

Monika URBANIAK

Dr hab. n. pr., Zakład Prawa Medycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Szczepan COFTA

Dr hab. n. med., Pracownia Zaburzeń Oddychania Podczas Snu,
Katedra i Klinika Pulmonologii, Alergologii i Onkologii Pulmonologicznej, Wydział Lekarski II,
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Zasady postępowania lekarza wobec pacjenta – komentarz do art. 6 i art. 7 KEL

Samorząd zawodowy sprawuje pieczę nad należyтым wykonywaniem zawodu przez lekarzy. Podstawy odpowiedzialności zawarte są w Kodeksie etyki lekarskiej (KEL), który stanowi zbiór wartości, zasad lub cnót, niezbędnych przy wykonywaniu zawodu lekarza, a także może stanowić praktykę postępowania członków danego zawodu w sferze podlegającej ocenie moralnej¹.

Należy podkreślić, że z uwagi na nienormatywny charakter przepisów KEL pełnią one komplementarną rolę wobec regulacji zawartych w przepisach prawa powszechnie obowiązującego. Nie może on zostać uznany za samoistny akt normatywny na gruncie obowiązującej Konstytucji RP². Przepisy KEL sankcjonują nieprzestrzeganie jego postanowień przez lekarzy, rezultatem czego jest upoważnienie sądów lekarskich do orzekania kary upomnienia, nagany, zawieszenia lub pozbawienia prawa wykonywania zawodu. W postanowieniu z dnia 7 października 1992 roku³ Trybunał Konstytucyjny uznał, że normy deontologiczne, same przez się nie posiadają charakteru prawnego, ale należą do niezależnego od prawa zbioru norm etycznych. KEL określa i precyzuje treść norm prawnych zawartych w aktach powszechnie obowiązującego prawa⁴.

Postępowanie lekarza wobec pacjenta regulują dwa paragrafy (szósty oraz siódmy) zawarte w odrębnym – pierwszym rozdziale Kodeksu. Celem niniejszego artykułu jest przybliżenie zasad postępowania lekarza wobec pacjenta, w oparciu o postanowienia Kodeksu etyki lekarskiej, oraz wskazanie praktycznych aspektów przyjętych regulacji.

¹ A. Korytowska, *Problem zgodności Kodeksu Etyki Lekarskiej z Konstytucją RP*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 2009, z. 1, s. 57.

² Szerzej: A. Daniluk-Jarmoniuk, *Charakter prawny kodeksu etyki lekarskiej*, „Kontrola Państwowa” 2012 nr 3, s. 146.

³ Postanowienie TK z dnia 7 października 1992 roku, sygn. akt. U 1/92.

⁴ K. Lenczowska-Soboń, *Kodeks etyki lekarskiej – moc prawna i stosowanie w orzecznictwie sądów powszechnych*, <http://www.zdrowie.abc.com.pl/czytaj/-/artykul/kodeks-etyki-lekarskiej-moc-prawna-i-stosowanie-w-orzecznictwie-sadow-powszechnych>, 19.09.2015.

Art. 6 – swoboda wyboru metody postępowania

Artykuł 6 Kodeksu etyki lekarskiej otwiera rozdział, który został zatytułowany: „Postępowanie lekarza wobec pacjenta”. Reguluje on kwestie swobody wyboru w zakresie metod postępowania, które lekarz uznaje za najskuteczniejsze. Potwierdza on autonomię działania związaną z wykonywaniem zawodu, zawierając jednak sugestię ograniczenia czynności medycznych do rzeczywiście potrzebnych choremu zgodnie z aktualnym stanem wiedzy⁵. Dopełnieniem tych postanowień jest art. 57 ust. 2 KEL, który dotyczy zasad postępowania w praktyce lekarskiej, nakazując lekarzowi przy wybieraniu formy diagnostyki lub terapii obowiązek kierowania się przede wszystkim kryterium skuteczności i bezpieczeństwa chorego oraz nienarażania go na nieuzasadnione koszty. W wyroku Sądu Okręgowego w Radomiu z dnia 15 lipca 2003 roku⁶ sąd uznał, że nieprawidłowy sposób leczenia, rozmiągający się ze wskazaniami wiedzy i sztuki lekarskiej, przy pominięciu innych metod leczenia oraz zwłoka z zasięgnięciem opinii specjalisty stanowi winę lekarzy.

Analizowany artykuł potwierdza niezwykle cenną dla każdego lekarza autonomię decyzji związaną z wyborem terapii. Staje się ona decyzją osobową, podejmowaną przez konkretnego lekarza. Takie ustawienie sprawy jakoby wzmacnia pozycję lekarską względem pacjenta, podkreślając odpowiedzialność za podejmowaną decyzję. W sytuacji uświadomienia sobie przez lekarza wagi podejmowania decyzji w sposób spersonalizowany, wynikający z aktu decyzji, może w praktyce wzmocnić jego rolę w przypadku zastosowania nacisków, zarówno ze strony lekarzy nadzorujących czy współpracowników, pacjentów bądź ich bliskich.

Pewne napięcia mogą nieść ze sobą praktyki kolektywnego podejmowania decyzji w stosunku do konkretnego pacjenta, w przypadku porad czy konsyliów lekarskich. Podejmowane w takich sytuacjach decyzje – mimo kolektywnego sposobu wyrażenia opinii – mają nadal znamiona decyzji lekarza odpowiedzialnego za opiekę nad pacjentem. Osobowa decyzja lekarska znajduje w opinii lekarskiego ciała kolektywnego. Wzmocnienie tej opinii wyrażone jest już wcześniej, w artykule 4 KEL⁷. W jego kontekście postanowienia art. 6 KEL stają się swego rodzaju dopowiedzeniem, potwierdzającym swobodę działań zawodowych lekarza. Pojawia się w tym artykule wymóg konieczności działania zgodnego ze współczesną wiedzą medyczną, przywołana jest ponadto niezbędność działania zgodnego z sumieniem.

Pragmatyka postępowania lekarskiego zakłada zastosowanie takich metod diagnostyki, które zmieniają sposób postępowania. W obliczu obserwowanej współcześnie medykalizacji, olbrzymią pokusą staje się mnożenie badań diagnostycznych, także w sytuacjach, w których ich wykonanie nie zakłada możliwości modyfikacji postępowania. Dzieje się tak albo wskutek asekuracyjnej postawy lekarskiej, albo też nacisków

⁵ KEL, Art. 6: „Lekarz ma swobodę wyboru w zakresie metod postępowania, które uzna za najskuteczniejsze. Powinien jednak ograniczyć czynności medyczne do rzeczywiście potrzebnych choremu zgodnie z aktualnym stanem wiedzy”.

⁶ Wyrok Sądu Okręgowego w Radomiu z dnia 15 lipca 2003 roku, Sygn. akt. IC 955/98.

⁷ KEL, Art. 4. Dla wypełnienia swoich zadań lekarz powinien zachować swobodę działań zawodowych, zgodnie ze swoim sumieniem i współczesną wiedzą medyczną.

pacjentów czy też członków ich rodziny i bliskich. Zaspokojenie tych pokus oddala – w opinii wielu lekarzy – postawy roszczeniowe chorych i osób ich reprezentujących. Unikanie takich tendencji w zakresie mnożenia metod i postępowań diagnostycznych wymaga sporego nakładu sił i czasu poświęconego przez lekarza dla zarysowania sytuacji chorego i przedstawienia racjonalnego i optymalnego sposobu postępowania. Podobnie, w zakresie proponowanych terapii niezbędne wydaje się ograniczenie do stosowania terapii wyłącznie nieodzownie koniecznej. Niewłaściwym postępowaniem lekarza będzie np. niepotrzebne zastosowanie działań medycznych, którego efektem mogą być np. szkody jatrogenne bądź dodatkowe, niepotrzebne obciążenie psychiczne pacjenta⁸.

Staje się to swego rodzaju przypomnieniem dla lekarzy, którzy powinni unikać stosowania polipragmazji, a także wszelkiego postępowania terapeutycznego, które niosłoby sobą istotne ryzyko. Interesująca byłaby interpretacja analizowanego artykułu w kontekście stosowanych metod postępowania lekarskiego na przykład w przypadku niektórych operacji plastycznych czy działań noszących znamiona eugenicznych. Analiza ta wykracza poza materiał tego opracowania, jednak nie powinno się unikać zasygnalizowania tego zagadnienia.

Z treści art. 31 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza wynika, że lekarz ma obowiązek udzielać pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. W ustawie nie zostało wyrażone w sposób jednoznaczny wymóg określenia stopnia prawdopodobieństwa wystąpienia określonych następstw związanych z daną interwencją medyczną⁹. W wyroku z 28 listopada 2012 roku Sąd Apelacyjny w Gdańsku¹⁰ stwierdził, że „nie w każdym przypadku lekarz ma obowiązek informowania o wszelkich możliwych, nawet poważnych skutkach zabiegu, niezależnie od rodzaju zabiegu i prawdopodobieństwa ich wystąpienia. Zakres udzielanych pacjentowi informacji musi być uzależniony od rodzaju zabiegu, w szczególności od tego, czy za jego przeprowadzeniem przemawiają wskazania bezwzględne (zabieg ratujący życie), względne lub czy jest to jedynie zabieg o charakterze kosmetycznym, w przypadku którego zakres informacyjny sięga najdalej. W sytuacji, gdy zachodzi bezwzględna konieczność operacji, lekarz powinien wyjaśnić pacjentowi jedynie cel i rodzaj operacji oraz zwykłe jego następstwa. Nie potrzebuje, a nawet nie powinien udzielać pacjentowi informacji o następstwach nietypowych nieobjętych normalnym ryzykiem podejmowanego zabiegu”. Elementem poszanowania woli i autonomii pacjenta jest wyrażony w art. 31 ust. 4 ustawy tzw. przywilej terapeutyczny, pozwalający na możliwość ograniczenia przez lekarza informacji o stanie zdrowia i o rokowaniu w sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomysłne dla pacjenta. W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta. Na żądanie pacjenta lekarz ma jednak obo-

⁸ J. Pawlikowski, *Kodeks etyki lekarskiej. Odcinek 13: O swobodzie działań zawodowych*, http://www.mp.pl/etyka/podstawy_etyki_lekarskiej/show.html?id=98214, dostęp 4.08.2015.

⁹ T. Dukiet-Nagórska, *Autonomia pacjenta a polskie prawo karne*, Warszawa 2008, s. 34.

¹⁰ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z 28 listopada 2012 r., Sygn. Akt. V ACa 826/12.

wiązek udzielić mu żądanej informacji. Podkreślić należy, że lekarz może skorzystać z przysługującego mu uprawnienia wyłącznie w sytuacji, w której uzna, że okoliczności stanowią sytuację wyjątkową, a rokowania w stosunku do pacjenta są niepomysłne¹¹. Co do zasady lekarz powinien stosować metodę najskuteczniejszą, to znaczy związaną z największymi możliwymi do uzyskania szansami optymalnego efektu przy możliwie zminimalizowanym ryzyku. W każdej sytuacji, w której chce zastosować jedną spośród wielu możliwych do zastosowania metod, musi poinformować o tym pacjenta i uzyskać jego zgodę¹². Nie bez znaczenia w tym kontekście pozostaje treść art. 13 KEL, zgodnie z którym do obowiązków lekarza należy respektowanie prawa pacjenta do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących jego zdrowia”. Wynika z tego wprost udziału pacjenta w podejmowaniu decyzji w procesie terapeutycznym, co oznacza jednocześnie powinność lekarza dotycząca informowania pacjenta, co umożliwi mu podejmowanie decyzji¹³.

W doktrynie prawa medycznego art. 6 KEL podlega różniącym się między sobą wykładniom. Według S. Poździecha art. 6 KEL jednoznacznie pozostawia lekarzowi swobodę wyboru konkretnej metody leczenia pacjenta, która jest uzależniona wyłącznie od jego decyzji. Z kolei zdaniem J. Zajdel, podejmowanie przez lekarza samodzielnych decyzji w procesie diagnostyczno-lecznym należy rozumieć jako możliwość dokonania przez niego wyboru pomiędzy zweryfikowanymi i aktualnymi wskazaniami wiedzy medycznej, które są określone między innymi w wytycznych uzgodnionych dla poszczególnych dziedzin medycyny¹⁴. Podkreślić przy tym należy, że czynności medyczne ograniczone powinny zostać przez lekarza do czynności rzeczywiście niezbędnych.

Zauważyć należy, że Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 16 maja 2012 r.¹⁵ zwrócił uwagę, że w sytuacji, w której istnieją alternatywne równoważne metody diagnostyczne lub lecznicze, wybór jednej z nich należy do pacjenta. Sąd podkreślił, że z tą zasadą nie pozostaje w sprzeczności wadliwie zredagowany art. 6 KEL. M. Świdarska w głosie do tego wyroku podkreśla, że niewykonanie obowiązku poinformowania pacjenta o istniejących sposobach i metodach leczenia często wynika z faktu, że lekarz uważa, że decyzja należy do niego, ale równie często z błędu terapeutycznego¹⁶.

KEL, podobnie jak ustawa *o zawodach lekarza i lekarza dentyisty*, posługuje się pojęciem aktualnej wiedzy medycznej. Zgodnie z art. 4 u.z.l.l.d. „lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością”. Aktualna wiedza rozumiana jest jako wiedza nieprzestarzała, z której wyprowadza się schematy postępowania

¹¹ A. Jacek, E. Sarnacka, *Prawo medyczne i orzecznictwo lekarskie*, Warszawa 2015, s. 56.

¹² M. Nesterowicz, *Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych*, Glosa do wyroku s. okręg. z dnia 15 lipca 2003 r., I C 955/98, Warszawa 2012, s. 87 i n.

¹³ A. Sieńko, *Znaczenie i zakres informacji o stanie zdrowia w kontekście instytucji zgody na udzielenie świadczenia medycznego*, „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne” 2011, nr 2, s. 148.

¹⁴ J. Zajdel, *Moc prawna standardów medycznych i wytycznych praktyki klinicznej*, „Medycyna Praktyczna” 2010, nr 5, s. 119–124.

¹⁵ Wyrok SN z dnia 16 maja 2012 r., III CSK 227/11.

¹⁶ M. Świdarska, *Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 16 maja 2012 r., III CSK 227/11, LEX 1211885*, „Prawo i Medycyna” 2012, nr 3–4, s. 249.

(standardy), które mają lekarzowi ułatwić pracę oraz zapewnić poczucie bezpieczeństwa prawnego, a pacjentowi zapewnić odpowiednią jakość świadczeń zdrowotnych¹⁷. Z redakcji art. 4 wynika *a contrario*, że lekarz nie ma obowiązku posługiwania się metodami czy środkami postępowania, które nie są mu dostępne¹⁸. Swoboda decyzji zawodowych podejmowanych przez lekarza nie stanowi wartości samej w sobie, ale jest podporządkowana ogólnej zasadzie troski o dobro chorego. Ogranicza się ona do zadań wynikających z celów profesji medycznej¹⁹. Podkreślić należy, że pomimo iż przepisy prawa powszechnie obowiązującego nawiązują w swoich postanowieniach do aktualnej bądź współczesnej wiedzy medycznej, nie są w stanie określić one, co stanowi wykładnię aktualności wiedzy w danej dziedzinie medycyny.

Należy nadmienić, że z art. 18 ustawy *o zawodzie lekarza* wynika prawo i obowiązek doskonalenia zawodowego przez lekarzy. Zagadnienia te szczegółowo reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2004 r. w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów²⁰, w którym nałożono na lekarzy obowiązek uzyskiwania odpowiedniej liczby punktów edukacyjnych oraz prowadzenia indywidualnej ewidencji przebiegu doskonalenia zawodowego, otrzymywanej nieodpłatnie z właściwej okręgowej izby lekarskiej.

Zarówno z redakcji art. 4 ustawy *o zawodzie lekarza*, jak i z treści art. 6 KEL jednoznacznie nie wynika, że lekarz jest związany żądaniami pacjenta. Brak zgody pacjenta czy też jego sprzeciw jest dla lekarza wiążący, a postępowanie wbrew woli pacjenta delegalizuje czynności podejmowane przez lekarza. Zasadniczo, pacjent może zgodzić się z zaaprobowaną przez lekarza metodą albo jej się sprzeciwić, czy też ewentualnie całkowicie odmówić poddania się zaproponowanej przez lekarza terapii²¹.

Art. 7 – swoboda wyboru metody postępowania

Kolejny, art. 7 KEL, zawarty w rozdziale „Postępowanie lekarza wobec pacjenta” stanowi o możliwości nie podjęcia się lub odstąpienia od leczenia przez lekarza w ściśle uzasadnionych wypadkach. Zaznaczyć należy, że uprawnienie to nie dotyczy przypadków niecierpiących zwłoki. W przypadku odmowy lekarz winien wskazać choremu inną możliwość uzyskania pomocy lekarskiej²².

¹⁷ M. Brzozowska-Kruczek, *Granice uprawnień lekarza do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz odpowiedzialność za ich przekroczenie – czyli co może, a czego nie może robić lekarz?*, Serwis Prawo i Zdrowie, Wydawnictwo WoltersKluwer, 21.05.2015.

¹⁸ M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Standardy wykonywania zawodu lekarza*, w: *Prawo medyczne*, red. L. Kubicki, Wyd. Medyczne & Urban Partner, Wrocław 2003, s. 43.

¹⁹ J. Pawlikowski, *Kodeks etyki lekarskiej. Odcinek 13: O swobodzie działań zawodowych*, op. cit.

²⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2004 roku w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów, Dz. U. 2004, Nr 231, poz. 2326 z późn. zm.

²¹ R. Kubiak, *Prawne aspekty podejmowania decyzji za pacjenta w opiece paliatywnej*, <http://prawo.mp.pl/publikacje/prawomedyczne/show.html?id=74147>, 21.05.2015

²² KEL, art. 7. W szczególnie uzasadnionych wypadkach lekarz może nie podjąć się lub odstąpić od leczenia chorego, z wyjątkiem przypadków niecierpiących zwłoki. Nie podejmując albo odstępując od leczenia lekarz winien wskazać choremu inną możliwość uzyskania pomocy lekarskiej.

Skuteczne odstąpienie przez lekarza od leczenia pacjenta może zostać dokonane pod warunkiem zaistnienia następujących przesłanek upoważniających lekarza do niepodejmowania bądź odstąpienia od leczenia: działanie lekarza powinno być uzasadnione, a sytuacja zdrowotna pacjenta powinna uzasadniać taką możliwość, ponieważ lekarzowi nie wolno podjąć takiej decyzji w przypadku niecierpiącym zwłoki. Wreszcie trzecią przesłanką jest wskazanie pacjentowi możliwości uzyskania pomocy lekarskiej poprzez skierowanie go do innej placówki, w której będzie on mógł podjąć leczenie²³.

W literaturze przedmiotu jako przykład odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego przywołuje się nieprzyjęcie pacjenta do szpitala z uwagi na przekroczenie limitu przyjęć wynikającego z braku zapewnienia źródeł finansowania. W sytuacji, w której pacjent nie znajdował się w sytuacji niecierpiącej zwłoki, za odmową leczenia powinna podążać informacja o możliwości uzyskania dla niego potrzebnej terapii w innym ośrodku. Odrębnym problemem pozostaje tu rozważenie, czy tzw. „limity przyjęć” spełniają kryteria „szczególnie uzasadnionego wypadku”²⁴.

Sprawa takiej odmowy pozostaje jednak w kręgu nie tyle decyzji związanej z aspektami ściśle medycznymi, ile uwikłaniami lekarzy w konieczność zachowania świadomości o ograniczonym dostępie do usług medycznych. Oczywiście żaden z odpowiedzialnych lekarzy nie dokona odmowy przyjęcia do szpitala w przypadku jednoznacznych wskazań medycznych do takiego bezzwłocznego przyjęcia. Zastosowanie wspomnianej regulacji jest możliwe tylko w przypadku braku bezzwzględnych wskazań do niezwłocznego przyjęcia do szpitala i zapewne nie rozstrzyganie takich przypadków wątpliwych autorzy KEL brali pod uwagę.

Norma zawarta w art. 7 KEL zawiera wyłącznie prawo lekarza do odmowy leczenia w szczególnie uzasadnionych przypadkach, odwołując się tylko do niektórych świadczeń zdrowotnych, ponieważ mowa tutaj jedynie o prawie niepodjęcia lub odstąpienia od leczenia²⁵. Redakcja art. 7 KEL zbliżona jest to regulacji ustawowej dotyczącej niepodjęcia terapii lub odstąpienia od leczenia przez lekarza zatrudnionego na podstawie umowy o pracę lub w ramach służby, który może nie podjąć lub odstąpić od leczenia tylko z ważnych powodów oraz po pisemnym powiadomieniu przełożonego²⁶.

W art. 7 KEL użyto nieostrych sformułowań, których interpretację pozostawiono lekarzowi, pod warunkiem odnotowania tego faktu w dokumentacji medycznej, jego uzasadnienia i wskazania innych możliwości leczenia²⁷. Obowiązek udzielenia danego świadczenia zdrowotnego nie jest zatem obowiązkiem bezzwzględnym, a decyzja zależy zarówno od sytuacji pacjenta, jak i sytuacji lekarza, czy też jego światopoglądu²⁸.

²³ S. Poździoch, M. Gibiński, *Prawa lekarza. Zarys problematyki*, op. cit., s. 211.

²⁴ J. Sak, *Kalkulacja i dystans*, <http://www.diametros.iphils.uj.edu.pl/serwis/?l=1&p=deb5&m=17&ii=246>, 2.08.2015.

²⁵ A. Jacek, *Klauzula sumienia w zawodzie lekarza*, „Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie” 2010, nr 4, s. 485.

²⁶ T. Dukiet-Nagórska, *Niepodjęcie – zaprzestanie terapii a prawo karne*, „Prawo i Medycyna” 2010, nr 1, s. 47.

²⁷ J. Haberko, Z. Kopaczyńska, E. Talikowska, L. Pawelczyk, P. Jędrzejczak, *Ocena znajomości prawa medycznego wśród lekarzy i pacjentów*, „Przegląd Lekarski” 2008/65/5, s. 240.

²⁸ K. Szutowa, *Odpowiedzialność za szkodę z tytułu wrongful conception i wrongful birth w świetle funkcji odpowiedzialności odszkodowawczej w polskim prawie cywilnym – część II*, „Transformacje Prawa Prywatnego” 2008, nr 2, s. 97.

Podkreślić należy, że z prawem lekarza do niepodjęcia się lub odstąpienia od leczenia chorego skorelowany jest obowiązek lekarza do wskazania możliwości uzyskania przez chorego innej pomocy lekarskiej. Podkreślić należy, że obowiązek ten dotyczy obu sytuacji, a więc odstąpienia od leczenia i niepodjęcia się leczenia, a zatem sytuacji odmiennej od zakreślonej dyspozycją art. 38 u.z.l.l.d. możliwości odmowy leczenia przez lekarza, który wykonuje swój zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby²⁹.

W literaturze przedmiotu wskazuje się na różnice w regulacji art. 7 KEL i art. 39 u.z.l.l.d., albowiem art. 7 KEL określa możliwość odmowy podjęcia „leczenia”, które jest pojęciem węższym, a art. 39 u.z.l.l.d. odmowy „wykonania świadczenia zdrowotnego”³⁰, co może budzić wątpliwości interpretacyjne. Wyrażone w art. 39 u.z.l.l.d. prawo lekarza do powstrzymania się od wykonania świadczeń zdrowotnych dotyczy wszystkich świadczeń, które może on wykonać osobiście³¹. Warto wskazać, że treść art. 7 KEL nie odwołuje się jednoznacznie do sumienia jako przesłanki umożliwiającej niepodjęcie lub odstąpienie od leczenia chorego, jednakże założyć należy, że – jeśli lekarz może nie podjąć lub odstąpić od leczenia w szczególnie uzasadnionych przypadkach – to do tej kategorii zaliczyć można również sumienie³². Nie wdając się tutaj w szczegółowe rozważania odnoszące się do ustawowej regulacji „tzw. klauzuli sumienia” wskazać należy, że możliwość powołania się na nią przez lekarza w indywidualnym przypadku w odniesieniu do konkretnego świadczenia zdrowotnego przewiduje art. 39 u.z.l.l.d. Klauzula sumienia stanowi regulację prawną, która pozwala lekarzowi (a także innym członkom personelu medycznego) na powstrzymanie się od wykonywania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego własnym sumieniem.

Zgodnie z treścią art. 39 u.z.l.l.d. lekarz może powstrzymać się od wykonania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego sumieniem, z wyjątkiem przypadków, w których zwłoka w udzieleniu pomocy lekarskiej mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki. W razie powstrzymania się od wykonania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z sumieniem, na lekarzu spoczywa obowiązek wskazania możliwości uzyskania świadczenia zdrowotnego u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym, a także musi uzasadnić ten fakt i odnotować go w dokumentacji medycznej.

Z powyższego wynika, że lekarz może zgodnie z prawem powstrzymać się od wykonania określonych czynności jeśli kumulatywnie zostaną spełnione następujące przesłanki: są one „niezgodne z jego sumieniem”, nie zachodzi sytuacja o której mowa w art. 30 u.z.l.l.d, a także pod warunkiem, że lekarz wskaże realne możliwości uzyska-

²⁹ E. Zatyka, *Lekarski obowiązek niesienia pomocy*, Warszawa 2011, s. 30.

³⁰ E. Zielińska, *Klauzula sumienia*, „Prawo i Medycyna” 2003, nr 13, s. 26–28; K. Szutow ska, *Odpowiedzialność za szkodę z tytułu wrongful conception i wrongful birth w świetle funkcji odpowiedzialności odszkodowawczej w polskim prawie cywilnym – część II*, „Transformacje Prawa Prywatnego” 2008, nr 2, s. 96.

³¹ A. Jacek, *Klauzula sumienia w zawodzie lekarza*, „Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie”, Rzeszów 2010, nr 4, s. 485.

³² A. Gałęska-Sliwka, *Klauzula sumienia*, Serwis Prawo i Zdrowie, Wydawnictwo WoltersKluwer, dostęp on line 4.08.2015.

nia tego świadczenia gdzie indziej, a fakt odmowy zostanie odnotowany w dokumentacji, uzasadnienie zostanie odnotowane w dokumentacji, a także w przypadku, w którym lekarz wykonuje zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby, zostanie o tym fakcie powiadomiony jego przełożony³³.

Z jednej strony wyraża się szacunek do przekonań lekarza, stwarzając mu możliwość uchylenia się od czynów niezgodnych z jego sumieniem, jednak z drugiej strony zobowiązuje się go do pomocy w wykonaniu takich czynów przez inne osoby. Nałożony na lekarzy obowiązek jest więc niezgodny z przyznanym mu niezbywalnie uprawnieniem. Jest to poważna wada prawa prowadząca do sprzecznych ocen tej samej sytuacji. Ocena zależy bowiem od tego, któremu fragmentowi przepisu nada się większe znaczenie. Wydaje się, że ten stan prawny wymaga więc pilnej nowelizacji.

Warto zaznaczyć, że wątpliwości w tym zakresie były już wyrażane. W 1992 roku Trybunał Konstytucyjny wypowiedział się na temat sugerowanych rozbieżności między Kodeksem etyki lekarskiej a niektórymi przepisami prawa. W cytowanym orzeczeniu potwierdził on uznanie autonomiczności norm etycznych w stosunku do norm prawnych: „Zbiory norm prawnych i etycznych nie pokrywają się i tworzą dwa względnie niezależne od siebie kręgi. Nieuprawnionym jest więc stwierdzenie, że norma etyczna musi być zgodna z normą prawną. Twierdzenie takie zakładałoby priorytet norm prawnych nad normami etycznymi, a to raczej normy prawne powinny być wykładnią norm etycznych. Etyka nie wymaga legitymacji legalistycznej”³⁴.

Na marginesie niniejszych rozważań zauważyć należy, że 25 lipca 2014 roku do Sejmu wpłynął poselski wniosek o zmianie ustawy *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* oraz ustawy *o zawodach lekarza i lekarza dentysty*³⁵. Zdaniem wnioskodawców aktualna regulacja klauzuli sumienia wywołuje wątpliwości, przede wszystkim w zakresie obowiązku wskazywania innego lekarza, który kwestionowane świadczenie wykona.

W uzasadnieniu do projektu podano, że klauzula sumienia zawarta w art. 39 u.z.l.l.d. nie upoważnia lekarza do bezwarunkowego powstrzymywania się od leczenia pacjenta w ogóle, lecz powstrzymywania się od wykonywania tych świadczeń zdrowotnych, które są niezgodne z jego sumieniem, a więc stanowi to ograniczone prawo do odmowy leczenia. 17 czerwca 2015 roku wpłynęło do Sejmu stanowisko rządu, w którym Rada Ministrów negatywnie zaopiniowała projekt ustawy, uznając, że obecne brzmienie art. 39 u.z.l.l.d., w razie powołania się przez lekarza na tzw. klauzulę sumienia, w sposób wystarczający zabezpiecza pacjentowi możliwość uzyskania świadczenia zdrowotnego u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym. Prac nie dołączono w IV kadencji Sejmu zgodnie z zasadą dyskontynuacji prac Sejmu.

Artykuł 38 ust. 1 u.z.l.l.d. zawiera zasadę, zgodnie z którą lekarz może nie podjąć lub odstąpić od leczenia pacjenta, o ile nie zachodzi przypadek, o którym mowa w art. 30, z zastrzeżeniem ust. 3. Obowiązek lekarza wynikający z art. 30 u.z.l.l.d. okre-

³³ M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Standardy wykonywania zawodu lekarza*, op. cit., s. 47–48.

³⁴ Postanowienie Trybunału Konstytucyjnego z 7 października 1992 roku, sygn. akt U 1/92, dotyczącego niezgodności z Konstytucją niektórych przepisów Kodeksu etyki lekarskiej.

³⁵ <http://orka.sejm.gov.pl/Druki7ka.nsf/0/973E73BA17B9F079C1257DFD0048880E/%24File/3201.pdf>, 1.08.2015.

śla szczególnie obowiązek gwarancyjny lekarza, od którego nie może on się uchylić, a więc taki, który został nałożony przez przepisy prawa na wyodrębnioną grupę osób, jaką są lekarze³⁶. Podkreślenia wymaga fakt, że uprawnienie lekarza do odmowy leczenia może być wykorzystane w przypadku każdego rodzaju świadczenia zdrowotnego i w odniesieniu do każdego pacjenta³⁷. Lekarz nie może odmówić pomocy tylko na takiej podstawie, że nie jest specjalistą, który mógłby udzielić pomocy lekarskiej w konkretnym przypadku³⁸.

Szeroko toczone w ostatnich latach dyskusja na temat tzw. klauzuli sumienia uzmysławia, jakim wrażliwym polem są próby podważenia autonomii wykonywania zawodu lekarza i podejmowanych decyzji lekarskich. Istotą działania lekarskiego jest „ochrona życia i zdrowia ludzkiego”. Tak precyzuje KEL: „lekarz nie może posługiwać się wiedzą i umiejętnością lekarską w działaniach sprzecznych z tym powołaniem”³⁹. Dyskusję dotyczącą klauzuli sumienia prowokują współcześnie próby wciągania lekarzy w działania wykraczające poza tak określone zadania, a jednocześnie wpływania na ograniczanie właściwej zawodowi autonomii.

Warto w tym miejscu wspomnieć, że klauzula sumienia nie stanowi wyłącznie specyfiki polskiej, lecz występuje w ustawodawstwie większości państw demokratycznych. Stanowi ona regulację prawną, która pozwala lekarzowi (a także innym członkom personelu medycznego) na powstrzymanie się od wykonywania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego własnym sumieniem. Klauzula sumienia znajduje podstawy w aktach prawnych, w szczególności wynika z art. 53 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, w którym każdemu zapewnia się wolność sumienia i religii. Jeszcze silniejszy jest wydzwięk art. 54 „każdemu zapewnia się wolność wyrażania swoich poglądów [...]. Krytykowanie lekarzy za deklarowanie własnych przekonań świadczyć mogłoby co najmniej o nieznanomości Konstytucji, a zarzut, że ich postępowanie zagraża życiu lub zdrowiu pacjentów jest absurdalny, gdyż dochodzi często do sytuacji zupełnie odwrotnej”.

Podobnie art. 18 Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka jednoznacznie proklamuje prawo każdego do wolności myśli, sumienia i wyznania. Wolność sumienia z całą mocą wyraża też Rezolucja Zgromadzenia Parlamentarnego Rady Europy z 2010 roku: „Żadna osoba, szpital ani instytucja nie mogą być zmuszone, pociągnięte do odpowiedzialności ani dyskryminowane w żaden sposób z powodu odmowy wykonania, udzielenia wsparcia, pomocy ani skierowania do aborcji, przeprowadzenia ludzkiego

³⁶ M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Standardy wykonywania zawodu lekarza*, w: *Prawo medyczne*, red. L. Kubicki, Wyd. Medyczne & Urban Partner, Wrocław 2003, s. 45.

³⁷ E. Zatyka, *Lekarski obowiązek niesienia pomocy*, op. cit., s. 30.

³⁸ J. Kulesza, *Lekarski obowiązek pomocy na tle obowiązku ogólnoludzkiego (art. 162 k.k.)*, „Prawo i Medycyna” 2006 nr 1, s. 112.

³⁹ KEL art. 2.

1. Powołaniem lekarza jest ochrona życia i zdrowia ludzkiego, zapobieganie chorobom, leczenie chorych oraz niesienie ulgi w cierpieniu; lekarz nie może posługiwać się wiedzą i umiejętnością lekarską w działaniach sprzecznych z tym powołaniem.

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

poronienia, eutanazji lub jakichkolwiek działań, które mogłyby spowodować śmierć płodu lub zarodka ludzkiego, z jakiegokolwiek powodu”. Wychodząc z tego przepisu należałoby stwierdzić, że prawo to przysługuje także instytucjom medycznym. Rezolucja bardzo wyraźnie stanowi, że żaden szpital nie może być dyskryminowany z tego powodu. Wniosek jest taki, że szpital nie ma obowiązku udzielenia świadczenia, które jest etycznie nie do zaakceptowania. Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych w art. 18 potwierdza prawo do wolności sumienia, proklamując, iż „każdy ma prawo do wolności myśli, sumienia i wyznania. Prawo to obejmuje wolność posiadania lub przyjmowania wyznania lub przekonań według własnego wyboru oraz do uzewnętrzniania indywidualnie czy wspólnie z innymi, publicznie lub prywatnie, swej religii lub przekonań przez uprawianie kultu, uczestniczenie w obrzędach, praktykowanie i nauczanie”. Trybunał Konstytucyjny w wyroku z 7 października 2015 roku⁴⁰, odnoszącym się do klauzuli sumienia uznał, że w świetle art. 53 ust. 1 konstytucji oraz aktów prawa międzynarodowego, prawo do sprzeciwu sumienia powinno być uznane za prawo pierwotne względem jego ograniczeń. Co więcej Trybunał stwierdził, że wolność sumienia – w tym sprzeciw sumienia – musi być respektowana niezależnie od tego, czy istnieją przepisy ustawowe ją potwierdzające. Ustawodawca nie może więc dowolnie kształtować albo znosić tego „przywileju”, lecz musi respektować konstytucyjne warunki ustanawiania ograniczeń wolności i praw człowieka i obywatela.

Klauzula sumienia kojarzona jest głównie z zagadnieniami prokreacji, jednak konieczność odwołania się do niej może wystąpić w wielu innych okolicznościach medycznych – wcale nie tylko u ginekologów-położników. Wystarczy wspomnieć sytuacje określania stanów terminalnych i śmierci, które rodzą codzienne dylematy lekarskie, związane nie tylko z postępowaniem medycznym, ale także etycznym. Można też wymienić niezwykle istotne w dobie rozwiniętych technologii wyzwania związane z tendencją do stosowania uporczywej terapii, dylematy spotykane przy włączaniu pacjentów do badań klinicznych, a także przy pojawianiu się aspektów ekonomicznych stosowanych terapii – okoliczności ekonomiczne mogą bowiem powodować różne postawy lekarzy. Kontrowersje etyczne budzą także zabiegi chirurgiczne zmiany płci. Konieczność zastosowania klauzuli sumienia dotyczyć może również osób zarządzających służbą zdrowia. Nie można pominąć dylematów lekarzy zajmujących się nauką, związanych z rozwojem medycyny, w tym genetyki czy biotechnologii.

Przechodząc do uwag końcowych wskazać należy, że zagadnienia dotyczące postępowania lekarza wobec pacjenta, pomimo precyzyjnej, zdawałoby się, regulacji powinny zostać doprecyzowane. Przede wszystkim mowa tutaj o art. 7 KEL i jego niezgodności z ustawową regulacją zawartą w art. 39 u.z.l.l.d. Z uwagi na fakt negatywnej opinii rządu dotyczącej projektu dotyczącego zmiany ustawy *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* oraz ustawy *o zawodach lekarza i lekarza dentystry* zauważyć należy, że prawdopodobnie powstała rozbieżność w najbliższym czasie nie zostanie jednoznacznie rozstrzygnięta.

Artykuł 6 KEL przyznaje lekarzowi swobodę stosowania względem pacjenta metod, które on uzna za skuteczne. Ograniczeniem w praktycznym stosowaniu tego artykułu

⁴⁰ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 15 października 2015 r., sygn. 12.14.

jest art. 4 u.z.l.i.d., który nakłada na lekarza obowiązek wykonywania zawodu zgodnie z aktualną wiedzą medyczną. Stąd treść art. 6 KEL powinna być rozpatrywana w świetle i w kontekście aktualnej wiedzy medycznej, o której – jako wyznaczniku – wspomina także KEL. Pamiętać należy o fakcie fundamentalnym, że przepisy prawa respektują prawo pacjenta do samostanowienia, w ramach którego pacjent może wyrazić zgodę lub odmówić zgody na podejmowane względem niego interwencje medyczne.

Reasumując powyższe rozważania należy stwierdzić, że zasadniczą kwestią oceny postępowania lekarza wobec pacjenta jest odniesienie jej do aktualnej wiedzy medycznej. W przepisach KEL występuje regulacja świadcząca o takim wymogu⁴¹, a także domniemanie, że lekarz postępuje zgodnie z aktualną wiedzą medyczną. Stwierdzenie takie implikuje obowiązek po stronie lekarzy dokształcania się i śledzenia najnowszych osiągnięć medycznych – z tego punktu widzenia lekarz może zostać oceniony w ewentualnym postępowaniu dyscyplinarnym. Ponadto przypomnieć należy, że zastosowanie przez lekarza metody lub leku, który nie jest dopuszczony, może zostać dokonane wyłącznie na podstawie przepisów dotyczących przeprowadzania badań klinicznych. Akty prawne zawierają ponadto fundamentalną gwarancję zapewnienia autonomii decyzji lekarskich, dla której zastrzeżeniem jest jedynie właśnie zapewnienie wymogów spełniania standardów wiedzy medycznej.

W sytuacji licznych współczesnych wyzwań etycznych między prawem a medycyną powstaje napięcie, w którego zażegnaniu prawo nie zawsze jest w stanie pomóc. Niezbędnym więc jest, aby – w sytuacjach takiego napięcia – decyzje lekarskie podejmowane były z uwzględnieniem dobrze ukształtowanego sumienia lekarskiego, odpowiadającego wysokim standardom moralnym, uwzględniającym kategorię dobra chorego, przy zachowaniu wytycznych współczesnej myśli medycznej.

Streszczenie

Niniejszy artykuł traktuje o rozdziale I Kodeksu etyki lekarskiej, zatytułowanego „Postępowanie lekarza wobec pacjenta”. Rozdział ten obejmuje dwa przepisy – art. 6 i 7 KEL. Art. 6 stanowi, że lekarz ma swobodę wyboru w zakresie metod postępowania, które uzna za najskuteczniejsze, jednak powinien on ograniczyć czynności medyczne do rzeczywiście potrzebnych choremu zgodnie z aktualnym stanem wiedzy. Natomiast art. 7 stanowi, że w szczególnie uzasadnionych wypadkach lekarz może nie podjąć się lub odstąpić od leczenia chorego, z wyjątkiem przypadków niecierpiących zwłoki. Nie podejmując albo odstępując od leczenia lekarz winien wskazać choremu inną możliwość uzyskania pomocy lekarskiej. Autorzy dokonują szczegółowej analizy wskazanych przepisów w oparciu o literaturę przedmiotu oraz orzecznictwo.

Słowa kluczowe: postępowanie lekarza wobec pacjenta, swoboda wyboru w zakresie metod postępowania, nie podjęcie leczenia, odstąpienie od leczenia, Kodeks etyki lekarskiej

⁴¹ KEL art. 4.

Code of conduct by the physician towards the patient – comment to the Art. 6 and 7 of the Code of Medical Ethics

Summary

The article discusses Chapter 1 of the Medical Code of Ethics, entitled „Patient management by the physician”. The Chapter comprises two regulations – Art. 6 and Art. 7. The former specifies that the physician is free to choose the mode of managing the patient, that he/she finds the most effective. However, the physician should limit his/her medical activities towards the patient to those indeed indispensable in a given case, according to the current body of medical knowledge. Art. 7, in turn, specifies that in exceptionally justified cases, the physician may not engage in treating the patient or refrain from it, with the exception of emergency cases. In both circumstances the physician should inform the patient about other possibilities of obtaining medical assistance. The authors analysed in detail the discussed provisions, on the basis of related literature and jurisdiction.

Key words: *patient management by the physician, freedom to choose the mode of managing the patient, refusing treatment, refraining from treatment, Code of Medical Ethics*