

Leszek BARTKOWIAK

Dr n. farm., Zakład Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

Tomasz MAKSYMIUK

Dr n. med., Zakład Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

Zobowiązania etyczne lekarza wobec społeczeństwa w świetle zapisów Kodeksu etyki lekarskiej i niektórych propozycji ich zmiany

Treść etycznych zobowiązań wobec społeczeństwa lekarzy i przedstawicieli innych zawodów medycznych

Jako etyczne zobowiązania wobec społeczeństwa rozumiemy te, które deklarują postawy lub postępowanie nie wobec pacjenta, ani innych lekarzy, lecz społecznego ogółu, bez wyróżniania konkretnych adresatów, np. przedstawicieli przemysłu, rodziny chorego, personelu medycznego. Tu należałoby się spodziewać ogólnych deklaracji etycznych, odnoszących się do podstaw przekonań etycznych środowiska zawodowego. Te jednak zazwyczaj ujmowane są w artykułach wstępnych kodeksu, jako jego „Część ogólna”. Jeśli tych samych regulacji kodeksowych nie należy powtarzać, powstaje zatem pytanie, co winno być właściwą treścią, określającą etyczne aspekty stosunku lekarza do społeczeństwa zamieszczaną pod tym tytułem?

Takie zobowiązania wobec społeczeństwa istnieją także w poczuciu samego środowiska lekarskiego, czego potwierdzenie znajdujemy np. we wstępie do wersji Kodeksu etyki lekarskiej (KEL) z 2004 r., w którym ówczesny prezes Naczelnej Izby Lekarskiej wyraził nadzieję, że przywiązanie lekarzy do zasad zawartych w Kodeksie uczyni ze środowiska lekarskiego elitę przygotowaną do „wypełniania swojego powołania zawodowego”, ale też „przyczyniającą się do budowania obywatelskiego społeczeństwa opartego na sprawiedliwych i mądrych zasadach [...]”¹. Można zatem przesłać to rozumieć jako oczekiwanie, że KEL jest także instrumentem pozytywnego oddziaływania społecznego, nie tylko zaś regulatorem postaw lekarzy wobec pacjentów i kolegów.

Ponieważ społeczeństwo obywatelskie to nie tylko ładny szyld, ale również apoteoza obywatelskiej równości, wolności, pluralizmu przekonań i współpracy, stąd zasadne jest kolejne pytanie, czy znajdujemy te wartości w treści norm etycznych Kodeksu etyki lekarskiej? Takich fundamentalnych deklaracji aksjologicznych powinniśmy spodziewać się po treści rozdziału „Lekarz a społeczeństwo”, ale też po pierwszych artykułach KEL.

¹ *Kodeks etyki lekarskiej z dnia 2 stycznia 2004 r.*, www.pznamazowszu.ehost.pl/Kodeks%20Etyki%20Lekarskiej.pdf.

Tymczasem deklaracja zawarta w artykule 1 nie stwarza solidnego fundamentu dla pozostałych artykułów Kodeksu etyki lekarskiej², bo twierdzenie, że „Zasady etyki lekarskiej wynikają z ogólnych norm etycznych” nie odpowiada rzeczywistości. Nie ma jakichś „ogólnych norm etycznych”, chyba że jakieś domniemane, bo przecież nie znajdujemy nigdzie ich uhierarchizowanego kodeksu, ani nawet swobodnego spisu. Natomiast przekonania moralne ludzi choć są w dużej swojej części zbieżne, to wykazują także odmienności, sprzeczności, niekonsekwencje, konflikty, zatem jeśliby nawet dało się je ogarnąć, to które z nich, jako „ogólne normy etyczne” miałyby stanowić podstawę dla kodyfikacji etycznej przekonań świata lekarskiego?

Jeśli owe „ogólne normy etyczne” nie mają być frazesem, to stanowią odwołanie do pewnego minimum etycznego, do tych wartości, które są powszechnie akceptowane i których poszanowania równie powszechnie oczekuje się od każdego lekarza. Jeśli taka interpretacja jest właściwa, to niestety nie wynika ona jasno i jednoznacznie z treści Kodeksu.

Specyfika działań zawodowych poszczególnych zawodów medycznych jest odmienna, jednak struktura i treść ich kodeksów etyki zawodowej wykazują podobieństwo, niekiedy powtórzenia. Nie należy spodziewać się sprzeczności pomiędzy jakimikolwiek dyrektywami etycznego działania z kodeksów lekarza, pielęgniarki, diagnosty laboratoryjnego czy aptekarza, ponieważ ich systemy etyczne zbudowane są dla jednej wartości naczelnej i mają służyć jej ochronie.

Z trzech podstawowych funkcji, jakie winien spełniać kodeks każdej etyki zawodowej, czyli określania dobrego postępowania wobec przedmiotu działania (pacjenta, klienta), wskazywania właściwych relacji między członkami własnego zawodu i propagowania etycznego wizerunku przedstawicieli tego zawodu, funkcja kreowania wizerunku zawarta jest niemal w każdym zapisie kodeksu zasad etyki zawodowej, najbardziej jednak ta propagandowa funkcja przypada – z założenia – specjalnie do tego wyodrębnionemu rozdziałowi, deklarującemu stosunek zawodu do społeczeństwa. Analogiczne rozdziały znajdują się w Kodeksie etyki zawodowej pielęgniarki („Pielęgniarka/położna a zasady postępowania wobec społeczeństwa”),³ Kodeksie etyki aptekarza („Zasady postępowania wobec społeczności zawodowej i współobywateli”),⁴ Diagnosty laboratoryjnego („Diagnosta laboratoryjny wobec społeczeństwa”).⁵

Diagności laboratoryjni zobowiązują się w 6 paragrafach czwartego rozdziału swojego kodeksu etyki zawodowej (pt. Diagnosta laboratoryjny wobec społeczeństwa) kolejno do: zachowania należytego szacunku oraz kultury osobistej wobec pacjenta, jego rodziny i otoczenia; zobowiązują się do współpracy z lekarzem zlecającym badania; nieuzależniania świadczonych przez siebie usług od dodatkowych gratyfikacji, tak od reprezentantów producentów sprzętu i zaopatrzenia medycznego, jak i od firm ubez-

² Ten sam mankament powielany jest także w kodeksach etyki aptekarza, diagnosty laboratoryjnego i pielęgniarki.

³ *Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej*, www.oipip-suw/osti.pl/onas/kodeks.pdf, 23.07.2015.

⁴ *Kodeks etyki aptekarza Rzeczypospolitej Polskiej*, www.nia.org.pl/dat/attach/556_kodeksetykiaptekarzarpororyginal.pdf, 23.07.2015.

⁵ *Kodeks etyki diagnosty laboratoryjnego*, www.kidl.org.pl/uploads/uchwaly%20NKZDL/KODEKS%20ETYKI%20DL.pdf, 23.07.2015.

pieczeniowych, osób i instytucji zainteresowanych uzyskaniem określonych wyników, jak i samych pacjentów (paragrafy 21, 22, 23)⁶.

W tym rozdziale podaje się też sposób rozwiązywania konfliktów sumienia. W sytuacji konfliktu z własnym sumieniem diagnosta laboratoryjny ma możliwość odmowy wykonywania powierzonych mu czynności, pod warunkiem poinformowania o tym swoich przełożonych (par. 24). Wobec stosowania jakichkolwiek form nacisku na członka samorządu diagnostów ma on możliwość zwrócenia się o pomoc do swojej korporacji (par. 25). Podczas pracy w laboratorium diagnosta ma postępować według zasad moralnych, unikając nieuczciwej konkurencji i nepotyzmu (par. 26)⁷.

Kodeks etyki zawodowej pielęgniarce i położnej stosunek członków zawodu do społeczeństwa ujmuje w dwóch wymaganiach: po pierwsze, zaleca, by pielęgniarka i położna czynnie uczestniczyły w zwalczaniu patologii społecznej; po drugie, by brały czynny udział w życiu społecznym, w działaniach na rzecz ochrony środowiska naturalnego oraz przeciwdziałały praktykom uznanym za bezwartościowe i szkodliwe dla zdrowia⁸.

Aptekarze swoje zobowiązania względem społeczeństwa przedstawili w czterech artykułach, nie dostrzegając różnicy między znaczeniem etycznej regulacji wewnętrznej zawodu a znaczeniem postawy członków zawodu wobec społeczeństwa. Rozdział nosi tytuł „Zasady postępowania wobec społeczności zawodowej i współobywateli”. Właściwa regulacja etyczna powinna rozróżniać te dwa poziomy zobowiązań.

W art. 24 środowisko aptekarskie uzależnia etyczność postępowania swoich reprezentantów w kontaktach z przedstawicielami przemysłu farmaceutycznego od stosowania się do nieokreślonych „dobrych obyczajów” i „dobrej praktyki aptecznej”⁹. Art. 25 odnosi się do dwóch różnych spraw – nakazu „racjonalnej terapii środkami leczniczymi” oraz zakazu „pozyskiwania dochodów w sposób niezgodny z zasadami etyki i deontologii zawodu”¹⁰. Art. 26 nakazuje aptekarzowi nieprzekraczanie swoich

⁶ *Kodeks etyki diagnosty laboratoryjnego*, www.kidl.org.pl/uploads/uchwały%20NKZDL/KODEKS%20ETYKI%20DL.pdf, 23.07.2015.

⁷ *Kodeks etyki diagnosty laboratoryjnego*, www.kidl.org.pl/uploads/uchwały%20NKZDL/KODEKS%20ETYKI%20DL.pdf, 23.07.2015. Warto zwrócić tu uwagę na względnie częste uchybienie autorów kodeksów etycznych, polegające na tym, iż nawołują oni do „postępowania etycznego” w jakiejś kwestii, gdy tymczasem zadaniem całego kodeksu jest właśnie podawanie konkretnych dyspozycji słusznego działania w okolicznościach określonych zagrożeń, nie zaś pozostawiania na poziomie deklaracji, że ma być to działanie „etyczne”. Podobnie niejasna dla działającego jest sytuacja, gdy postulujemy, by zachował się on „uczciwie”, zamiast pokazać choćby kierunek właściwego postępowania. Uwaga zatem odnosi się także więc do nakazu unikania „nieuczciwej konkurencji”, gdy to Kodeks winien wskazać na czym taka „nieuczciwa konkurencja” miałaby polegać. Pozostawienie tego rozstrzygnięcia dowolnym, pozakodeksowym interpretacjom, należy uznać za jeden z powodów słabości każdego etycznego kodeksu, używającego takich sformułowań.

⁸ *Kodeks etyki zawodowej pielęgniarce i położnej Rzeczypospolitej Polskiej*, www.oipip-suw/osti.pl/onas/kodeks.pdf, 23.07.2015.

⁹ Odwołanie się do „dobrej praktyki aptecznej”, jako wzorca działań etycznych w relacjach międzyludzkich, jest odwołaniem się do nieistniejącego dokumentu. „Dobra praktyka apteczna” jest jedynie projektem niektórych środowisk akademickich, który już jako projekt krytykowany jest za oderwanie od rzeczywistości.

¹⁰ Nie wskazano, które zasady Kodeksu etyki aptekarza ma aptekarz brać w tej kwestii pod uwagę, jeśli jednak miałby sam o tym zadecydować, to łatwo stwierdzić, że żaden inny artykuł kodeksu nie odnosi się do sposobu „pozyskiwania dochodów”.

kompetencji zawodowych, korzystanie z konsultacji koleżeńskich w razie wątpliwości oraz nakazuje udzielanie takich konsultacji, a art. 27 zaleca aptekarzowi wykorzystywać swoje umiejętności „i pozycję w społeczeństwie” dla uczestnictwa w działaniach na rzecz środowiska naturalnego, szerzenie wiedzy prozdrowotnej i przeciwdziałanie patologiom społecznym¹¹.

Interesujące tu nas najbardziej artykuły KEL zawarte w rozdziale V również nie stanowią jednolitego tematycznie zasobu¹². Niektóre (tak jak w kodeksach innych zawodów medycznych) jednoznacznie należałoby przypisać do innych rozdziałów: regulujących postępowanie przedstawicieli zawodu względem siebie i do zawodu (art. 72, 75) albo do rozdziału traktującego o stosunku do pacjenta (art. 69, 70, 73, 74). Wówczas jednoznacznie o stosunku lekarza do społeczeństwa mówiłby tylko jeden artykuł – 71: „Lekarz ma obowiązek zwracania uwagi społeczeństwa, władz i każdego pacjenta na znaczenie ochrony zdrowia, a także zagrożenie ekologiczne. Swoim postępowaniem, również poza pracą zawodową, lekarz nie może propagować postaw antyzdrowotnych”¹³.

Przypadkowość zamieszczenia pewnych regulacji w rozdziale „Lekarz a społeczeństwo” widać także po tym, że niekiedy te same dyrektywy powtarza się, lecz pod różnymi tytułami w innych częściach Kodeksu etyki lekarskiej:

Art. 7 z rozdziału „Postępowanie lekarza wobec pacjenta” brzmi: „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 chorego lekarz winien wskazać choremu inną możliwość uzyskania pomocy lekarskiej”¹⁴.

Natomiast art. 69 z rozdziału „Lekarz a społeczeństwo” ma tę samą treść, lecz w wersji pozytywnej: „Lekarz nie może odmówić pomocy lekarskiej w przypadkach

¹¹ *Kodeks etyki aptekarza Rzeczypospolitej Polskiej*, www.nia.org.pl/dat/attach/556_kodeksetykiaptekarzarporiginal.pdf, 23.07.2015.

¹² Art. 69. Lekarz nie może odmówić pomocy lekarskiej w przypadkach niecierpiących zwłoki, jeśli pacjent nie ma możliwości uzyskania jej ze strony instytucji powołanych do udzielania pomocy.

Art. 70. Zadania, jakie spełnia lekarz, dają mu podstawę do żądania ochrony jego godności osobistej, nietykalności cielesnej oraz pomocy w wykonywaniu działań zawodowych.

Art. 71. Lekarz ma obowiązek zwracania uwagi społeczeństwa, władz i każdego pacjenta na znaczenie ochrony zdrowia, a także na zagrożenie ekologiczne. Swoim postępowaniem, również poza pracą zawodową, lekarz nie może propagować postaw antyzdrowotnych.

Art. 72. Lekarz przeprowadzający badania masowe o charakterze epidemiologicznym powinien mieć na celu uzyskanie wyników, które będą wykorzystane dla poprawy zdrowotności społeczeństwa. Badania te nie powinny stwarzać ryzyka zagrożenia zdrowia osób w nich uczestniczących.

Art. 73. Lekarz decydujący się na uczestniczenie w zorganizowanej formie protestu nie jest zwolniony od obowiązku udzielania pomocy lekarskiej, o ile nieudzielenie tej pomocy może narazić pacjenta na utratę życia lub pogorszenie stanu zdrowia.

Art. 74. Lekarz nie może uczestniczyć w akcie pozbawiania życia, asystować w torturowaniu lub innym poniżającym traktowaniu człowieka. Nie może też wykorzystywać swej wiedzy i umiejętności dla ułatwienia stosowania jakichkolwiek form okrutnego postępowania.

Art. 75. Lekarz nie może stosować środków i metod dopingowych w celach nielecniczych. Stosowanie środków i metod uznanych za dopingowe u osób uprawiających sport jest nieetyczne.

¹³ *Kodeks etyki lekarskiej*, www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0003/4764/Kodeks-Etyki-Lekarskiej.pdf, 23.07.2015.

¹⁴ *Kodeks etyki lekarskiej*, www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0003/4764/Kodeks-Etyki-Lekarskiej.pdf, 23.07.2015.

niecierpiących zwłoki, jeśli pacjent nie ma możliwości uzyskania jej ze strony instytucji powołanych do udzielania pomocy”.

W podobnej sytuacji są dwa kolejne zapisy: Art. 52.5. ma brzmienie: „Jeżeli dostrzeżony błąd, popełniony przez innego lekarza, ma niekorzystny wpływ na stan zdrowia pacjenta należy podjąć działania dla odwrócenia jego skutków”.

Art. 21. mówi: „W przypadku popełnienia przez lekarza poważnej pomyłki lub wystąpienia nieprzewidzianych powikłań w trakcie leczenia, lekarz powinien poinformować o tym chorego oraz podjąć działania dla naprawy ich następstw”.

Widoczne różnice, w stopniu zobowiązywania swoich członków przez samorządy zawodowe do działania pozazawodowego dla dobra ogólnospołecznego, nie są przedmiotem głównej uwagi niniejszej analizy, niemniej ich prześledzenie wykazuje, że postulowane być mogą postawy zachowawcze („zwracanie uwagi”, „zakaz propagowania złych postaw”) albo aktywne („uczestnictwo”, „branie udziału”, „szerzenie wiedzy”, „przeciwdziałanie”, czy też, tak jak diagnosta laboratoryjny, przez zobowiązania wobec społeczeństwa rozumieć wewnętrzne sprawy zawodowe ogólniejszej natury. Rozdział V trzeba widzieć zatem w perspektywie konstrukcji i funkcji całego Kodeksu, te zaś analizować w kontekście społecznym.

Poczynione obserwacje skłaniają do wniosku, iż Kodeks etyki lekarskiej domaga się pewnych istotnych poprawek, służących jego udoskonaleniu, zwłaszcza że kolejne wersje tego Kodeksu, począwszy od 1991 r. zachowują nie tylko swoją kompozycję, ale też nie wykazują zmian w tym, zakwestionowanym powyżej, zakresie. Niezmiennność literalna zapisów niesłusznie poczytywana bywa jednak za trwałość ideową kodeksu etyki.

Autorzy Stanowiska, postulujący uznanie dyspensującej roli klauzuli sumienia, również wstępnie uznają i podkreślają niezmiennność zapisów KEL, a nawet jego wersję z 2004 r. uważają za „ostateczną”¹⁵.

O tym samym wydaniu KEL ówczesny prezes NRL napisał: to „trzęcie brzmienie Kodeksu, nie zmieniające, co należy podkreślić, żadnej z podstawowych i trwałych zasad zawartych już w pierwszej jego wersji, lecz dostosowujące jego zapisy do nowych wyzwań praktyki lekarskiej”¹⁶.

Jak jednak powiedziano, pochwała niezmienności wszelkich kodeksów (poza kodeksami religijnymi) nie ma uzasadnienia. Niezmienianie zapisów nie stanowi bynajmniej o trwałości praktycznej (stosowalności) tych zapisów ani o sile kodeksu. Czym innym jest zmieniać wartości lub ich hierarchię, a czym innym nadawać lepsze zrozumienie przekazom słownym norm działania lub wskazywać nowe sytuacje zagrożenia podstawowych wartości moralnych w praktyce zawodowej. Niedoskonałość wpisana jest w naturę wszelkiej kodyfikacji ludzkiego postępowania, jeśli oddawać ma ona zmieniające się życie społeczeństw, zmieniające się uwarunkowania praktykowania zawodów.

Niezmiennność kodeksów nie wyraża wcale ich siły i autorytetu. Jest wręcz przeciwnie – kodeksy etyki, by zachowały swoją żywotność, trzeba zmieniać, by formuły do-

¹⁵ Stanowisko zespołu redakcyjnego Kodeksu Etyki Lekarskiej z dnia 19.06.2013 r., www.nil.org.pl/aktualnosci/stanowisko-zespolu-redakcyjnego-kodeksu-etyki-lekarskiej-z-dn.19.06.2013-r., 23.07.2015.

¹⁶ Kodeks etyki lekarskiej z dnia 2 stycznia 2004 r., www.pznamazowszu.ehost.pl/Kodeks%20Etyki%20Lekarskiej.pdf.

brego postępowania jak najlepiej wyrażały wartości, jakim mają służyć. Trwałość wartości etycznych może niekiedy wymagać więc zmiany zasad postępowania.

Można rozważać różne mankamenty regulacji etycznych, analizować je z różną skrupulatnością i wskazywać różne sposoby ich przewycięzania. Aktualne kodeksy etyk zawodowych, w tym także Kodeks etyki lekarskiej, obfitują w uchybienia i usterki, niekiedy znaczące. Jak powiedziano, można się różnić w ocenie ich wagi, niemniej niewłaściwe jest uznawać obecnie obowiązujące regulacje kodeksowe etyk zawodowych, np. zawodów medycznych, za ostateczne i doskonałe.

Przedstawione poniżej Stanowisko Zespołu Redakcyjnego Kodeksu etyki lekarskiej jest jednak stanowiskiem wyjątkowym i zaskakującym, ponieważ nie odnosi się do zmiany zapisu zasad czy nawet etycznych wartości, lecz całościowo kwestionuje sens kodeksowej regulacji etycznej dla zawodu lekarskiego.

Stanowisko Zespołu Redakcyjnego Kodeksu etyki lekarskiej w sprawie potrzeby jego zmiany

Stanowisko Zespołu Redakcyjnego Kodeksu etyki lekarskiej z dnia 19 czerwca 2013 roku, wstępnie pochwalające niezmiennosc zawodowych norm etycznych odczytać można jako wezwanie... do ich odrzucenia, do unieważnienia kodeksowych zobowiązań etycznych. Tak bowiem można przewidywać efekty uznania tzw. klauzuli sumienia. Członkowie Zespołu Redakcyjnego jednoznacznie się za nią opowiadają, a dokument opublikowany został na oficjalnej stronie internetowej Naczelnej Izby Lekarskiej. Treść publikowanego stanowiska kwestionuje też, oczywisty dotąd – jak można sądzić – związek etyki i prawa.

Dla uzasadnienia swojego stanowiska autorzy odwołują się do argumentów:

- Twierdzą np.: „Nie jest uprawnione domaganie się niektórych przeciwników KEL, aby normy etyczne były zgodne z normami prawnymi”. „...to raczej prawo powinno mieć legitymację etyczną... Etyka nie wymaga legitymacji legalistycznej”. Normy deontologiczne należą do zbioru norm etycznych uchwalanych przez lekarzy: „...żaden organ administracji państwowej nie był i nie może być uprawniony do określania norm deontologicznych lekarzy”¹⁷.
- Gdy autorzy stanowiska argumentują, że „Również Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry stwierdza, że ... lekarz ma obowiązek wykonywać zawód zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej [...], zgodnie z zasadami etyki zawodowej” (art. 4), to należy stwierdzić, iż to, że lekarz ma taki nakaz (postępowania zgodnie z zasadami etyki zawodowej) w żaden sposób nie określa relacji zależności między przepisami prawa a normami tej etyki, lecz oznacza tylko, że lekarz ma przyjąć jej stosowania.
- Nie jest również znaczącym argumentem przypomnienie, że ustawa o Izbach Lekarskich stanowi, iż „...Członkowie samorządu lekarzy obowiązani są przestrzegać

¹⁷ Postanowienie Trybunału Konstytucyjnego z dn. 7.10.1992 r., za: *Stanowisko zespołu redakcyjnego Kodeksu etyki lekarskiej z dnia 19.06.2013 r.*, www.nil.org.pl/aktualnosci/stanowisko-zespołu-redakcyjnego-kodeksu-etyki-lekarskiej-z-dn.19.06.2013-r., 23.07.2015.

[...] zasad etyki i deontologii” (art. 15, ust. 1). Dla Zespołu Redakcyjnego oznacza to sytuację wyjątkową, kiedy to „przestrzeganie norm etycznych jest nakazane przez normy prawne”¹⁸.

Tymczasem, jak już powiedziano, nie ma w zależności regulacji etycznych od przepisów prawa nic nadzwyczajnego. Ponadto, nie kwestionuje się przez to, że lekarze – mimo obarczenia zobowiązaniami etycznymi – nadal podlegają, jako obywatele, przymusowi respektowania prawa. Dowód ten ma natomiast sens odwrotny od sugerowanego przez Zespół Redakcyjny: jeśli prawo nakazuje postępowanie etyczne, to tym samym regulacja etyczna podporządkowana jest prawu. Jest to zgodne zresztą z prawnym rozumieniem nadrzędności norm prawnych nad normami moralnymi i normami obyczajowymi¹⁹.

Autorzy Zespołu Redakcyjnego przyjmują jednak inną interpretację: „Ta sytuacja podwójnego zobowiązania lekarza do przestrzegania aktualnego prawa stanowionego, a jednocześnie zasad etycznych Kodeksu, w przypadkach niezgodności zapisów normatywnych może powodować trudności w podejmowaniu decyzji przez lekarza”.

Wbrew twierdzeniu Zespołu Redakcyjnego taka podwójna zależność nie rodzi żadnych trudności w podejmowaniu decyzji, bo musiałaby występować wpierw sprzeczność dyrektyw działania obu źródeł, prawnego i etycznego.

Ponadto, zasady etyczne jakiegokolwiek wspólnoty, zwłaszcza ujęte w pisemną formę kodeksu, są też formą „stanowionego prawa” – poszczególne zapisy norm nie są dane „odgórnie”, lecz postulowane, dyskutowane i uchwalane demokratycznie przez zgromadzenie przedstawicieli takiej wspólnoty (zjazdy okręgowe, zjazdy krajowe) i tą drogą przyjęte do stosowania, przyjmując formę zobowiązania, którego nieprzestrzeganie obwarowane zostało odpowiednimi sankcjami karnymi, z usunięciem poza wspólnotę włącznie.

Również same zapisy (zredagowane przez Zespół Redakcyjny) KEL wielokrotnie zobowiązują (zobowiązują etycznie!) do przestrzegania prawa, wielokrotnie też przy tej okazji wskazywana jest nadrzędność przepisu prawnego wobec zasady etycznej, jak np. w licznych artykułach Kodeksu, np. 15.1, 15.2, 15.4, 15.5, 25, 26, 37, 43.1, 44.1, 51.1²⁰.

Należy pamiętać, że kodeksy samorządów zawodowych mają postać aktu prawnego – są integralną częścią ustaw o samorządach zawodowych. W tym sensie zawodowa regulacja etyczna ma uzasadnienie i umocowanie prawne.

Intencją zmiany zapisów Kodeksu ma być, według autorów Stanowiska, usunięcie dylematów etycznych lekarza: „Ma to szczególne miejsce [trudność podejmowania decyzji z racji podwójnego zobowiązania lekarza] w okolicznościach, kiedy lekarz jest zmuszony określać swoje stanowisko udziału lub odmowy w takich procedurach jak: aborcja, przeprowadzanie czynności eutanastycznych, ingerencje w kod genetyczny embrionu ludzkiego skutkujące zniszczeniem poczętej istoty lub wielu istot ludzkich (jak to ma miejsce w procedurach *in vitro*)”.

¹⁸ Stanowisko Zespołu Redakcyjnego Kodeksu etyki lekarskiej z dnia 19.06.2013 r., www.nil.org.pl/aktualnosci/stanowisko-zespołu-redakcyjnego-kodeksu-etyki-lekarskiej-z-dn.19.06.2013-r., 23.07.2015.

¹⁹ A. Redelbach, S. Wronkowska, Z. Ziemiński, *Zarys teorii państwa i prawa*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1993, s. 127.

²⁰ *Kodeks etyki lekarskiej*, www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0003/4764/Kodeks-Etyki-Lekarskiej.pdf, 23.07.2015.

Gdy Stanowisko stwierdza, że: „W powyższych przypadkach, dotyczących udziału lekarza w procesach niszczenia życia ludzkiego, lekarz musi podejmować decyzje we własnym sumieniu: czy ma naruszyć prawo stanowione, czy zasady etyczne”, to trzeba pamiętać, że choć jest to możliwe, to zasadniczo prawo pozytywne nie musi zobowiązywać moralnie, zatem możliwy dylemat moralny – właściwości zamierzonego czynu do posiadanych przekonań, występuje zawsze niezależnie od obowiązującego prawa państwowego.

Konkluzją przedstawianego Stanowiska jest stwierdzenie: „Jesteśmy przekonani, że jednym z podstawowych warunków pozwalających na właściwe podejmowanie decyzji jest uznanie klauzuli sumienia lekarza, która jest zawarowana w najważniejszych dokumentach legislacyjnych Europy i świata. Motyw odwoływania się lekarza do klauzuli sumienia wynika zawsze z poczucia jego odpowiedzialności za zdrowie i życie człowieka”.

Już to pozwala przypuszczać, że członkowie Zespołu Redakcyjnego Kodeksu etyki lekarskiej występują przeciwko nakazowi stosowania się do jego reguł. Ale też inną możliwością, nie wyrażoną wprost, jest dążenie do uznania za obowiązujące jakichś nowych zapisów etycznych, które wyrażą zbiorowy głos zwolenników klauzuli sumienia, zatem najpewniej światopogląd religijny.

Czy klauzula sumienia jest etyczna?

Propozycja uznania klauzuli sumienia nie jest propozycją jakiejś możliwości rozwiązywania konfliktów prawa i moralności (etyki). Odwoływanie się do konkretnej moralności, niepodzielanej przez wszystkich, już w sobie jest decyzją moralną, jest wyborem moralnym, który może wywoływać nowy konflikt, tym razem między odmiennymi moralnościami.

Nie wszyscy przyjmują do wiadomości fakt, że w społeczeństwie istnieje obok siebie wiele moralności. Jeśli więc kwestionuje się funkcjonujący zapis prawny, to z dużym prawdopodobieństwem czyni się to ze względu na posiadane przekonania moralne kontestatora, więc określoną moralność, zatem jedną z przynajmniej kilku, co znaczy, że chce się jej nadać charakter obowiązujący wszystkich.

Jak zauważa prawnik, w większości przypadków prawodawczego procesu decyzyjnego wartości moralne (jako racje) i pozamoralne (ekonomiczne, polityczne, społeczne) są konkurencyjnymi racjami dla decyzji prawodawczych. Dlatego też pozytywne decyzje prawodawcze wymagają spełnienia warunku „wewnętrznej moralności prawa”. Zasady wewnętrznej moralności prawa zostają naruszone wtedy, gdy ustanowienie, uchylenie lub utrzymanie w mocy przepisu prawnego opiera się wyłącznie na racjach moralnych, uznanych *prima facie* za wystarczające do podjęcia finalnej decyzji prawodawczej²¹. Nawet najbardziej przekonujące racje moralne systemów etycznych nie stanowią racji wystarczającej do podejmowania „finalnej decyzji prawodawczej”²².

²¹ D. Bunikowski, *Podstawowe kontrowersje dotyczące ingerencji prawa w sferę moralności...*, s. 96.

²² D. Bunikowski, *Podstawowe kontrowersje...*, s. 62.

Zatem dla nieprawników oznacza to, że choć prawo winno mieć legitymację moralną (etyczną) i choć sama moralność (więc i etyka) nie potrzebują dla swojego funkcjonowania legitymacji prawnej, to oczekiwanie prostego przełożenia jakiejś etyki na system prawa jest niewłaściwe i niepożądane. Jak stwierdza również przywoływany autor: „Moralność określa, jakie normy są ważne, ale to prawo rozstrzyga o stosunku prawa do moralności”²³. Prawo musi się liczyć z moralnością społeczeństwa, ale podstawowym celem ingerencji jest zapewnienie trwałości społeczeństwu i stworzenie warunków dla pokojowego i rozwojowego współistnienia ludzi²⁴.

Zrozumiałe, że skoro w społeczeństwie istnieje wiele różnych systemów wartości, to w celu prawidłowego funkcjonowania społeczeństwa musi zaistnieć zgoda na pewne minimum zasad postępowania, które państwo niejako może wymusić prawem. Prawodawca powinien trzymać się minimum etycznego, tj. wspólnych i podstawowych wartości dla ludzi w danym społeczeństwie, które leżą u jego podstaw jako konstrukcja społeczna, bez której społeczeństwo nie mogłoby przetrwać lub funkcjonować. Zgoda społeczna na minimum etyczne i właściwie egzekwowana ochrona prawna tego minimum przez porządek prawny to dwa konieczne warunki istnienia i funkcjonowania społeczeństwa. Trudną kwestią jest natomiast określenie, co wchodzi w skład minimum etycznego. Proces „odkodowania” minimum etycznego z życia i kultury społeczeństwa wymaga od prawodawcy wyjątkowej mądrości społecznej i zdrowego rozsądku²⁵.

W jednej z koncepcji prawnych uważa się, że niemoralny system normatywny nie jest prawem obowiązującym. Byłby to argument za słusznością uznania słuszności postulatów zwolenników klauzuli sumienia. Jednakże ową „niemoralność systemu prawnego” należy odnieść do tzw. minimum etycznego społeczeństwa, niezbędnego do jego funkcjonowania. Natomiast odnoszenie go do moralności wybranych lub perfekcjonistycznych nie byłoby słuszne i tylko pogłębiłoby konflikty społeczne. Dla ingerencji prawa w sferę moralnie trudnych przypadków należy uczynić minimum etyczne w społeczeństwie, a proces ingerencji wiązać z odpowiednią polityką społeczną²⁶. Zatem ramy minimum etycznego, jak i możliwych ingerencji prawa w regulacje przypadków kontrowersyjnych etycznie określają współcześnie wartości demokracji i pluralizmu kulturowego.

Obecnie „narzucanie” moralności przez prawo należałoby traktować jako nałożenie na nią prawnego obowiązku postępowania w sposób wynikający z przekonań etycznych prawodawcy lub większości, pomijając okoliczność, że w istocie rzeczy nie można narzucić przymusem państwowym sądu etycznego komukolwiek. Prawo zmusza tylko do postępowania zgodnego z tym sądem²⁷.

²³ „Przez dowolną manipulację polityków-prawodawców system prawa jest niszczone, jako że nie uwzględnia struktury prawa. [...] Pewnych postulatów polityki (a nawet moralizatorów) po prostu nie da się przełożyć na konstrukcje prawne, czego politycy i uczestnicy dyskursu publicznego czy społecznego nie potrafią zrozumieć. Dotyczy to w dużym stopniu przypadków kontrowersyjnych moralnie i społecznie”. D. Bunikowski, *Podstawowe kontrowersje...*, s. 96.

²⁴ D. Bunikowski, *Podstawowe kontrowersje dotyczące ingerencji prawa w sferę moralności...*, s. 91, 96.

²⁵ Ibidem, s. 98.

²⁶ Ibidem, s. 107–108.

²⁷ Ibidem, s. 79.

Niezależnie od stopnia dopuszczalnej ingerencji prawa w sferę moralności obie te sfery wartości nadal pozostaną od siebie niezależne. Jak pisze D. Bunikowski: „Zakazy prawne dotyczące określonych czynów, surowe sankcje oraz lęk przed nimi nie oznaczają moralnej dezaprobaty dla czynu zabronionego prawnie, występującej w sumieniach poszczególnych ludzi. Porządek prawny może utrudniać dokonywanie tych czynów albo prowadzić do dokonywania ich nielegalnie czy potajemnie”. „Problem ten jest szczególnie widoczny w społeczeństwach demokratycznych, w których panuje pluralizm etyczny, a więc występują zasadniczo zróżnicowane przekonania etyczne, normy i zasady moralne”²⁸. Podobnie legalność pewnych czynów (np. aborcja, eutanazja) nie stanowią o ich moralnej akceptacji.

Uznając te uwarunkowania prawne i mentalne trudno zrozumieć pozytywną społeczną rolę, jaką miałyby wypełnić klauzula sumienia. Nie zwalnia ona od respektowania prawa powszechnego, jak i kodeksów etyki wspólnot samorządowych, co najwyżej może usprawiedliwiać przypadki ich łamania. Nie zwalnia też (jakby chcieli niektórzy jej zwolennicy) z odpowiedzialności, jaką postępowanie zgodne z głosem sumienia może sprowadzać (prawne, etyczne, moralne).

Wezwanie do uznania klauzuli sumienia nie jest bynajmniej wezwaniem do zaangażowania sumienia w dokonywane przez każdego (tu: każdego lekarza) wybory moralne, bo adresatami zawodowych regulacji etycznych są osoby w wysokim stopniu zaangażowane moralnie w swoje działania, nie tylko zawodowe. Etyka zawodowa nie wyklucza sumienia, nie sprzeciwia się mu, ale opiera się na nim!

Odwoływanie się do klauzuli sumienia jest natomiast proklamacją wyższości prywatnego wyboru moralnego nad wspólnotowymi nakazami etycznymi (kodeksem etyki zawodowej). Jest także uznaniem wyższości własnego osądu moralnego nad przepisami prawa państwowego, jednocześnie jednak – co uwidaczniają dyskusje publiczne ostatnich lat – walka o klauzulę sumienia okazuje się krucjatą o uznanie sumień „jedynie słusznych”. Wątpliwe jest więc, czy wyraża to postawę właściwą społeczeństwu obywatelskiemu.

Uznanie klauzuli sumienia w etycznych regulacjach zawodowych jest uznaniem dowolności we wszystkich wyborach moralnych, zatem negacją etycznych ustanowień kodeksu. Uznanie klauzuli sumienia, zwłaszcza ze wskazaniem jakie to fundamenty aksjologiczne stanowić mogą jego zdrowy moralny fundament, jest groźbą ustanowienia fundamentalizmu etycznego, zapewne o konotacji religijnej.

Uznanie klauzuli sumienia dla przedstawicieli każdego zawodu medycznego ostatecznie oznaczać może trzy interpretacje:

- po pierwsze może być prostym zanegowaniem norm etycznych kodeksów etyki zawodowej i nakazem kierowania się wyłącznie głosem sumienia;
- i po drugie, może być uznaniem tych kodeksów za jedynie zbiór intuicji etycznych członków danego zawodu, być może nawet jego większości (jeśli zostaje zachowana demokratyczna procedura przyjęcia tych norm), lecz bez obowiązku stosowania się do nich każdego, kto znajduje w swoim sumieniu inne, niż kodeksowe, „wytyczne” do postępowania;

²⁸ Ibidem.

– po trzecie, interpretacja zapewne najbliższa życiowym realiom, klauzula sumienia może pozwolić na kwestionowanie każdego, dowolnego wskazanego artykułu Kodeksu etyki lekarskiej (aptekarskiej, pielęgniarzkiej itd.), po to, by – wobec niemożności stosowania w sytuacji normatywnej anarchii – spisać „na nowo” kodeks etyki zawodowej, tym razem z uwzględnieniem już owych głosów sumienia. Byłby to oczywiście głos sumienia kontestatorów norm etycznych „starych” kodeksów.

Z tych samych względów autorzy „prawa etycznego” – czyli kodeksu etyki zawodowej – winni się liczyć z moralnością, z przekonaniem moralnym członków zawodu, ale przede wszystkim z przekonaniem pacjentów (wszak „najwyższym nakazem etycznym lekarza jest dobro chorego”, art. 2.2 KEL), które niewątpliwie nie są monolityczne.

I tak, jak dla twórców prawa (w państwach demokratycznych) decydujące powinno być zachowanie „minimum etycznego”, tak dla redaktorów kodeksu etycznego takim kryterium winno być „minimum moralne”, pacjentów i lekarzy, obręb tych dopuszczalnych działań, które nie naruszają podstawowych wartości moralnych, lecz powinny im służyć (wyrażone w zasadach kodeksu) jak najlepiej.

Moralności się nie głośnie – ale etykę tak

Argumenty zawarte w Stanowisku mają uzasadnić podjęcie dyskusji „nad nowymi problemami ochrony zdrowia i życia człowieka”, choć z całej jego treści wynika, iż chodzi o to, by lekarz mógł według swobodnego uznania (czyli według swojego sumienia) odstąpić od nakazów kodeksu zawodowej etyki, ale także – bo trudno uznać, by sumienie ustępowało przed prawem stanowionym – by nie stosować się do przepisów prawa, regulujących działania zawodowe posiadające aspekt etyczny.

Członkowie Zespołu, postulując uwzględnienie roli klauzuli sumienia w zawodowych regulacjach etycznych, zaproponowali jednocześnie dyskusję nad „nowymi problemami ochrony zdrowia i życia człowieka”, traktując zapewne swój głos jako jej zapoczątkowanie. Jednak stwierdzili również, że dotychczasowy Kodeks „zawiera podstawowe zapisy etyczno-deontologiczne o trwałych nie do przecenienia wartościach”. Jak zatem pogodzić uznanie klauzuli sumienia z podważaniem „trwałych wartości”? I czy rzeczywiście kwestie przekonania są wynikiem naukowych dyskusji? Czy klauzula sumienia jest zagadnieniem ochrony zdrowia?

Jeśli Kodeks etyki lekarskiej „zawiera podstawowe zapisy etyczno-deontologiczne o trwałych i nie do przecenienia wartościach”, to do czego miałyby doprowadzić postulowana dyskusja „nad nowymi problemami ochrony zdrowia i życia człowieka”, w następstwie której to dyskusji należałoby uznać klauzulę sumienia?

O ile jednak dyskusja nad nowymi problemami ochrony zdrowia ma sens przez odwoływanie się do opinii ekspertów nie tylko medycyny i biologii, prawa, czy socjologii, o tyle należy pamiętać, że to nie nauka lub medycyna zdolne są do tworzenia kryteriów dla oceny moralnej swoich działań i nie wynikają zupełnie one z ich postępów, lecz z refleksji nad człowiekiem, z jego samowiedzy, zwłaszcza zaś z rozumienia sensu własnego człowieczeństwa.

To zadanie nie jest zatem nowym zadaniem medycyny, lecz wręcz zadaniem starym jak świat, sięgającym mroku początków człowieczej samoświadomości i zadaniem po-

dejmowanym wciąż na nowo i to zadaniem – wbrew optymizmowi Zespołu Redakcyjnego – niełatwym. Nie jest bowiem wcale oczywiste, że poza, uznawanym za pewny, fundamentem godności człowieka, wiemy co jest jego dobrem i jeszcze bardziej wątpliwe jest, czy wiemy to, do czego nas się odsyła i dzięki czemu mamy wiedzieć, czym jest owo „dobro chorego jako najwyższe prawo”, zwłaszcza, że to „dobro” miałyby definiować lekarz.

Przedstawione przykłady ukazały jak wiele już obecnie jest niejasności i niedoskonałości zapisów, które mogą stawiać w wątpliwość możliwości stosowania się lekarzy do norm Kodeksu etyki lekarskiej. Jeśli dodamy do tego, nawet jakąś złagodzoną klauzulę sumienia niewątpliwie stracimy pewność obowiązywania jakiegokolwiek dotychczasowego zapisu Kodeksu. Ludzkie sumienia są różne, czy równie nieprzewidywalne (nie tylko dla pacjenta) mają być lekarskie decyzje i działania?

Po analizie argumentów autorów Stanowiska i rozważeniu konsekwencji uznania klauzuli sumienia jako podstawowej zasady w regulacji etycznej zawodu lekarza (choć nie tylko) można stwierdzić, że propozycja taka jest propozycją zmiany nie tyle zapisów kodeksu, co zburzeniem hierarchii wartości i umowy społecznej, na których on został oparty.

Czy kodeks etyki zawodowej powinien rozstrzygać każdy dylemat moralny?

Zapewne najczęściej spotykanym zarzutem stawianym kodeksom etyk zawodowych jest brak w nich pewnych regulacji²⁹. Byłby to zarzut słuszny, gdyby uznać, że w kodeksie etyki zawodowej trzeba ująć wszystkie zagadnienia praktyki zawodowej, albo unormować postępowanie członków zawodu we wszystkich ważnych etycznie sytuacjach zawodowych. Czy potrafimy jednak odpowiedzieć na pytanie, jakie to działania zawodowe są etycznie ważne (lub etycznie nieistotne)? Ta okoliczność może być podstawą do kwestionowania w ogóle skuteczności (a więc i potrzeby) wszystkich kodeksów etyki zawodowej, zatem i Kodeksu etyki lekarskiej.

Skoro nie jesteśmy w stanie zawrzeć w kodeksie etyki lekarza wszystkich ważnych zaleceń etycznych, odnoszących się do wszystkich ważnych sytuacji zawodowych, w których ważne wartości moralne mogą być naruszone, to czy jest sens w ogóle zajmować się praktycznymi odniesieniami kodeksu do jakiegokolwiek etyki zawodowej? Może należy traktować kodeksy etyki zawodowej jako jedynie ogólną deklarację etycznych intencji?

Jeśli uznamy, że kodeks wyraża normy działania (i wartości), to każdy kodeks etyki zawodowej winien uwzględniać faktyczne konflikty wartości i rzeczywiście zachodzące problemy, konflikty moralne ludzi zawodu. Wyrażać się one powinny w jednoznacznie rozumianych deklaracjach etycznego postępowania. Bo choć – z czego niekiedy czyni się zarzut nieskuteczności etycznych regulacji kodeksowych – żaden kodeks nie zawiera (i nie może zawierać) kompletu odpowiedzi na wszystkie możliwe sytuacje trudnego wyboru moralnego, jakie zdarzać się mogą w praktyce zawodowej,

²⁹ Np. w kodeksie aptekarzy jest zobowiązanie do dbałości o „wszelkie zabytki kultury materialnej farmacji” (art. 16), gdy w kodeksie lekarzy, pielęgniarek i diagnostów zupełnie pominięto kwestię stosunku do przeszłości własnego zawodu.

to te zapisy, ujęte w postaci norm (także pod nazwą artykułów, paragrafów, punktów), jakie ostatecznie w poszczególnych kodeksach znajdujemy, winny odzwierciedlać konflikty, problemy i dylematy najpowszechniejsze w praktyce zawodowej, choć jednocześnie posiadające najwyższą wagę moralną.

Rozumieć przez to należy ważność tych działań i zagadnień zawodowych, które mają największe znaczenie dla zachowania integralności moralnej człowieka, dla ochrony ważności każdej osoby, na którą działania ludzi zawodu są nakierowane, ostatecznie dla zachowania szacunku dla każdego człowieka.

W związku z tym, podstawowym zadaniem kodeksu stawia się również podstawowy zarzut, że nie może on spełnić wiązanych z nim oczekiwań z racji swojej permanentnej i nieusuwalnej niekompletności. Chodzi o to, że żaden kodeks, w żadnym czasie nie jest w stanie uchwycić wszystkich istotnych problemów moralnych swojego środowiska i tym samym nie jest w stanie dać na nie wskazówek, co do właściwego postępowania. Przy tym uzupełnianie kodeksu nowymi normami etycznymi zapełnia stare luki, odnosi się do wczorajszych braków w regulacji kodeksowej, gdy tymczasem okaże bezradne milczenie wobec nowych dylematów i kontrowersji etycznych, przynoszonych przez każdy nowy dzień.

Choć zatem kodeks etyczny jest zawsze niekompletny, to zawierając dyrektywy niezbędne i najważniejsze dla zachowania (nienaruszania) godności każdej osoby poddanej działaniu lekarskiemu, staje się przez to zestawem dyrektyw wzorcowych i nadrzędnych, dla sytuacji nieopisanych w kodeksie i przemilczanych norm działania, które stają się w sposób oczywisty domyślne, jako te, które dopełniają dyrektywy nadrzędne lub przynajmniej nie mogą być z nimi w sprzeczności.

Normy etyki zawodowej wskazują albo konkretne działania jako słuszne, albo też właściwy „kierunek” działania, gdy wskazują wartości przewodnie, których ochronie albo osiągnięciu działania mają służyć.

Niekompletność kodeksów etyki zawodowej nie jest zatem żadną przeszkodą w jego praktycznym zastosowaniu, ani też znaczącym argumentem dla krytyków etycznych regulacji kodeksowych.

W obronie właściwej relacji między etyką zawodową a sumieniami członków zawodu należałoby zatem (wpierw albo w zupełności) dążyć do poprawiania zapisów już istniejących.

Ważne niedopełnienia etycznej regulacji w kodeksach etyki zawodowej wcześniej, czy później muszą być dostrzeżone i uzupełnione, stąd za o wiele bardziej istotne błędy w kodyfikowaniu zasad etycznych należy uznawać błędy w przedstawianej w kodeksie hierarchii norm (zatem i wartości) oraz wszelkie inne nielogiczności i niejednoznaczności.

Zaburzona hierarchia rzeczy

Zapisy etyczne zakładają, iż są zgodne z moralnością tej grupy, której postępowanie chcą regulować, lub że przynajmniej są niesprzeczne z sumieniami członków tej wspólnoty.

Zapisy etyczne mają szczególne znaczenie dla – jak to ujmuje etyka katolicka – sumień wątpliwych i sumień zawikłanych, kiedy to człowiek nie jest w stanie samodzielnie uformować sądu o wartości moralnej zamierzonego czynu, albo towarzyszy mu

uzasadniona obawa błędu lub też jest przekonany, że jakiegokolwiek wyboru dokona, to wybierze źle i popełni zło³⁰.

Nie jest to miejsce na wyczerpujące omówienie tego zagadnienia, dość podkreślić, że *conditio sine qua non* funkcjonowania kodeksu etycznego jest właściwe uhierarchizowanie jego zasad, co zaczyna się od jednoznacznego wskazania wartości naczelnej postulowanego systemu etycznego (w tym wypadku zespołu przekonań etycznych środowiska lekarskiego). Wartości naczelnej podporządkowane są, co znaczy że jej służą, wszystkie pozostałe wartości, wymienione w kodeksie i przywoływane w razie potrzeby. Ich hierarchia, hierarchia ważności jest – w sposób oczywisty – hierarchią wyborów. Dla podkreślenia tej hierarchii, a także – jak należy się spodziewać – dla lepszej orientacji w tej hierarchii ważności adresatów kodeksu – zapisy normujące postępowanie ludzi zawodu winny być przedstawione we właściwej kolejności: należy wskazać naczelną wartość etyczną całej wspólnoty zawodowej, a następnie – według malejącej ważności – kolejne wartości etyczne (moralne) wymagające szczególnej ochrony oraz normy działania odnoszące się do sposobu chronienia (lub przysparzania) tych wartości.

Zrozumiałe, że w tej jednoznacznej perspektywie, rozdział pierwszy powinien zawierać regulacje etycznie najważniejsze, rozdział ostatni kodeksu – regulacje istotne, lecz już mniej ważne, niż wymienione uprzednio.

Czy kodeks etyki może służyć wyłącznie propagowaniu stanowiska względem istotnych zagadnień współczesnej medycyny, czy też ma być raczej przewodnikiem w życiu zawodowym? Czy chodzi o to, co świat lekarski (w przeważającej mierze lub w znacznej części) uważa na temat genomu lub eksperymentów biomedycznych, czy o stawianie barier działaniom złym etycznie? Ile procent polskich lekarzy ma problem moralny w kwestii ludzkiego genomu, klonowania czy eksperymentów medycznych (w ogóle, niekoniecznie na embrionach) w swojej praktyce zawodowej? Jeśli uznamy, że oba zadania są godne spełnienia, to które z nich winno być ważniejsze, także w układzie treści Kodeksu? Twórcy KEL uznali, iż obecnie zagadnienia badań naukowych i eksperymentów biomedycznych (rozdział II Kodeksu) to drugie, według ważności zagadnienie etyczne polskiego lekarza, ważniejsze niż stosunki wzajemne między lekarzami (rozdział III).

Podobnie, jeśli tytułujemy rozdział „Zasady postępowania w praktyce lekarskiej”, to czy to oznacza, że reszta etycznej regulacji w Kodeksie nie odnosi się do praktyki lekarskiej? Niektóre zasady rzeczywiście nie mają takiego charakteru, ale okaże się, że zdecydowana większość norm to normy nakazujące określone postępowanie zawodowe. Ponadto, jeśli by rzeczywiście jakaś znacząca część kodeksu etyki zawodowej lekarza (jak i każdego zawodu) nie odnosiła się ściśle do działań zawodowych, to po co w ogóle ją umieszczać w kodeksie etyki zawodowej?

Żeby jednak etyka zawodowa, wyrażana przede wszystkim w kodeksach etyki zawodowej, mogła pełnić tę rolę przewodnika w działaniach zawodowych i pomocnika sumienia w dokonywanych wyborach, to zapisy takiego kodeksu muszą mieć wśród swoich adresatów autorytet, muszą być słuszne – odnosić się do rzeczywistych problemów i wskazywać faktycznie dobre działania. Muszą one być zrozumiałe i – przede

³⁰ T. Ślipko, *Zarys etyki ogólnej*, wyd. 4, Wydawnictwo WAM, Kraków 2004, s. 381.

wszystkim – konsekwentne, niesprzeczne ani w sobie, ani w zestawieniu z innymi normami kodeksu, a w efekcie końcowym – przekonujące.

Ukazanie właściwej hierarchiczności zobowiązań szczególnie służy wypełnieniu tego zadania.

Nielogiczności i niejednoznaczności zapisu

Poza koniecznością uporządkowania hierarchii norm w zapisie kodeksowym (zatem ustalenia wpiętej ważności wartości, które należy chronić) należy zabiegać o logiczność wypowiedzi, w tym także logikę struktury Kodeksu.

Wskazując tylko niektóre nielogiczności podziału tekstu Kodeksu za szczególnie rażące należy uznać praktykowanie podziału artykułu... na jedną część. Mamy art. 39, mówiący o odpowiedzialności lekarza także za życie dziecka, gdy podejmuje działania lekarskie u kobiety w ciąży, ale też następny artykuł – 39a zakazujący uczestnictwa w procedurach klonowania. Nie jest tu zachowany ani podział logiczny, ani też treściowy – rzekomy podpunkt „a” art. 39 mówi o rzeczy różnej od tej w art. 39. Tak też jest z art. 41. Składa się ten artykuł z dwóch części, jest zbudowany z odrębnego zapisu jako art. 41 i odrębnego zapisu oznaczonego jako art. 41a. Podobnie mamy art. 42 i art. 42a.

Kuriozalne w swej nielogiczności jest rozdzielenie numeracji poszczególnych artykułów Kodeksu pomiędzy kolejne rozdziały. I tak, art. 41 należy do rozdziału I i podrozdziału pt. „Zaświadczenie lekarskie”, gdzie określa jakie wymagania ma spełniać zaświadczenie lekarskie, natomiast art. 41a, który logicznie biorąc powinien być pierwszym podpunktem podzielonego art. 41, należy już do kolejnego rozdziału II, do podrozdziału pt. „Badania naukowe i eksperymenty biomedyczne” i mówi rzeczywiście o przestrzeganiu zasad badań naukowych. Związku, poza numerem, między tymi artykułami nie ma żadnego.

Błędny, nielogiczny podział dotyczy kolejnych artykułów: 42 (i 42a), 51.

Art. 51 występuje w Kodeksie wyłącznie jako art. 51.1., składa się tylko z jednego podpunktu w artykule, czyli artykuł ten został podzielony na jedną część i artykuł składa się wyłącznie z podpunktu.

Ten sam błąd podziału dotknął cały rozdział II Kodeksu: Rozdział ten, „Badania naukowe i eksperymenty biomedyczne”, podzielony został na rozdział II (art. 41.a–51.1), na rozdział II.a (Związki lekarzy z przemysłem, art. 51a.1–art. 51g) oraz rozdział II.b (art. 51h.1–art. 51h.4). Zupełnie zignorowano tu zasadę podrzędności i nadrzędności podziału, bo jeśli podzielono całość na trzy części, to czemu oznaczenie „a” i „b” mają tylko druga i trzecia z nich? Nie możemy twierdzić, że rozdział został podzielony tylko na część „a” i część „b”, bo do jakiej części należą wówczas artykuły zamieszczone przed rozdziałem II.a?

Kto jest adresatem etycznych zobowiązań lekarza – obywatel czy człowiek?

Nie jest właściwe, gdy mowa o wartościach ogólnoludzkich, twierdzić, że odnoszą się one do obywatela, nie zaś do człowieka. Pojęcie obywatelstwa jest znacząco za-

wężone względem pojęcia człowieczeństwa. Choć – jak zauważają autorzy Stanowiska – akty legislacyjne stawiają „na pierwszym miejscu”³¹ „powszechny obowiązek ochrony zdrowia i życia **obywatela**”, wszak akty prawne jako adresata mają zawsze obywatela (poza przepisami prawa międzynarodowego) – to, gdy podejmuje się postulaty etyczne, kierowane one być muszą do człowieka i traktować o człowieczeństwie, nie obywatelstwie.

Art. 1. Zobowiązuje lekarza do przestrzegania praw człowieka³². Należy zwrócić uwagę, że prawa człowieka i normy etyki zawodowej, między którymi tak często czyni się znak równości, to jedynie częściowo (w treści i intencji) zbieżne ze sobą regulacje dwóch odrębnych sfer regulacji i porządków aksjologicznych – prawa (prawa międzynarodowego) i etyki (etyki zawodowej).

Uniwersalizm moralności to właśnie przekonanie, że wyraża ona wartości ogólnoludzkie, nie zaś prawne (państwowe), religijne czy obyczajowe.

Czym jest dobro chorego?

Art. 2.2 KEL stwierdza, że „Największym nakazem etycznym dla lekarza jest dobro chorego [...] Mechanizmy rynkowe, naciski społeczne i wymagania administracyjne nie zwalniają lekarza z przestrzegania tej zasady”. Choć czyni się z niego wartość nadrzędną systemu etycznego lekarza, to nigdzie nie jest powiedziane, czym „dobro chorego” jest. Można przyjąć co najmniej 3 jego interpretacje:

- o tym, czym jest „dobro chorego” każdorazowo decyduje lekarz;
- „dobro chorego”, to podstawowe wartości etyczne człowieka;
- „dobro chorego”, to całość uprawnień etycznych chorego (tak jak każdego człowieka), składających się na jego godność i autonomię, do których ochrony zobowiązuje się każdy lekarz.

Istotne, by nie pojmować „dobra chorego” w interpretacji pierwszej, bowiem wówczas zabieganie o dobro chorego jest w istocie zabieganiem każdego (tak rozumiejącego to dobro) lekarza, o jego prawo swobodnego stanowienia o pacjencie. Rozumienie „dobra chorego” w wersji drugiej i trzeciej stwarza realne zobowiązania lekarza wobec pacjenta.

Także lekarz nie powinien zapominać, podejmując wszelkie starania dla „dobra pacjenta”, że wolność osobista jest wartością niepodważalną.

Czy nie mamy wątpliwości, gdy w świetle rygorów prawa lub etyki jednak zgadzamy się (zwłaszcza jako lekarze) na cierpienie (którego nie wolno przerwać), co niby jest tym dobrem, tak samo jak zgadzamy się na stan ponizenia np. człowieka umierającego, którego to stanu nie wolno przerwać? Dlaczego mamy zgadzać się (skoro do-

³¹ Trudno zresztą dyskutować z tak ogólnikowym stwierdzeniem.

³² Art. 1.2. „Zobowiązują one [zasady etyki lekarskiej] do przestrzegania praw człowieka i dbania o godność zawodu lekarskiego”. Znamienne, że pierwszym zobowiązaniem lekarza, wyrażonym w Kodeksie, jest obrona godności zawodu, nie zaś pacjenta. *Kodeks etyki lekarskiej*, www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0003/4764/Kodeks-Etyki-Lekarskiej.pdf, 23.07.2015.

bro chorego jest wartością najwyższą!) na naruszanie godności, jeśli już nie jesteśmy w stanie ocalić wartości życia?³³

Jeśli to godność człowieka jest tą wartością najwyższą, której służy ochrona wszystkich innych moralnych wartości (w trakcie wypełniania zadań lekarskich, a nie zamiast nich!), to warto zastanowić się, jak często jest ona przywoływana w zasadach etycznych kodeksu. Okazuje się, że w zapisach KEL znajdujemy 2 artykuły nakazujące ochronę godności pacjenta³⁴ i 5 artykułów, w których nakazuje się działania w obronie godności lekarza (także jako „szacunku” czy „dobrego imienia”)³⁵.

Tu uwaga, że stary zarzut dotyczący paternalizmu lekarzy w relacjach z pacjentem, na który odpowiedzią w kulturze Zachodu stało się podniesienie zagadnienia praw pacjentów, nie jest do końca bezpodstawny, jeśli może on nadal przejawiać swoją żywotność w formie ukrytej, zwłaszcza zaś w nieprecyzyjnych zapisach Kodeksu etyki lekarskiej.

Nie jest to główny temat podjętej analizy, stąd tylko ograniczony do uwagi, że jawna lub ukryta obrona paternalizmu lekarskiego musi znacząco osłabiać poczucie etycznych zobowiązań lekarza wobec pacjenta, innego człowieka poddanego jego swobodnym (o czym przypomina art. 4) działaniom zawodowym³⁶.

Paternalizm prawny głosi, że wystarczającym uzasadnieniem regulacji prawnej jest dobro osoby, której zachowania są przedmiotem regulacji. To wszelkie sytuacje, w których narzuca się danej osobie określone zachowanie, z przekonaniem, że jest to dla niej „dobre”.

W węższym znaczeniu paternalizm prawny oznacza uznawanie prawa do zmuszania innych do postępowania mającego służyć ich własnemu dobru lub niewyrządzaniu sobie krzywdy. To idea ograniczania wolności jednostki w celu ochrony tej wolności. Przykład ingerencji prawa w sferę moralności³⁷.

Akceptacja, nawet ta nie w pełni uświadomiona, dla paternalizmu łatwo otwiera drogę dla akceptacji paternalizmu prawnego. Takie paternalistyczne myślenie prawdo-

³³ Obrona godności pacjenta (a tym bardziej godności własnej) nie jest najwyższym obowiązkiem lekarza. Z uznania życia za wartość najwyższą w etyce lekarskiej wynika, że wolno naruszać godność człowieka, jeśli jest to warunek zachowania (wartości) życia.

³⁴ 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”. Art. 12.1. „Lekarz powinien życzliwie i kulturalnie traktować pacjentów, **szanując ich godność** osobistą, prawo do intymności i prywatności”.

³⁵ Art. 1.2. „[Zasady etyki lekarskiej] Zobowiązują one lekarza do przestrzegania praw człowieka i **dbania o godność zawodu lekarskiego**”. Art. 1.3. „**Naruszeniem godności zawodu** jest każde postępowanie lekarza, które podważa zaufanie do zawodu”. Art. 52.1. „Lekarze powinni **okazywać sobie wzajemny szacunek**. Szczególny szacunek i względy należą się lekarzom seniorom, a zwłaszcza byłym nauczycielom”. Art. 60. „Jeśli zostanie naruszone **dobre imię lekarza**, a rzecznik odpowiedzialności zawodowej lub sąd lekarski nie potwierdzą stawianych mu zarzutów, lekarz powinien uzyskać od izby lekarskiej wszelką możliwą pomoc w naprawieniu wyrządzonej mu szkody”. Art. 70. „Zadania, jakie spełnia lekarz, dają mu podstawę do żądania **ochrony jego godności osobistej**, nietykalności cielesnej oraz pomocy w wykonywaniu działań zawodowych”.

³⁶ Art. 4. „Dla wypełnienia swoich zadań lekarz powinien zachować swobodę działań zawodowych, zgodnie ze swoim sumieniem i współczesną wiedzą medyczną”.

³⁷ D. Bunikowski, *Podstawowe kontrowersje dotyczące ingerencji prawa w sferę moralności...*, s. 81–82.

podobnie nie jest obce autorom postulatu zamiany kodeksów etyk zawodowych na klauzulę sumienia.

Krytykując paternalizm oraz błędy w treści i strukturze kodeksu lekarzy jednocześnie nie zgadzamy się z powtarzaniem wśród etyków osądem B. Skargi, że „Różne kodeksy są [...] usankcjonowaniem moralnej nieczoty”³⁸. Być może niektóre zawodowe zobowiązania etyczne sformułowane są nazbyt enigmatycznie lub sformułowane zapisy norm są pod różnymi względami niedoskonałe, jednak zapewne większość przynajmniej środowisk zawodów medycznych żywi szczere przekonanie, że ich kodeksy etyki zawodowej mają uzasadnienie etyczne. Można jednak też wyrażać obawę, że złe redakcje tych kodeksów przyczyniają się do powstawania opinii (i to opinii etyków!), że ich zadaniem jest zasłonięcie prawdziwych (niecznych) praktyk zawodowych. Także ten powód powinien skłaniać do wysiłków nad stałym udoskonalaniem kodeksów etyk zawodowych.

Kodeks etyczny nie zastąpi sumienia – sumienie nie zastąpi kodeksu

Regulacja etyczna nie powinna być w żadnej swojej części sprzeczna z obowiązującymi regulacjami prawnymi, jednakże swoimi dyspozycjami obejmuje zakres działań ludzkich znacznie szerszy, niż to obejmują regulacje prawne. Chodzi tu zazwyczaj o nakładanie dodatkowych zobowiązań członkom zawodu, albo też zaostrzenie wymagań wobec niektórych pożądanym wśród ogółu cnót ludzkich, które na gruncie zawodu stają się obowiązkiem. Etyki zawodowe przez to zawierają w sobie silny akcent perfekcjonistyczny. Tym samym nie są one skierowane do każdego człowieka i nie każdy człowiek musi przyjmować rygory etyk zawodowych. Wybór zawodu jest aktem zgody na wszelkie uwarunkowania jego wykonywania, w tym zwłaszcza wymagania etyczne.

Perfekcjonizm etyczny jest sferą indywidualnego wyboru, prawo nie jest sferą wyboru, ponieważ obowiązuje wszystkich. Kodeksy etyki zawodowej wyrażają etykę perfekcjonistyczną, co zresztą jest ich podstawową racją bytu – „zwykłej” moralności, „zwykłych” ludzi nie trzeba kodyfikować.

Etyka kodeksowa (także zawodowa) nie jest moralnością, jest jedynie postulatem określonej moralności. Prawo nie nakazuje ludziom, żeby byli doskonali, ani nawet nie nakazuje moralnego (bo o takie chodzi) doskonalenia się.

Dlatego w sporze perfekcjonistów z legalistami, to legaliści mają rację. Wynika to z niewiary, że wszyscy ludzie mogą być doskonali i z wiary, że możliwa jest między ludźmi zgoda na wspólne zasady działania.

Jeśli etyki zawodowe nakazują przyjęcie więcej zobowiązań, niż tego się wymaga w zwyczajnych (niezawodowych) relacjach międzyludzkich, to jest podstawa, by zaliczyć je do etyk perfekcjonistycznych – od swoich adresatów wymagają więcej (cnota, zasady). Ustalając przez to wyższe standardy postępowania pod względem etycznym niż prawo (które określa jedynie podstawowe standardy zachowania, niezbędne dla prawidłowej organizacji i funkcjonowania społeczeństwa. Z tego powodu nie można trakto-

³⁸ B. Skarga, *Usankcjonowanie nieczoty*, w: *Dyskusja redakcyjna*, „Etyka”, R. 1994, nr 27, s. 169–174.

wać prawa jako systemu zasad perfekcjonistycznych etycznie. Do zachowania porządku społecznego wystarczają podstawowe standardy zachowania, ujęte w prawie. Na strażę praw i wolności stoi państwo. Nie jest jednak zadaniem prawa karnego uczynienie ludzi lepszymi pod względem moralnym i tworzenie z nich niezłomnych etycznie, heroicznych obywateli³⁹.

Jako moralność przyjmujemy tu sferę indywidualnych, wewnętrznych przeżyć jednostki, na temat słusznego postępowania człowieka złożonych z wartości, jako celów dobrego postępowania i zasad, jako sposobów osiągnięcia tych wartości. Jako etyczność uznajemy tu (podobnie jak chyba większość autorów) wszelkie wyrazy uzewnętrznienia przekonań grupowych (wspólnotowych) na temat moralności. Stąd najistotniejsze rozróżnienie między moralnością a etycznością (etyką) w dyskusjach nad kodeksami etycznymi dotyczy tego, że ustalać możemy jedynie etykę, moralność natomiast pozostaje domeną przeżyć i decyzji jednostek. Celem wszelkich proklamacji zasad etycznych jest oczywiście skuteczne oddziaływanie na moralność, wszystkich lub określonej grupy adresatów (np. grupy zawodowej).

Założeniem regulacji etycznych, nie zawsze jawnie przywoływanym, jest stworzenie takiego zasobu dyrektyw postępowania, które w obliczu dylematów moralnych pozwolą wybierać działania słusne lub przynajmniej najlepsze. Każdorazowe odwoływanie się do sumienia, a zwłaszcza wielu sumień, nader często bywa zawodne.

„Klauzula sumienia” faktycznie obowiązuje zawsze, niezależnie od tego, że ktoś chciałby jej prawnego uznania. Każdy ma sumienie i każdy się nim kieruje w swoim życiu, niezależnie od istniejących kodeksów ustanowionych w społeczeństwie.

Zatem odwoływanie się do sumienia powinno oznaczać dużą wagę własnych przekonań, a nie zwalnianie się z odpowiedzialności za uchylanie się od działań uznawanych za słusne albo dopuszczalne przez wspólnotę zawodową. Odwaga posługiwania się własnym sumieniem, gdy sprowadza sankcje, łamanie zasad etycznych, niewątpliwie hartuje charaktery. Wierność sumieniu, to ustawiczne klarowanie żywionych przekonań moralnych, a więc i gotowość ponoszenia przez każdego, także lekarza, odpowiedzialności za ich urzeczywistnianie, łącznie – gdy mowa o etyce lekarskiej – z gotowością rezygnacji z zawodu lekarza (lub lepiej w ogóle niepodjęcia próby jego zdobycia), albo też rezygnacji z niektórych lekarskich specjalności lub przynajmniej niektórych miejsc pracy.

Jeśli zwolennicy klauzuli sumienia chcą, by prawnie została uznana ich moralna słusność (nieuznawania zobowiązań etycznych i nieuznawania zobowiązań prawnych), to prawo tego uczynić nie może, bo „prawo to minimum standardów zachowania ludzkiego” i prawo może zabezpieczać wybory moralne, które nie naruszają prawa⁴⁰. Natomiast etyki perfekcjonistyczne mogą postulować określone cnoty i zasady (np. miłość bliźniego). Te zasady i cnoty nie stanowią w procesie tworzenia prawa racji moralnych relewantnych prawnie. Nie są one bowiem nierozłącznie związane z pojęciem prawa, gdyż ustalają wyższe standardy postępowania pod względem etycz-

³⁹ D. Bunikowski, *Podstawowe kontrowersje dotyczące ingerencji prawa w sferę moralności...*, s. 144.

⁴⁰ *Ibidem*, s. 130.

nym, niż prawo, które określa jedynie standardy niezbędne dla prawidłowej organizacji i funkcjonowania społeczeństwa⁴¹.

D. Bunikowski w swoim studium o związkach prawa i moralności przywołuje fundamentalną zasadę dla tej relacji, wynikłą z postępu i wolności we współczesnym świecie. Zdaniem zapewne nie tylko prawnika, w razie poważnych wątpliwości co do potrzeby ingerencji prawa w sferę moralności (ale też, naszym zdaniem, ingerencji etyki w tę sferę) – poza minimum etycznym – w sprawach dotyczących perfekcjonizmu etycznego musi obowiązywać zasada *dubio pro libertata* – w wypadku wątpliwym należy orzekać na korzyść wolności.

Także jeśli ktokolwiek podnosi zarzut, że kodeksy etyk zawodowych przez swoje normy uzurpują sobie prawo kształtowania ludzkich sumień, to nie ma racji. Tym bardziej nie ma racji ten, kto uważa, że kodeks miałby zastępować sumienie.

Kształtowanie ludzkich sumień przez uzgadniane kodeksy byłoby wersją nazbyt idealistyczną – regulacje etyczne zakładają jedynie wiarę, że ludzkie działanie może być słuszne i dobre (etyczne!) nawet wówczas, gdy działający nie posiada własnej motywacji moralnej do działania (lub jest ona niewystarczająco mocna). Wystarczy wówczas, że zobowiąże się on do postępowania zgodnego z ustaleniami swojego zawodowego środowiska, spisane w zasady postępowania i ogłoszonego jako kodeks etyki zawodowej.

Zatem potrzebujemy i sumienia, i prawa, i dobrze napisanych kodeksów etyk zawodowych.

Streszczenie

Artykuł jest analizą zobowiązań etycznych lekarzy wobec społeczeństwa, jakie wynikają z tekstu artykułów obowiązującego Kodeksu etyki lekarskiej oraz jakie zawarte są w propozycjach zmiany niektórych jego zapisów, w tym zwłaszcza uznania tzw. klauzuli sumienia.

Z przeprowadzonego porównania tych zobowiązań z Kodeksu etyki lekarskiej i odpowiednich deklaracji z kodeksów etyki zawodowej pielęgniarki i położnej, aptekarza i diagnosty laboratoryjnego wynika, że w różnych medycznych zawodach zobowiązania te mają różny charakter i zakres.

W artykule przyjęto tezę, że to zrozumiałość dyrektyw zawartych w kodeksie oraz niesprzeczność poszczególnych norm (konsekwencja) jest podstawowym warunkiem ich stosowania w praktyce.

Z tego względu oceniono, że proponowana klauzula sumienia może negować zapisy Kodeksu etyki lekarskiej. Za poważne usterki kodeksu etyki uznano też brak hierarchii ważności w podawanych nakazach, a także nielogiczność i niejasność niektórych zapisów.

We wnioskach stwierdzono m.in., że Kodeks etyki lekarskiej pełni ważną rolę w kształtowaniu postaw etycznych lekarzy, jego zapisy wymagają ustawicznego doskonalenia oraz że kodeks etyki nie musi być w konflikcie ani z prawem państwowym, ani z sumieniem człowieka.

Słowa kluczowe: Etyka lekarska, zobowiązania etyczne, klauzula sumienia

⁴¹ Ibidem, s. 90–91.

Physician's ethical commitment to society in view of the Medical Code of Ethics, and to certain suggestions of its modification

Summary

The article focuses on an analysis of physician's ethical commitment to society, stemming from the binding Medical Code of Ethics, as well as of suggestions concerning modification of its certain provisions, particularly the so called Conscience Clause.

A comparison of the commitment discussed, contained in the Code, with corresponding declarations in the respective Professional Codes of Ethics for Nurses and Midwives, Pharmacists and Laboratory Diagnosticians – indicates that such commitment differs in the particular medical professions, both in its nature and its scope.

The authors surmised that the fundamental prerequisite of putting the Code's directives in practice was their intelligibility and consistency of its particular norms.

It was, therefore, judged that the proposed conscience clause might indeed negate the very Medical Code of Ethics provisions. The authors pointed to other serious flaws in the Code, such as a relative failure to prioritise the pertinent provisions, as well as a certain measure of incoherence and ambiguity of some of them.

They concluded, among other things, that the Medical Code of Ethics was instrumental in shaping ethical attitudes among physicians. Still, its provisions require constant refinement. Crucially, the Code does not need, of necessity, to clash with neither the State Law nor with human conscience.

Key words: *medical ethics, ethical commitments, conscience clause*

