

ARTYKUŁY I STUDIA

Krzysztof LINKE

Prof. dr hab. n. med., Katedra i Klinika Gastroenterologii, Żywienia Człowieka i Chorób Wewnętrznych, Wydział Lekarski II, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Komentarz do art. 1 – art. 5 Kodeksu etyki lekarskiej

PRZYRZECZENIE LEKARSKIE

Przyjmuję z szacunkiem i wdzięcznością dla moich Mistrzów nadany mi tytuł lekarza i w pełni świadomy związanych z nim obowiązków przyrzekam:

- **obowiązki te sumiennie spełniać;**
- **służyć życiu i zdrowiu ludzkiemu;**
- **według najlepszej mej wiedzy przeciwdziałać cierpieniu i zapobiegać chorobom, a chorym nieść pomoc bez żadnych różnic, takich jak: rasa, religia, narodowość, poglądy polityczne, stan majątkowy i inne, mając na celu wyłącznie ich dobro i okazując im należyty szacunek;**
- **nie nadużywać ich zaufania i dochować tajemnicy lekarskiej nawet po śmierci chorego;**
- **strzec godności stanu lekarskiego i niczym jej nie splamić, a do kolegów lekarzy odnosić się z należną im życzliwością, nie podważając zaufania do nich, jednak postępując bezstronnie i mając na względzie dobro chorych;**
- **stałe poszerzać swą wiedzę lekarską i podawać do wiadomości świata lekarskiego wszystko to, co uda mi się wynaleźć i udoskonalić.**

CZĘŚĆ OGÓLNA

Art. 1.

1. Zasady etyki lekarskiej wynikają z ogólnych norm etycznych.
2. Zobowiązują one lekarza do przestrzegania praw człowieka i dbania o godność zawodu lekarskiego.
3. Naruszeniem godności zawodu jest każde postępowanie lekarza, które podważa zaufanie do zawodu.

Postanowienie art. 1 ust. 1 Kodeksu etyki lekarskiej (zwanego w dalszej części niniejszego opracowania: „KEL”)¹ odnosi zasady etyki lekarskiej do ogólnych norm

¹ Kodeks etyki lekarskiej przyjęty uchwałą Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 grudnia 1991 r. w sprawie Kodeksu etyki lekarskiej, zmieniony uchwałą nr 5 Nadzwyczajnego VII Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 20 września 2003 r. („Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej” 2004, nr 1 (81)).

etycznych. Jak słusznie wskazuje Stanisław Olejnik, etyka lekarska nie może być, całkowicie autonomiczna, musi się odwoływać do podstawowych zasad moralnych człowieczeństwa, do osobowej natury ludzkiej. Odcięcie się w niej bowiem od etyki ogólnoludzkiej byłoby czymś teoretycznie nieuzasadnionym, a praktycznie w życiu i pracy lekarza bardzo szkodliwym. Trzeba uznać, że jest ona uszczegółowieniem etyki ogólnoludzkiej. Zakłada się w niej, przejmując z etyki ogólnej, ostateczne przesłanki humanistycznej antropologii i aksjologii. Lekarz powinien zatem respektować normy moralne związane z godnością człowieka jako istoty rozumnej i odpowiedzialnej². Etyka lekarska tym samym nie konkuruje z etyką ogólną, lecz ma wobec niej charakter komplementarny, bowiem jak stanowi art. 1 ust. 1 KEL zasady etyki lekarskiej wynikają z ogólnych norm etycznych.

W pluralistycznym, wielokulturowym świecie z różnymi tradycjami moralnymi trudno podać jeden zestaw norm moralnych, który obowiązywałby zawsze, niezależnie od okoliczności. Tadeusz Brzeziński wyróżnia relatywizm historyczny, socjologiczny i kulturowy. Uznaje tym samym, że normy zmieniają się z biegiem czasu, różnią się w zależności od kultury, a nawet określonej społeczności. To, co uznawano za moralne w starożytności, dzisiaj może uchodzić za niedozwolone. Różne zachowania podlegają różnym ocenom w zależności od kontekstu kulturowego, w którym się rozgrywają. To samo zachowanie w jednej grupie społecznej uchodzi, a w innej nie. Autor *Etyki lekarskiej* przyznaje, że są pewne normy obowiązujące w większości kultur, a inne – „nadliczbowe” – zależą od sytuacji³. Podsumowując, wraz ze zmianą intuicji moralnych członków danego społeczeństwa, zmienia się także etyka i moralność zawodowa⁴.

Istotny wpływ na etykę lekarską ma postęp w dziedzinie praw człowieka, do których przestrzegania – zgodnie z art. 1 ust. 2 KEL – lekarz jest zobowiązany⁵. Międzynarodowe regulacje w tym zakresie stanowią o konsensusie co do pewnych fundamentalnych zasad etycznych, które powinny obowiązywać wszystkich lekarzy. Prawa człowieka szczególnie istotne dla etyki lekarskiej obejmują prawo do życia, zakaz dyskryminacji, tortur oraz okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania, wolność wyrażania opinii, równy dostęp do usług publicznych oraz do opieki medycznej⁶. Istotnym drogowska-

² S. Olejnik, *Etyka lekarska*, Wydawnictwo Unia, Katowice 1995, s. 44–46.

³ T. Brzeziński, *Etyka lekarska*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012, s. 2–3.

⁴ K. Szewczyk, *Etyka i Deontologia Lekarska*, Polska Akademia Umiejętności, Kraków 1994, s. 216.

⁵ W polskim prawie konkretyzację obowiązku przestrzegania przez lekarza praw człowieka przykładowo mogą stanowić: art. 32 (stanowiący, iż lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w ustawie, po wyrażeniu zgody przez pacjenta – zasada autonomii pacjenta), art. 36 (dotyczący obowiązku poszanowania intymności i godności osobistej pacjenta) ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry; art. 20 i art. 22 (stanowiące o prawie pacjenta do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych) ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009, Nr 52, poz. 417 z późn. zm.).

⁶ Wśród najważniejszych aktów dotyczących praw człowieka wskazać należy m.in.: Powszechną Deklarację Praw Człowieka uchwaloną przez Trzecią Sesję Zgromadzenia Ogólnego Organizacji Narodów Zjednoczonych w dniu 10 grudnia 1948 r. w Paryżu; Europejską Konwencję o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności sporządzoną w Rzymie 4 listopada 1950 r. wraz z Protokołami zmieniającymi; Europejską Kartę Socjalną z 1961 r.; Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych z 1966 r.; Konwencję o Zapobieganiu Torturom oraz Nieludzkiemu lub

zem dla lekarzy, mogą być regulacje uchwalane przez Światowe Stowarzyszenie Lekarskie (World Medical Association), w szczególności przyjęty w 1949 roku w Londynie, przez III Światowe Zgromadzenie “Międzynarodowy Kodeks Etyki Medycznej”, zmieniony następnie przez postanowienia przyjęte w Sydney (1968 r.), Wenecji (1983 r.), Pilanesbergu (2006 r.)⁷.

Charakterystycznym elementem, którym etyka lekarska różni się od etyki powszechnej jest publiczne wyznanie jej syntetycznego ujęcia zawartego w przyrzeczeniu lekarskim, które stanowi również integralną część obecnie obowiązującego Kodeksu etyki lekarskiej⁸. Dokonując porównania treści przyrzeczeń lekarskich na przestrzeni dziejów stwierdzić można, że etyka lekarska od wieków opiera się na zachowaniu takich fundamentalnych zasad jak: zapewnienie, że lekarze będą służyć życiu i zdrowiu ludzkiemu; nie będą dyskryminować pacjentów ze względu na rasę,

Ponizającemu Traktowaniu z 1987 r. Uszczegółowienie ogólnych zasad zawartych w ww. aktach, z punktu widzenia medycyny, zawierają m.in. Deklaracja Helsińska Światowego Stowarzyszenia Lekarskiego (World Medical Association – WMA) z 1964 r. dotycząca sposobu prowadzenia badań biomedycznych na człowieku, Deklaracja z Oslo Światowego Stowarzyszenia Lekarskiego (WMA) z 1970 r. dotycząca aborcji, Deklaracja Tokijska Światowego Stowarzyszenia Lekarskiego (WMA) z 1975 r. dotycząca tortur, Deklaracja Hawajska Światowego Związku Psychiatrii (World Psychiatric Association – WPA) z 1977 r. dotycząca etyki psychiatrycznej, Deklaracja Lizbońska Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization – WHO) z 1981 r. poświęcona prawom pacjenta, Deklaracja Wenecka Światowego Stowarzyszenia Lekarskiego (WMA) o stanach terminalnych z 1983 r., Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Godności Istoty Ludzkiej Wobec Zastosowań Biologii i Medycyny: Konwencja o prawach człowieka i Biomedycynie uchwalona przez Komitet Ministrów Rady Europy w dniu 4 czerwca 1997 r., w Owiado.

⁷ Międzynarodowy Kodeks Etyki Medycznej – tekst jednolity, dostępny w języku angielskim sieci Internet: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/c8/index.html>; należy również wskazać na *Podręcznik etyki lekarskiej*, opracowany przez Światowe Stowarzyszenie Lekarskie, dostępny w języku polskim w sieci Internet: http://www.wma.net/en/30publications/30ethicsmanual/pdf/ethics_manual_polish.pdf.

⁸ Powszechnie przyjmuje się, iż najstarszą przysięgą lekarską jest tzw. Przysięga Hipokratesa (460–370 p.n.e.), warto również zwrócić uwagę na codzienną modlitwę lekarzy Mojżesza Majmonidesa (datowaną na XII wiek). Pierwsza, znana przysięga lekarska w Polsce pochodzi z XV wieku i składana była w Akademii Krakowskiej przez licencjatów medycyny na stopień doktora medycyny. Od 1918 r. w Polsce lekarze składali „Przyrzeczenie lekarskie”, które podlegało modyfikacjom i przyjęło obecnie formę zawartą w Kodeksie etyki lekarskiej (zestawienie treści historycznych przyrzeczeń lekarskich przytoczono w: K. Osińska (red.), *Refleksje nad etyką lekarską*, Wydawnictwo Archidiecezji Warszawskiej, Warszawa 1990, s. 9–13). Należy także zwrócić uwagę na uchwalony w 1949 r. w Genewie przez Światowe Stowarzyszenie Lekarskie (World Medical Association) tekst międzynarodowej przysięgi lekarskiej, tzw. „Deklaracji Genewskiej” o aktualnej treści: „W chwili przyjęcia mnie do grona członków zawodu lekarskiego: Ślubuję uroczyście, że poświęcę moje życie służbie ludzkości; Będę otaczał moich nauczycieli należną im wdzięcznością i szacunkiem; Będę wykonywał swój zawód sumiennie i z godnością; Zdrowie mojego pacjenta będzie moją główną troską; Będę zachowywał powierzone mi tajemnice, nawet po śmierci pacjenta; Wedle wszelkich moich możliwości będę dbał o honor i szlachetne tradycje zawodu lekarskiego; Moje koleżanki i koledzy będą moimi siostrami i braćmi; Nie dopuszczę, aby względy wieku, choroby lub inwalidzтва, wyznania, pochodzenia etnicznego, płci, narodowości, poglądów politycznych, rasy, orientacji seksualnej lub pozycji społecznej wpływały na spełnianie mojego obowiązku wobec pacjenta; Zachowam najwyższy respekt dla życia ludzkiego od chwili jego rozpoczęcia, nawet pod wpływem groźby nie użyję mojej wiedzy lekarskiej przeciwko prawom ludzkości; Przrzekam to na swój honor, uroczyście i bez przymusu”.

religię lub inne podstawy; będą chronić tajemnicę lekarską i udzielać pomocy każdemu choremu, który znajduje się w nagłej potrzebie; będą strzec godności stanu lekarskiego i niczym jej nie splamią.

Poza obowiązkiem przestrzegania ogólnych norm etycznych, lekarz musi dbać o zachowanie godności zawodu lekarskiego – art. 1 ust. 2 KEL *in fine*. Przy czym za naruszenie godności zawodu uważa się każde postępowanie lekarza, które podważa zaufanie do zawodu (art. 1 ust. 3 KEL).

Zawód lekarza jest zaliczany do zawodów zaufania publicznego, o których mowa w art. 17 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.). Zawodom tym „społeczeństwo przypisuje [...] wymóg posiadania bardzo wysokich umiejętności fachowych, zwykle ukończenia wyższych studiów oraz odbycia dalszych szkoleń (aplikacja, specjalizacja)”⁹. Zawodom zaufania publicznego towarzyszy często pewien etos. Zawody te mają bezpośredni wpływ na losy jednostek i społeczeństwa, służą ochronie podstawowych wartości społecznych, legitymują się swoistym powołaniem społecznym¹⁰. Tym samym lekarzowi, jako przedstawicielowi zawodu zaufania publicznego stawia się szczególne wymagania nie tylko dotyczące wykonywania zawodu, ale także postawy osobistej.

Zgodnie z etosem lekarskim, działalność lekarza kwalifikuje się jako służbę wynikającą z powołania. Określając wzorcowy model godnej, etycznej postawy lekarza¹¹ należy wskazać na kilka współzależnych czynników:

- 1) lekarz jest kompetentny i zdolny do krytycznego sądu, w tym również do osądu swych własnych kompetencji (**zasada kompetencji**);
- 2) lekarz jest po stronie swojego pacjenta, to znaczy działa dla jego dobra i proponuje mu to, co najlepsze (**zasada życzliwości i dobrodziejstwa**);
- 3) lekarz jest w stosunku do pacjenta uczciwy, prawdomówny i szczerzy, a więc rzetelnie informuje go o swych diagnozach i prognozach dotyczących jego stanu zdrowia, proponuje najlepsze dostępne leczenie, nie zatajając informacji o własnych ograniczeniach, o innych możliwościach (ewentualnie oferowanych przez innych lekarzy lub placówki medyczne), swe czynności wykonuje zaś z należytą starannością, pobierając za nie stosownie wycenione wynagrodzenie (**zasada rzetelności**);
- 4) lekarz jest dyskretny oraz wrażliwy i delikatny w obejściu, czyli dochowuje tajemnicy lekarskiej, odnosi się do pacjenta z szacunkiem i taktem, respektuje jego autonomię w stanowieniu o sobie, stara się nie naruszać jego prywatności i intymności

⁹ P. Sarnecki, *Pojęcie zawodu zaufania publicznego (art. 17 ust. 1 Konstytucji) na przykładzie adwokatury*, w: *Konstytucja, wybory, parlament. Studia ofiarowane Zdzisławowi Jaroszowi*, red. L. Garlicki, Warszawa 2000, s. 157.

¹⁰ M. Michalik, *Społeczne przesłanki, swoistość i funkcje etyki zawodowej*, w: *Etyka zawodowa*, pod red. A. Sarapaty, Warszawa 1971, s. 11.

¹¹ Podstawowe zasady oraz zbiór zobowiązań zawodowych zawiera, w szerszym zakresie, „Karta Lekarza” opracowana przez European Federation of Internal Medicine, ACP-ASIM Foundation oraz ABIM Foundation (Medical Professionalism in the New Millennium: A Physicians Charter), pierwotnie opublikowana w języku angielskim w: „Annals of Internal Medicine” (wydanie z dnia 5 lutego 2002 r., nr 136, s. 243–246) oraz w: „The Lancet” (wydanie z dnia 9 lutego 2002 r., nr 359, s. 520–522).

ponad niezbędną potrzebę, unika sprawiania mu niepotrzebnego cierpienia (**zasada taktu i delikatności**)¹².

Naruszenie godności lekarza stanowi nie tylko niewłaściwe zachowanie lekarza w relacjach z pacjentami, innymi lekarzami, członkami personelu medycznego lub pracownikami placówek, w których wykonuje swoje czynności (m.in. oczekiwanie nieuprawnionych gratyfikacji, brak szacunku wobec innych osób, brak należytej dbałości o schludny ubiór i wygląd).

Liczne kontrowersje budzi kwestia przyjmowania przez lekarzy wyrazów wdzięczności od pacjentów (np. kwiatów, alkoholi, drobnych upominków). W tym zakresie należy przyjąć nieprzekraczalne zasady:

- prezent nie może warunkować wykonania świadczenia – jeśli wręczany jest w takim kontekście, mamy do czynienia z ewidentną korupcją, mającą na celu np. „przeskoczenie” kolejki oczekujących;
- upominek nie powinien być także wręczany przed zabiegiem, ale po, wyłącznie jako wyraz wdzięczności za dobrze prowadzone leczenie;
- prezent dla lekarza nie powinien przedstawiać zbyt dużej wartości, chodzi o zwyczajowy drobny upominek o wartości wyłącznie symbolicznej (kwiaty, bombonierka).

Jednakże podstawową zasadą powinno być przyjęcie, że lecząc chorego nie należy nigdy oczekiwać na jakieś dodatkowe gratyfikacje, gdyż po pierwsze, przyczyniłoby się to do niezdrowej atmosfery w relacjach pacjent–lekarz, a po drugie, wystarczającym darem dla lekarza powinno być już samo wyleczenie chorego¹³.

Dbać o godność to wystrzegać się tego, co podważa szacunek do lekarza ze strony otoczenia, co powoduje dezaprobatę społeczeństwa. Przy czym chodzi tu o każde zachowanie, które może przynosić ujmę korporacji lekarskiej bez względu na jego związek z wykonywaniem zawodu (na przykład lekarz nie powinien pojawiać się publicznie w stanie nietrzeźwości, nie powinien publicznie wyrażać się lub zachowywać wulgarnie, nie powinien wykorzystywać swojej pozycji do osiągania jakichkolwiek korzyści materialnych lub osobistych)¹⁴.

Zważywszy na szeroki zakres i skomplikowany charakter wymogów etycznych dotyczących wykonywania profesji lekarza, aktualność zachowuje stwierdzenie Heliodora Świącickiego, iż: „Medycyna jest bez wątpienia nauką, ale spełnianie zawodu lekarskiego, opiekowanie się chorym jest i było zawsze sztuką”.

Art. 2.

1. Powołaniem lekarza jest ochrona życia i zdrowia ludzkiego, zapobieganie chorobom, leczenie chorych oraz niesienie ulgi w cierpieniu; lekarz nie może

¹² Wzorzec lekarza „spolegliwego” – J. Hartman, *Bioetyka dla lekarzy*, Wolters Kluwer Polska Sp. z o. o., Warszawa 2012, s. 66–74.

¹³ T. Kielanowski (red.), *Etyka i deontologia lekarska*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1985, s. 114.

¹⁴ Wydawca: Naczelna Izba Lekarska w Warszawie: *Kodeks Etyki Lekarskiej. Komentarz* (Biblioteka Prawa Medycznego i Bioetyki), oficyna wydawnicza Naczelnej Izby Lekarskiej, Warszawa (skład, łamanie, druk i introligatornia Wydawnictwo „EMOL”), komentarz do art. 1 Kodeksu etyki lekarskiej.

posługiwać się wiedzą i umiejętnością lekarską w działaniach sprzecznych z tym powołaniem.

2. Najwyższym nakazem etycznym lekarza jest dobro chorego – *salus aegroti suprema lex esto*. Mechanizmy rynkowe, naciski społeczne i wymagania administracyjne nie zwalniają lekarza z przestrzegania tej zasady.

Przepis art. 2 ust. 1 Kodeksu etyki definiuje działalność lekarza jako służbę ludzkości i konkretnemu człowiekowi w zakresie ochrony życia i zdrowia. Celem tego ogólnego powołania lekarza jest: 1) zapobieganie chorobom (prewencja ogólna i szczególna), 2) leczenie chorych (w tym rehabilitacja i różne aspekty opieki nad chorym), 3) niesienie ulgi w cierpieniu (nie tylko przy zastosowaniu dostępnych metod leczniczych, ale także poprzez wsparcie duchowe chorego, a w przypadkach nierokujących nadziei, towarzyszenie w umieraniu)¹⁵.

Zapobieganie chorobom polega przede wszystkim na propagowaniu przez lekarzy czynności profilaktycznych dotyczących w szczególności troski: o higienę pacjentów, przestrzeganie reguł prawidłowego żywienia, aktywność fizyczną, dokonywanie odpowiednich szczepień ochronnych, o „zdrowe” środowisko życia pacjentów, przeciwdziałanie paleniu tytoniu, picciu alkoholu, korzystaniu z narkotyków, nadużywaniu leków, nakłanianie do prowadzenia właściwego trybu życia (zarówno poprzez oddziaływanie na społeczeństwo w wypowiedziach publicznych – prewencja ogólna, jak też poprzez oddziaływanie na konkretne osoby – prewencja szczególna; patrz również: art. 71 KEL).

Poprzez leczenie chorych należy rozumieć cały proces leczniczy począwszy od rozpoznania choroby, aż do wyleczenia chorego.

Niesienie ulgi w cierpieniu dotyczy cierpienia fizycznego i cierpienia psychicznego. Pomoc w tym zakresie może opierać się na zastosowaniu właściwych środków farmaceutycznych, metod leczniczych lub rehabilitacyjnych, jak również poprzez prowadzenie rozmów z pacjentem wyjaśniających, wspierających, okazujących współczucie, chęć niesienia pomocy. W wielu rodzajach schorzeń istotne znaczenie ma również postawa lekarza, która może stanowić ważny czynnik leczniczy i poprzez właściwe nastawienie pacjenta, może pomóc w walce z chorobą.

Istotnym problemem etycznym są przypadki chorób nieuleczalnych, przypadków wobec których medycyna jest bezsilna. Pojawia się wtedy zagadnienie tzw. „uporczywej terapii” oraz celowości, a także granic stosowania metod leczniczych mających na celu uśmierzenie bólu, w tym utrzymywanie pacjenta przy życiu. W tym miejscu należy wskazać na jednoznaczne wytyczne wynikające z art. 30 oraz art. 31 KEL. Lekarz powinien dołożyć wszelkich starań, aby zapewnić choremu humanitarną opiekę terminalną i godne warunki umierania, łagodząc do końca cierpienia chorych w stanach ter-

¹⁵ Podobnie zadania lekarza definiuje art. 2 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. 1997, Nr 28, poz. 152 z późn. zm.): „Wykonywanie zawodu lekarza polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, w szczególności: badaniu stanu zdrowia, rozpoznawaniu chorób i zapobieganiu im, leczeniu i rehabilitacji chorych, udzielaniu porad lekarskich, a także wydawaniu opinii i orzeczeń lekarskich”.

minalnych oraz utrzymywać, w miarę możliwości jakość kończącego się życia (art. 30 KEL)¹⁶. Lekarzowi nie wolno stosować eutanazji, ani pomagać choremu w popełnieniu samobójstwa (art. 31 KEL). Ponadto w stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych (art. 32 ust. 1 KEL). Decyzja o zaprzestaniu reanimacji należy do lekarza i jest związana z oceną szans leczniczych (art. 32 ust. 2 KEL). W polskim prawie karnym w art. 150 Kodeksu karnego¹⁷ uregulowano przestępstwo stanowiące tzw. zabójstwo eutanatyczne. Powyższy przepis stanowi w § 1: „Kto zabija człowieka na jego żądanie i pod wpływem współczucia dla niego, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5”; w § 2: „W wyjątkowych wypadkach, sąd może zastosować nadzwyczajne złagodzenie kary, a nawet odstąpić od jej wymierzenia”. Lekarz nie może również pomagać swojemu pacjentowi w akcie samobójstwa. Przepis art. 151 Kodeksu karnego stanowi: „Kto namową lub przez udzielenie pomocy doprowadza człowieka do targnięcia się na własne życie, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5. W uzasadnieniu do rządowego projektu kodeksu karnego wskazano: „Nawiązując do Kodeksu karnego z 1932 r., uznaje się, że nie zachodzi potrzeba zmian co do pojęcia zabójstwa eutanatycznego; nowy kodeks, który łagodniejsze karanie wiąże z «mniejszym stopniem winy» oraz doprowadzeniem do samobójstwa przez pomoc (podżeganie), niekaranego w niektórych ustawodawstwach, tym samym wypowiedział się, w toczącej się dyskusji naukowej i filozoficznej, przeciwko zniesieniu karalności eutanazji oraz pasywnej pomocy do samobójstwa (pozostawienie w zasięgu chorego medykamentów przyspieszających zejście śmiertelne), a więc za «świętością życia» (art. 150–151). Ze względu na szczególny charakter tego przestępstwa i wyjątkowe okoliczności, wywierające silny wpływ na psychikę sprawcy, jakie mogą zachodzić w związku z realizacją znamion tego przestępstwa, nowy kodeks przewiduje możliwość zastosowania nadzwyczajnego złagodzenia kary, a nawet odstąpienia od jej wymierzenia”¹⁸. Istotne znaczenie dla powyższego zagadnienia ma także fakt, iż lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry¹⁹). Jednakże część przedstawicieli doktryny prawa karnego uważa, iż do podjęcia działań mających charakter uporczywej terapii lekarz zobowiązany jest wyłącznie na wyraźne żądanie samego pacjenta. Przy czym uporczywą terapię definiują jako stosowanie procedur medycznych, urządzeń technicznych i środków farmakologicznych w celu podtrzymywania funkcji życiowych nieuleczalnie chorego, które przedłuża jego umieranie, wiążąc się z naruszeniem godności pacjenta, w szczególności z nadmiernym

¹⁶ Powyższy wymóg etyczny został potwierdzony w art. 20 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta stanowiącym, że: „Prawo do poszanowania godności obejmuje także prawo do umierania w spokoju i godności. Pacjent znajdujący się w stanie terminalnym ma prawo do świadczeń zdrowotnych zapewniających złagodzenie bólu i innych cierpień”.

¹⁷ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – *Kodeks karny* (Dz. U. z 2 sierpnia 1997 r., Nr 88, poz. 553 z późn. zm.).

¹⁸ Uzasadnienie rządowego projektu Kodeksu karnego z 1997 r., s. 184–185.

¹⁹ Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. 1997, Nr 28, poz. 152 z późn. zm.).

cierpieniem; uporczywa terapia nie obejmuje podstawowych zabiegów pielęgnacyjnych, łagodzenia bólu i innych objawów oraz karmienia i nawadniania, o ile służą dobru pacjenta. Podejmowanie działań o takim charakterze uznają za naruszenie zasady poszanowania godności człowieka. W tym zakresie stwierdzają, że obowiązek do podejmowania czynności leczniczych (i tak już zmodyfikowanych, bowiem nakierowanych nie na poprawę zdrowia, ale na utrzymanie komfortu życia) zostaje zastąpiony obowiązkiem odstąpienia od interwencji medycznych²⁰.

Zgodnie z ust. 1 art. 2 KEL lekarz nie może posługiwać się wiedzą i umiejętnością lekarską w działaniach sprzecznych z powołaniem do ochrony życia i zdrowia ludzkiego, zapobiegania chorobom, leczenia chorych oraz niesienia ulgi w cierpieniu. Przykładowo można wskazać, iż sprzeczne z tym powołaniem byłoby chirurgiczne usunięcie zdrowej kończyny na żądanie pacjenta, wykorzystanie wiedzy medycznej i umiejętności medycznych przy torturach (patrz również: art. 74 KEL), operacja plastyczna mająca na celu zmianę wyglądu osoby ściganej, ułatwianie osobie skazanej uniknięcia odbycia kary więzienia, stosowanie środków i metod dopingowych w celach nieleczniczych (patrz również: art. 75 KEL), udział w eksperymentach medycznych, które mają na celu zmienianie natury ludzkiej (np. poprzez tworzenie chimer zwierzęco-ludzkich), dyskusyjnym, z punktu widzenia etycznego, może być zabieg aborcji (w sytuacji gdy ciąża nie zagraża życiu ani zdrowiu matki) lub tzw. sterylizacji na życzenie – ubezpłodnienia z innych względów niż medyczne.

Najwyższym nakazem etycznym dla lekarza ma być, stosownie do treści art. 2 ust. 2 KEL, dobro chorego (*salus aegroti suprema lex esto*). Przy czym mechanizmy rynkowe, naciski społeczne i wymagania administracyjne nie zwalniają lekarza z przestrzegania tej zasady. W 1999 r. European Federation of Internal Medicine, ACP-ASIM Foundation oraz ABIM Foundation wspólnie rozpoczęły przedsięwzięcie „Zasady wykonywania zawodu lekarza” (Medical Professionalism Project)²¹. W następstwie podjętych przez te organizacje prac powstała „Karta Lekarza”, która została przyjęta przez Naczelną Radę Lekarską, oraz szereg polskich towarzystw medycznych (m.in. Polskie Towarzystwo Lekarskie, Polskie Towarzystwo Ginekologiczne, Towarzystwo Chirurgów Polskich, Towarzystwo Internistów Polskich)²². W tym dokumencie, jako jedną z zasad podstawowych wskazano **zasadę nadrzędności dobra pacjenta**. Stwierdzono, iż zasada ta wynika z poświęcenia się przez lekarzy służbie dla dobra pacjentów. Altruizm zwiększa zaufanie, które ma zasadnicze znaczenie dla relacji między lekarzem a pacjentem. Mechanizmy rynkowe, naciski społeczne i wymagania administracyjne nie mogą prowadzić do łamania tej zasady (to zdanie, stanowiące fragment „Karty Lekarza”, zostało wprost implementowane do art. 2 ust. 2 KEL). Ponadto podkreślono

²⁰ M. Królikowski (red.), *Kodeks karny. Część szczególna*, t. I: *Komentarz do artykułów 117–221*, Wydawnictwo C. H. Beck, Warszawa a2013, komentarz do art. 150 kk.

²¹ Więcej informacji w tym zakresie zawarto w sieci Internet, na stronie ABIM Foundation: <http://www.abimfoundation.org/Professionalism/Medical-Professionalism.aspx>.

²² „Karta Lekarza” (Medical Professionalism in the New Millennium: A Physicians Charter), pierwotnie opublikowana w języku angielskim w: „Annals of Internal Medicine” (wydanie z dnia 5 lutego 2002 r., nr 136, s. 243–246) oraz w: „The Lancet” (wydanie z dnia 9 lutego 2002 r., nr 359, s. 520–522); tłumaczenie dr med. Piotr Gajewski, Anna Juda, dr med. Jacek Mrukowicz, lek. Wojciech Strojny.

wagę **zasady autonomii pacjenta**. Lekarze muszą szanować autonomię chorych, być wobec nich szczerzy, umożliwiać im podejmowanie świadomych decyzji dotyczących leczenia. Wolę pacjenta należy traktować jako nadrzędną, o ile nie jest ona sprzeczna z zasadami etyki lekarskiej i nie oznacza żądania niewłaściwej opieki lekarskiej.

Oczywistym jest, iż możliwe jest zaistnienie konfliktu pomiędzy dobrem chorego a troską o zdrowie oraz życie innych ludzi. W szczególności dotyczy to groźnych chorób zakaźnych, których zdiagnozowanie może i powinno w wielu przypadkach stanowić podstawę do izolacji pacjenta od innych osób oraz do poddania go leczeniu, nawet wbrew jego woli²³. W takiej sytuacji lekarz, troszcząc się o dobro chorego winien rozstrzygać na rzecz zdrowia publicznego nie tylko, gdy wynika to z przepisu prawa, ale także gdy zdrowie publiczne może być poważnie zagrożone²⁴.

Lekarz wykonując swoją pracę najczęściej korzysta ze środków farmakologicznych, koniecznych środków zaopatrzenia medycznego, wyspecjalizowanej aparatury medycznej. W wielu państwach świata, w tym w Polsce, świadczenia zdrowotne finansowane są w znaczącej części ze środków publicznych, co często także stanowi istotny czynnik oddziałujący na decyzje podejmowane przez lekarzy. Jednakże obowiązkiem medyków jest nabycie rzetelnej wiedzy na temat dostępnej oferty środków farmakologicznych i niekierowanie się w ich wyborze zobowiązaniami w stosunku do producentów, a jedynie dobrem pacjenta, w tym jego interesem ekonomicznym. W procesie leczenia nie mogą mieć decydującego znaczenia także wymagania organów administracyjnych kładące np. główny nacisk na ekonomiczne aspekty danego rodzaju terapii, czy też modne w danym okresie w społeczeństwie metody leczenia, zabiegi diagnostyczne, preferencje co do stosowania określonych leków (np. bardzo popularne w ostatnim czasie cięcia cesarskie). W każdym przypadku lekarz, dokonując wyboru sposobu leczenia chorego, powinien mieć na względzie, iż decydujące znaczenie dla podjęcia takiej, a nie innej decyzji ma szeroko pojęte dobro pacjenta.

Art. 3.

Lekarz powinien zawsze wypełniać swoje obowiązki z poszanowaniem człowieka bez względu na wiek, płeć, rasę, wyposażenie genetyczne, narodowość, wyznanie, przynależność społeczną, sytuację materialną, poglądy polityczne lub inne uwarunkowania.

W czasach powszechnego konsensu odnośnie podstawowych praw człowieka, w tym zakazu dyskryminacji ze względu na jakiegokolwiek kryterium, w szczególności rasę, narodowość, wyznanie, sytuację materialną, poglądy polityczne lub inne uwarun-

²³ Obecnie taki obowiązek w przypadku określonych chorób zakaźnych wynika z ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. 2008, Nr 234, poz. 1570, z późn. zm.).

²⁴ Wydawca: Naczelna Izba Lekarska w Warszawie: *Kodeks Etyki Lekarskiej. Komentarz* (Biblioteka Prawa Medycznego i Bioetyki), oficyna wydawnicza Naczelnej Izby Lekarskiej, Warszawa (skład, łamanie, druk i introligatornia Wydawnictwo „EMOL”, komentarz do art. 2 Kodeksu Etyki Lekarskiej).

kowania postanowienie art. 3 KEL wydaje się oczywistością i nie powinno budzić jakichkolwiek wątpliwości. Powyższy przepis odwołuje się do zasady sprawiedliwości społecznej, o której stanowi „Karta lekarza”. Środowisko lekarskie musi opowiadać się za sprawiedliwością w systemie ochrony zdrowia, w tym także za sprawiedliwą dystrybucją jego zasobów. Lekarze powinni czynnie dążyć do wyeliminowania dyskryminacji w ochronie zdrowia ze względu na kolor skóry, płeć, status społeczno-ekonomiczny, pochodzenie etniczne, religię czy inne kategorie społeczne²⁵. Lekarz niezależnie od swoich osobistych poglądów winien nieść pomoc wszystkim chorym, znajdującym się w nagłej potrzebie, widząc w nich przede wszystkim człowieka, a nie przedstawiciela danego światopoglądu, orientacji seksualnej czy też członka danej grupy etnicznej.

Warto zwrócić uwagę, iż w poprzednim brzmieniu powyższego przepisu Kodeksu etyki w miejscu słów: „powinien zawsze” znajdowały się słowa: „zarówno w czasie pokoju, jak i wojny”. Należy zatem pamiętać, iż powinność wypełniania przez lekarza swoich obowiązków z poszanowaniem człowieka, w czasie wojny będzie również dotyczyć członków sił wrogich.

Art. 4.

Dla wypełnienia swoich zadań lekarz powinien zachować swobodę działań zawodowych, zgodnie ze swoim sumieniem i współczesną wiedzą medyczną.

Przepis art. 4 KEL wyraża ogólne przekonanie, że lekarz powinien zachować swobodę działań zawodowych zgodnie ze swoim sumieniem i współczesną wiedzą medyczną. Natomiast w art. 7 KEL stwierdza się, iż w szczególnie uzasadnionych wypadkach lekarz może nie podjąć się lub odstąpić od leczenia chorego, z wyjątkiem przypadków niecierpiących zwłoki. Nie podejmując albo odstępując od leczenia lekarz winien wskazać choremu inną możliwość uzyskania pomocy lekarskiej.

Pojęcie „sumienia lekarza” jest nie tylko kategorią etyczną, ale w polskim systemie prawnym również kategorią prawną. Zgodnie z art. 4 ustawy *o zawodach lekarza i lekarza dentysty*: „Lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością”. Natomiast stosownie do treści art. 39 ww. ustawy: „Lekarz może powstrzymać się od wykonania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego sumieniem, z zastrzeżeniem art. 30, z tym, że ma obowiązek wskazać realne możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym oraz uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej. Lekarz wykonujący swój zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby ma ponadto obowiązek uprzedniego

²⁵ „Karta Lekarza” (Medical Professionalism in the New Millennium: A Physicians Charter), pierwotnie opublikowana w języku angielskim w: „Annals of Internal Medicine” (wydanie z dnia 5 lutego 2002 r., nr 136, s. 243–246) oraz w: „The Lancet” (wydanie z dnia 9 lutego 2002 r., nr 359, s. 520–522); tłumaczenie dr med. Piotr Gajewski, Anna Juda, dr med. Jacek Mrukowicz, lek. Wojciech Strojny.

powiadomienia na piśmie przełożonego”²⁶. Powołany art. 30 ustawy *o zawodach lekarza i lekarza dentyści* ma brzmienie: „Lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki”.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej w Stanowisku nr 74/13/P-VI z dnia 6 grudnia 2013 r. w sprawie korzystania z klauzuli sumienia w praktyce lekarskiej stwierdziło, że:

1. Podczas wykonywania zawodu lekarz powinien postępować zgodnie z nakazami i zakazami wynikającymi z przyjętych przez siebie zasad moralnych, światopoglądu oraz wyznawanych przekonań religijnych. Lekarze mogą zostać pozbawieni tego prawa tylko w sytuacjach niecierpiących zwłoki, wynikających z zagrożenia życia lub ciężkiego uszkodzenia zdrowia pacjentów. Prawa innych osób, tak długo, jak nie dochodzi do zagrożenia ich życia i zdrowia, nie mogą być podstawą do ograniczania lekarza w postępowaniu zgodnym ze wskazaniami swojego sumienia.
2. Lekarz ma prawo do odmowy udziału w procedurach niezgodnych z jego sumieniem (obejmuje ono w szczególności takie czynności jak wykonywanie, uczestnicstwo, pomoc, orzekanie o stanie zdrowia mające na celu zakwalifikowanie do zabiegu niezgodnego z sumieniem lekarza).
3. Korzystając z klauzuli sumienia lekarz powinien przekazać swoje stanowisko pacjentowi oraz odnotować je w dokumentacji medycznej. Nie można jednak oczekiwać od lekarza korzystającego z klauzuli sumienia, aby oświadczał, jaki reprezentuje światopogląd i z jakich względów świadczenie uznał za niezgodne ze swoim sumieniem.
4. Korzystając z klauzuli sumienia, lekarz nie powinien wywierać wpływu na decyzję pacjenta, ani narzucać mu swojego poglądu. Odmowa wykonania świadczenia zdrowotnego ze względu na niezgodność z sumieniem nie powinna także przyjmować formy uzasadniania medycznego (w szczególności co do skuteczności lub bezpieczeństwa procedury).
5. Lekarz nie ma obowiązku wcześniejszego określania swoich poglądów. W związku z tym całkowicie nieuzasadnione są propozycje ustalania list lekarzy o określonych przekonaniach i ewentualna dyskryminacja ich przy zatrudnianiu.
6. Samorząd lekarski powinien udzielać pomocy we wszystkich przypadkach nieuprawnionego nacisku na autonomię lekarzy deklarujących wolę skorzystania z klauzuli sumienia.

Wobec licznych kontrowersji dotyczących tzw. klauzuli sumienia, Naczelna Rada Lekarska wydała również w dniu 17 października 2014 r. stanowisko w sprawie prawa

²⁶ Zdanie pierwsze utraciło moc z dniem 16 października 2015 r. na podstawie wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 października 2015 r., sygn. akt K 12/14 (Dz. U. poz. 1633), w zakresie, w jakim nakłada na lekarza obowiązek wykonania niezgodnego z jego sumieniem świadczenia zdrowotnego w „innych przypadkach niecierpiących zwłoki”, oraz w zakresie, w jakim nakłada na lekarza powstrzymującego się od wykonania świadczenia zdrowotnego niezgodnego z jego sumieniem obowiązek wskazania realnych możliwości uzyskania takiego świadczenia u innego lekarza lub w innym podmiocie leczniczym.

lekarzy do postępowania w zgodzie z sumieniem (Stanowisko nr 19/14/VII), przypominając w nim o:

- a) wynikającym z Kodeksu etyki lekarskiej obowiązku udzielania pomocy każdemu pacjentowi bez względu na wiek, płeć, rasę, wyposażenie genetyczne, narodowość, wyznanie, przynależność społeczną, sytuację materialną, poglądy polityczne lub inne uwarunkowania;
- b) wynikającym z ogólnych przepisów dotyczących wszystkich obywateli (w tym z Konstytucji Rzeczypospolitej oraz ratyfikowanych przez Polskę dokumentów międzynarodowych)²⁷ prawie do działania w zgodzie z własnym sumieniem;
- c) wynikającym z przepisów dotyczących wykonywania zawodu lekarza prawie lekarza do odmowy wykonania świadczenia niezgodnego z jego sumieniem lub aktualną wiedzą medyczną;
- d) wynikającym z Kodeksu etyki lekarskiej prawie lekarza do zachowania swobody działań zawodowych w zgodzie ze swoim sumieniem i współczesną wiedzą medyczną, z jednoczesnym poszanowaniem godności pacjenta i mając na uwadze przede wszystkim jego dobro zgodnie z zasadą „*Salus aegroti suprema lex esto*”;
- e) stanowisku Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie treści art. 39 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry nakazującej lekarzowi korzystającemu z klauzuli sumienia wskazania realnych możliwości wykonania świadczenia budzącego sprzeciw sumienia lekarza w innym miejscu oraz złożeniu wniosku do Trybunału Konstytucyjnego o stwierdzenie niekonstytucyjności tego zobowiązania²⁸.

²⁷ Chodzi przede wszystkim o art. 53 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, art. 18 Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych, rezolucję nr 1763 Zgromadzenia Parlamentarnego Rady Europy w sprawie prawa do klauzuli sumienia w ramach legalnej opieki medycznej z 2010 r. (tak: Stanowisko nr 74/13/P-VI Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 6 grudnia 2013 r. w sprawie korzystania z klauzuli sumienia w praktyce lekarskiej).

²⁸ Naczelna Rada Lekarska wystąpiła w marcu 2014 r. do Trybunału Konstytucyjnego z wnioskiem o stwierdzenie niezgodności przepisu art. 39 ustawy z Konstytucją w zakresie, w jakim:

- 1) nakłada na lekarza obowiązek wykonania niezgodnego z jego sumieniem świadczenia zdrowotnego, pomimo, że zwłoka w udzieleniu tego świadczenia nie spowodowałaby niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia;
- 2) nakłada na lekarza powstrzymującego się od wykonania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego sumieniem obowiązek wskazania realnych możliwości uzyskania tych świadczeń u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym;
- 3) zobowiązuje lekarza korzystającego z prawa do odmowy wykonania świadczenia zdrowotnego niezgodnego z sumieniem do uzasadnienia i odnotowania tego faktu w dokumentacji medycznej.

W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej lekarz ma prawo do odmowy udziału w procedurach niezgodnych z jego sumieniem (obejmuje ono w szczególności takie czynności jak wykonywanie, uczestnicstwo, pomoc, orzekanie o stanie zdrowia mające na celu zakwalifikowanie do zabiegu niezgodnego z sumieniem lekarza). Prawo do skorzystania z klauzuli sumienia nie powinno być ograniczone we wszystkich sytuacjach wskazanych w treści art. 30 ustawy. Odmowa wykonania świadczenia zdrowotnego z powołaniem się na klauzulę sumienia nie może mieć miejsca tylko w przypadku niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. Nie jest jednak uzasadnione ograniczenie możliwości odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego z powołaniem się na klauzulę sumienia w innych przypadkach niecierpiących zwłoki, o których mowa w art. 30 ustawy.

Korzystając z klauzuli sumienia, lekarz powinien przekazać swoje stanowisko pacjentowi oraz odnotować je w dokumentacji medycznej. Nie można żądać od lekarza korzystającego z klauzuli sumie-

Ponadto Rada stanęła na stanowisku, że lekarze mają prawo do korzystania z prawa do odmowy podejmowania działań niezgodnych z ich sumieniem i nie mogą być poddawani żadnym naciskom, dyskryminacji ani represjom z tego powodu. Naczelna Rada Lekarska stwierdziła jednocześnie, że stanowiska samorządu lekarskiego zrzeszającego wszystkich lekarzy i lekarzy dentyistów w sprawie sumienia mają charakter neutralny światopoglądowo i politycznie.

W dniu 7 października 2015 r., w sprawie o sygnaturze akt: K 12/14, Trybunał Konstytucyjny rozstrzygnął wniosek Naczelnej Rady Lekarskiej o zbadanie zgodności art. 39 ustawy *o zawodach lekarza i lekarza dentyisty* z Konstytucją RP oraz aktami prawa międzynarodowego i orzekł:

1. Art. 39 zdanie pierwsze w związku z art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. *o zawodach lekarza i lekarza dentyisty* (Dz. U. 2015, poz. 464) w zakresie, w jakim nakłada na lekarza obowiązek wykonania niezgodnego z jego sumieniem świadczenia zdrowotnego w „innych przypadkach niecierpiących zwłoki”, **jest niezgodny z zasadą prawidłowej legislacji wywodzoną z art. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej i art. 53 ust. 1 w związku z art. 31 ust. 3 Konstytucji.**

2. Art. 39 zdanie pierwsze ustawy powołanej w punkcie 1 w zakresie, w jakim nakłada na lekarza powstrzymującego się od wykonania świadczenia zdrowotnego niezgodnego z jego sumieniem obowiązek wskazania realnych możliwości uzyskania takiego świadczenia u innego lekarza lub w innym podmiocie leczniczym, **jest niezgodny z art. 53 ust. 1 w związku z art. 31 ust. 3 Konstytucji.**

3. Art. 39 zdanie drugie ustawy powołanej w punkcie 1 w zakresie, w jakim zobowiązuje lekarza, wykonującego zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby, korzystającego z prawa do odmowy wykonania świadczenia zdrowotnego niezgodnego z jego sumieniem do uprzedniego powiadomienia na piśmie przełożonego:

a) jest zgodny z art. 53 ust. 1 w związku z art. 31 ust. 3 Konstytucji,

b) nie jest niezgodny z art. 53 ust. 7 Konstytucji.

4. Art. 39 zdanie pierwsze ustawy powołanej w punkcie 1 w zakresie, w jakim zobowiązuje lekarza korzystającego z prawa do odmowy wykonania świadczenia zdrowotnego niezgodnego z jego sumieniem do uzasadnienia i odnotowania tego faktu w dokumentacji medycznej:

a) jest zgodny z art. 53 ust. 1 w związku z art. 31 ust. 3 Konstytucji,

b) nie jest niezgodny z art. 53 ust. 7 Konstytucji.

Uwzględniając powołane powyżej orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego (obecnie nie jest jeszcze dostępne uzasadnienie tegoż rozstrzygnięcia), przyjąć należy:

1) lekarz nie może odmówić wykonania legalnego i medycznie uzasadnionego świadczenia zdrowotnego, powołując się na klauzulę sumienia, w sytuacjach, o których

nia, aby swą decyzję w tym zakresie dodatkowo uzasadniał – wymóg uzasadniania takiej decyzji oraz odnotowywania tego uzasadnienia w dokumentacji jest nieproporcjonalny, ponieważ prowadzi do ujawnienia jaki lekarz reprezentuje światopogląd i z jakich względów świadczenie uznał za niezgodne ze swoim sumieniem. W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej nie jest również zasadne żądanie od lekarza wcześniejszego określania swoich poglądów np. poprzez ujawnienie możliwości powołania się na klauzulę sumienia.

- mowa w art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, a mianowicie wtedy, gdy „zwłoka w udzieleniu pomocy mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia pacjenta”²⁹;
- 2) lekarz ma obowiązek uzasadnić i odnotować fakt odmowy wykonania świadczenia zdrowotnego w dokumentacji medycznej³⁰;
 - 3) lekarz, który wykonuje swój zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby jest ponadto obowiązany do uprzedniego powiadomienia na piśmie swojego przełożonego.

Wobec zapadłego orzeczenia Trybunału Konstytucyjnego nie jest obecnie jednoznaczne, jaki jest zakres obowiązku wskazania przez lekarza, który odmawia wykonania świadczenia zdrowotnego niezgodnego z jego sumieniem, możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza bądź w innym podmiocie leczniczym. Jednak należy pamiętać, iż zgodnie z art. 7 KEL nie podejmując albo odstępując od leczenia lekarz winien wskazać choremu inną możliwość uzyskania pomocy lekarskiej. Ponadto należy mieć na względzie, iż obecnie art. 39 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty stanowi o powstrzymaniu się od wykonania świadczeń zdrowotnych. Natomiast definicję świadczenia zdrowotnego podaje przepis art. 2 ust. 1 pkt 10 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2011, Nr 112, poz. 654 z późn. zm.). W myśl tej ustawy świadczeniem zdrowotnym są działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania. Przepis art. 7 KEL zawęży podstawy odmowy, mowa w nim jest bowiem wyłącznie o prawie lekarza do niepodjęcia lub odstąpienia od leczenia, a więc tylko jednego z możliwych świadczeń zdrowotnych³¹.

²⁹ Należy uznać za słuszne stanowisko Komitetu Bioetyki przy Prezydium PAN nr 4/2013 z dnia 12 listopada 2013 r. w sprawie tzw. klauzuli sumienia, stwierdzające że: „Przepisy ustawy i zapisy kodeksów etycznych nie przyznają lekarzowi prawa od odmowy wykonania świadczenia w przypadkach niecierpiących zwłoki. W takich sytuacjach osobiste przekonania moralne przedstawiciela zawodu medycznego muszą ustąpić wobec podstawowego obowiązku zawodowego, jakim jest troska o dobro pacjenta” (teza 18 i 19 stanowiska Komitetu Bioetyki przy Prezydium PAN nr 4/2013 z dnia 12 listopada 2013 r. w sprawie tzw. klauzuli sumienia). Jednakże przez przypadki niecierpiące zwłoki należy rozumieć wyłącznie sytuacje, gdy „zwłoka w udzieleniu pomocy mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia pacjenta”.

³⁰ Zgodnie ze stanowiskiem Komitetu Bioetyki przy Prezydium PAN nr 4/2013 z dnia 12 listopada 2013 r. w sprawie tzw. klauzuli sumienia: „[...] ustawowy obowiązek uzasadnienia i odnotowania przez profesjonalistę medycznego faktu odmowy wykonania świadczenia zdrowotnego, należy zatem interpretować jako obligujący go do wskazania konkretnej zasady lub normy o charakterze moralnym, która – w jego opinii – zostałaby naruszona, gdyby podjął się on realizacji danego świadczenia. Niewystarczające jest ogólne stwierdzenie przedstawiciela zawodu medycznego, że jego zdaniem wykonanie danej procedury byłoby „niemoralne” czy „niezgodne z jego własnym sumieniem” (teza 17 stanowiska Komitetu Bioetyki przy Prezydium PAN nr 4/2013 z dnia 12 listopada 2013 r. w sprawie tzw. klauzuli sumienia). W doktrynie prawa przyjmuje się natomiast, że z pewnością nie można wymagać od lekarza podania motywów, które zdecydowały o tym, że uznał, iż wykonanie danego świadczenia zdrowotnego jest sprzeczne z jego sumieniem, bo te motywy nie podlegają ocenie (tak: E. Zielińska (red.), *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz*, LEX 2014, komentarz do art. 39 ustawy, teza 16).

³¹ E. Zielińska (red.), *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz*, LEX 2014, komentarz do art. 39 ustawy, teza 4.

Należy wskazać, iż zgodnie ze stanowiskiem Komitetu Bioetyki przy Prezydium Polskiej Akademii Nauk lekarz ma prawo odmówić osobistego wykonania bądź współuczestniczenia w wykonaniu świadczenia zdrowotnego, jedynie wówczas, gdy działanie takie bezpośrednio narusza bądź stwarza bezpośrednie i realne zagrożenie dla dobra, które według jego przekonań moralnych powinno podlegać bezwzględnej ochronie (np. życia ludzkiego płodu)³². Ponadto w opinii Komitetu, przedstawiciel zawodu medycznego nie może, powołując się na klauzulę sumienia, odmówić podjęcia działań, których celem jest dostarczanie pacjentowi informacji lub innych środków niezbędnych do podjęcia przez niego świadomej decyzji dotyczącej dalszego postępowania medycznego, które jest legalnie uzasadnione, w świetle aktualnej wiedzy medycznej i sytuacji zdrowotnej pacjenta³³.

W opozycji do stanowiska Komitetu Bioetyki przy Prezydium PAN nr 4/2013 z dnia 12 listopada 2013 r. stoi opinia Zespołu ekspertów Konferencji Episkopatu Polski ds. bioetycznych z dnia 14 lutego 2014 r., według której prawidłowa interpretacja klauzuli sumienia zakłada w szczególności co następuje:

- prawo do odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego z powodu obiekcji sumienia jest immanentnie związane z osobową godnością człowieka i wynikającą z niej wolnością sumienia. Ograniczenie klauzuli sumienia może nastąpić tylko w drodze wyjątku – w ustawie, o ile jest to konieczne z punktu widzenia zdrowia publicznego oraz prawa do ochrony zdrowia;
- sprzeciw sumienia jest podstawą do powstrzymania się od wykonania świadczenia zdrowotnego. Do zakresu świadczeń zdrowotnych, których dotyczy klauzula sumienia, należy zaliczyć także wystawianie recept (np. recept na wczesnoporonne środki antykoncepcyjne) oraz skierowań na badania specjalistyczne przy uzasadnionym przekonaniu, że stanowią one część procedury nakierowanej na zniszczenie dobra, a nie tylko służą uzyskaniu informacji o stanie zdrowia pacjenta;
- obowiązek wskazania realnej możliwości uzyskania świadczenia u innego lekarza lub w innym podmiocie leczniczym oraz obowiązek odnotowania i uzasadnienia faktu skorzystania z klauzuli sumienia w dokumentacji medycznej, nie mają charakteru warunków, których spełnienie decydowałoby o możliwości skorzystania przez lekarza, pielęgniarkę, położną i farmaceutę z klauzuli sumienia. Są to tylko dodatkowe obowiązki spoczywające na lekarzu w przypadku powołania się na sprzeciw sumienia;
- podmiot leczniczy może wydać deklarację, że nie wykonuje się w nim określonych świadczeń zdrowotnych, o ile odmienny wniosek nie wypływa z katalogu rodzajów i zakresu świadczeń zdrowotnych zawartego w statucie danego podmiotu;
- ograniczenie klauzuli sumienia, wprowadzone do art. 39 przez odwołanie się do art. 30, dotyczy wyłącznie niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, natomiast nie obejmuje „innych przypadków niecierpiących zwłoki”;

³² Teza 22 stanowiska Komitetu Bioetyki przy Prezydium PAN nr 4/2013 z dnia 12 listopada 2013 r. w sprawie tzw. klauzuli sumienia.

³³ Teza 23 stanowiska Komitetu Bioetyki przy Prezydium PAN nr 4/2013 z dnia 12 listopada 2013 r. w sprawie tzw. klauzuli sumienia.

– obowiązek zapewnienia dostępu do świadczeń zdrowotnych spoczywa na państwie, a nie poszczególnych lekarzach czy konkretnych podmiotach leczniczych³⁴.

Aktem prawa europejskiego obejmującym problematykę klauzuli sumienia, w tym klauzuli sumienia lekarzy, farmaceutów i pielęgniarek jest Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej przyjęta 7 grudnia 2000 r., podczas posiedzenia Rady Europejskiej w Nicei przez Parlament Europejski, Radę i Komisję Europejską. Zgodnie z art. 10 Karty: „każdy ma prawo do wolności myśli, sumienia i religii”. Prawo to obejmuje wolność zmiany religii lub przekonań oraz wolność uzewnętrzniania, indywidualnie lub wspólnie z innymi, publicznie lub prywatnie, swej religii lub przekonań poprzez uprawianie kultu, nauczanie, praktykowanie i uczestniczenie w obrzędach (ust. 1). Uznaje się prawo do odmowy działania sprzecznego z własnym sumieniem, zgodnie z ustawami krajowymi regulującymi korzystanie z tego prawa (ust. 2). Cały artykuł nosi tytuł: „Wolność myśli, sumienia i religii”.

W dniu 7 października 2010 r. Zgromadzenie Parlamentarne Rady Europy przyjęło rezolucję nr 1763 pt. „Prawo do sprzeciwu sumienia w ramach legalnej opieki medycznej”. W rezolucji podkreślono prawo pracowników służby zdrowia i placówek służby zdrowia do odmowy wykonania lub udzielenia pomocy w przeprowadzeniu aborcji, poronienia, eutanazji lub jakichkolwiek działań, które mogłyby spowodować śmierć zarodka lub płodu ludzkiego. Choć rezolucje Zgromadzenia Parlamentarnego RE nie są stosowane bezpośrednio w prawie krajowym poszczególnych państw członkowskich, to jednak członkowie powinni je szanować, a dokumenty Rady Europy często ukierunkowują aktywność legislacyjną prawodawców krajowych.

Częste przypadki odmowy wydania skierowania na badania prenatalne lub wydania orzeczenia co do dopuszczalności przerwania ciąży albo odmowy wykonania zabiegu doprowadziły do kilku spraw sądowych. W jednej z takich spraw, dotyczącej odmowy skierowania kobiety na badania prenatalne w sytuacji, gdy było podejrzenie, że płód cierpi na chorobę Turnera (małżonkowie mieli już jedno dziecko urodzone z tą wadą), Sąd Najwyższy ustosunkował się bezpośrednio do kwestii klauzuli sumienia. W orzeczeniu z dnia 12 czerwca 2008 r., III CSK 16/08, OSNC 2009, nr 3, poz. 48, SN stwierdził m.in., że uprawnienie do przeprowadzenia badań prenatalnych wynika z prawa kobiety w ciąży do informacji o stanie płodu, jego ewentualnych schorzeniach i wadach oraz o możliwościach ich leczenia w okresie płodowym. Jeżeli lekarz z jakichkolwiek przyczyn, także światopoglądowych, nie chce wydać skierowania na takie badania, gdy pacjentka ma do nich prawo, powinien postąpić zgodnie z art. 39 ustawy *o zawodzie lekarza*, tj. wskazać realne możliwości uzyskania takiego skierowania od innego lekarza lub w innym zakładzie opieki zdrowotnej oraz uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej. O tym, że obowiązki te nie są przestrzegane, świadczy kolejna sprawa, która swój finał miała w Strasburgu. Europejski Trybunał Praw Człowieka w wyroku z dnia 30 października 2012 r. w sprawie 57375/08 P. i S. v. Polska, uznał, że doszło do naruszenia m.in. art. 8 EKPC (dotyczącego prawa do po-

³⁴ Kompletną treść Stanowiska Zespołu Ekspertów Konferencji Episkopatu Polski ds. Bioetycznych w sprawie klauzuli sumienia z dnia 14 lutego 2014 r. można odnaleźć w sieci Internet: http://episkopat.pl/dokumenty/pozostale/5717.1,Stanowisko_Zespołu_Ekspertow_KEP_ds_Bioetycznych_w_sprawie_klauzuli_sumienia.html.

szanowania życia prywatnego i rodzinnego) w odniesieniu do określenia warunków dostępu do legalnego przerwania ciąży. Uzasadniając wyrok w tej części, Trybunał stwierdził, że rząd Polski wywodzi prawo lekarzy do odmowy wykonania określonych świadczeń medycznych z powołaniem się na klauzulę sumienia z wolności przekonań sumienia i religii zagwarantowanej w art. 9 EKPC, niemniej jednak państwo jest zobowiązane do takiego zorganizowania swego systemu ochrony zdrowia, aby skorzystanie z tego uprawnienia przez lekarzy nie stało na przeszkodzie uzyskaniu przez pacjentki i pacjentów dostępu do usług, do których mają prawo. Chociaż co do zasady polskie prawo przewiduje mechanizm pozwalający na pogodzenie prawa lekarzy do korzystania z klauzuli sumienia z interesami pacjentów, w szczególności poprzez zobowiązanie lekarza do wskazania innego lekarza, który wykona dane świadczenie medyczne, niemniej jednak badana sprawa wykazała, że ten wymóg nie został spełniony w przypadku skarżącej P. Personel medyczny, do którego zwróciła się ona o pomoc, nie czuł się zobowiązany ani do przeprowadzenia zabiegu przerwania ciąży (chodziło o 14-latkę, której ciąża wynikała z czynu zabronionego), a równocześnie dawał skarżącej mylące i wzajemnie sprzeczne informacje oraz nie zapewnił jej obiektywnego poradnictwa medycznego. Zabrakło również skutecznej procedury, w której ramach skarżąca i jej matka mogłyby przedstawić swoje racje, pomimo że już we wcześniejszym orzeczeniu ETPC z dnia 20 marca 2007 r. w sprawie 5410/03 Alicja Tysiiąc v. Polska, Rząd Polski został zobowiązany do stworzenia mechanizmu, który umożliwiałby kobietom w ciąży zamierzającym się poddać zabiegowi aborcji na skuteczne dochodzenie realizacji swego prawa do poszanowania życia prywatnego. Warto zaznaczyć, że w 2010 r. wprowadzono do ustawy o *prawach pacjenta* przepis art. 31 przewidujący możliwość wniesienia przez pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarskiego, jeżeli opinia albo orzeczenie ma wpływ na prawa lub obowiązki pacjenta wynikające z przepisów prawa. Procedura ta oceniana jest jednak jako mało efektywna³⁵.

Lekarz ma mieć zapewnioną swobodę działań zawodowych, przy czym muszą one być zgodne ze współczesną wiedzą medyczną³⁶. Tym samym ma możliwość wyboru spośród różnych metod leczenia dopuszczonych przez naukę jako zgodnych z aktualnymi zasadami sztuki lekarskiej i wiedzy. Dokonując wyboru konkretnej metody me-

³⁵ E. Zielińska (red.), *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, LEX 2014, komentarz do art. 39 ustawy, teza 18, przytoczona w całości.

³⁶ Zgodnie z art. 4 ustawy o *zawodach lekarza i lekarza dentystry*: „Lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością”. Natomiast zgodnie z art. 6 ustawy o *prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*: „Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej”. Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 10 lutego 2010 r., sygnatura akt: V CSK 278/09 stwierdził, że: „Do obowiązków lekarzy oraz personelu medycznego należy podjęcie takiego sposobu postępowania (leczenia), który gwarantować powinien, przy zachowaniu aktualnego stanu wiedzy i zasad staranności, przewidywalny efekt w postaci wyleczenia, a przede wszystkim nienarażenie pacjentów na pogorszenie stanu zdrowia”. Natomiast w wyroku z dnia 1 grudnia 1998 r., sygnatura akt: III KKN 741/98, Sąd Najwyższy stwierdził, że przy świadczeniu usług medycznych należy wykluczyć stosowanie metod i środków starych, nierokujących skuteczności (lub rokujących ją gorzej), jeśli są one powszechnie zastępowane nowymi metodami leczenia (orzeczenie opublikowane w: OSN z 1999 r., nr 6, poz. 112).

dyk powinien zawsze kierować się dobrem pacjenta oraz nakazem by ograniczać czynności medyczne do rzeczywiście potrzebnych choremu, zgodnie z aktualnym stanem wiedzy (art. 2 ust. 2 KEL, art. 6 KEL). W trudnych przypadkach, gdy posiadane wiedza i doświadczenie, nie pozwalają na ostateczny wybór konkretnego sposobu leczenia, warto skonsultować się z innym, doświadczonym specjalistą lub zwołać konsylium lekarskie. W przypadku sprzeczności stanowisk lekarza prowadzącego oraz ordynatora, ostateczna decyzja powinna pozostawać w rękach ordynatora, ponieważ to on ponosi odpowiedzialność za sposób leczenia na oddziale. Lekarz prowadzący może jednak zażądać, aby ordynator wydał mu polecenie na piśmie.

Art. 5.

Izba lekarska jest obowiązana do czuwania nad przestrzeganiem zasad etyki i deontologii lekarskiej oraz zachowaniem godności zawodu przez wszystkich członków samorządu lekarskiego, a także do starań, aby przepisy prawa nie naruszały zasad etyki lekarskiej.

Zgodnie z treścią art. 5 KEL izba lekarska, stanowiąca samorząd zawodowy, zobowiązana jest do czuwania na przestrzeganiem zasad etyki i deontologii lekarskiej oraz zachowania godności zawodu przez wszystkie osoby wykonujące zawód lekarza i lekarza dentystry na terenie Rzeczypospolitej Polskiej. Zgodnie z art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. *o izbach lekarskich* (Dz. U. 2009, Nr 219, poz. 1708 z późn. zm.) samorząd zawodowy lekarzy i lekarzy dentystry reprezentuje osoby wykonujące zawody lekarza i lekarza dentystry, sprawuje pieczę nad należyтым wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony. Przy czym izby lekarskie są niezależne i w wykonywaniu swoich zadań podlegają tylko przepisom prawa³⁷. Lekarz zamierzający wykonywać zawód, któremu okręgowa rada lekarska przyznała prawo wykonywania zawodu, zostaje równocześnie wpisany na listę członków tej izby lekarskiej³⁸.

Członkowie izb lekarskich podlegają odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki lekarskiej oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza, zwane „przewinieniem zawodowym”³⁹. Postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej wszczynane jest i prowadzone przez rzeczników odpowiedzialności zawodowej. Jeżeli prowadzone przez rzecznika postępowanie doprowadziło do stwierdzenia zaistnienia przewinienia zawodowego, formułuje on wniosek o ukaranie, który kierowany jest do właściwego okręgowego sądu lekarskiego. Następnie sprawa w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarza rozpoznawana jest przez okręgowy sąd lekarski i ewentualnie, w drugiej instancji, Naczelny Sąd Lekarski. Sąd lekarski może orzekać następujące kary: 1) upomnienie; 2) nagana; 3) kara pieniężna; 4) zakaz pełnienia funkcji kierowniczych w jednostkach organizacyjnych ochrony zdrowia na okres od roku do pięciu lat; 5) ograniczenie zakresu czynności w wykony-

³⁷ Art. 2 ust. 3 ustawy *o izbach lekarskich*.

³⁸ Art. 6 ust. 1 ustawy *o izbach lekarskich*.

³⁹ Art. 53 ustawy *o izbach lekarskich*.

waniu zawodu lekarza na okres od sześciu miesięcy do dwóch lat; 6) zawieszenie prawa wykonywania zawodu na okres od roku do pięciu lat; 7) pozbawienie prawa wykonywania zawodu⁴⁰.

Przez godność zawodu należy rozumieć wzorzec, jakim w ocenie społecznej powinno być zachowanie, sposób bycia i postawa lekarza. Za naruszenie godności zawodu, należy uważać każde zachowanie, które podważa szacunek do lekarza ze strony otoczenia, powoduje dezaprobatę społeczeństwa. Przy czym chodzi tu o każde zachowanie, które może przynosić ujmę korporacji lekarskiej bez względu na jego związek z wykonywaniem zawodu (na przykład lekarz nie powinien pojawiać się publicznie w stanie nietrzeźwości, nie powinien publicznie wyrażać się lub zachowywać wulgarnie, nie powinien wykorzystywać swojej pozycji do osiągania jakichkolwiek korzyści materialnych lub osobistych).

Ponadto w art. 5 KEL nałożono na Izbę Lekarską obowiązek podejmowania starań, aby przepisy prawa nie naruszały zasad etyki lekarskiej. W tym celu organy samorządu zawodowego mogą formułować wystąpienia do władz ustawodawczych: Sejmu i Senatu Rzeczypospolitej Polskiej, Prezydenta RP, rządu, wskazując na konieczność podjęcia nowej inicjatywy legislacyjnej lub dokonania niezbędnych zmian w już obowiązujących aktach prawnych, przedkładać opinie o projektach aktów prawnych. Celowo również wydaje się nawiązywanie kontaktu i współpraca z partiami politycznymi oraz organizacjami społecznymi, w celu zapewnienia jak najpełniejszego odzwierciedlenia zasad etyki lekarskiej w obowiązującym prawie. Powyższe zadanie może być wypełniane także poprzez przedstawianie postulatów oraz stanowisk środowiska lekarskiego w środkach masowego przekazu. W obecnie obowiązującym w Polsce systemie prawnym niezwykle istotne znaczenie ma również inicjowanie odpowiednich postępowań przed Trybunałem Konstytucyjnym, które w rezultacie może skutkować usunięciem z porządku prawnego przepisów prawa sprzecznych z zasadami etyki lekarskiej.

Streszczenie

Niniejszy artykuł omawia art. 1–5 Kodeksu etyki lekarskiej. Autor analizuje relację etyki lekarskiej i ogólnych norm etycznych, jak również zawodu lekarza jako zawodu zaufania publicznego. Zwrócono także uwagę na relację lekarz–pacjent oraz nadrzędny cel przyświecający lekarzowi podczas wykonywania zawodu.

Słowa kluczowe: etyka lekarska, godność zawodu lekarskiego, autonomia pacjenta, klauzula sumienia, przewinienie zawodowe, Kodeks etyki lekarskiej

Comment to the Art. 1-5 of the Code of Medical Ethics

Summary

This article discusses the Art. 1–5 of the Code of Medical Ethics. The author analyzes the relationship of medical ethics and general ethical standards, as well as the medical profession as the

⁴⁰ Art. 83 ust. 1 ustawy o izbach lekarskich.

profession of public trust. Attention also emphasize on the doctor-patient relationship and the main aim of doing the medical profession.

Key words: *medical ethics, dignity of medical profession, patient autonomy, medical conscience clause, professional misconduct, Code of Medical Ethics*