

KODEKS ETYKI LEKARSKIEJ

Komentarz

redakcja naukowa Radosław Tymiński

Jolanta Budzowska, Marcin Burdzik, Magdalena Dmuch
Marek Koenner, Rafał Kubiak, Igor Tuleya, Radosław Tymiński
Grzegorz Wymysłowski, Jakub Żaczek

KOMENTARZE PRAKTYCZNE

KODEKS ETYKI LEKARSKIEJ

Komentarz

redakcja naukowa Radosław Tymiński

Jolanta Budzowska, Marcin Burdzik, Magdalena Dmucha
Marek Koenner, Rafał Kubiak, Igor Tuleya, Radosław Tymiński
Grzegorz Wymysłowski, Jakub Żaczek

KOMENTARZE PRAKTYCZNE

Stan prawny na 2 stycznia 2025 r.

Recenzentka

Dr hab. Dorota Karkowska, prof. Uniwersytetu Jagiellońskiego

Wydawczyni

Dagna Kordyasz

Redaktorka prowadząca

Joanna Tchorek

Opracowanie redakcyjne

Joanna Maż

Projekt okładek serii

Wojtek Janikowski, Przemek Dębowski

Poszczególne artykuły komentarza napisali:

Jolanta Budzowska – art. 3, 7, 12–15, 17, 18, 39, 40

Marcin Burdzik – art. 2, 66, 72, 80, 83

Magdalena Dmuch – art. 19, 21, 43, 48, 50, 54, 55, 57, 58, 63

Marek Koenner – art. 1, 4, 5, 22, 23, 60, 61, 67–70

Rafał Kubiak – art. 16, 24–30, 38, 44–47, 49, 53

Igor Tuleya – art. 31–37

Radosław Tymiński – art. 6, 8–11, 41, 42, 56, 59, 82

Grzegorz Wymysłowski – art. 20, 51, 52, 62, 64, 65, 78, 81

Jakub Żaczek – art. 71, 73–77, 79

© Copyright by Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o., 2025

ISBN 978-83-8390-263-0

Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o.

Dział Praw Autorskich

01-208 Warszawa, ul. Przyokopowa 33

tel. +48 728 313 462

e-mail: PL-ksiazki@wolterskluwer.com

księgarnia internetowa www.profinfo.pl

Spis treści

Wykaz skrótów _____	9
Wstęp _____	17
Uchwała Nr 5 Nadzwyczajnego XVI Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 18 maja 2024 r. w sprawie Kodeksu Etyki Lekarskiej	
KODEKS ETYKI LEKARSKIEJ	
CZĘŚĆ OGÓLNA _____	23
Art. 1. _____	25
Art. 2. _____	31
Art. 3. _____	46
Art. 4. _____	53
Art. 5. _____	61
CZĘŚĆ SZCZEGÓŁOWA _____	67
Rozdział I. Postępowanie lekarza wobec pacjenta _____	69
Art. 6. _____	69
Art. 7. _____	76
Art. 8. _____	85
Art. 9. _____	91
Art. 10. _____	96
Art. 11. _____	101
Art. 12. _____	105
Poszanowanie praw pacjenta _____	113
Art. 13. _____	113
Art. 14. _____	120
Art. 15. _____	126
Art. 16. _____	132
Art. 17. _____	161
Art. 18. _____	168

Art. 19.	174
Art. 20.	184
Art. 21.	198
Art. 22.	204
Art. 23.	209
Tajemnica lekarska	215
Art. 24.	215
Art. 25.	225
Art. 26.	230
Art. 27.	246
Art. 28.	251
Art. 29.	257
Art. 30.	265
Pomoc chorym w stanach terminalnych	273
Art. 31.	273
Art. 32.	277
Art. 33.	287
Transplantacja	299
Art. 34.	299
Art. 35.	305
Art. 36.	308
Art. 37.	315
Art. 38.	325
Prokreacja	334
Art. 39.	334
Art. 40.	344
Dokumentacja medyczna	349
Art. 41.	349
Art. 42.	355
Rozdział II. Badania naukowe i eksperymenty biomedyczne	361
Art. 43.	361
Art. 44.	366
Art. 45.	375
Art. 46.	387
Art. 47.	395
Art. 48.	405
Art. 49.	411
Art. 50.	420
Art. 51.	425
Art. 52.	431
Art. 53.	436
Rozdział III. Związki lekarzy z przemysłem	447
Art. 54.	447
Art. 55.	453

Art. 56.	458
Art. 57.	464
Art. 58.	469
Art. 59.	473
Art. 60.	476
Rozdział IV. Ludzki genom	480
Art. 61.	480
Rozdział V. Stosunki wzajemne między lekarzami	485
Art. 62.	485
Art. 63.	508
Rozdział VI. Zasady postępowania w praktyce lekarskiej	517
Art. 64.	517
Art. 65.	524
Art. 66.	533
Art. 67.	537
Art. 68.	541
Art. 69.	548
Art. 70.	551
Art. 71.	557
Art. 72.	567
Art. 73.	574
Art. 74.	579
Art. 75.	587
Rozdział VII. Lekarz a społeczeństwo	593
Art. 76.	593
Art. 77.	601
Art. 78.	604
Art. 79.	625
Art. 80.	628
Art. 81.	642
Rozdział VIII. Zasady końcowe	648
Art. 82.	648
Art. 83.	652
Bibliografia	659
O Autorach	675

Wykaz skrótów

Akty prawne

- AI Act – rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2024/1689 z 13.06.2024 r. w sprawie ustanowienia zharmonizowanych przepisów dotyczących sztucznej inteligencji oraz zmiany rozporządzeń (WE) nr 300/2008, (UE) nr 167/2013, (UE) nr 168/2013, (UE) 2018/858, (UE) 2018/1139 i (UE) 2019/2144 oraz dyrektyw 2014/90/UE, (UE) 2016/797 i (UE) 2020/1828 (akt w sprawie sztucznej inteligencji) (Dz.Urz. UE L 2024/1689)
- dyrektywa 98/44/WE – dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 98/44/WE z 6.07.1998 r. w sprawie ochrony prawnej wynalazków biotechnologicznych (Dz.Urz. UE L 213, s. 13)
- dyrektywa 2010/63/UE – dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2010/63/UE z 22.09.2010 r. w sprawie ochrony zwierząt wykorzystywanych do celów naukowych (Dz.Urz. UE L 276, s. 33, ze zm.)
- EKPC – Konwencja praw człowieka i podstawowych wolności (Dz.U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284 ze zm.)
- KARE – Konwencja Antydopingowa sporządzona w Strasburgu dnia 16.11.1989 r. (Dz.U. z 2001 r. Nr 15, poz. 149)
- k.c. – ustawa z 23.04.1964 r. – Kodeks cywilny (Dz.U. z 2024 r. poz. 1061 ze zm.)
- KEL – uchwała Nr 5 Nadzwyczajnego XVI Krajowego Zjazdu Lekarzy z 18.05.2024 r. w sprawie Kodeksu Etyki Lekarskiej
- KEL z 2023 r., dawny KEL – Kodeks Etyki Lekarskiej z 1991 r. w brzmieniu ustalonym na Nadzwyczajnym VII Krajowym Zjeździe Lekarzy w 2003 r.
- k.k. – ustawa z 6.06.1997 r. – Kodeks karny (Dz.U. z 2024 r. poz. 17 ze zm.)
- k.k.w. – ustawa z 6.06.1997 r. – Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. z 2024 r. poz. 706 ze zm.)
- Konstytucja RP – Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 2.04.1997 r. (Dz.U. Nr 78, poz. 483 ze zm.)
- k.p. – ustawa z 26.06.1974 r. – Kodeks pracy (Dz.U. z 2023 r. poz. 1465 ze zm.)

- k.p.c. – ustawa z 17.11.1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego (Dz.U. z 2024 r. poz. 1568)
- KPCB, Konwencja o prawach człowieka i biomedycynie – Konwencja Rady Europy o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny: konwencja o prawach człowieka i biomedycynie (przyjęta przez komitet ministrów w dniu 19.11.1996 r.)
- KPD – Konwencja o prawach dziecka przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych dnia 20.11.1989 r. (Dz.U. z 1991 r. Nr 120, poz. 526 ze zm.)
- k.p.k. – ustawa z 6.06.1997 r. – Kodeks postępowania karnego (Dz.U. z 2025 r. poz. 46)
- KPP – Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej (Dz.Urz. UE C 303 z 14.12.2007 r., s. 1, ze zm.)
- k.r.o. – ustawa z 25.02.1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy (Dz.U. z 2023 r. poz. 2809)
- k.s.h. – ustawa z 15.09.2000 r. – Kodeks spółek handlowych (Dz.U. z 2024 r. poz. 18 ze zm.)
- k.w. – ustawa z 20.05.1971 r. – Kodeks wykroczeń (Dz.U. z 2023 r. poz. 2119 ze zm.)
- KZT – Konwencja w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych dnia 10.12.1984 r. (Dz.U. z 1989 r. Nr 63, poz. 378)
- MKZDS – Międzynarodowa Konwencja o zwalczaniu dopingu w sporcie, sporządzona w Paryżu dnia 19.10.2005 r. (Dz.U. z 2007 r. Nr 142, poz. 999 ze zm.)
- MPPPOP – Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych otwarty do podpisu w Nowym Jorku dnia 19.12.1966 r. (Dz.U. z 1977 r. Nr 38, poz. 167)
- PDGL – Powszechna Deklaracja w sprawie genomu ludzkiego i praw człowieka
- PDPC – Powszechna Deklaracja Praw Człowieka uchwalona w dniu 10.12.1948 r. podczas Trzeciej Sesji Ogólnego Zgromadzenia Organizacji Narodów Zjednoczonych
- p.r.d. – ustawa z 20.06.1997 r. – Prawo o ruchu drogowym (Dz.U. z 2024 r. poz. 1251)
- pr. farm. – ustawa z 6.09.2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz.U. z 2024 r. poz. 686)
- pr. pras. – ustawa z 26.01.1984 r. – Prawo prasowe (Dz.U. z 2018 r. poz. 1914)
- p.s.w. – ustawa z 20.07.2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz.U. z 2024 r. poz. 1571 ze zm.)
- r.b.z.a.o. – rozporządzenie Ministra Zdrowia i Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z 28.12.2018 r. w sprawie badań na zawartość alkoholu w organizmie (Dz.U. poz. 2472)
- r.d.z.l. – rozporządzenie Ministra Zdrowia z 21.02.2022 r. w sprawie sposobu dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów (Dz.U. poz. 464)

- r.k.b. – rozporządzenie Ministra Zdrowia z 26.01.2023 r. w sprawie komisji bioetycznej oraz Odwoławczej Komisji Bioetycznej (Dz.U. z 2024 r. poz. 1699)
- r.k.m. – rozporządzenie Ministra Zdrowia z 26.09.2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 200, poz. 1661)
- RODO – rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.Urz. UE L 119, s. 1)
- r.o.w.u.u.ś. – rozporządzenie Ministra Zdrowia z 8.09.2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2023 r. poz. 1194 ze zm.)
- rozporządzenie 536/2014 – rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 536/2014 z 16.04.2014 r. w sprawie badań klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi oraz uchylenia dyrektywy 2001/20/WE (Dz.Urz. UE L 158, s. 1, ze zm.)
- rozporządzenie 2017/745 – rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/745 z 5.04.2017 r. w sprawie wyrobów medycznych, zmiany dyrektywy 2001/83/WE, rozporządzenia (WE) nr 178/2002 i rozporządzenia (WE) nr 1223/2009 oraz uchylenia dyrektyw Rady 90/385/EWG i 93/42/EWG (Dz.Urz. UE L 117, s. 1, ze zm.)
- rozporządzenie 2017/746 – rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/746 z 5.04.2017 r. w sprawie wyrobów medycznych do diagnostyki in vitro oraz uchylenia dyrektywy 98/79/WE i decyzji Komisji 2010/227/UE (Dz.Urz. UE L 117, s. 176, ze zm.)
- r.p.b.u.o. – rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z 23.02.2005 r. w sprawie poddawania badaniom lub wykonywania czynności z udziałem oskarżonego oraz osoby podejrzanej (Dz.U. Nr 33, poz. 299 ze zm.)
- r.p.z.s.l. – rozporządzenie Ministra Zdrowia z 7.12.2001 r. w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi (Dz.U. z 2021 r. poz. 1910)
- r.r.d.m. – rozporządzenie Ministra Zdrowia z 6.04.2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2024 r. poz. 798)
- r.r.e.d.m. – rozporządzenie Ministra Zdrowia z 8.05.2018 r. w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej (Dz.U. z 2023 r. poz. 1851)
- r.s.o.o.z.a. – rozporządzenie Ministra Zdrowia z 16.12.2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (Dz.U. z 2024 r. poz. 332 ze zm.)

- r.ś.g.o.p.h. – rozporządzenie Ministra Zdrowia z 29.10.2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz.U. z 2022 r. poz. 262)
- u.b.k.p.l. – ustawa z 9.03.2023 r. o badaniach klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi (Dz.U. poz. 605 ze zm.)
- u.c.c.z. – ustawa z 31.01.1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz.U. z 2024 r. poz. 576)
- u.d.l. – ustawa z 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2024 r. poz. 799 ze zm.)
- u.i.l. – ustawa z 2.12.2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. z 2021 r. poz. 1342 ze zm.)
- u.l.n. – ustawa z 25.06.2015 r. o leczeniu niepłodności (Dz.U. z 2020 r. poz. 442)
- u.l.s. – ustawa z 15.06.2007 r. o lekarzu sądowym (Dz.U. Nr 123, poz. 849 ze zm.)
- u.m.l. – ustawa o z 15.09.2022 r. medycynie laboratoryjnej (Dz.U. z 2023 r. poz. 2125 ze zm.)
- u.n.z.m. – ustawa z 17.08.2023 r. o niektórych zawodach medycznych (Dz.U. poz. 1972 ze zm.)
- u.o.d.o. – ustawa z 10.05.2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1781)
- u.o.o. – ustawa z 11.03.2022 r. o obronie Ojczyzny (Dz.U. z 2024 r. poz. 248 ze zm.)
- u.o.s. – ustawa z 11.09.2015 r. o osobach starszych (Dz.U. poz. 1705 ze zm.)
- u.o.z.p. – ustawa z 19.08.1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2024 r. poz. 917)
- u.o.z.w.c.n. – ustawa z 15.01.2015 r. o ochronie zwierząt wykorzystywanych do celów naukowych lub edukacyjnych (Dz.U. z 2023 r. poz. 465)
- u.p.a.p.p. – ustawa z 4.02.1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz.U. z 2025 r. poz. 24 ze zm.)
- u.p.n. – ustawa z 29.07.2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. z 2023 r. poz. 1939)
- u.p.o.z. – ustawa z 27.10.2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz.U. z 2022 r. poz. 2527 ze zm.)
- u.p.p. – ustawa z 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i o Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2024 r. poz. 581)
- u.p.p.d. – ustawa z 29.07.2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy domowej (Dz.U. z 2024 r. poz. 1673)
- u.p.p.p.k. – ustawa z 1.07.2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz.U. z 2023 r. poz. 1185)
- u.p.r.o.p. – ustawa z 7.01.1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz.U. z 2022 r. poz. 1575)
- u.p.s. – ustawa z 12.03.2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2024 r. poz. 1283 ze zm.)
- u.r.s.z. – ustawa z 23.05.1991 r. o rozwiązywaniu sporów zbiorowych (Dz.U. z 2020 r. poz. 123)

- u.s. – ustawa z 25.06.2010 r. o sporcie (Dz.U. z 2024 r. poz. 1488 ze zm.)
- u.s.i.o.z. – ustawa z 28.04.2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz.U. z 2023 r. poz. 2465 ze zm.)
- ustawa o PRM – ustawa z 8.09.2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. z 2024 r. poz. 652 ze zm.)
- ustawa o RPD – ustawa z 6.01.2000 r. o Rzeczniku Praw Dziecka (Dz.U. z 2023 r. poz. 292)
- u.ś.o.z. – ustawa z 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2024 r. poz. 146 ze zm.)
- u.ś.p.u.s. – ustawa z 25.06.1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz.U. z 2023 r. poz. 2780 ze zm.)
- u.ś.r. – ustawa z 28.11.2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz.U. z 2024 r. poz. 323 ze zm.)
- u.w.k.c.r. – ustawa z 4.11.2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz.U. z 2024 r. poz. 1829)
- u.w.m. – ustawa z 7.04.2022 r. o wyrobach medycznych (Dz.U. z 2024 r. poz. 1620)
- u.w.t.p.n. – ustawa z 26.10.1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. z 2023 r. poz. 2151 ze zm.)
- uzasadnienie uchwały – uzasadnienie uchwały Nr 3/24/IX Naczelnej Rady Lekarskiej
Nr 3/24/IX, uzasadnienie do projektu Kodeksu Etyki Lekarskiej z 2024 r. z 26.01.2024 r. w sprawie przedstawienia do konsultacji projektu Kodeksu Etyki Lekarskiej
- u.z.d.s. – ustawa z 21.04.2017 r. o zwalczaniu dopingu w sporcie (Dz.U. z 2022 r. poz. 1258)
- u.z.f. – ustawa z 25.09.2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (Dz.U. z 2023 r. poz. 1213 ze zm.)
- u.z.l. – ustawa z 5.12.1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2024 r. poz. 1287 ze zm.)
- u.z.n.k. – ustawa z 16.04.1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz.U. z 2022 r. poz. 1233)
- u.z.p. – ustawa z 11.09.2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz.U. z 2024 r. poz. 1670)
- u.z.p.p. – ustawa z 15.07.2011 r. o zawodzie pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2024 r. poz. 814 ze zm.)
- u.z.r.m. – ustawa z 1.12.2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych (Dz.U. z 2023 r. poz. 2187 ze zm.)
- u.z.z.z. – ustawa z 5.12.2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. z 2024 r. poz. 924 ze zm.)

Publikatory i czasopisma

- AUWr – Acta Universitatis Wratislaviensis
- Biul. Inf. SN – Biuletyn Informacyjny Sądu Najwyższego

- CzPKiNP – Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych
- GSP – Gdańskie Studia Prawnicze
- GSP-Prz.Orz. – Gdańskie Studia Prawnicze – Przegląd Orzecznictwa
- KZS – Krakowskie Zeszyty Sądowe
- MP – Medycyna Praktyczna
- ONSA – Orzecznictwo Naczelnego Sądu Administracyjnego
- OSA – Orzecznictwo Sądów Apelacyjnych
- OSAL – Orzecznictwo Sądu Apelacyjnego w Lublinie
- OSAŁ – Orzecznictwo Sądu Apelacyjnego w Łodzi
- OSASz – Orzecznictwo Sądu Apelacyjnego w Szczecinie
- OSNC – Orzecznictwo Sądu Najwyższego. Izba Cywilna
- OSNCP – Orzecznictwo Sądu Najwyższego Izby Cywilnej, Pracy i Ubezpieczeń Społecznych
- OSNC-ZD – Orzecznictwo Sądu Najwyższego Izba Cywilna – zbiór dodatkowy
- OSN(K) – Orzecznictwo Sądu Najwyższego (Izba Karno)
- OSNKW – Orzecznictwo Sądu Najwyższego Izba Karno i Wojskowa
- OSNwSK – Orzecznictwo Sądu Najwyższego w Sprawach Karnych
- OSP – Orzecznictwo Sądów Polskich
- OSPiKA – Orzecznictwo Sądów Polskich i Komisji Arbitrażowych
- OTK – Orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego
- OTK-A – Orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego – Seria A
- Pal. – Palestra
- PiM – Prawo i Medycyna
- PiP – Państwo i Prawo
- POSAG – Przegląd Orzecznictwa Sądu Apelacyjnego w Gdańsku
- PPM – Przegląd Prawa Medycznego
- Prok. i Pr. – Prokuratura i Prawo
- Prok i Pr. wkł. – Prokuratura i Prawo – wkładka
- PS – Przegląd Sądowy
- RPEiS – Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny
- St. Cyw. – Studia Cywilistyczne
- St. Iur. – Studia Iuridica
- St. Praw. – Studia Prawnicze
- Zb.O. – Zbiór Orzecznictwa

Inne

- AI – sztuczna inteligencja
- AOTMiT – Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
- BTiK – bank tkanek i komórek
- ChPL – Charakterystyka Produktu Leczniczego
- EBM – medycyna oparta na faktach (ang. *evidence-based medicine*)
- ETPC – Europejski Trybunał Praw Człowieka
- NFZ, Fundusz – Narodowy Fundusz Zdrowia
- NRL – Naczelna Rada Lekarska
- NSA – Naczelny Sąd Administracyjny
- NSL – Naczelny Sąd Lekarski

- numer PWZ – numer prawa wykonywania zawodu
- ONZ – Organizacja Narodów Zjednoczonych
- ORL – Okręgowa Rada Lekarska
- OROZ – Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej
- OSL – Okręgowy Sąd Lekarski
- POZ – podstawowa opieka zdrowotna
- RPO – Rzecznik Praw Obywatelskich
- RPP – Rzecznik Praw Pacjenta
- SA – sąd apelacyjny
- SN – Sąd Najwyższy
- SO – sąd okręgowy
- SOR – szpitalny oddział ratunkowy
- SR – sąd rejonowy
- TK – Trybunał Konstytucyjny
- TSUE – Trybunał Sprawiedliwości Unii Europejskiej
- UE – Unia Europejska
- UNESCO – Organizacja Narodów Zjednoczonych do spraw Oświaty, Nauki i Kultury
- WHO – Światowa Organizacja Zdrowia (ang. World Health Organization)
- WSA – Wojewódzki Sąd Administracyjny
- ZUS – Zakład Ubezpieczeń Społecznych

Wstęp

W różnych krajach status kodeksów lekarskich jest różny, jednakże w polskim systemie prawnym dokument ten odgrywa szczególną rolę, ponieważ pierwszym zadaniem samorządu zawodowego lekarzy, wymienionym w art. 5 u.i.l., jest „ustanawianie zasad etyki lekarskiej oraz dbanie o ich przestrzeganie”. Nie są to w żaden sposób martwe postanowienia ustawowe z uwagi na to, że samorząd zawodowy lekarzy wyposażono w kompetencję do sprawowania sądownictwa zawodowego i możliwość nakładania na lekarzy sankcji m.in. za naruszenie zasad etyki zawodowej. Ustawa o izbach lekarskich przewiduje różnego rodzaju kary – od upomnienia aż do pozbawienia uprawnień do wykonywania zawodu lekarza. Z tych powodów Kodeks Etyki Lekarskiej jest dokumentem niezwykle istotnym, ponieważ w praktyce stanowi on zbiór etycznych obowiązków lekarskich, których nieprzestrzeganie może mieć poważne konsekwencje.

Uchwałą Nadzwyczajnego XVI Krajowego Zjazdu Lekarzy w dniu 18.05.2024 r. uchwalono nowy Kodeks Etyki Lekarskiej, który wszedł w życie 1.01.2025 r. Ten Kodeks Etyki Lekarskiej zastępuje poprzedni, który został uchwalony w 1991 r. i był dwukrotnie nowelizowany – w 1993 i 2003 r. Według przedstawicieli samorządu zawodowego uchwalenie nowego Kodeksu Etyki Lekarskiej to wydarzenie epokowe, gdyż dostosowuje zasady etyki lekarskiej do współczesności. Trzeba przyznać, że samorząd lekarski podjął niezwykle trudne wyzwanie dostosowania treści kodeksu do wyzwań współczesności, takich jak: używanie algorytmów sztucznej inteligencji, obecność firm farmaceutycznych w lekarskim kształceniu podyplomowym, pomoc choremu w stacjach terminalnych, klonowanie czy eksperymenty medyczne. Z jednej strony wysiłek ten zasługuje na aprobatę. Z drugiej jednak strony analiza treści nowego Kodeksu Etyki Lekarskiej ujawnia, że pomimo unowocześnienia niektórych postanowień nie udało się rozwiązać wielu problemów obecnych na gruncie poprzedniego Kodeksu Etyki Lekarskiej: pominięto część wyzwań etycznych, przed którymi staje współczesny lekarz, uregulowano pewne zagadnienia inaczej niż prawo powszechnie obowiązujące, wprowadzono wiele przepisów, które trudno interpretować z uwagi na ich wieloznaczność. Niewątpliwie zatem obecny Kodeks Etyki Lekarskiej nie jest ostatnim i będzie podlegał modyfikacjom.

Jestem przekonany, że współcześnie sięgnięcie do zasad etycznych jest nieuniknione i chyba jeszcze ważniejsze niż kiedyś. Nowy Kodeks Etyki Lekarskiej jest doskonałą okazją do przemyślenia pewnych kwestii czy przypomnienia sobie pryncypiów etycznych związanych z wykonywaniem zawodu lekarza. Co ważne, przestrzeganie zasad wynikających z Kodeksu Etyki Lekarskiej należy postrzegać jako niezwykle ważny

argument we wszelkiego rodzaju sporach z pacjentami lub organami nadzorującymi pracę lekarzy. Nie ulega bowiem wątpliwości, że wykonywanie zawodu lekarza podlega wielu uwarunkowaniom (prawnym i pozaprawnym), co powoduje, że czasem można mieć wątpliwości, jak działać. Wyrażam przekonanie, że w razie wątpliwości należy trzymać się zasad etycznych wyrażonych w Kodeksie Etyki Lekarskiej, ponieważ można dzięki temu zyskać potężnego sojusznika. Jest chyba oczywiste, że za lekarzem, który przestrzega norm wynikających z Kodeksu Etyki Lekarskiej, będzie stał samorząd zawodowy.

Rzecz jasna należy mieć świadomość, że Kodeks Etyki Lekarskiej nie funkcjonuje w próżni, z uwagi na to, że jest dopełnieniem norm prawa powszechnie obowiązującego. Chcąc ułatwić osobom zainteresowanym etyką lekarską zrozumienie treści przepisów Kodeksu Etyki Lekarskiej, postanowiliśmy dokonać analizy poszczególnych przepisów szerzej, niżby to wynikało tylko z ich brzmienia. Jako grono autorów, którzy zawodowo zajmują się prawem medycznym na różne sposoby i mają odmienne doświadczenia oraz perspektywy, szczególny nacisk położyliśmy właśnie na kontekst systemowy oraz praktyczne aspekty funkcjonowania norm Kodeksu Etyki Lekarskiej. Za przyjęcie zaproszenia do współpracy nad niniejszą publikacją dziękuję bardzo mec. Jolancie Budzowskiej, dr. Marcinowi Burdzikowi, mec. Magdalenie Dmuch, dr. Markowi Koennerowi, prof. dr. hab. Rafałowi Kubiakowi, sędziemu Igorowi Tuleyi, mec. Grzegorzowi Wymysłowskiemu oraz mec. Jakubowi Żaczkowi.

Prezentowane opracowanie, pomimo że miejscami krytyczne wobec niektórych z przyjętych przepisów (zwłaszcza co do ich ujęcia legislacyjnego), ma służyć przede wszystkim tym czytelnikom, którzy zajmują się etyką lekarską w praktyce. Z tego powodu w treści każdego komentarza podkreślaliśmy kontekst systemowy, w którym dany przepis funkcjonuje, oraz zawieraliśmy praktyczne uwagi skierowane najczęściej do lekarzy bądź organów odpowiedzialności zawodowej samorządu zawodowego lekarzy.

Warszawa, 16.12.2024 r.

Radosław Tymiąński

Uchwała Nr 5
Nadzwyczajnego XVI Krajowego Zjazdu Lekarzy
z dnia 18 maja 2024 r.
w sprawie
Kodeksu Etyki Lekarskiej

Na podstawie art. 38 pkt 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. z 2021 r. poz. 1342) uchwała się co następuje:

§ 1. Uchwała się Kodeks Etyki Lekarskiej stanowiący załącznik do niniejszej uchwały

§ 2. Traci moc uchwała Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 grudnia 1991 r. w sprawie Kodeksu Etyki Lekarskiej (Biuletyn NRL z 1994 r. Nr 1(24)), zmieniona uchwałą Nr 19 III Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 grudnia 1993 r. oraz uchwałą Nr 5 Nadzwyczajnego VII Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 20 września 2003 r.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2025 r.

KODEKS ETYKI LEKARSKIEJ

Przyrzeczenie lekarskie

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

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

Przyrzekam to uroczyście!

CZĘŚĆ OGÓLNA

Art. 1.

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

1. Opis treści normatywnej przepisu

Przepis art. 1 ust. 1 KEL umiejscawia zasady etyki lekarskiej w systemie ogólnych norm etycznych.

Przepis ten formułuje podstawowe obowiązki etyczne lekarza, które polegają na przestrzeganiu przez niego praw człowieka oraz dbaniu o godność zawodu lekarza.

Zdefiniowano w nim również, na czym polega naruszenie godności zawodu poprzez wskazanie, że jest to takie postępowanie lekarza, które podważa zaufanie do samego zawodu. Nie chodzi tu zatem o podważenie zaufania wyłącznie do tego konkretnego lekarza, którego zachowanie doprowadziło do naruszenia godności, ale do całej profesji lekarskiej.

2. Uwagi historyczne

Przepis ten nie uległ zmianie wobec dawnego KEL, w którym jego brzmienie było identyczne.

3. *Ratio legis* i przedmiot ochrony

Wartości, których ochrona została uregulowana w art. 1 KEL, to: same zasady etyki lekarskiej, prawa człowieka, godność zawodu lekarza oraz zaufanie do tego zawodu.

Godność zawodu lekarza należy uznać za najwyższe dobro, którego naruszenie przez lekarza powoduje, że zachwiane zostaje zaufanie, jakie powinno obowiązywać w relacji pacjent – lekarz. Dlatego też dbanie o godność zawodu stanowi podstawowo-

wy obowiązek lekarza obok przestrzegania przez niego praw człowieka, co w szczególności dotyczy praw pacjenta.

4. Uwagi systemowe

Analizując przepis art. 1 KEL z punktu widzenia wykładni systemowej, konieczne jest odwołanie się do traktatów międzynarodowych (ratyfikowanych przez Polskę), konwencji i Konstytucji RP, w których zdefiniowano prawa człowieka i zagwarantowano ich ochronę.

Prawa człowieka to zespół praw i wolności, które przysługują każdemu człowiekowi bez względu na rasę, płeć, język, wyznanie, przekonania polityczne itp. Prawa człowieka są niezbywalne (nie można się ich zrzec) i nienaruszalne. Związany jest z nimi postulat poszanowania najważniejszych dla człowieka wartości, do których zaliczymy przede wszystkim życie i godność człowieka.

Podstawowe przepisy, które definiują i regulują prawa człowieka, zawierają: Karta Narodów Zjednoczonych Statut Międzynarodowego Trybunału Sprawiedliwości i Porozumienie ustanawiające Komisję Przygotowawczą Narodów Zjednoczonych¹ oraz Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności sporządzona w Rzymie dnia 4.11.1950 r., zmieniona następnie Protokołami nr 3, 5 i 8 oraz uzupełniona Protokołem nr 2², zwana Europejską Konwencją Praw Człowieka.

Poza tymi podstawowymi aktami prawa międzynarodowego prawa człowieka są przedmiotem regulacji także w wielu innych aktach, zarówno o zasięgu światowym, jak i europejskim. Przepisy te normują różne aspekty dotyczące praw człowieka, w tym w szczególności odnoszące się do praw kobiet, dzieci czy osób z niepełnosprawnościami³.

Na poziomie europejskim kluczowe znaczenie, oprócz wymienionej Europejskiej Konwencji Praw Człowieka, ma Karta Praw Podstawowych UE, Europejska Karta Społeczna sporządzona w Turynie dnia 18.10.1961 r.⁴ czy podpisana, jednak nieratyfikowana przez Polskę, Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny z 1997 r.

W myśl art. 1 KPP godność człowieka jest nienaruszalna. Musi być szanowana i chroniona. Z kolei stosownie do treści art. 2 ust. 1 KPP każdy ma prawo do życia.

Jak stanowi art. 3 ust. 1 KPP, każdy ma prawo do poszanowania jego integralności fizycznej i psychicznej. A w dziedzinach medycyny i biologii muszą być szanowane w szczególności:

- a) swobodna i świadoma zgoda osoby zainteresowanej, wyrażona zgodnie z procedurami określonymi przez ustawę;
- b) zakaz praktyk eugenicznych, w szczególności tych, których celem jest selekcja osób;
- c) zakaz wykorzystywania ciała ludzkiego i jego poszczególnych części jako źródła zysku;
- d) zakaz reprodukcyjnego klonowania istot ludzkich (art. 3 ust. 2 KPP).

¹ Dz.U. z 1947 r. Nr 23, poz. 90 ze zm.

² Dz.U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284 ze zm.

³ Por. E. Zielińska, *Prawo Unii Europejskiej [w:] System Prawa Medycznego*, t. I, *Pojęcie, źródła i zakres prawa medycznego*, red. R. Kubiak, L. Kubicki, E. Zielińska, Warszawa 2018.

⁴ Dz.U. z 1999 r. Nr 8, poz. 67 ze zm.

Z kolei na gruncie prawa krajowego podstawowym aktem prawnym odnoszącym się do praw człowieka i zawierającym regulację mającą na celu ochronę godności człowieka jest Konstytucja RP. Stosownie do jej art. 30 przyrodzona i niezbywalna godność człowieka stanowi źródło wolności i praw człowieka i obywatela. Jest ona nienaruszalna, a jej poszanowanie i ochrona jest obowiązkiem władz publicznych.

Wyrazem obowiązku poszanowania przez lekarza godności człowieka jest regulacja zawarta w art. 3 KEL, zgodnie z którym lekarz wypełnia swoje obowiązki z poszanowaniem człowieka bez względu na wiek, płeć, rasę, wyposażenie genetyczne, narodowość, wyznanie, przynależność społeczną, sytuację materialną, poglądy polityczne, orientację seksualną lub inne uwarunkowania. Godność człowieka jest bowiem dobrem przeważającym nad interesem społeczeństwa, a więc i danej grupy zawodowej⁵.

Do praw człowieka, których przestrzeganie jest podstawowym obowiązkiem lekarza, zaliczamy również prawa pacjenta.

Pacjent to osoba fizyczna zwracająca się w szczególności do lekarza o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub korzystająca ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez lekarza (por. art. 3 ust. 1 pkt 4 u.p.p.). W doktrynie wyróżnia się funkcję ochronną praw pacjenta, która „polega na działaniu norm w sposób chroniący istotne wartości – godność i podmiotowość człowieka w procesie udzielania mu świadczeń opieki zdrowotnej (...)”⁶.

W tym kontekście do podstawowych praw pacjenta należy zaliczyć:

- prawo do informacji o stanie zdrowia i do wyrażenia zgody na leczenie,
- prawo do tajemnicy informacji z nim związanych,
- prawo do poszanowania intymności i godności.

5. Wykładnia przepisu

5.1. Zasady etyki lekarskiej jako normy wynikające z ogólnych norm etycznych

Wydaje się, że można się tu odwołać do potocznego rozumienia etyki, jak wyjaśnia Encyklopedia PWN⁷: „etyka to ogół norm moralnych uznawanych w pewnym czasie przez jakąś zbiorowość społeczną jako punkt odniesienia dla oceny i regulacji postępowania w celu integracji grupy wokół pewnych wartości, synonim moralności”.

Zatem należy przyjąć, że zasady etyki lekarskiej stanowią część ogólnych norm etycznych, odnoszącą się do zawodu lekarza. Wielość systemów etycznych, mających swe źródła w systemach religijnych i filozoficznych, jak również historia etyki nie stanowią przedmiotu niniejszych rozważań⁸.

Jak zauważył SN w postanowieniu z 4.10.2017 r.⁹, „wzorce zachowań zgodnych z wymogami etyki zawodowej często nie znajdują bezpośredniego oparcia w kazuistycznych normach etycznych, a wynikają z przyjętych w zawodzie reguł, które często w ogóle nie są spisane, a odwołują się do pojęć, których nie da się w pełni zdefinio-

⁵ Por. wyrok TK z 23.04.2008 r., SK 16/07, OTK-A 2008/3, poz. 45.

⁶ D. Karkowska [w:] *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, red. D. Karkowska, Warszawa 2021, art. 1.

⁷ Zob. <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/etyka;3898956.html> (dostęp: 10.11.2024 r.).

⁸ Zarys dziejów etyki lekarskiej przedstawia T. Brzeziński, *Etyka lekarska*, Warszawa 2015, s. 21–42.

⁹ SDI 69/17, LEX nr 2365170.

wać, takich jak przyzwoitość, uczciwość, czy godność zawodowa. Charakterystyczne dla norm etyki zawodowej jest i to, że często z założenia są normami niedookreślonymi, co zresztą wskazywane jest jako jedna z różnic pomiędzy prawem karnym materialnym, a prawem dyscyplinarnym. Nie da się przy tym określić w sposób zupełny w przepisach obowiązującego prawa lub w normach etyki zawodowej, jak powinien zachować się lekarz w trakcie wszystkich możliwych wydarzeń (...).”

Zatem umiejętność podejmowania przez lekarza decyzji, która pozostanie zgodna z ogólnymi normami etycznymi, pozwala na uznanie, że decyzja ta stanowić będzie również wypełnienie zasad etyki lekarskiej.

Warto tu się odwołać do powszechnie cytowanego poglądu prof. Władysława Bartoszewskiego: „Warto być uczciwym, choć nie zawsze się to opłaca. Opłaca się być nieuczciwym, ale nie warto”.

5.2. Etyczny obowiązek lekarza przestrzegania praw człowieka i dbania o godność zawodu lekarskiego

5.2.1. Przestrzeganie przez lekarza praw człowieka

W zakresie etycznego obowiązku lekarza przestrzegania praw człowieka wystarczające będzie odesłanie do wyżej przedstawionych uwag systemowych. Wśród tych obowiązków najważniejszym z nich jest obowiązek przestrzegania praw pacjenta.

Można tu również odwołać się do wyjaśnień zawartych w uzasadnieniu uchwały Nr 3/24/IX:

„Prawa człowieka, do których przestrzegania zobowiązuje Kodeks Etyki Lekarskiej, to podstawowe normy przysługujące każdemu z nas. Ich moc wiążąca wynika z samego faktu bycia człowiekiem, są chronione w prawie regionalnym i międzynarodowym. Są one powszechne, przyrodzone, niezbywalne, naturalne i niepodzielne. Prawa pacjenta stanowią integralną część praw człowieka. Z tej racji znajomość i uwzględnienie postanowień traktatów międzynarodowych oraz aktów prawa krajowego dotyczących praw człowieka, jest konieczna w interpretacji Kodeksu Etyki Lekarskiej. Ze względu na powszechne uznanie i poszanowanie godności, równości i wolności każdego człowieka szczególnego znaczenia nabiera ochrona praw pacjenta wyrażająca się w ochronie i poszanowaniu jego prawa do decydowania o sobie, prywatności, prawa do opieki zdrowotnej, do informacji o stanie zdrowia i podejmowanych działaniach diagnostyczno-terapeutycznych. Ochrona i poszanowanie tych praw wyraża się w powinnościach profesjonalnych lekarza”.

5.2.2. Godność zawodu lekarza

Pojęcie godności użyto w art. 1 KEL w odniesieniu do zawodu lekarza. Jego desygnatem nie będzie zatem lekarz jako osoba. Zachowanie godne zawodu lekarza to takie zachowanie konkretnego lekarza, które uzewnętrznia konieczne dla tego zawodu cechy.

Pojęcie godności zawodu odnosi się bowiem do wielu powinności nałożonych na lekarza zarówno w przepisach KEL, jak i w przepisach prawa, których naruszenie będzie oznaczać podważenie zaufania do zawodu lekarza jako profesji czy do całej grupy zawodowej.

Analizując zasady etyki lekarskiej, możemy przyjąć, że lekarz stosujący się do nich zachowuje się godnie.

Godne zachowanie lekarza odnosi się zatem do jego profesjonalizmu przy wykonywaniu zawodu w zakresie udzielania pacjentom pomocy medycznej.

Tytułem przykładu można przytoczyć fragment uzasadnienia wyroku SA w Białymstoku z 15.05.2015 r.¹⁰: „Jeżeli zachowanie lekarza przy dokonywaniu zabiegu medycznego odbiega na niekorzyść od przyjętego, abstrakcyjnego wzorca postępowania lekarza, przemawia to za jego winą w razie wyrządzenia szkody. Wzorzec jest budowany według obiektywnych kryteriów takiego poziomu fachowości, poniżej którego postępowanie danego lekarza należy ocenić negatywnie. Właściwy poziom fachowości wyznaczają specjalizacja, stopień naukowy, posiadane doświadczenie ogólne i przy wykonywaniu określonych zabiegów medycznych, charakter i zakres doksztalcenia się w pogłębianiu wiedzy medycznej i poznawaniu nowych metod leczenia. O zawinieniu lekarza może zdecydować nie tylko zarzucenie mu braku wystarczającej wiedzy i umiejętności praktycznych, odpowiadających aprobowanemu wzorcowi należytej staranności, ale także niezręczność i nieuwaga przeprowadzanego zabiegu, jeżeli oceniając obiektywnie nie powinny one wystąpić w konkretnych okolicznościach. Nie chodzi zatem o staranność wyższą od przeciętnej wymaganą wobec lekarza, lecz o wysoki poziom przeciętnej staranności każdego lekarza jako staranności zawodowej (art. 355 § 2 k.c.) i według tej przeciętnej ocenianie konkretnego zachowania”.

Co do pozostałej, pozamedycznej działalności zawodowej lekarza będziemy sięgali również do wzorca staranności pozwalającego na przyjęcie, że dane zachowanie uznamy za godne zawodu.

Za każde niegodne zachowanie uznamy popełnienie przestępstwa, które związane jest z wykonywaniem zawodu lekarza (np. przestępstwo łapownictwa).

Co do zachowania lekarza w działalności pozamedycznej warto przywołać treść art. 69 KEL, zgodnie z którym lekarz zatrudniony w urzędzie państwowym, samorządowym, instytucji publicznej lub prywatnej jest zobowiązany rzetelnie wykonywać obowiązki wynikające z zatrudnienia. Lekarzowi nie wolno wypełniać poleceń pracodawcy niezgodnych z zasadami etyki lekarskiej.

Kolejnym zagadnieniem jest to, czy dokonywana ocena godnego zachowania przez lekarza odnosi się także do jego aktywności pozazawodowej. Otóż w takich sytuacjach również może dojść do naruszenia godności zawodu lekarza (np. przestępstwo drogowe dokonane pod wpływem alkoholu), jednak każdą taką sytuację należy oceniać *ad casum*, dokonując analizy zachowania lekarza w konkretnych okolicznościach¹¹.

Wydaje się, że z powyższej analizy należy wyłączyć zachowanie lekarza w życiu prywatnym (z zastrzeżeniem oczywiście sytuacji, w których lekarz byłby sprawcą przestępstwa).

¹⁰ I ACa 1077/14, LEX nr 1733648.

¹¹ Zob. również art. 54 ust. 2 u.i.l., zgodnie z którym postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy może być zawieszona do czasu ukończenia postępowania karnego lub dyscyplinarnego, o ile ich wynik może mieć wpływ na rozstrzygnięcie w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy.

5.2.3. Dbanie o godność zawodu lekarza

Lekarz ma obowiązek dbać o godność zawodu lekarza, czyli podejmować starania w celu zachowania w odbiorze społecznym poczucia godności zawodu wykonywanego przez lekarzy.

Wypełnienie tego obowiązku oznacza nie tylko stosowanie zasad etyki lekarskiej. Słowo „dbanie” zawiera w sobie nakaz zachowania zgodnego z pozytywnym wzorcem lekarza, jak również zaniechanie zachowań negatywnych. Chodzi tu nie tylko o postępowanie w ramach wykonywanego zawodu lekarza, ale także wypełnianie różnych obowiązków pozazawodowych.

5.3. Zachowanie się lekarza podważające zaufanie do zawodu

Wobec przeprowadzonych wyżej rozważań należy przyjąć, że za zachowanie naruszające godność zawodu uznaje się każde zachowanie podważające szacunek do lekarza ze strony otoczenia, które mogłoby zdyskredytować lekarza w opinii publicznej.

Naruszeniem godności zawodu jest nie tylko brak kompetencji zawodowych lekarza, ale także znajdowanie się pod wpływem alkoholu, środków odurzających, nawet jeżeli następuje to poza okresem wykonywania czynności zawodowych. Katalog zachowań naruszających godność zawodu jest otwarty.

Wyjaśniając treść normy zawartej w art. 1 ust. 3 KEL, przytoczono w uzasadnieniu uchwały Nr 3/24/IX, co następuje: „naruszeniem godności zawodu lekarza jest każde postępowanie lekarza, które podważa zaufanie do zawodu. Ze względu na to, że normy etyki lekarskiej zawierają wskazówki dotyczące postępowania w obliczu rzeczywistych i potencjalnych konfliktów interesów i dylematów etycznych, postępowanie nieetyczne w szerokim pojęciu związane z wykonywaniem zawodu lekarza podaje w wątpliwość troskę lekarza o dobro pacjenta. Należy jednak wyraźnie zaznaczyć, że każde zachowanie lekarza niezgodne z zasadami etyki, zarówno w przestrzeni prywatnej jak i związane z wykonywaniem zawodu, będzie wpływało na negatywną ocenę społeczną całego środowiska lekarskiego”.

Należy jednak zaznaczyć, że ocena, czy dane zachowanie podważa zaufanie do zawodu, powinna podlegać obiektywnej weryfikacji, ocena ta nie może stanowić wyłącz- nie subiektywnego punktu widzenia samorządu lekarskiego. Samorząd lekarski, działający poprzez rzecznika odpowiedzialności zawodowej i sąd lekarski, ma obowiązek wykazać, jak określone zachowanie wpływa na odbiór wykonywanego zawodu przez osoby spoza korporacji.

Za naruszenie godności zawodu lekarza mogą być uznane naruszenia również innych zasad etyki lekarskiej.

Przykładowo będzie to naruszenie art. 70 zdanie drugie KEL stanowiącego, że lekarz może używać tylko należnych mu tytułów zawodowych i naukowych. W wyroku z 20.12.2017 r. SN¹² uznał, że zachowanie obwinionego lekarza, który posługiwał się fałszywym dokumentem o nadaniu mu stopnia naukowego doktora nauk medycznych, podważało zaufanie do zawodu lekarza i naruszało godność tego zawodu.

Naruszeniem godności zawodu lekarza podważającym zaufanie do tego zawodu jest również głoszenie poglądów, które nie znajdują żadnego oparcia w aktualnej wie-

¹² SDI 95/17, LEX nr 2430781.

dzy medycznej. Może ono przybierać różne formy, takie jak formułowanie nienaukowych twierdzeń w mediach społecznościowych, w prasie, w telewizji, a także głoszenie ich poprzez udział w konferencjach czy szkoleniach jako wykładowca czy panelista.

W postanowieniu z 26.04.2021 r.¹³ SN przyjął, że „samo głoszenie przez lekarza obwinionego tezy o braku badania i testowania szczepionek, zwłaszcza w dzisiejszej dobie, gdy nawet w świetle powszechnej wiedzy na ten temat, teza ta jest z gruntu fałszywa, należy uznać za szczególnie wysoce szkodliwe społecznie wspieranie przez lekarza postaw antyszczepionkowych. Zachowanie przypisane lekarzowi – jako jawnie sprzeczne ze standardami wynikającymi z aktualnej wiedzy medycznej oraz istniejącą rzeczywistością i nakierowane na propagowanie postawy stanowiącej realne zagrożenie społeczne u odbiorców niemających odpowiedniego przygotowania do weryfikacji przekazywanych treści – nie może korzystać z ochrony wynikającej z wolności słowa”.

6. Inne uwagi

W przepisie art. 1 KEL uchwałodawca chciał ująć najważniejsze, podstawowe dla regulacji KEL zagadnienia. Za wskazane należy uznać preredagowanie tego przepisu poprzez jego podzielenie i usystematyzowanie zakodowanych w nim norm etycznych.

Warto na koniec przytoczyć część uzasadnienia uchwały Nr 3/24/IX, w którym wskazano, że „nakaz dbania o godność zawodu lekarza to jedna z najstarszych i podstawowych zasad etyki. Od czasów starożytnych po współczesne liczne traktaty, kodeksy i uchwały podkreślały nierozzerwalność postawy etycznej z wykonywaniem zawodu lekarza «dbania o honor i godność swego stanu także kierowanie się tą zasadą we wszystkich czynnościach» (Ustawy Etyczne Wydziału Lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu, 1901). Kodeks deontologii lekarskiej przyjęty na X Zjeździe Lekarzy i Przyrodników Polskich we Lwowie w 1907 r., Zasady Deontologii Lekarskiej Wileńsko-Nowogrodzkiej Izby Lekarskiej czy wreszcie Zbiór Zasad Deontologii Lekarskiej Naczelnej Izby lekarskiej z 1935 r. zawierają nakaz sumiennego wykonywania zawodu lekarza, przestrzegania godności i honoru, dbałości o wspólne interesy moralne stanu lekarskiego, koleżeństwa w stosunkach z innymi lekarzami mając przede wszystkim na względzie dobro chorego”.

Marcin Burdzik

Art. 2.

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

¹³ I KK 210/20, LEX nr 3232214.

1. Opis treści normatywnej przepisu

Przepis składa się z dwóch funkcjonalnie powiązanych jednostek redakcyjnych. W ustępie pierwszym zidentyfikowano cele, jakim ma służyć wykonywanie zawodu lekarza, a które stanowią zarazem istotę lekarskiej profesji (*verba legis* powołanie lekarza). Z kolei w ustępie drugim wyrażono najważniejszy nakaz etyczny lekarskiej deontologii, zgodnie z którym najwyższym prawem lekarza jest dobro chorego. Jak wspomniano, obie jednostki są ze sobą funkcjonalnie związane, toteż ich zestawienie w jednym przepisie nie budzi większych zastrzeżeń.

2. Uwagi historyczne

Treść przepisu nie uległa zmianie względem poprzedniej wersji Kodeksu Etyki Lekarskiej z 2003 r. Zabieg ten nie dziwi. Brak zmian normatywnych w tym zakresie świadczy o niezmienności podstawowych pryncypiów lekarskiej profesji, w tym nadrzędnych wartości, którym jest ona podporządkowana, a te właśnie określone są w komentowanym art. 2 KEL.

3. *Ratio legis* i przedmiot ochrony

Ratio legis omawianego przepisu można rozpatrywać dwojako.

Po pierwsze, jego podstawowym celem jest ochrona życia i zdrowia ludzkiego, a więc wartości, które stanowią *summa bona* współczesnych systemów aksjonormatywnych¹⁴. Cel ten realizowany jest poprzez jednoznaczne wskazanie, że ochrona wspomnianych wartości jest powołaniem (a więc istotą, sensem, kwintesencją) zawodu lekarza. Warto zauważyć, że „zapobieganie chorobom” czy „leczenie chorych” to w istocie działania służące ochronie zdrowia i życia człowieka (szerzej zob. pkt 5.2.1). Jednocześnie, biorąc pod uwagę definicję zdrowia WHO, wedle której zdrowie to nie tylko brak choroby, ale „stan pełnego, fizycznego, umysłowego i społecznego dobrostanu (dobrego samopoczucia)”¹⁵, w kontekście działań służących zdrowiu (uzyskaniu dobrostanu) należy rozpatrywać również „niesienie ulgi w cierpieniu” (pkt 5.2.2).

Po drugie, w szerszym ujęciu komentowany przepis chroni też ogólną wartość, jaką jest „dobro chorego” stanowiąc, że wartość ta powinna być najwyższym nakazem etycznym lekarza, co nie podlega ograniczeniu wobec czynników rynkowych, społecznych czy administracyjnych (szerzej zob. pkt 5.1.2).

4. Uwagi systemowe

Komentowany przepis jest drugim artykułem Kodeksu Etyki Lekarskiej, co *argumentum a rubrica* przesądza o doniosłości zawartych w nim postanowień, w tym koniecz-

¹⁴ M. Burdzik, *Osoba z zaburzeniami psychicznymi jako uczestnik procesu karnego*, Warszawa 2024, s. 395.

¹⁵ Preambuła do Konstytucji WHO – zob. Constitution of The World Health Organization, <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1> (dostęp: 10.11.2024 r.).

ności ich uwzględniania podczas wykładni pozostałych norm Kodeksu Etyki Lekarskiej. Przyjmując nieco inną optykę, można stwierdzić, że elementy determinujące istotę lekarskiej profesji (ust. 1) oraz najwyższy nakaz etyczny wyrażony w ust. 2 są aksjonormatywną podstawą wszystkich obowiązków lekarza przewidzianych w Kodeksie Etyki Lekarskiej. Obowiązki te mają bowiem swoje źródło w wymogu dbałości o dobro chorego i są podporządkowane potrzebie ochrony życia i zdrowia ludzkiego, zapobiegania chorobom, leczeniu chorych oraz niesieniu ulgi w cierpieniu. Można zatem przyjąć, że art. 2 KEL ma charakter normy podstawowej (niem. *Grundnorm*), która stanowi podstawę systemu aksjonormatywnego Kodeksu Etyki Lekarskiej. Nie dziwi zatem, że wynikające z niej obowiązki podlegają dalszej konkretyzacji w poszczególnych przepisach tego kodeksu.

Jednocześnie z uwagi na odesłanie zawarte w art. 4 u.z.l., który obliguje lekarzy do wykonywania zawodu zgodnie z zasadami etyki lekarskiej, art. 2 KEL stanowi również istotny punkt odniesienia dla oceny prawidłowości postępowania lekarza w konkretnych stanach faktycznych, tj. ustalania zakresu ciężących nań obowiązków czy oczekiwanych standardów zachowania¹⁶. Najbardziej transparentnym przykładem obowiązku wynikającego z komentowanego artykułu na poziomie ustawowym jest obowiązek udzielania pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała czy ciężkiego rozstroju zdrowia (art. 30 u.z.l.)¹⁷.

Analiza orzecznictwa pozwala nadto stwierdzić, że art. 2 KEL jest przywoływany jako wspomniany wzorzec kontroli, nie tylko w zakresie oceny powinności lekarskich odnoszących się do udzielania¹⁸ bądź zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych *per se*¹⁹, ale także działalności orzeczniczej (opiniowania o stanie zdrowia)²⁰ czy realizacji praw pacjenta związanych z dostępem do informacji o jego stanie zdrowia²¹.

5. Wykładnia przepisu

5.1. Uwagi ogólne. Zagadnienia terminologiczne

5.1.1. Zawód jako powołanie

Odnosząc się do zagadnień terminologicznych, w pierwszej kolejności należy zauważyć, że komentowany przepis odwołuje się do „powołania” lekarza (a nie jego zawodu, obowiązków służbowych czy zadań). W języku powszechnym powołanie oznacza

¹⁶ M. Safjan, *Prawo a normy deontologiczne* [w:] *System Prawa Medycznego*, t. 1, Instytucje prawa medycznego, red. M. Safjan, L. Bosek, Warszawa 2018, s. 13; M. Sadowska, *Zapobieganie błędom medycznym w praktyce*, Warszawa 2019, s. 41–42; L. Bosek [w:] *Medical Law*, red. L. Bosek, Warszawa 2019, s. 41–42. Normy etyczne stanowią w tym sensie dopełnienie norm prawnych, konkretyzując zakres obowiązków wynikających z tych ostatnich – zob. np. postanowienie TK z 7.10.1992 r., U 1/92, LEX nr 25236.

¹⁷ E. Zielińska, B. Namysłowska-Gabrysiak, *Zasady wykonywania zawodu lekarza* [w:] *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentyści. Komentarz*, Warszawa 2022, s. 768.

¹⁸ Zob. np. M. Nesterowicz, *Bezprawny zabieg sterylizacji w czasie operacji. Glosa do wyroku Sądu Apelacyjnego w Katowicach I Wydział Cywilny z 19.02.2008 r.* (I ACa 34/08), PS 2011/4, s. 144 i n.

¹⁹ Wyrok SN z 18.02.1994 r., I PLN 1/94, LEX nr 11781.

²⁰ Wyrok WSA w Warszawie z 20.01.2011 r., II SA/Wa 1720/10, LEX nr 953511.

²¹ Wyrok SA w Szczecinie z 11.08.2016 r., I ACa 300/16, LEX nr 2137090.

m.in. „zdolność i zamiłowanie do robienia czegoś pożytecznego” czy „przeświadczenie o tym, że wybrany zawód, droga życiowa są dla kogoś najwłaściwsze”²². Posłużenie się tym zwrotem należy ocenić pozytywnie. Jego wykorzystanie, niejako intuicyjnie, sugeruje bowiem, że zawód lekarza może być wykonywany w sposób należyty, wyłącznie przez osoby, które identyfikują się z jego naczelną ideą, tj. wymogiem dbałości o szeroko pojęte dobro chorego, a w szczególności jego zdrowie i życie. Nie chodzi tu wyłącznie o znajomość tych wymogów na poziomie poznawczym, ale o ich akceptację na poziomie emocjonalnym i moralnym. Ujmując to zagadnienie od strony podmiotowej, można stwierdzić, że osoba odczuwająca powołanie do wykonywania zawodu lekarza cechuje się wewnętrznym przekonaniem, iż obrana ścieżka zawodowa jest zgodna nie tylko z jej zainteresowaniami, zdolnościami (predyspozycjami) czy wiedzą, ale także z jej własnym systemem wartości²³. Jedynie w takim przypadku możliwe jest bowiem inkorporowanie zasad deontologicznych do indywidualnego systemu wartości lekarza, a co za tym idzie – podporządkowanie im sposobu postępowania w relacjach z pacjentem. Nie sposób przecież przyjąć, by ktoś, kto cechuje się pogardą dla zdrowia czy życia innych, mógł jednocześnie w sposób należyty chronić te dobra w ramach przydzielonych mu obowiązków zawodowych, nawet gdyby posiadał ku temu stosowną wiedzę czy umiejętność.

5.1.2. Dobro chorego

W komentowanym przepisie posłużono się także bardzo ogólnym pojęciem „dobro chorego”. Pojęcie to nie zostało zdefiniowane w Kodeksie Etyki Lekarskiej. Ustawodawca posługuje się co prawda zbliżonym zwrotem „dobro pacjenta” w art. 31 ust. 4 u.z.l., niemniej również w tym przypadku nie definiuje go²⁴. Ustalenie znaczenia tego sformułowania wymaga odrębnego odniesienia się do obu jego składowych.

Nie ulega wątpliwości, że dobro jest pojęciem wieloznacznym. W języku powszechnym odnosi się ono do pewnych uniwersalnych wartości ocenianych jako pożyteczne, pomyślne, w tym wartości materialnych i niematerialnych czy interesów podmiotowych²⁵. Wieloznaczność tego pojęcia sprawia, że dla ustalenia jego właściwego znaczenia *ad casum* konieczne jest uwzględnienie kontekstu interpretacyjnego, który w tym wypadku wyznaczany jest przez *ratio legis* art. 2 KEL oraz inne wykorzystywane tam pojęcia. Należy zatem przede wszystkim uwzględnić, że przepis ten służy ochronie zdrowia i życia pacjentów. Ważną wskazówką interpretacyjną jest też łacińska paremia dopełniająca nakaz – *salus aegroti suprema lex esto*. *Salus* oznacza nie tylko zdrowie, ale także dobro lub powodzenie. Jak wskazują twórcy nowego KEL, „jest to pojęcie szerokie, które umieszcza kwestie zdrowotne w szerokim kontekście rozmaitych dóbr,

²² *Słownik języka polskiego*, red. W. Doroszewski, <https://sjp.pwn.pl/doroszewski/powolanie;5479603.html> (dostęp: 10.11.2024 r.); *Słownik języka polskiego PWN*, <https://sjp.pl/powo%C5%82anie> (dostęp: 10.11.2024 r.).

²³ W analogiczny sposób wypowiada się w tej kwestii O. Nawrot [w:] *Kodeks etyki lekarskiej. Komentarz*, red. O. Nawrot, Warszawa 2021, s. 65, a także projektodawcy Kodeksu etyki lekarskiej – zob. komentarz do art. 2 uzasadnienia uchwały nr 3/24/IX.

²⁴ M. Malczewska [w:] *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, red. E. Zielińska, Warszawa 2022, s. 789.

²⁵ *Słownik języka polskiego*, red. W. Doroszewski, <https://sjp.pwn.pl/doroszewski/dobro;5421102.html> (dostęp: 10.11.2024 r.)

do których zmiierają ludzie²⁶. W tym sensie koresponduje ono z pojęciem dobrostanu (ang. *well-being*), które współtworzy definicję zdrowia WHO²⁷.

Powyższe wywody pozwalają przyjąć, że przez dobro chorego należy rozumieć jego szeroko pojęty dobrostan psychofizyczno-społeczny. Działaniami podporządkowanymi dobru chorego, a więc zgodnymi z najwyższym nakazem etycznym lekarza, będą zatem wszystkie czynności zmierzające do osiągnięcia tego dobrostanu, tj. czynności polegające na ratowaniu życia chorego, poprawie bądź utrzymaniu jego zdrowia, działaniach profilaktycznych, niesieniu ulgi w cierpieniu, zapobieganiu niepełnosprawności itd. Niewątpliwie dobru chorego będzie służyło również urzeczywistnianie jego praw, poszanowanie intymności, godności, prawa do informacji czy autonomii decyzyjnej. W pewnym uproszczeniu można zatem przyjąć, że działanie dla dobra chorego oznacza działanie w jego szeroko pojętym interesie (tj. zgodnie z jego racjonalnymi i uzasadnionymi oczekiwaniami, potrzebami i przyznanymi prawami).

Uwzględniając kontekst systemowy, warto też zauważyć, że ustawodawca stosunkowo często uzależnia dopuszczalność podejmowania określonych czynności od stwierdzenia, iż są one niezbędne (wymagane) dla [jakiegoś/czyjegoś] dobra²⁸, nie określając jednocześnie, co należy rozumieć przez to pojęcie. Taki zabieg ma charakter celowy. Znaczenia takich zwrotów nie można bowiem ustalać *in abstracto*, a jedynie *in concreto*, tj. w odniesieniu do konkretnego stanu faktyczno-prawnego.

Tożsama zasada powinna być stosowana przy ustalaniu, czy określone zachowanie lekarza służy dobru chorego, czy też nie. Dla przykładu w większości przypadków udzielenie pacjentowi szczegółowych informacji na temat jego stanu zdrowia, rozpoznania, rokowania czy planowanych metod leczenia będzie działaniem dlań korzystnym, a więc służącym dobru chorego. Urzeczywistnienie prawa do informacji jest bowiem integralnie związane ze wzrostem świadomości zdrowotnej chorego, przekładając się pozytywnie na współpracę terapeutyczną, a co za tym idzie skuteczność leczenia jako takiego. Istnieją natomiast rzadkie sytuacje, w których działania te – przynajmniej teoretycznie – mogą przynieść skutek odwrotny, np. gdy przekazanie informacji o niepomyślnym rokowaniu będzie skutkowało całkowitą utratą motywacji do leczenia. Lekarz może wówczas ograniczyć zakres informacji udzielanych choremu właśnie z powołaniem się na jego dobro (art. 31 ust. 4 u.z.l.)²⁹.

Innym przykładem ilustrującym relatywność oceny są działania medyczne podejmowane u schyłku życia człowieka. Oczywiście co do zasady na lekarzu ciąży

²⁶ Zob. komentarz do art. 2 uzasadnienia uchwały nr 3/24/IX.

²⁷ „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity” – zob. Preambuła do Konstytucji WHO, <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1> (dostęp: 10.11.2024 r.).

²⁸ Na przykład: dla dobra wymiaru sprawiedliwości (art. 37 § 1 k.p.k.), dobra postępowania (art. 73 § 3 k.p.k., art. 44¹ § 1 k.p.c.), dobra nieletniego (art. 3 ust. 1 ustawy z 9.06.2022 r. o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich (Dz.U. z 2024 r. poz. 978), dobra dziecka (art. 216¹ § 3 k.p.c.), dobra małoletniego (art. 575¹ k.p.c.) czy dobra osoby, której dotyczy wniosek o ubezwłasnowolnienie (art. 548 § 3 k.p.c.).

²⁹ Chociaż rozwiązanie to budzi słuszne wątpliwości w doktrynie (zob. np. M. Malczewska [w:] *Ustawa o zawodach lekarza...*, red. E. Zielińska, s. 789 i przywołana tam literatura), to nie można niejako *a limine* wykluczyć sytuacji, w której przedstawienie pełnej diagnozy rzeczywiście doprowadzi do dekompensacji psychicznej skutkującej znacznym pogorszeniem jakości leczenia, sprawiając, że ograniczenie zakresu tych informacji będzie rzeczywiście „najlepszym” rozwiązaniem dla dobra pacjenta. Nie można zatem *in abstracto* przyjąć, że zastosowanie tzw. przywileju terapeutycznego z art. 31 ust. 4 u.z.l. z całą pewnością nigdy nie będzie zasadne i korzystne dla dobra chorego.

wspomniany już obowiązek ratowania życia ludzkiego i udzielania pomocy lekarskiej w stanach nagłych (art. 30 u.z.l.). W ogólnym ujęciu są to bez wątpienia działania służące dobru chorego. Jeśli jednak dalsze stosowanie takich procedur będzie służyło wyłącznie podtrzymaniu funkcji życiowych nieuleczalnie chorego, przedłużając jego umieranie i cierpienie, to działaniem zgodnym z dobrem chorego będzie ograniczenie czynności medycznych do tych służących łagodzeniu cierpienia i utrzymaniu w możliwie najwyższej jakości kończącego się życia (art. 31 KEL). Innymi słowy, dobro chorego będzie wówczas sprowadzało się do urzeczywistnienia jego prawa do umierania w spokoju i godności (art. 20 ust. 2 u.p.p.).

Tożsamo ingerencje w autonomię jednostki, jej wolność osobistą i nietykalność cielesną *in genere* powinny zostać uznane za działania przeczące dobru chorego. Istnieją jednak sytuacje, w których należy dokonać ich odmiennego wartościowania. Mowa tu chociażby o konieczności przymusowej hospitalizacji w zakładzie psychiatrycznym osoby, która z powodu zaburzeń psychicznych o charakterze psychotycznym zagraża bezpośrednio własnemu życiu bądź życiu lub zdrowiu innych osób (art. 23 ust. 1 u.o.z.p.) czy stosowaniu środków przymusu bezpośredniego wobec takiej osoby (art. 18 ust. 1 u.o.z.p.). Ingerencja we wspomniane prawa chorego będzie w tym przypadku podyktowana koniecznością ochrony jego życia. Dokonując wartościowania *in concreto*, działania te należy zatem uznać za służące dobru chorego.

Konkludując tę część, przyjąć zatem należy, że „dobro chorego”, o którym mowa w art. 2 ust. 2 KEL, odnosi się do wspomnianego już dobrostanu psychofizyczno-społecznego i działań, które pozwalają na jego osiągnięcie. Konkretyzacja katalogu takich zachowań wymaga jednak każdorazowo uwzględniania całokształtu okoliczności faktycznych, a co za tym idzie – dokonywania ich oceny i wartościowania *ad casum*.

Odnosząc się do drugiego członu omawianego pojęcia, należy wskazać, że „chory” w języku powszechnym oznacza osobę zmagającą się z chorobą³⁰. Pojęcie to nie zostało zdefiniowane na poziomie ustawowym. Natomiast w praktyce stosunkowo często stosuje się je jako synonim słowa „pacjent”. Taki zabieg nie jest jednak prawidłowy.

Zgodnie z art. 3 ust. 1 pkt 4 u.p.p. pacjentem jest osoba zwracająca się o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub korzystająca z takowych. Definicja legalna koresponduje ze znaczeniem tego pojęcia przypisywanym mu w języku powszechnym, gdzie pacjent oznacza osobę, która zwraca się po poradę do lekarza lub jest pod jego opieką³¹. W obu przypadkach immanentnym elementem definicji pacjenta jest zatem zamiar bądź fakt korzystania ze świadczeń zdrowotnych.

Oczywiście w większości przypadków pacjent będzie równocześnie osobą chorą. Istnieją jednak układy, w których zależność ta nie zachodzi. Dla przykładu łatwo wyobrazić sobie sytuację, w której osoba chora „leczy się domowymi sposobami” i nie korzysta z pomocy lekarza. Taki podmiot nie będzie zatem pacjentem w powyższym rozumieniu. Podobnie możliwe są sytuacje odwrotne, gdy osoba korzystająca ze świadczeń zdrowotnych (a więc pacjent) nie będzie jednocześnie osobą chorą. Mowa tu chociażby o korzystaniu ze świadczeń o charakterze profilaktycznym (badania

³⁰ Dotknięty chorobą, źle funkcjonujący – tak *Słownik języka polskiego PWN*, <https://sjp.pwn.pl/slowniki/chory.html> (dostęp: 10.11.2024 r.).

³¹ *Słownik języka polskiego PWN*, <https://sjp.pwn.pl/sjp/pacjent;2497373.html> (dostęp 10.11.2024 r.).

przesiewowe, szczepienia ochronne, tzw. badania okresowe oceniające zdolność do pracy) przez osoby zupełnie zdrowe.

Pojęcia „chory” i „pacjent” nie posiadają więc tożsamego zakresu semantycznego i z logicznego punktu widzenia pozostają w stosunku krzyżowania się³².

Nie może zatem ująć uwadze, że treść art. 2 KEL odnosi się (i to dwukrotnie) do chorego, a nie pacjenta. W świetle poczynionych powyżej rozważań takie rozwiązanie należy ocenić negatywnie z dwóch zasadniczych powodów.

Po pierwsze, literalna wykładnia art. 2 KEL w jego obecnym brzmieniu nakazywałaby przyjąć, że wyrażone w tym przepisie nakazy odnoszą się „jedynie” do osób zmagających się z chorobami. Taka interpretacja wyklucza zaś wspomnianych powyżej pacjentów, którzy korzystają z profilaktycznych świadczeń zdrowotnych, nie cierpiąc jednocześnie na żadną chorobę. Oznaczałoby to, że ww. podmioty nie są objęte gwarancjami wynikającymi z art. 2 KEL. Założenie to z oczywistych względów należy odrzucić.

Po drugie, nie jest możliwe wywiązanie się z nakazów przewidzianych w art. 2 KEL wobec chorego, który pozostaje poza systemem ochrony zdrowia i nie jest podmiotem żadnych świadczeń zdrowotnych (a więc nie jest pacjentem w rozumieniu ustawowym i powszechnym)³³. Skoro zaś *impossibillum nulla obligatio est*, to nie można ekstrapolować obowiązków przewidzianych w art. 2 KEL na osoby niebędące pacjentami.

W mojej ocenie treść art. 2 KEL powinna ulec modyfikacji polegającej na zastąpieniu słowa „chory” słowem „pacjent”. Przyjęcie tego postulatu będzie sprzyjało zachowaniu precyzji terminologicznej pojęć stosowanych w Kodeksie Etyki Lekarskiej oraz zagwarantowaniu ich spójności z prawem powszechnie obowiązującym. Zwrot nieznanym ustawie („chory”) zostanie bowiem zastąpiony pojęciem ustawowo zdefiniowanym („pacjent”)³⁴.

5.2. Zakres przedmiotowy. Katalog obowiązków

Z komentowanego przepisu można wywieść kilka funkcjonalnie powiązanych obowiązków ciążyących na lekarzu, które konstytuują zarazem istotę lekarskiej profesji. Mowa tu zarówno o obowiązkach mających charakter pozytywny (nakaz działania), jak i negatywny (nakaz powstrzymania się od określonych zachowań; zakaz działania).

Do pierwszej grupy zalicza się obowiązki polegające na: ochronie życia i zdrowia ludzkiego, zapobieganiu chorobom, leczeniu chorych, niesieniu ulgi w cierpieniu (ust. 1), a nadto nakaz dbałości o dobro chorego (ust. 2).

Z kolei do drugiej grupy zalicza się zakaz posługiwania się wiedzą i umiejętnością lekarską w działaniach sprzecznych z lekarskim powołaniem.

³² M. Burdzik, *Lekarz w procesie karnym jako gwarant tajemnicy lekarskiej*, Warszawa 2021, s. 86.

³³ Przykładem niech będzie osoba zmagająca się z samodzielnym nadciśnieniem tętniczym (a więc chora w powszechnym znaczeniu), która z powodu osobistych przekonań „unika” lekarzy i leczy się „ludowymi sposobami” u miejscowej szamanki.

³⁴ Tytułem dygresji w mojej ocenie definicja pacjenta przewidziana w art. 3 ust. 1 pkt 4 u.p.p. powinna być doprecyzowana, poprzez przyjęcie, że pacjentem jest każda osoba będąca rzeczywistym, potencjalnym bądź niedoszłym podmiotem świadczeń zdrowotnych udzielanych przez osoby wykonujące zawód medyczny bądź podmioty uprawnione do ich udzielania, niezależnie od wieku, stanu zdrowia czy zdolności do czynności prawnych tej osoby oraz niezależnie od okoliczności, w jakich świadczenia te są udzielane – na ten temat zob. M. Burdzik, *Lekarz w procesie...*, s. 86–88.

5.2.1. Ochrona życia i zdrowia ludzkiego, zapobieganie chorobom i leczenie chorych

Tytułowe obowiązki zostały omówione wspólnie, gdyż ochrona życia i zdrowia ludzkiego polega w istocie na zapobieganiu chorobom i leczeniu chorych. Są to zatem powinności integralnie ze sobą związane.

Pierwszym z obowiązków wymienionych w art. 2 ust. 1 KEL jest obowiązek ochrony życia i zdrowia ludzkiego, co *argumentum a rubrica* przesądza o jego podstawowym znaczeniu dla istoty lekarskiej profesji. Z założeniem tym trudno polemizować. Jeśli bowiem lekarz nie byłby przede wszystkim zobligowany do ochrony życia i zdrowia, a więc wartości stanowiących *summa bona* lekarskiej deontologii, to pozostałe obowiązki ciążyące na tym podmiocie nie miałyby większej racji bytu. Pozostałe powinności wynikające z art. 2 KEL, a także dalszych przepisów Kodeksu Etyki Lekarskiej mają bowiem charakter służebny względem obowiązku ochrony życia i zdrowia i są bezpośrednio lub pośrednio podporządkowane temu właśnie celowi.

W języku powszechnym ochrona oznacza „zabezpieczenie przed czymś niekorzystnym, złym lub niebezpiecznym”³⁵. Z pewnym uproszczeniem można zatem przyjąć, że na lekarzu ciąży obowiązek odwracania zagrożenia (niebezpieczeństwa) dla zdrowia i życia. Mowa tu zarówno o likwidowaniu zagrożenia już istniejącego (a więc podejmowaniu działań służących redukcji prezentowanych objawów i normalizacji stanu psychosomatycznego – tj. leczeniu chorób *per se*), jak i działaniach prewencyjnych, zapobiegających powstaniu zagrożenia niejako *ab initio* (działania profilaktyczne, zapobiegawcze).

Lekarz pełni więc funkcję gwaranta dla zdrowia i życia pacjentów pozostających pod jego opieką. Skoro powołaniem lekarza jest ochrona życia i zdrowia ludzkiego, to jego działania powinien cechować najwyższy stopień staranności³⁶. W tym sensie omawiany obowiązek determinuje odpowiednią jakość udzielania świadczeń zdrowotnych, co jest w pełni zrozumiałe z uwagi na rangę dóbr, które są „powierzone” lekarzowi w opiekę.

Najbardziej transparentną egzemplifikacją tych założeń jest obowiązek niesienia pomocy lekarskiej w każdym przypadku, którym zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia (art. 30 u.z.l.). Obowiązek ten nie jest zależny od źródła niebezpieczeństwa, jego charakteru czy sposobu powstania³⁷. Niebezpieczeństwo, o którym tu mowa, nie musi mieć też charakteru bezpośredniego³⁸, w przeciwieństwie do sytuacji stypizowanej w art. 162 k.k.³⁹ W doktrynie słusznie przyjmuje się, że interwencja polegająca na wykonaniu świadczenia zdrowotnego w warunkach określonych w art. 30 u.z.l. musi być podjęta z taką intensywnością, by opisane niebezpieczeństwo

³⁵ Słownik języka polskiego PWN, <https://sjp.pwn.pl/sjp/ochrona;2492479.html> (dostęp: 10.11.2024 r.).

³⁶ Wyrok SA w Poznaniu z 16.12.2010 r., I ACa 973/10, LEX nr 898671.

³⁷ M. Filar, *Lekarskie prawo karne*, Kraków 2000, s. 52.

³⁸ O. Nawrot [w:] *Kodeks etyki...*, red. O. Nawrot, s. 68.

³⁹ E. Zielińska, B. Namysłowska-Gabrysiak [w:] *Ustawa o zawodach lekarza...*, red. E. Zielińska, s. 777; na temat relacji art. 30 u.z.l. i art. 162 k.k. zob. też np. K. Piech, *Granice obowiązku gwaranta wykonującego zawód lekarza*, RPEiS 2021/3, s. 107 i n.

nie nastąpiło⁴⁰ lub ustąpiło. Dyskutowany obowiązek nie może być ograniczony, nawet gdy wykonanie danego świadczenia jest niezgodne z wyznawanym przez lekarza systemem wartości (*argumentum ex art.* 39 u.z.l.). Obowiązek niesienia pomocy w stanach nagłych urzeczywistnia zarazem prawo pacjenta do natychmiastowego otrzymania świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia (art. 7 ust. 1 u.p.p.)⁴¹, jest on również zbieżny z normą wyrażoną w art. 76 KEL⁴².

W szerokim ujęciu omawiany obowiązek koresponduje z konstytucyjnym prawem do ochrony zdrowia (art. 68 ust. 1 Konstytucji RP), które ulega konkretyzacji na poziomie ustaw szczególnych (np. art. 6 u.p.p.). Poza omówionymi powyżej przypadkami nagłymi obowiązek leczenia obejmuje zatem tożsamo wymóg udzielania przez lekarza wszystkich niezbędnych sytuacyjnie świadczeń zdrowotnych (uzasadnionych stanem klinicznym pacjenta), z należytą starannością oraz zgodnie ze standardami aktualnej wiedzy medycznej (art. 4 u.z.l.).

Jak już sygnalizowano w pkt 3, obowiązek zapobiegania chorobom jest w istocie działaniem służącym ochronie zdrowia i życia pacjentów. Jego wyodrębnienie w treści art. 2 KEL nie jest jednak zabiegiem całkowicie pozbawionym sensu. Przyjąć raczej należy, że rozwiązanie to służy podkreśleniu, iż profesja lekarska obejmuje również aspekt swoistych działań profilaktycznych, a więc działań zapobiegających powstawaniu chorób – zarówno *ab initio* (profilaktyka pierwotna), jak i ponownie (profilaktyka wtórna).

Wydaje się, że w zakresie przedmiotowym tak rozumianego obowiązku mieszczą się działania, które zapobiegają zarówno wystąpieniu choroby u konkretnego pacjenta, jak i rozprzestrzenianiu się jej w sensie populacyjnym.

Wśród przykładowych zachowań stanowiących wyraz dyskutowanego obowiązku w ujęciu indywidualnym można wymienić m.in.: obowiązek przeprowadzania regularnych kontroli stanu zdrowia pacjenta znajdującego się w stanie remisji⁴³, stosowanie adekwatnej farmakoterapii w celach profilaktycznych⁴⁴ czy zapobieganie rozprzestrzenianiu się drobnoustrojów poprzez stosowanie właściwych środków ochrony i zasad aseptyki (maseczki, rękawiczki jednorazowe, płyny dezynfekcyjne itd.).

Populacyjne działania profilaktyczne są zaś związane z szeroko pojętym kształtowaniem prozdrowotnych postaw społecznych⁴⁵.

Obowiązek leczenia chorych aktualizuje się natomiast w sytuacji, w której choroba (stan nieprawidłowego funkcjonowania organizmu) już wystąpiła. Rolą lekarza jest wówczas odwrócenie (likwidacja, względnie niwelacja) objawów chorobowych. Działania te mają służyć przywróceniu jednostki do jej dobrostanu psychofizycznego,

⁴⁰ T. Dukiet-Nagórska, *Prawnokarne konsekwencje niepodjęcia interwencji lekarskiej lub udzielenia świadczenia zdrowotnego w sposób niewłaściwy na skutek niedostatku środków finansowych w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej*, PiM 2000/6–7, s. 14.

⁴¹ D. Karkowska, *Prawa pacjenta*, Warszawa 2004, s. 303.

⁴² Art. 76 KEL stanowi, iż lekarzowi nie wolno odmówić pomocy lekarskiej w przypadkach niecierpiących zwłoki, jeśli pacjent nie ma możliwości uzyskania jej ze strony instytucji powołanych do udzielania pomocy. Niniejsza kwestia była uregulowana w identyczny sposób w KEL z 2003 r. (wówczas normował ją art. 69 o tożsamym brzmieniu).

⁴³ Co pozwala na odpowiednio wczesną detekcję objawów w razie ich ponownego wystąpienia i podjęcie niezbędnych działań zaradczych.

⁴⁴ Np. stosowanie terapii lekiem normotymicznym u osoby leczącej się z powodu choroby afektywnej dwubiegunowej, celem zapobieżenia wystąpieniu kolejnych epizodów.

⁴⁵ Tak też O. Nawrot [w:] *Kodeks etyki...*, red. O. Nawrot, s. 73.

a zatem przywróceniu jej pełnej funkcjonalności we wszystkich sferach dotychczasowej aktywności (obszar zawodowy, rodzinny, społeczny itd.). Założenie to jest zgodne ze znaczeniem słowa „leczyć” w języku powszechnym⁴⁶.

Nie powinno budzić większych zastrzeżeń stwierdzenie, iż *conditio sine qua non* właściwego leczenia choroby jest jej uprzednia i prawidłowa identyfikacja, a więc postawienie trafnego rozpoznania. To zaś wymaga przeprowadzenia prawidłowego procesu diagnostycznego, który warunkuje spełnienie omawianego tu obowiązku. Chociaż art. 2 KEL nie odnosi się *explicite* do rozpoznawania chorób, czynią to inne normy określające sposób wykonywania zawodu lekarza (choćby art. 4 u.z.l.).

Z obowiązku „leczenia chorych” da się również, w naturalny sposób, wywieść wymóg doboru odpowiedniej metody terapeutycznej (farmakoterapia, radioterapia, leczenie zabiegowe itd.). Chociaż lekarz ma co do zasady swobodę wyboru takiej metody (*argumentum ex art. 4 u.z.l. oraz art. 6 ust. 1 KEL*), to musi ona każdorazowo odpowiadać aktualnym standardom wiedzy medycznej. Warto przy tym zaznaczyć, że standardy leczenia chorób określają zasady postępowania terapeutycznego w sytuacjach „standardowych” (typowych, najczęstszych). Mogą one natomiast okazać się nieprzydatne w stanach atypowych, skrajnych⁴⁷. Nie każde odstępstwo od standardu będzie zatem równoznaczne ze złamaniem wymogów wynikających z art. 2 KEL. Lekarzowi w żadnym wypadku nie wolno natomiast posługiwać się metodami niezwyfikowanymi naukowo lub uznanymi przez naukę za szkodliwe bądź bezwartościowe (art. 6 ust. 2 KEL *explicite*). Przyjęta metoda terapeutyczna musi być nadto dostosowana do bieżącego stanu klinicznego pacjenta (choroby współistniejące, tolerancja stosowanych leków itd.). Ten ostatni warunek sprawia, że w pewnych przypadkach rezygnuje się z metod skuteczniejszych, acz bardziej inwazyjnych. Mowa tu o sytuacjach, w których ryzyko wykonania określonej procedury przewyższa potencjalne korzyści z niej płynące. Z tego względu odstępuje się np. od rozległego zabiegu operacyjnego u osoby w bardzo podeszłym wieku z licznymi obciążeniami chorobowymi, poprzestając „jedynie” na leczeniu farmakologicznym. W żadnym wypadku nie stanowi to naruszenia obowiązku leczenia, gdyż nie może być on realizowany „za wszelką cenę”, a zwłaszcza kosztem utraty dobra o jeszcze wyższej wartości, tj. życia pacjenta.

Kolejnym ograniczeniem w swobodzie doboru metody terapeutycznej jest jej dostępność (*argumentum ex art. 4 u.z.l.*). Nie można uznać, że dyskutowany obowiązek leczenia chorych został wypełniony w sposób nienależyty, jeśli lekarz nie zastosował obiektywnie najskuteczniejszej metody leczenia wyłącznie dlatego, że nie miał do niej dostępu (np. z powodu braku odpowiedniej aparatury w szpitalu, braku dostępności określonej metody w kraju itd.). Zgodnie z zasadą *ultra posse nemo obligatur* nie można bowiem wymagać od lekarza czynienia tego co niemożliwe, a tym bardziej sankcjonować takich zachowań⁴⁸.

⁴⁶ „Leczyć” oznacza dążyć do poprawy czyjegoś zdrowia przez stosowanie odpowiednich środków farmakologicznych, zabiegów; uzdrawiać, kurować – *Słownik języka polskiego*, red. W. Doroszewski, <https://sjp.pwn.pl/doroszewski/leczy;5446121.html> (dostęp: 10.11.2024 r.).

⁴⁷ Tak słusznie M. Jarema [w:] *Standardy leczenia farmakologicznego niektórych zaburzeń psychicznych*, red. M. Jarema, Gdańsk 2022, s. 1. Na temat standardów leczenia oraz ich znaczenia dla właściwego wykonywania zawodu zob. np. K. Majcher [w:] *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentyisty. Komentarz*, red. E. Zielińska, Warszawa 2022, s. 92–98.

⁴⁸ Tak też E. Zielińska, B. Namysłowska-Gabrysiak [w:] *Ustawa o zawodach lekarza...*, red. E. Zielińska, s. 100.

Wreszcie obowiązek leczenia chorych mieści w sobie wymóg zachowania należytej staranności przy prowadzeniu procesu terapeutycznego. Trudno bowiem przyjąć, że nakazy wyrażone w art. 2 KEL zostaną należycie spełnione, jeśli lekarz niedbale przeprowadzi zabieg operacyjny, nie usuwając w całości zmiany nowotworowej⁴⁹, co będzie prowadziło do jej następczego rozsiewu. Podobnie gdy lekarz będzie stosował zbyt małe (podprogowe) dawki leków albo stosował je przez zbyt krótki okres, czym nie osiągnie remisji objawów, do której mogłoby doprowadzić postępowanie zgodne ze standardami farmakoterapii. W tym sensie obowiązek zachowania należytej staranności jest ściśle skorelowany z wymogiem zachowania aktualnych standardów leczenia (a więc postępowania z aktualną wiedzą medyczną – co *ipso facto* rodzi też wymóg jej posiadania przez lekarza)⁵⁰. Należyta staranność powinna być przy tym odnoszona do zawodowego charakteru lekarskiej profesji. Od lekarza wymaga się staranności wyższej niż przeciętna, z uwagi na rangę dóbr, które podlegają jego ochronie, oraz często nieodwracalnych skutków ich naruszenia⁵¹.

Oczywiście w niektórych sytuacjach osiągnięcie pełnej remisji objawowej w ogóle nie będzie możliwe, mimo postępowania z regułami sztuki i należyłą starannością. Przykładem są choroby neurodegeneracyjne takie jak choroba Alzheimera czy stwardnienie rozsiane, które *ex definitione* mają charakter sukcesywnie postępujący i nieodwracalny (przynajmniej w obecnym stanie wiedzy). Należyte spełnienie omawianego obowiązku sprowadzi się wówczas do zapewnienia pacjentowi adekwatnego leczenia objawowego (wobec niedostępności leczenia przyczynowego), zmierzającego do możliwie maksymalnego spowolnienia procesu chorobowego (opóźnienia progresji objawów).

Podobne wnioski należy odnosić do medycyny paliatywnej. Jej celem nie jest uzyskanie wyleczenia *per se*, gdyż z uwagi na fazę zaawansowania procesu chorobowego nie jest to możliwe, a „jedynie” poprawa jakości życia chorych w danym stadium choroby. Zagadnienie to integralnie łączy się z obowiązkiem niesienia ulgi w cierpieniu, który został omówiony w kolejnym punkcie.

Konkludując ten fragment, należy przyjąć, że obowiązek „leczenia chorych” zostanie spełniony, gdy lekarz podejmie wobec pacjenta adekwatne sytuacyjnie działania terapeutyczne, a więc zastosuje odpowiednie, dostępne mu i zgodne ze standardami metody leczenia prawidłowo zdiagnozowanej choroby, dokładając przy tym należytej staranności, jakiej można oczekiwać od lekarza podczas udzielania świadczeń zdrowotnych. Osiągnięcie efektu (rezultatu) w postaci ustąpienia objawów choroby – jak już wskazano – nie jest warunkiem koniecznym spełnienia omawianego obowiązku.

⁴⁹ Jeśli obiektywnie w konkretnych okolicznościach taki skutek powinien nastąpić – wyrok SA w Gdańsku z 28.02.2018 r., I ACa 310/17, LEX nr 2698111; wyrok SA w Białymstoku z 15.05.2015 r., I ACa 1077/14, LEX nr 1733648.

⁵⁰ P. Sobolewski [w:] *System Prawa Medycznego*, t. 1, *Instytucje prawa medycznego*, red. M. Safjan, L. Bosek, Warszawa 2018, s. 821.

⁵¹ Wyrok SA w Gdańsku z 28.02.2018 r., I ACa 310/17; wyrok SA w Szczecinie z 11.05.2017 r., I ACa 560/15, LEX nr 2376937; wyrok SA w Łodzi z 4.05.2017 r., I ACa 1396/16, LEX nr 2335245.

5.2.2. Niesienie ulgi w cierpieniu

Cierpienie może przejawiać się zarówno w aspekcie fizycznym, jak i psychicznym⁵² i jest ono integralną częścią procesu chorowania. W zasadzie obowiązek niesienia ulgi w cierpieniu zawiera się zatem w omówionym powyżej obowiązku leczenia chorób. Uwidacznia się to zwłaszcza w przypadku tzw. stanów terminalnych i wspomnianej już opieki paliatywnej, które skupiają się na zapewnieniu maksymalnego komfortu chorowania nieuleczalnie chorym, właśnie poprzez uśmierzenie bólu i łagodzenie ich cierpienia.

Wyodrębnienie tego obowiązku w art. 2 KEL nie powinno być jednak traktowane jak *ius superfluum*. Zabieg ten służy – jak się wydaje – podkreśleniu, iż przedmiotem powołania lekarskiego jest nie tylko proces leczenia *per se*, ale także znoszenie związanego z nim dyskomfortu (ból, cierpienie, uciążliwość).

Samo cierpienie jest pojęciem o nieostrych granicach. Jednocześnie jest rozumiane dość intuicyjnie. Należy przyjąć, że mowa tu o całokształcie negatywnych przeżyć (doznań, odczuć i emocji) związanych z procesem chorowania. W ramach tak rozumianego pojęcia mieści się zarówno odczuwanie dolegliwości bólowych *sensu stricto*, jak i towarzyszące temu objawy psychiczne – w postaci obniżenia nastroju (rozwoju objawów depresji), apatii, płaczliwości, uczucia przytłoczenia sytuacją, myśli rezygnacyjnych czy objawów lękowych⁵³.

Właściwe postępowanie, spełniające wymogi wynikające z art. 2 KEL, sprowadza się w tym przypadku do stosowania adekwatnego leczenia przeciwbólowego, a w razie konieczności także leczenia przeciwdepresyjnego, przeciwłękowego, uspokajającego itd.

Oczywiście w pewnych skrajnych przypadkach nie da się, mimo dołożenia należytych starań, całkowicie zredukować odczuwanego przez pacjenta cierpienia. Mowa tu np. o sytuacji, gdy wyczerpano już maksymalne, bezpieczne dawki leków przeciwbólowych, a wprowadzenie dodatkowych preparatów jest wykluczone wobec ryzyka poważnych interakcji farmakologicznych z innymi stosowanymi przez pacjenta lekami. W takich przypadkach o spełnieniu tytułowego wymogu przesądza to, czy niesienie ulgi w cierpieniu było zgodne ze standardami wiedzy medycznej, a nadto czy było prowadzone z należytą starannością.

5.2.3. Nakaz dbałości o dobro chorego

– *salus aegroti suprema lex esto*

Znaczenie zwrotu „dobro chorego” zostało poddane szczegółowej analizie w pkt 5.1.2, do którego w tym zakresie należy odesłać. W tej części, niejako uzupełniająco, trzeba jedynie wskazać, że nakaz dbałości o tę wartość można przyjąć dwie postaci. Pierwsza, pozytywna, sprowadza się do obowiązku podejmowania czynności, które *ad casum* leżą w szeroko pojętym interesie pacjenta, a więc zmierzają do poprawy jego funkcjonowania i zapewnienia mu (bądź przywrócenia) dobrostanu psychofizyczno-społecz-

⁵² Słownik języka polskiego PWN, <https://sjp.pwn.pl/slowniki/cierpienie.html> (dostęp: 16.10.2024 r.).

⁵³ W literaturze zwraca się np. uwagę na występowanie stanów tzw. astenii psychicznej towarzyszących przewlekłym chorobom układu krążenia czy procesom nowotworowym – D. Hajdukiewicz, J. Heitzman [w:] *Psychiatria*, t. 3, *Metody leczenia. Zagadnienia etyczne, prawne, publiczne, społeczne*, red. J. Wciórka, S. Pużyński, J. Rybakowski, Wrocław 2012, s. 566.

nego, przy jednoczesnym poszanowaniu jego godności i praw (autonomii decyzyjnej, integralności psychicznej itd.). Druga, negatywna, postać, polega *de facto* na nakazie powstrzymywania się od podejmowania czynności przeciwnych, a więc działań szkodzących pacjentowi (godzących w jego dobra, naruszających jego prawa, skutkujących pogorszeniem stanu jego zdrowia, stworzeniem stanu niebezpieczeństwa dla jego życia czy zdrowia itd.)⁵⁴.

Jak już wskazano w pkt 5.1.2 konkretyzacja katalogu tych zachowań wymaga każdorazowo dokonywania ich oceny *ad casum*.

Dla zachowania kompletności wyводу należy odnieść się do jeszcze jednej kwestii. Otóż art. 2 ust. 2 KEL stanowi, że dobro chorego jest *verba legis* „najwyższym nakazem etycznym” każdego lekarza, a zdrowie (dobrostan) chorego jest najwyższym prawem (*salus aegroti suprema lex esto*).

Owa nadrzędność uwidacznia się w relacji do mechanizmów rynkowych, nacisków społecznych i wymagań administracyjnych, które nie mogą zwalniać lekarza z przestrzegania najwyższego nakazu dbałości o dobro chorego.

Terminy wykorzystane w art. 2 ust. 2 zdanie drugie KEL nie zostały zdefiniowane, niemniej rozumie się je raczej intuicyjnie i bez trudu dekoduje ich znaczenie.

Mechanizmy rynkowe odnoszą się do całokształtu czynników ekonomicznych związanych z procesem leczenia (udzielania świadczeń zdrowotnych, opieki nad pacjentem). Rezygnacja z dbałości o dobro chorego nie może być zatem uzasadniana nierentownością (nieopłacalnością) określonych procedur medycznych. Lekarz nie może np. zrezygnować z przeprowadzenia badania diagnostycznego, które w danym stanie klinicznym jest wymagane, wyłącznie z uwagi na jego wysoki koszt (narażenie szpitala na „straty” z tym związane itd.).

Realizacji omawianych założeń służy niewątpliwie właściwa konstrukcja publicznego systemu ochrony zdrowia i właściwe (adekwatne do wartości rynkowej) wycenianie i finansowanie udzielanych w ramach tego systemu świadczeń, co w wielu przypadkach nadal pozostaje jedynie postulatem.

Naciski społeczne należy zaś wiązać z szeroko pojętą opinią społeczną (publiczną), a więc reakcją zbiorowości na określone działania medyczne bądź ich brak. Owa reakcja może wyrażać zarówno negatywną ocenę (niezadowolenie, sprzeciw, opór, dezaprobatę) dla podjętych przez lekarza działań, jak i tożsamą ocenę jego biernej postawy (krytykę niepodjęcia działań, które w opinii publicznej były konieczne). Przenosząc to ogólne spostrzeżenie na grunt zasadniczego przedmiotu rozważań, należy stwierdzić, że lekarz nie może w swoim postępowaniu kierować się zdaniem populacji (lub jej części) w tym sensie, że zdanie to nie może mieć pierwszeństwa przed wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej i normami deontologicznymi. Tym samym negatywna społeczna ocena określonych działań (zachowań, procedur) nie może być uzasadnieniem dla rezygnacji z tychże, jeśli służą one dobru chorego (czy chorych). Analogiczny wniosek należy odnieść do uzasadnionych stanem klinicznym i wiedzą medyczną zaniechań. Najbardziej aktualnym przykładem omawianej tu sytuacji jest rezygnacja ze stosowania obowiązkowych szczepień ochronnych pod presją środowisk kwestionujących ich zasadność.

⁵⁴ Ten ostatni aspekt wiąże się integralnie z zakazem wykorzystywania wiedzy i umiejętności lekarskich do działań niezgodnych z powołaniem zawodowym (zob. pkt 5.2.4).

Wymagania administracyjne wiążą się z kolei z całokształtem wymogów obowiązujących w jednostce, w której lekarz udziela świadczeń zdrowotnych. W zakresie tego pojęcia mieszczą się zatem oczekiwania pracodawcy, wymogi zleceniodawcy, wewnętrzne regulaminy organizacyjne, harmonogramy pracy itd. Ilustrując powyższy wywód przykładem, należy wskazać, że lekarz nie może zrezygnować z wykonania badania diagnostycznego, które jest *ad casum* wymagane, tylko dlatego że wiązałoby się to z naruszeniem wewnętrznego harmonogramu wykonywania badań laboratoryjnych dla poszczególnych oddziałów.

Chociaż w art. 2 ust. 2 zdanie drugie KEL nie posłużono się zwrotem „w szczególności” bądź innym podobnym, to przyjąć należy, że wyliczenie tam przewidziane nie jest wyczerpujące. Innymi słowy, katalog czynników, które nie mogą ograniczać podstawowego pryncypium lekarskiego, ma charakter otwarty.

W razie konfliktu pomiędzy normami deontologicznymi podporządkowanymi dobru chorego a któryś z wyżej wymienionych czynników konflikt ten należy każdorazowo rozstrzygać na korzyść dobra chorego.

Zwrot *salus aegroti suprema lex esto*, oznaczający dosłownie, że dobro (zdrowie) pacjenta jest najwyższym prawem [lekarza], stwarza też podstawę do oceny rozwiązań przewidzianych w prawie pozytywnym z perspektywy norm deontologicznych. Ewentualne kwestionowanie przepisów prawa powszechnie obowiązującego niezgodnych z Kodeksem Etyki Lekarskiej oraz podejmowanie działań służących ich uchynieniu powinno jednak spoczywać na organach samorządu lekarskiego, które są do tego uprawnione, a zarazem zobligowane (*argumentum ex art. 5 pkt 14–16 i 20 u.i.l.*), aniżeli na poszczególnych lekarzach.

Niezależnie od powyższych zastrzeżeń, omawiana tu zasada nakazuje też przyjąć, że uchylenie się przez lekarza od spełnienia obowiązku nałożonego nań przez ustawę nie może być podstawą do pociągnięcia go do odpowiedzialności zawodowej przed sądem lekarskim (art. 53 u.i.l.), jeśli wykonanie takiego obowiązku pozostawałoby w sprzeczności z dobrem chorego, a więc z art. 2 KEL. W tym aspekcie zasada *salus aegroti suprema lex esto* przewiduje wyższość fundamentalnych norm deontologicznych wyrażonych w komentowanym przepisie nad normami stanowionymi przez organy państwa, w sytuacjach gdy norm tych nie da się pogodzić.

5.2.4. Zakaz wykorzystywania wiedzy i umiejętności lekarskich do działań niezgodnych z powołaniem zawodowym

Dopełnieniem omówionych powyżej nakazów jest zakaz posługiwania się wiedzą i umiejętnościami lekarskimi w sposób sprzeczny z powołaniem zawodowym.

Mowa tu odpowiednio o wiedzy specjalistycznej z zakresu nauk medycznych oraz umiejętnościach (kompetencjach, zdolnościach) nabytych w toku kształcenia przeddyplomowego (studia), podyplomowego (staż zawodowy, szkolenie specjalizacyjne), jak również późniejszego kształcenia ustawicznego, pozwalających lekarzowi na wykonywanie swojego zawodu (np. umiejętność opisu badania obrazowego głowy, przeprowadzenia amputacji kończyny, wykonania gastroskopii, założenia tzw. wkłucia centralnego itd.).

Co istotne, analizowana norma nie zakazuje wykorzystywania wiedzy i umiejętności lekarskiej do celów niezwiązanych z lekarską profesją niejako *in genere*, a jedynie do celów, które są z nią sprzeczne. To pozornie oczywiste stwierdzenie ogranicza dość istotnie zakres omawianego zakazu. Nie ma bowiem przeszkód ku temu, by lekarz wykorzystał wiedzę specjalistyczną do wygrania konkursu wiedzy czy teleturnieju. Choć udział w takim wydarzeniu nie będzie mieścił się w zakresie lekarskiego powołania, to jednocześnie nie będzie pozostawał z nim w sprzeczności. W takim przypadku zakaz przewidziany w art. 2 ust. 1 KEL nie zostanie zatem naruszony.

Niedozwolone posłużenie się wiedzą lub umiejętnością lekarską, w rozumieniu tego przepisu, musi być więc działaniem wymierzonym przeciwko dobru, życiu bądź zdrowiu konkretnego pacjenta bądź większej ich grupy. Przykładem takiego postępowania będzie wykorzystanie umiejętności z zakresu chirurgii tkanek miękkich do nielegalnego pobrania od pacjenta nerki celem jej następczej sprzedaży. Owo działanie będzie stanowiło jaskrawy przejaw naruszenia podstawowych norm deontologicznych konstytuujących istotę lekarskiego powołania, pozostając z nimi w oczywistej sprzeczności⁵⁵.

Dla porządku należy wskazać, że przez wykorzystywanie wiedzy i umiejętności należy rozumieć zarówno ich „osobiste” wykorzystanie przez lekarza do celów sprzecznych z istotą tej profesji (zob. przykład powyżej), jak i przekazanie tej wiedzy (czy umiejętności) osobom trzecim, które wykorzystają je w tożsamych celach. W świetle art. 2 ust. 1 KEL lekarz nie może więc przekazać wiedzy o procesie replikacji wirusów przedstawicielowi organizacji, która zajmuje się ich namnażaniem celem skażenia populacji.

5.3. Zakres podmiotowy

Przepis odnosi się *explicite* wyłącznie do lekarzy. Ma on natomiast analogiczne zastosowanie do lekarzy dentystów.

6. Inne uwagi

Jak już sygnalizowałem w pkt 5.1.2, w mojej ocenie treść przepisu powinna ulec zmianie poprzez zastąpienie słowa „chory” słowem „pacjent”. Taki zabieg przyczyni się do ujednoczenia zwrotów stosowanych w Kodeksie Etyki Lekarskiej oraz relewantnych aktach prawa powszechnie obowiązującego. Pozwoli on również na bardziej precyzyjne określenie zakresu podmiotowego wynikających zeń nakazów.

Poza powyższą uwagę przepis nie budzi istotnych zastrzeżeń. Jego stosowanie nie powinno zatem stwarzać trudności w praktyce, przy uwzględnieniu faktu, że powinności wynikające z tej normy podlegają dalszej konkretyzacji na gruncie innych przepisów Kodeksu Etyki Lekarskiej i norm prawa powszechnie obowiązującego. Dyskutowany przepis statuuje bowiem fundamentalne pryncypia lekarskiej deontologii, określając ogólne wartości, którym zawód ten powinien hołdować.

⁵⁵ Będzie to zarazem działanie wyczerpujące znamiona zachowań zakazanych przez art. 80 KEL – zob. komentarz do tego przepisu.

Jolanta Budzowska

Art. 3.

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

1. Opis treści normatywnej przepisu

Artykuł 3 KEL, mówiąc o wykonywaniu obowiązków lekarza z poszanowaniem człowieka, nawiązuje do szeroko pojętej zasady sprawiedliwości społecznej. Obowiązek poszanowania człowieka materializuje się w zakazie dyskryminacji i nakazie równego traktowania. Zasada niedyskryminacji zakazuje różnego traktowania ze względu na niedozwolone kryteria. Z dyskryminacją mamy do czynienia, jeśli dochodzi do różnicy czy nierówności w traktowaniu drugiej osoby, której nie da się obiektywnie i rozsądnie uzasadnić. Z kolei zasada równości, poprzez zakaz nierównego traktowania, statuuje jednocześnie uprawnienie po stronie osoby z otoczenia lekarza. Te dwa pojęcia: „niedyskryminacja” i „równość” są w istocie negatywnym i pozytywnym sposobem, w jaki wyraża się ten sam nakaz poszanowania człowieka.

2. Uwagi historyczne

Obecne brzmienie art. 3 KEL w warstwie językowej różni się nieznacznie w stosunku do treści KEL z 2003 r.⁵⁶, zmiana ta ma jednak znaczący wydźwięk.

Dyrektywny nakaz określonego zachowania i użycie słowa „wypełnia” w miejsce poprzedniego sformułowania „powinien zawsze” nie pozostawia pola do stawiania pytań co do możliwych ograniczeń powinności wypełniania standardu wykonywania obowiązków przez lekarza. W kontekście odpowiedzialności zawodowej oznacza to, że lekarz nie może powoływać się – co do zasady – na żadne okoliczności, które miałyby, bądź w jego ocenie, bądź obiektywnie, usprawiedliwić zachowanie sprzeczne z nakazem art. 3 KEL.

W stosunku do poprzedniego brzmienia tego artykułu do cech potencjalnie różnicujących ludzi dodano orientację seksualną. Biorąc jednak pod uwagę, że katalog okoliczności mogących wpłynąć na sposób wypełniania obowiązków przez lekarza nie jest zamknięty, zmianę tę należy traktować jedynie jako podkreślenie rangi dodanego kryterium. Brak enumeratywności tego katalogu widać wyraźnie w zestawieniu treści art. 3 KEL z Deklaracją Genewską Światowego Stowarzyszenia Lekarskiego z 1948 r.⁵⁷ Także orzecznictwo Europejskiego Trybunału Praw Człowieka do art. 14 EKPC potwierdza, że taką listę należy traktować jako niewyczerpującą, bowiem w rozstrzygnię-

⁵⁶ Uchwała Nr 5 Nadzwyczajnego VII Krajowego Zjazdu Lekarzy z 20.09.2003 r. zmieniająca uchwałę w sprawie Kodeksu Etyki Lekarskiej.

⁵⁷ „Nie dopuszczę do tego, by argumenty religijne, narodowościowe, rasowe, partyjne lub klasowe mogły wpływać na mnie w wykonywaniu mojego obowiązku wobec chorego”.

ciach organów Trybunału można znaleźć wiele sytuacji kwalifikowanych jako „inne przyczyny” (odpowiednio w art. 3 KEL: „inne uwarunkowania”), jak status małżeński, status zawodowy czy stan pozbawienia wolności⁵⁸.

Warto zwrócić uwagę, że w Kodeksie Etyki Lekarskiej w brzmieniu z 1993 r. powinno poszanowanie człowieka dookreślono przez słowa: „zarówno w czasie pokoju, jak i wojny”. Aktualnie do tego brzmienia nie powrócono, co wydaje się oczywiste w sytuacji, kiedy uszczegółowienia wydają się zbędne wobec zaostrzenia wydźwięku zasady niedyskryminacji w obecnym art. 3 KEL. Należy zatem pamiętać, że obowiązek wypełniania przez lekarza swoich obowiązków z poszanowaniem człowieka w czasie wojny będzie również dotyczyć członków sił wrogich⁵⁹.

3. *Ratio legis* i przedmiot ochrony

Celem przepisu jest zapewnienie tego, by poszanowanie człowieka jako jednostki, poszanowanie jego praw człowieka, było wartością nadrzędną dla lekarza, niezależnie od okoliczności i charakteru sprawowanych przez niego obowiązków, a także niezależnie od indywidualnych cech człowieka. Prawo do poszanowania godności pacjenta jest szczególnym uprawnieniem mającym swoje korzenie w prawie każdego człowieka do respektowania jego godności⁶⁰.

Podstawowym założeniem, które warunkuje osiągnięcie celu art. 3 KEL, jest równe traktowanie. Jak pisze O. Nawrot: „Idea ludzkiej równości stanowi immanentną część i warunek *sine qua non* istnienia koherentnego systemu ochrony praw człowieka”⁶¹. Należy przy tym zauważyć, że art. 3 KEL nie ogranicza obowiązków lekarza do równego traktowania pacjentów, ale zobowiązuje do przestrzegania praw każdego człowieka. Idzie więc dalej niż treść przysięgi Hipokratesa, zgodnie z którą lekarz ma wystrzegać się „wszelkich świadomych naruszeń prawa i szkodliwych postępów [...] wobec ciał kobiet i mężczyzn, wolnych czy niewolników” podczas pomocy udzielanej cierpiącym⁶². W konsekwencji uprawnione jest twierdzenie, że zasada równości i niedyskryminacji dotyczy nie tylko pacjentów, ale także osób towarzyszących pacjentowi czy współpracowników lekarza.

4. Uwagi systemowe

W europejskiej przestrzeni prawnej systemową drogę ochrony praw człowieka wytycza Konwencja o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności, nazywana też Europejską Konwencją Praw Człowieka⁶³. Artykuł 14 EKPC ustanawia zakaz dyskryminacji wynikającej z takich powodów jak płeć, rasa, kolor skóry, język, religia, przekonania

⁵⁸ B. Stefańska [w:] *Europejska Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności. Komentarz Orzeczniczy za rok 2022*, red. J. Kosonoga, Warszawa 2023, s. 479–514.

⁵⁹ K. Linke, *Komentarz do art. 1 – art. 5 Kodeksu etyki lekarskiej*, „Medyczna Wokanda” 2015/7, s. 20.

⁶⁰ S. Poździejch, M. Gibiński, *Prawa lekarza. Zarys problematyki*, Warszawa 2012, s. 51.

⁶¹ O. Nawrot [w:] *Kodeks etyki lekarskiej. Komentarz*, red. O. Nawrot, Sopot 2021, s. 88.

⁶² Przysięga Hipokratesa, https://nil.org.pl/uploaded_images/1575631646_przysiega-hipokratesa.pdf (dostęp: 12.11.2024 r.).

⁶³ O. Nawrot [w:] *Kodeks etyki...*, red. O. Nawrot, s. 92.

polityczne i inne, pochodzenie narodowe lub społeczne, przynależność do mniejszości narodowej, majątek, urodzenie bądź z jakichkolwiek innych przyczyn⁶⁴. Zasada niedyskryminacji akcentowana jest także w wielu innych aktach prawnych UE⁶⁵.

W systemie polskiego prawa kluczowe postanowienia w kwestii praw człowieka zawiera rozdział II Konstytucji RP. Artykuł 30 Konstytucji RP stanowi, że przyrodzona i niezbywalna godność człowieka stanowi źródło wolności i praw człowieka i obywatela. Z kolei zgodnie z art. 32 ust. 1 Konstytucji RP wszyscy są wobec prawa równi. Wszyscy mają prawo do równego traktowania przez władze publiczne, a zgodnie z art. 32 ust. 2 Konstytucji RP nikt nie może być dyskryminowany w życiu politycznym, społecznym lub gospodarczym z jakiejkolwiek przyczyny.

Ze wskazanymi normami korelują regulacje ustawowe dotyczące praw pacjentów. Prawa pacjentów uregulowane są w ustawie z 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, natomiast obowiązki związane z zagwarantowaniem ich realizacji wynikają z wielu innych ustaw, m.in. z ustawy z 5.12.1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry⁶⁶. W ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta znajdują się przepisy precyzujące prawa pacjenta, w szczególności do świadczeń zdrowotnych, umierania w spokoju i godności, informacji o swoim stanie zdrowia, tajemnicy informacji związanych z pacjentem, wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych, poszanowania intymności i godności, dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych świadczeń zdrowotnych, zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza czy do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego, spośród których prawo do poszanowania godności jest niemal wprost lustrzanym odbiciem art. 3 KEL. Także jednak inne prawa pacjenta mogą być i są szeroko interpretowane w aspekcie obowiązku poszanowania godności człowieka, jak np. negatywnie oceniany paternalizm wyrażający się m.in. w udzielaniu pacjentowi szczątkowych informacji o stanie zdrowia i planowanym leczeniu.

5. Wykładnia przepisu

Przez wypełnianie obowiązków przez lekarza należy rozumieć przede wszystkim udzielanie świadczeń zdrowotnych (niezależnie od tego, czy podstawą prawną aktywności zawodowej lekarza jest ustawa czy umowa), ale również inne działania wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady wykonywania działań związanych z medycyną. Lekarz wypełnia swoje obowiązki, nie tylko lecząc, ale także w trakcie sprawowania funkcji w jednostkach organizacyjnych organów samorządu zawodowego lekarzy, funkcji ordynatora, dyrektora szpitala, biegłego sądo-

⁶⁴ O. Nawrot [w:] *Kodeks etyki...*, red. O. Nawrot, s. 92.

⁶⁵ Tak też np. w dyrektywie Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z 9.03.2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (Dz.Urz. UE L 88, s. 45, ze zm.).

⁶⁶ Np. art. 31 ust. 1 u.z.l. stanowi, 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.

wego, lekarza sądowego, orzecznika czy przykładowo członka organów lub podmiotów, gdzie jednym z wymogów jest wykonywanie zawodu lekarza⁶⁷.

Powstaje pytanie, czy również lekarze będący posłami, senatorami, ministrami lub pełniący inną funkcję publiczną lub polityczną także tym samym wypełniają swoje obowiązki w rozumieniu art. 3 KEL. Nie ulega wątpliwości, że tak. Fakt, że dana osoba reprezentuje zawód zaufania publicznego – zawód lekarza, ma bowiem istotne znaczenie dla jej postrzegania zarówno na etapie jej wyboru na dane stanowisko albo powierzenia jej danego stanowiska, jak i na późniejszym etapie, tj. wykonywania obowiązków⁶⁸.

Zakres podmiotowy art. 3 KEL jest więc szeroki i wykracza poza kontakty lekarz – pacjent⁶⁹. Poszanowanie godności pacjenta jest jednak szczególnie ważne, dotyczy bowiem osoby znajdującej się w relacji zależności, a jednocześnie zaufania i opieki.

Zakres przedmiotowy art. 3 KEL, jak wspomniano wyżej, jest zbiorem otwartym, co oznacza, że obowiązek poszanowania człowieka, wyrażający się w zakazie dyskryminacji, jest zakreślony niezwykle szeroko. Interesującą interpretację art. 3 KEL w tym aspekcie proponuje J. Duława: „Zapis ten dopuszcza możliwość nierównego traktowania pacjentów, pod warunkiem, że jedynym kryterium tej «nierówności» będzie stan kliniczny chorego. (...) jest przy tym w sposób oczywisty niedopuszczalne, aby przyczyny tej «nierówności» były inne niż stan kliniczny chorego. Wtedy rzeczywiście mielibyśmy do czynienia z dyskryminacją”⁷⁰.

Jednym ze wskazanych przykładowo w art. 3 KEL kryteriów podlegających ocenie przez pryzmat zakazu dyskryminacji jest wiek. Niedopuszczalne etycznie są zachowania ageistyczne, mogące przykładowo wyrażać się w ograniczaniu postępowania diagnostycznego do podstawowych badań i leczenia zachowawczego, bądź też z założenia wykluczające leczenie operacyjne pacjentów w podeszłym wieku⁷¹. Jednym z podstawowych przejawów ageizmu według P. Szukalskiego jest zaniedbanie, a konkretnie specyficzny przypadek zaniedbania w postaci niedostarczania informacji seniorom o przysługujących im prawach zdrowotnych, prowadzące często do nieświadomienia sobie przez nich istniejących potrzeb i sposobów ich zaspokojenia. Jako przykład ageizmu autor ten podaje także eksterminację, definiowaną przez niego jako świadome dążenie do skrócenia „bezwartościowego” lub przepojonego cierpieniem życia osoby starszej⁷².

⁶⁷ Przykładowo wymóg wykonywania zawodu lekarza w stosunku do członka Zespołu do spraw Świadczeń z Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych – art. 67x ust. 4 u.p.p.

⁶⁸ Tak też w komentarzu do art. 68 KEL uzasadnienia uchwały Nr 3/24/IX: „Lekarz, który przewiduje, że w czasie pełnienia tych funkcji nie będzie przestrzegać zasad KEL, powinien zawiesić prawo wykonywania zawodu. Wówczas nie podlega odpowiedzialności zawodowej”.

⁶⁹ Art. 2 ust. 1 u.z.l. oraz art. 2 ust. 1 pkt 10 u.d.l.

⁷⁰ J. Duława, komentarz do tekstu A. Muszały – *Kodeks Etyki Lekarskiej. Odcinek 10: O równym traktowaniu pacjentów przez lekarza*, https://www.mp.pl/etyka/podstawy_etyki_lekarskiej/92503,kel-o-rownym-traktowaniu-pacjentow-przez-lekarza (dostęp: 13.11.2024 r.).

⁷¹ W artykule J. Watoly, *Za stary na leczenie. Nawet lekarze się boją*, <https://wyborcza.pl/7,75398,13176626,zastary-na-leczenie-nawet-lekarze-sie-boja.html> (dostęp: 13.08.2024 r.) zacytowano wypowiedź prof. Barbary Bień, kierownika Kliniki Geriatrii Uniwersytetu Medycznego z Białegostoku, która opisała przypadek 80-letniego pacjenta z guzem płuca, któremu odmówiono leczenia w oddziałach chorób płuc.

⁷² P. Szukalski, *Dyskryminacja ze względu na wiek jako bariera jakości życia seniorów*, „Space – Society – Economy” 2015/14, s. 11–23.

Z kolei co do płci, to jak podaje A. Muszala, co dziesiąty Polak odczuwa dyskomfort w zakresie równości traktowania ze względu na płeć⁷³, przy czym dane te należy traktować z pewną ostrożnością, ponieważ badania, na podstawie których sformułowano ten wniosek, nie odnoszą się bezpośrednio do systemu opieki zdrowotnej.

W ostatnich latach zyskała na znaczeniu kwestia ryzyka dyskryminacji na podłożu rasy i narodowości, w tym na skutek przyjęcia przez Polskę dużej liczby uchodźców z Ukrainy. Na pierwszy plan wysuwa się tu problematyka poszanowania praw pacjenta – obcokrajowca w sytuacjach, kiedy pojawiają się trudności komunikacyjne czy brak możliwości udokumentowania historii dotychczasowego leczenia. W tego rodzaju przypadkach zasadne jest sięgnięcie do rozwiązań tzw. dyskryminacji wyrównawczej lub pozytywnej. Zakaz dyskryminacji nie wyklucza bowiem możliwości podejmowania pozytywnych środków na korzyść grup znajdujących się w niekorzystnym położeniu (np. ze względów społecznych)⁷⁴, w celu zapewnienia skutecznego korzystania z ochrony przed dyskryminacją.

Co do zagadnienia wyposażenia genetycznego to wydaje się oczywiste, że przykładowo posiadana przez lekarza informacja o wyposażeniu genetycznym chorego nie może się stać narzędziem w jego ręku. Należy przez to rozumieć zakaz wywierania wpływu na pacjenta lub jego otoczenie poprzez sposób dysponowania przez lekarza taką informacją. Do takich sytuacji można zaliczyć m.in. zatajenie informacji o podejrzeniu wystąpienia wad genetycznych płodu przed rodzicami.

W zakresie kryterium wyznania przejawem dyskryminacji może być np. brak zgody lekarza na wizytę kapelana u pacjenta. Ofiarami naruszenia zasady równego traktowania i zakazu dyskryminacji z uwagi na wyznanie padają także świadkowie Jehowy, co do których zdarza się, że po złożeniu przez nich tzw. deklaracji „żadnej krwi” są dyskwalifikowani z leczenia operacyjnego. Jako przykład naruszenia art. 3 KEL można podać zachowanie lekarza – biegłego w sprawie cywilnej⁷⁵, gdzie biegły ten na rozprawie nazwał wyznanie pacjentki, świadka Jehowy, terminem „sekta”, zaś pisemne oświadczenie pacjentki, tzw. deklarację „żadnej krwi”, określił jako „bzdurne”. Określenie wyznania pacjentki mianem „sekt” jest bez wątpliwości obraźliwe, stygmatyzuje pacjentkę, a jednocześnie ujawnia negatywny stosunek lekarza do religii i wyznania pacjenta, będącego zgodnie z art. 25 ust. 1 Konstytucji RP związkiem wyznaniowym równouprawnionym z innymi kościołami i związkami wyznaniowymi⁷⁶. Podkreślenia wymaga, że dyskryminacja ze względu na religię jest wprost niedopuszczalna także w świetle art. 6 ust. 1 ustawy z 17.05.1989 r. o gwarancjach wolności sumienia i wyznania⁷⁷, zgodnie z którym nikt nie może być dyskryminowany bądź uprzywilejowany z powodu religii lub przekonań w sprawach religii.

Pacjentami, którzy potencjalnie najczęściej są narażeni na dyskryminację z uwagi na przynależność społeczną i sytuację materialną, są osoby w kryzysie bezdomności.

⁷³ A. Muszala, *Kodeks Etyki Lekarskiej – odcinek 10: o równym traktowaniu pacjentów przez lekarzy*, „Etyka” 2013/11, s. 2.

⁷⁴ M.A. Nowicki, *Europejska Konwencja Praw Człowieka – zakaz dyskryminacji*, Pał. 1999/43/11(503), s. 77.

⁷⁵ Postępowanie cywilne toczące się przed SO w Warszawie Wydział II Cywilny, II C 638/15, protokół rozprawy z 9.12.2016 r.

⁷⁶ „Świadkowie Jehowy w Polsce” jest zarejestrowanym w Polsce związkiem wyznaniowym od 31.01.1990 r. Figuruje pod nr. 34 (lp 31) rejestru kościołów i innych związków wyznaniowych prowadzonego przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji.

⁷⁷ Dz.U. z 2023 r. poz. 265.

Co do kryterium orientacji seksualnej to jak wynika z badania ankietowego przeprowadzonego w Polsce na próbie 11.144 osób LGB obejmującego okres od stycznia 2010 r. do stycznia 2012 r., jedynie 19,6% osób ujawniło swoją orientację seksualną w kontakcie z personelem medycznym, zaś 11% doświadczyło nierównego traktowania ze strony osób reprezentujących system ochrony zdrowia. Podawanymi przez respondentów przykładami dyskryminującego traktowania były m.in. poniżające, obraźliwe komentarze ze strony personelu medycznego, faktyczny brak możliwości upoważnienia partnera do otrzymywania informacji o stanie zdrowia, uznawanie homoseksualizmu za chorobę czy nieprzyjęcie propozycji oddania krwi⁷⁸.

W opracowaniu RPO dotyczącym problemów związanych z dyskryminacją osób LGB potwierdzono, że dyskryminacja pacjentów nieheteroseksualnych, którzy ze względu na swoją orientację seksualną są narażeni na różne formy dyskryminacji w obszarze opieki zdrowotnej, wpływa na gorszą profilaktykę zdrowotną osób LGB, także w zakresie bezpiecznych zachowań seksualnych, oraz ograniczenie kontaktu z podmiotami leczniczymi, w tym w sytuacji konieczności pilnego leczenia⁷⁹.

W piśmiennictwie wskazuje się, że w pewnych okolicznościach również skorzystanie przez lekarza z klauzuli sumienia może być poczytane jako zachowanie prowadzące do sytuacji nierównego traktowania pacjenta i naruszenia zasady niedyskryminacji. Według M. Szeroczyńskiej, „niezmiernie istotne w ocenie usprawiedliwienia istnienia takiego nierównego traktowania jest, czy pacjent uprzednio wiedział o tym, jakie są poglądy lekarza i czy z klauzuli sumienia skorzysta (można w tym przypadku założyć odpowiedź negatywną, bo gdyby pacjent wiedział o poglądach lekarza, to nie zwróciłby się do niego o pomoc, aby się nie narażać na odmowę świadczenia ze względu na klauzulę sumienia)”⁸⁰.

Z kolei przez „inne uwarunkowania” wymienione w art. 3 KEL można rozumieć m.in. choroby zakaźne, określone niepełnosprawności, w szczególności intelektualne, styl życia, przynależność do określonej subkultury, postrzeganie pacjenta bądź innej osoby przez lekarza przez pryzmat stereotypów społecznych lub osobistych, np. jako osoby „roszczeniowej”. Potwierdza to zatem tezę, że kodeks nie przewiduje żadnych wyjątków od obowiązku równego traktowania przez lekarza wszystkich pacjentów, w tym także przykładowo ze względu na choroby zakaźne.

W kontekście chorób zakaźnych i zwiększonego ryzyka, konkretnie w warunkach penitencjarnych z uwagi na wiele czynników, m.in. tatuowania się przez skazanych czy samouszkodzenia, a co za tym idzie zwiększonego ryzyka wykonywania obowiązków przez lekarza, E. Zatyka jest zdania, że: „Lekarz, podejmując się wykonywania praktyki zawodowej o określonej specjalizacji i w określonej formie organizacyjnej, ma świadomość związanych ze swoją decyzją zagrożeń i posiada też profesjonalną wiedzę ukierunkowaną na przeciwdziałanie zagrożeniu”. Nawet jeśli lekarzowi miałoby grozić potencjalne niebezpieczeństwo wynikające z samego stanu chorobowego pacjenta, to „na lekarza nałożony jest bezwarunkowy nakaz udzielenia pomocy medycznej, nawet z narażeniem się na niebezpieczeństwo osobiste, włączając narażenia własnego życia lub zdrowia”⁸¹.

⁷⁸ Rzecznik Praw Obywatelskich, *Równe traktowanie pacjentów – osoby nieheteroseksualne w opiece zdrowotnej. Analiza i zalecenia*, „Biuletyn Rzecznika Praw Obywatelskich” 2014/7, s. 7.

⁷⁹ Rzecznik Praw Obywatelskich, *Równe traktowanie...*, s. 44.

⁸⁰ Za J. Zdanowską, *Problem odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego w podmiocie leczniczym*, „Pielęgniarstwo Polskie” 2017/2(64), s. 291.

⁸¹ E. Zatyka, *Lekarski obowiązek udzielania pomocy w świetle prawa karnego*, rozdział III, LEX 2024.

J.R. Willams pisze: „Chociaż do uzasadnionych podstaw takiej odmowy zalicza się brak odpowiednich kwalifikacji i specjalizacji, to jeżeli lekarze nie muszą podawać żadnych powodów odmówienia pacjentowi, z łatwością mogą stosować dyskryminację bez żadnej odpowiedzialności. Jedynym środkiem przeciwdziałania nadużyciom praw człowieka w tym zakresie może być, zamiast prawa lub organów dyscyplinarnych, sumienie lekarza”⁸². W przeciwieństwie jednak do tezy postawionej przez tego autora należy uznać, że od uprawdopodobnionego zarzutu naruszenia zasady niedyskryminacji lekarz może się uwolnić, jedynie wskazując konkretną, uzasadnioną i dopuszczalną prawem przyczynę odmowy leczenia.

Dokonując oceny, czy doszło do naruszenia art. 14 EKPC, Europejski Trybunał Praw Człowieka bada, czy osoby znajdujące się w podobnej sytuacji były traktowane w sposób zróżnicowany, a jeśli tak, to czy to zróżnicowanie było prawnie uzasadnione. Analogiczną metodologię należy zastosować przy badaniu naruszenia art. 3 KEL. W zakresie relacji z pacjentem szczególną uwagę należy zwrócić przy tym na fakt, że ocenie podlega nie tylko stopień poszanowania przez lekarza zasady szacunku i równości w trakcie leczenia pacjenta, ale także sama decyzja o przyjęciu lub odmowie przyjęcia pacjenta⁸³.

W konsekwencji można przyjąć, że przykładowo w określonych okolicznościach lekarz ma prawo nie podjąć lub odstąpić od leczenia dziecka, którego rodzice odmawiają zgody na obowiązkowe szczepienia ochronne ze względu na przekonania⁸⁴. W wyroku ETPC z 8.04.2021 r. w sprawie Vavříčka i inni przeciwko Republice Czeskiej, skarga nr 47621/13 i 5 pozostałych uznano, że zakaz uczęszczania dzieci niezaszczepionych do publicznego przedszkola nie narusza art. 8 EKPC. Taka ingerencja w prawo do poszanowania życia prywatnego jest zgodna z prawem i ma uzasadniony cel, jakim jest ochrona zdrowia i praw innych osób. Korzystanie przez lekarza w analogicznej sytuacji z prawa do odmowy leczenia będzie uznane za oparte na racjonalnej przesłance, o ile nie będzie naruszało podstawowego prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych, tzn. nie naruszy podstawowego dobra jednostki. Należy przez to rozumieć przede wszystkim realną możliwość kontynuowania leczenia w innym podmiocie leczniczym⁸⁵.

Podkreślenia wymaga, że nie każda sytuacja odstąpienia od zasady równości oznacza automatycznie stan dyskryminacji i naruszenia godności osoby tym dotkniętej. Istotne jest kryterium, które legło u podstaw zróżnicowania.

Jak pisze M. Urbaniak: „Jednym z podstawowych instrumentów służących zapewnieniu równego dostępu do świadczeń jest tworzenie list oczekujących. Zasadą jest, iż świadczenia powinny być realizowane świadczeniobiorcom według kolejności ich zgłoszenia, za wyjątkiem sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta”⁸⁶. Poza wskazaniami klinicznymi istnieje wiele ustawowych odstępstw od zasady równego dostępu do świadczeń. Przykładowo ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych

⁸² Światowe Stowarzyszenie Lekarskie (World Medical Association), *Podręcznik Etyki Lekarskiej*, 2005, s. 31, https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/ethics_manual_polish.pdf (dostęp: 12.11.2024 r.).

⁸³ Do sytuacji nieuzasadnionych prawnie i noszących cechy dyskryminacji należy zaliczyć odmowę przyjęcia przez ginekologa pacjentki, która w jego ocenie była zbyt otyła – zob. *Poszła do ginekologa. Spojrzał na nią i wyprosił z gabinetu*, <https://kobieta.wp.pl/poszla-do-ginekologa-uslyszala-ze-jeszcze-mu-fotel-zarwie-7053972986604064a> (dostęp: 13.11.2024 r.).

⁸⁴ Art. 38 ust. 1 u.z.l.

⁸⁵ Por. O. Nawrot [w:] *Kodeks etyki...*, red. O. Nawrot, s. 131–133.

⁸⁶ M. Urbaniak, *Konstytucyjna zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej a jej ustawowa realizacja w prawie polskim. Wybrane problemy*, „Przegląd Prawa Konstytucyjnego” 2013/3(15), s. 86.

ze środków publicznych⁸⁷ przyznała szczególne uprawnienia w dostępie do świadczeń zdrowotnych dziecku do 18. roku życia mającemu status świadczeniobiorcy z ciężkim i nieodwracalnym upośledzeniem albo nieuleczalną chorobą zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju lub w czasie porodu. Uprawnienie do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością uzyskali także m.in. poszkodowani pacjenci, na wniosek których wydano prawomocną decyzję w sprawie przyznania świadczenia kompensacyjnego za zdarzenie medyczne i szkody doznane w następstwie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w szpitalu, stwierdzającą, że zdarzenie medyczne spowodowało poważne następstwa zdrowotne⁸⁸.

6. Inne uwagi

Podsumowując, należy podzielić punkt widzenia O. Nawrota, który proponuje rodzaj uniwersalnej definicji postępowania dyskryminującego: „postępowaniem dyskryminującym [w świetle art. 3 KEL – przyp. J.B.] będzie takie zróżnicowanie sytuacji pacjenta, które w sposób arbitralny: 1. pogarsza jego sytuację, lub sytuację określonej grupy pacjentów, albo 2. uprzywilejowuje jednego pacjenta (grupę pacjentów) kosztem innego pacjenta (grupy pacjentów)”⁸⁹. Z kolei zdaniem P. Łukowa równe traktowanie w medycynie oznacza „decydowanie o postępowaniu medycznym w odniesieniu do różnych pacjentów będących w podobnym stanie zdrowia na podstawie tych samych kryteriów. Kryteria te charakteryzuje to, że ich rozpatrzenie zwiększa szanse na poprawę stanu zdrowia każdego z pacjentów. Są to kryteria merytoryczne. Dyskryminacja w medycynie polega natomiast na kwalifikowaniu do postępowania medycznego na podstawie czynników, których rozpatrzenie nie ma związku z poprawą zdrowia pacjentów znajdujących się w podobnym stanie”⁹⁰.

Marek Koenner

Art. 4.

Dla wypełniania swoich zadań lekarz zachowuje swobodę działań zawodowych, zgodnie ze swoim sumieniem, aktualną wiedzą medyczną.

1. Opis treści normatywnej przepisu

Przepis ten wskazuje, że przy podejmowaniu działań zawodowych lekarz zachowuje swobodę. Granice tej swobody określa sumienie lekarza oraz aktualna wiedza medyczna.

⁸⁷ Na podstawie art. 47 ust. 1a w zw. z art. 47c ust. 1 i art. 57 ust. 2 pkt 14 u.s.o.z.

⁸⁸ Art. 67za ust. 2 u.p.p.

⁸⁹ O. Nawrot [w:] *Kodeks etyki...*, red. O. Nawrot, s. 97.

⁹⁰ P. Łuków, *Europejska Konwencja Bioetyczna [w:] Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*, t. II, red. J. Opol-ski, Warszawa 2011, s. 18.

2. Uwagi historyczne

Poprzednio art. 4 KEL brzmiał bardzo podobnie, a mianowicie: „Dla wypełnienia swoich zadań lekarz powinien zachować swobodę działań zawodowych, zgodnie ze swoim sumieniem i współczesną wiedzą medyczną”.

Słusznie zmieniono pojęcie współczesnej wiedzy medycznej na pojęcie aktualnej wiedzy medycznej, które to pojęcie zostało wyjaśnione w literaturze i orzecznictwie, a w konsekwencji jest powszechnie używane⁹¹.

Druga zmiana w przepisie dotyczy użycia pojęcia swobody zamiast pojęcia wolności.

3. *Ratio legis* i przedmiot ochrony

Podstawowym dobrem prawnym chronionym w art. 4 KEL jest swoboda podejmowanych przez lekarza działań medycznych. Swoboda ta ograniczona jest sumieniem lekarza (czynnik subiektywny) oraz aktualną wiedzą medyczną (czynnik obiektywny).

Sumienie nie może dla lekarza stanowić kryterium podejmowanych decyzji diagnostycznych czy terapeutycznych. W razie jednak, gdy lekarz dojdzie do przekonania, że podjęcie tych decyzji narusza jego sumienie, może wstrzymać się z udzieleniem pomocy medycznej (z wyjątkami, o których mowa dalej w komentarzu).

Zapewnienie lekarzowi swobody decyzji w trakcie udzielanych przez niego świadczeń zdrowotnych stanowi również gwarancję dla pacjenta, że przy dokonywaniu diagnozy i wdrażaniu terapii lekarz będzie się kierował wyłącznie swoją wiedzą i doświadczeniem.

Przepis ten należy bowiem rozumieć *a contrario* w ten sposób, że lekarz nie może podchodzić do pacjenta, kierując się uprzedzeniami, np. co do jego rasy, płci, orientacji seksualnej, statusu majątkowego czy innych czynników pozamedycznych.

4. Uwagi systemowe

Jak wyjaśnił w uzasadnieniu uchwały Nr 3/24/IX uchwałodawca rozwinięcie zasady swobody działań zawodowych lekarza unormowanej w art. 4 KEL stanowi unormowanie art. 6 ust. 1 KEL, zgodnie z którym lekarz ma swobodę wyboru w zakresie metod postępowania, które uzna za najskuteczniejsze. Powinien jednak ograniczyć czynności medyczne do rzeczywiście potrzebnych pacjentowi zgodnie z aktualnym stanem wiedzy. Przepis art. 6 KEL znalazł się w rozdziale normującym postępowanie lekarza wobec pacjenta.

Można zatem uznać, że tak jak przepis art. 6 KEL odnosi się do postępowania lekarza wobec pacjenta, tak przepis art. 4 KEL odnosi się do całego zakresu działalności zawodowej lekarza, obejmującego również obszar wykraczający poza leczenie pacjentów.

Zgodnie z treścią art. 2 ust. 1 u.z.l. wykonywanie zawodu lekarza polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi

⁹¹ Często w wersji anglojęzycznej jako *evidence-based medicine* (EBM).

dokumentami, świadczeń zdrowotnych, w szczególności: badaniu stanu zdrowia, rozpoznawaniu chorób i zapobieganiu im, leczeniu i rehabilitacji chorych, udzielaniu porad lekarskich, a także wydawaniu opinii i orzeczeń lekarskich. Natomiast zgodnie z art. 2 ust. 2 u.z.l. wykonywanie zawodu lekarza dentysty polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń, wskazanych jak wyżej, w zakresie chorób zębów, jamy ustnej, części twarzowej czaszki oraz okolic przyległych.

Ponadto za wykonywanie zawodu lekarza uważa się także:

- 1) prowadzenie przez lekarza badań naukowych lub prac rozwojowych w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu, lub promocji zdrowia;
- 2) nauczanie zawodu lekarza;
- 3) kierowanie podmiotem leczniczym;
- 4) zatrudnienie w podmiotach zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych w rozumieniu przepisów ustawy z 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, urządach te podmioty obsługujących lub urządach i instytucjach, w ramach których wykonuje się czynności związane z przygotowaniem, organizowaniem lub nadzorem nad udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej;
- 5) zatrudnienie w Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (zob. art. 2 ust. 3 u.z.l.).

We wszystkich wymienionych wyżej sytuacjach mamy do czynienia z przepisami, które nakładają na lekarza pełniącego określone funkcje wiele obowiązków, jak również ograniczeń. Może zatem dojść do konfliktu między realizacją normy zawartej w art. 4 KEL a normami wynikającymi z wyżej przytoczonych przepisów.

Wydaje się jednak, że co do ograniczenia swobody podejmowanych przez lekarza działań poprzez odwołanie do aktualnej wiedzy medycznej normy prawne i normy etyczne są spójne.

Natomiast w odniesieniu do sumienia konieczne jest tu przywołanie przepisu art. 39 u.z.l., zgodnie z którym lekarz może powstrzymać się od wykonania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego sumieniem, z zastrzeżeniem art. 30 u.z.l., z tym że ma obowiązek odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej. Lekarz wykonujący zawód na podstawie stosunku pracy albo w ramach służby ma także obowiązek uprzedniego powiadomienia na piśmie przełożonego.

Warto w tym miejscu zwrócić uwagę również na unormowanie art. 69 KEL, ustanawiającego niezależność lekarza wobec pracodawcy, w szczególności w sytuacji zatrudnienia w urzędzie państwowym, samorządowym, instytucji publicznej lub prywatnej. Zgodnie ze zdaniem drugim przywołanego przepisu lekarzowi nie wolno bowiem wypełniać poleceń pracodawcy niezgodnych z zasadami etyki lekarskiej.

5. Wykładnia przepisu

5.1. Zadania lekarza

Zadaniem lekarza jest wykonywanie obowiązków zawodowych wynikających z przepisu art. 2 u.z.l. i innych ustaw. Główne obowiązki zostały wymienione wyżej w ramach wykładni systemowej.

Warto przypomnieć, że stosownie do treści art. 4 u.z.l. 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.

5.2. Swoboda

Przy wykonywaniu wszystkich tych zadań, podejmowanych w ramach działalności zawodowej, lekarz zachowuje swobodę. Zgodnie ze słownikowym rozumieniem tego pojęcia swoboda to „możliwość postępowania lub zachowywania się bez konieczności ulegania przymusowi lub ograniczeniom”⁹².

Swobodę działań podejmowanych przez lekarza można ująć również w kontekście zakwalifikowania zawodu lekarza do tzw. wolnych zawodów.

Brak jest w przepisach prawa definicji wolnego zawodu, jednak wy tłumaczeniem rozumienia tego pojęcia zajmowała się zarówno doktryna prawa, jak i orzecznictwo.

I tak w wyroku z 11.10.2001 r.⁹³ TSUE stwierdził, że „wolne zawody określone w załączniku F (2) do VI Dyrektywy są działalnością o wyraźnie intelektualnym charakterze, wymagającą wysokich kwalifikacji oraz będącą zwykle przedmiotem jasnych i surowych reguł zawodowych. W wykonywaniu takiej działalności element osobisty ma szczególne znaczenie i prowadzenie takiej działalności zawsze zakłada wysoki stopień niezależności w wykonywaniu działań zawodowych”.

Swoboda w podejmowaniu decyzji jest właśnie pochodną owej niezależności. Swoboda ta nie oznacza jednak dowolności, lekarz bowiem musi działać w zgodzie ze swoim sumieniem oraz aktualną wiedzą medyczną.

Z pewnością ciekawym zagadnieniem jest swoboda w podejmowaniu przez lekarza decyzji w sytuacji, w której lekarz jest częścią zespołu bądź jest lekarzem podległym służbowo w ramach hierarchii w miejscu pracy (rozumianym oczywiście szeroko).

Szczególną funkcję pełni lekarz na stanowisku ordynatora lub lekarza kierującego oddziałem, jest on bowiem odpowiedzialny za działanie oddziału, w tym udzielanie świadczeń zdrowotnych. Wykonuje jednak nie tylko czynności lecznicze, ale także administracyjne⁹⁴.

Niemniej każdy lekarz, również w kontakcie z ordynatorem lub lekarzem kierującym oddziałem, zachowuje prawo do podjęcia swobodnej decyzji. Mowa tu oczywiście o decyzjach, które musi podjąć samodzielnie. Nie ma tu znaczenia podległość w sensie kontraktowym, służbowym czy pracowniczym. Lekarzowi nie wolno działać wbrew zasadom etyki lekarskiej, które z kolei nakazują działanie w zgodzie z aktualną wiedzą medyczną i swoim sumieniem.

Podkreślenia jednak wymaga, że mowa tu o wypełnianiu podstawowych obowiązków wynikających z wykonywania zawodu lekarza. Przepis ten nie odnosi się do wypełniania innych obowiązków związanych z zajmowanym stanowiskiem. Kwestie te zostały uregulowane w przepisie art. 69 KEL.

⁹² Drugie znaczenie słowa swoboda to: „naturalna łatwość zachowywania się lub robienia czegoś”, <https://sjp.pwn.pl/sjp/swoboda;2525505.html> (dostęp: 10.11.2024 r.).

⁹³ C-267/99, Christiane Urbing-Adam v. Administration de l'enregistrement et des domaines, LEX nr 83438.

⁹⁴ Zob. J. Ciechorski, *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz do wybranych przepisów*, LEX 2024, art. 91.

Natomiast w ramach swobody podejmowanych decyzji lekarz nie tylko może, ale oczywiście powinien czerpać z doświadczenia kolegów i koleżanek z większym doświadczeniem. Dlatego też zawsze, gdy uzna to za wskazane, powinien rozważyć za sięgnięcie ich opinii.

W szczególnej sytuacji są tutaj lekarze stażyści i lekarze rezydenci.

Odbycie stażu podyplomowego stanowi jeden z podstawowych warunków uzyskania przez lekarza prawa wykonywania zawodu (zob. art. 5 ust. 3 u.z.l.).

Lekarz stażysta odbywa staż podyplomowy pod nadzorem lekarza albo lekarza dentystry posiadającego specjalizację (zob. art. 15b ust. 1 u.z.l.). Uprawnienia lekarza stażysty są ograniczone, a w wielu sytuacjach zobowiązany jest do konsultacji ze swoim opiekunem. W art. 15b ust. 5 pkt 2 u.z.l. wskazano wprost, że lekarz stażysta ma obowiązek utrzymywania stałej współpracy z opiekunem. Swoboda lekarza stażysty jest zatem znacznie ograniczona. Pomimo tego obowiązuje go również nakaz działania w zgodzie z aktualną wiedzą medyczną i własnym sumieniem.

Tym bardziej obowiązek ten spoczywa na lekarzu rezydencie. Rezydentura stanowi bowiem główną formułę zdobycia specjalizacji⁹⁵. W myśl bowiem art. 16ea ust. 1 u.z.l. rezydenturę może odbywać wyłącznie lekarz nieposiadający I lub II stopnia specjalizacji lub tytułu specjalisty.

5.3. Sumienie

Sumienie to „zdolność oceny własnego postępowania i świadomość odpowiedzialności moralnej za swoje czyny”⁹⁶.

Jak wyjaśnił T. Brzeziński⁹⁷, nasze czyny podlegają ocenie. A jeżeli nasze czyny przyrównujemy do wzorca wynikającego z systemu etycznego i tej oceny dokonujemy samodzielnie, wówczas mamy do czynienia z samooceną. Zdaniem T. Brzezińskiego „samoocena – przyrównanie siebie do zaakceptowanego przez siebie wzorca – odpowiada pojęciu sumienia”.

Wydaje się, że takie właśnie rozumienie sumienia powinno być podstawą rozważenia przez lekarza przed podjęciem konkretnej decyzji w ramach wykonywanego zawodu.

System etyczny, z którego wynika wzorzec postępowania, został zapisany właśnie w Kodeksie Etyki Lekarskiej, w tym w treści przyrzeczenia lekarskiego.

Odwoływanie się do własnego światopoglądu w sytuacji, gdyby stał on w jakimkolwiek zakresie w sprzeczności z przyjętymi w Kodeksie Etyki Lekarskiej normami etycznymi, należy uznać za naruszenie właśnie przepisu art. 4 KEL.

Powoływanie się na sumienie nie może być bowiem wykorzystane do złamania zasad wykonywania zawodu lekarza. Wyjątkiem mogą być wyłącznie sytuacje unormowane w art. 7 KEL, w których to lekarz może nie podjąć się lub odstąpić od sprawowania opieki nad pacjentem.

⁹⁵ Zob. K. Syroka-Marczewska [w:] *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, red. E. Zielińska, Warszawa 2022, art. 16ea.

⁹⁶ Tak *Słownik języka polskiego PWN*, <https://sjp.pwn.pl/sjp/sumienie;2525263.html> (dostęp: 10.11.2024 r.).

⁹⁷ T. Brzeziński, *Etyka...*, s. 3.

Jak wskazano już wyżej w ramach omówienia wykładni systemowej, w przepisie art. 39 u.z.l. uregulowano tzw. klauzulę sumienia, pozwalającą lekarzowi – pod pewnymi warunkami – na powstrzymanie się od wykonania świadczeń zdrowotnych.

W tym miejscu warto odnotować, że przepis art. 39 u.z.l. wraz z przepisem art. 30 u.z.l., do którego przepis art. 39 u.z.l. się odwołuje, uległ zmianie w następstwie wydanego wskutek kontroli konstytucyjności wyroku TK z 7.10.2015 r.⁹⁸

Obecne brzmienia przepisów art. 39 oraz art. 30 u.z.l. nie budzą już wątpliwości co do ich zgodności z Konstytucją RP.

I tak w myśl art. 39 u.z.l. lekarz może powstrzymać się od wykonania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego sumieniem, z zastrzeżeniem art. 30 u.z.l., z tym że ma obowiązek odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej. Lekarz wykonujący zawód na podstawie stosunku pracy albo w ramach służby ma także obowiązek uprzedniego powiadomienia na piśmie przełożonego. Natomiast zgodnie z treścią art. 30 u.z.l. lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia.

Niemniej jednak warto część rozważań Trybunału Konstytucyjnego z przywołanego wyroku przytoczyć, gdyż pozostają one nadal aktualne.

Otóż Trybunał zauważył, że: „«Sumienie» nie poddaje się prawniczemu definiowaniu. (...) Współcześnie podstawę do określenia granic tego pojęcia dają wyniki badań innych dziedzin wiedzy, zwłaszcza filozofii (etyki), antropologii, psychologii i teologii, dlatego należy uznać konieczność definiowania «wolności sumienia» odrębnie od «wolności religii». (...) Według *Słownika języka polskiego* (red. M. Szymczak, Warszawa 1995) sumienie to: «właściwość psychiczna, zdolność pozwalająca odpowiednio oceniać własne postępowanie jako zgodne lub niezgodne z przyjętymi normami etycznymi». Sumienie jako atrybut suwerenności jednostki jest więc, mówiąc najogólniej, świadomością moralną albo zdolnością «wydawania ocen dotyczących wartości moralnej czynów człowieka, w szczególności postępowania samego podmiotu» (K. Kosior, *Sumienie*, [w:] *Mała encyklopedia filozofii: pojęcia, problemy, kierunki, szkoły*, red. S. Jedynek, Bydgoszcz 1996, s. 448–449). (...)

Naruszenie obowiązku udzielenia pomocy przez lekarza czy nieudzielenie przez szpital świadczenia zdrowotnego osobie w stanie zagrożenia życia lub zdrowia rodzi odpowiedzialność prawną (w odniesieniu do lekarza nawet odpowiedzialność karną, por. M. Nesterowicz, N. Karczewska-Kamińska, *Prawa pacjenta w kontekście odmowy udzielenia świadczeń medycznych przez lekarza lub szpital (w związku z klauzulą sumienia)*, [w:] *Sprzeciw sumienia...*, s. 118). Skorelowany z przepisami statuującymi obowiązki lekarzy i podmiotów leczniczych jest art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (...), który stanowi, że: «Pacjent ma prawo do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia» (...)

Każdy lekarz w Polsce przyrzeka uroczystie «służyć zdrowiu i życiu ludzkiemu» (przyrzeczenie lekarskie, drugie tiret). Bierze na siebie wykonywanie tego obowiązku według najlepszej wiedzy wobec wszystkich chorych, niezależnie od ich rasy, religii, narodowości, poglądów politycznych i stanu majątkowego, mając na celu wyłącznie ich dobro i okazując im należny szacunek (trzecie tiret). Nie ma zatem miejsca na

⁹⁸ K 12/14, OTK-A 2015/9, poz. 143.

relatywizm moralny, jeśli chodzi o podstawowy nakaz etyki lekarskiej, jakim jest «ochrona życia i zdrowia ludzkiego, zapobieganie chorobom, leczenie chorych oraz niesienie ulgi w cierpieniu» (art. 2 ust. 1 KEL). Jak zauważono w literaturze, «sprzeciw sumienia lekarskiego najczęściej wynika bardziej z hipokratejskiej tradycji etycznej niż z przekonań religijnych» (J. Pawlikowski, *Prawo do wyrażania sprzeciwu sumienia przez personel medyczny – problemy etyczno-prawne*, «Prawo i Medycyna» nr 3/2009, s. 36, z odesłaniem do wypowiedzi J.K. Mason)».

Trybunał zwrócił uwagę na „ten aspekt problemu, który wiąże się wprost z obawami o zbytni subiektywizm lekarskiego sumienia. Trybunał uznał mianowicie, że zachowanie podstawowego imperatywu moralnego, obowiązującego wszystkich lekarzy, tj. nakazu ochrony życia i zdrowia ludzkiego, nie pozostawia swobody działania dyktowanego sumieniem poszczególnych przedstawicieli zawodu. Nie ma tu miejsca na relatywizm moralny”.

W końcu wypada przypomnieć, że stosownie do treści art. 39 u.z.l. na lekarzu spoczywa obowiązek odnotowania – zatem pisemnego wpisu – w dokumentacji faktu powstrzymania się od wykonania świadczeń zdrowotnych z powołaniem się na niezgodność z sumieniem.

5.4. Aktualna wiedza medyczna

Słusznie zauważył uchwałodawca w uzasadnieniu uchwały Nr 3/24/IX, że „termin «aktualny stan wiedzy» wobec braku definicji ustawowej «wiedzy medycznej» należy rozumieć jako wiedzę z zakresu nauk medycznych, która została wygenerowana i zweryfikowana w procesie badawczym zgodnym z najbardziej godnymi polecenia metodami naukowymi i dzięki temu opiera się na wiarygodnych dowodach. W terminologii występują określenia «współczesna» (charakterystyczna dla dzisiejszej epoki) i «aktualna wiedza medyczna» (obowiązująca w danej chwili). Współczesna wiedza medyczna może, ale nie musi być aktualna. Dynamiczny postęp w wiedzy i technologiach medycznych, istnienie nowych, równoważnych i uznanych metod wymaga od lekarza niejednokrotnie dokonania wyboru postępowania. Swoboda wyboru metod diagnostycznych i leczniczych umożliwia lekarzowi dokonanie tego wyboru w odniesieniu do konkretnego pacjenta”.

Warto pamiętać również, że „termin «aktualna wiedza medyczna» nie może odnosić się do publikacji internetowych, broszur producenta sprzętu medycznego, artykułów naukowych itd., ale całości kształtu wiedzy medycznej wraz z tezami potwierdzonymi udokumentowanymi i sformalizowanymi badaniami klinicznymi. Zasadą jest powstrzymanie się od stosowania niesprawdzonych metod, które są jeszcze na etapie eksperymentów i nie uzyskały dostatecznego uznania w środowisku medycznym, ponieważ jest to związane z wysokim ryzykiem, oraz od stosowania czynności zarzucanych, co do których stwierdzono, że są nieskuteczne, błędne czy niebezpieczne. Za metody uznawane i dopuszczone do stosowania uznaje się zasady wiedzy reprezentowane przez miarodajne koła naukowe. Zasady te muszą odpowiadać przyjętym poglądom, które nie podlegają dyskusji oraz oparte są prawie na jednomyślności. Dla oceny, czy postępowanie względem pacjenta następowało zgodnie z wymaganiami aktualnej wiedzy medycznej, istotny jest stan wiedzy z chwili postępowania, co ma szczególne znaczenie, jeśli weźmie się pod uwagę bardzo szybki postęp w medycynie”⁹⁹.

⁹⁹ Tak WSA w Warszawie w wyroku z 20.05.2019 r., VI SA/Wa 136/19, LEX nr 3087230.

Dlatego też nie jest możliwa realizacja postulatu zdobywania aktualnej wiedzy bez realizacji obowiązku stałego uzupełniania wiedzy i doskonalenia umiejętności zawodowych, o którym mowa w art. 64 KEL.

Jednak „ani treść art. 4 ust. o zaw. lek. i lek. dent., ani innych przepisów nie daje podstaw do wskazania wiążących dla lekarza źródeł wiedzy medycznej. Innymi słowy, ustawodawca nie określił preferencji, którymi ma kierować się lekarz w wyborze określonego źródła wskazań aktualnej wiedzy medycznej. Trzeba zatem uznać, że to lekarz określa z jakich źródeł wiedzy medycznej będzie korzystał. Niemniej przepisy bezsprzecznie wymagają, aby była to wiedza. Powyższe determinuje, że za źródło wskazań wiedzy medycznej można uznać jedynie materiał naukowy, przygotowany zgodnie z zasadami wiarygodnej i czytelnie zaprezentowanej metodologii naukowej; będą nim więc podręczniki, badania kliniczne, opracowania tematyczne, ChPL¹⁰⁰, artykuły naukowe oraz wytyczne, standardy, rekomendacje czy zalecenia opracowywane przez różnego rodzaju towarzystwa naukowe (np. Polskie Towarzystwo Ginekologiczne)”¹⁰¹.

Oczywiście trudno doszukiwać się tu kryterium zapewniającego jednoznaczne stwierdzenie, czy wiedza lekarza jest aktualna w świetle przeprowadzanych badań¹⁰².

Jak wskazano, ważną rolę odgrywają wytyczne wypracowywane przez towarzystwa naukowe.

Wytyczne oparte na aktualnym stanie wiedzy medycznej i naukowych dowodach (ang. *evidence-based medicine*, EBM) stanowią jednakże – o czym nie można zapominać – jedynie „wskazówki, ścieżki, schematy, algorytmy postępowania odnoszące się do danej specjalności medycznej, obejmują: wskazania co do metod diagnostycznych (zalecenia co do rodzaju badań, częstości ich wykonywania), wskazania co do metod leczniczych (zalecenia stosowania leków i dawek, metod nefarmakologicznych, w tym interwencji chirurgicznych), wskazania co do metod zapobiegawczych (programy profilaktyczne) oraz wskazania co do kontroli procesu leczenia (badania kontrolne). Funkcją standardów jest ułatwienie pracy lekarzowi oraz zapewnienie mu poczucia bezpieczeństwa prawnego. Polega ono na tym, że o ile lekarz w trakcie wykonywania zawodu będzie przestrzegał zawartych w standardach zaleceń i wymagań, co do zasady może mieć pewność, iż w sytuacjach typowych jego postępowanie z prawnego punktu widzenia zostanie ocenione jako prawidłowe”¹⁰³.

Wytyczne naukowe są zatem *practice guidelines*, nie stanowią natomiast norm ani standardów w takim sensie, że ich niezastosowanie automatycznie oznacza popełnie-

¹⁰⁰ Charakterystyka Produktu Leczniczego.

¹⁰¹ R. Tymiński, *Stosowanie leków poza wskazaniami zawartymi w charakterystyce produktu leczniczego*, <https://prawo.mp.pl/publikacje/prawomedyczne/65187, stosowanie-lekow-pozawskazaniami-zawartymi-w-charakterystyce-produktu-leczniczego> (dostęp: 30.12.2024 r.).

¹⁰² Warto też w tym miejscu przytoczyć pogląd wyrażony przez SN w postanowieniu z 26.04.2021 r., I KK 210/20, zgodnie z którym „samo głoszenie przez lekarza obwinionego tezy o braku badania i testowania szczepionek, zwłaszcza w dzisiejszej dobie, gdy nawet w świetle powszechnej wiedzy na ten temat, teza ta jest z gruntu fałszywa, należy uznać za szczególnie wysoce szkodliwe społecznie wspieranie przez lekarza postaw antyszczepionkowych. Zachowanie przypisane lekarzowi – jako jawnie sprzeczne ze standardami wynikającymi z aktualnej wiedzy medycznej oraz istniejącą rzeczywistością i nakierowane na propagowanie postawy stanowiącej realne zagrożenie społeczne u odbiorców niemających odpowiedniego przygotowania do weryfikacji przekazywanych treści – nie może korzystać z ochrony wynikającej z wolności słowa”.

¹⁰³ E. Zielińska, B. Namysłowska-Gabrysiak [w:] *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentyisty. Komentarz*, red. E. Zielińska, Warszawa 2022, art. 4.

nie błędu medycznego. Zarówno diagnoza, jak i terapia dotycząca konkretnego pacjenta stanowią wyraz konkretnych decyzji podejmowanych przez każdego lekarza.

6. Inne uwagi

Omawiany przepis wymaga przede wszystkim korekty redakcyjnej, gdyż bardziej wskazane byłoby użycie konstrukcji z prostą koniunkcją, czyli że lekarz działa zgodnie ze swoim sumieniem i aktualną wiedzą medyczną.

Jednak, jak się wydaje, jeszcze lepszym rozwiązaniem byłoby doprecyzowanie polegające na określeniu kwestii, którą ten przepis reguluje, a którą, jak się wydaje, jest sumienie lekarza. Co do aktualnej wiedzy medycznej oraz swobody działania za wyścizające należy uznać inne przepisy zarówno Kodeksu Etyki Lekarskiej, jak i prawa.

Marek Koenner

Art. 5.

Samorząd lekarski ma obowiązek czuwania nad przestrzeganiem zasad etyki oraz zachowaniem godności zawodu przez jego wszystkich członków, a także o to, aby przepisy prawa nie były sprzeczne z zasadami etyki lekarskiej.

1. Opis treści normatywnej przepisu

Komentowany przepis formułuje dla samorządu lekarskiego obowiązek czuwania nad tym, żeby wszyscy lekarze przestrzegali zasad etyki, w szczególności zachowując godność zawodu lekarza.

Ponadto przepis ten nakłada na samorząd lekarski również obowiązek pilnowania, żeby prawo było stanowione w zgodzie z zasadami etyki lekarskiej.

2. Uwagi historyczne

W dawnym brzmieniu przepis art. 5 KEL był następujący: „Izba lekarska jest obowiązana do czuwania nad przestrzeganiem zasad etyki i deontologii lekarskiej oraz zachowaniem godności zawodu przez wszystkich członków samorządu lekarskiego a także do starań, aby przepisy prawa nie naruszały zasad etyki lekarskiej”.

Treść zatem jest tożsama do wprowadzonej w nowym Kodeksie Etyki Lekarskiej.

Co do wykreślenia pojęcia „deontologia” można odwołać się do uzasadnienia uchwały Nr 3/24/IX, w którym wyjaśniono, że „pojęcia «etyka i deontologia» znalazły się w Kodeksie (także w art. 61 i 65) dlatego, że sformułowanie to zostało wpisane w tekst ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich w pkt 3 art. 4 i w art. 41. W obowiązującej ustawie nie ma już słowa «deontologia» i mowa jest tylko o etyce, w pkt 1 art. 5 oraz art. 53. «Etyka i deontologia» ze spójnikiem «i» – co powinno

oznaczać sprawy różne, jest sformułowaniem tautologicznym, gdyż rzeczy te są tożsame. Słowa te są używane zamiennie, choćby w komentarzu prof. M. Królikowskiego. Termin «deontologia» ma znaczenie głównie historyczne. O deontologicznych podstawach etyki lekarskiej pisał m.in. R. Gillon (*Etyka lekarska – problemy filozoficzne*) i odróżniał je od poglądów konsekwencjalistycznych, charakterystycznych dla utylitaryzmu. Deontologia, jako nauka o obowiązku, opiera się na nakazach i zakazach obowiązujących bezwarunkowo i takie są zasady etyki lekarskiej. Konsekwencjalizm (nazywany przez B. Chyrowicz w «Bioetyce. Anatomii sporu» także teleologizmem) przyjmuje względność zasad a ocenę czynów uzależnia od ich skutków czy celów, nie zaś od zgodności czy niezgodności z nakazami (przykazaniami, imperatywami). Granice między tymi sposobami myślenia etycznego nie są ostre: możemy deontologicznie uznawać, że obowiązuje nas osiągnięcie tylko takich celów, doprowadzanie do takich skutków, które są zgodne z imperatywami. W praktyce lekarskiej dominuje myślenie deontologiczne, jest jednak obecne także liczenie się z przewidywanymi skutkami”.

3. *Ratio legis* i przedmiot ochrony

Podstawowym dobrem chronionym normą zawartą w art. 5 KEL są same zasady etyki lekarskiej. Powinny być przestrzegane tak przez lekarzy, jak prawodawców, którzy formułując nowe przepisy prawa, muszą mieć na względzie, że zasady te obowiązują wszystkich lekarzy.

Dlatego też na samorządzie lekarskim, czyli na wszystkich lekarzach, ale w szczególności na organach izb lekarskich, spoczywa obowiązek czuwania, żeby prawo było uchwalane w zgodzie z zasadami etyki lekarskiej.

4. Uwagi systemowe

Zadania, zasady działania i organizację izb lekarskich oraz prawa i obowiązki członków izb lekarskich określa ustawa o izbach lekarskich (art. 1 u.i.l.).

Wszyscy lekarze i lekarze dentyści posiadający prawo wykonywania zawodu jako członkowie izb lekarskich tworzą samorząd zawodowy lekarzy i lekarzy dentyistów (zob. art. 2 ust. 1 u.i.l.).

Stosownie do treści art. 2 ust. 2 u.i.l. samorząd zawodowy lekarzy i lekarzy dentyistów reprezentuje osoby wykonujące zawody lekarza i lekarza dentyisty, sprawuje pieczę nad należyтым wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony.

W art. 5 u.i.l. wśród zadań samorządu lekarskiego w pierwszym punkcie wskazano ustanawianie zasad etyki lekarskiej oraz dbanie o ich przestrzeganie. Zatem obowiązek czuwania nad przestrzeganiem zasad etyki, w ramach których jedną z najważniejszych zasad jest dbanie o godność zawodu lekarskiego (zob. art. 1 ust. 2 *in fine* KEL), stanowi nie tylko etyczny, ale także ustawowy obowiązek samorządu lekarskiego.

Funkcja samorządu polegająca na czuwaniu nad przestrzeganiem zasad etyki lekarskiej przez lekarzy realizowana jest przez działanie rzeczników odpowiedzialności zawodowej i sądów lekarskich.

Naruszenie zasad etyki stanowi bowiem przewinienie zawodowe, za które lekarz może ponieść odpowiedzialność przed sądem lekarskim. Postępowanie przed sądem lekarskim poprzedzone jest postępowaniem przeprowadzanym przez rzecznika odpowiedzialności zawodowej.

W odniesieniu do drugiego zadania nałożonego na samorząd zawodowy w przepisie art. 5 KEL, polegającego na czuwaniu nad tym, żeby przepisy prawa nie były sprzeczne z zasadami etyki lekarskiej, trzeba się odwołać do następujących zadań wymienionych w art. 5 pkt 14–16, 20, 22 u.i.l.:

- 1) działania na rzecz ochrony zawodu lekarza, w tym występowanie w obronie godności zawodu lekarza oraz interesów indywidualnych i zbiorowych członków samorządu lekarzy;
- 2) zajmowanie stanowiska w sprawach stanu zdrowotności społeczeństwa, polityki zdrowotnej państwa oraz organizacji ochrony zdrowia;
- 3) opiniowanie projektów aktów prawnych dotyczących ochrony zdrowia i wykonywania zawodu lekarza bądź występowanie o ich wydanie;
- 4) współdziałanie z organami administracji publicznej, związkami zawodowymi oraz innymi organizacjami w kraju i za granicą w sprawach dotyczących ochrony zdrowia i warunków wykonywania zawodu lekarza;
- 5) współpraca z towarzystwami naukowymi, uczelniami i instytutami w kraju i za granicą.

5. Wykładnia przepisu

5.1. Obowiązek czuwania nad przestrzeganiem zasad etyki oraz zachowaniem godności zawodu przez wszystkich członków samorządu

Obowiązkiem każdego członka samorządu lekarskiego, czyli każdego lekarza wykonującego zawód, jest przestrzeganie zasad etyki lekarskiej. Wśród tych zasad jedną z podstawowych jest zachowanie godności.

W związku z tym, że trudno sobie wyobrazić, żeby wszyscy lekarze mieli czuwać nad pozostałymi wszystkimi lekarzami, należy przyjąć, że przepis ten nakłada obowiązki na organy izb lekarskich, o których była mowa wyżej, które służą realizacji obowiązku określonego w art. 5 KEL.

Przepis ten ustanawia więc etyczny nakaz wobec organów izb lekarskich dbania o to, żeby wszyscy lekarze działali w zgodzie z zasadami etyki lekarskiej.

Co do wypełniania tego obowiązku należy się odwołać do przywołanych już wyżej w ramach wykładni systemowej przepisów ustawy o izbach lekarskich.

Wśród obowiązków określonych tymi przepisami trzeba wyróżnić obowiązki rzecznika odpowiedzialności zawodowej.

Rzecznik odpowiedzialności zawodowej działa bowiem co do zasady z urzędu, do rozpoczęcia czynności sprawdzających nie jest potrzebny żaden wniosek. Po uzyskaniu informacji z jakiegokolwiek źródła, które wskazywałyby na możliwość popełnienia przewinienia zawodowego, rzecznik obowiązany jest je zweryfikować. Może to być informacja również medialna.

Dopiero kolejny etap, czyli wszczęcie postępowania wyjaśniającego, uzależnione jest od wyniku tych czynności sprawdzających. Po ich przeprowadzeniu rzecznik musi

wydać postanowienie o wszczęciu bądź o odmowie wszczęcia postępowania wyjaśniającego (zob. art. 67 ust. 1 zdanie pierwsze u.i.l.).

Stosownie do treści art. 55 ust. 2 u.i.l. celem czynności sprawdzających jest wstępne zbadanie okoliczności koniecznych do ustalenia, czy istnieją podstawy do wszczęcia postępowania wyjaśniającego. W trakcie czynności sprawdzających nie przeprowadza się dowodu z opinii biegłego ani czynności wymagających spisania protokołu, z wyjątkiem możliwości przesłuchania w charakterze świadka osoby składającej skargę na lekarza.

Natomiast w ramach postępowania wyjaśniającego rzecznik musi ustalić, czy został popełniony czyn mogący stanowić przewinienie zawodowe, wyjaśnić okoliczności sprawy, a w przypadku stwierdzenia znamion przewinienia zawodowego ustalić obwinionego oraz zebrać, zabezpieczyć i w niezbędnym zakresie utrwalić dowody dla sądu lekarskiego (art. 55 ust. 3 u.i.l.).

Jeżeli w toku postępowania wyjaśniającego rzecznik dojdzie do przekonania, że zachodzą przesłanki z art. 63 u.i.l., umarza postępowanie. Jeżeli do ustalenia jednej z tych przesłanek doprowadzą czynności sprawdzające, rzecznik powinien odmówić wszczęcia postępowania.

Celem zatem przeprowadzanych przez rzecznika czynności powinno być ustalenie faktów oraz ocena, czy wyczerpane zostały znamiona przewinienia zawodowego i czy są wystarczające dowody na takie twierdzenie.

Instytucja rzecznika odpowiedzialności zawodowej jest więc podstawowym narzędziem w rękach samorządu lekarskiego do weryfikacji informacji¹⁰⁴ na temat ewentualnego popełnienia przewinienia zawodowego, czyli naruszenia zasad etyki lekarskiej, przez co realizuje się nałożony na samorząd lekarski obowiązek czuwania nad przestrzeganiem przez lekarzy zasad etyki.

5.2. Obowiązek czuwania nad tym, aby przepisy prawa nie były sprzeczne z zasadami etyki lekarskiej

Co do wymienionych wyżej w ramach dokonanej wykładni systemowej listy zadań nałożonych na samorząd w art. 5 u.i.l., wymienionych w pkt 14, 15, 16, 20 i 22, warto przywołać jeszcze jeden obowiązek członków izb lekarskich, a mianowicie określony w art. 8 pkt 3 u.i.l. obowiązek stosowania się do uchwał organów izb lekarskich.

Otóż obowiązek czuwania nad tworzeniem prawa realizowany jest przede wszystkim w formie uchwał podejmowanych przez okręgowe rady lekarskie, a przede wszystkim przez Naczelną Radę Lekarską.

Nie można zapominać, jak słusznie zauważa K. Lenczowska-Soboń, o tym, że „obowiązujące normy prawne i normy etyczne mogą ze sobą kolidować. Niezasadnym wydaje się przyjęcie prymatu normy prawnej nad normą etyczną. To powoduje problem właściwego stosowania prawa, bo wydaje się iż nie powinno być sytuacji aby przepisy prawa były sprzeczne z zasadami etyki. Jednocześnie przepisy Kodeksu nie powinny stać w sprzeczności z ustawami, gdyż powstałby wtedy dysonans czy ważniejsze prawo, czy ważniejsza etyka. Należy podkreślić, iż stanowione prawo nie powinno

¹⁰⁴ Zastrzec trzeba, że pojęcie źródła informacji jest nieprecyzyjne i oczywiście konieczne jest samoograniczenie się rzecznika do tych źródeł, które można uznać za wiarygodne w takim stopniu, że rzeczywiście konieczna jest ich weryfikacja. Rzecznik oczywiście nie może opierać się na plotkach czy domysłach.

być sprzeczne zasadom etyki. Wydaje się słusznym pogląd, że etyka wymaga ujęcia w akty prawne, a prawo powinno mieć oparcie w wartościach, które wyznaje społeczeństwo¹⁰⁵.

Na temat charakteru prawnego Kodeksu Etyki Lekarskiej toczy się spór, a próbę rozstrzygnięcia dylematu, czy należy normy w nim zawarte uznawać za takie, które wywodzą się z aktu prawnego, podjął TK w postanowieniu z 7.10.1992 r.¹⁰⁶, wskazując, że przedmiotem oceny Trybunału Konstytucyjnego nie może być sama norma etyczna, a jedynie norma prawna, którą norma etyczna dookreśla. Zatem Trybunał uznał normy etyczne za dookreślające normy prawne.

Do postanowienia tego zdanie odrębne zgłosił sędzia C. Bakalarski, który wskazał na to, że skoro „ustawodawca w art. 41 ustawy o izbach lekarskich ustanowił odpowiedzialność lekarzy przed sądami lekarskimi za postępowanie sprzeczne z zasadami etyki i deontologii lekarskiej, a w art. 42 ust. 1 pkt 3 i 4 powołanej ustawy przewidział bardzo poważne sankcje na naruszenie tychże zasad, mianowicie zawieszenie w wykonywaniu zawodu lekarza na okres od sześciu miesięcy do trzech lat i pozbawienie prawa wykonywania zawodu na zawsze [to – przyp. aut.] z mocy zatem ustawy przepisom etyki i deontologii lekarskiej przez zaopatrzenie sankcją państwa nadano charakter norm prawnych. Zainteresowanie więc Trybunału Konstytucyjnego tymi przepisami wynika nie dlatego, że są to jedynie normy moralne – jak przyjął w swym postanowieniu tenże Trybunał – ale dlatego, że z mocy samej ustawy normy te stały się normami prawnymi. Badanie zaś zgodności norm prawnych z ustawami i Konstytucją jest podstawowym zadaniem Trybunału Konstytucyjnego”.

Powyższe rozważania ukazują skalę problemu, który może powstać zawsze tam, gdy normy wynikające z Kodeksu Etyki Lekarskiej staną w sprzeczności z normami zawartymi w prawie stanowionym.

Tym bardziej istotny, z punktu widzenia przepisu art. 5 KEL, jest obowiązek nałożony na samorząd lekarski czuwania nad tym, żeby do takich sprzeczności nie dochodziło, w szczególności poprzez zadbanie o to, żeby prawodawca uwzględniał obowiązujące wszystkich lekarzy zasady etyki lekarskiej.

6. Inne uwagi

Właściwie na pewną nieścisłość w treści omówionego przepisu zwrócono uwagę w samym uzasadnieniu uchwały Nr 3/24/IX, wskazując, że „samorząd lekarski to pojęcie szersze niż izba lekarska. Izby lekarskie są jednostkami organizacyjnymi samorządu zawodowego lekarzy i lekarzy dentyków i reprezentują samorząd lekarski na szczeblu naczelnym i okręgowym”.

Powstaje zatem potrzeba doprecyzowania przepisu art. 5 KEL poprzez wskazanie wprost, że obowiązki w nim wymienione, a w szczególności obowiązek czuwania nad zachowaniem godności zawodu przez wszystkich członków samorządu oraz o to, aby przepisy prawa nie były sprzeczne z zasadami etyki lekarskiej, spoczywa na organach izb lekarskich, zarówno okręgowych, jak i Naczelnej Izby Lekarskiej.

¹⁰⁵ K. Lenczowska-Soboń, *Kodeks etyki lekarskiej – moc prawna i stosowanie w orzecznictwie sądów powszechnych*, LEX 2010.

¹⁰⁶ U 1/92, LEX nr 25236.

Można tu jednak poczynić dodatkową uwagę, że jak się wydaje, Kodeks Etyki Lekarskiej powinien formułować wymagania natury etycznej skierowane raczej do członków samorządu lekarskiego, czyli do samych lekarzy, nie zaś do samego samorządu lekarskiego działającego poprzez organy izb lekarskich. Normy etyczne odnoszą się bowiem do lekarza jako osoby (człowieka) wykonującej określony zawód. Nie powinny być zatem nakładane na organy samorządu. Obowiązki te zostały sformułowane w przepisach ustawy o izbach lekarskich (por. uwagi do art. 68 KEL).

CZĘŚĆ SZCZEGÓŁOWA

