

Sprawozdanie z ogólnopolskiej interdyscyplinarnej konferencji naukowej „Forum Prawa Medycznego: Prawo i etyka świata cyfrowego”

W dniu 14 maja 2021 roku odbyła się ogólnopolska, interdyscyplinarna konferencja naukowa „**Forum Prawa Medycznego: Prawo i etyka świata cyfrowego**”. Organizatorami przedsięwzięcia było **Centrum Bioetyki i Bioprawa Uniwersytetu Warszawskiego** oraz osoby studiujące na kierunku bioetyka na **Wydziale Filozofii Uniwersytetu Warszawskiego**. Ze względu na wciąż obowiązujące ograniczenia związane z pandemią wirusa SARS-CoV-2 obrady toczyły się online na platformie Zoom i podzielone zostały na trzy panele. Pierwszy z nich składał się z wystąpień zaproszonych ekspertów, a następujące dwa, odbywające się równolegle, wypełnione były referatami prelegentów wyłonionych w konkursie abstraktów. Po wystąpieniach odbywały się krótkie dyskusje, ograniczone ze względu na napięty program konferencji.

Konferencję otworzyli uroczyscie opiekunowie naukowcy konferencji – **dr hab. Maria Boratyńska** z Instytutu Prawa Cywilnego Wydziału Prawa i Administracji UW oraz dziekan Wydziału Filozofii UW **prof. dr hab. Paweł Łuków**. Dr hab. Maria Boratyńska na wstępie podkreśliła złożoność zagadnień, których dotyczy konferencja, oraz interdyscyplinarne zróżnicowanie prelekcji, a także przedstawiła grono studentów i studentek, które przyczyniło się do organizacji wydarzenia. Prof. dr hab. Paweł Łuków zaznaczył, że wydarzenie to jest okazją do spojrzenia na digitalizację otaczającej rzeczywistości z wielu perspektyw, mając za wspólny punkt wyjścia zbiór nienegocjowalnych standardów życia społecznego.

Pierwszy panel rozpoczął się pytaniem: „Czy świat cyfrowy jest odrębnym światem, wymagającym szczególnych kryteriów oceny?”, które stanowiło tytuł wystąpienia **dr. hab. Przemysława Konieczniaka (Wydział Prawa i Administracji UW)**. Rozważając, czym z perspektywy prawnej (nie zaś empirycznej czy np. kryminalistycznej) odróżnia się „przestępstwo komputerowe” od „przestępstwa analogowego”, prelegent podkreślił, że nie każda zmiana w świecie empirycznym musi koniecznie przekładać się na zmianę jej ujęcia prawnego, za przykład podając smartfon, który choć jest nowym osiągnięciem technologicznym, idealnie mieści się w prawnej definicji rzeczy, skonstruowanej już w prawie rzymskim. Nadmienając, iż przepisów prawa nie tworzą prawnicy, lecz politycy, wytknął wady zmienionej ustawowej definicji dokumentu w prawie karnym, oraz wykazał brak racjonalnych przesłanek zaostrożenia kary za zniszczenie nośnika informatycznego w odróżnieniu od nośnika analogowego. Takie zmiany dr hab. Przemysław Konieczniak z przekąsem określił przejawami „myślenia magicznego”, wskazując, iż konstrukcje prawne, jeśli tworzone z rozwagą, powinny maksymalnie szeroko i uniwersalnie obejmować pewne typy ludzkich zachowań, które pozostaną aktualne nawet w zmieniającej się rzeczywistości. Podczas dyskusji w podobnym tonie odniosła się do wystąpienia dr Ewa Plebanek, zwracając uwagę na, niejednokrotnie zbędne, wysiłki ustawodawcy, aby nadać „z duchem czasu”, polegające na dokładaniu do przepisów nowych sformułowań, stanowiących w istocie *superfluum*.

Następne wystąpienie pt. „Sztuczna Inteligencja z perspektywy Unii Europejskiej” wygłosiła **prof. UW dr. hab. Marta Grabowska (Centrum Europejskie Uniwersytetu Warszawskiego)**. Prelegentka omówiła proces obowiązkowej unijnej certyfikacji urządzeń, które zawierają jakiegokolwiek komponenty sztucznej inteligencji. Wskazała, iż wymagania stawiane przed producentami takich urządzeń przygotowywane są przez niezależne organizacje normalizacyjne działające na zlecenie organów Unii Europejskiej, a sam proces nie różni się niczym od dotychczasowej certyfikacji wszystkich innych, „nieinteligentnych” produktów, których użytkowanie może nieść za sobą potencjalne zagrożenie. Ponownie padło też stwierdzenie, że nowe technologie, choć wydają się przełomowe,

często mogą i powinny podlegać standardowym, wypracowanym dotychczas procedurom.

Trzecie wystąpienie należało do **prof. UMK dr hab. Kingi Bączyk-Rozwadowskiej (Wydział Prawa i Administracji UMK w Toruniu)**. W prelekcji pt. „Odpowiedzialność cywilna za stosowanie sztucznej inteligencji w medycynie” przedstawiła Rekomendacje Parlamentu Europejskiego, podkreślając, iż w rozważaniach dotyczących sztucznej inteligencji nie powinniśmy mówić o radykalnej zmianie przepisów, ale o ich dostosowywaniu do nowych wyzwań. W kontekście rozważań nad odpowiedzialnością SI prelegentka zaznaczyła, że SI nie ma ani osobowości, ani sumienia, co uniemożliwia uznanie jej za podmiot lub osobę elektroniczną, która mogłaby ponosić jakąkolwiek odpowiedzialność. Mimo bycia sprzymierzeńcem człowieka SI nie jest jednak bezproblemowa i nieomylna, konieczne jest więc ustalenie podmiotu, który za ewentualne błędy SI odpowiedzialność poniesie, jest to jednak zadanie bardzo trudne. Autorka wystąpienia wskazała dwie grupy osób potencjalnie mogących ponosić taką odpowiedzialność. Są to użytkownicy (lekarze, operatorzy) lub producenci. Proponując analogiczne stosowanie konstrukcji już znanych w prawie cywilnym, prelegentka wymieniła odpowiedzialność na zasadzie winy w nadzorze, odpowiedzialności za zwierzę lub za produkt niebezpieczny. Kończąc rozważania, wskazała na konieczność rozważenia wprowadzenia nowego ubezpieczenia oraz funduszu naprawiania szkód wywołanych przez SI.

O odpowiedzialności, choć z perspektywy karnej, mówiła także **dr Ewa Plebanek (Instytut Prawa Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie)** w wystąpieniu pt. „Nowoczesne technologie w medycynie a odpowiedzialność karna za niewłaściwe leczenie”.

Przedstawiła na wstępie podział na nowoczesne technologie w aspekcie materialnym (np. roboty, algorytmy diagnostyczne) oraz technologie bezkontaktowe (np. rozwiązania telemedyczne, utrzymywanie kontaktu lekarz-pacjent na odległość). Podkreśliła, że prawo karne penalizuje zawsze czyn człowieka, nawet jeżeli kryje się on np. za konstrukcją osoby prawnej czy podmiotu zbiorowego, co może prowadzić do wniosku, iż odpowiedzialność karna i możliwość jej ponoszenia to nie tylko

obciążenie, ale także przywilej (którego nie mają np. zwierzęta). Co więcej, możliwość przypisania winy (a więc stwierdzenia, że sprawca w danej sytuacji wybrał źle, choć mógł wybrać dobrze), nie jest uzależniona wyłącznie od inteligencji danego podmiotu – dlatego też nie możemy postawić zarzutu karnego nawet wybitnie inteligentnemu dwunastolatkowi. Osobista zarzucalność zależy bowiem także od innych czynników, których roboty, przynajmniej na ten moment, nie spełniają.

Stawiając pytanie o granicę zaufania lekarza do robota, którym się posługuje, prelegentka stwierdziła, że każdy przypadek należy analizować indywidualnie. Im bardziej skomplikowany będzie system, tym mniej możliwa będzie kontrola nad nim i większy poziom zaufania. Jednocześnie zaufanie powinno zmniejszać się wprost proporcjonalnie do wagi potencjalnego błędu. Na koniec zaś podkreśliła, że obecne znamiona czynów zabronionych przewidziane w k.k. pozwalają na dość precyzyjne przypisanie odpowiedzialności za określone czyny, które złożyły się np. na śmierć pacjenta (może to być zarówno działanie lub zaniechanie lekarza, ale także np. serwisanta sprzętu, osoby odpowiedzialnej za techniczne zaplecze szpitala itp.), być może więc nawet w przypadku, w którym będziemy mieć do czynienia z zaangażowaniem sztucznej inteligencji, wcale nie będzie trzeba się głowić nad nowym rozwiązaniem prawnym.

Oprócz wątpliwości doktrynalnych zastosowanie SI w medycynie wzbudza także obawy praktyków. **Dr Joanna Miksa z Instytutu Filozofii Uniwersytetu Łódzkiego** w wystąpieniu pt. „Środowiska lekarskie wobec stosowania algorytmów w procesie terapeutycznym na przykładzie francuskich organizacji skupiających lekarzy” przedstawiła wnioski w tym zakresie, płynące właśnie ze strony medyków francuskich. Analiza przeprowadzonych wśród nich badań wskazuje, że lekarze w głównej mierze obawiają się deklasacji grupy zawodowej oraz wypierania ich przez algorytmy, co szczególnie niepokoi specjalistów diagnostów. Lekarze boją się także uzależnienia od międzynarodowych przedsiębiorstw, osłabienia więzi pacjenta z lekarzem prowadzącym oraz utraty wpływu na proces terapeutyczny. Propozycją rozwiązania zaadresowanych problemów jest m.in. produkcja lokalnych rozwiązań technologicznych (algorytmy powinny bazować na danych z ograniczonej populacji, aby lepiej

odzwierciedlać jej charakterystyczne cechy), ochrona prywatności na szczeblu jak najbardziej lokalnym oraz uwzględnienie pacjentów w procesie implementacji SI, za pośrednictwem debaty publicznej.

Korzyści, jakie SI może przynieść pacjentowi, przedstawiła **prof. US dr hab. Kinga Flaga-Gieruszyńska (WPiA, Uniwersytet Szczeciński)** w wystąpieniu pt. „Ochrona praw pacjenta a zastosowanie sztucznej inteligencji w medycynie”. Zauważyła, iż ze względu na niemal nieograniczone możliwości przetwarzania informacji przez SI może ona stanowić dla pacjenta rzetelne wsparcie informacyjne (w odróżnieniu od „Doktora Google”). SI w przyszłości usprawni także niewątpliwie zarządzanie podmiotem medycznym, ułatwiając dostęp do należnych świadczeń medycznych poprzez udrożnienie systemu (np. efektywne przydzielanie wizyt) oraz wsparcie osób wyalienowanych (np. niesłyszących, niewidzących), a także wydłużenie kontaktu lekarza z pacjentem dzięki automatyzacji administracji. Zastosowanie SI to także szansa na lepsze wypełnienie prawa pacjenta do informacji, do których dostęp odbywać się będzie nowymi kanałami, bez koniecznego pośrednictwa administracji podmiotu leczniczego.

Nadal jednak trzeba będzie pamiętać o przysiędze Hipokratesa, a także umożliwić lekarzowi odstąpienie od rozwiązania proponowanego przez algorytm jako osobie, która ponosić będzie ostateczną odpowiedzialność za ewentualny błąd medyczny. Niezmiennie istotna będzie także kwestia ochrony dostępu do gromadzonych podczas konsultacji danych, często wykraczających poza dane *stricte* medyczne (a dotyczące np. stylu życia, życia rodzinnego, preferencji seksualnych itp.). Niezależnie więc od przyszłego kształtu rozwiązań dotyczących SI, nadal to pacjent oraz profesjonalista medyczny powinni pozostać dwoma głównymi podmiotami w relacji medycznej, a relacja ta nie powinna zostać zaburzona, a co najwyżej wsparta przez algorytm.

W dalszej części spotkanie moderowała **dr Katarzyna Bielińska**. Jako pierwszemu przekazała głos **dr. n. med Pawłowi Salwie z Oddziału Urologii Szpitala Medicover w Warszawie**. Jego prelekcja pt. „Nowoczesne leczenie raka prostaty w asyście robota Da Vinci. Doświadczenia z ponad 1000 operacji wykonanych w Polsce” przybliżyła uczestnikom realia pracy

operatora wspomaganego (ale nie zastępowanego) przez najnowocześniejszy na świecie sprzęt. Pozwala on nie tylko na ograniczenie ingerencji w ciało pacjenta do niezbędnego minimum, skracając w ten sposób czas rekonwalescencji, ale także umożliwia uniknięcie często występujących po operacji prostaty powikłań w postaci utraty erekcji oraz zaburzeń kontroli oddawania moczu. Jak zauważył prelegent, Robot Da Vinci (dokładniej zaś telemanipulator, przenoszący ruchy lekarza w zminiaturyzowanej skali na ciało pacjenta) wprowadził medycynę w XXI wiek, do tej pory bowiem operowano ludzi jedynie zaostrzonym kawalkiem metalu, tak samo jak tysiąc lat temu. W dalszej części przedstawiał dane wskazujące na bezpośrednią zależność wyników operacji od doświadczenia wykonującego ją lekarza. Dowodzi to, że nawet pomoc najnowocześniejszego sprzętu nie zastąpi wiedzy i doświadczenia używającego go człowieka. Wskazał także, że do pełnego opanowania techniki posługiwania się Robotem Da Vinci należy wykonać przy jego pomocy ok. 500 operacji, co nie daje nadziei na szybkie wykształcenie specjalistów w tych ośrodkach państwowych, w których takich zabiegów przeprowadza się ok. 50 rocznie. Co istotne, w ciągu 2000 operacji, w których prelegent brał udział, Robot ani razu się nie zawiesił (bezawaryjne działanie było najważniejszym założeniem przy jego konstrukcji), źródłem problemów i komplikacji przy jego użyciu niemal zawsze będzie więc człowiek, co szczególnie wskazuje na wartość, jaką jest doświadczenie. Niestety, obecnie cena jednego zabiegu, głównie ze względu na koszty bieżącej obsługi, serwisu i części wymiennych, jest zbyt wysoka, aby bez wsparcia państwa i dofinansowania udało się go upowszechnić.

Wystąpienie pt. „Czy sztuczna inteligencja jest fair? Problem dyskryminacji w świecie AI” wygłosił **dr inż. Łukasz Ćmielowski (IBM SGW Lab, Kraków)**. Z perspektywy twórcy systemów opartych o SI przedstawił problem uprzedzeń, które autorzy modeli, nie zawsze świadomie, mogą w swoich produktach implementować, prowadząc do ich zwielokrotniania i wyolbrzymiania. Przykładem takiego zdarzenia może być działanie systemów rozpoznawania twarzy, które popełniają statystycznie więcej błędów przy rozpoznawaniu osób czarnoskórych, gdyż ich zdjęcia nie są równo reprezentowane w zestawach danych, na których owe

systemy się uczyć. Takie błędy mogą prowadzić do kosztownych procesów oraz utraty dobrej reputacji przez firmy wdrażające omawiane rozwiązania, przed inżynierami i programistami stawia się więc zadanie odpowiednio wczesnego wykrywania i usuwania takich wad. Na koniec prelegent przedstawił najważniejsze cechy, jakimi musi charakteryzować się dobra SI. Powinna ona być wytłumaczalna (a więc dawać możliwość opowiedzenia na pytanie: dlaczego ten model sieci neuronowej odmówił udzielenia pożyczki pani X?), odporna na ataki, bezstronna, a także skuteczna (a więc dostarczać dobrej jakości predykcji) i dokładna (w tym odpowiadać także np. na sezonowe zmiany w analizowanych danych).

Następną prelekcję pt. „Wyzwania etyczne w badaniach *mHealth*” wygłosiła **mgr Marta Marciniak z Konsorcjum Badawczego DYNAMORE Instytutu Psychologii Uniwersytetu Zielonogórskiego**. Wystąpienie dotyczyło problemów, jakie napotykają naukowcy, prowadzący swoje badania dotyczące zaburzeń psychicznych w oparciu o technologię *mHealth* oraz metod na ich rozwiązanie. Pierwszym i największym wyzwaniem jest dla badaczy ochrona dużej ilości wrażliwych danych, który rozwiązywany jest za pomocą anonimizacji użytkowników przy użyciu kodu, znanego jedynie samym użytkownikom (uczestnikom badania). Rozwiązanie to pozwala na pełne oddzielenie osoby uczestnika od jego zanonimizowanych danych, uniemożliwia jednak jakąkolwiek pomoc ze strony badaczy w wypadku utraty (zagubienia, zapomnienia) kodu. Drugim problemem jest brak standaryzacji środowiska i warunków badania. Podczas gdy klasyczne badania odbywają się w takich samych warunkach dla wszystkich uczestników (ten sam gabinet, temperatura etc.), badania przy użyciu technologii *mHealth* odbywają się w zmieniających się realiach codziennego życia uczestnika, co może negatywnie wpływać na rzetelność pomiarów. Zawsze przed rozpoczęciem badania jego autorzy muszą więc zastanowić się, czy narzędzie to umożliwi uzyskanie odpowiedzi na postawione pytanie badawcze. Nie mniej istotnym zagadnieniem jest głęboki wgląd w emocje i uczucia osób biorących udział w trudnych sytuacjach, doświadczających przemocy, mających myśli samobójcze. Pytania, jakie zadają sobie badacze, brzmią: „Czy i jak mogę pomóc? Gdzie przebiega granica etycznej interwencji bądź jej braku?”. Zasady takiej interwencji

można rozstrzygnąć w informacji dla uczestnika przystępującego do badania. Jeśli jednak z jakiegokolwiek powodu w sytuacji krytycznej zadeklarowana (i oczekiwana) interwencja się nie odbędzie, uczestnik badania może odnieść wrażenie, że sytuacja, której doświadczył, jest normalna, że widocznie interwencji nie wymagała, a jego negatywne odczucia są wyolbrzymione. Kolejnym problemem jest wywoływane w uczestnikach wrażenie ciągłego śledzenia. Aplikacje monitorujące ich stan mogą wymagać interakcji nawet 20 razy dziennie lub zbierać informacje przy pomocy *passive sensing*, potęgując negatywne odczucia. Z drugiej jednak strony często tylko w ten sposób można odpowiedzieć na pytania badawcze, które z kolei mają potencjał przysporzenia w przyszłości korzyści osobom badanym, umożliwiając dopasowanie opieki i leczenia do indywidualnych potrzeb. Ostatnim wyzwaniem wskazanym przez prelegentkę jest dostęp uczestnika do własnych danych pochodzących z badania. Pozostawienie danych do samointerpretacji może być niebezpieczne, szczególnie dla osób z zaburzeniami lub na pograniczu diagnozy – może się przyczynić do pogorszenia stanu (np. pod wpływem wykresu negatywnego nastroju) lub samodzielnego zmniejszenia dawki przyjmowanych leków pod wpływem dostępu do wykresu wskazującego na poprawę samopoczucia. Autorka wystąpienia zaprezentowała statystyki, z których wynika, że przytłaczająca większość aplikacji *mHealth* dostępnych na rynku nie została w żaden sposób przebadana pod względem poprawności działania, a ich używanie jest potencjalnie niebezpieczne dla zdrowia psychicznego.

Swoje spojrzenie na zagadnienie ochrony dóbr osobistych z perspektywy prawniczki oraz psychoterapeutki przedstawiła **dr Aleksandra Nowak-Gruca (Instytut Prawa Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie)** w wystąpieniu pt. „Infodemia, wybrane problemy ochrony dóbr osobistych w epoce postprawdy”. Prelegentka zauważyła, że katalog dóbr osobistych jest katalogiem otwartym, a wraz z rozwojem społeczeństwa będą w nim pojawiać się nowe pozycje. Przytaczając kontekst aktualnych problemów, takich jak zjawisko infodemii, plagę fake newsów i coraz szerszej inwigilacji przez aplikacje i portale społecznościowe, zaproponowała nowe dobro osobiste rozumiane jako poczucie integralności osoby ludzkiej. Na zakończenie wystąpienia postawiła zaś pytanie,

czy w związku z rozwojem technologii nie staniemy przed koniecznością rozszerzenia lub ponownego skonstruowania pojęcia wolności, prawa do niej i jej ochrony.

„Wyzwania nowoczesnej genetyki” przedstawiła **dr n. med. Katarzyna Kotruchow (Kancelaria Patentowa Karcz – Zakrocka Rzecznicy Patentowi)**. Po krótkim przedstawieniu historii genetyki oraz najnowszych badań w tej dziedzinie wskazała na problemy, z jakimi nowe rozwiązania się wiążą. Przedstawiła raport Najwyższej Izby Kontroli z 2018 dotyczący badań genetycznych oferowanych i przeprowadzonych w Polsce, który negatywnie ocenił regulacje prawne ich dotyczące. NIK wytknęła m.in. brak kompleksowych przepisów dotyczących reguł przeprowadzania badań i poradnictwa genetycznego, przechowywania materiału genetycznego oraz bezpieczeństwa danych, a także brak odpowiedniego nadzoru. W raporcie wskazano także na mnogość niespójnych ze sobą aktów prawnych oraz szeroką dostępność badań komercyjnych, które bez odpowiedniej konsultacji mogą wprowadzać pacjentów-konsumentów w błąd. Prelegentka wskazała na problem wykorzystywania pozostałego (zanonimizowanego) materiału genetycznego do badań innych niż te, na które zgodził się pacjent. Powstaje wtedy pytanie: „Czy w wypadku wykrycia nowej choroby powinno się pacjenta (od którego materiał pochodzi) poinformować?”. Autorka wystąpienia rozważała także kwestie statusu danych genetycznych – czy zawsze będą to dane o stanie zdrowia. W tym kontekście wskazała na istotny fakt, że dane genetyczne ze względu na swoją istotę wbrew potocznemu rozumieniu nie zawsze będą dotyczyć zdrowia lub choroby, mogą zaś mówić jedynie o pewnych cechach osoby.

Ostatnie wystąpienie w panelu wygłosiła **dr hab. Dorota Pawlik z Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie**. Prelegentka próbowała odpowiedzieć na pytania: „Czy technika zdominowała procedury neonatologii? Co dalej?”. Już na wstępie odniosła się do poprzedniej prelekcji, podkreślając istotę badań genetycznych w neonatologii, jednocześnie sygnalizując problematyczność informowania rodziców w przypadku niepomyślnych wyników. Przechodząc do tematu wystąpienia, przytoczyła cytat z artykułu prasowego oraz wypowiedź

jednej z pacjentek, matki skrajnego wcześniaka, zgodnie z którymi oddział neonatologiczny ze względu na mnogość nowoczesnego sprzętu przypomina „strefę wojny” czy „statek kosmiczny”. Prelegentka podkreśliła, że w dzisiejszych czasach życie wcześniaka w stu procentach zależy od urządzeń, zawsze jednak urządzenia muszą być obsługiwane przez człowieka. Zauważając, że granica przeżycia skrajnych wcześniaków stale się obniża, postawiła pytanie o etyczne granice wykorzystania aktualnych zdobyczy techniki. Podkreśliła, że zwiększenie przeżywalności, które osiągamy za pomocą maszyn, pociąga za sobą zwiększenie zachorowalności dzieci na różne schorzenia, także w wyniku powikłań po inwazyjnych interwencjach w pierwszych chwilach życia. Na zakończenie zaadresowała problem braku opieki kompleksowej dla wcześniaków w późniejszych latach ich życia, których rodzice nierzadko tulają się od poradni do poradni, odprowadzani z kwitkiem.

Po krótkiej przerwie rozpoczęły się dwa równoległe panele. Pierwszy z nich moderowały studentki kierunku bioetyka, Natalia Koncewicz oraz Aleksandra Jabłońska.

Jako pierwsza wystąpienie pt. „Zagrożenia dla praw człowieka wynikające z rozwoju kapitalizmu kognitywnego na przykładzie mediów społecznościowych” wygłosiła **dr Magdalena Gawin z Wydziału Filozofii Uniwersytetu Warszawskiego**. W prelekcji przedstawiła pojęcie kapitalizmu kognitywnego, podkreślając jedną z jego głównych cech, jaką jest wzrost roli i wartości informacji na rynku, w opozycji do słabnącego znaczenia pracy. Odwołując się do przykładu mediów społecznościowych i ich użytkowników, wskazała na zagrożenia wynikające z rozwoju kapitalizmu kognitywnego, szczególnie zaś wobec praw osób, które nie są bezpośrednimi beneficjentami zachodzących zmian – osób wyłączonych poza krąg internetowych społeczności.

Następnie **Laura Słocka (Wydział Prawa, Administracji i Ekonomii, Uniwersytet Wrocławski)** zaprezentowała temat „Jak chronić prywatność użytkowników neurotechnologii? Problematyka ochrony neurodanych na przykładzie ustawodawstwa Chile”. Prelegentka przedstawiła osiągnięcia w dziedzinie neurotechnologii, a następnie postawiła pytanie, czy przepisy Rozporządzenia PE i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia

2016 r. stanowią właściwą ochronę osób korzystających z neurotechnologii (a więc udostępniających dane pochodzące ze swojego mózgu). Autorka wystąpienia zaproponowała trzy koncepcje postrzegania neurodanych i ich ochrony. Pierwsza możliwość to dodanie ich do katalogu przewidzianego w art. 9 Rozporządzenia, a więc zmiana treści aktu prawnego. Dzięki temu będzie można je przetwarzać tylko za zgodą lub jeśli będzie to niezbędne do ochrony interesów osoby (np. w celu leczenia), lub też na cele naukowe pokrywające się z celami zdrowia publicznego. Drugą możliwością jest ewolucyjna wykładnia Rozporządzenia – a więc potraktowanie *brain data* jako danych o zdrowiu, z argumentem, że ponieważ pochodzą z mózgu, a więc mówią o jego działaniu (nawet jeśli dane dotyczą czegoś innego niż zdrowie), to dotyczą zdrowia, a zatem zawsze będą mieścić się w art. 9. Trzecie rozwiązanie to potraktowanie wszystkich danych pochodzących z mózgu jako *neurodata* oraz zastosowanie do nich prawa jak do organów ludzkich oraz prawa medycznego, tak jak zrobiono to w Chile.

Zagadnienie „Rozpowszechnianie wizerunku pacjenta w świetle jego prawa do prywatności” omówiła **mgr Adrianna Denys-Starzec ze Szkoły Doktorskiej Nauk Społecznych Uniwersytetu Warszawskiego**. Wskazała na praktykę utrwalania wizerunku pacjenta, np. w celu zarejestrowania ciekawych przypadków klinicznych w nauce, ale także do późniejszego wykorzystania go w reklamie (częsty przypadek promocji gabinetów medycyny estetycznej). Następnie przedstawiła różnice pomiędzy fotografiami i obrazami powstałymi w procesie leczenia pacjenta, które stanowią będą dokumentację medyczną i podlegać będą tajemnicy lekarskiej oraz przepisom prawa medycznego, a tymi, które będą już stanowiły jego wizerunek i jako takie chronione będą także prawem autorskim. Decydującym czynnikiem będzie w tym wypadku cecha rozpoznawalności (możliwości zidentyfikowania osoby na podstawie obrazu) przez szerokie grono osób trzecich. Na koniec prelegentka, zwracając uwagę na różne definicje wizerunku, zgłosiła postulat stworzenia jednolitej jego definicji prawnej.

Następne wystąpienie pt. „Doświadczenie rzeczywistości wirtualnej: prywatność i niepewność epistemiczna osób uczestniczących w terapiach opartych na rzeczywistości wirtualnej” wygłosił **lek. Łukasz Kowalczyk (Uniwersytet Medyczny w Łodzi)**. Na wstępie zaznaczył, iż według

badań 4,5% dorosłych uskarża się na zaburzenia w codziennym funkcjonowaniu ze względu na problemy psychiczne. Sposobem na wysokie koszty leczenia i psychoterapii mogą być terapie polegające na wchodzeniu w interakcje z różnymi systemami rzeczywistości wirtualnych. Dzięki nim można w terapii odwzorować np. stresogenne środowisko i ekspozować pacjenta na czynnik wywołujący negatywne odczucia, a następnie korygować jego reakcje. Rozwiązanie to znajduje szczególne zastosowanie w przypadku zaburzeń lekoopornych. Jak wszystko niesie jednak za sobą szereg wyzwań, z których prelegent skupił się na prywatności oraz możliwości wyłączenia profesjonalisty (lekarza) z bezpośredniej interakcji i procesu terapeutycznego. Zauważył jednak, iż pacjenci i pacjentki rzadziej rezygnują z takiej formy terapii, pozytywnie wpływa ona też na poczucie sprawczości pacjenta. Na zakończenie prelegent zaadresował problem potencjalnego zagrożenia pomylenia przez pacjenta rzeczywistości wirtualnej z realną i odwrotnie.

W następnej kolejności wystąpiła **dr Izabela Mrochen (Uniwersytet Jagielloński w Krakowie)**, z prelekcją pt. „Dobre praktyki w dostępności cyfrowej placówek medycznych”. Na przykładzie błędów znalezionych na stronach internetowych placówek medycznych przedstawiła szereg prostych, lecz bardzo istotnych zabiegów, których wykonanie podczas tworzenia materiałów informacyjnych znacząco zwiększa ich dostępność dla osób, które w innym wypadku mogą mieć trudności z ich zrozumieniem. Wytyczne te zostały ujęte w ustawie o dostępności cyfrowej utworzonej na podstawie regulacji unijnych.

Swoje refleksje w wystąpieniu pt. „Etyczne zagadnienia dostępu do wiedzy i możliwości rozwoju maszyn” przedstawiła także **mgr Dota Szymborska, doktorantka Wydziału Filozofii i Socjologii Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie**. Na przykładzie autonomicznego samochodu, który w 2018 śmiertelnie potrafił osobę pieszą, omówiła problem odpowiedzialności za działania autonomicznych maszyn. Zaprezentowała także Robocicę Sophie, która otrzymała obywatelstwo Arabii Saudyjskiej, może więc głosować, prowadzić samochód, a także wygłasza odczyty na wielu konferencjach. Prelegentka postawiła pytanie, czy jako ludzie mamy prawo do ograniczania

sztucznej inteligencji w dostępie do prądu lub danych, w obawie o swoje bezpieczeństwo.

„O potrzebie regulacji w zakresie „efektu czarnej skrzynki” mówiła **mgr Emilia Wesołowska (Interdyscyplinarna Szkoła Doktorska Nauk Społecznych Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu)**. Na wstępie przedstawiła pojęcie *black box medicine* oraz jej zalety (m.in. jakość, szybkość, opracowywanie nowych metod leczenia) i wady (przede wszystkim zagrożenie dla prywatności). Wskazała na problem udzielenia świadomej i poinformowanej zgody na świadczenie medyczne z udziałem *black box medicine*: jeśli nie wiadomo dokładnie, jak dane są wykorzystywane, to o właściwie wyrażonej zgodzie nie może być mowy. Remedium na te problemy może być wyjaśnialność, a więc przejrzystość modelu *black box medicine*, która pozwoli na zrozumienie tego, skąd biorą się uzyskiwane wyniki. W trakcie dyskusji po prezentacji podniesiono, że w przypadku upowszechnienia *black box medicine* konieczne będzie rozszerzenie obowiązku informacyjnego tak, aby pacjent mógł zrozumieć, co wydarzy się z jego danymi, by mógł wyrazić świadomą zgodę na ich użycie.

Ostatnie wystąpienie w tym panelu należało do **mgr Anny Kaszyńskiej (Międzyuczelniane Studia Doktoranckie ICT & Psychology-PJATK & SWPS)**. Prezentację pt. „Manifestacja patologii w obrębie pasma theta/gamma – rozwój sztucznej inteligencji. Normalizujący wpływ kannabinoidów”, ze względu na problemy zdrowotne autorki odczytała moderatorka Natalia Koncewicz. Prelekcja stanowiła przegląd najnowszych badań nad ludzką pamięcią i chorobami neurodegeneracyjnymi jej dotyczącymi. Badania te mogą przyczynić się do lepszego zrozumienia przepływu informacji w mózgu, a dzięki temu udoskonalić pracę nad systemami sztucznej inteligencji, które następnie mogą zostać wykorzystane w terapiach tych chorób.

Drugi, równoległy panel, moderowany przez **Wojciecha Rożdżeńskiego**, rozpoczęło wystąpienie pt. „Wspomaganie decyzji medycznych w świetle prawa karnego” **prof. UŚ dr hab. Olgi Sitarz (Wydział Prawa i Administracji Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach)** oraz **Marcina Sitarza (Politechnika Śląska)**. Autorzy wskazali, że zagadnienia,

których dotyczy zarówno cała konferencja, jak i ich wystąpienie, znajdują się na styku trzech płaszczyzn: (1) działań medycznych, w tym ratowania życia i zdrowia, (2) informatyzacji i cyfryzacji oraz (3) prawa. Błąd diagnostyczny, który może wydarzyć się w przypadku wspomaganie decyzji lekarza przez różnego rodzaju systemy informatyczne oparte na SI, jest jednym z takich problemów. Autorzy zauważyli, że z perspektywy prawa karnego (a więc przypisania odpowiedzialności za ten błąd) najistotniejsza będzie przyszła odpowiedź na pytanie: „Czy SI podejmuje samodzielne decyzje?”.

W następnej kolejności referował **mgr Bartłomiej Gorczycki, aplikant radcowski OIRP w Warszawie**. W wystąpieniu pt. „Mobilne aplikacje aptekarskie w polskim porządku prawnym” podał przykłady rzeczonych aplikacji, a także podkreślił fakt ogromnej ilości bardzo wrażliwych danych zbieranych przez nie, które mimo głównego celu, jakim jest maksymalnie dokładne dopasowanie usług zdrowotnych do potrzeb pacjenta, mogą także wykorzystywać dane do ich profilowania, a w konsekwencji posłużyć np. do celów komercyjnych, kreowania produktów ubezpieczeniowych etc.

Mgr Aleksandra Lewandowska (Szkola Doktorska Nauk Społecznych Uniwersytetu w Białymstoku) przedstawiła wystąpienie pt. „Sterowanie implantami w mózgu – problemy prawne i etyczne”. Po zaprezentowaniu przykładów tytułowej technologii wskazała na problem wpływu implantów na autonomię pacjenta w przypadku, gdy po ich wszczępieniu pacjent czuje się inaczej, deklaruje, że jest mniej „sobą” niż przed zabiegiem. Skoro autonomiczność wymaga kontroli nad decyzjami przez siebie podejmowanymi, czy możemy mówić, iż decyzje podejmowane z implantem w mózgu są autonomiczne? Czy w wypadku implantu zmieniającego osobowość możemy mówić o pacjencie autonomicznym? W następnej kolejności prelegentka przedstawiła problem przejmowania kontroli nad implantem zdalnie, przez osoby trzecie. Na koniec zaadresowała zagadnienie implantów umożliwiających ulepszenie zdolności poznawczych, dostępnych tylko dla części społeczeństwa, a więc powodujących niebezpieczne nierówności społeczne.

Następne wystąpienie należało do **mgr Barbary Krzyżewskiej (Szkoła Doktorska Nauk Społecznych Uniwersytetu Warszawskiego)**. W prelekcji pt. „Protezy kończyn sterowane myślą – perspektywa ochrony patentowej” przedstawiła ona przykłady protez bionicznych sterowanych myślą (a więc za pomocą *brain-computer interface*). Dalej przeszła do zdefiniowania pojęć wynalazku i odkrycia oraz wskazała ich konieczne cechy. Następnie przedstawiła przepisy dotyczące patentów oraz różnice w tym zakresie między systemem prawnym europejskim i amerykańskim. W ostatniej części przedstawiła problem patentowania protezy kończyn, wynikający z prawnego zakazu patentowania sposobów leczenia. We wnioskach końcowych wskazała, że patentowanie protez niewymagających „chirurgicznego podłączenia” do ciała człowieka jest dopuszczalne, natomiast w przypadku protez sterowanych BCI będzie to uzależnione od tego, czy zachodzi konieczność ingerencji chirurgicznej.

Wystąpienie pt. „Etyczne aspekty badań biomedycznych z wykorzystaniem elektronicznych kart pacjenta” wygłosili **dr Jan Piasecki z Zakładu Filozofii i Bioetyki Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie oraz dr Justyna Figas-Skrzypulec z Fundacji Optimum Pareto**. W prelekcji zaprezentowali wyniki prowadzonych przez siebie badań literaturowych dotyczących raportów z badań biomedycznych bazujących na EKP. Wynika z nich, iż głównymi czynnikami utrudniającymi naukowcom prowadzenie badań przy wykorzystaniu EKP są: klimat polityczny, regulacje prawne, postawy badaczy oraz wyzwania techniczne. Problemem w zakresie zarządzania danymi jest brak zaufania użytkowników, sam rodzaj danych i duże ich zróżnicowanie (są to zarówno wyniki badań, ale też często mocno osobiste, prywatne informacje zanotowane przez lekarzy w dokumentacji). Digitalizacja systemu przechowywania informacji medycznych spowodowała też zmiany w relacjach wewnątrzinstytucjonalnych, międzyinstytucjonalnych, ale także w relacji placówka-pacjent. Digitalizacja wprowadza także nowy rodzaj odpowiedzialności moralnej za przetwarzane dane oraz dodatkową pracę, którą musi wykonać personel. Z analizy literatury wynika także, że pacjenci często nie mają wystarczającej wiedzy na temat konsekwencji wykorzystania ich danych, mimo to są co do zasady chętni je

udostępniać lekarzom i szpitalom uniwersyteckim, w mniejszym stopniu zaś instytucjom rządowym i firmom komercyjnym. Chęć udostępniania danych w największym stopniu jest uzależniona od celu ich wykorzystania, nie zaś od statusu zdrowotnego, zawodowego, pochodzenia czy wieku pacjenta.

Wystąpienie pt. „Oprogramowanie używające sztucznej inteligencji jako wyrób medyczny w świetle Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/745” **mgr Monika Kupis, aplikantka w Okręgowej Izbie Radców Prawnych**, rozpoczęła od przedstawienia definicji wyrobu medycznego, oprogramowania oraz sztucznej inteligencji w przepisach europejskich, oraz kryteriów uznania produktu za MDSW (Medical Device Software) według wytycznych MDCG 2019. Następnie przedstawiła problemy, które hamują rozwój technologii w zakresie leczenia ludzi przez roboty (algorytmy): problem ochrony danych, prawa człowieka (oraz pacjenta), standard postępowania lekarza (stawiający określone wymagania), cyberbezpieczeństwo oraz regulacje prawne (zbyt szerokie albo przeciwnie, zbyt wąskie).

Ostatnią prelegentką była **dr Katarzyna Krupa-Lipińska (Wydział Prawa i Administracji Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu)** z wystąpieniem pt. „Prawo patentowe a wynalazki z zakresu medycyny”. Podkreśliła w nim związek medycyny i prawa własności przemysłowej. Wskazała różnice między wynalazkiem a odkryciem oraz opisała szczegółowo przypadki wynalazków medycznych, które mimo spełniania teoretycznych kryteriów zostają spod patentowania wyłączone ze względu na sprzeczność z dobrymi obyczajami (np. klonowanie ludzi), a także na spełnianie definicji sposobu diagnozowania lub leczenia ludzi i zwierząt metodami chirurgicznymi lub terapeutycznymi.

Oficjalne zakończenie rozpoczął **prof. dr hab. Paweł Łuków**. Podsumowując całodziennie obrady, przytoczył stwierdzenie z jednego z referatów mówiące o tym, że dyskutując nad problemami, często próbujemy je ubrać w słowa maksymalnie precyzyjne, a jednocześnie jak najbardziej elastyczne, tak, aby można je było wykorzystać w przyszłości. Jednocześnie wciąż staramy się myśleć analogiami do tego, co było, co znamy, a wciąż przecież jesteśmy zaskakiwani nowościami technologicznymi,

które stają się równie abstrakcyjne, co rozpoznawane przez nas prawa i wartości. Zderzenie dążenia do stworzenia kompletnego porządku normatywnego, a z drugiej ciągly rozwój powoduje, że mamy przed sobą mnóstwo pracy, ścigając wciąż oddalający się punkt na horyzoncie.

Ostatnia głos zabrała **dr hab. Maria Boratyńska**. Zauważyła, że bardzo wiele uwagi podczas konferencji poświęcono obawom związanym z negatywnymi konsekwencjami funkcjonowania sztucznej inteligencji, poszukiwaniu modeli jej odpowiedzialności, sposobom nakładania sankcji za błąd systemu. Postawiła pytanie, czy aby na pewno przy wdrażaniu nowoczesnych technologii kierujemy się odpowiednią dozą ostrożności, czy nie działamy zbyt lub za mało asekuracyjnie. W tym kontekście porządek prawnokarny, bezwzględnie wymagający możliwości przypisania winy osobie, wydaje się ostoją odporną na wszelkie wątpliwości. Zauważyła także, że dzisiejsze rozważania dotyczące możliwego zaostrzenia odpowiedzialności osób korzystających z najnowszych odkryć techniki (np. operatora za błąd wysoce specjalistycznej maszyny medycznej) przypominają ludzaco rozważania sprzed lat, gdy w obawie przed nowoczesnością samochodu jego maksymalna prędkość ograniczana była do 10 km/h. Dowodzi to, że mimo zmian w otaczającym nas świecie wciąż jako ludzie wykazujemy te same co niegdyś obawy.