

Emilia SARNACKA

doktor nauk o zdrowiu, magister prawa, asystent w Zakładzie Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Zasady końcowe Kodeksu etyki lekarskiej

I. Wprowadzenie

Prezentowane rozważania koncentrować się będą wokół analizy rozdziału VI Kodeksu etyki lekarskiej (dalej: KEL) oraz jego znaczenia dla obowiązków lekarzy i lekarzy dentyków. Należy podkreślić, iż kodeks etyki jako dokument deontologii zawodowej nie stanowi źródła powszechnie obowiązującego prawa¹ ani podstawy do odpowiedzialności prawnej, jednakże na podstawie dyspozycji z art. 53 ustawy z 2.12.2009 r. *o izbach lekarskich* (dalej: o.i.l.)² naruszenie zasad etyki lekarskiej (przewinięcie zawodowe) jest podstawą odpowiedzialności zawodowej lekarza.

W doktrynie wyrażono pogląd, że „można przyjąć, że KEL jest aktem normatywnym, którego regulacja powinna być przestrzegana przez lekarzy. Choć nie stanowi źródła prawa powszechnego, został jednak inkorporowany (przejęty) do systemu prawa w oparciu o ustawowe uprawnienie udzielone Krajowemu Zjazdowi Lekarzy do określenia norm etycznych”. W świetle przywołanego stanowiska, analizę norm zawartych w rozdziale VI KEL warto prowadzić również z perspektywy zasad techniki prawodawczej uregulowanych w rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów³ (dalej: r.z.t.p.).

Na wstępie należy zwrócić uwagę na użyty w tytule omawianego rozdziału zwrot „zasady końcowe”, odmiennie od kodeksów deontologicznych pozostałych zawodów medycznych⁴. Kodeksy etyki pielęgniarki i położnej oraz aptekarza zawierają „przepisy końcowe”, natomiast diagnosty laboratoryjnego – „postanowienia końcowe”. Powodem powyższego rozwiązania może być odmienność konstrukcji analizowanego rozdziału od reguł stawianym przepisom końcowym aktów normatywnych. Zgodnie z zasadami techniki prawodawczej przepisy końcowe obejmują przepisy uchylające,

¹ R. Kubiak, *Kodeks etyki lekarskiej. Odcinek 3: Czy zasady Kodeksu etyki lekarskiej obowiązują lekarza?*, dostępny na stronie: http://www.mp.pl/etyka/podstawy_etyki_lekarskiej/show.html?id=82688#1, dostęp: 6.05.2015. W temacie statusu KEL w systemie prawnym zob. również: A. Korytowska, *Problem zgodności Kodeksu etyki lekarskiej z Konstytucją RP*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 2009, LXXI, z. 1, s. 53–69.

² Dz. U. 2009, Nr 219, poz. 1708.

³ Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z 20.06.2002 r. w sprawie „Zasad techniki prawodawczej”, Dz. U. 2002, Nr 100, poz. 908.

⁴ Na potrzeby niniejszej pracy termin „zawody medyczne” odnosi się do łącznego określenia następujących profesji: lekarza, lekarza dentyisty, pielęgniarki, położnej, farmaceuty i diagnosty laboratoryjnego. Zob. stanowiska doktryny nt. przywołanego pojęcia: D. Karkowska, *Zawody medyczne*, Wolter Kluwer, Warszawa 2012, s. 71–108; E. Sarnacka, *Models of professional liability of health care workers in poland – De lege lata and de lege ferenda propositions*, w: *Health law. Selected issues*, red. E. Sarnacka (w druku).

przepisy po wejściu w życie ustawy oraz przepisy o wygaśnięciu mocy obowiązującej ustawy (§ 15 p. 5 r.z.t.p.). Analizowany rozdział można natomiast podzielić na dwie części – przepis odsyłający (art. 76) oraz przepisy normy zawierające powinności lekarzy w związku z kształceniem przyszłych kadr medycznych i doskonaleniem zawodowym lekarzy (art. 77–78). Żadna z wymienionych części nie zawiera jednak przepisów końcowych w świetle r.z.t.p.

II. Odesłanie do uchwał władz samorządu, orzecznictwa sądów i dobrych obyczajów (art. 76)

1. Przepis odsyłający

Art. 76 KEL jest przykładem przepisu odsyłającego. Odesłania stosowane są w aktach normatywnych z dwóch powodów – skrótości tekstu oraz zapewnienia spójności regulowanych instytucji prawnych, przy czym każdorazowo powinny zawierać konkretne wskazanie norm, do których odsyłają⁵. W omawianej regulacji brak odesłania do konkretnych norm. W świetle KEL w okolicznościach, które nie zostały w kodeksie opisane, lekarz powinien kierować się wzorcami wynikającymi z uchwał samorządów, orzecznictwa sądów i dobrych obyczajów.

Konstrukcja normy wskazuje hierarchię instytucji i kolejność odesłania. Pierwszeństwo mają zasady wyrażone w uchwałach samorządu lekarskiego. Brak stosownej uchwały oznacza poszukiwanie wzorca zachowania w orzecznictwie sądów lekarskich. Dopiero brak odpowiedniej uchwały oraz orzeczenia sądu lekarskiego skutkuje odwołaniem do dobrych obyczajów przyjętych przez środowisko lekarskie.

Komentowany artykuł nakłada na lekarzy powinność kierowania się uchwałami władz samorządu lekarskiego w kwestiach nieuregulowanych w KEL. Brak precyzyjnego określenia organów oznacza odwołanie do wszystkich organów, które w zakresie swoich kompetencji są uprawnione do wyrażania stanowiska w formie uchwały. Ponadto, określenie „władze samorządu lekarskiego” należy interpretować szeroko – zarówno jako organy centralne, jak i lokalne (w ramach okręgowej izby).

Ustawa z 2.12.2009 r. *o izbach lekarskich* wyróżnia dwa rodzaje organów samorządu lekarskiego: organy Naczelnej Izby Lekarskiej (Krajowy Zjazd Lekarzy, Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Komisja Rewizyjna, Naczelny Sąd Lekarski oraz Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej) oraz organy okręgowej izby lekarskiej (okręgowy zjazd lekarzy, okręgowa rada lekarska, okręgowa komisja rewizyjna, okręgowy sąd lekarski, okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej)⁶.

Drugim odesłaniem wyznaczającym wzorce postępowania w świetle komentowanego przepisu są orzeczenia sądów lekarskich. Ustawodawca przewidział utworzenie Naczelnego Sądu Lekarskiego oraz 24 okręgowych sądów lekarskich. Zgodnie z nor-

⁵ Zob. § 156 r.z.t.p.

⁶ Szerzej nt. organów samorządu zawodowego zob.: E. Sarnacka, *Lekarz dentyista w systemie prawnym. Prawo dla lekarzy dentyistów*, PZWL, Warszawa 2012, s. 159–181.

mą zawartą w art. 44 ust. 2 u.i.l. Naczelny Sąd Lekarski: rozpatruje sprawy z zakresu odpowiedzialności zawodowej lekarzy, rozpatruje zażalenia w przypadkach przewidzianych w ustawie, rozpatruje protesty przeciwko ważności wyborów do organów i w organach izb lekarskich (z wyłączeniem protestów przeciwko ważności wyborów delegatów na okręgowy zjazd lekarzy oraz protesty przeciwko ważności głosowania wniosków o odwołanie; corocznie przedstawia Naczelnej Radzie Lekarskiej informację o swojej działalności; składa Krajowemu Zjazdowi Lekarzy kadencyjne sprawozdania z działalności. Natomiast do zadań okręgowego sądu lekarskiego należy: rozpatrywanie spraw z zakresu odpowiedzialności zawodowej lekarzy, rozpatrywanie protestów przeciwko ważności wyborów delegatów na okręgowy zjazd lekarzy oraz protestów przeciwko ważności głosowania wniosków o odwołanie, składa okręgowemu zjazdowi lekarzy roczne i kadencyjne sprawozdania z działalności (art. 30 u.i.l.). Żadna z wyżej wymienionych kompetencji, zarówno Naczelnego Sądu Lekarskiego, jak i sądów okręgowych, nie odnosi się podejmowania uchwał w przedmiocie wzorców postępowania.

Odesłanie do orzeczeń sądów lekarskich budzi duże zastrzeżenia. Można zakładać, że zamiarem twórców KEL było przypisanie orzeczeniom sądów lekarskich roli, jaką odgrywa orzecznictwo Sądu Najwyższego lub Naczelnego Sądu Administracyjnego, jednakże charakter orzeczeń sądów zawodowych jest odmienny od orzeczeń przywołanych sądów, które stanowią kierunek (wskazówkę) interpretacji przepisów prawa. Brak podstaw do przypisania orzeczeniom sądów lekarskich analogicznej roli.

Orzeczenia sądów lekarskich nie stanowią ani wskazówek interpretacyjnych ustawy lekarskiej i KEL, ani też nie kreują właściwych wzorców postępowania. Sądy lekarskie nie mogą bowiem orzeczeniami kreować zachowań uważanych za akceptowalne przez środowisko lekarskie, gdyż uprawnione są do orzekania za naruszenie deontologii zawodowej lub ustaw zawodowych. Podstawą ukarania obwinionego lekarza/lekarza dentystry może być jedynie naruszenie wzorca postępowania już obowiązującego (w kontekście prowadzonych rozważań – już uznanego za powszechnie akceptowalny).

Ponadto, kluczowy w omawianym zagadnieniu jest także aspekt jawności oraz publikacji orzeczeń. Dostęp do orzeczeń sądów powszechnych każdego obywatela wynika z prawa dostępu do informacji publicznej (art. 1 ust. 1 ustawy 6.09.2001 r. *o dostępie do informacji publicznej*, t.j. Dz. U. 2014, poz. 782 ze zm.)⁷. Ponadto, wybrane orzeczenia sądów powszechnych publikowane są w zbiorach urzędowych, czasopismach prawniczych, portalach internetowych oraz w komercyjnych bazach prawniczych⁸. W świetle normy wyrażonej w art. 88 ust. 1 u.i.l. orzeczenia sądu lekarskiego są jawne, jednakże ich publikacja możliwa jest jedynie w dwóch przypadkach. Sąd lekarski może zarządzić opublikowanie orzeczenia, jeżeli lekarz został ukarany jedną z następujących kar: zakaz pełnienia funkcji kierowniczych w jednostkach organizacyjnych ochrony

⁷ Od 1.01.2015 r. obowiązuje, znowelizowane ustawą z 7.11.2014 r. *o ułatwieniu wykonywania działalności gospodarczej*, Dz. U. 2014, poz. 1662, tzw. czwarta ustawa deregulacyjna, nowe brzmienie art. 6 ust. 1 p. 4a, zgodnie z którym treść orzeczeń sądów powszechnych, Sądu Najwyższego, sądów wojskowych, Trybunału Konstytucyjnego, Trybunału Stanu stanowi informację publiczną.

⁸ Nt. dostępu do orzeczeń sądów powszechnych zob. raport: M. Jagielski, M. Niedużak, *Publiczna dostępność orzeczeń sądowych*, Warszawa 2010.

zdrowia na okres od roku do pięciu lat, ograniczenie zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza na okres od sześciu miesięcy do dwóch lat, zawieszenie prawa wykonywania zawodu na okres od roku do pięciu lat, pozbawienie prawa wykonywania zawodu (art. 84 w zw. z art. 83 ust. 1 pkt 4–7 u.i.l.). Publikacja możliwa jest również na wnioszek obwinionego lekarza, wobec którego zapadło orzeczenie uniewinniające. W każdej z przytoczonych norm publikacja ma miejsce jedynie w biuletynie okręgowej izby lekarskiej, której członkiem jest ukarany lekarz oraz jest fakultatywna.

Podsumowując powyższe rozważania, odesłanie do orzeczeń sądów lekarskich nie jest rozwiązaniem racjonalnym, gdyż kompetencje i rola sądów lekarskich jest odmienna od sądów powszechnych.

Omawiany przepis odsyła także do dobrych obyczajów przyjętych przez środowisko lekarskie. Użyty w KEL termin „dobre obyczaje” stanowi przykład klauzuli generalnej. Zgodnie z normą zawartą w § 155 ust. 1 r.z.t.p., jeżeli zachodzi potrzeba zapewnienia elastyczności tekstu aktu normatywnego, możliwe jest posłużenie się określeniami nieostrymi, klauzulami generalnymi albo wyznaczenie nieprzekraczalnych dolnych lub górnych granic swobody rozstrzygnięcia⁹.

Termin „klauzula generalna” nie posiada definicji ustawowej. W doktrynie definiowany jest zarówno jako zwrot niedookreślony, zawarty w przepisie prawnym i wyznaczający szerokie ramy oceny, jak również jako całe zwroty odsyłające do ocen funkcjonujących w grupie społecznej, do których odnosi się konkretny przepis¹⁰. Klauzule generalne mają na celu zapewnienie niezbędnej elastyczności w orzekaniu oraz umożliwienie indywidualizacji rozstrzygnięcia. Z jednej strony efektem stosowania klauzul jest możliwość uniknięcia stosowania prawa w sposób czysto mechaniczny, z drugiej jednak niedookreślony charakter klauzuli grozi subiektywizmem oraz może prowadzić do niejednorodności rozstrzygnięć¹¹.

Posługiwanie się w aktach prawnych terminami niedookreślonymi jest jedną z technik prawodawczych, istotne jest zatem by miało charakter intencjonalny¹².

W kontekście prowadzonych rozważań dotyczących znaczenia zastosowania w KEL klauzuli generalnej „dobre obyczaje” warto przedstawić poglądy judykatury i doktryny w przedmiotowej kwestii prowadzone na gruncie prawa cywilnego i gospodarczego dotyczące jej definiowania.

Szczegółne znaczenie dla omawianej materii ma stanowisko Sądu Okręgowego – Sądu OKiK, zgodnie z którym dobre obyczaje rozumiane są jako „pewien powtarzal-

⁹ Dz. U. 2002, Nr 100, poz. 908 ze zm.

¹⁰ I. Bernatek-Zagula, *Swoboda decyzyjna organów państwowych na przykładzie klauzul generalnych w ustawie z dnia 23 lipca 2003 r. o ochronie zabytków i opiece nad zabytkami*, „Przegląd Prawa Konstytucyjnego” 2010, nr 104, s. 104–105.

¹¹ T. Pajor, *Kilka uwag o roli ocen etycznych w prawie cywilnym*, *Annales*, „Etyka w życiu gospodarczym” 2009, vol. 12, nr 2, s. 136.

¹² Za: A. Choduń, A. Gomyłowicz, A. Skoczyła, *Klauzule generalne i zwroty niedookreślone w prawie podatkowym i administracyjnym. Wybrane zagadnienia teoretyczne i orzecznicze*, Wolters Kluwer, Warszawa 2013, s. 16. Interesujące, ale pozostające poza obszarem niniejszego opracowania, są wyniki badań wśród studentów III roku prawa nt. opinii w kwestii klauzul generalnych przeprowadzone przez B. Janiszewską, zob.: B. Janiszewska, *Działanie klauzul generalnych w opiniach studentów*, „Studia Iuridica” 2006, XLV, s. 43–72.

ny wzorzec zachowań, który jest aprobowany przez daną społeczność lub grupę. Są to pozaprawne normy postępowania, którymi przedsiębiorcy winni się kierować. Ich treści nie da się określić w sposób wyczerpujący, ponieważ kształtowane są przez ludzkie postawy uwarunkowane zarówno przyjmowanymi wartościami moralnymi, jak i celami ekonomicznymi i związanymi z tym praktykami życia gospodarczego. Wszystkie one podlegają zmianom w ślad za zmieniającymi się ideologiami politycznymi i społeczno-gospodarczymi oraz przewartościowaniami moralnymi¹³. W wyroku z 25.07.2013 r. SO-Sąd OKiK stanął na stanowisku, iż istotą dobrego obyczaju jest szeroko rozumiany szacunek dla drugiego człowieka¹⁴. Klauzula dobrych obyczajów nakazuje dokonać oceny w świetle norm pozaprawnych, przy czym chodzi o normy moralne i obyczajowe, powszechnie akceptowane albo znajdujące szczególne uznanie w określonej sferze działań, na przykład w obrocie profesjonalnym, w określonej branży, w stosunkach z konsumentem¹⁵.

Klauzula „dobrych obyczajów” była również obszarem analizy doktryny. Kluczowym przedmiotem dyskusji były kryteria, na podstawie których można ocenić czy konkretne zachowanie uchybia dobrym obyczajom, czy nie. Wśród wielu diskutowanych kryteriów warto wymienić: kryterium moralności, sprawiedliwości, uczciwości i przyzwoitości, kryterium związane z wzorcem idealnej konkurencji, kryterium obyczajowości, kryterium poczucia prawnego społeczeństwa¹⁶.

Posługując się wnioskowaniem *per analogiem de iuris* na podstawie przywołanych orzeczeń oraz poglądami wyrażonymi w doktrynie, można przyjąć, iż na potrzeby KEL „dobre obyczaje” należy interpretować jako wzorce zachowań powszechnie aprobowane w środowisku lekarskim, uwarunkowane zarówno normami moralnymi, społecznymi, jak i ekonomicznymi, odnoszące się do relacji: lekarz–lekarz, lekarz–pacjent oraz lekarz–student medycyny.

Rozważania poczynione na gruncie interpretacji „dobrych obyczajów” należy skonfrontować z wymogiem przyjęcia odpowiednich wzorców przez środowisko lekarskie. Zastosowany zwrot budzi szczególne wątpliwości interpretacyjne, gdyż sytuacja ekonomiczna (zwłaszcza dysproporcje finansowe pomiędzy poszczególnymi obszarami kraju) może mieć istotny wpływ na akceptowalność poszczególnych wzorców zachowań. Pojawia się zatem pytanie, czy należy kierować się wzorcami uznawanymi przez całą społeczność lekarską w kraju, przy założeniu, że można je – przynajmniej częściowo – obiektywnie określić, czy wzorcami uznawanymi przez społeczność lokalną – na obszarze poszczególnych izb lekarskich. Stoję na stanowisku, że należy brać

¹³ Wyrok SO – Sądu OKiK z 6.05.2013, sygn. akt XVII AmC 5080/12, opubl. Legalis.

¹⁴ Wyrok SO – Sądu OKiK z 25.07.2013, sygn. akt XVII AmC 11702/12, opubl. Legalis.

¹⁵ Wyrok SA w Warszawie – VI Wydział Cywilny z 12.07.2012, sygn. akt VI AcA 287/12, opubl. Legalis; por. Wyrok SA – Sądu OKiK z 18.01.2011, sygn. akt XVII AmC 39/10, opubl. Legalis.

¹⁶ Szczególnie szeroka dyskusja doktryny dotyczy aspektu ewentualnego powiązania klauzuli generalnej dobrych obyczajów z moralnością. Zob. szerzej: A. Żurawik, *Klauzula generalna „dobrych obyczajów”: – ujęcie teoretyczne*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 2009, LXXI, z. 1, s. 36–46. W przedmiotowej kwestii wypowiedział się również Sąd OKiK przyjmując stanowisko, że „dobre obyczaje” są regułami postępowania niesprzecznymi z etyką, moralnością i aprobowanymi społecznie obyczajami zob. Wyrok SO – Sądu OKiK z 14.03.2011 r., sygn. akt XVII AmC 2050/09, opubl. Legalis.

pod uwagę społeczność lekarską jako całość, a nie tylko w aspekcie lokalnym. Przyjęcie odmiennego poglądu mogłoby doprowadzić do rozbieżności przy orzeczeniach okręgowych sądów lekarskich oraz okoliczności, w których za ten sam czyn lekarz będący członkiem jednej izby będzie ukarany, a lekarz będący członkiem innej izby nie¹⁷.

Konkludując powyższy wątek należy przyjąć, iż użycie w KEL klauzuli generalnej „dobre obyczaje” jest rozwiązaniem racjonalnym, gdyż umożliwia sądom lekarskim elastyczność przy ocenie, czy konkretne zachowanie bądź postawa lekarza stanowi naruszenie norm etycznych obowiązujących w danej profesji. Warto w tym miejscu również podkreślić uniwersalizm użycia klauzuli generalnej, której definiowanie może być zmienne w poszczególnych okresach historycznych.

III. Edukacja etyczna podczas kształcenia przyszłych lekarzy (art. 77)

Kodeks etyki lekarskiej nakłada na lekarzy uczestniczących w procesie kształcenia studentów medycyny powinność zaznajamiania ich z treścią KEL, natomiast na studentów kierunku lekarskiego i lekarsko-dentystycznego – przyswajania sobie i respektowania zasad w nim zawartych. Przywołany przepis zawiera zatem dwie normy – jedną odnoszącą się do lekarzy, drugą – do studentów.

Zakres podmiotowy pierwszej z przywołanych regulacji obejmuje wszystkich lekarzy uczestniczących w kształceniu adeptów medycyny i stomatologii. W jego zakresie będą zatem zarówno nauczyciele akademicki, jak również opiekunowie zajęć praktycznych i praktyk zawodowych oraz opiekun nauczania praktycznego. Omawiana norma nie będzie jednak dotyczyła lekarzy, którzy wykonują zawód w podmiotach leczniczych prowadzących dydaktykę medyczną, którzy w zakresie swoich obowiązków nie mają prowadzenia zajęć lub opieki nad studentami. Potwierdzeniem powyższego jest zastosowanie zwrotu „lekarze nauczający”, który należy odnosić wyłącznie do osób odpowiedzialnych za kształcenie.

Zakresem przedmiotowym omawiana norma obejmuje „zaznajamianie” studentów z KEL. *Słownik współczesnego języka polskiego* definiuje czasownik „zaznajamiać” jako „udostępniać komuś jakąś wiedzę, zapoznawać kogoś z czymś”¹⁸. W kontekście przywołanej definicji, komentowany przepis należy interpretować jako wytyczną zapoznawania studentów z KEL podczas realizacji zajęć teoretycznych i praktycznych. Zapoznawanie jest czynnością mniej sformalizowaną od nauczania, nie wymaga bowiem elementu weryfikacji nabytych umiejętności. Lekarze mają obowiązek informowania, przedstawiania treści, wyjaśniania wątpliwości dotyczących KEL podczas

¹⁷ Przytoczony przykład ma szczególne znaczenie w kontekście art. 6 ust. 2 o.i.l., zgodnie z którym lekarz wykonujący zawód na terenie dwóch lub więcej izb lekarskich, zostaje wpisany na listę członków wybranej przez siebie izby. Wprowadzenie możliwości odmiennej interpretacji dobrych obyczajów mogłoby skutkować sytuacją, w której za to samo zachowanie lekarze wykonujący zawód na terenie tej samej izby ponoszą odmienną odpowiedzialność (lub jej brak), gdyż jeden z nich wykonał działalność również na terenie innej izby lekarskiej, której jest członkiem.

¹⁸ *Słownik współczesnego języka polskiego*, t. II, Wydawnictwo Wilga, Warszawa 2000, s. 639.

kontaktu ze studentami, nie są jednak – w świetle komentowanej normy – zobowiązani egzekwowania nabycia wiedzy.

Drugim adresatem art. 77 KEL są studenci na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym. Z dniem 1.10.2012 r. kształcenie lekarzy i lekarzy dentyistów uległo modyfikacji¹⁹. Kształcenie na kierunku lekarskim obejmuje obecnie co najmniej 6 lat (min. 5500 godzin zajęć), w tym dwusemestralne nauczanie praktyczne na 6. roku, natomiast kształcenie na kierunku lekarsko-dentystycznym obejmuje co najmniej 5 lat, w tym co najmniej dwusemestralne nauczanie praktyczne na 5. roku.

Adresowanie norm KEL do studentów budzi zastrzeżenia, gdyż przedmiotowa grupa nie jest zobligowana do przestrzegania omawianego aktu. Przestrzeganie norm zawartych w KEL jest obowiązkiem wyłącznie osób posiadających prawo wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentyisty, którego okręgowe izby lekarskie nie mogą przyznać studentom²⁰. Norma wynikająca z omawianego przepisu może być jedynie potraktowana jako postulat poznawania i wprowadzania do praktyki zasad etycznych wynikających z KEL, nie będzie jednak podstawą odpowiedzialności zawodowej wynikającej z jej niespektowania. Powyższe nie oznacza jednak, iż studenci podczas zajęć praktycznych i praktyk zawodowych nie są zobligowani do przestrzegania żadnych norm postępowania. Prawa i obowiązki studentów zwarte są w regulaminie studiów²¹, którego naruszenie może być podstawą skreślenia z listy studentów. Ponadto, coraz częściej spotykaną praktyką uczelni medycznych jest uchwalanie kodeksów etyki studentów²².

Zakres przedmiotowy zawartej w art. 77 KEL normy adresowanej do studentów obejmuje dwie czynności: „przyswajanie” oraz „respektowanie” zasad wynikających z omawianego aktu. Powyższe oznacza, iż już na etapie kształcenia przyszli lekarze i lekarze dentyści powinni znać i przestrzegać zasad deontologii zawodowej. Obowiązek edukacji etycznej wynika również ze standardów kształcenia na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym uregulowanych rozporządzeniem Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: le-

¹⁹ Nowelizacja art. 5 ustawy lekarskiej ustawą z 28.04.2011 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty, Dz. U. 2011, poz. 658.

²⁰ Zgodnie z dyspozycją zawartą w art. 5 ust. 1 u.z.l. prawo wykonywania zawodu przyznawane jest osobie, która: 1. Jest obywatelem polskim lub obywatelem innego państwa członkowskiego UE, posiada dyplom lekarza wydany przez polską szkołę wyższą lub inne państwo członkowskie UE, 3. posiada pełną zdolność do czynności prawnych, 4. posiada stan zdrowia pozwalający na wykonywanie zawodu lekarza lub lekarza dentyisty wykazuje nienaganą postawę etyczną. W doktrynie wyrażono pogląd, iż uchwała w przedmiocie prawa wykonywania zawodu ma charakter deklaratoryjny. Potwierdzeniem powyższego będzie brak regulacji na gruncie ustawy lekarskiej umożliwiających odmowę przyznania analizowanego prawa przy spełnieniu wszystkich wymogów wynikających z art. 5 ust. 1 u.z.l. Za: *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentyisty*, red. L. Ogiegło, CH BECK, Warszawa 2010, s. 23.

²¹ Zob. art. 160 ust. 1 ustawy z 27.07.2005 r. *prawo o szkolnictwie wyższym*, t.j. Dz. U. 2012, poz. 572 ze zm. oraz wydane na podstawie upoważnienia ustawowego z art. 162 powyższego aktu Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z 25.09.2014 r. w sprawie warunków, jakim muszą odpowiadać postanowienia regulaminu studiów w uczelniach, Dz. U. 2014, poz. 1302.

²² Zob. Kodeks etyki studenta i doktoranta w Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku, Kodeks etyki studenta Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, Kodeks etyki studenta Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Kodeks etyki studenta Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

karskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa (Dz. U. 2012, poz. 631)²³.

IV. Obowiązki lekarzy kształcących studentów i szkolących lekarzy (art. 78)

Zgodnie z dyspozycją zawartą w art. 78 KEL lekarze, którzy nauczają studentów lub szkolą lekarzy powinni swoim postępowaniem stanowić przykład dla studentów i młodych lekarzy będących pod ich opieką.

Zakres podmiotowy omawianej regulacji jest szerszy niż normy wynikającej z art. 77 KEL. Obejmuje bowiem zarówno lekarzy uczestniczących w kształceniu studentów, jak i lekarzy szkolących innych lekarzy w ramach kształcenia podyplomowego.

Lekarze i lekarze dentyści obowiązani są do ustawicznego podnoszenia kwalifikacji zawodowych zarówno na podstawie normy wynikającej z art. 18 u.z.l., jak również z art. 56 ust. 1 KEL. Prawodawca podnoszenie kwalifikacji zawodowych określił jako „prawo i obowiązek” omawianych profesji. Ustawa lekarska nie definiuje ani nie systematyzuje form doskonalenia zawodowego. Literatura przedmiotu wyróżnia jednak dwa rodzaje doskonalenia zawodowego: doksztalcenie (wszelkie formy podnoszenia formalnych kwalifikacji zakończone uzyskaniem świadectwa lub dyplomu) oraz samokształcenie (wszelkie pozaformalne formy kształcenia podjęte z inicjatywy samego lekarza)²⁴.

Lekarzami szkolącymi innych lekarzy będą zarówno lekarze prowadzący zajęcia teoretyczne i praktyczne lub kursy w ramach formalnego lub nieformalnego podnoszenia kwalifikacji, ale także: lekarze pełniący funkcję opiekunów staży podyplomowych (w stosunku do osób, które rozpoczęły studia medyczne przed 1.10.2012 r.) oraz kierownik szkolenia specjalizacyjnego²⁵.

Użyty przez autorów zwrot „przykład godny naśladowania”, podobnie jak „dobre obyczaje”, jest przykładem klauzuli generalnej. Na gruncie dotychczas przeprowadzonych rozważań można przyjąć, iż w jego zakresie będzie zachowanie zgodne z aktami prawnymi regulującymi zawód lekarza oraz normami wynikającymi z KEL. Promowa-

²³ Interesujący jest fakt, iż standard kształcenia na kierunku lekarskim jest jedynym ze standardów regulowanych przywołanym rozporządzeniem, który w ramach efektów kształcenia nie ma wprost odesłania do wiedzy studentów z zakresu KEL. Program kształcenia dla omawianych profesji uczelnie wyższe mają obowiązek układać na podstawie, wynikających ze standardów kształcenia, efektów kształcenia, które student powinien osiągnąć. W zakresie kształcenia etycznego rozporządzenie przewiduje następujące efekty kształcenia dla kierunku lekarskiego: zna i rozumie główne pojęcia, teorie, zasady i reguły etyczne służące jako ogólne ramy właściwego interpretowania i analizowania zagadnień moralno-medycznych (D.W.10); Natomiast dla kierunku lekarsko-dentystycznego: zna zasady etyki i deontologii lekarskiej, a także etycznego postępowania lekarza (G.W.25), stosuje normy zawarte w Kodeksie etyki lekarskiej (G.U30.); wyjaśnia normy zawarte w Kodeksie etyki lekarskiej oraz międzynarodowe normy etyki lekarskiej (G.U31.).

²⁴ Za: L. Ogiegło, op. cit., s. 207.

²⁵ Zgodnie z normą zawartą w art. 16m ust. 1 u.z.l.: lekarz odbywa szkolenie specjalizacyjne pod kierunkiem lekarza zatrudnionego na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej albo wykonującego zawód na podstawie stosunku służby w podmiocie prowadzącym szkolenie specjalizacyjne, wyznaczonego przez kierownika tego podmiotu w porozumieniu z właściwym konsultantem wojewódzkim w danej dziedzinie medycyny, który wyraził zgodę na pełnienie tej funkcji.

ne przez KEL postępowanie zgodne z przepisami prawa i deontologią zawodową widoczne jest również na etapie kształcenia lekarzy i lekarzy dentyistów.

V. Konkluzje

Z przeprowadzonych powyżej rozważań związanych z Rozdziałem VI KEL można wyciągnąć kilka wniosków. Przede wszystkim, zarówno tytuł, jak i budowa rozdziału nie jest typowa dla aktów normatywnych. Komentowane przepisy nie stanowią bowiem przepisów przejściowych, a zbiór zasad dotychczas nieuregulowanych w innych częściach omawianego aktu. Ponadto, omawiany rozdział koncentruje się na poszukiwaniu i prezentowaniu wzorców postępowania. W kwestiach nieuregulowanych w kodeksie, lekarze powinni kierować się uchwałami samorządu, orzeczeniami sądów lekarskich i dobrymi obyczajami akceptowanymi przez środowisko lekarskie. Studenci podczas zajęć powinni być zapoznawani przez lekarzy oraz sami kształcić się w zakresie etyki lekarskiej, natomiast lekarze uczestniczący w kształceniu lub podnoszeniu kwalifikacji innych lekarzy/lekarzy dentyistów powinni swoją postawą pokazywać właściwe wzorce.

Uwzględniając zatem wszystkie uwagi przedstawione w tekście należy skonstatować, iż analizowany rozdział KEL kładzie nacisk na promowanie nauki deontologii zawodowej oraz postaw zgodny z przepisami prawa, kodeksem etyki i dobrymi obyczajami środowiska lekarskiego. Zasady końcowe koncentrują się na podkreśleniu wagi poszukiwania i respektowania właściwych wzorców zachowań. Ponadto, szczególne wymagania kierowane są do środowiska lekarskiego kształcącego przyszłych lekarzy/lekarzy dentyistów – poza wiedzą merytoryczną i doświadczeniem zawodowym, powinni również wykazywać się znajomością KEL oraz respektowaniem zasad w nim zawartych.

Streszczenie

Prezentowane rozważania koncentrują się wokół analizy rozdziału VI Kodeksu etyki lekarskiej oraz jego znaczenia dla obowiązków lekarzy i lekarzy dentyistów. Analizowany rozdział KEL kładzie nacisk na promowanie nauki deontologii zawodowej oraz postaw zgodnych z przepisami prawa, kodeksem etyki i dobrymi obyczajami środowiska lekarskiego. Zasady końcowe koncentrują się na podkreśleniu wagi poszukiwania i respektowania właściwych wzorców zachowań. Ponadto, szczególne wymagania kierowane są do środowiska lekarskiego kształcącego przyszłych lekarzy i lekarzy dentyistów – poza wiedzą merytoryczną i doświadczeniem zawodowym, powinni również wykazywać się znajomością KEL oraz respektowaniem zasad w nim zawartych.

Final Rules of Code of Medical Ethics

Summary

Presented considerations revolve around analysis of Chapter VI of the Code of Medical Ethics (CME) and its importance concerning responsibilities of physicians and dentists. The analyzed

CME section emphasises promotion of learning professional ethics and attitudes consistent with the law, the code of ethics and morality of medical community. Closing remarks focus on highlighting the importance of exploration and respecting proper patterns of behavior. In addition, specific requirements are directed at the medical community, in the context of educating future physicians and dentists – beside theoretical knowledge and professional experience, they should also demonstrate knowledge of CME and respect for principles contained therein.