

STATUS MEDYCyny DALEKOWSCHODNIEJ W POLSCE. PERSPEKTYWA FILOZOFICZNOPRAWNA

1. Wprowadzenie

Rozwój komunikacji zarówno w postaci środków porozumiewania się, jak i przemieszczania, który nastąpił na przestrzeni XX w., spowodował, że szereg zjawisk mających przez wieki charakter lokalny stała się dostępna globalnie. Mowa przede wszystkim o wiedzy, choć także i kulturze, sztuce, gastronomii i wielu innych aspektach otoczenia, w którym żyje człowiek. W niniejszym artykule koncentruję się na przepływie wiedzy z zakresu nauk medycznych, podejmując próbę odpowiedzi na pytanie, w jaki sposób coraz większy dostęp do wiedzy w obszarze medycyny wschodnioazjatyckiej odzwierciedlony jest w polskim prawie, ze szczególnym uwzględnieniem prawa ochrony zdrowia. Celem artykułu jest porównanie sposobu postrzegania zdrowia, choroby i leczenia w systemach filozoficznych Azji Wschodniej z zapatrywaniami na te same elementy w tych systemach filozoficznych, które wpłynęły na kształt polskiego prawodawstwa dotyczącego ochrony zdrowia. Do celowo zamierzam spróbować odpowiedzieć na pytanie, w jaki sposób różnice w podejściu do zdrowia i choroby w tych systemach wpływają na status prawny medycyny dalekowschodniej w Polsce.

Pojęcie „medycyny dalekowschodniej” jest pojemne i dla potrzeb niniejszych rozważań wydaje się wymagać doprecyzowania przy wykorzystaniu nomenklatury stosowanej w innych źródłach dotyczących tej tematyki. Chodzi o praktykowaną w krajach Azji Wschodniej tzw. medycynę tradycyjną, określaną przez Światową Organizację Zdrowia (ang. World Health Organization, dalej: WHO) mianem komplementarnej czy alternatywnej. Zgodnie z terminologią przyjętą przez WHO pojęcia medycyny tradycyjnej, komplementarnej i alternatywnej stosowane są w większości krajów wymiennie, przy czym pojęcia „komplementarna” i „alternatywna” odwołują się najczęściej do tych obszarów medycyny tradycyjnej, które wprowadzie

<https://doi.org/10.26881/gdaw.2025.28.02>

* ORCID: 0000-0002-0113-6191

są w danym kraju praktykowane, a jednak nie zostały osadzone w jego tradycji własnej¹.

Mimo zainteresowania WHO problematyką statusu medycyny tradycyjnej w poszczególnych państwach, uwagę zwraca fakt, iż w publikowanych przez tę organizację opracowaniach nie ma odniesień do Polski, co wyjaśnione jest brakiem możliwości uzyskania szczegółowych danych. Podjęcie próby wypełnienia tej luki wydaje się zatem zasadne.

Celem niniejszego opracowania nie jest ocena zasadności korzystania z medycyny dalekowschodniej ani zasadności zmiany jej umiejscowienia w polskim systemie prawnym. Artykuł ma na celu ustalenie statusu tej dziedziny w polskim prawie oraz zarysowanie tła filozoficzno-prawnego leżącego u podstaw kształtowania się tego statusu.

2. Różne spojrzenia na charakter medycyny azjatyckiej

Do końca 2024 r. działalność taka jak ziołolecznictwo czy akupunktura kwalifikowana była w polskim prawie jako tzw. paramedycyna. We wprowadzonej na początku roku 2025 nowej Polskiej Klasyfikacji Działalności zrezygnowano z tego pojęcia na rzecz „działalności w zakresie medycyny tradycyjnej, uzupełniającej i alternatywnej”, definiowanego jako „szereg długotrwałych i wciąż ewoluujących praktyk, opracowanych w różnych społeczeństwach przed lub w trakcie rozwoju nowoczesnej medycyny, na przykład tradycyjna medycyna chińska, taka jak akupunktura czy chińskie leki ziołowe”². Podjęto prace zmierzające do konsekwentnego przeniesienia przyjętych zmian na grunt statystyki publicznej³.

W odpowiedzi na te działania samorząd zawodowy lekarzy wyraził sprzeciw wobec umiejscowienia powyższych usług w Polskiej Klasyfikacji Wyrobów i Usług pod nazwą „Usługi w zakresie opieki zdrowotnej i pomocy społecznej”. W stanowisku przyjętym przez Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej (dalej: PNRL) stwierdzono, że działanie to może niejako legitymizować w Polsce praktyki pseudomedyczne, które nie tylko nie są poparte dowodami naukowymi, ale również mogą być niebezpieczne dla osób, które się im poddają, także z tego względu, że powodują opóźnienie lub nawet unikanie skorzystania z leczenia metodami zgodnymi

¹ *Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/ Alternative Medicine: A Worldwide Review*, ed. X. Zhang, World Health Organization 2001, <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-EDM-TRM-2001.2> (dostęp: 12.08.2025).

² Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 18 grudnia 2024 r. w sprawie Polskiej Klasyfikacji Działalności (PKD) (Dz. U. poz. 1936).

³ Projekt z dnia 23 czerwca 2025 r. rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie Polskiej Klasyfikacji Wyrobów i Usług, nr RD202, Sejm X kadencji, <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12399303/katalog/13139202#13139202> (dostęp: 13.08.2025).

z aktualną wiedzą medyczną. Samo określenie tych metod przymiotnikiem „medycyna” – jak stwierdzono w Stanowisku PNRL – wprowadza w błąd poprzez skojarzenie z prawdziwą wiedzą medyczną⁴. Należy tu dodać, że w Polsce istnieją Polskie Towarzystwo Tradycyjnej Medycyny Chińskiej i inne stowarzyszenia akupunktury i medycyny chińskiej, Centrum Medycyny Chińskiej (figuruje w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą), Instytut Tradycyjnej Medycyny Tybetańskiej, organizacja zawodowa Akupunkturzystów i Terapeutów Medycyny Chińskiej, jak również ośrodki oferujące usługi i szkolenia z zakresu medycyny chińskiej, tybetańskiej, mongolskiej, koreańskiej czy japońskiej.

Nie sposób zatem nie zauważyć, że dochodzi do znaczących różnic w zapatrywaniu na dziedzinę wiedzy, jaką stanowi szeroko pojęta medycyna wywodząca się z krajów Azji Wschodniej i Środkowej. Przyczyn tego zjawiska można i warto poszukiwać w uwarunkowaniach filozoficznych i światopoglądowych, w których kształtowała się medycyna Azji Wschodniej, oraz tych, które wpłynęły na sposób postrzegania zdrowia i leczenia w Europie i Polsce. Choć do wyodrębnienia filozofii medycyny jako dyscypliny nauki doszło dopiero na przełomie XVIII i XIX w., związki medycyny z filozofią mają długą historię, w literaturze przedmiotu obecne są zaś rozważania na temat wzajemnego przenikania się obu nauk⁵. Z uwagi na wspólny dla obu dyscyplin mianownik, jakim jest istota i los człowieka (w rozmaitych wszakże aspektach), przesycenie medycyny elementami filozoficznymi wydaje się nieuniknione. Na kształt zapatrywań na zdrowie, życie i śmierć człowieka wpływ mają także kwestie światopoglądowe, w tym dominująca na danym terenie religia bądź religie, przy czym związek między religią a cywilizacją nie wszędzie jest taki sam⁶. Istotna okazuje się także historia danego państwa i grupy państw oraz doświadczenia płynące z tej historii dla ich mieszkańców.

3. Zdrowie, choroba i leczenie w filozofii dalekowschodniej

Medycyna dalekowschodnia odzwierciedla zapatrywanie na życie i zdrowie wywodzące się z systemów filozoficznych i religijnych tego obszaru świata. Na jej kształt,

⁴ Stanowisko Nr 57/25/P-IX Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z 10 lipca 2025 r. w sprawie projektu rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie Polskiej Klasyfikacji Wyrobów i Usług (PKWiU), <https://nil.org.pl/dokumenty/prezydium-naczelnej-rady-lekarskiej> (dostęp: 13.08.2025).

⁵ A. Janaszczuk *et al.*, *Nauki o zdrowiu w kontekście dyskursu etyczno-społecznego. Medycyna w kontekście filozoficzno-historycznym* [w:] *Filozoficzne, społeczne i prawne aspekty nauk o zdrowiu*, cz. 1: *Filozoficzne i społeczne aspekty nauk o zdrowiu*, red. A. Janaszczuk, Polskie Towarzystwo Programów Zdrowotnych, Gdańsk 2012, s. 78–82.

⁶ R. Piotrowski, *Problem filozoficzny ładu społecznego a porównawcza nauka o cywilizacjach*, Dialog, Warszawa 2003, s. 88–89.

w zależności od regionu, wpływały przede wszystkim myśli konfucjanizmu, taoizmu, buddyzmu (w różnych jego odmianach) i szintoizmu. Ukształtowały one postrzeganie narodzin, życia i śmierci w określonym kontekście filozoficznym i kulturowym, co nie pozostało bez wpływu na podejście do zdrowia, jak i środków służących jego zachowaniu czy odzyskaniu. W historii myśli krajów Azji Wschodniej trudno jest przy tym wyraźnie oddzielić filozofię od religii – filozofia, religia i kultura są często jednocześnie „filozofią życia”. Można to dostrzec w konfucjanizmie, który nie jest ani wyłącznie filozofią, ani wyłącznie religią, podobnie trudno jest jasno oddzielić filozoficzny taoizm od taoizmu religijnego⁷.

Według filozofii chińskiej człowiek zawsze był ściśle związany ze społeczeństwem i naturą. Nigdy nie był rozważany poza społeczeństwem, nigdy też nie została wyznaczona ostra granica dzieląca społeczeństwo (rodzinę) i naturę. Samo pojęcie „osoby” w filozofii chińskiej jest zresztą stosunkowo nowe, powstało pod wpływem buddyzmu, a następnie filozofii europejskiej. Nie istnieje podział na ciało i duszę, pojęcie duszy jako bytu czysto duchowego, przeciwieństwa ciała, jest obce myśli chińskiej⁸. Na kształtowanie się świata w tej filozofii wpływ mają żywioły, które muszą pozostawać ze sobą w odpowiedniej równowadze, przy czym tę strukturę przenosi się także i na życie człowieka. Bardzo istotna w myśli chińskiej jest także rodzina, której byt przez wieki związany był z ziemią, dlatego też to ziemia (a nie życie konkretnego człowieka) stanowiła najwyższe dobro osobiste⁹. W taoizmie, poprzez centralne znaczenie rodziny, rola człowieka jako jednostki schodzi na dalszy plan, zaś śmierć może być wynikiem nie tylko procesów fizjologicznych, ale zaprzestania postępowania zgodnego z tao¹⁰.

Według Konfucjusza życie biologiczne nie stanowi wartości najwyższej¹¹, a jeżeli człowiek nie zachowuje porządku i umiaru w regularnym odżywianiu i pracy, choroba zabija go. W tradycyjnej medycynie chińskiej to właśnie nierównowaga *yin* i *yang*, czyli przewaga któregoś z nich, jest traktowana jako przyczyna pogorszenia zdrowia, a nawet zainicjowania choroby¹². W konsekwencji w ramach tradycyjnej medycyny chińskiej dąży się do przywrócenia równowagi, ale i identyfikacji potrzeby

⁷ A. Kość, *Uniwiersalny charakter prawa naturalnego na przykładzie kultury chińskiej*, „Teki Komisji Prawniczej O.L. PAN” 2010, nr 3, s. 83.

⁸ *Ibidem*.

⁹ A. Kość, *Prawo a etyka konfucjańska w historii myśli prawnej Chin*, Pracownia Poligraficzna przy Prywatnym Liceum Ogólnokształcącym, Lublin 1998, s. 200.

¹⁰ A. Waley, Laozi, *The Way and Its Power: the Tao té ching and its place in Chinese thought*, [s.n.], London 1934, s. 47, cyt. za: A. Tarnacka, *Chiński system prawny a ochrona życia – zarys problemu*, „Studia Orientalne” 2017, nr 2(12), s. 84.

¹¹ K. Gregorczyk, *Bioetyka konfucjańska jako odpowiedź na wyzwania współczesnej biomedycyny*, „Gdańskie Studia Azji Wschodniej” 2018, z. 14, s. 42.

¹² T. Czarnik, *Starożytna filozofia chińska*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001, s. 19.

kształtowania cnót i osiągnięcia harmonii z naturą i wszechświatem. Zadaniem lekarza jest zadbać o ciało i ducha osoby chorej, co ma prowadzić do utrzymania w należytym stanie ich obu. To właśnie zachowanie właściwych proporcji pomiędzy nimi ma decydować o kondycji fizycznej lub moralnej człowieka¹³.

Medycyna dalekowschodnia kształtowała się także pod wpływem buddyzmu, wedle którego starzenie się, choroba i śmierć są konsekwencją koniecznych do zaakceptowania zmian. Zgodnie z buddyjską filozofią choroby i śmierć są naturalną częścią cyklu życia i nie są powodowane przez jedną przyczynę, lecz stanowią m.in. skutek karmy, która jest nieodzowna w egzystencji każdej istoty¹⁴.

W buddyzmie tybetańskim cierpienia, w tym choroby, są postrzegane m.in. jako rezultat naszych poprzednich negatywnych działań. Choroby powodowane są także przez złe emocje, takie jak: zazdrość, nienawiść, złość, oraz nalogi. Dlatego aby przezwyciężyć chorobę, należy rozwijać pozytywne cechy, m.in. współczucie, życzliwość i mądrość, budować zdrową, silną osobowość, a najważniejsze jest wytworzenie w sobie pozytywnych emocji – przyjaznych ludziom i światu¹⁵. Medycyna tybetańska obejmuje swoim zainteresowaniem trzy poziomy obecności człowieka: poziom duchowy (umysł), energetyczny (emocjonalny) i poziom ciała fizycznego. Wszystkie zaburzenia czy dolegliwości, zarówno psychiczne (umysłu), emocjonalne (energii), jak i na poziomie ciała fizycznego, są postrzegane jako wynik zaburzenia stanu równowagi. Zgodnie z tybetańską filozofią leczenia lekarz jest zobowiązany do udzielania porad, leczenia choroby i bólu, rozwijania technik medycznych oraz promowania zdrowia, a pacjent jest odpowiedzialny za przyczyny choroby¹⁶. Status lekarza porównywany jest ze statusem nauczyciela religii¹⁷.

Buddyzm tybetański kształtuje także założenia tradycyjnej medycyny mongolskiej, która bardzo dużą wagę przywiązuje do sposobu odżywiania, postrzegając problemy układu pokarmowego jako główne źródło chorób. Ten sposób rozumienia zdrowia i metod dbania o nie ma w Mongolii dodatkowo bezpośredni związek

¹³ Por. R. Fan, *Introduction: Towards a Confucian Bioethics* [w:] *Confucian Bioethics*, ed. R. Fan, series Philosophy and Medicine, vol. 61, Springer, New York–Boston–Dordrecht 2002, s. 4–8, cyt. za: K. Gregorcuk, *Bioetyka konfucjańska...*, s. 41–42.

¹⁴ J. Kongtrul, *Frameworks of Buddhist Philosophy: a systematic presentation of the cause-based philosophical vehicles*, series The Treasury of Knowledge, Snow Lion Publications, New York 2007, s. 95.

¹⁵ Dalajlama, *Radość życia i umierania w pokoju: rdzeń nauk buddyzmu tybetańskiego*, przeł. P. Jankowski, Dom Wydawniczy Rebis, Poznań 1998, s. 21–27.

¹⁶ P. Roberti di Sarsina, L. Ottaviani, J. Mella, *Tibetan medicine: a unique heritage of person-centered medicine*, „European Association of Predictive, Preventive and Personalised Medicine (EPMA) Journal” 2011, Vol. 2(4), doi: 10.1007/s13167-011-0130-x (dostęp: 27.08.2025); T. Hofer, *Bodies in Balance: The Art of Tibetan Medicine*, University of Washington Press, 2014, s. 279, <http://www.jstor.org/stable/j.ctvcwn8hk> (dostęp: 30.08.2025).

¹⁷ W. McGrath, *Buddhism and Medicine in Tibet: Origins, Ethics, and Tradition*, University of Virginia, Virginia 2017, s. 215, <https://doi.org/10.18130/V39H1N> (dostęp: 21.08.2025).

z tradycyjnym (w historii, choć w pewnym stopniu i dziś) koczowniczym trybem życia ludności¹⁸.

Nieco inaczej należy spojrzeć na problematykę zdrowia i leczenia w tych regionach Azji Wschodniej, gdzie obok buddyzmu praktykowany jest shintoizm, a oba te systemy religijno-filozoficzne przenikają się (synkretyzm shintō-buddyjski)¹⁹. Mowa przede wszystkim o Japonii, w obrębie której na powyższe systemy nakładają się także i chińskie systemy filozoficzno-religijne: konfucjanizm i taoizm oraz w pewnym stopniu chrześcijaństwo. Wszystkie te przyjęte z zewnątrz tradycje i prądy myślowe przeszły znaczące transformacje wskutek zderzenia z tradycją rodzimą. Religijność japońska jest jednak prywatną sprawą rodzinną, niezależną od państwa i rzadko dyskutowaną w codziennym życiu²⁰. Ukształtowana na takich korzeniach japońska tradycyjna medycyna Kampo kładzie nacisk na subiektywne symptomy pacjenta i jego konstytucję, a nie na samą chorobę, wskutek czego określana jest medycyną spersonalizowanych terapii²¹. Co godne uwagi, obecnie medycyna japońska jest unikalną mieszanką zachodnich i wschodnich praktyk, zaś medycyna tradycyjna jest głęboko zakorzeniona w japońskim systemie opieki zdrowotnej i często stosowana obok medycyny konwencjonalnej. Wiele preparatów Kampo zostało poddanych badaniom naukowym i wprowadzonych do obrotu jako leki²².

Na podobne przenikanie medycyny tradycyjnej i współczesnej zwraca się uwagę w odniesieniu do medycyny koreańskiej, ukształtowanej na gruncie bardzo bogatej historii kontaktów zarówno z sąsiadującymi krajami azjatyckimi, jak i cywilizacją zachodnią, a nadto z wpływami chrześcijaństwa w Korei Południowej oraz silnym państwowym ateizmem w Korei Północnej. Tradycyjna medycyna koreańska Koryo, zwana medycyną symptomów, uznaje zdrowie fizyczne za związane bezpośrednio ze stanem umysłu, bez wyraźnego rozdziału chorób ciała i psychiki, w czym jej zasadnicze założenia pozostają zgodne z tymi, którymi kieruje się medycyna pozostałych

¹⁸ Por. D. Natsagdorj *et al.*, *A Core Concept of Health in Mongolian Traditional Medicine*, „Open Journal of Preventive Medicine” 2025, Vol. 15(3), s. 31–43, <https://doi.org/10.4236/ojpm.2025.153003> (dostęp: 31.08.2025); A. Gula, *History, current situation, and future development of Mongolian medicine*, „Journal of Traditional Chinese Medical Sciences” 2021, Vol. 8(1), <https://doi.org/10.1016/j.jtcms.2021.11.003> (dostęp: 31.08.2025).

¹⁹ Y. Tamura, *Japanese Buddhism: A Cultural History*, Kosei Publishing Company, New York 2005, s. 171–231.

²⁰ W. Kotański, *W kregu shintoizmu*, t. 2: *Doktryna, kult, organizacja*, Wydawnictwo Akademickie Dialog, Warszawa 1995, s. 123–186.

²¹ T. Yamada, *The Tradition and Genealogy of the Kampo Medicine*, „Japanese Journal of Oriental Medicine” 1996, Vol. 46(4), s. 505–506.

²² K. Watanabe *et al.*, *Collaboration of Japanese Kampo Medicine and Modern Biomedicine*, „Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine” 2014, Vol. 1, <http://dx.doi.org/10.1155/2014/646947> (dostęp: 27.08.2025).

krajów Azji Wschodniej²³. Na marginesie powyższych rozważań warto zauważyć, że w możliwości przenikania medycyny tradycyjnej do oficjalnych nauk medycznych nie sposób nie dostrzec kolejnego charakterystycznego elementu dalekowschodnich filozofii, a mianowicie głęboko zakorzenionej w kulturze narodów wschodnioazjatyckich tradycji szacunku dla starszych i ich doświadczenia²⁴. Kult przodków wskazuje się wręcz jako element rodzimej religii koreańskiej, a historię koreańskiego kultu przodków jako lepiej udokumentowaną niż historię koreańskiej religijności ludowej²⁵.

4. Zdrowie i leczenie w filozofii zachodniej

Dla Europejczyka przedstawienie założeń filozoficznych, jakie ukształtowały postrzeganie problematyki zdrowia i leczenia na Starym Kontynencie, w tym w Polsce, powinno być zadaniem prostszym niż identyfikowanie podstaw filozoficznych medycyny dalekowschodniej. Tak jednak nie jest. Analiza myśli przedstawicieli europejskich szkół filozoficznych, poczynwszy od Platona czy Arystotelesa, poprzez Artura Schopenhauera czy Immanuela Kanta, aż po Henriego Bergsona czy Jeana-Paula Sartre'a (pomijając w tym miejscu wpływ filozofów amerykańskich, jak choćby Ronaalda Dworkina, których zapatrywania, będące częścią „zachodniej” filozofii, również kształtowały i nadal kształtują sposób postrzegania poszczególnych zjawisk związanych z człowiekiem), nie daje zadowalającej odpowiedzi na to, jakie podwaliny filozoficzne legły u podstaw aktualnego postrzegania roli i funkcjonowania medycyny Starego Świata, nie pozwala zdefiniować jednolitego „zachodniego” sposobu podejścia do ciała i zdrowia człowieka.

Korzenie myślenia o zdrowiu w kulturach zachodnich sięgają jednak czasów starożytnych. Już Hipokrates próbował definiować zdrowie jako dobre samopoczucie człowieka wynikające z równowagi pomiędzy człowiekiem a środowiskiem²⁶. W filozofii Arystotelesa elementem wpływającym na szczęście odczuwane przez człowieka były cnoty, nie wiązał ich on jednak w żaden bezpośredni sposób ze zdrowiem. Podobne idee głosił św. Tomasz z Akwinu²⁷. Kartezjusz z kolei postrzegał

²³ Y. Kang, *The characteristics of Korean medicine based on time classification*, „China Perspectives” 2011, Vol. 3, s. 33–41.

²⁴ K.T. Sung, *Elder Respect: Exploration of Ideals and Forms in East Asia*, „Journal of Aging Studies” 2001, Vol. 15(1), s. 13–16, doi: 10.1016/S0890-4065(00)00014-1 (dostęp: 27.08.2025).

²⁵ R.L. Janelli, D.Y. Janelli, *Ancestor Worship and Korean Society*, Stanford University Press, Stanford 1982, cyt. za: A. Kość, *Filozoficzne podstawy prawa koreańskiego*, „Roczniki Nauk Prawnych” 2004, t. 14(1), s. 10–11.

²⁶ *Historia medycyny*, red. T. Brzeziński, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1988, s. 11.

²⁷ I. Andrzejczuk, *Od etyki Arystotelesa do filozofii moralnej Tomasz z Akwinu*, seria Biblioteka Rocznika Tomistycznego, t. 4, Wydawnictwo von borowiecky, Warszawa 2021, s. 34.

ciało człowieka jako substancję materialną, „rzecz rozciąglą” (łac. *res extensa*), jako maszynę, podlegającą prawom mechaniki, w odróżnieniu od duszy, będącej substancją niematerialną, „rzeczą myślącą” (łac. *res cogitans*)²⁸. O człowieku jako syntezie pisał Søren Kierkegaard, ale była to synteza nieskończoności i skończoności, doczesności i wieczności, wolności i konieczności, nie chodziło więc o syntezę ducha i ciała²⁹. Immanuel Kant głosił, że człowiek (choć i każda istota rozumna) jest wartością najwyższą, która powinna być traktowana jako cel sam w sobie, a nigdy jako środek do celu; pisał o człowieku jako o osobie, istocie cechującej się indywidualizmem³⁰. W interpretacji J.-P. Sartre’a człowiek, dzięki wolności, jest swoim własnym „projektem”, jego wolność jest absolutna, choć przez swój wybór angażuje całą ludzkość i nie może wyboru uniknąć³¹. Nie można także zapominać o wpisanej w historię Europy i Polski filozofii marksizmu, wedle której człowieka należy postrzegać wyłącznie w kategoriach bytu materialnego³². Na nurty i prądy filozoficzne tak rozumianego „zachodniego” sposobu postrzegania zdrowia i cielesności człowieka nakładają się kwestie wyznaniowe, zdominowane w Europie przez chrześcijaństwo, w którym życie postrzegane jest jako dar Boga, Biblia zaś wielokrotnie mówi o uzdrawianiu z choroby, jako o wartości, do której można i należy dążyć³³.

Oprócz mnogości zapatrywań na odrębność bądź też współlistnienie ciała i ducha w filozofii zachodniej bardzo istotny przedmiot rozważań stanowi rozum czy też umysł³⁴. Postrzegany czy to jako główne źródło wiedzy i poznania (np. przez Kartezjusza³⁵), czy jako coś, co winno ustąpić pierwszeństwa intuicji (np. przez H. Bergsona³⁶), czy też w końcu jako przedmiot rozważań uwzględniających jego prymat

²⁸ R. Descartes, *Człowiek, opis ciała ludzkiego*, przeł. A. Bednarczyk, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1989, s. 79–132.

²⁹ S. Kierkegaard S., *Bojaźń i drżenie. Choroba na śmierć*, przeł. J. Iwaszkiewicz, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1982, s. 168–169.

³⁰ I. Kant, *Uzasadnienie metafizyki moralności*, przeł. M. Wartenberg, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1971, s. 62; por. także: W. Tatarkiewicz, *Historia filozofii*, t. 2: *Filozofia nowożytna do roku 1830*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2001, s. 161–190.

³¹ J.P. Sartre, *Egzystencjalizm jest humanizmem*, przeł. J. Krajewski, Warszawskie Wydawnictwo Literackie „Muza”, Warszawa 1998, s. 67–70.

³² A. Muszala, *Marks, Sartre i medycyna*, https://www.mp.pl/etyka/podstawy_etyki_lekarskiej/35836,marks-sartre-i-medycyna#1 (dostęp: 27.08.2025)

³³ K. Ziaja, *Zdrowie i jego brak w świetle Biblii*, „Scriptura Sacra” 2016, nr 20, s. 164–171, również *Biblia a medycyna*, red. B. Pawlaczyk, Księgarnia Świętego Wojciecha, Poznań 2007, s. 17–19.

³⁴ E. Morawiec, *Wybrane koncepcje rozumu ludzkiego i racjonalność*, Wydawnictwo Liberi Libri, Warszawa 2014, s. 48–66.

³⁵ Por. R. Descartes, *Rozprawa o metodzie*, przeł. T. Boy-Żeleński, Vis-à-vis Etiuda, Kraków 2019, s. 12–15.

³⁶ Por. H. Bergson, *Wstęp do metafizyki*, przeł. K. Bleszyński, Vis-à-vis Etiuda, Kraków 2022, s. 7–16.

jednak nie w sposób bezwzględny (u I. Kanta³⁷), rozum odgrywa w myśli zachodniej znaczącą rolę. Wiodąca rola poznania rozumowego czy też naukowego w zachodniej medycynie wydaje się tego konsekwencją.

Na sposób postrzegania medycyny na kontynencie europejskim, a w konsekwencji i w naszym kraju, wpływ miały także uwarunkowania historyczne i przyjmowane pod ich wpływem akty prawa międzynarodowego. Zatwierdzona w roku 1950 Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności³⁸ stanowiła odpowiedź na wydarzenia II wojny światowej, co skłoniło sygnatariuszy Konwencji do wskazania wolności jako pierwszego i podstawowego prawa. W ślad za Konwencją pojawiło się szereg dalszych aktów prawa międzynarodowego, których przedmiotem było zagwarantowanie jednostce wolności, swobód i prawa do samodecydowania. Tym oto sposobem determinantą środowiska filozoficzno-prawnego zachodniej medycyny stały się nie tylko zapatrywania na triadę ciało–umysł–duch, ale i idea autonomii³⁹.

Zestawienie powyższych zjawisk i idei pozwala, mimo wstępnych zastrzeżeń, zrekonstruować „zachodni” sposób spojrzenia na zdrowie i leczenie, przyznający człowiekowi prawo do życia i zdrowia, ale jednocześnie i autonomii woli w sferze tego, w jaki sposób chce z tych dóbr korzystać. Reprezentatywny może okazać się w tej mierze pogląd, wedle którego w kulturze zachodniej filozofia podpowiada, bioetyka nakazuje, a medycyna leczy, ale nie decyduje za chorego⁴⁰.

5. Medycyna jako element polityki państwa

Rozwiązania przyjmowane w zakresie ochrony zdrowia są zazwyczaj determinowane również polityką państwa, które może postrzegać (i często postrzega) obszar świadczeń zdrowotnych jako element polityki wewnętrznej. Przyjmowane przez prawodawcę rozwiązania odzwierciedlają stopień zaangażowania państwa w opiekę zdrowotną oraz pokazują umiejscowienie życia i zdrowia w hierarchii wartości chronionych przepisami wewnątrzkrajowymi.

Warto zatem zauważyć, że w chińskim kodeksie karnym przepisy odnoszące się do prawnokarnej ochrony życia zostały umieszczone za rozdziałem obejmującym przestępstwa zakłócenia porządku socjalistycznej gospodarki rynkowej. Taką

³⁷ Por. I. Kant, *Krytyka czystego rozumu*, przeł. R. Ingarden, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1957, s. 205–245.

³⁸ Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności z dnia 4 listopada 1950 r. (Dz. U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284).

³⁹ J. Kaczor, *Autonomia i wolność a prawo* [w:] *Autonomia prawa*, red. W. Gromski, seria Z Zagadnień Teorii i Filozofii Prawa, „Kolonia”, Wrocław 2001, s. 93–116.

⁴⁰ J. Rudnicki, *Związki filozofii i medycyny*, „Biuletyn Informacyjny Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie” 2014, nr 3(85), s. 41.

kolejność wskazuje się jako oczywistą w Chinach hierarchię dóbr, w ramach której dobra kolektywne stawiane są ponad dobrem jednostki⁴¹. W art. 24 Konstytucji Japonii ustawodawca stanowi z kolei, że wszyscy ludzie mają prawo do zachowania minimalnych standardów zdrowego i kulturalnego życia⁴². Uwagę zwraca zatem przyjęcie wspólnej normy konstytucyjnej dla zdrowia i kultury, pokazujące ich status w hierarchii dóbr chronionych japońskim prawem. O roli medycyny tradycyjnej w Mongolii świadczyć może zaś fakt, iż w czasach komunistycznych nie była ona akceptowana, w konsekwencji czego tradycyjne praktyki lecznicze miały zostać „zapomniane”, ponieważ u ich podstaw leżało pojmowanie jednostki w sposób holistyczny, czyli jako całości złożonej z pierwiastków biologicznych, psychicznych i duchowych. Współczesne wspieranie i dostrzeganie medycyny tradycyjnej w polityce zdrowotnej tego kraju traktowane jest zatem jako przejaw społecznego „przypominania sobie” kulturowego dziedzictwa, które decyduje o mongolskiej tożsamości⁴³.

Polska Konstytucja włącza ochronę zdrowia do wolności i praw ekonomicznych, socjalnych i kulturalnych (art. 68), uplasowanych za prawami osobistymi, do których zalicza m.in. życie (art.38), nietykalność osobistą i wolność (art. 41)⁴⁴. Zapisany w art. 39 zakaz poddania człowieka eksperymentom naukowym, w tym medycznym, bez dobrowolnie wyrażonej zgody świadczy o dużym wyczuleniu polskiego prawodawcy na problematykę sposobów i metod leczenia.

W Europie polityka zdrowotna nie stała się przedmiotem szczegółowych uregulowań wspólnotowych. Artykuł 168 ust. 5 Traktatu o Funkcjonowaniu Unii Europejskiej stanowi, że Rada (Europejska) przyjmuje środki zachęcające, zmierzające do ochrony i poprawy zdrowia ludzkiego, z wyłączeniem jakiegokolwiek harmonizacji przepisów ustawowych i wykonawczych państw członkowskich⁴⁵. Wskutek tych założeń w obszarze ochrony zdrowia prawo Unii Europejskiej reguluje jedynie kwestie dotyczące kwalifikacji w zawodach medycznych, przepływu uprawnień związanych z realizacją ubezpieczeń zdrowotnych i pewne zagadnienia techniczne, nie wkracza jednak w materię metod leczenia. Konsekwencją takiego stanu rzeczy jest różny status medycyny dalekowschodniej w poszczególnych państwach członkowskich Unii. Wiele receptur medycyny chińskiej zostało poddanych badaniom

⁴¹ A. Tarnacka, *Chiński system prawny a ochrona życia – zarys problemu*, „Studia Orientalne” 2017, nr 2(12), s. 91–92.

⁴² *Konstytucja Japonii*, przeł. T. Suzuki, Biblioteka Sejmowa, Warszawa 2014.

⁴³ M. Hoffmann, *Mongolska medycyna tradycyjna jako przestrzeń postpamięci w perspektywie medykali-zacji*, „Politeja” 2020, nr 2(65), s. 257–271, <https://doi.org/10.12797/Politeja.17.2020.65.18> (dostęp: 31.08.2025).

⁴⁴ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483 ze zm.).

⁴⁵ Traktat ustanawiający Europejską wspólnotę Gospodarczą (Dz. U. z 2004 r. Nr 90, poz. 864/2 ze zm.).

naukowym i wprowadzonych do obrotu jako leki lub suplementy diety, a korzystanie z dorobku tej nauki jest prawnie regulowane w części krajów europejskich⁴⁶.

6. Polski prawodawca wobec medycyny dalekowschodniej

Polski ustawodawca aż do lat 90. nie wypowiadał się szczegółowo na temat źródeł wiedzy, na których winna być oparta praktykowana prawidłowo („oficjalna”) medycyna. Określenie programu nauczania w zawodach medycznych wydawało się wystarczające, zaś kwestie kształcenia ustawicznego i aktualizacji wiedzy w zawodach medycznych pozostawiano etyce. Zmianę na poziomie ustawowym przyniosła dopiero ustawa o zawodzie lekarza z 1996 r., w której pojawiła się klauzula generalna zobowiązująca lekarza do wykonywania zawodu zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej. Zobowiązała ona także lekarzy do stałego doskonalenia zawodowego, poprzestając początkowo na owym ogólnym zaleceniu, z czasem rozbudowanym jednak i merytorycznie, i w zakresie uwarunkowań formalnych⁴⁷. W aktach wykonawczych prawodawca stopniowo dookreślał, jakie formy kształcenia ustawicznego uznaje za właściwe⁴⁸, natomiast począwszy od roku 2020 przewidział konieczność rejestracji każdego zdarzenia edukacyjnego, po uprzednim zatwierdzeniu przez okręgową radę lekarską.

Prawodawca nie zdefiniował pojęcia „aktualnej wiedzy medycznej”, jednak odniosła się do niego zarówno doktryna, jak i orzecznictwo. W ramach filozofii prawa proponuje się szerokie spojrzenie na aktualność wiedzy, widząc w nim pojęcie dynamiczne, zmieniające się w miarę powstawania wiedzy naukowej i możliwości leczniczych, wskutek czego lekarz nie jest biernym „użytkownikiem” aktualnej wiedzy medycznej, ale jej aktywnym twórcą – dokonuje bowiem ciągłej translacji wiedzy teoretycznej na praktykę kliniczną, co wynika zresztą z przysięgi lekarskiej. W tym ujęciu więc na aktualną wiedzę medyczną składa się własne doświadczenie kliniczne lekarza⁴⁹. W orzecznictwie sądów prezentowane jest natomiast stanowisko, zgodnie z którym za metody uznawane i dopuszczone do stosowania, składające się na pojęcie wiedzy aktualnej, uznaje się jedynie zasady wiedzy reprezentowane przez

⁴⁶ K. Fibich, *Tradycyjna Medycyna Chińska oczami Europejczyków. Studium recepcji nowości kulturowych*, praca licencjacka, Kraków 2012, <https://ruj.uj.edu.pl/entities/publication/ec45d5f3-01c6-4f58-be62-ec391f4afb42> (dostęp: 7.10.2025).

⁴⁷ Obecnie: art. 4 i 18 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jedn.: Dz. U. z 2024 r., poz. 1287 ze zm.) (dalej: u.z.l.l.d.).

⁴⁸ Obecnie: rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 lutego 2022 r. w sprawie sposobu dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów (Dz. U. poz. 464); akty wykonawcze o analogicznym przedmiocie obowiązywały jednak już od roku 2004.

⁴⁹ T. Widlak, *Interpretacja klauzuli „aktualna wiedza medyczna” w polskim prawie – zarys zagadnień epistemologicznych i metodologicznych*, „Gdańskie Studia Prawnicze” 2017, t. 38, s. 603–613.

miarodajne koła naukowe, przy czym zasady te muszą odpowiadać przyjętym poglądom, które nie podlegają dyskusji oraz oparte są prawie na jednomysłności⁵⁰.

Do stosowanych metod leczenia odnoszą się polskie kodeksy deontologiczne, przy czym podobnie jak w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty zauważalna jest radykalizacja stanowiska samorządu lekarskiego wobec stosowanych przez lekarza metod diagnostyki i terapii. Obowiązujący w latach 1991–2024 Kodeks Etyki Lekarskiej (dalej: KEL) mówił jedynie o konieczności postępowania lekarza zgodnie z „aktualną wiedzą medyczną”, natomiast aktualny Kodeks Etyki Lekarskiej z 2024 r. (dalej: KEL z 2024 r.) stwierdza, że lekarzowi nie wolno posługiwać się metodami niezwyfikowanymi naukowo lub uznanymi przez naukę za szkodliwe bądź bezwartościowe⁵¹.

Metody diagnostyki i leczenia są także przedmiotem regulacji z zakresu ubezpieczeń zdrowotnych. W tym obszarze świadczenia udzielane z wykorzystaniem metod stosowanych w medycynie niekonwencjonalnej, ludowej lub orientalnej są *explicite* wyłączone z zakresu opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych⁵². Wyjątek stanowią akupunktura i akupresura, które wymienione zostały w przepisach z zakresu działalności leczniczej⁵³ i standardach opieki okołoporodowej jako metoda niefarmakologicznego łagodzenia bólu⁵⁴; akupunktura wymieniona jest także jako świadczenie gwarantowane w leczeniu bólu przewlekłego⁵⁵. Wprowadzenie nowych albo tylko częściowo wypróbowanych metod diagnostycznych, leczniczych lub profilaktycznych w celu osiągnięcia bezpośredniej korzyści dla zdrowia osoby chorej stanowi eksperyment medyczny (art. 21 u.z.l.l.d.), zaś jego prowadzenie wymaga uprzedniej zgody komisji bioetycznej. W pozostałych przypadkach leczenie winno być prowadzone wyłącznie w zakresie zgodnym

⁵⁰ Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 26 lutego 2019 r., VI SA/Wa 2179/18, LEX nr 2689804; wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 12 czerwca 2019 r., VI SA/Wa 557/19, LEX nr 2720242.

⁵¹ Uchwała Nr 5 Nadzwyczajnego XVI Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 18 maja 2024 r. w sprawie Kodeksu Etyki Lekarskiej, <https://nil.org.pl/dokumenty/kodeks-etyki-lekarskiej> (dostęp: 15.08.2025).

⁵² Zapis tej treści figuruje we wszystkich tzw. rozporządzeniach koszykowych wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn.: Dz. U. z 2024 r., poz. 146 ze zm.).

⁵³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (tekst jedn.: Dz. U. z 2019 r., poz. 173) zalicza pracownię akupresury i akupunktury do „Innych komórek organizacyjnych działalności medycznej”.

⁵⁴ Część VII pkt 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (tekst jedn.: Dz. U. z 2023 r., poz. 1324).

⁵⁵ Załącznik 3 pkt 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (tekst jedn.: Dz. U. z 2016 r., poz. 357 ze zm.).

z aktualną wiedzą medyczną, choć to ostatnie pojęcie ujmowane jest w literaturze przedmiotu niejednolicie.

Otoczenie prawne wykonywania działalności leczniczej w Polsce umiejscawia więc tradycyjne metody leczenia pochodzące z Azji Wschodniej w sferze tzw. paramedycyny czy też medycyny alternatywnej, jednak stosowanie wobec metod dalekowschodnich pojęcia „medycyna” jest kwestionowane. W konsekwencji metody te nie są *de facto* traktowane jako medycyna, lecz pewien zbiór metod stanowiących dla niej alternatywę bądź ją uzupełniających. Wobec akupunktury i akupresury polskie prawo nie jest konsekwentne, wymieniając je zarówno jako przykład medycyny alternatywnej, jak i zaliczając do świadczeń zdrowotnych. Natomiast pozostałe metody składające się na szeroko pojętą medycynę dalekowschodnią kwalifikowane są jako usługi niestanowiące leczenia, względnie jako działania eksperymentalne, w zakresie, w jakim nie są oparte na badaniach naukowych przeprowadzonych zgodnie z ustaloną dla tych badań metodologią.

7. Zderzenie kultur, czyli indywidualizm kontra autonomia

Ponieważ podstawą medycyny dalekowschodniej jest holistyczne podejście do pacjenta, cechuje ją brak dążenia do nadawania nazw jednostkom chorobowym i kodyfikowania standardów leczenia. „Medycyna wschodnia traktuje pacjenta jako całość, koncentrujemy się na jego uczuciach – mówił Dalajlama. – Nawet najlepiej przygotowany lekarz może nie odnieść sukcesu w leczeniu, jeśli nie ma dobrego, otwartego serca. Medycyna tybetańska w dużym stopniu opiera się na intuicji leczącego. Europejski lekarz musi stosować tylko metody, których skuteczność została eksperymentalnie udowodniona”⁵⁶. Medycynę dalekowschodnią cechuje zatem indywidualizm w rozumieniu identyfikowania przyczyny choroby i decyzji o środkach zaradczych. Brakowi standaryzacji leczenia towarzyszy przy tym całkowicie inne spojrzenie na udział samego pacjenta w procesie powracania do zdrowia. W medycynie dalekowschodniej pacjent jest postrzegany jako aktywny uczestnik procesu leczenia, wskutek czego nie pojawia się potrzeba odrębnych dociekań co do zgody na proponowane terapie.

Odmienny kierunek postrzegania roli pacjenta towarzyszy zasadom wykonywania działalności leczniczej w Polsce. Bardzo istotnym elementem prawa ochrony zdrowia jest autonomia pacjenta, rozumiana jako jego decyzyjność w procesie stosowania określonych procedur, a nawet wykonania samego badania⁵⁷. Zgodnie ze

⁵⁶ S. Szparkowska, *Leczenie: ważniejsze dowody czy intuicja. Dalajlama z szefem lekarskiego samorządu rozmawia o europejskiej i azjatyckiej medycynie*, „Rzeczpospolita” 29.07.2009, <https://www.rp.pl/ochrona-zdrowia/art7592961-leczenie-wazniejsze-dowody-czy-intuicja> (dostęp: 29.08.2025).

⁵⁷ Wynika to z przepisów art. 32 i 34 u.z.l.l.d. oraz art. 17 i 18 przepisów ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn.: Dz. U. z 2024 r., poz. 581), a także art. 16 KEL z 2024 r.

stanowiskiem Rzecznika Praw Pacjenta pacjent zachowuje prawo do wyrażenia woli tylko na te spośród metod diagnostyki i leczenia, które są zgodne z wypracowanymi wcześniej, ogólnie przyjętymi standardami, i nie może wyrazić zgody na terapię o nieudowodnionej naukowo skuteczności⁵⁸. Indywidualizacja terapii dopuszczalna jest jedynie w ramach obowiązujących standardów postępowania. Współcześnie wskazuje się na rodzące się możliwości medycyny „spersonalizowanej”, jednak wiążąc to pojęcie z postępem technologicznym⁵⁹. Zatem pojęcia personalizacji terapii i indywiduacji leczenia nadal nie są tożsame.

8. Podsumowanie

W nurtach filozoficznych cywilizacji europejskiej, mimo całej ich różnorodności, niełatwo znaleźć punkty wspólne z paradygmatami filozofii Dalekiego Wschodu odnoszącymi się do zdrowia i leczenia. Podejście medycyny wschodniej przesycą indywidualizm rozumiany jako identyfikacja przyczyn choroby i możliwości jej przeciwdziałania, które pacjent winien zrozumieć, przyjąć i wprowadzić do swojego codziennego życia. Podejście zachodnie zdominowane jest przez potrzebę dociekania woli pacjenta co do proponowanych terapii, czyniąc z niego współdecydenta podejmowanych działań, jednak z wyborem drogi ograniczonej do metod mających zastosowanie zgodnie z przyjętym w tym zakresie standardem.

Przedstawione powyżej różnice w podejściu do roli i istoty medycyny Wschodu i Zachodu nie oznaczają bynajmniej całkowitego braku obszarów wspólnych. Wskazuje się np. że bioetyka czterech cnót, sformułowana w XX w. przez Toma L. Beauchampa i Jamesa F. Childressa, wyraźnie koresponduje ze starożytną etyką Konfucjusza⁶⁰. Jednak wartości zakorzenione w tradycyjnej kulturze społeczeństw Azji, choć często wydają się bliskie europejskim, są niekiedy trudno porównywalne z zachodnimi, choćby z uwagi na różnice pojęciowe. Kultura Wschodu jest znana ze swej głębi i wielowymiarowości, wskutek czego pozornie tożsame znaczeniowo terminy nie są przez przedstawicieli Wschodu i Zachodu rozumiane identycznie. Wynika to z różnic historycznych, kulturowych i społecznych, które składają się na odmienne tradycje tych społeczności⁶¹. Natomiast wobec obfitości idei odnoszących się do istoty człowieka i swobody ich formułowania w świecie zachodnim

⁵⁸ Z uzasadnienia decyzji Rzecznika Praw Pacjenta Nr RzPP-DPR-WPZ.45.305.2022.PP (niepubl.).

⁵⁹ T. Widlak, *Cyfrony sen Pigmaliona: zarys problematyki filozoficzno-prawnej cyfrowych bliźniaków człowieka w zastosowaniach medycznych*, „Archiwum Filozofii Prawa i Filozofii Społecznej” 2025, nr 1 (42), s. 97–98, doi: <https://doi.org/10.36280/AFPiFS.2025.1.93> (dostęp: 27.08.2025).

⁶⁰ K. Gregorcuk, *Bioetyka konfucjańska...*, s. 51.

⁶¹ *Tradycje między Wschodem a Zachodem*, red. I. Piechnik, K. Jurczak, Wydawnictwo Avalon, Kraków 2021, s. 169–171.

podejście naukowe (dowodowe) do medycyny jest być może tym elementem, który pozwala na znalezienie w tej mnogości punktów wspólnych. Pod wpływem tych idei w warunkach, które, z konieczności w sposób wyłącznie przeglądowy, przedstawiłam wyżej, ukształtował się status medycyny dalekowschodniej w polskim prawie.

Literatura

- Andrzejczuk I., *Od etyki Arystotelesa do filozofii moralnej Tomasz z Akwinu*, seria Biblioteka Rocznika Tomistycznego, t. 4, Wydawnictwo von borowiecky, Warszawa 2021.
- Bergson H., *Wstęp do metafizyki*, przeł. K. Bleszyński, Vis-à-vis Etiuda, Kraków 2022.
- Brzeziński T. (red.), *Historia medycyny*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1988.
- Czarnik T., *Starożytna filozofia chińska*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001.
- Dalajlama, *Radość życia i umierania w pokoju: rdzeń nauk buddyzmu tybetańskiego*, przeł. P. Jankowski, Dom Wydawniczy Rebis, Poznań 1998.
- Descartes R., *Człowiek, opis ciała ludzkiego*, przeł. A. Bednarczyk, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1989.
- Descartes R., *Rozprawa o metodzie*, przeł. T. Boy-Żeleński, Vis-à-vis Etiuda, Kraków 2019.
- Fan R., *Introduction: Towards a Confucian Bioethics* [w:] *Confucian Bioethics*, ed. R. Fan, series Philosophy and Medicine, vol. 61, Springer, New York–Boston–Dordrecht 2002.
- Fibich K., *Tradycyjna Medycyna Chińska oczami Europejczyków. Studium recepcji nowości kulturowych*, praca licencjacka, Kraków 2012, <https://ruj.uj.edu.pl/entities/publication/ec45d5f3-01c6-4f58-be62-ec391f4afb42> (dostęp: 7.10.2025).
- Gregorczyk K., *Bioetyka konfucjańska jako odpowiedź na wyzwania współczesnej biomedycyny*, „Gdańskie Studia Azji Wschodniej” 2018, z. 14.
- Gula A., *History, current situation, and future development of Mongolian medicine*, „Journal of Traditional Chinese Medical Sciences” 2021, Vol. 8(1), <https://doi.org/10.1016/j.jtcms.2021.11.003> (dostęp: 31.08.2025).
- Hofer T., *Bodies in Balance: The Art of Tibetan Medicine*, University of Washington Press, 2014, <http://www.jstor.org/stable/j.ctvcwn8hk> (dostęp: 30.08.2025).
- Hoffmann M., *Mongolska medycyna tradycyjna jako przestrzeń postpamięci w perspektywie medykalizacji*, „Politeja” 2020, nr 2(65), <https://doi.org/10.12797/Politeja.17.2020.65.18> (dostęp: 31.08.2025).
- Janaszczyk A., Sobczak K., Gajewska M., Leoniuk K., Nowakowska H., Zarzeczna-Baran M., Wojdak-Haasa P., Sut P., *Nauki o zdrowiu w kontekście dyskursu etyczno-społecznego. Medycyna w kontekście filozoficzno-historycznym* [w:] *Filozoficzne, społeczne i prawne aspekty nauk o zdrowiu*, cz. 1: *Filozoficzne i społeczne aspekty nauk o zdrowiu*, red. A. Janaszczyk, Polskie Towarzystwo Programów Zdrowotnych, Gdańsk 2012.
- Janelli R.L., Janelli D.Y., *Ancestor Worship and Korean Society*, Stanford University Press, Stanford 1982.
- Kaczor J., *Autonomia i wolność a prawo* [w:] *Autonomia prawa*, red. W. Gromski, seria Z Zagadnień Teorii i Filozofii Prawa, „Kolonja”, Wrocław 2001.
- Kang Y., *The characteristics of Korean medicine based on time classification*, „China Perspectives” 2011, Vol. 3.

- Kant I., *Krytyka czystego rozumu*, t. 2, przeł. R. Ingarden, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1957.
- Kant I., *Uzasadnienie metafizyki moralności*, przeł. M. Wartenberg, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1971.
- Kierkegaard S., *Bojaźń i drżenie. Choroba na śmierć*, przeł. J. Iwaszkiewicz, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1982.
- Kongtrul J., *Frameworks of Buddhist Philosophy: a systematic presentation of the cause-based philosophical vehicles*, series The Treasury of Knowledge, Snow Lion Publications, New York 2007.
- Kość A., *Filozoficzne podstawy prawa koreańskiego*, „Roczniki Nauk Prawnych” 2004, t. 14(1).
- Kość A., *Prawo a etyka konfucjańska w historii myśli prawnej Chin*, Pracownia Poligraficzna przy Prywatnym Liceum Ogólnokształcącym, Lublin 1998.
- Kość A., *Uniwersalny charakter prawa naturalnego na przykładzie kultury chińskiej*, „Teka Komisji Prawniczej O.L. PAN” 2010, nr 3.
- Kotański W., *W kręgu shintoizmu*, t. 2: *Doktryna, kult, organizacja*, Wydawnictwo Akademickie Dialog, Warszawa 1995.
- McGrath W., *Buddhism and Medicine in Tibet: Origins, Ethics, and Tradition*, University of Virginia, Virginia 2017, <https://doi.org/10.18130/V39H1N> (dostęp: 21.08.2025).
- Morawiec E., *Wybrane koncepcje rozumu ludzkiego i racjonalność*, Wydawnictwo Liberi Libri, Warszawa 2014.
- Muszala A., *Marks, Sartre i medycyna*, https://www.mp.pl/etyka/podstawy_etyki_lekarskiej/35836,marks-sartre-i-medycyna#1 (dostęp: 27.08.2025).
- Natsagdorj D., Altangerel A., Munkhjargal N., Tuul K., *A Core Concept of Health in Mongolian Traditional Medicine*, „Open Journal of Preventive Medicine” 2025, Vol. 15(3), <https://doi.org/10.4236/ojpm.2025.153003> (dostęp: 31.08.2025).
- Pawlaczyk B. (red.), *Biblia a medycyna*, Księgarnia Świętego Wojciecha, Poznań 2007.
- Piechnik I., Jurczak K. (red.), *Tradycje między Wschodem a Zachodem*, Wydawnictwo Avalon, Kraków 2021.
- Piotrowski R., *Problem filozoficzny ładu społecznego a porównawcza nauka o cywilizacjach*, Dialog, Warszawa 2003.
- Roberti di Sarsina P., Ottaviani L., Mella J., *Tibetan medicine: a unique heritage of person-centered medicine*, „European Association of Predictive, Preventive and Personalised Medicine (EPMA) Journal” 2011, Vol. 2(4), doi: 10.1007/s13167-011-0130-x (dostęp: 27.08.2025).
- Rudnicki J., *Związki filozofii i medycyny*, „Biuletyn Informacyjny Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie” 2014, nr 3(85).
- Sartre J.P., *Egzystencjalizm jest humanizmem*, przeł. J. Krajewski, Warszawskie Wydawnictwo Literackie „Muza”, Warszawa 1998.
- Sung K.T., *Elder Respect: Exploration of Ideals and Forms in East Asia*, „Journal of Aging Studies” 2001, Vol. 15(1), doi: 10.1016/S0890-4065(00)00014-1 (dostęp: 27.08.2025).
- Szparkowska S., *Leczenie: ważniejsze dowody czy intuicja. Dalajlama z szefem lekarskiego samorządu rozmawiał o europejskiej i azjatyckiej medycynie*, „Rzeczpospolita” 29.07.2009, <https://www.rp.pl/ochrona-zdrowia/art7592961-leczenie-wazniejsze-dowody-czy-intuicja> (dostęp: 29.08.2025).
- Tamura Y., *Japanese Buddhism. A Cultural History*, Kosei Publishing Company, New York 2005.
- Tarnacka A., *Chiński system prawny a ochrona życia – zarys problemu*, „Studia Orientalne” 2017, nr 2(12).
- Tatarkiewicz W., *Historia filozofii*, t. 2: *Filozofia nowożytna do roku 1830*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2001.

- Waley A., Laozi, *The Way and Its Power: the Tao tē ching and its place in Chinese thought*, [s.n.], London 1934.
- Watanabe K., Plotnikoff G.A., Sakiyama T., Reissenweber-Hewel H., *Collaboration of Japanese Kampo Medicine and Modern Biomedicine*, Evidence-Based „Complementary and Alternative Medicine” 2014, Vol. 1, <http://dx.doi.org/10.1155/2014/646947> (dostęp: 27.08.2025).
- Widlak T., *Cyfrony sen Pigmaliona: zarys problematyki filozoficznoprawnej cyfronych bliźniaków człowieka w zastosowaniach medycznych*, „Archiwum Filozofii Prawa i Filozofii Społecznej” 2025, nr 1(42), <https://doi.org/10.36280/AFPiFS.2025.1.93> (dostęp: 27.08.2025).
- Widlak T., *Interpretacja klauzuli „aktualna wiedza medyczna” w polskim prawie – zarys zagadnień epistemologicznych i metodologicznych*, „Gdańskie Studia Prawnicze” 2017, t. 38.
- Yamada T., *The Tradition and Genealogy of the Kampo Medicine*, „Japanese Journal of Oriental Medicine” 1996, Vol. 46(4).
- Zhang X. (ed.), *Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/ Alternative Medicine: A World-wide Review*, World Health Organization 2001, <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-EDM-TRM-2001.2> (dostęp: 12.08.2025).
- Ziaja K., *Zdrowie i jego brak w świetle Biblii*, „Scriptura Sacra” 2016, nr 20.

Źródła prawa

- Konstytucja Japonii*, przeł. T. Suzuki, Biblioteka Sejmowa, Warszawa 2014.
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483 ze zm.).
- Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności z dnia 4 listopada 1950 r. (Dz. U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2004 r. w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów (tekst jedn.: Dz. U. z 2017 r., poz. 1923).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (tekst jedn.: Dz. U. z 2019 r., poz. 173).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego (tekst jedn.: Dz. U. z 2024 r., poz. 529).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (tekst jedn.: Dz. U. z 2023 r., poz. 1427 ze zm.).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (tekst jedn.: Dz. U. z 2022 r., poz. 262).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (tekst jedn.: Dz. U. z 2016 r., poz. 357 ze zm.).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (tekst jedn.: Dz. U. z 2023 r., poz. 916 ze zm.).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (tekst jedn.: Dz. U. z 2021 r., poz. 265 ze zm.).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (tekst jedn.: Dz. U. z 2023 r., poz. 870 ze zm.).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (tekst jedn.: Dz. U. z 2024 r., poz. 253 ze zm.).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (tekst jedn.: Dz. U. z 2023 r., poz. 1324).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. poz. 1285 ze zm.).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 lutego 2022 r. w sprawie sposobu dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów (Dz. U. poz. 464).

Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 18 grudnia 2024 r. w sprawie Polskiej Klasyfikacji Działalności (PKD) (Dz. U. poz. 1936).

Traktat ustanawiający Europejską Wspólnotę Gospodarczą (Dz. U. z 2004 r. Nr 90, poz. 864/2 ze zm.).

Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jedn.: Dz. U. z 2024 r., poz. 1287 ze zm.).

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn.: Dz. U. z 2024 r., poz. 146 ze zm.).

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn.: Dz. U. z 2024 r., poz. 581).

Orzecznictwo

Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 26 lutego 2019 r., VI SA/Wa 2179/18, LEX nr 2689804.

Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 12 czerwca 2019 r., VI SA/Wa 557/19, LEX nr 2720242.

Inne

Decyzja Rzecznika Praw Pacjenta Nr RzPP-DPR-WPZ.45.305.2022.PP (niepubl.).

Projekt z dnia 23 czerwca 2025 r. rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie Polskiej Klasyfikacji Wyrobów i Usług, nr RD202, Sejm X kadencji, <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12399303/katalog/13139202#13139202> (dostęp: 13.08.2025).

Stanowisko Nr 57/25/P-IX Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z 10 lipca 2025 r. w sprawie projektu rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie Polskiej Klasyfikacji Wyrobów i Usług (PKWiU), <https://nil.org.pl/dokumenty/prezydium-naczelnaj-rady-lekarskiej> (dostęp: 13.08.2025).

Uchwała Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 grudnia 1991 r. w sprawie Kodeksu Etyki Lekarskiej, <https://nil.org.pl/dokumenty/kodeks-etyki-lekarskiej> (dostęp: 15.08.2025).

Uchwała Nr 5 Nadzwyczajnego XVI Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 18 maja 2024 r. w sprawie Kodeksu Etyki Lekarskiej, <https://nil.org.pl/dokumenty/kodeks-etyki-lekarskiej> (dostęp: 15.08.2025).

SUMMARY

THE STATUS OF FAR EASTERN MEDICINE IN POLAND: A PHILOSOPHICAL PERSPECTIVE

Due to the development of means of communication and transportation, which took place over the course of the 20th century, a number of phenomena that for centuries had had a local character became available globally: most importantly knowledge, but also culture, art, gastronomy and many other aspects of the environment in which we live. This article focuses on the flow of knowledge in the field of medical sciences and attempts to answer the question of how the increasing access to knowledge in the field of Far Eastern medicine is reflected in Polish law, with particular emphasis on healthcare regulations. The aim of the article is to identify the way of perceiving health, disease and treatment in the philosophical systems of East Asia and in the philosophical systems that influenced the shape of Polish healthcare. Ultimately, it aims to answer the question of how the differences in the approach to health and disease in these systems affect the legal status of Far Eastern medicine in Poland. The legal environment of healthcare in Poland classifies traditional methods of treatment originating from East Asia as so-called paramedicine or alternative medicine, but questions the validity of the term “medicine” when it comes to Far Eastern treatment methods.