, be given the status of youth, national, prospective, international, world, or Olympic class athlete (Article 33(1) of the SA-1).

However, regardless of the categorization under para. 1 of Article 33 of the Slovene SA-1 and from the perspective of the health protection of athletes, every athlete has the right to preventive health care (Article 35(1)(5) of the SA-1) and the right not to train or compete during illness or injury (Article 35(1)(6) of the SA-1). The physical demands experienced by an athlete during training or competition require that the athlete be in good health. Health, however, is not merely the absence of disease, but a state of physical, mental, and social well-being. It is the result of maintaining proper physical fitness, balanced nutrition, a healthy environment, effective stress management, and taking personal responsibility for one's own health⁵².

Health care for athletes is the outcome of effective health policy implementation. It includes a willingness to invest in the health of athletes, as well as knowledge, equipment, and the formulation and organization of health care. The goal of health care for athletes is to achieve the best possible health for athletes and contribute to the overall health of society. Health care for athletes encompasses promoting

⁵² Cf. See previous Resolucija o športu 2014-2023, chapter 6.3.2.3.

the health of athletes, preventing illness, injury, and impairment, early detection of disease, treatment, medical care, and rehabilitation⁵³.

5.3. Preventive Health Care for Athletes

The right of athletes to preventive health care in the Republic of Slovenia is regulated by the SA-1, the HCHIA, and the Regulation on Preventive Health Examinations of Athletes (Regulation 2024). The objective of athletes' health care is to maintain the best possible health condition of the athlete, ensuring safe training and providing timely medical attention when necessary⁵⁴. Preventive health examinations for athletes reduce the risk of illness and injury, which is crucial for maintaining their overall health. The scope of the health examination is determined by legislation. Specific preventive examinations, however, depend on the type of sport the individual athlete participates in and on any particular needs or risks associated with that sport.

The primary purpose of preventive medical examinations is to identify behaviors, injuries, and health conditions that may endanger the safety of an athlete during participation in sports activities. If a physician determines that an athlete is exposed to a serious health risk, the physician must strongly advise the athlete to refrain from further training or competition until the necessary medical measures have been taken⁵⁵. Based on the Slovenian Regulation 2024, three types of preventive medical examinations are distinguished: i) preliminary preventive medical examination of a registered athlete; ii) periodic preventive medical examination of a registered athlete; and iii) preventive medical examination of a categorized athlete.

5.3.1. Preliminary Preventive Medical Examinations of Registered Athletes

Athletes who wish to participate in the competition systems of sports federations, as well as athletes who are already categorized, must successfully complete a preventive medical examination. The purpose of the examination is for an authorized physician to identify possible risks associated with the athlete's chosen sporting activity.

⁵³ Cf. A. Skrzypek, I. Perera, *Medical examinations of professional and amateur athletes at a sports medicine clinic. Insights from a sports medicine specialist and cardiologist*, „Folia Medica Cracoviensia” 2024, vol. 64, no. 1, p. 57–58.

⁵⁴ Cf. See Resolucija o športu 2026-2035, chapter 3.3.3.4.

⁵⁵ Cf. World Athletics, *World Athletics Health Promotion Policy Paper*. (2021), <https://worldathletics.org/>, Accessed 5 October 2025, p. 4.

The child's legal representatives (i.e., parents or guardians) are informed of the potential risks, and a medical certificate is issued.

The purpose of the preliminary preventive medical examination is to assess the medical fitness of a candidate for participation in a selected sport discipline. In accordance with the Regulations 2024 that apply, a registered athlete is entitled to a preliminary preventive medical examination in the seventh grade of primary school, or between the ages of twelve and thirteen. If the registered athlete competes in a sport in which registration is permitted between the ages of ten and twelve in accordance with sports regulations, the athlete is entitled to undergo the preliminary preventive medical examination between the ages of ten and thirteen. In such cases, the examination shall be conducted either in the fifth grade of primary school (between the ages of ten and eleven) or in the seventh grade of primary school (between the ages of twelve and thirteen). If a person registers as an athlete for the first time after reaching the age of thirteen, they shall be entitled to a preliminary preventive medical examination at the time of registration. The registered athlete may apply for the preventive medical examination personally or through the sports organisation with which they are registered. If the registered athlete is a minor, the application for the preventive medical examination shall be submitted by the parents or legal guardians, or by the sports organisation with which the athlete is registered, based on prior written consent from the parents or legal guardians (Article 2 of the Regulation 2024).

A preliminary preventive medical examination of a registered athlete includes: i) medical history (personal, family, and sports history); ii) review of the basic medical documentation of the registered athlete kept by the selected personal physician; iii) assessment of nutritional status; iv) somatic status; v) 12-lead ECG at rest; vi) assessment of visual function; vii) depending on indications: laboratory tests; spirometry; cardiopulmonary exercise testing; cardiac ultrasound; visual field examination; bioimpedance; audiometry. The medical records shall include anamnestic and clinical findings, pathology, and interpretations of examination or test results (Article 5 of the Regulation 2024).

Article 3 of the Regulation 2024 refers to periodic preventive medical examinations of registered athletes, which are conducted to monitor the health status of athletes and assess their ability to withstand the physical demands of the selected sport discipline. A registered athlete competing in a sport discipline included in the list of sports with higher physical loads is entitled to a periodic preventive medical examination every two years. If a registered athlete is entitled to a preventive

medical examination conducted in accordance with the Slovenian so-called »Health Today for Tomorrow Programme«⁵⁶, as defined by the regulation governing the implementation of preventive health care at the primary level, the periodic preventive medical examinations shall alternate with the preventive examinations carried out under the »ZDAJ Programme«. In the year in which the registered athlete is entitled to a preventive examination under the »ZDAJ Programme«, they are not entitled to a periodic preventive medical examination. For a registered athlete competing in a sport discipline not included in the list of sports with higher physical loads, the preventive examinations conducted under the »ZDAJ Programme« shall be considered periodic preventive medical examinations. If the registered athlete is not eligible to participate in the »ZDAJ Programme«, they are entitled to a periodic preventive medical examination every two years. Notwithstanding, a registered athlete is also entitled to a periodic preventive medical examination during the third year of undergraduate or integrated master's studies.

The periodic preventive medical examination of a registered athlete includes the preventive health services specified for the preliminary preventive medical examination of a registered athlete (see above). It may, where medically indicated, be supplemented accordingly (Article 6 of the Regulation 2024).

5.3.2. Preventive Medical Examinations of Categorized Athletes

Categorized athletes are entitled to an annual preventive medical examination regardless of age. A categorized athlete registers for a preventive medical examination themselves or is registered by a sports organization. If a categorized athlete is a minor, their parents or guardians, or the sports organization, must register them for a preventive medical examination, based on the prior written consent of the parents or guardians (Article 4 of the Regulation 2024).

The preventive medical examination of a categorised athlete includes: i) medical history (personal, family, and sports history); ii) review of the athlete's basic medical records maintained by their selected personal physician; iii) assessment of nutritional status; iv) clinical examination; v) anthropometric measurements, including body composition analysis; vi) assessment of visual function; vii) spirometry; viii) blood pressure measurement; ix) heart rate measurement; x) 12-lead resting electrocardiogram (ECG); xi) laboratory tests of blood and urine; and xii) individual health education and counselling. Based on medical indications, the examination

⁵⁶ Cf. In Slovenian »Program Zdravje danes za jutri«, therefore hereinafter: »ZDAJ Programme«.

may also include cardiopulmonary exercise testing, psychological evaluation, additional targeted laboratory tests, vestibular function testing, audiometry, visual field testing, kinesiological and functional assessment of the musculoskeletal system, consultation with a dietitian, and cardiac ultrasound. The medical documentation shall include the athlete's medical history and clinical findings, any pathological conditions identified, and the interpretation of test and examination results (Article 7 of the Regulation 2024).

Both registered and categorised athletes are required to undergo a follow-up preventive medical examination. This targeted examination represents a specific form of the periodic preventive medical assessment and is conducted at the physician's recommendation who performed the athlete's previous preliminary or periodic examination. The purpose of the follow-up examination is to monitor any deviations or changes in the athlete's health status that may have resulted from sports participation, are associated with it, or could affect the athlete's continued engagement in sport. The scope and content of the follow-up examination are determined according to medical indications (Article 8 of the Regulation 2024).

5.4. Providers of Preventive Medical Examinations

Sports medicine supports the performance of professional and amateur athletes while taking care of their health. Sports medicine professionals must ensure the safe participation of athletes in sports activities, which they achieve through regular periodic preparticipation evaluations (hereinafter: PPE) and regular medical monitoring of athletes in accordance with the latest recommendations regarding health status and medical history, physical fitness, nutrition, training period and program, recovery, use of supplements, injury prevention, and safe return to play⁵⁷. The safety and well-being of athletes should therefore be the highest priority of sports medicine teams.

Preliminary, periodic, and follow-up preventive medical examinations of registered athletes are performed by a specialist in occupational medicine, traffic and sports medicine, or a pediatric specialist with special knowledge of sports medicine, as evidenced by additional training in sports medicine certified by the extended professional board for occupational, traffic, and sports medicine (Article 9(1) of the Regulation 2024). The list of these doctors is published on the »National

⁵⁷ Cf. A. M. Ionescu et al., *Preparticipation medical evaluation for elite athletes: EFSMA recommendations on standardised preparticipation evaluation form in European countries*, „BMJ Open Sport & Exercise Medicine” 2021, no. 7(4), p. 1.

Institute of Public Health of the Republic of Slovenia« website (»ZDAJ Programme«) (Article 9(2) of the Regulation 2024). Preventive and preventive control medical examinations of categorized athletes shall be performed by a specialist in occupational, traffic, and sports medicine (Article 9(3) of the Regulation 2024).

Upon completion of the preventive medical examination, the authorised provider of preventive health care for athletes issues a medical certificate confirming the athlete's health status (Article 9(4) of the Regulation 2024). If the examination reveals health deficits that may impact the athlete's future sporting activities (for example, health risks or the possibility of injury), the athlete is referred for further specialist examinations or procedures. Additionally, the provider offers advice on how to address health deficits (for example, rest without training or competition). For elite athletes, it is implicitly recommended that the results of preventive examinations be discussed or analyzed with the athlete and, considering the need to respect privacy, also with team members (such as the team doctor, coach, and sports trainer)⁵⁸. The preventive medical examination conducted under the »ZDAJ Programme« shall be conducted by the provider designated in the regulation governing the implementation of preventive health care at the primary level, who shall subsequently issue the registered athlete a medical certificate confirming the completion of the examination (Article 9(5-6) of the Regulation 2024).

The goal of health care professionals (for example, a doctor, a specialist in sports medicine, a nurse trained to work with athletes, a health care technician, a psychologist, a physiotherapist, a nutritionist), working in sports medicine, is therefore to provide and facilitate or enable athletes to achieve maximum, optimal results while minimizing the occurrence of injuries. Additionally, it is essential to advocate for and ensure compliance with all anti-doping rules⁵⁹. Preventive medical examinations must have no side effects and must be accurate in two senses. On the one hand, they must correctly identify any pathology that may be present. On the other hand, they must correctly indicate its absence when it is not present. Inaccuracy in either case is not in the athlete's best interest and may even harm them⁶⁰. Therefore, professionalism and adherence to modern international standards are necessary to prevent such irregularities.

⁵⁸ Cf. Anca Mirela Ionescu et al., 'Preparticipation medical evaluation for elite athletes: EFSMA recommendations on standardised preparticipation evaluation form in European countries'. *BMJ open sport & exercise medicine*, 7(4), (2021), p. 6.

⁵⁹ Cf. M. Vogrin, *Vloga športnega zdravnika*, [in:] *Ortopedija in šport: zbornik predavanj*, M. Vogrin, Z. Krajnc, M. Kuhta (eds.), Maribor 2011, p. 11.

⁶⁰ Cf. S. Franjić S., *Professional Sport, Health and Sports Law*, „Journal of Physical Fitness, Treatment & Sports” 2019, no 6(1), p. 3.

6. Final reflections

Today, sport undoubtedly plays a significant role, not merely in one's daily life, but in society as a whole. In the EU, increasing physical activity to the minimum level recommended by the WHO (150 minutes of moderate-intensity physical activity per week) could prevent 11.5 million new cases of non-communicable diseases by 2050 – including, but not limited to 3.8 million cases of cardiovascular disease and more than 400,000 cases of cancer. The economic benefits of increasing physical activity are estimated to be as high as 8 billion euros per year. On the other hand, sport is of exceptional importance to each individual, which should be the primary focus. This makes it all the more important to ensure that athletes receive adequate health care in national systems, as well as at the international level. Slovenia follows international guidelines and recommendations (for example, the IOC, WHO) in regulating health care for athletes. The aim is to ensure the safety of athletes, especially children and other vulnerable groups (such as people with disabilities, older adults). Doctors who perform preventive medical examinations of athletes must ensure that, especially in the case of possible health limitations (in cases of injuries, illnesses), they provide the athlete with appropriate medical care and thus, either prevent the occurrence of medical (especially permanent) harm to the athlete or ensure the athlete's return to training and competing as soon as possible.

However, it should not be overlooked that the area of health restrictions on participation in sport is extremely unclear and that there are significant differences between individual sports associations⁶¹. In sports, individual desires (for example, success, victory, financial gain, or sponsor satisfaction) often clash with the interests of a wider circle of stakeholders, including sponsors, clubs, sports federations, national interests, and sports betting companies. Some sports also involve extraordinary effort. That is why WADA, which regularly upgrades anti-doping measures in the interests of athletes' health and fair play, is of key importance.

Therefore, it is essential that Slovenia has established an effective system for conducting preventive medical examinations of athletes. Through different documents and legal bases, Slovenia has also signified that the health of athletes should always be the primary concern. All other possible interests must not take precedence. Unfortunately in practice, these other potential interests are, however, often given priority (for example, sports betting). This makes it all the more important to ensure preventive and educational awareness, starting with the youngest athletes,

⁶¹ G. Sesa, P., Borry, S. Loland, S. Camporsi, *Restricting sports participation on public health and individual well-being grounds: a critical analysis of sport-related rights*, „International Sports Law Journal” 2025.

i.e., children, who are still developing physically and mentally. Preventive medical examinations allow for the early detection of health risks, guide safe training and recovery, prevent injuries, and promote lifelong healthy habits. Through preventive medical care, we ensure that athletes can participate safely, develop optimally, and reach their full athletic potential, while prioritizing their well-being above all other interests.

Bibliography

Case C-13/76 – *Dona v Mantero*, 14 July 1976, ECLI:EU:C:1976:115.

Case C-36/74 – *Walrave and Koch v Association Union Cycliste Internationale and others*, 12 December 1974, ECLI:EU:C:1974:140.

Case C-124/21 P – *International Skating Union v Commission*, 21 December 2023, ECLI:EU:C:2023:1012.

Case C-333/21 – *European Superleague Company*, 21 December 2023, ECLI:EU:C:2023:1011.

Case C-415/93 – *Union royale belge des sociétés de football association and others v Bosman and Others*, 15 December 1995, ECLI:EU:C:1995:463.

Case C-680/21 – *Royal Antwerp Football Club*, 21 December 2023, ECLI:EU:C:2023:1010.

Consolidated Treaty on the Functioning of the European Union (TFEU), OJ C 202, 7.6.2016, pp. 1–388.

Constitution of Greece, <https://www.hellenicparliament.gr/UserFiles/f3c70a23-7696-49db-9148-f24dce6a27c8/THE%20CONSTITUTION%20OF%20GREECE.pdf>, accessed 20 October 2025.

Constitution of the Republic of Italy, https://www.cortecostituzionale.it/documenti/download/pdf/Costituzione_italiana_english_version_ott2023.pdf, accessed 24 September 2025.

Constitution of the Republic of Slovenia (*Ustava Republike Slovenije*), Uradni list RS, št. 33/91-I, 42/97 – UZS68, 66/00 – UZ80, 24/03 – UZ3a, 47, 68, 69/04 – UZ14, 69/04 – UZ43, 69/04 – UZ50, 68/06 – UZ121,140,143, 47/13 – UZ148, 47/13 – UZ90,97,99, 75/16 – UZ70a, 92/21 – UZ62a.

Council of Europe. Culture and Sport. (2025). <https://www.coe.int/en/web/compass/culture-and-sport#What%20do%20we2>, Accessed 20 October 2025.

Council of Europe, European Cultural Convention, adopted 19 December 1954, entered into force 5 May 1955.

Council of Europe, Recommendation CM/Rec(2021)5 of the Committee of Ministers to Member States on the Revised European Sports Charter, adopted 13 October 2021.

- Council of Europe, Resolution (63) 16 – European Athletics Diploma, adopted 25 October 1963.
- Council of Europe Convention on an Integrated Safety, Security and Service Approach at Football Matches and Other Sports Events (CETS No. 218).
- Council of Europe Convention on the Manipulation of Sports Competitions (CETS No. 215).
- European Convention on Spectator Violence and Misbehaviour at Sports Events and in particular at Football Matches (ETS No. 120).
- European Commission. White Paper on Sport {SEC(2007) 932} {SEC(2007) 934} {SEC(2007) 935} {SEC(2007) 936}, COM/2007/0391 final.
- Franjić S., *Professional Sport, Health and Sports Law*, „Journal of Physical Fitness, Treatment & Sports” 2019, no 6(1).
- Gasparini W., *The Council of Europe and sport: origin and circulation of a European sporting model*, Digital Encyclopedia of European History, (no date), <https://ehne.fr/en/encyclopedia/themes/material-civilization/european-sports-circulations/council-europe-and-sport-origin-and-circulation-a-european-sporting-model>, Accessed: 1 October 2025.
- Health Care and Health Insurance Act (Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju – HCHIA), Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 114/06 – ZUTPG, 91/07, 76/08, 62/10 – ZUPJS, 87/11, 40/12 – ZUJF, 21/13 – ZUTD-A, 91/13, 99/13 – ZUPJS-C, 99/13 – ZSVarPre-C, 111/13 – ZMEPIZ-1, 95/14 – ZUJF-C, 47/15 – ZZSDT, 61/17 – ZUPŠ, 64/17 – ZZDej-K, 36/19, 189/20 – ZFRO, 51/21, 159/21, 196/21 – ZDOsk, 15/22, 43/22, 100/22 – ZNUZSZS, 141/22 – ZNUNBZ, 40/23 – ZČmIS-1, 78/23, 32/25 – ZZDej-N.
- Health Services Act (Zakon o zdravstveni dejavnosti), Uradni list RS, št. 23/05 – uradno prečiščeno besedilo, 15/08 – ZPacP, 23/08, 58/08 – ZZdrS-E, 77/08 – ZDZdr, 40/12 – ZUJF, 14/13, 88/16 – ZdZPZD, 64/17, 1/19 – odl. US, 73/19, 82/20, 152/20 – ZZUOOP, 203/20 – ZIUPOPdVE, 112/21 – ZNUPZ, 196/21 – ZDOsk, 100/22 – ZNUZSZS, 132/22 – odl. US, 141/22 – ZNUNBZ, 14/23 – odl. US, 84/23 – ZDOsk-1, 102/24 – ZZKZ, 32/25.
- Ionescu A.M. et al., *Preparticipation medical evaluation for elite athletes: EFSMA recommendations on standardised preparticipation evaluation form in European countries*, „BMJ Open Sport & Exercise Medicine” 2021, no. 7(4).
- International Olympic Committee, Olympic Charter, in force since 30 January 2025.
- International Olympic Committee, Olympic Movement Medical Code, in force from March 2024.
- Kraljić S., Šepec M., Drnovšek K., *Developments of sports law in the Republic of Slovenia*, „Zbornik radova Pravnog fakulteta u Splitu” 2020, no. 57(2).
- Ludvigsen J.A.L., Byrne S., *Towards a children's rights-based approach to EU sports policy: further room for development?*, „Sport in Society” 2025.

- Meredith J., Garcia B., *To be or not to be specific? Understanding EU Institutions Definition of the Specific Nature of Sport*, „Sports Law, Policy & Diplomacy Journal” 2023, no. 1(1).
- Olimpijski komite Slovenije. *Nadstandardno zavarovanje*. (no date). <https://www.olympic.si/sportniki/zdravstveno-varstvo/nadstandardno-zavarovanje>, Accessed 26 October 2025.
- Panagiotopoulos D.P., *The Greek Constitution Concerning Sport and Sports Federation*, [in:] Korean Association of Sports and Entertainment Law, p. 175–208.
- Regulation on Preventive Medical Examinations of Athletes (Pravilnik o preventivnih zdravstvenih pregledih športnikov – Regulation 2024), Uradni list RS, št. 53/24, t. 66, nr 25.
- Resolution of the Council and of the Representatives of the Governments of the Member States meeting within the Council on the European Union Work Plan for Sport (1 January 2021 – 30 June 2024), OJ C 419, 4.12.2020, s. 1–11.
- Resolucija o nacionalnem programu športa v Republiki Sloveniji za obdobje 2014–2023 (ReNPŠ14-23), Uradni list RS, št. 26/14.
- Resolucija o nacionalnem programu športa v Republiki Sloveniji za obdobje 2026–2035 (ReNPŠ26-35), Uradni list RS, št. 55/25.
- Sesa G., Borry P., Loland S., Camporsi S., *Restricting sports participation on public health and individual well-being grounds: a critical analysis of sport-related rights*, „International Sports Law Journal” 2025.
- Skrzypek A., Perera I., *Medical examinations of professional and amateur athletes at a sports medicine clinic. Insights from a sports medicine specialist and cardiologist*, „Folia Medica Cracoviensia” 2024, vol. 64, no. 1, p. 57–69.
- Sports Act (Zakon o športu – SA-1), Uradni list RS, št. 29/17, t. 21, nr 18 – ZNOrg, t. 82, nr 20, t. 3, nr 22 – ZDeb, t. 37, nr 24 – ZMat-B.
- Strban G., Mišič L., *Socialne pravice športnikov in trenerjev*, [in:] *Šport in pravo*, Uradni list RS, Bergant Rakočević V. (ed.), Ljubljana 2020.
- UEFA, *UEFA's position on Article 165 of the Lisbon Treaty*. (no date). https://www.uefa.com/multimediafiles/download/uefaorg/europeanunion/01/57/91/67/1579167_download.pdf, Accessed 27 September 2025.
- UNESCO, *International Charter of Physical Education, Physical Activity and Sport* 2015. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000235409>, accessed 28 October 2025.
- Vogrin M., *Vloga športnega zdravnika*, [in:] *Ortopedija in šport: zbornik predavanj*, Vogrin M., Krajnc Z., Kuhta M. (eds.), Maribor 2011.
- World Anti-Doping Agency, *World Anti-Doping Code*. https://www.wada-ama.org/sites/default/files/resources/files/2021_wada_code.pdf, Accessed 16 October 2025.
- World Athletics, *World Athletics Health Promotion Policy Paper*. (2021), <https://worldathletics.org/>, Accessed 5 October 2025.

World Health Organization, *Promoting health through sports: WHO's new guide for clubs and communities*. (2025). <https://www.who.int/europe/news/item/17-09-2025-promoting-health-through-sports--who-s-new-guide-for-clubs-and-communities>, Accessed 5 October 2025.

Xanthaki A., *Report of the Special Rapporteur in the field of cultural rights*, A. Xanthaki – The right to participate in sports, A/79/299, 7 August 2024. <https://docs.un.org/en/A/79/299>, Accessed 26 September 2025.

Mariola Pirek
Faculty of Canon Law
Cardinal Stefan Wyszyński University in Warsaw

The Church's Responsibility for the Living Conditions of Clerics: The Right to Decent Support, Care in Illness, and Rest in the Light of Canons 281 and 283 of the 1983 Code of Canon Law

1. Introduction

Concern for the living conditions of clerics has been present in the law of the Church since the earliest stages of its development. From the very beginning, the community of the faithful recognized that those who devoted themselves to the proclamation of the Word of God and the celebration of the sacraments should not be left without the means necessary for a dignified life. The obligation to provide for their support did not arise solely from practical considerations; rather, it was intrinsically linked to the understanding of ecclesiastical ministry as a service undertaken for the benefit of the entire community. The apostolic tradition itself pointed to a particular bond between the ecclesial community and those called to preach the Gospel, while responsibility for their support was regarded as an element of responsibility for the fulfilment of the Church's mission¹.

This issue remains fully relevant in the contemporary life of the Church. Changing social and economic circumstances, the ageing of the clergy, and the increasing costs of healthcare have given renewed significance to the question of responsibility for the material and personal well-being of clerics. At the same time, it has become

¹ Second Vatican Council, Decree on the Ministry and Life of Priests *Presbyterorum ordinis*, no. 20–21.

increasingly evident that concern for clergy cannot be limited to the provision of financial support but must encompass the entirety of the conditions that enable them to live out their vocation and exercise their ministry. In this context, particular importance attaches to social provision in cases of illness, disability, and old age, as well as to the right to rest, which constitutes one of the elements safeguarding the integral good of the cleric as a person.

The 1983 Code of Canon Law devotes particular attention to these issues in canons 281 and 283². These norms express a specific vision of the status of clerics within the Church and indicate the obligations of the ecclesial community towards those who, through sacred ordination, have been incorporated in a special way into the mission of teaching, sanctifying, and governing. In this manner, the ecclesiastical legislator treats concern for the living conditions of clerics not as an expression of voluntary charitable activity but as an element of the legal order of the Church and as a consequence of the bond existing between the cleric and the ecclesial community³. The purpose of this study is to analyse the Church's responsibility for the living conditions of clerics in the light of canons 281 and 283 of the 1983 Code of Canon Law. The subject of the research comprises the norms concerning the right to decent support, provision in cases of illness, disability, and old age, as well as the right to rest. The analysis will be conducted with due regard to the theological and juridical foundations of these regulations and their place within the system of canon law. Such an approach makes it possible to demonstrate that the obligations of the Church towards clerics are not merely the result of practical considerations but are rooted in the ecclesiological understanding of *communio*.

2. The Theological and Juridical Foundations of the Church's Responsibility for the Living Conditions of Clerics

An analysis of the Church's obligations towards clerics requires, first of all, the identification of their ecclesiological foundation. The norms concerning decent support, social provision, and the right to rest do not constitute a body of regulations of a merely organisational or patrimonial nature. Their source and justification must be sought in theological reflection on the nature of the Church and on the place of the cleric within the structure of the ecclesial community. As has been emphasized

² *Codex Iuris Canonici auctoritate Ioannis Pauli PP. II promulgatus*, 25 January 1983, AAS 75 (1983), pars II, pp. 1–317 (CIC/1983); Cf. CIC/1983, can. 281, 283.

³ J. Krukowski, *Komentarz do kan. 281–283*, [in:] *Komentarz do Kodeksu prawa kanonicznego*, vol. II/1., ed. J. Krukowski, Poznań 2005, pp. 104–107.

in canonical doctrine, reflection on ecclesiastical law finds its proper foundation in theological reflection on the Church, since only such reflection makes it possible to explain how the institutional dimension of the Church remains ordered to the fulfilment of its salvific mission. Ecclesiastical law does not therefore function alongside the Church; rather, it constitutes one of the elements of its historical and social reality, serving the realization of the purpose for which the Church was established⁴.

In this context, the conciliar category of *communio* acquires particular significance. The Second Vatican Council presented the Church as a communion of persons united through participation in the life of Christ and called to carry out a common mission. Consequently, the relationships existing among the members of the Church possess not only a spiritual but also a juridical character, since they give rise to specific rights and obligations stemming from participation in the same community of salvation. Accordingly, both the status of clerics and the corresponding obligations of the ecclesial community must be interpreted within the perspective of *communio*, that is, in relation to the good of the Church and the mission entrusted to it⁵. The cleric is therefore not only the bearer of obligations towards the ecclesial community but also the subject of rights intended to enable the dignified and enduring exercise of the ministry entrusted to him.

The particular status of the cleric within the ecclesial community derives from the sacrament of Holy Orders. The Second Vatican Council teaches that presbyters, configured to Christ the High and Eternal Priest, participate in His offices of teaching, sanctifying, and shepherding. They proclaim the Word of God, celebrate the sacraments, and lead the People of God entrusted to their care. Their ministry is not exercised in isolation but within hierarchical communion with the bishop and the entire presbyterate⁶. Priests are co-workers of the bishop and share responsibility for building up the Church as a community of salvation. The communion of the presbyterate possesses not only a spiritual dimension but also a practical one, expressed in mutual responsibility, assistance, and cooperation. The Council further teaches that common ordination and participation in the same mission establish among presbyters a particular bond of fraternity, which should find expression both in pastoral life and in concern for the welfare of fellow priests⁷.

⁴ R. Sobański, *Prawo w prawie kościelnym*, „Prawo Kanoniczne” 36 (1993) no. 1–2, pp. 8–9.

⁵ T. Gałkowski, *Dylematy wokół ustawy kanonicznej (II) – „bonum commune” czy „communio”*, „Prawo Kanoniczne” 58 (2015) no. 4, pp. 44–45.

⁶ Second Vatican Council, Dogmatic Constitution on the Church *Lumen gentium*, no. 28.

⁷ John Paul II, Post-Synodal Apostolic Exhortation *Pastores dabo vobis* on the Formation of Priests in the Circumstances of the Present Day, no. 70–72.

The juridical expression of this bond is the institution of incardination. Through incardination, a cleric is incorporated into a particular Church or another entity endowed with the faculty of incardinating clerics, thereby obtaining a stable place for the exercise of ministry. This institution is not merely administrative in character. Its essence consists in the establishment of a particular juridical and pastoral bond between the cleric and the ecclesial community. Mutual rights and obligations arise from this bond. The cleric undertakes faithfully to carry out the duties entrusted to him, to observe obedience towards the competent ecclesiastical authority, and to remain available for ministry according to the needs of the Church. Correspondingly, the particular Church assumes the obligation of providing the conditions necessary for the fulfilment of that ministry⁸. This obligation encompasses not only the organisation of pastoral activity but also concern for the cleric's material situation, social provision, and assistance in cases of illness, incapacity, or old age. Incardination therefore constitutes one of the principal juridical foundations of the Church's responsibility for the living conditions of clerics.

Consequently, the obligations set forth in canons 281 and 283 of the 1983 Code of Canon Law cannot be interpreted as an expression of unilateral benevolence on the part of the Church towards clerics, nor as special privileges granted to a particular group of the faithful. Rather, they constitute a concrete expression of the ecclesial community's responsibility for those who, through sacred ordination and incardination, have been permanently designated for the fulfilment of its mission. Their *ratio* must be sought both in the nature of the Church as a community of salvation and in the particular juridical bond linking the cleric to the particular Church. Concern for decent support, social provision, and the possibility of rest serves not only to protect the good of the cleric himself but also the good of the entire Church, whose mission is carried out through concrete persons participating in the priesthood of Christ. Only from this perspective can the rights granted to clerics by the ecclesiastical legislator, and the corresponding obligations of the ecclesial community, be properly understood.

3. The Right of Clerics to Decent Support

One of the fundamental manifestations of the Church's responsibility for clerics is the obligation to provide them with decent support. This obligation is expressed in can. 281 § 1 of the 1983 Code of Canon Law, according to which clerics deserve

⁸ J. Krukowski, Komentarz do kan. 265-266..., [in:] *Komentarz do Kodeksu prawa kanonicznego*, vol. II/1, ed. J. Krukowski, Poznań 2005, pp. 85–86.

remuneration that is consistent with their condition, taking into account the nature of the office entrusted to them and the circumstances of place and time, so that they may provide for the necessities of their own lives and ensure just compensation for those whose assistance they require⁹.

This norm does not concern merely economic matters. Its object is the life situation of the cleric considered in relation to the ministry entrusted to him and, consequently, in relation to the bond existing between the cleric, the ecclesial community, and the mission of the Church. The legislator neither determines the amount of remuneration due to clerics nor establishes a uniform system for their support. Instead, it identifies criteria by which it may be assessed whether such support satisfies the requirements of justice and the dignity of the clerical state. For this reason, can. 281 § 1 should not be regarded merely as a technical provision governing the financing of ecclesiastical ministry, but rather as a norm establishing the minimum standard of responsibility owed by the Church to those who, through sacred ordination and incardination, have become permanently associated with her mission¹⁰.

The right to support cannot be interpreted through categories proper to an employment relationship. The bond that unites a cleric with the Church is not contractual in nature and does not arise from an agreement for the performance of work. Its source lies in sacred ordination and incardination, which determine the cleric's place within the structure of the Church and his participation in her salvific mission. Consequently, the benefits provided for in can. 281 § 1 do not constitute remuneration for work in the sense understood by secular law; rather, they express the responsibility of the ecclesial community for the person who exercises ministry on its behalf¹¹.

The foundations of this regulation are to be found both in Sacred Scripture and in the teaching of the Church. Saint Paul already taught that *the Lord commanded that those who proclaim the Gospel should get their living by the Gospel*¹². This principle subsequently found expression in the canonical tradition of the Church and, throughout the centuries, was implemented through various juridical institutions intended to ensure the material support of the clergy.

A significant stage in the development of this doctrine was marked by the teaching of the Second Vatican Council. The Council Fathers emphasized that

⁹ CIC/1983, can. 281 § 1.

¹⁰ J. Krukowski, *Komentarz do kan. 281...*, pp. 104-105.

¹¹ E. Szafronowski, *Podręcznik prawa kanonicznego*, vol. 1, Warszawa 1985, p. 333.

¹² Cf. 1 Cor 9:14.

priests who devote themselves entirely to the service of God in the exercise of the ministry entrusted to them are entitled to such support as will enable them to fulfil their duties worthily and to provide for their own needs as well as for those of persons dependent upon them. The Council also stressed that the support of clerics should not be understood as payment for services rendered, but rather as a means enabling them to devote themselves fully to the mission of the Church. The foundation of this right lies in ecclesiastical ministry itself and not in the economic value of the activities performed. Proper support is therefore ordered to a pastoral purpose: it enables the cleric to remain available for the tasks entrusted to him by the Church and protects him from situations in which concern for basic material needs might impede the fulfilment of his ministry¹³.

Historically, the fulfilment of the obligation to support clerics was closely connected with the benefice system. The 1917 Code of Canon Law conceived the benefice as a stable ecclesiastical office attached to the right to receive revenues designated for the fulfilment of the obligations connected with that office, thereby making it one of the principal juridical institutions providing material support for the clergy. Consequently, entitlement to the means of support was closely linked to the possession of a benefice or a specific ecclesiastical office. The reforms initiated by the Second Vatican Council, and subsequently the solutions adopted in the 1983 Code of Canon Law, brought about a significant shift in perspective. Responsibility for the support of clerics came to be connected primarily with the status of the cleric himself and with the bond of incardination rather than with the possession of a particular patrimonial title. In this way, the legislator more clearly emphasized the personal dimension of the protection afforded to clerics. This development is significant not only from a historical and juridical perspective but also from a methodological one, since it demonstrates that the contemporary interpretation of can. 281 § 1 must begin with the person of the cleric and his place within the mission of the Church rather than with patrimonial structures designed to support the exercise of ecclesiastical office¹⁴.

Such an approach is consistent with the personalistic character of canon law. The object of protection is the person of the cleric rather than the office he holds. The legislator does not employ the category of a minimum standard of subsistence

¹³ Second Vatican Council, Decree on the Ministry and Life of Priests *Presbyterorum ordinis*, no. 20.

¹⁴ J. Krukowski, Komentarz do kan. 281, [in:] Komentarz do Kodeksu prawa kanonicznego, vol. II/1, ed. J. Krukowski, Poznań 2005, pp. 104–105; cf. Codex Iuris Canonici Pii X Pontificis Maximi iussu digestus Benedicti Papae XV auctoritate promulgatus, 1917, can. 1409: “Beneficium ecclesiasticum est ens iuridicum a competenti ecclesiastica auctoritate in perpetuum constitutum seu erectum, constans officio sacro et iure percipiendi redditus ex dote officio adnexos.”

but instead refers to the notion of decent support. The purpose is therefore to ensure conditions of life that enable the cleric to carry out the duties entrusted to him, to preserve the independence necessary for the exercise of ministry, and to live in a manner consistent with the dignity of the clerical state¹⁵. Canon 281 § 1 identifies two principal criteria for determining the scope of the support due to clerics. The first is the nature of the office entrusted to them, and the second consists in the circumstances of place and time. By doing so, the legislator adopts a flexible solution that takes into account both the diversity of ecclesiastical ministries and the differing social and economic conditions in which particular Churches carry out their mission. At the same time, these criteria are intended to prevent arbitrariness and to ensure the observance of the requirements of justice. The purpose is not to establish absolute equality among all clerics but to ensure that the support provided corresponds to the actual needs associated with the ministry exercised and the circumstances in which it is carried out¹⁶.

Responsibility for the implementation of the right established in can. 281 § 1 rests primarily upon the competent ecclesiastical authority. In this regard, particular significance attaches to the obligation of the diocesan bishop to care for the priests entrusted to him and to safeguard their rights. Concern for the decent support of clerics constitutes one of the fundamental manifestations of this responsibility¹⁷.

The right to support is inseparably linked to the obligation to live in accordance with the spirit of the Gospel. Canon 282 reminds clerics that they are to cultivate simplicity of life and avoid everything that bears the appearance of vanity. Material goods at their disposal possess a ministerial and instrumental character in relation to the mission entrusted to them and may never be regarded as an end in themselves. The protection of the rights of clerics and the evangelical requirement of moderation are therefore not mutually opposed but rather complement one another.

The right to decent support must therefore be regarded as one of the fundamental guarantees flowing from the canonical status of the cleric. It does not constitute a privilege granted to a particular group of the faithful but rather a consequence of the Church's responsibility for those who participate in a special way in the fulfilment of her mission. This responsibility, however, is not limited to the period of active ministry. It also extends to situations in which the exercise of ministry is restricted by illness, disability, or advanced age, a matter expressly addressed in can. 281 § 2.

¹⁵ P. Majer, Komentarz do kan. 281, [in:] *Kodeks prawa kanonicznego. Komentarz*, ed. P. Majer, Kraków 2011, p. 213.

¹⁶ J. Krukowski, Komentarz do kan. 281..., p. 105.

¹⁷ Cf. CIC/1983, can. 384.

4. The Right of Clerics to Provision in Cases of Illness, Disability, and Old Age

The Church's responsibility for the living conditions of clerics is not limited to ensuring their decent support during the period of active ministry. The ecclesiastical legislator also takes into account situations in which a cleric, through circumstances beyond his control, is no longer able to carry out the duties entrusted to him to the same extent as before. For this reason, can. 281 § 2 provides that suitable provision is to be made so that the needs of clerics may be adequately met in cases of illness, disability, or old age¹⁸.

This norm is closely connected with the regulation contained in § 1 of the same canon. If the ecclesial community bears responsibility for the decent support of a cleric actively engaged in ministry, that responsibility does not cease when his pastoral activity becomes limited. Illness, permanent disability, or advanced age do not sever the bond that unites the cleric with the Church, nor do they deprive him of the status resulting from sacred ordination. Consequently, they cannot release the ecclesial community from its obligations towards a person who continues to participate in the mission of the Church¹⁹.

Commentators have emphasized that the current Code places greater stress than previous ecclesiastical legislation on the personal dimension of the protection afforded to clerics. Provision in cases of illness, disability, or old age is not conceived merely as an element of ecclesiastical administration or the management of temporal goods. Rather, it is founded upon the conviction that the ecclesial community remains responsible for the cleric even when he is no longer capable of exercising his ministry in its fullness. In this way, the legislator confirms that the basis of protection is not the cleric's present effectiveness in pastoral activity but the enduring bond arising from sacred ordination and incardination²⁰.

Particular significance attaches in this context to the situation of illness. Illness may restrict the exercise of pastoral duties and, in some cases, render their fulfilment entirely impossible. Nevertheless, it does not alter the cleric's place within the ecclesial community, nor does it release that community from its obligation to care for him. On the contrary, it is precisely in situations of illness that the personalistic character of canon law becomes especially evident. The protection afforded by the legislator is not dependent upon the degree of usefulness of the individual to the community but upon the inherent dignity of the person. The provision envisaged

¹⁸ CIC/1983, can. 281 § 2.

¹⁹ E. Szafrowski, *op. cit.*, p. 333.

²⁰ J. Krukowski, *Komentarz do kan. 281*, in: *op. cit.*, p. 105.

in can. 281 § 2 therefore serves not only to guarantee material support but also to safeguard the dignity of the cleric during periods of particular dependence upon the assistance of others²¹.

The situation of clerics affected by permanent disability must be assessed in a similar manner. Limitations of physical or psychological capacity may influence the manner in which ministry is exercised, but they do not result in the loss of rights deriving from the clerical state. In many instances, increased dependence upon the assistance of others gives rise to an even greater obligation on the part of the ecclesial community. The protection envisaged by the legislator is therefore not confined to guaranteeing specific benefits; it seeks to create conditions that enable the cleric to live in a manner consistent with the dignity of the human person and the dignity of the clerical state²².

Canon 281 § 2 also addresses the situation of old age. Within the tradition of the Church, advanced age has never been regarded merely as a period of diminishing activity but also as a stage of life marked by the particular witness of those who have spent many years in service to the People of God. Although the legislator recognizes that advancing age may bring limitations that hinder the exercise of pastoral ministry, such limitations do not justify any weakening of the community's responsibility towards the cleric. The right to provision in old age should therefore be understood as a consequence of the enduring bond established through sacred ordination and incardination, as well as an expression of respect for those who have dedicated their lives to the mission of the Church²³.

The implementation of the obligations arising from can. 281 § 2 is closely connected with the responsibility of the diocesan bishop. Canon 384 requires him to show special concern for his priests and to safeguard the rights that belong to them. This obligation includes ensuring appropriate conditions of life for clerics who find themselves in situations of illness, disability, or old age. Care for clerics cannot be restricted to the period of their full pastoral activity but must extend to every stage of their life and ministry²⁴.

The norm contained in can. 281 § 2 also possesses an important ecclesial dimension. By caring for clerics who find themselves in particularly difficult circumstances, the ecclesial community gives concrete expression to the principle of *communio* and confirms that responsibility for those who participate in the mission

²¹ Second Vatican Council, Decree on the Ministry and Life of Priests..., no. 21.

²² P. Majer, Komentarz do kan. 281, in: op. cit., p. 214.

²³ Second Vatican Council, Decree on the Ministry and Life of Priests..., no. 21.

²⁴ P. Lewandowski, *Godziwe utrzymanie prezbiterów diecezjalnych w Polsce*, Lublin 2019, pp. 15-16.

of the Church does not cease when their activity becomes limited. The protection provided by the legislator therefore serves not only the individual needs of clerics but also the realization of the communal nature of the Church itself.

The right to provision in cases of illness, disability, and old age must consequently be regarded as one of the fundamental guarantees flowing from the canonical status of the cleric. The regulation contained in can. 281 § 2 confirms that the Church's responsibility for those who participate in her mission is not confined to the period of active ministry but extends throughout the whole life of the cleric.

5. The Right of Clerics to Rest and Annual Leave

The Church's responsibility for the living conditions of clerics is not limited to providing them with the means necessary for their support and with appropriate provision in cases of illness, disability, or old age. It also encompasses concern for the integral well-being of the cleric as a person, an essential element of which is the possibility of enjoying adequate rest. This concern finds expression in can. 283 § 2, according to which clerics are entitled to a due and sufficient annual vacation, as determined by universal or particular law²⁵.

This provision must be interpreted in the context of the entirety of the obligations arising from the clerical state. Priestly ministry is not restricted to fixed periods of activity, nor is it exercised according to a pattern characteristic of many secular professions. A cleric remains at the service of the ecclesial community even beyond the direct performance of pastoral duties, and his commitment to the life of the Church cannot be confined to precisely defined working hours. For this reason, the legislator considered it necessary to guarantee clerics the right to periodic rest, enabling them to restore the physical and spiritual strength required for the continued exercise of ministry²⁶.

The foundations of this regulation should be sought not only in practical considerations but also in Christian anthropology. The right to rest arises from the recognition of the natural limitations of the human person and the need to maintain a proper balance between the obligations associated with ministry and the physical, psychological, and spiritual needs of the individual. Although a cleric is called to a particular service within the Church, he does not cease to be a human person who requires time for renewal, prayer, ongoing formation, and the cultivation of his personal spiritual life. Rest, therefore, is not a departure from the fulfilment

²⁵ CIC/1983, can. 283 § 2.

²⁶ E. Szafrowski, *op. cit.*, p. 333.

of one's vocation but one of the conditions necessary for its faithful and enduring realization²⁷.

Commenting on can. 283 § 2, Krukowski observes that the current Code extends the entitlement to annual leave to all clerics. Under earlier legislation, the possibility of taking periodic leave was largely connected with specific ecclesiastical offices and the obligation of residence. The present regulation, by contrast, emphasizes the well-being of the cleric as a value deserving protection regardless of the particular office or function exercised. This approach reflects a broader tendency in post-conciliar legislation to recognize clerics more explicitly as subjects of rights and not merely as holders of ecclesiastical responsibilities²⁸.

The importance of rest for the life and ministry of priests was also emphasized by the Second Vatican Council. The Council Fathers observed that the effectiveness of pastoral activity is closely linked to the spiritual, intellectual, and human maturity of those who exercise ministry. Consequently, concern for priests cannot be limited to entrusting them with pastoral responsibilities; it must also include the creation of conditions that enable them to renew their strength, deepen their life of prayer, and preserve the balance necessary for fruitful ministry. In this perspective, rest is not opposed to pastoral activity but constitutes one of the conditions for its proper and effective exercise²⁹.

The right established in can. 283 § 2, however, is not absolute. Clerics exercise this right within the framework of the bond that unites them to their particular Church and to their own Ordinary. This is already evident from can. 283 § 1, which provides that clerics are not to be absent from their diocese for a significant period of time without at least the presumed permission of their Ordinary. The exercise of the right to annual leave is therefore situated within the structure of ecclesial communion and cannot be considered independently of the obligations arising from incardination and responsibility towards the community entrusted to the cleric's care³⁰. Particular significance attaches to the legislator's use of the expression "due and sufficient vacation." The Code does not specify its precise duration, leaving this matter to particular law and to the practice of individual particular Churches. At the same time, the legislator clearly indicates that the rest granted must be genuine and adequate to its purpose. The issue is not merely the formal recognition of a right but the creation of conditions that enable the cleric to recover the strength necessary for

²⁷ John Paul II, Post-Synodal Apostolic Exhortation *Pastores dabo vobis* on the Formation of Priests in the Circumstances of the Present Day, no. 76.

²⁸ J. Krukowski, *Komentarz do kan. 283...*, pp. 106–107.

²⁹ Second Vatican Council, Decree on the Ministry and Life of Priests..., no. 8.

³⁰ P. Majer, *Komentarz do kan. 283...*, p. 215.

the continued exercise of ministry and to maintain a proper balance between the demands of office and the needs of the person³¹.

The norm contained in can. 283 § 2 also possesses a communal dimension. By recognizing the right of clerics to rest, the Church affirms that concern for those who participate in her mission extends beyond material support and includes the conditions necessary to preserve health, psychological balance, and the capacity for continued service. The protection of the cleric's well-being is therefore not an end in itself but serves the good of the entire ecclesial community, whose mission is carried out through concrete persons called to ministry. The right to rest and annual leave should therefore be regarded as an important element of the canonical status of the cleric. Like the right to decent support and the right to provision in cases of illness, disability, and old age, it serves to protect the person engaged in the fulfilment of the Church's mission. The regulation contained in can. 283 § 2 confirms that the Church's responsibility for clerics encompasses not only their material circumstances but also the conditions necessary to preserve the balance required for the stable and fruitful exercise of ministry.

6. Conclusion

The analysis undertaken in this study leads to the conclusion that canons 281 and 283 of the 1983 Code of Canon Law express the Church's responsibility for the living conditions of clerics and constitute fundamental guarantees associated with their canonical status. In these norms, the ecclesiastical legislator does not merely regulate organizational or economic matters but defines the obligations of the ecclesial community towards those who, by virtue of sacred ordination, participate in a particular way in the mission of the Church³².

The right to decent support, provision in cases of illness, disability and old age, and the right to rest should therefore be understood as interconnected elements of a coherent system of protection. Their purpose is not to confer particular privileges upon clerics but to ensure the conditions necessary for a dignified life and for the faithful and fruitful exercise of ministry. At the same time, these regulations reveal the communal dimension of canon law: concern for clerics serves not only their individual well-being but also the good of the entire Church and the fulfilment of her mission. The norms contained in canons 281 and 283 thus demonstrate that the Church's responsibility for those who participate in her mission extends beyond the

³¹ J. Krukowski, *Komentarz do kan. 283...*, pp. 106–107.

³² P. Lewandowski, *op. cit.*, pp. 115–116.

sphere of pastoral activity itself and embraces the whole of the cleric's life. In this way, the canonical order gives juridical expression to the Church's enduring commitment to safeguarding the dignity and well-being of those who have dedicated their lives to ecclesiastical ministry.

Bibliography

Sources

Codex Iuris Canonici auctoritate Ioannis Pauli PP. II promulgatus, 25 January 1983, *Acta Apostolicae Sedis* 75 (1983), pars II, pp. 1-317 (CIC/1983).

Codex Iuris Canonici Pii X Pontificis Maximi iussu digestus Benedicti Papae XV auctoritate promulgatus, 27 May 1917, *Acta Apostolicae Sedis* 9 (1917), part II, pp. 2-521 (CIC/1917).

John Paul II, Post-Synodal Apostolic Exhortation *Pastores dabō vobis* on the Formation of Priests in the Circumstances of the Present Day, 25 March 1992.

Second Vatican Council, Dogmatic Constitution on the Church *Lumen gentium*, 21 November 1964.

Second Vatican Council, Decree on the Ministry and Life of Priests *Presbyterorum ordinis*, 7 December 1965.

Literature

Gałkowski T., *Dylematy wokół ustawy kanonicznej (II) – „bonum commune” czy „communio”*, „Prawo Kanoniczne” 58 (2015), no. 4, pp. 43-65.

Krukowski J. (ed.), *Komentarz do Kodeksu prawa kanonicznego*, vol. II/1, Poznań 2005.

Lewandowski P., *Godziwe utrzymanie prezbiterów diecezjalnych w Polsce*, Lublin 2019.

Majer P. (ed.), *Kodeks prawa kanonicznego. Komentarz*, Kraków 2011.

Sobański R., *Prawo w prawie kościelnym*, „Prawo Kanoniczne” 36 (1993), no. 1-2, pp. 7-17.

Sztafrowski E., *Podręcznik prawa kanonicznego*, vol. 1, Warszawa 1985.

Zdrowie i dobrostan człowieka należą do najważniejszych wyzwań współczesnych społeczeństw, wymagających interdyscyplinarnego podejścia.

Niniejsza monografia stanowi wieloaspektową analizę aktualnych problemów związanych z ochroną zdrowia, przedstawionych z perspektywy medycyny, prawa oraz nauk społecznych i humanistycznych.

Autorzy podejmują zagadnienia dotyczące organizacji opieki zdrowotnej, modeli leczenia, prawnych i społecznych mechanizmów ochrony zdrowia, a także uwarunkowań dobrostanu człowieka.

Publikacja jest adresowana do przedstawicieli środowiska naukowego, praktyków systemu ochrony zdrowia, prawników oraz wszystkich osób zainteresowanych omawianą problematyką.

ISBN: 978-83-68410-99-0