

Magdalena RESHEF

lek. med., magister prawa, doktorantka Interdyscyplinarnych Studiów Doktoranckich,
Wydział Prawa, Uniwersytet SWPS Warszawa

„Lekarz a społeczeństwo”.

Komentarz do V rozdziału Kodeksu etyki lekarskiej

V rozdział Kodeksu etyki lekarskiej (dalej KEL) nosi tytuł „Lekarz a społeczeństwo”. W odróżnieniu od poprzednich rozdziałów KEL, które wytyczają normy obowiązujące przede wszystkim w bezpośredniej relacji lekarz–pacjent, ten rozdział koncentruje się na relacjach lekarza z ogółem społeczeństwa. Unormowanie etyczne stanowi filozoficzną bazę, a jej uzupełnienie stanowią przepisy obowiązującego prawa. Warto uświadomić sobie, że Krajowy Zjazd Lekarzy uchwalił w 1991 r. KEL za rządów wielu nieobowiązujących dzisiaj ustaw i poprzedniej Konstytucji. Dzisiaj wytyczone w rozdziale V KEL standardy etyczne, bądź znajdują odzwierciedlenie w obowiązujących przepisach prawa, bądź straciły na aktualności, gdyż są sprzeczne z normami zawartymi w aktach prawnych. W ostatniej sytuacji podkreślenia wymaga uwaga, że w przypadku wystąpienia sprzeczności między zasadami wyrażonymi w KEL a obowiązującymi przepisami prawa, lekarz musi przestrzegać prawa¹.

W naszym społeczeństwie powszechnie akceptowana jest norma nakazująca wszystkim ludziom niesienie pomocy każdemu, komu grozi niebezpieczeństwo utraty życia lub zdrowia. Ten moralny obowiązek niesienia pomocy ma także charakter obowiązku prawnego, wyrażonego w art. 162 Kodeksu karnego², a jego naruszenie zostało obwarowane sankcją karną w postaci pozbawienia wolności. Przedmiotem ochrony tej normy prawnej jest życie i zdrowie człowieka w sytuacjach, w których istnieje bezpośrednie zagrożenie życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Standard udzielanej pomocy jest wyznaczony konkretnym położeniem, w jakim znalazł się człowiek wymagający pomocy, umiejętnościami osoby zobowiązanej do udzielenia pomocy i środkami, jakimi dysponuje w chwili udzielenia pomocy³. Zwalniająca z obowiązku udzielenia pomocy jest możliwość uzyskania niezwłocznej pomocy ze strony instytucji lub osoby do tego powołanej. Jednak do czasu ich przybycia, na każdym ciężko obowiązek udzielenia pomocy, kto ze względu na miejsce przebywania jest w stanie jej udzielić. Ten, kto

¹ L. Kubicki, *Czy zasady Kodeksu Etyki Lekarskiej obowiązują lekarza?*, „Medycyna Praktyczna” 2013, http://www.mp.pl/etyka/podstawy_etyki_lekarskiej/show.html?id=82688.

² Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. *Kodeks karny*, Dz. U. 1997, Nr 88, poz. 553, z późn. zm. „Art. 162 § 1. Kto człowiekowi znajdującemu się w położeniu grożącym bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu nie udziela pomocy, mogąc jej udzielić bez narażenia siebie lub innej osoby na niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3. § 2. Nie popełnia przestępstwa, kto nie udziela pomocy, do której konieczne jest poddanie się zabiegowi lekarskiemu albo w warunkach, w których możliwa jest niezwłoczna pomoc ze strony instytucji lub osoby do tego powołanej”.

³ *Kodeks karny, część szczegółowa. Komentarz*, red. A. Zoll, Kraków 2006, s. 396–397.

uchylił się od udzielenia pomocy w myśl przywołanego artykułu Kodeksu karnego może ponieść odpowiedzialność karną, chyba że udzielając jej naraziłby siebie lub inną osobę na takie samo niebezpieczeństwo lub pomoc taka wymagałaby poddania się zabiegowi lekarskiemu.

Tym bardziej uzasadnione jest więc istnienie społecznego oczekiwania uzyskania takiej pomocy od lekarza. W Polsce, dla zapewnienia pomocy każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego powołano system Państwowego Ratownictwa Medycznego⁴. Z ustawowej definicji wynika, że stan nagłego zagrożenia zdrowotnego to stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia. Z powyższym skorelowany art. 7 § 1 ustawy *o prawach pacjenta*⁵, który gwarantuje pacjentowi prawo do natychmiastowego uzyskania świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia. Prawo to nie jest niczym ograniczone, zatem żadne okoliczności nie mogą stać się podstawą odmowy świadczeń. Co więcej, adekwatny do powyższej sytuacji przepis odnajdziemy również w art. 15 ustawy *o działalności leczniczej*⁶, który zobowiązuje podmiot leczniczy do udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która takiego natychmiastowego udzielenia świadczenia potrzebuje ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia⁷. Adresatami tego przepisu są podmioty lecznicze⁸, niezależnie od formy organizacyjnej, a wymienione w art. 4 ust. 1 te same ustawy. Zatem osoba, będąca obywatelem polskim lub tylko przebywająca na terytorium państwa polskiego, która potrzebuje natychmiastowego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia, ma prawo do świadczeń, nawet po wyczerpaniu tzw. limitu świadczeń, bez skierowania i z pominięciem list oczekujących, również będąc osobą nieobjętą ubezpieczeniem zdrowotnym⁹.

Podstawowym źródłem prawnego obowiązku udzielenia pomocy lekarskiej jest art. 30 ustawy *o zawodach lekarza i lekarza dentyści*¹⁰. Z treści tego artykułu wynika, że każdy lekarz mający prawo wykonywania zawodu, bez względu na to czy jest za-

⁴ Ustawa z dnia 8 września 2006 r. *o Państwowym Ratownictwie Medycznym*, Dz. U. 2006, Nr 191, poz. 1410, z późn. zm.

⁵ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, Dz. U. 2009, Nr 52, poz. 417, z późn. zm. W świetle art. 3 § 1 ust. 4) te same ustawy pacjentem jest osoba zwracająca się o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub korzystająca ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub osobę wykonującą zawód medyczny.

⁶ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej*, Dz. U. 2015, poz. 618.

⁷ Treść omawianego obowiązku zapisanego w ustawie *o działalności leczniczej* koresponduje z art. 19 § 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, Dz. U. 2004, Nr 210, poz. 213, z późn. zm.: „W stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie.” w związku z art. 60 „W stanach nagłych świadczenia zdrowotne są udzielane bez wymaganego skierowania”.

⁸ Przepis ten nie odnosi się zatem do praktyk zawodowych, gdzie taki obowiązek będzie wynikał z ustawy *o zawodach lekarza i lekarza dentyści*, zob. niżej.

⁹ M. Dercz, T. Rek, *Ustawa o działalności leczniczej, komentarz*, Warszawa 2014, s. 102–104.

¹⁰ Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. *o zawodach lekarza i lekarza dentyści*, Dz. U. 1997, Nr 28, poz. 152, z późn. zm.

trudniony, czy aktualnie nie pracuje, jest zobowiązany mocą samej ustawy do udzielenia pomocy lekarskiej w trzech sytuacjach: 1) gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, 2) gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia oraz 3) w innych przypadkach niecierpiących zwłoki. Zatem, w odróżnieniu od obowiązku powszechnego, obowiązek zawodowy lekarza nie ogranicza się do sytuacji, w których takie niebezpieczeństwo istnieje w danym momencie. Obowiązek lekarza dotyczy także mniej poważnego przypadku, bowiem lekarz jest obowiązany działać również wtedy, gdyby zwłoka w udzieleniu pomocy mogła, chociażby pośrednio, dopiero niebezpieczeństwo takie spowodować¹¹.

Co ważne, obowiązek powszechny może być uchylony, jeśli udzielenie pomocy wiązałoby się z narażeniem udzielającego pomocy na takie samo niebezpieczeństwo, natomiast ustawa o zawodzie lekarza modyfikuje ten obowiązek w ten sposób, iż ogranicza w stosunku do lekarza możliwość powołania się na klauzulę własnego bezpieczeństwa¹².

Ponadto, lekarz udzielający swej pomocy nie może ograniczać się tylko do stanów bezpośredniego zagrożenia życia lub ciężkiego uszczerbku zdrowia, ale nieść ją w każdym innym przypadku niecierpiącym zwłoki. Zwrot użyty w ustawie „w innych przypadkach niecierpiących zwłoki” A. Zoll nazywa wręcz „nieszczęśliwym”¹³, gdyż nastęrcza on trudności interpretacyjne. W doktrynie przyjęło się, że należy go rozumieć w ten sposób, że stan zdrowotny chorego ma takie oczywiste cechy, w których pomoc lekarska jest bezzwłocznie potrzebna¹⁴. Chodzi zatem o sprawy pilne, wymagające natychmiastowego załatwienia, jednak nie tak poważne, że nieudzielenie pomocy mogłoby skutkować ciężkim rozstrojem zdrowia lub ciężkim uszkodzeniem ciała, a raczej prowadzące do pogorszenia stanu zdrowia, utrudnienia procesu diagnozowania lub skomplikowania procesu terapeutycznego¹⁵. Wobec powyższego, tak przyjęty w ustawie o zawodzie lekarza obowiązek udzielenia pomocy lekarskiej, w każdym przypadku niecierpiącym zwłoki oznacza znacznie szerszy zakres pomocy niż obowiązujący służby ratownicze, a tym samym konieczność niesienia takiej pomocy przez lekarza nawet wtedy, gdy ratownicze służby medyczne nie są zobowiązane do podjęcia takich działań.

Istotnym warunkiem powstania obowiązku udzielenia pomocy przez lekarza jest okoliczność, w której lekarz znajduje się w zasięgu osoby wymagającej pomocy, czyli na tyle blisko, że możliwe jest realne spełnienie tego obowiązku, a więc w takim czasie, którego upływ nie pogorszy w sposób istotny szansy na zapobieżenie negatywnym skutkom¹⁶. Natomiast, będzie to niezależne od tego czy znalazł się tam przypadko-

¹¹ Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentyisty. Komentarz, red. E. Zielińska, Warszawa 2008, s. 436.

¹² M. Filar, *Odpowiedzialność karna lekarza za zaniechanie udzielenia świadczenia zdrowotnego (nieudzielenie pomocy)*, „Prawo i Medycyna” 1999, nr 3, s. 38.

¹³ A. Zoll, *Prawo lekarza do odmowy udzielenia świadczeń zdrowotnych i jego granice*, „Prawo i Medycyna”, Warszawa 2003, nr 13, s. 19.

¹⁴ L. Kubicki, *Obowiązek udzielania pomocy lekarskiej*, „Prawo i Medycyna” 2003, nr 13, s. 5.

¹⁵ E. Zielińska, *Ustawa o zawodach lekarza...*, s. 435–436.

¹⁶ L. Kubicki, *Obowiązek udzielenia pomocy...*, s. 5; M. Filar, *Odpowiedzialność karna lekarza...*, s. 39.

wo, czy wskutek przybycia na wezwanie, czy też pracował w szpitalu, do którego trafił pacjent¹⁷.

Analizie należy poddać również zakres omawianego obowiązku. Czynniki wpływającymi na zakres możliwej do udzielenia pomocy będą: poziom wiedzy, umiejętności i doświadczenie lekarza oraz posiadane przez niego leki i wyroby medyczne, którymi w danej chwili może dysponować. Trzeba mieć na uwadze fakt, że gdyby sytuacja nie miała charakteru nagłego, niecierpiącego zwłoki, to ten właśnie lekarz w ogóle nie podjąłby się przecież udzielenia tej pomocy¹⁸. Zatem oczekiwania co do standardu pomocy udzielanej przez lekarza w sytuacji nagłej, nie mogą równać się choćby przeciętnym wymaganiom, ale wyłącznie postulowanym przez A. Zolla standardom determinowanym sytuacją, czyli wyznaczonym przez miejsce, czas i okoliczności¹⁹. Nawet w sytuacjach beznadziejnych, lekarz powinien podjąć działania, które przynajmniej zminimalizują cierpienia fizyczne lub psychiczne pacjenta²⁰. Ponieważ przepis mówi o udzieleniu pomocy lekarskiej, to obowiązek ten nie musi być utożsamiany z leczeniem. Nie ma w zasadzie znaczenia, czy ewentualne udzielenie pomocy mogło czy nie mogło zapobiec wystąpieniu ujemnych skutków. Pomoc, mając charakter doraźny, może ograniczyć się do prostych czynności medycznych, jak zatamowanie krwotoku, założenia opatrunku usztywniającego, podaniu leków przeciwwstrząsowych, wspomagających krążenie lub oddychanie (o ile pozostają w dyspozycji danego lekarza), a nawet tylko do odpowiedniego ułożenia chorego lub zabezpieczenia przed wychłodzeniem. Z tych względów, lekarz nie może uzasadniać odmowy udzielenia jakiegokolwiek pomocy brakiem odpowiednich leków, sprzętu specjalistycznego czy też posiadaniem niedostatecznych kwalifikacji²¹.

Pewne wątpliwości powstają w związku z rezygnacją w art. 30 ustawy z klauzuli zwalniającej lekarza z obowiązku pomocy, gdy możliwe jest jej udzielenie przez powołane do tego służby. Nie jest bowiem jasne, czy oznacza to bezwzględny obowiązek po stronie lekarza, by spieszyc z pomocą nawet wówczas, gdy wystarczy zwrócić się o nią do powołanych do tego celu służb²². Jak w wielu przypadkach, tak i tutaj zdania doktryny są podzielone. A. Zoll zakłada, że w sytuacji, w której istnieje możliwość uzyskania pomocy ze strony instytucji do tego powołanej, brak jest zwłoki w udzielaniu pomocy, o której mowa w art. 30 ustawy²³. Inaczej twierdzi L. Kubicki, którego zdaniem lekarz obowiązany jest spieszyc z pomocą bez względu na możliwość jej uzyskania ze strony wyspecjalizowanych służb i bez względu na swoją specjalizację, nie zawsze wszakże adekwatną do stanu chorobowego osoby oczekującej pomocy. Uznaje on bowiem tylko 3 przesłanki wyłączające wykonanie omawianego obowiązku: 1) ogólna przesłanka braku zdolności do działania w myśl reguły *ultra posse*

¹⁷ E. Zielińska, *Ustawa o zawodach lekarza...*, s. 437.

¹⁸ E. Zielińska, *Ustawa o zawodach lekarza...*, s. 440–441.

¹⁹ A. Zoll, *Granice legalności zabiegu medycznego*, „Prawo i Medycyna” 1999, nr 1, s. 3.

²⁰ M. Filar, *Odpowiedzialność karna lekarza...*, s. 37.

²¹ E. Zielińska, *Ustawa o zawodach...*, s. 439.

²² J. Kulesza, *O ewolucji lekarskiego obowiązku pomocy na tle obowiązku ogólnoludzkiego*, „Prawo i Medycyna” 2007, nr 2, s. 108.

²³ A. Zoll, *Prawo lekarza do odmowy udzielenia świadczeń zdrowotnych i jego granice*, „Prawo i Medycyna” 2003, nr 13, s. 21.

nemo obligatur (nikt nie ma obowiązku czynić więcej niż może), 2) lekarz w tym czasie udziela pomocy wymaganej przez art. 30 ustawy innej osobie lub dokonuje czynności lekarskiej, która nie może być przerwana, 3) istnienie ryzyka sytuacyjnego, czyli niebezpieczeństwa dla lekarza wynikającego z otoczenia, w jakim chory się znajduje. Nie dotyczy to jednak niebezpieczeństwa wynikającego z samego stanu chorobowego osoby, której powinna być udzielona pomoc, gdyż wtedy lekarz powinien dokonać wszystkich niezbędnych czynności zgodnych z aktualnym stanem wiedzy, a jednocześnie możliwych w danej sytuacji, nawet z narażeniem na niebezpieczeństwo osobiste, które to ryzyko jest integralnie związane z zawodem lekarza²⁴. Podobnie E. Zielińska uważa, że fakt, że do takiej osoby zostały wezwane już odpowiednie służby ratownicze, nie zwalnia obecnego na miejscu zdarzenia lekarza od udzielenia pomocy lekarskiej do czasu przybycia tych służb²⁵.

Przepis art. 30 ustawy *o zawodzie lekarza* jest adresowany do wszystkich lekarzy i dotyczy ich relacji ze wszystkimi ludźmi²⁶. Obowiązek ten dotyczy każdego lekarza, niezależnie od aktualnego zatrudnienia lub jego braku, bez względu na to, czy jest on w trakcie pracy, czy też spędza czas prywatnie²⁷, więc będzie się aktualizował praktycznie w każdej sytuacji, również w kinie czy pociągu, gdy ktoś zawoła: „czy jest tu lekarz?”, albo gdy w nocy po pomoc zwróci się sąsiadka. Choć przyznać należy, że określony jest on za bardzo rygorystycznie i bezwzględnie.

Zaniechanie obowiązku udzielenia pomocy w warunkach art. 30 ustawy *o zawodzie lekarza* będzie zawsze czynem bezprawnym, choć aktualnie obowiązująca ustawa nie przewiduje żadnej odrębnej sankcji za niewykonanie ciążącego na lekarzu obowiązku udzielenia pomocy, wynikającego z tegoż artykułu²⁸. W związku z wątpliwościami wynikającymi z ustawowego określenia obowiązku udzielania pomocy lekarskiej, zasadny wydaje się postulat racjonalnej modyfikacji obecnej regulacji tej kwestii, uwzględniającej również zakres odpowiedzialności karnej lekarza za niedopełnienie tego obowiązku²⁹.

Z ustawowym obowiązkiem udzielania pomocy przez lekarza koresponduje norma deontologiczna zawarta w art. 69 KEL. Obliguje ona każdego lekarza do udzielenia pomocy lekarskiej zawsze wtedy, gdy jest to przypadek niecierpiący zwłoki i równocześnie nie istnieje możliwość jej uzyskania ze strony instytucji powołanych do udzielenia pomocy.

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

²⁴ L. Kubicki, *Obowiązek udzielenia pomocy...*, s. 6, 9.

²⁵ E. Zielińska, *Ustawa o zawodach lekarza...*, s. 437–438.

²⁶ Ibidem, s. 433.

²⁷ Ibidem, s. 429.

²⁸ L. Kubicki, *Obowiązek udzielenia pomocy...*, s. 17.

²⁹ Obecnie odpowiedzialność karna, której będzie podlegał lekarz, który zaniechał obowiązku udzielenia pomocy oparta jest o przepisy Kodeksu karnego, ale jej omówienie wykracza poza ramy niniejszego opracowania.

Niestety, KEL nie definiuje ani przypadków niecierpiących zwłoki, ani jaki powinien być zakres pomocy udzielanej przez lekarza w takich przypadkach, więc odpowiedzi należy szukać w przepisach powszechnie obowiązującego prawa, które taki obowiązek niesienia pomocy formułują.

Odwołując się do powszechnego obowiązku udzielenia pomocy podkreślić należy, że dezaktualizuje się on w sytuacji, gdy istnieje możliwość uzyskania niezwłocznej pomocy ze strony instytucji lub osoby do tego powołanej (podkreślić należy niezwłoczny charakter tej możliwości). Art. 30 ustawy nie zawiera w ogóle klauzuli wyłączającej obowiązek udzielenia pomocy. Natomiast art. 69 KEL przewiduje zwolnienie lekarza z obowiązku w sytuacji, gdy możliwe jest uzyskanie pomocy ze strony powołanych do tego służb, choć nie określono granic czasowych ich przybycia. Norma etyczna jest zatem mniej rygorystyczna niż normy prawne i tę sytuację E. Zielińska ocenia jako nieprawidłową i wymagającą w przyszłości zmiany³⁰.

Ze względu na całkowitą niespójność brzmienia art. 69 KEL z ustawową definicją lekarskiego obowiązku udzielania pomocy, stracił on swoje znaczenie normatywne³¹.

* * *

Nie ulega wątpliwości, że codziennie w swej pracy lekarze chronią najcenniejsze wartości, czyli zdrowie i życie ludzkie. Jednak wykonywaniu zawodu lekarza, chyba od zawsze, towarzyszy agresja ze strony pacjentów lub członków ich rodzin, zarówno werbalna, jak również fizyczna. Niestety, można odnieść wrażenie, że w ostatnich latach częstość tego zjawiska zdecydowanie narasta. Uzasadniony wydaje się postulat zawarty w art. 70 KEL, żądający udzielenia lekarzowi ochrony godności osobistej i nietykalności cielesnej oraz pomocy w wykonywaniu działań zawodowych.

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

Państwo polskie zapewnia szczególną ochronę prawa karnego funkcjonariuszom jego instytucji, by ich aktywność, będąca wypełnieniem zadań państwa, mogła przebiegać prawidłowo i niezakłócenie. Dlatego, w Kodeksie karnym, w rozdziale XXIX sypizowano m.in. przestępstwa godzące w bezpieczeństwo i dobre imię funkcjonariuszy publicznych³², by chronić jednocześnie sprawną działalność, jak i autorytet instytucji

³⁰ E. Zielińska, *Ustawa o zawodach...*, s. 446.

³¹ L. Kubicki, *Obowiązek udzielenia pomocy...*, s. 9.

³² Definicję legalną funkcjonariusza publicznego zawiera art. 115 § 13 k.k.: „Funkcjonariuszem publicznym jest: 1) Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej, 2) poseł, senator, radny, 2a) poseł do Parlamentu Europejskiego, 3) sędzia, ławnik, prokurator, funkcjonariusz finansowego organu postępowania przygotowawczego lub organu nadrzędnego nad finansowym organem postępowania przygotowawczego, notariusz, komornik, kurator sądowy, syndyk, nadzorca sądowy i zarządca, osoba orzekająca w organach dyscyplinarnych działających na podstawie ustawy, 4) osoba będąca pracownikiem administracji rządowej, innego organu państwowego lub samorządu terytorialnego, chyba że pełni wyłącznie czynności usługowe, a także inna osoba w zakresie, w którym uprawniona jest do wydawa-

państwowych i samorządowych³³. Podkreślić należy, że samo wykonywanie zawodu lekarza lub lekarza dentystry nie jest traktowane jako bycie funkcjonariuszem publicznym³⁴. Natomiast, w określonych ustawowo trzech szczególnych przypadkach lekarzowi będzie przysługiwać ochrona prawna należna funkcjonariuszowi publicznemu (choć nie oznacza to nadania lekarzowi statusu funkcjonariusza publicznego). Po pierwsze, ochronę taką przyznaje art. 44 ustawy *o zawodach lekarza i lekarza dentystry* po spełnieniu następujących warunków: lekarz, który wykonuje czynności w ramach świadczeń pomocy doraźnej lub w przypadku, o którym mowa w art. 30 ustawy, czyli w sytuacji, gdy lekarz ma obowiązek udzielenia pomocy, gdyż zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia lub powstania ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia lub zachodzi przypadek niecierpiący zwłoki. Po drugie, korzystać z tej ochrony będzie lekarz sądowy przy wykonywaniu czynności związanych z wydawaniem zaświadczeń na podstawie art. 2 ust. 2 ustawy *o lekarzu sądowym*³⁵. Po trzecie, z treści art. 5 ust. 1 ustawy *o Państwowym Ratownictwie Medycznym*³⁶ wynika, że osoba udzielająca pierwszej pomocy, kwalifikowanej pierwszej pomocy oraz podejmująca medyczne czynności ratunkowe korzysta z ochrony przewidzianej w Kodeksie karnym dla funkcjonariuszy publicznych, co w tym zakresie niejako zrównuje tę osobę z lekarzem działającym w warunkach art. 44 ustawy *o zawodzie lekarza*. Zatem jednakowej ochronie będzie podlegał lekarz działający w zespole ratowniczym, jak i ten, który przypadkowo znalazł się na miejscu zdarzenia³⁷.

Dla tych trzech szczególnych przypadków praktyki lekarskiej będą więc mieć zastosowanie przepisy art. 222, 223 i 226 Kodeksu karnego, przewidujące odpowiedzialność karną za naruszenie nietykalności cielesnej funkcjonariusza publicznego, czynną napaść oraz znieważenie jego osoby. Wszystkie one zagrożone są karą pozbawienia wolności, ale co istotne: są ścigane z oskarżenia publicznego. Bowiern podstawowa różnica między powszechną (przysługującą każdej osobie) ochroną integralności cielesnej i godności osobistej a ochroną tychże dóbr przysługującą funkcjonariuszom publicznym, zasada się na trybie ścigania. W przypadku czynów popełnionych na szkodę funkcjonariusza publicznego czynności organów ścigania podejmowane są w trybie

nia decyzji administracyjnych, 5) osoba będąca pracownikiem organu kontroli państwowej lub organu kontroli samorządu terytorialnego, chyba że pełni wyłącznie czynności usługowe, 6) osoba zajmująca kierownicze stanowisko w innej instytucji państwowej, 7) funkcjonariusz organu powołanego do ochrony bezpieczeństwa publicznego albo funkcjonariusz Służby Więziennej, 8) osoba pełniąca czynną służbę wojskową”.

³³ *Kodeks Karny, część szczegółowa. Komentarz*, red. A. Zoll, Kraków 2006, s. 887–888.

³⁴ Lekarz może być uznany za funkcjonariusza publicznego, jeśli oprócz wykonywania zawodu lekarza pełnić będzie dodatkowe funkcje, na przykład związane z administracją rządową lub samorządową. Wtedy szczególna ochrona przysługuje mu wyłącznie podczas lub z związku z wypełnianiem tych dodatkowych funkcji, a nie z faktu bycia lekarzem. Dlatego też, ochrona ta nie będzie już przysługiwać w chwili samego tylko wykonywania zawodu lekarza (wyrok SN z dnia 27 listopada 2000 r., WKN 27/00, OSNKW 2001, nr 3–4, poz. 21).

³⁵ Ustawa z dnia 15 czerwca 2007 r. *o lekarzu sądowym*, Dz. U. 2007, Nr 123, poz. 849 z późn. zm.

³⁶ Ustawa z dnia 8 września 2006 r. *o Państwowym Ratownictwie Medycznym*, Dz. U. 2006, Nr 191, poz. 1410 z późn. zm.

³⁷ E. Zielińska, *Ustawa o zawodach...*, s. 623.

publicznoskargowym, a zatem organy mają obowiązek prowadzić postępowanie przygotowawcze z własnej inicjatywy, a także wnieść i popierać przed sądem akt oskarżenia. Natomiast te same przestępstwa ścigane są w trybie prywatnoskargowym, o ile zostały popełnione na szkodę każdej innej osoby, na podstawie art. 212 k.k. (zniesławienie), art. 216 k.k. (znieważenie), art. 217 k.k. (naruszenie nietykalności cielesnej). Postępowanie z oskarżenia prywatnego stanowi wyjątek od reguły, jaką jest prowadzenie przez organy procesowe czynności z urzędu. Wypada w tym miejscu zwrócić uwagę na fakt, że nie każda forma agresji słownej będzie wypełniać znamiona wymienionych wyżej czynów zabronionych, gdyż odpowiedzialnością karną skutkować będą przypadki poważniejszych naruszeń czci i godności człowieka (w pozostałym zakresie możliwe jest dochodzenie roszczeń cywilnoprawnych z tytułu naruszenia dóbr osobistych, czyli na podstawie art. 23 i art. 24 Kodeksu cywilnego).

Dla lekarza, podjęcie decyzji o ściganiu pacjenta, który go znieważył, zniesławił, czy też godził w jego nietykalność cielesną jest niezwykle trudne i dlatego unikając wdawania się w spory sądowe z pacjentami lekarze „puszczają te przykre zajścia w niepamięć”. Trzeba jednak zdać sobie sprawę z konsekwencji braku ścigania, gdyż prowadzi ono do powstania wrażenia bezkarności sprawców tych czynów, a przyzwolenie na działania bezprawne, w przyszłości mogłoby się stać społecznie niebezpieczne³⁸.

Warto zwrócić uwagę na inicjatywę Naczelnej Izby Lekarskiej i Naczelnej Izby Pielegniarek i Położnych polegającą na utworzeniu systemu „Monitorowania agresji w ochronie zdrowia”. W celu zgłoszenia przypadku agresji w miejscu pracy należy dobrowolnie wypełnić ankietę zamieszczoną na portalu NIL, zarówno anonimowo, jak i po zarejestrowaniu się³⁹. Zgłoszenia przyjmowane są wyłącznie w celach statystycznych. Jednakże, po przesłaniu takiego zgłoszenia można skontaktować z izbą, w celu uzyskania informacji o dostępnych sposobach działania i o pomocy dostępnej w ramach uprawnień samorządu zawodowego. Należy przy tym zaznaczyć, że w 2010 r. powołano Rzecznika Praw Lekarzy, którego podstawowym zadaniem jest występowanie w obronie godności zawodu lekarza oraz obrona zbiorowych interesów lekarzy. W uzasadnionych przypadkach, Rzecznik podejmuje też interwencje na rzecz indywidualnego lekarza, szczególnie, gdy naruszenie jego praw może mieć konsekwencje dla całego środowiska.

* * *

W kolejnym artykule KEL zasygnalizowano problematykę o znaczeniu niezwykle istotnym dla stanu zdrowia społeczeństwa. Przecież wielu chorób, które powstają z winy człowieka, można by uniknąć, gdyby zagadnienia zdrowego trybu życia i profilaktyki stanowiły przedmiot zainteresowania całego społeczeństwa oraz władz.

Art. 71. Lekarz ma obowiązek zwracania uwagi społeczeństwa, władz i każdego pacjenta na znaczenie ochrony zdrowia, a także na zagrożenie ekologiczne. Swoim pos-

³⁸ J. Sobczak, *W kwestii ochrony praw lekarza*, „Medyczna Wokanda”, Poznań 2010, nr 2, s. 37.

³⁹ Od początku istnienia systemu (1 X 2010 r.) dokonano 157 zgłoszeń, w tym w ubiegłym roku – 15, a najwięcej w 2011 r. – 63.

tepowaniem, również poza pracą zawodową, lekarz nie może propagować postaw antyzdrowotnych.

Inspirowanie działań na rzecz podnoszenia zdrowotności społeczeństwa jest moralnym obowiązkiem każdego lekarza. Współczesny lekarz nie powinien tego rodzaju działań zrzucić poza margines swojej działalności, choćby wymagało to od niego bezinteresownej pracy społecznej. W świetle współczesnej wiedzy wyróżnia się bowiem cztery czynniki warunkujące zdrowie: 1) odziedziczone geny, 2) środowisko, w którym człowiek żyje i pracuje, 3) styl życia [nawyki prozdrowotne lub antyzdrowotne] oraz 4) dostępność i jakość opieki medycznej. Ponadto, badania wskazują, że ochrona zdrowia człowieka, tym samym całej populacji, zależy w 75% od wiedzy zdrowotnej i postępowania danej osoby, 15% zależy od oddziaływania środowiska, a dalsze 10% od działań profilaktycznych i leczniczych opieki medycznej. Zadaniem lekarza powinno być zatem uświadomienie pacjentowi własnej odpowiedzialności za swoje zdrowie i przekazywanie wiedzy, jak umiejętnie postępować w celu zwiększenia kontroli nad swoim zdrowiem, m.in. poprzez wyrobienie nawyków zachowań korzystnych dla zdrowia oraz zwalczanie nałogów i innych zachowań antyzdrowotnych.

Choć dla praktykującego lekarza priorytetem jest los konkretnego pacjenta, to za nie mniej istotne KEL uważa zwracanie uwagi całego społeczeństwa i władz na powyższe kwestie. Jakość środowiska, w jakim żyjemy, w pewnej mierze zależy od działań administracji państwowej i samorządowej, tych w sferze materialnej, jak i prawnej. Zaś działania prozdrowotne władz zależą od wiedzy decydentów o czynnikach warunkujących zdrowie. A przecież wprowadzanie odpowiednich przepisów prawnych i podejmowanie pewnych działań oraz inwestycji może skutkować pozytywnymi zmianami środowiska, a więc powietrza, wody, gleby oraz wymuszać na społeczeństwie przestrzeganie zachowań prozdrowotnych (np. zakaz palenia tytoniu w miejscach publicznych).

Poza zobowiązaniem lekarza do przekazywania wiedzy o sposobach zachowania zdrowia, KEL zakazuje lekarzowi propagowania postaw antyzdrowotnych. Podkreślenia wymaga fakt, że powyższe zalecenie obowiązuje lekarza zarówno w czasie wykonywania pracy zawodowej, ale także w życiu prywatnym. Choć niestety żyjemy w czasach, w których zmniejsza się rola autorytetów, więc także autorytetu lekarza, to moim zdaniem, tym bardziej postawa lekarza powinna stanowić wzór do naśladowania w takich kwestiach, jak choćby unikanie używek uznanych za szkodliwe dla zdrowia, takich jak alkohol, tytoń czy narkotyki.

Nauką o czynnikach (zjawiskach i zdarzeniach w szerokim ujęciu) wpływających na częstość występowania i skalę rozpowszechniania się chorób w populacji ludzkiej jest epidemiologia. W celu poznania przyczyn i praw rządzących pojawianiem się oraz szerzeniem chorób, epidemiolodzy badają zjawiska zdrowotne (pozytywne i negatywne), a także czynniki narażenia zdrowia w ludzkiej populacji⁴⁰. Pomiary stanu zdrowia społeczeństwa służyć mają ustaleniu potrzeb zdrowotnych społeczeństw, by w oparciu o nie można było planować działania promocyjne i profilaktyczne. Jak wynika z powyższego epidemiologia ma służyć ochronie zdrowia ludności, a wyniki badań nie mogą być wykorzystywane do innych celów.

⁴⁰ L. Jabłoński, *Epidemiologia. Podręcznik dla lekarzy i studentów*, Lublin 1999, s. 19.

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.

Badania epidemiologiczne dzieli się na dwa rodzaje: opisowe (obserwacyjne) lub doświadczalne (interwencyjne, polegające na celowym sterowaniu jedną określoną przyczyną, co pozwala ocenić jej oddziaływanie na wybrane funkcje zdrowotne organizmu). Cechą charakterystyczną tych badań jest to, że przeprowadzane są na dużej, odpowiednio dobranej populacji ludzi żyjących w naturalnych dla siebie warunkach⁴¹. Odzwierciedleniem tych zasad jest sformułowany w art. 72 KEL etyczny nakaz, by lekarz przeprowadzający badania masowe o charakterze epidemiologicznym miał na celu wyłącznie uzyskanie wyników, które będą wykorzystane dla poprawy zdrowotności społeczeństwa. Dodatkowo, zawarto klauzulę, iż badania takie nie powinny stwarzać ryzyka zagrożenia zdrowia osób w nich uczestniczących. To w zasadniczy sposób odróżnia masowe badania epidemiologiczne od pozostałych badań naukowych, które wiązać się mogą z nieuniknionym, choćby minimalnym ryzykiem.

* * *

Protesty lekarzy w Polsce mają już swoją długą historię, obfitującą w epizody tak drastyczne, jak zaniechanie opieki nad chorymi, odmowa czy utrudnienia w dostępie do udzielanych świadczeń zdrowotnych.

Z jednej strony Konstytucja w art. 59 ust. 3 zapewnia prawo do organizowania strajków pracowniczych i innych form protestu w granicach określonych w ustawie, a z drugiej zastrzega, że ustawa może ograniczyć lub zakazać prowadzenia strajku w odniesieniu do określonych kategorii pracowników lub w określonych dziedzinach. I tak, ustawa *o rozwiązywaniu sporów zbiorowych*⁴², która definiuje strajk jako zbiorowe powstrzymanie się pracowników od wykonywania pracy w celu rozwiązania sporu zbiorowego (art. 17 § 1), dalej w art. 19 § 1 częściowo ogranicza to prawo: „Nie dopuszczalne jest zaprzestanie pracy w wyniku akcji strajkowych na stanowiskach pracy, urządzeniach i instalacjach, na których zaniechanie pracy zagraża życiu lub zdrowiu ludzkiemu lub bezpieczeństwu państwa”. Oznacza to, że prawo do strajku nie ma charakteru nieograniczonego, więc musi być wykonywane w granicach określonych przez ustawę. Cytowana wyżej ustawa nakłada zatem na sektor opieki zdrowotnej obowiązek zagwarantowania pacjentom bezpieczeństwa i pomimo przystąpienia do strajku ten obowiązek musi być realizowany dopóty, dopóki kierownik zakładu opieki zdrowotnej realnie nie zapewni bezpieczeństwa życiu i zdrowiu pacjentów⁴³. Art. 25 § 1 odnośnej ustawy uprawnia do podejmowania także innych niż strajk form akcji pro-

⁴¹ Ibidem, s. 71–74.

⁴² Ustawa z dnia 23 maja 1991 r. *o rozwiązywaniu sporów zbiorowych*, Dz. U. 1991, Nr 55, poz. 236, z późn. zm.

⁴³ D. Karkowska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku praw pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2010, s. 441.

testacyjnych, o ile nie będą zagrażać życiu lub zdrowiu ludzkiemu i odbywać się bez przerywania pacy (np. oflagowanie placówek).

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.

KEL dopuszcza możliwość uczestniczenia lekarzy w akcji protestacyjnej pod jednym wszakże warunkiem, że uczestnicząc w zorganizowanym proteście lekarz będzie udzielać pomocy zawsze wtedy, gdyby jej nieudzielenie mogło narazić pacjenta na utratę życia lub pogorszenie stanu zdrowia. Brak określenia stopnia ciężkości pogorszenia stanu zdrowia powoduje, że będzie ono dotyczyć praktycznie każdego pogorszenia. Kodeksowa regulacja formułując prawo lekarza do uczestniczenia w akcji protestacyjnej bardzo wąsko określiła zakres dopuszczalnego nieudzielenia pomocy, ograniczając go właściwie do przypadków banalnych⁴⁴. Niewątpliwie, przystąpienie lekarza do protestu rodzi klasyczny konflikt między etosem profesji lekarskiej a interesem lekarza jako pracownika. Zatem przystąpienie lekarza do strajku, należy interpretować jako sprzeniewierzenie się zasadom etyki lekarskiej, z których główna zasada – dobro chorego, czyni najwyższym nakazem: *salus aegroti suprema lex esto*. Taką radykalną interpretację narzuca również art. 2 ust. 2 KEL: „Mechanizmy rynkowe, naciski społeczne i wymagania administracyjne nie zwalniają lekarza z przestrzegania tej zasady”. Postulaty płacowe, które należy rozumieć jako jeden z rodzajów mechanizmów rynkowych, wysuwane w większości akcji protestacyjnych, KEL kwalifikuje jako nieetyczne.

* * *

Zasady etyki lekarskiej zobowiązują lekarza do przestrzegania praw człowieka⁴⁵, pod pojęciem których najczęściej rozumie się prawa przysługujące każdemu człowiekowi, a które określają jego sytuację prawną jako jednostki w państwie i społeczeństwie. Prawa człowieka kształtowały się historycznie, będąc naturalną konsekwencją moralnego postępu ludzkości⁴⁶. Ale dopiero w wyniku refleksji nad doświadczeniami, jakim poddano ludzkość w systemach faszystowskich i komunistycznych, pojawiły się nowe tendencje w kształtowaniu tych praw. Z perspektywy owych tragicznych doświadczeń uświadomiono sobie również, jaką szczególną rolę musi odegrać ochrona tych praw, by doświadczenia takie nie stały się udziałem kolejnych pokoleń⁴⁷. Uznanie

⁴⁴ A. Gubiński, *Kodeks Etyki Lekarskiej. Komentarz*, Warszawa 1995, s. 202.

⁴⁵ Termin „prawa człowieka”, choć powszechnie używany w dyskusjach na temat człowieka, społeczeństwa oraz państwa i władzy, nie został zdefiniowany przez naukę w sposób jednoznaczny. Ze względu na brak definicji oraz katalogu tych praw, ich treści należy doszukiwać się w rozmaitych aktach prawnych rangi państwowej oraz umowach międzynarodowych.

⁴⁶ L. Koba, W Waclawczyk, *Prawa człowieka, wybrane zagadnienia i problemy*, Warszawa 2009, s. 12.

⁴⁷ L. Galicki, *Polskie prawo konstytucyjne. Zarys wykładu*, Warszawa 2003, s. 90.

zdobyła także idea ochrony praw człowieka na płaszczyźnie międzynarodowej, gdyż wewnątrzpaństwowy system gwarantowania tych praw okazał się niewystarczający⁴⁸.

Dzisiaj zakaz tortur i niehumanitarnego, poniżającego traktowania jest jednym z fundamentalnych praw człowieka. Jednak potrzeba stworzenia gwarancji ochronnych przed torturami oraz niehumanitarnym lub poniżającym traktowaniem pojawiła się dopiero, gdy okrucieństwa II wojny światowej wywołały wstrząs w świadomości społeczności międzynarodowej⁴⁹. Zakaz tortur po raz pierwszy wprowadzono w okresie powojennym w uchwalonej na Zgromadzeniu Ogólnym ONZ w Paryżu w 1948 r. Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka⁵⁰. Zakazu tortur dotyczy art. 5 Deklaracji: „Nie wolno nikogo torturować ani karać lub traktować w sposób okrutny, niehumanitarny lub poniżający”. Dopełnieniem Deklaracji, było przyjęcie przez ONZ w 1984 r. Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania⁵¹. Konwencja definiuje pojęcie tortur⁵² oraz nakłada na państwa-strony wiele obowiązków, m.in. nakaz uznania, by wszystkie akty tortur stanowiły przestępstwo na podstawie krajowego prawa karnego z jednoczesnym zobowiązaniem do ustanowienia wysokich sankcji za takie czyny, a także obowiązek przeszkolenia odpowiedniego personelu wymiaru sprawiedliwości, służby zdrowia, funkcjonariuszy pracujących z osobami pozbawionymi wolności, aresztowanymi lub zatrzymanymi. W Konwencji nie przewidziano żadnych okoliczności wyjątkowych, które mogłyby stanowić usprawiedliwienie dla stosowania tortur. Zakaz tortur jest więc zakazem absolutnym, niezającym wyjątku.

Jednoznacznie i jednogłośnie potępiają tortury również regionalne instrumenty prawa międzynarodowego. Ze względu na uczestnictwo Polski w Radzie Europy oraz członkostwo w Unii Europejskiej, należy w tym miejscu przywołać Europejską Konwencję Praw Człowieka (EKCP)⁵³ oraz Kartę Praw Podstawowych Unii

⁴⁸ Z. Hołda, *Prawa człowieka. Zarys wykładu*, Kraków 2003, s. 58.

⁴⁹ *Ibidem*, s. 111.

⁵⁰ Powszechna Deklaracja Praw Człowieka nie jest umową międzynarodową, a zatem nie nakłada na państwa żadnych obowiązków prawnych, choć nie podlega dyskusji jej waga polityczna i moralna. Stała się ona drogowskazem wyznaczającym kierunek do dalszych prac nad modelem ochrony praw człowieka. Niemal dwadzieścia lat później odzwierciedleniem jej zapisów stał się Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych, obowiązujący Polskę od 1977 r. (Dz. U. 1977, Nr 38, poz. 167), powołujący się w preambule na zasady Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka. W art. 7 Paktu ujęty jest zakaz tortur: „Nikt nie będzie poddawany torturom lub okrutnemu, niehumanitarnemu albo poniżającemu traktowaniu lub karaniu”.

⁵¹ Konwencja została ratyfikowana przez Polskę w 1989 r. (Dz. U. 1989, Nr 63, poz. 378).

⁵² „Termin *tortury* oznacza każde działanie, którym jakiegokolwiek osobie umyślnie zadaje się ostry ból lub cierpienie, fizyczne bądź psychiczne, w celu uzyskania od niej lub od osoby trzeciej informacji lub wyznania, w celu ukarania jej za czyn popełniony przez nią lub osobę trzecią albo o którego dokonanie jest ona podejrzana, a także w celu zastraszenia lub wywarcia nacisku na nią lub trzecią osobę albo w jakimkolwiek innym celu wynikającym z wszelkiej formy dyskryminacji, gdy taki ból lub cierpienie powodowane są przez funkcjonariusza państwowego lub inną osobę występującą w charakterze urzędowym lub z ich polecenia albo za wyraźną lub milczącą zgodą. Określenie to nie obejmuje bólu lub cierpienia wynikających jedynie ze zgodnych z prawem sankcji, nieodłącznie związanych z tymi sankcjami lub wywołanych przez nie przypadkowo”.

⁵³ Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności z dnia 4 listopada 1950 r., ratyfikowana przez Polskę w 1993 r. (Dz. U. 1993, Nr 61 poz. 284).

Europejskiej⁵⁴. Art. 3 EKPC i art. 4 Karty Praw Podstawowych również formułują zakaz tortur, nieludzkiego lub poniżającego traktowania, zatem analogicznie do ONZ-owskiej Deklaracji⁵⁵.

Ustawodawstwo polskie obecnie jest zbieżne z regulacjami międzynarodowymi. W pierwszej kolejności należy przywołać brzmienie art. 40 Konstytucji RP z 1997 r.: „nikt nie może być poddany torturom ani okrutnemu, nieludzkiemu lub poniżającemu traktowaniu i karaniu”. Z powyższym przepisem koresponduje treść art. 3 Kodeksu karnego, który stanowi, że: „Kary oraz inne środki przewidziane w tym kodeksie stosuje się z uwzględnieniem zasad humanitaryzmu, w szczególności z poszanowaniem godności człowieka” oraz treść art. 4 § 1 Kodeksu karnego wykonawczego, regulującego wykonywanie kar orzeczonych przez sądy: „Kary i środki karne, zabezpieczające i zapobiegawcze wykonuje się w sposób humanitarny, z poszanowaniem godności ludzkiej skazanego. Zakazuje się stosowania tortur oraz nieludzkiego albo poniżającego traktowania i karania skazanego”.

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.

Pamiętać należy, że KEL uchwalony był w 1991 roku, a zatem pod rządami poprzedniej konstytucji, czyli Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej Ludowej z 1952 r. Konstytucja ta „Podstawowym prawom i obowiązkom obywateli” poświęcała swój rozdział 7, próżno jednak szukać w jej treści zakazu tortur. Zatem postanowienia art. 74 KEL wyprzedziły wprowadzenie zakazu tortur do katalogu praw i wolności przysługujących człowiekowi w Polsce, a zagwarantowanego dopiero przez Konstytucję z 1997 r. Zakaz tortur i nieludzkiego, poniżającego traktowania przez fakt ujęcia w ustawie zasadniczej, stał się jednym z fundamentalnych praw jednostki. We współczesnym świecie odnajdujemy go w każdym dokumencie, krajowym czy międzynarodowym, ujmującym całościowo prawa człowieka.

* * *

Za doping powszechnie uznaje się stosowanie takich metod lub środków, które w sztuczny sposób podnoszą wydolność fizyczną, a także psychiczną, zawodnika, wykraczając zatem poza normalny trening. Doping wydaje się naruszać to, co z natury rzeczy jest najbardziej wartościowe w sporcie, czyli ducha sportu, charakteryzującego się takimi wartościami jak: uczciwość, zasada *fair play*, poszanowanie reguł czy dbałość

⁵⁴ Została przyjęta jako zalecenie i tekst referencyjny przez Radę Europejską w Nicei w grudniu 2000 r., załączona do Traktatu z Lizbony w formie deklaracji. Jest to tekst uzupełniający Europejską Konwencję Praw Człowieka, powstała z inicjatywy Rady Europy.

⁵⁵ Ponadto w 1987 r. Rada Europy przyjęła Europejską Konwencję o zapobieganiu torturom oraz nieludzkiemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu, ustanawiającą mechanizm kontrolny, dotyczący przestrzegania przez państwa norm wynikających z art. 3 EKPC. Konwencja obowiązuje w stosunku do Polski od 1 lutego 1995 r. (Dz. U. 1995, Nr 46, poz. 238).

o dobrą kondycję organizmu. Zwalczanie dopingu ma chronić sportowców od uczestnictwa w nieuczciwej rywalizacji. Ze względu na nieustanny postęp w farmakologii i genetyce⁵⁶, za którym trudno nadążyć, istotną stała się międzynarodowa koordynacja działań mających na celu wyeliminowanie dopingu ze sportu. Najistotniejsze stały się trzy dokumenty: Światowy Kodeks Antydopingowy⁵⁷, Konwencja Antydopingowa UNESCO⁵⁸ oraz najstarsza Konwencja Antydopingowa Rady Europy⁵⁹. Zawierają one w postaci załączników stale uaktualniane Listy Zabronionych Substancji i Metod, czyli takich substancji lub działań, które służąc poprawie wyniku sportowego, pozostają w sprzeczności z uczciwością współzawodnictwa sportowego lub służą uniemożliwieniu wykrycia substancji zakazanej. Do Listy, zamieszczonej w Konwencji Antydopingowej UNESCO odwołują się również polskie przepisy uchwalone przez Komisję do Zwalczania Dopingu w Sporcie⁶⁰, choć sama lista nie została wpisana wprost do polskiej ustawy o sporcie⁶¹, w której rozdział 9 dotyczy zwalczania dopingu.

W art. 75 KEL zakazuje się stosowania środków i metod dopingowych w celach nielecniczych, akcentując nieetyczność stosowania dopingu, zwłaszcza u osób uprawiających sport.

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.

Owszem, istnieją takie wyjątkowe sytuacje, uwzględnione w art. 43 § 2 ustawy o sporcie, w których zawodnikom lekarz ordynuje substancje uznane za środki dopingowe, ale wówczas gdy jedynym uzasadnieniem ich zastosowania może być zły stan zdrowia zawodnika i cel leczniczy, przy braku rozsądnej alternatywy terapeutycznej do zakazanej substancji. Istotna w tym momencie jest uprzednia zgoda Komisji do Zwalczania Dopingu w Sporcie na stosowanie określonej substancji zabronionej lub metody zabronionej, którą zawodnik musi uzyskać przed rozpoczęciem terapii.

Od wpływu dopingu na uczciwość i równość sportowej rywalizacji, niemniejsze znaczenie ma jego potencjalnie szkodliwy wpływ na zdrowie. Wiadomo bowiem, że doping może przyczynić się do pogorszenia stanu zdrowia, a nawet zagrażać życiu sportowca, zarówno w krótkim, jak i odległym czasie od jego zastosowania. Jeśli więc stosowanie dopingu godzi w zdrowie człowieka, a lekarz powinien unikać wszelkich działań szkodliwych dla zdrowia, to KEL jasno kwalifikuje ewentualny udział lekarza w stosowaniu dopingu w sporcie jako zachowanie nieetyczne.

⁵⁶ Obecnie obok dopingu farmakologicznego możliwy jest również doping genetyczny.

⁵⁷ Światowy Kodeks Antydopingowy przyjęty 5 marca 2003 roku w Kopenhadze przez Światową Agencję Antydopingową (World Anti-Doping Agency – WADA, powołaną do życia w 1999 r.).

⁵⁸ Międzynarodowa Konwencja o Zwalczaniu Dopingu w Sporcie, sporządzona w dniu 19 października 2005 r. w Paryżu podczas Konferencji Generalnej Organizacji Narodów Zjednoczonych ds. Oświaty, Nauki i Kultury (UNESCO) (Dz. U. 2007, Nr 142, poz. 999).

⁵⁹ Konwencja Antydopingowa sporządzona w Strasburgu dnia 16 listopada 1989 r. (Dz. U. 2001, Nr 15, poz. 149).

⁶⁰ Komisja odpowiada za prowadzenie polityki antydopingowej na poziomie krajowym.

⁶¹ Ustawa o sporcie z dnia 25 czerwca 2010 r., Dz. U. 2010, Nr 127, poz. 857, z późn. zm.

Choć odpowiedzialność za stosowanie dopingu jest realizowana przez podmioty prowadzące działalność sportową i nosi ona głównie charakter odpowiedzialności dyscyplinarnej, to należy w tym miejscu wspomnieć o istnieniu przepisów karnych zawartych w art. 50 ustawy o *sporcie*. W myśl tych przepisów pociągnięte do odpowiedzialności karnej mogą zostać te osoby z otoczenia zawodników, w tym również nieuczciwi lekarze, które uczestniczą w stosowaniu dopingu u małoletnich lub podają środki, czy też stosują metody dopingowe bez wiedzy i zgody pełnoletniego sportowca.

Norma etyczna zawarta w art. 75 ma gwarantować, że rzetelna i aktualna wiedza lekarza, a więc uwzględniająca najnowsze osiągnięcia medycyny, będzie odpowiednio wykorzystana w dziedzinie sportu. Należy traktować ją jako normę szczególną do ogólnego obowiązku lekarza do niepodejmowania działań sprzecznych z powołaniem. Oczekuje się, by lekarz, często podlegający rozmaitym naciskom, choćby ze strony organizacji sportowych, stawiał czoło tym wpływom i nie łamał zasady zawodowej.

Streszczenie

W V rozdziale Kodeksu etyki lekarskiej zatytułowanym „Lekarz a społeczeństwo” zamieszczono normy, które daleko wykraczają poza sferę relacji, jaka tworzy się bezpośrednio między chorym a leczącym go lekarzem, a które kształtują etos zawodu lekarza w bardzo szerokim kontekście. Normy te formułują cele w postaci inspirowania przez lekarzy zachowań prozdrowotnych nie tylko własnych pacjentów, ale wpływania na całe społeczeństwo, a nawet władze oraz obowiązki w postaci informowania o zagrożeniach ekologicznych. Wyznaczają one standardy masowych badań epidemiologicznych, wprowadzając warunek w postaci braku ryzyka oraz wykorzystania wyników wyłącznie dla poprawy zdrowotności społeczeństwa. Odnosząc się do problemu lekarza jako pracownika i jego prawa do strajku, określają zakres ewentualnego nieudzielenia pomocy w czasie akcji protestacyjnej. Zakazują lekarzom udziału w torturowaniu czy innym okrutnym lub poniżającym traktowaniu ludzi. Kwalifikują jako nieetyczne takie działania lekarza, który wykorzystuje środki i metody lecznicze do celów nieleczniczych w sporcie. Postulują udzielenie lekarzowi szczególnego rodzaju ochrony w czasie wykonywania zawodu. Wśród wytyczonych w rozdziale V standardów etycznych znajdują się wiele takich, które mają swe odzwierciedlenie w obowiązujących przepisach prawa. Na aktualności stracił jedynie art. 69 KEL, obligujący lekarzy do niesienia pomocy każdemu potrzebującemu. Stracił on swe znaczenie normatywne, gdyż jest mniej rygorystyczny od obowiązujących obecnie norm prawnych.

Commentary on Chapter V of the Code of Medical Ethics

Summary

The 5th Chapter of the Polish Code of Medical Ethics, entitled „A Physician vs. Society” contains norms reaching far beyond the sphere of relationship created directly between patient and treating physician; in a very vast context, they form the ethos of the medical profession. These norms formulate the following objectives: physicians stimulate health-related behaviours not only among their own patients, but they also influence the entire society and even the authorities; these norms define duties of informing about ecological threats. They determine standards of massive epidemiological studies, characterized by the lack of risk and using the results exclusively for improving the health of the society. Regarding the problem of the physician as an em-

ployee and his right to go on strike, the norms determine the extent of the possible non-giving assistance during an action of protestation. They forbid physicians to take part in tortures or in any other way of treating individuals in a cruel or humiliating manner. They qualify as unethical an action of the physician who, in sports, uses therapeutic means and methods for non-therapeutic purposes. They postulate offering the physician, performing his profession, a particular form of protection. Many of ethical standards mentioned in the 5th Chapter are reflected in valid legal provisions. Only the Article 69 of the Polish Code of Medical Ethics, obligating physicians to give assistance to everyone in need, has lost its topicality; it has lost its normative importance because it is less rigorous than legal norms that are effective today.