

MARIA NOWACKA

ETYCZNO-PRAWNE KWESTIE OTWARTE W POLSKIM KODEKSIE ETYKI LEKARSKIEJ

Polski Kodeks Etyki Lekarskiej został uchwalony w dniu 14 grudnia 1991 r. na Nadzwyczajnym II Krajowym Zjeździe Lekarzy. Dokładnie dwa lata później, 14 grudnia 1993 r., na III Krajowym Zjeździe Lekarzy dokonano pewnych zmian, a tekst ostateczny opublikowany został w 1994 r.¹ Kodeks miał w zamierzeniu autorów obejmować ogół moralnych powinności lekarzy, regulować zarówno problemy wewnętrzne środowiska, jak i relacje między lekarzem a pacjentem. Jak wszelkie tego rodzaju kodeksy etyk zawodowych, ma on charakter normatywny, jednak normatywność ta jest ograniczana przez ogólność zawartych w nim tez, albowiem z oczywistych względów kodeks nie może zbyt szczegółowo regulować poszczególnych kwestii. Pociąga to za sobą tę niedogodność, że w wielu kwestiach pojawiają się wątpliwości interpretacyjne, dotyczące bądź aspektów moralnych, bądź ustaleń prawnych na poziomie prawa stanowionego². W poniższym opracowaniu kwestie te nazywać będziemy kwestiami otwartymi.

Kodeks poprzedzony jest swoistą preambułą – Przyrzeczeniem Lekarskim. Jego treść wzorowana jest na tzw. Deklaracji Genewskiej, będącej współczesną wersją przysięgi Hipokratesa, uchwalonej w 1948 r. (z późniejszymi uzupełnie-

¹ Tekst Kodeksu podano w „Biuletynie Naczelnej Rady Lekarskiej”, nr 1 z 1994, zamieszczonym jako wkładka do „Gazety Lekarskiej” nr 5(41) z 1994 r. Tekst ten można także znaleźć w zbiorze: *Prawo dla lekarzy*, Dom Wydawniczy Lege Artis, Kraków 1998.

² Obszernym katolickim komentarzem do Kodeksu jest praca: S. Olejnik, *Etyka lekarska*, Wydawnictwo Unia, Katowice 1995. Interesujące byłoby porównanie pierwszej wersji Kodeksu z drugą, co jednak wykracza poza ramy niniejszych uwag; o sporach w tej kwestii na III Krajowym Zjeździe Lekarzy informowała „Gazeta Lekarska” nr 1, 1994, s. 5. Kodeks w wersji uchwalonej na II Krajowym Zjeździe Lekarzy został opublikowany nakładem Naczelnej Izby Lekarskiej, Bielsko-Biała 1991.

niami: 1968 i 1983 r.) przez Światowe Stowarzyszenie Lekarzy³. Pewne sformułowania z Deklaracji Genewskiej nie znalazły się w tekście Przyrzeczenia, weszły jednak w skład Kodeksu właściwego. W stosunku do przyrzeczenia składanego przez lekarzy polskich w okresie międzywojennym, obecne przyrzeczenie zawiera dodatkowo zobowiązanie do niestosowania jakichkolwiek form dyskryminacji chorych ze względów rasowych, religijnych, narodowościowych, politycznych, majątkowych itp.⁴ Nie wydaje się, aby sam tekst Przyrzeczenia budził istotne kontrowersje. Toczące się spory dotyczą zagadnienia szerszego: na ile tego rodzaju przyrzeczenia mają być odwzorowaniem przysięgi Hipokratesa; ze strony katolickich środowisk lekarzy i etyków podnosi się zarzut, iż silna jest tendencja do zawężania lub modyfikowania tej przysięgi, szczególnie w aspekcie ochrony życia poczętego⁵. Poniżej przedstawimy kolejno te (i tylko te) artykuły polskiego Kodeksu Etyki Lekarskiej, w których zawarte są, naszym zdaniem, jakieś kwestie otwarte.

Art. 1-5. Artykuły te wyczerpują część ogólną Kodeksu. Ich przesłanie wyraża się w tezie: „Najwyższym nakazem etycznym dla lekarza jest dobro chorego” (art. 2). Kwestia otwarta rodzi się ze zderzenia tej tezy z treścią art. 4, który głosi: „Dla wypełnienia swych zadań lekarz powinien zachować swobodę działań zawodowych zgodnie ze swoim sumieniem i współczesną wiedzą medyczną”. Powstaje pytanie, kto ma decydować, co jest dobrem chorego. W aspekcie czysto medycznym to lekarz wie (a przynajmniej wiedzieć powinien), jaki środek zastosować w danym przypadku, choć oczywiście chory ma prawo nie skorzystać z proponowanej możliwości i nie musi bynajmniej uzasadniać swej decyzji. Jednak w najbardziej podstawowym aspekcie moralnym o tym, co jest dla człowieka dobrem, rozstrzyga jego sumienie, a tak samo lekarzowi jego sumienie dyktuje, jakie możliwości powinien, a jakich nie powinien realizować dla dobra pacjenta. Za przykład może posłużyć sytuacja, kiedy kobieta chce poddać się sztucznej zapłodnieniu. Dla niej ta jedyna możliwość urodzenia dziecka jawi się jako wielkie

³ Omówienie najważniejszych deklaracji Światowego Stowarzyszenia Lekarzy podaje R. Gilon, *Etyka lekarska: Problemy filozoficzne*, tłum. A. Alichniewicz i A. Szczęsna, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1997, s. 19-23. Polskie przekłady najważniejszych z nich znaleźć można w podręczniku: A. Tulczyński, *Deontologia lekarska: Wybrane materiały do seminariów*, Wydawnictwo Akademii Medycznej w Warszawie, 1983.

⁴ Zob. S. Olejnik, dz. cyt., s. 55.

⁵ Zob. Z. Chłap, *Korzenie etyki chrześcijańskiej w medycynie*, w: *Spotkania z bioetyką*, zeszyt 1, Wydawnictwo „Jedność”, Kielce brw., s. 15 i nast.; w tymże artykule znaleźć można tekst przysięgi Hipokratesa. Wskazany wyżej zarzut jest w jakiejś mierze zasadny, jeśli zważymy, iż pierwsza wersja Kodeksu zawierała w Przyrzeczeniu Lekarskim formułę „służyć życiu i zdrowiu ludzkiemu od chwili poczęcia”, w wersji drugiej natomiast słowa „od chwili poczęcia” zostały wykreślone. Warto zwrócić uwagę na przedwojenne omówienie przysięgi Hipokratesa: W. Szejnach, *Przysięga i przykazanie Hipokratesowe*, Warszawa 1931.

dobro; dla lekarza może być nie do przyjęcia właśnie z racji moralnych⁶. Podobnie będzie w wypadku żądania przez kobietę dokonania aborcji, choć tutaj kobieta interpretować będzie swą decyzję o zabiegu nie jako realizację jakiegoś dobra, ale jako wybór mniejszego zła. Konflikt sumień jest więc w wielu przypadkach nieunikniony, a właśnie postęp wiedzy medycznej, pojawianie się coraz to nowych możliwości manipulacji na organizmie ludzkim, zwiększać będzie częstotliwość jego występowania.

Kodeks daje lekarzowi (w art. 7) prawo do niepodjęcia lub odstąpienia od leczenia. Zapis ten nie odwołuje się jednak do sumienia lekarza, lecz mówi o „szczególnie uzasadnionych wypadkach”, bez precyzowania, o jakie i jak uzasadnione wypadki może chodzić⁷. Jednocześnie nakłada się na lekarza odmawiającego obowiązek wskazania innej możliwości uzyskania pomocy medycznej. Wszelako znajdujemy w Kodeksie (w art. 30, do którego jeszcze powrócimy) zakaz mający obowiązywać wszystkich lekarzy, mianowicie zakaz eutanazji; a przecież coraz bardziej powszechny staje się pogląd, iż prawo do eutanazji jest swoim dobrem chorego. Jest to jedyny w tym Kodeksie zakaz bezwzględny, jednak postęp nauk biomedycznych tworzył będzie coraz więcej sytuacji, w których właściwe gremia medyków czy moralistów skłonne będą uznawać, iż lekarzowi nie wolno podejmować określonych działań. Formułując takie zakazy bezwzględne, należałoby więc ograniczyć się do działań, których rezultaty w powszechnej opinii nie mogą być uznane za dobro człowieka. Czy jest to w ogóle możliwe?

Art. 7. Jak wskazaliśmy powyżej, artykuł ten pozwala lekarzowi nie podjąć leczenia lub przerwać je w „szczególnie uzasadnionych wypadkach”, oczywiście z wyjątkiem przypadków „nie cierpiących zwłoki”. Teraz zwróćmy uwagę na inny aspekt tego zapisu. Nie tylko nie wylicza się owych „szczególnie uzasadnionych” wypadków (co zapewne byłoby niemożliwe), ale nie wymaga się od lekarza usprawiedliwienia decyzji. Być może konieczność podania takiego usprawiedliwienia uznana jest za oczywistość i tym samym w omawianym artykule zawarta jest ona w domyśle. Jednak sprawa z moralnego punktu widzenia jest bardziej złożona. Mogą mianowicie pojawiać się sytuacje, kiedy lekarz ma zasadny powód, aby odmówić leczenia, a zarazem równie zasadną rację, by nie ujawniać motywów swej decyzji; chodzi tu o różnego rodzaju konflikty sumienia. Wydaje się, że Kodeks

⁶ Jak bardzo złożona i niejednoznaczna jest taka sytuacja z punktu widzenia samych kobiet można przeczytać w interesującym artykule: D. Sobczyńska, A. Bilska, *Macierzyństwo naturalne i metoda in vitro w perspektywie ekofeminizmu*, w: E. Pakszys, D. Sobczyńska (red.), *Humanistyka i płeć*, t. II: *Kobiety w poznaniu naukowym wczoraj i dziś*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 1997, s. 283-304.

⁷ Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza stanowi w art. 39: „Lekarz może powstrzymać się od wykonywania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego sumieniem...”; zob. Dziennik Ustaw nr 28 z 1997 r., poz. 152 (przedruk w: *Prawo dla lekarzy*, wyd. cyt.).

powinien wyraźnie możliwość taką lekarzowi zagwarantować, co z kolei powinno mieć wpływ na stosowne rozstrzygnięcia z zakresu prawa karnego. Sprawa jest szczególnie trudna, albowiem takie czy inne przyjęte rozwiązania mogą stwarzać sposobność do nadużyć.

Art. 8-11. Artykuły te dotyczą jakości opieki medycznej. Nakładają na lekarza obowiązek należytej staranności w procesie leczenia, jak też zabraniają wykraczania poza własne umiejętności zawodowe. Nie wydaje się, aby mogły one budzić wątpliwości moralne lub prawne. Być może jednak art. 11, który głosi, że lekarz „winien zabiegać o wykonywanie swego zawodu w warunkach, które zapewniają odpowiednią jakość opieki nad pacjentem”, należałoby uzupełnić zapisem dającym lekarzowi prawo odmowy leczenia w warunkach niewłaściwych, a w wypadku warunków szczególnie złych nawet obowiązek odmowy⁸. Kodeks nie mówi o tym także w dziale poświęconym relacjom między lekarzem a społeczeństwem (art. 68-74). Problem ten jest szczególnie istotny w sytuacji polskich transformacji ustrojowych. Dość częste protesty zbiorowe różnych grup medycznych pozostawiają pacjentów aktualnych i potencjalnych (a takimi jesteśmy wszyscy) w niepewności, na ile chodzi tu o dobro chorych, na ile zaś jedynie o polepszenie standardów materialnych lekarzy. Jest to problem o charakterze moralnym, jednak generuje kwestię z zakresu prawa stanowionego, jako że w Ustawie o zawodzie lekarza nie została uregulowana sprawa dopuszczalności, form i zakresu protestów.

Art. 16-17. Pierwszy z tych artykułów stanowi, że lekarz może nie informować pacjenta o stanie jego zdrowia, jeśli pacjent wyraźnie sobie tego nie życzy; drugi – że w razie prognozy niepomyślnej, „na wyraźne żądanie pacjenta lekarz powinien udzielić pełnej informacji”. Zapisy te faktycznie opierają się na przekonaniu, iż prawo pacjenta do wiedzy o swoim stanie jest prawem bezwzględny. Stanowisko to stawia lekarza w sytuacji trudnej nie tylko z uwagi na konieczność psychicznego sprostania zadaniu wywiązania się ze skrajnie nieprzyjemnego obowiązku i nie tylko z racji niepewności, czy pacjent rzeczywiście chce znać prawdę o sobie, ale także (i może przede wszystkim) dlatego, że dopiero po ujawnieniu prawdy lekarz może przekonać się, czy postąpił słusznie. Sąd o słuszności czynu wydajemy bowiem z uwzględnieniem jego skutków, te zaś są odsunięte w czasie⁹. Być może należałoby więc pozostawić lekarzowi prawo zatajenia prawdy nawet wówczas, gdy pacjent wyraźnie chce ją znać. Tyle że wówczas dawalibyśmy lekarzowi swoiste «prawo do kłamstwa» i spokój jego sumienia stawialibyśmy wyżej niż prawo pacjenta do prawdy. Być może więc słuszny jest postulat, aby już w mo-

⁸ Oczywiście z zastrzeżeniem, że nie dotyczy to warunków ekstremalnych, np. wojennych.

⁹ Zob. W. Tatarkiewicz, *O czterech rodzajach sądów etycznych*, w: I. Lazari-Pawłowska (red.), *Metaetyka*, PWN, Warszawa 1975, s. 576.

mencie przyjmowania do szpitala pacjent deklaruował na piśmie, w jakim stopniu chce uczestniczyć w podejmowanych decyzjach i do jakich granic ma być informowany o swym stanie¹⁰. Takie rozwiązanie przerzuca jednak ewentualne rozterki moralne z lekarza na pacjenta.

Art. 22. Artykuł ten stanowi, że w sytuacji, gdy nie jest możliwe równoczesne stosowanie danego zabiegu u wszystkich potrzebujących, „lekarz ustalający kolejność pacjentów powinien opierać się na kryteriach medycznych”. Jest to bez wątpienia zapis słuszny, tyle że bardzo rzadko same kryteria medyczne wskazują na stosowną kolejność. Oczywiście może tak być, ale wówczas nie pojawia się (przynajmniej bezpośrednio) problem moralny. Rzeczywiste rozterki moralne rodzą się wtedy, gdy o kolejności działań rozstrzygać mają nie względy medyczne, a czysto ludzkie¹¹. Nie wydaje się, aby tego rodzaju dylematy dawały się usunąć, ale zapewne tym bardziej należałoby wzmiankę o nich wprowadzić do Kodeksu, choćby wyłącznie z intencją uwrażliwienia moralnego¹².

Art. 25. Wymienia warunki, w jakich lekarz może być zwolniony z zachowywania tajemnicy lekarskiej. Istnieje zapewne powszechna zgoda co do tego, że tajemnica lekarska nie może mieć statusu zasady absolutnej¹³. Jednak wśród tych warunków znajdujemy także opinię: „jeśli zobowiązują do tego przepisy prawa”. Zapewne zapis taki wzorowany jest na odpowiednim paragrafie z brytyjskiego kodeksu etycznego General Medical Council¹⁴. Wszelako łatwo wyobrazić sobie takie zapisy prawa stanowionego, które pozostają w sprzeczności z powszechnie akceptowanymi w środowiskach medycznych dyrektywami sumienia. Być może w warunkach brytyjskich, w długiej tradycji poszanowania dla prawa, niewielkie są obawy niewłaściwych moralnie rozwiązań prawnych. Inaczej jednak rzecz się ma w warunkach polskich i Kodeks powinien jakoś zakreślić ramy, w których przepisy prawa mogą wymusić na lekarzu ujawnienie informacji o stanie zdrowia pacjenta osobom lub instytucjom. Tym bardziej że dość powszechna staje się opi-

¹⁰ Zob. R. Gillon, *Etyka lekarska*, wyd. cyt., s. 114.

¹¹ Volker H. Schmidt wykazuje, na przykładzie sytuacji w Niemczech, że decyzje, którym pacjentom przydzielić organy do przeszczepu, są podejmowane w większości przypadków na podstawie kryteriów pozamedycznych, choć zazwyczaj wyjaśnia się je w terminach medycznych. Nadto zaś wybór kryteriów zależy w równej mierze od medycznej oceny stanu pacjenta, co od osobistych skłonności lekarza i przyjętej przez niego hierarchii wartości. Zob. V. H. Schmidt, *Selection of recipients for donor organs in transplant medicine*, „Journal of Medicine and Philosophy” XXIII, 1, 1998, s. 50-74.

¹² Problematyka etycznych aspektów decyzji medycznych jest wielce złożona i niejednoznaczna; zob. np. H. R. Wulff, S. A. Pedersen, R. Rosenberg, *Filozofia medycyny*, tłum. Z. Szawarski, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1993, s. 231-249.

¹³ Zob. R. Gillon, *Etyka lekarska*, wyd. cyt., s. 117-124.

¹⁴ Por. tamże, ss. 22 i 120. W Wielkiej Brytanii kodeks ten reguluje zagadnienia etyki lekarskiej, gdyż wszyscy lekarze podlegają z mocy prawa jurysdykcji GMC.

nia, iż „obowiązki dochowania tajemnicy lekarskiej nie są obecnie jasno wytyczone i wymagają rewizji”¹⁵.

Art. 30. „Lekarzowi nie wolno stosować eutanazji”. Omawialiśmy już ten artykuł, w kontekście kwestii możliwości odmowy leczenia, jako jedyny zakaz bezwzględny występujący w Kodeksie. Spójrzmy teraz na ten zakaz w aspekcie czysto moralnym. Wiadomo, jak bardzo podzielone są opinie w tej sprawie¹⁶. Jedno można stwierdzić jasno: zwolennicy dopuszczalności eutanazji faktycznie uznają, że jest to część świadczonej pacjentowi pomocy medycznej, przeciwnicy stosowania eutanazji przeczą temu¹⁷. Kodeks nie daje lekarzowi możliwości zgodnego z jego sumieniem opowiedzenia się po stronie tych pierwszych; autorzy bezwarunkowo opowiedzieli się po stronie tych drugich. Sam fakt, że ten jeden przypadek uzyskał w Kodeksie znaczenie normy absolutnej, wart jest odrębnej analizy. Tutaj poprzestańmy na uwadze, że ponieważ „życie moralne jest bardziej skomplikowane niż sugeruje prosty absolutyzm”¹⁸, zatem formę omawianego zapisu (lakoniczny zakaz) można uznać za oznakę obawy przed podjęciem wyzwania moralnego.

Art. 32-36. Artykuły te dotyczą zagadnień związanych z przeszczepianiem narządów i tkanek. Praktyka transplantacyjna zyskała powszechną akceptację społeczną i głosy krytyczne odzywają się rzadko¹⁹. Wskazuje się oczywiście na konieczność zabezpieczenia się przed nadużyciami i omawiany Kodeks również ma to na uwadze; nie kwestionuje się jednak moralnej zasadności dokonywania przeszczepów organów pobranych zarówno ze zwłok, jak od żywego dawcy. Stanowisko Kościoła katolickiego jest w pełni aprobujące, a nawet można je określić

¹⁵ T. L. Beauchamp, J. F. Childress, *Zasady etyki medycznej*, tłum. W. Jacórzynski, Książka i Wiedza, Warszawa 1996, s. 448.

¹⁶ Zob. dwa, wyrażające przeciwstawne sobie stanowiska, artykuły: S. Williams, *Etyczne i teologiczne aspekty eutanazji* oraz W. Jacórzynski, *Przyzwolenie na eutanazję w świetle etyki*, oba w: M. Siwiak-Kobayashi, S. Leder (red.), *Psychiatria i etyka, Biblioteka Psychiatrii Polskiej*, Kraków 1995. Zdecydowanie potępia eutanazję Kościół katolicki; zob. par. 2276 Katechizmu Kościoła Katolickiego.

¹⁷ W popularnym opracowaniu przedstawiającym bioetykę z katolickiego punktu widzenia, czytamy: „Lekarz stosujący eutanazję może zapewne wierzyć, iż przychodzi z pomocą swemu pacjentowi, skoro skraca jego cierpienia. W rzeczywistości jednak, niezależnie od dobrych intencji, które może posiadać, zabija go”; R. Andorno, *La bioéthique et la dignité de la personne*, PUF, Paris 1997, s. 113.

¹⁸ R. Gillon, dz. cyt., s. 142.

¹⁹ B. Wolniewicz wskazuje, że praktyka przeszczepiania narządów jest współczesną formą kaniibalizmu; zob. B. Wolniewicz, *Neokaniibalizm*, w: *Filozofia i wartości*, Wydział Filozofii i Socjologii Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 1993. J. Kopania zwraca uwagę na fakt, że oczekiwanie na przeszczep narządu pojedynczego jest tożsame z oczekiwaniem na śmierć drugiego człowieka, co nie może być neutralne moralnie; zob. J. Kopania, *Niemoralny aspekt transplantacji, „W drodze” 1*, 1997. Artykuł ten spotkał się z bardzo ostrą reakcją: W. Giertych, *Życie, śmierć i dylematy profesora Kopani*, tamże.

jako entuzjastyczne²⁰. Jednak podkreśla się stanowczo, iż człowiek powinien za życia wyrazić zgodę na pobranie jego narządów po śmierci. Tymczasem Kodeks przyjmuje zasadę zgody domniemanej: „Lekarz może pobrać narządy i tkanki ze zwłok w celu ich przeszczepiania, o ile zmarły nie wyraził za życia sprzeciwu” (art. 32). Za Kodeksem również późniejsza Ustawa o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów wprowadza zasadę zgody domniemanej²¹. Nie ulega wątpliwości, że w sytuacji stale rosnącego zapotrzebowania na organy do przeszczepu zasada zgody domniemanej wprowadza do praktyki transplantacyjnej olbrzymie udogodnienie. Zapewne też względy pragmatyczne pokrywają się tutaj z intencją jak najefektywniejszego ratowania życia pacjentów. Można uzasadniać, że zastosowanie w tym przypadku zasady zgody domniemanej jest słuszne z prawnego punktu widzenia. Domniemania prawne mają bowiem służyć bezpieczeństwu prawnemu i są wprowadzane po to, by chronić określone wartości czy osoby w pewnych sytuacjach²². W przypadku zabiegów transplantacyjnych byłaby to ochrona życia jednej osoby (pacjenta) w sytuacji, gdy tylko przeszczep umożliwia przeżycie, a innej osobie (potencjalnemu dawcy) i tak już nie przywróci się życia. Kwestię otwartą można wyrazić w pytaniu, czy nakazu ratowania życia nie stawia się tym samym wyżej od nakazu respektowania prawa człowieka do świadomego decydowania o sobie; zwyczajowo uznajemy przecież, że prawo to wykracza poza życie doczesne.

Art. 38. W artykule tym nakłada się na lekarza leczącego kobietę ciężarną obowiązek starań o zachowanie zdrowia i życia mającego narodzić się dziecka. Wiadomo, że w niektórych przypadkach (choćby nawet stosunkowo nielicznych) może zaistnieć konflikt między prawem kobiety do życia i zdrowia a prawem do

²⁰ Papież Jan Paweł II w przemawiając do uczestników kongresu transplantologów w Watykanie, 20 czerwca 1996 r., mówił o darze miłości i czynił analogie do Ofiary Chrystusa: „Jest zrozumiałe, że narządy życiowo ważne mogą być darowane dopiero po śmierci. Lecz ofiarowanie jakiejś części swojego ciała, złożenie ofiary, która stanie się skuteczna dopiero po śmierci, jest właśnie w wielu przypadkach aktem wielkiej miłości, tej miłości, która daje życie dla innych. A więc postęp nauk medycznych umożliwił wielu osobom wyniesienie ponad śmierć ich powołania do miłości. Analogicznie do Tajemnicy Paschalnej Chrystusa, śmierć zostaje w pewien sposób zwyciężona a życie przywrócone. (...) Lekarz powinien być zawsze świadomy szczególnej szlachetności tej pracy. Staje się on pośrednikiem czegoś szczególnie znaczącego, daru z siebie złożonego przez jedną osobę – nawet i po śmierci – ażeby inny mógł żyć”; Jan Paweł II, „*Podarować część siebie*”, „*W drodze*” 1, 1997.

²¹ Ustawa z dnia 26 października 1995 r. o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów zawodzie lekarza stanowi w art. 4: „Pobrania komórek, tkanek i narządów ze zwłok ludzkich można dokonać, jeżeli osoba zmarła nie wyraziła za życia sprzeciwu”; zob. Dziennik Ustaw nr 138 z 1997 r., poz. 628 (przedruk w: *Prawo dla lekarzy*, wyd. cyt.). Zasada zgody domniemanej obowiązuje m.in. w Austrii, Belgii, Finlandii, Francji, Hiszpanii, Portugalii, Rosji; zgoda wprost wymagana jest m.in. w Wielkiej Brytanii, Danii, Grecji, Norwegii, Szwecji, Szwajcarii, przy czym w Wielkiej Brytanii i Danii wymaga się nadto zgody rodziny.

²² Zob. A. Breczko, A. Jamróz, S. Oliwniak, *Wstęp do nauk prawnych*, Temida 2, Białystok 1998, s. 118.

życia noszonego przez nią płodu. W konsekwencji jest to oczywiście problem dopuszczalności aborcji; charakterystyczne, że Kodeks nie dotyka tego problemu, który uregulowany został specjalną ustawą²³. Jednak problemu nie należy ograniczać tylko do zagadnienia przerywania ciąży na żądanie kobiety; chodzi bowiem o to, że rozwój metod diagnozowania i leczenia schorzeń płodu *in utero* coraz częściej będzie zmuszał lekarza do wyboru między lojalnością wobec płodu a lojalnością wobec kobiety²⁴. Kwestią otwartą jest, czy Kodeks powinien ustalić hierarchię wartości obowiązującą lekarza w takich sytuacjach.

Art. 41-50. Artykuły te dotyczą zasad eksperymentowania. Mowa jest ogólnie o „eksperymentach biomedycznych”, bez dokonywania rozróżnień. Jednak późniejsza Ustawa o zawodzie lekarza wprowadza podział „eksperymentów medycznych” na „eksperymenty lecznicze” i „eksperymenty badawcze”, formułując dla każdego z nich odrębne zalecenia²⁵. Być może ciekawe byłoby zbadanie, czy wprowadzenie takiego rozróżnienia w Kodeksie miałyby wpływ na treść etycznych stosownych zaleceń. Zasadniczym problemem metodologicznym i etycznym zarazem jest, w jakim stopniu reguły kierujące tokiem eksperymentów naukowych mogą być zastosowane w medycznym eksperymencie naukowym²⁶.

Pewne zdziwienie budzi w tym kontekście treść art. 48, dotyczącego przestrzegania praw autorskich. Uznaje się mianowicie, że dopisywanie swego nazwiska do prac zespołu, w którym nie brało się udziału, jak też pomijanie osób biorących udział, jest „naruszeniem zasad etyki lekarskiej”. Otóż postępowanie takie jest po prostu naruszeniem zasad etycznych obowiązujących każdego pracownika naukowego i odpowiedni zapis spotykamy w różnych kodeksach pracowników nauki²⁷. Zapis w omawianym Kodeksie może nasuwać podejrzenie, iż w środowi-

²³ Jest to Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, opublikowana w Dzienniku Ustaw nr 17 z 1993 r., poz. 78 (późniejsze zmiany zob. Dz. U. nr 66 z 1995 r., poz. 334, i Dz. U. nr 139 z 1996 r., poz. 646); przedruk w: *Prawo dla lekarzy*, wyd. cyt. Problem dopuszczalności aborcji jest jedną z najbardziej newralgicznych kwestii naszych czasów; praktycznie żadnych kompromisów w tej sprawie nie dopuszcza Kościół katolicki. Z olbrzymiej literatury przedmiotu warto polecić przeglądowe opracowanie: L. H. Tribe, *Aborcja: Konfrontacja postaw*, tłum. M. Studzińska, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 1994.

²⁴ Por. T. L. Beauchamp, J. F. Childress, *Zasady etyki medycznej*, wyd. cyt., s. 451-452.

²⁵ Zob. art. 21-29 cytowanej w przypisie 6 Ustawy.

²⁶ Zob. D. Folscheid, B. Feuillet-Le Mintier, J.-F. Mattei, *Philosophie, éthique et droit de la médecine*, PUF, Paris 1997, s. 185-193.

²⁷ Zob. np. p. 2.2 kodeksu *Dobre obyczaje w nauce - Zbiór zasad*, Komitet Etyki w Nauce przy Prezydium PAN, Warszawa 1996. Analizę porównawczą obu kodeksów przeprowadzają: J. Bukowski, J. Kocur, *Dobre obyczaje w nauce a Kodeks Etyki Lekarskiej*, „sztuka leczenia” IV, 2, 1998, s. 83-86. Autorzy wskazują, że kodeks pracowników nauki jest zbiorem norm jednostronnych i dysponuje sankcjami rozproszonymi, zaś kodeks lekarski w większości zawiera normy dwustronne i dysponuje sankcjami zwartymi; wynika to z faktu, że Kodeks Etyki Lekarskiej określa społecznie akceptowany sposób uprawiania zawodu lekarskiego i zachowania jego godności.

skach medycznych tego rodzaju nieetyczne zachowania stanowią problem szczególnie.

Art. 55. „Powinnością każdego lekarza jest stałe uzupełnianie i doskonalenie wiedzy i umiejętności zawodowych, a także przekazywanie ich swoim współpracownikom. Lekarze, w miarę swoich możliwości, winni także brać czynny udział w pracach towarzystw lekarskich”. W każdym zawodzie pożądane jest, by pracownik doskonił swoje umiejętności. Nie znaczy to jednak, iż jest to nakaz moralny; człowieka, który wykonuje swoje rzemiosło na tym samym poziomie, nie nazwiemy przecież z tego tylko powodu niemoralnym. Inaczej rzecz się ma, gdy doskonałenie umiejętności i wiedzy stanowi składnik istotny wykonywanego zawodu; właśnie dlatego ustawiczne poszerzanie i pogłębianie wiedzy jest moralnym obowiązkiem każdego pracownika naukowego²⁸. Oczywiście nie każdy lekarz jest naukowcem, skoro więc uznaje się, że ciągłe doskonalenie umiejętności zawodowych jest dla każdego lekarza wymogiem moralnym, to zapewne dlatego, iż uznaje się, że stanowi ono składnik istotny sztuki medycznej. Zagadnienie to oczywiście nie budzi jakichkolwiek wątpliwości etycznych, jednak interesujące byłoby przebadanie, na ile dyskutowany wymóg jest motywowany «czystymi» względami na dobro chorego, na ile zaś jest wymuszany czynnikami rynkowymi. Ustalenia takie mogłyby mieć znaczenie praktyczne przy ustalaniu norm prawnych regulujących tryb ustawicznego kształcenia lekarzy.

Art. art. 58, 69. Pierwszy z tych artykułów nakłada na lekarzy obowiązek wspierania samorządu lekarskiego, „którego zadaniem jest zapewnienie lekarzom należytej pozycji w społeczeństwie”. Artykuł drugi głosi: „Zadania humanitarne, jakie spełnia lekarz, dają mu podstawę do żądania ustawowej ochrony jego godności osobistej, nietykalności cielesnej oraz pomocy w wykonywaniu działań zawodowych tak w czasie pokoju jak i wojny”. Oba artykuły świadczą, jak bardzo wysoką ocenę roli społecznej wystawili lekarzowi autorzy Kodeksu, czyli również lekarze; zapewne też w jakiejś mierze pokrywa się ona ze społeczną oceną zawodu lekarza. Warto jednak skonfrontować te artykuły z dwoma artykułami z Ustawy o zawodzie lekarza, a więc z normami prawa stanowionego. Jeden z nich (art. 30) nakłada na lekarza obowiązek udzielania pomocy lekarskiej we wszystkich przypadkach niecierpiących zwłoki; drugi (art. 44) stanowi, że lekarzowi, który w takich właśnie przypadkach pomoc świadczy, „przysługuje ochrona prawna należąca funkcjonariuszowi publicznemu”. Prawo stanowione daje więc rzeczowy opis sytuacji, w której adresatowi normy przysługuje uprawnienie w normie tej wskazane. Oczywiście odmienność formalna zapisów z Kodeksu i zapisów z Ustawy bierze

²⁸ W cytowanym wyżej kodeksie *Dobre obyczaje w nauce* p. 1.7 brzmi: „Pracownik nauki powinien ustawicznie poszerzać i pogłębiać swą wiedzę i doskonalić umiejętności”.

się z samej natury normy prawnej²⁹. Niemniej jednak konfrontacja ta ukazuje możliwość postawienia kwestii otwartej – na ile w kodeksie etycznym występować mogą elementy samooceny pozytywnej.

Art. 60. „Lekarz urzędu państwowego, samorządowego lub jakiejkolwiek instytucji publicznej lub prywatnej powinien rzetelnie wypełniać zobowiązania zaciągnięte wobec tych instytucji; jednak lekarz nie powinien spełniać poleceń pracodawcy sprzecznych z zasadami etyki i deontologii lekarskiej”. Artykuł ten może dotyczyć dwu różnych sytuacji. Pierwsza to taka, kiedy lekarz zatrudniony jest w danej instytucji po to, aby leczyć jej pracowników. W takiej sytuacji mogą pojawiać się konflikty między interesami pracodawcy a dobrem pracownika-pacjenta. Zakaz spełniania poleceń nieetycznych jest więc przypomnieniem cytowanego już art. 2: „Najwyższym nakazem etycznym dla lekarza jest dobro chorego”. Można zapytać, czy przypomnienie takie jest rzeczywiście potrzebne; odpowiedź twierdząca sugeruje, że w omawianym kontekście lekarz może wyżej cenić sobie «dobrą» współpracę z instytucją niż dobro chorego.

Ciekawsza jest jednak druga z dwu możliwych sytuacji, kiedy lekarz zatrudniony jest w danej instytucji nie po to, aby leczyć jej pracowników, lecz aby badać osoby wchodzące z nią w taki czy inny związek; przykładem może być badanie kandydatów do pracy czy osób pragnących się ubezpieczyć. Osobliwość sytuacji polega na tym, że lekarz nie może uważać badanego za swego pacjenta, gdyż ten nim rzeczywiście nie jest³⁰. Czy mimo to lekarza obowiązują jakieś (a jeśli tak, to jakie) powinności względem badanego, biorące się z tego tylko, iż lekarz poznał jego stan zdrowia? Gdzie przebiega wówczas granica lojalności lekarza wobec zatrudniającej go instytucji? Wydaje się, że omawiany artykuł Kodeksu nie dotyczy tej właśnie sytuacji.

Art. 70. Wedle tego artykułu, lekarz ma obowiązek zwracania uwagi społeczeństwu i własnym pacjentom na znaczenie ochrony zdrowia i na zagrożenia ekologiczne. Jest to bez wątpienia zapis szlachetny. Ale końcowe zdanie artykułu mimowolnie osłabia tę wymowę. Brzmi ono: „Swoim postępowaniem, również poza pracą zawodową, lekarz nie może propagować postaw antyzdrowotnych”. Zwrot „postawa antyzdrowotna” jest określeniem nieostrym. Lekarz nie jest wolny od ludzkich uwarunkowań i słabości. Lekarz palący papierosy nie propaguje postawy zdrowotnej; czy tym samym propaguje postawę antyzdrowotną? Użycie terminu

²⁹ Elementy składowe normy prawa to hipoteza (wskazanie adresata normy), dyspozycja (wyznaczenie sposobu postępowania) i sankcja (wyznaczenie konsekwencji postępowania niezgodnego z obowiązkiem prawnym). W zależności od rodzajów norm (a też zależnie od poglądu metodologów prawa) części te mogą w normie występować wszystkie, tylko dwie pierwsze albo tylko druga. Zob. A. Brezcko, A. Jamróż, S. Oliwniak, *Wstęp do nauk prawnych*, wyd. cyt., s. 48 i nast.

³⁰ Zob. omówienie tego typu sytuacji w: T. L. Beauchamp, J. F. Childress, *Zasady etyki medycznej*, wyd. cyt., s. 453-455.

nieostrego w zapisie kodeksowym może wywołać efekt niezgodny z intencjami autorów. Na ile jednak możliwe jest wyeliminowanie nazw nieostrych z zapisów prawniczych? Na ile zaś można przeciwdziałać nieostrości poprzez stosowne zapisy definiujące?

Art. 72. Artykuł ten nakłada na lekarza uczestniczącego w zorganizowanej formie protestu obowiązek udzielenia pomocy lekarskiej, jeśli jej nieudzielenie może narazić pacjenta na utratę życia lub pogorszenie stanu zdrowia. Nie mówi się nic na temat samego prawa lekarza do protestu. Zagadnienie to poruszyliśmy już przy omawianiu art. 8-11, warto jednak do niego powrócić. Pozostawienie samej tylko sugestii, że lekarz ma prawo do uczestnictwa w zorganizowanej formie protestu, nie daje odpowiedzi na pytanie, czy lekarz może uczestniczyć w proteście, którego jedynym celem jest uzyskanie przez lekarza lepszych warunków materialnych. Czy nie kłóci się to z deklaracjami o szczególnym postępowaniu zawodów medycznych?

Zawód lekarza – jak chyba żaden inny zawód – jest obserwowany przez społeczeństwo z wielką uwagą. W społecznej świadomości idealnym wzorcem lekarza jest osoba łącząca wysokie kompetencje fachowe z nieskazitelną postawą moralną. Z pewnością o wiele łatwiej osiągnąć wysoki poziom zawodowy, niż wysoki poziom moralny i nie jest to tylko oznaka czasów nam współczesnych³¹. Wszelako często wskazuje się, że w wypadku bardzo wybitnych lekarzy-uczonych wysokim umiejętnościom zawodowym towarzyszyła humanitarna postawa i nieskazitelna moralność. Swoisty charakter zawodu lekarskiego sprawił, że w nim najwcześniej tworzyć zaczęto rozmaite zestawy norm i wskazań etycznych. Oczywiście żaden kodeks etyczny nie spowoduje, że dana grupa zawodowa stanie się wzorcem postaw moralnych. Jednakże każdy taki kodeks ma niewątpliwie istotny wpływ na kształtowanie postaw właściwych.

Przedstawione powyżej kwestie otwarte z pewnością nie są wszystkimi, które można wydobyć z tekstu Kodeksu Etyki Lekarskiej. Celem zaś przedstawionych uwag nie było podanie stosownych rozwiązań etycznych czy prawnych, lecz jedynie wskazanie problemów. Każda z ukazanych kwestii wymaga przecież odrębnego omówienia i opracowania.

³¹ Wybitny polski lekarz i uczyony, Władysław Biegański, bardzo nisko oceniał (pod koniec XIX wieku) poziom moralny polskich lekarzy; zob. W. Biegański, *Myśli i aforyzmy o etyce lekarskiej*, Częstochowa 1925.