

# Piotr Morciniec

---

## Współczesne przemiany rodzimej etyki medycznej

---

Studia Theologica Varsaviensia 32/2, 223-235

---

1994

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej [bazhum.muzhp.pl](http://bazhum.muzhp.pl), gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

PIOTR MORCINIEC

## WSPÓŁCZESNE PRZEMIANY RODZIMEJ ETYKI MEDYCZNEJ

Treść: 1. Etyka medyczna w Polsce do czasu obecnego kodeksu; 2. Ewolucja zasad kodeksowych (nowelizacja); 3. Sytuacja nienarodzonych w świetle Kodeksu Etyki Lekarskiej.

Demokratyczne przemiany końca lat osiemdziesiątych w naszym kraju znalazły swój wyraz także w próbach kodyfikacji podstawowych zasad deontologicznych środowiska medycznego. Owocem ofiarnej pracy wielu osób kompetentnych w tej dziedzinie stał się Kodeks Etyki Lekarskiej (dalej: KEL). Obserwacja poczynań, które doprowadziły do powstania tego ważnego dokumentu oraz jego ewolucji pozwala określić tendencje dominujące w specyficznej grupie zawodowej, jaką jest służba zdrowia. Ponieważ *probierzem odniesienia do życia ludzkiego* w ogólności jest stosunek do życia nienarodzonego, zagadnienie to wypada potraktować oddzielnie, tym bardziej, że wywołuje ono wciąż wiele kontrowersji.

### 1. ETYKA MEDYCZNA W POLSCE DO CZASU OBECNEGO KODEKSU

Fundamentalne zasady etyki medycznej, wypływające z niezaprzeczalnych praw naturalnej i chrześcijańskiej moralności decydują, że w konkretnych rozstrzygnięciach zawsze liczyć się trzeba z: godnością ludzkiego ciała, docenieniem wymiaru duchowego w człowieku, braterstwem i równością wszystkich ludzi (od poczęcia) oraz panowaniem Boga nad życiem i losem człowieka<sup>1</sup>. Niewątpliwie przedmiotem i podmiotem działania lekarza jest zawsze integralnie widziany człowiek. Jeżeli ponadczasowo obowiązuje Hipokratesowskie: *Primum non nocere*, to wśród koniecznych podstaw jego działania znaleźć się musi postawa humanizmu rozumianego jako traktowanie człowieka jako najwyższej wartości. Przejawem takiej postawy jest poszanowanie ludzkiej godności i szacunek dla podstawowych praw człowieka<sup>2</sup>.

---

Por. J a n P a w e ł II, *Podstawy deontologii lekarskiej. Przemówienie do uczestników zjazdu Światowego Towarzystwa Lekarskiego* (29.10.1983) nr 2-4, „L'Osservatore Romano”, 4 (1983) nr 10, s. 22.

<sup>2</sup> Por. T. B r z e z i ń s k i, *Tradycyjne zasady deontologii lekarskiej*, w: *Etyka i deontologia lekarska*, red. T. K i e l a n o w s k i, Warszawa 1985<sup>2</sup>, s. 25-27.

W myśl tych założeń pierwszym prawem lekarza jest zasada: Lekarz ma życie ludzkie ratować, a nie niszczyć go. Taka była zresztą tradycyjna postawa lekarza, wyrażona już w starożytności w przysiędze Hipokratesa: *Nikomu nigdy, ani na żądanie, ani na prośby niczyje nie podam trucizny ani też takiego sam nie poweźmę zamiaru, jak równie nie udzieli żadnej niewieście środka na poronienie. (...) Celem wejścia mojego (do domu – wł.) będzie jedynie dobro chorego*<sup>3</sup>. Konsekwentnie w wypełnianiu tego zadania jest on niezawisły i odpowiedzialny jedynie przed Bogiem, a przed ludźmi na tyle, na ile przestrzegają Bożego prawa.

Obowiązujące do czasów nam najbliższych przyrzeczenie lekarskie, naśladując styl przysięgi Hipokratesa, zawierało zamiast przytoczonego wyżej fragmentu tylko ogólne zobowiązanie do wykonywania zaleceń nałożonych przez prawo, a tym samym zacierał się zwłaszcza obowiązek ochrony nienarodzonych<sup>4</sup>. Zbiór zasad etyczno-deontologicznych polskiego lekarza<sup>5</sup> nie wspominał ani o wartości życia ludzkiego, ani o godności człowieka.

Zmiany systemowe spowodowały powołanie uchwałą I Krajowego Zjazdu Lekarzy 1 grudnia 1989 r. Komisji Etyki Lekarskiej NRL, która miała opracować Kodeks etyki lekarskiej. Projekt kodeksu<sup>6</sup> poddany został konsultacji, a jej wyniki przedstawiono na Nadzwyczajnym Krajowym Zjeździe Lekarzy (13-14.12.1991) w Bielsku-Białej, gdzie doszło do uchwalenia nowego kodeksu<sup>7</sup>. Głoszących za Kodeksem było 449 przy 75 głosach przeciw i 58 wstrzymujących się, co przy reprezentacji 1 przedstawiciel na zjeździe na 100 lekarzy daje olbrzymie poparcie<sup>8</sup>. Przeciwnicy takiego kształtu etyki lekarskiej zarzucali organizatorom wiele uchybień związanych zarówno z okresem konsultacji, jak i z samym prowadzeniem zjazdu<sup>9</sup>. Wydaje się jednak, że chodziło raczej o sprzeciw wobec merytorycznej zawartości (konkretnych artykułów) deontologicznej kodyfikacji, co potwierdza zarówno sama ewolucja norm kodeksowych, jak i zarzuty dotyczące rzekomego kierowania się w KEL chrześcijańskim systemem wartości oraz o popierania przez NRL walki Kościoła o władzę<sup>10</sup>. Przewodniczący

<sup>3</sup> S. Rostafiński, D. Moska, *Etyka farmaceutyczna*, Warszawa 1986, s. 154.

<sup>4</sup> Por. A. Tulczyński, *Historia i ewolucja kodeksów deontologicznych*, w: *Etyka i deontologia*, dz. cyt., s. 197.

<sup>5</sup> Z dn. 10.11.1977, w: *tamże*, s. 208-214.

<sup>6</sup> Tekst projektu, zob.: *Kodeks etyki lekarskiej. Projekt*, red. Z. Chłap, A.M. Łastowska, W. Terlecka (i in.), „Gazeta Lekarska” (dalej: GL) 1991 nr 8, s. 6-9. Komentarz redakcyjny do Kodeksu etyki lekarskiej, red. Z. Chłap, A.M. Łastowska, W. Terlecka (i in.), *tamże*, s. 9-11.

<sup>7</sup> Tekst *Kodeksu Etyki Lekarskiej* zob.: GL 1992 nr 1, s. 11-14. Mimo licznych sprzeciwów kodeks wszedł w życie 3.05.1992.

<sup>8</sup> Por. T. Chruściel, *List otwarty do Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej*, GL 1992 nr 5, s.3.

<sup>9</sup> Reakcje na KEL, zob.: GL 1992 nr 2, s. 5-9.

<sup>10</sup> Por. W. Rybkowski, *Jeszcze o zjeździe w Bielsku Białej*, GL 1992 nr 5, s.9.

Komisji Etyki Lekarskiej NRL prof. Zbigniew Chłapa określił zaistniałą sytuację jako *bitwa o etykę lekarską*<sup>11</sup>.

Mimo doceniania wkładu Zbioru zasad etyczno-deontologicznych (kodyfikacja etyki lekarskiej z 1967 roku) do etyki lekarskiej nowy kodeks zawiera wiele istotnych zmian, ponieważ zwraca uwagę na zasady etyczne niewłaściwie przedstawione w minionym okresie. Nawiązuje do współczesnych (zwłaszcza europejskich) kodeksów lekarskich oraz odnosi się do zasad uniwersalistycznych akcentowanych w konwencjach: helsińskiej, genewskiej i madryckiej<sup>12</sup>. Fundamentalne zasady deontologii lekarskiej nawiązują do dobrych tradycji medycznych i wynikają – jak stwierdza się w kodeksie – z *ogólnych norm etycznych stosowanych w zawodzie lekarza*. Następne zdanie potwierdza to wstępne założenie, gdy zobowiązuje lekarza do przestrzegania podstawowych praw człowieka i dbania o godność zawodu lekarskiego (art. 1). Powołaniem lekarza określa się ochronę zdrowia i życia ludzkiego (art. 2), i zaleca się mu wypełnianie obowiązków z *poszanowaniem człowieka bez względu na wiek, rasę, narodowość, wyznanie, przynależność społeczną, sytuację materialną, poglądy polityczne czy inne uwarunkowania* (art. 3). Wracając zwłaszcza do praktyki minionej epoki można by wskazać, jak ważnym krokiem w kierunku humanizacji służby zdrowia jest taka fundamentalna równość praw<sup>13</sup>.

Cel poczynąń medycyny zostaje także w Zbiorze zasad etyczno-deontologicznych jasno określony jako *zawodowe działanie na rzecz zdrowia i życia oraz kształtowanie człowieka w pełni zdrowego*<sup>14</sup> w myśl zasady: *Salus aegroti suprema lex esto*<sup>15</sup>. Dlatego sama medycyna określona została jako nauka służebna, której cele i metody trzeba oceniać w świetle ludzkich wartości i odpowiedzialności<sup>16</sup>. Deklaracja genewska, podpisana przez kraje członkowskie ONZ, powtórzyła tę zasadę, mocno akcentując ochronę początków życia ludzkiego, a nawet ją wzmocniła formułując ślubowanie poświęcenia życia służbie ludzkości<sup>17</sup>. Pytanie tylko, czy rozumie się tę

<sup>11</sup> Por. *Bitwa o etykę. Rozmowa z prof. dr hab. Z. Chłapem*, rozmawia: R. Popkowicz-Tajchert, GL 1992 nr 6, s. 1, 8.

<sup>12</sup> Por. Z. Chłapa, *Wprowadzenie do projektu Kodeksu Etyki lekarskiej*, GL 1991 nr 8, s. 6.

<sup>13</sup> Por. *Prawa człowieka i prawo naturalne. Wywiad z dr med. J. Umiastowskim, członkiem Komisji Etyki Lekarskiej NRL*, rozmawia: R. Popkowicz-Tajchert, GL 1992 nr 1, s. 1.

<sup>14</sup> Por. Rostafiński, Moskwa, dz. cyt., s. 159: *Zbiór zasad etyczno-deontologicznych*, art. cyt., s. 208.

<sup>15</sup> *Dobro (zdrowie) chorego najwyższym prawem* Por. Brzeziński, art. cyt., s. 32.

<sup>16</sup> Por. Jan Paweł II, *Przemówienie w szpitalu położniczym w Melbourne (28.11.1986)* nr 6, „L'Osservatore Romano” 8 (1987) nr 3, s. 25.

<sup>17</sup> „Uroczyście przyrzekam poświęcić me życie służbie ludzkości (...) Zachowam najwyższy szacunek do życia ludzkiego od jego początku, nawet pod wpływem groźby, nie użyję mojej wiedzy lekarskiej przeciwko prawom ludzkości” GL (numer sygnałny) 1990, s. 3. Por. Brzeziński, art. cyt., s. 27.

ludzkość zbiorowo poświęcając jednostkę, czy widzi się każdego człowieka indywidualnie. Przecież najczęściej w imię *dobra innych* ginie słabszy (np. eutanazja, aborcja).

Postępy wiedzy medycznej zawsze w praktycznym zastosowaniu zależne są od postawy samego lekarza, skoro według Zbioru zasad (zas. 7): *powinien on odmówić wykonania czynów, które według jego przekonania i sumienia mogą być szkodliwe lub nieetyczne*. W kodeksie sformułowane jest bardziej kategorię: *musi mieć wolność postępowania zgodnego ze swoim sumieniem* (art. 4). W tym przypadku powstaje jednak podstawowy problem *braku perspektywy*. Lekarz systematycznie stykający się z koniecznością trudnych rozstrzygnięć moralnych „przyzwyczajają się” i może łatwo zagubić wymiar etyczny, zatrzymując się na technice wykonalności i przepisach prawnych. Tym bardziej więc cenna jest kodyfikacja zasad etycznych w KEL.

Omówione zasady ogólne Kodeksu Etyki Lekarskiej poprzedzone zostały tekstem Przyrzeczenia lekarskiego, uchwalonego 23.06.1990 r. przez NRL. Stanowi on oryginalny twór rodzimego środowiska medycznego i zawiera *niemal wszystkie zasady wyrażone w historycznych przysięgach i przyrzeczeniach*. W ocenie samych autorów taki kształt przyrzeczenia stawia je *na szczytach zobowiązań moralnych*<sup>18</sup>. Dlatego wśród wypowiedzi przedstawicieli izb lekarskich spotkać można było stwierdzenia, że *Przyrzeczenie lekarskie – stanowiące (...) zasadniczy zrąb kodeksu i przyjęte jako jego preambuła – zostało uchwalone (...) i nie spotkało się z żadnymi protestami czy krytykami*<sup>19</sup>. W świetle Przyrzeczenia naturalna miłość i człowieczeństwo lekarza skierowują go do służby *życiu i zdrowiu ludzkiemu od chwili poczęcia* (p.2). Nie dziwi więc postulowanie, aby antropologia chrześcijańska stała u podstaw deontologii lekarskiej<sup>20</sup>.

Część szczegółowa KEL reguluje zasady postępowania lekarza wobec pacjenta, reguły przeprowadzania eksperymentów medycznych, stosunki między lekarzami i zasady postępowania w praktyce lekarskiej oraz stosunki lekarz-społeczeństwo. Nie sposób w kilku zdaniach dokonać charakterystyki całego kodeksu, stąd poprzestaniemy na stwierdzeniu, że ogół zasad wynika z ducha chrześcijańskiego humanizmu i z szacunku dla wartości ogólnoludzkich.

Ostrze ataków na kodeks skierowane zostało na artykuły 37-40 zatytułowane *Prokreacja*. Twórcy i uchwalający etyczne *credo* lekarza zwracali wielokrotnie uwagę na skrzywione widzenie dokumentu wyłącznie przez pryzmat problematyki aborcyjnej. Niewątpliwym faktorem obciążającym Kodeks była tocząca się równolegle dyskusja nad ustawą o ochronie

<sup>18</sup> A. Łastowska, *Przyrzeczenie lekarskie*, GL (numer sygnałny) 1990, s.3.

<sup>19</sup> W. Gajewski, *Świętokrzyska IL do redakcji „Słowa Ludu” w Kielcach*, GL 1992 nr 2, s. 9.

<sup>20</sup> Por. W. Gubała, *Chrześcijańska koncepcja człowieka jako podstawa etyki lekarskiej*, „Roczniki Teologiczno-Kanoniczne” 34 (1987) z. 3, s. 65-77.

poczętego życia, gdyż rozstrzygnięcia kodeksowe odczytywano jako nacisk środowisk antyaborcyjnych<sup>21</sup>. Warto w tym miejscu nadmienić o nieetycznych poczynaniach części środowiska dziennikarskiego, które wyraźnie manipulowało informacjami o zjeździe uchwalającym kodeks, tym samym negatywnie nastawiając do dokumentu<sup>22</sup>.

Poza powyższą kwestią należy zwrócić uwagę na kilka artykułów, które okazały się szczególnie kontrowersyjne. Dotyczy to zasadniczo rozdziału pierwszego KEL. Podstawowy problem związany był z artykułem 26 dotyczącym obowiązywalności tajemnicy lekarskiej w każdej innej sytuacji poza zagrożeniem zdrowia pacjenta i wyraźną zgodą samego pacjenta na ujawnienie wiadomości. Oznaczało to, że przepisy prawa zobowiązujące lekarza do współdziałania (choćby dla bezpieczeństwa publicznego i w śledztwie) byłyby sprzeczne z etyką lekarską. Podobnie dyskutowano niektóre sformułowania dotyczące eksperymentów medycznych i przeszczepów.

Kodeks Etyki Lekarskiej jest wewnętrznym kodeksem lekarskim i jako taki nie jest tworem ostatecznym. Dyskusja, w wyniku której powstał, miała w samym założeniu być kontynuowana, a kolejne zjazdy dokonywać będą jego nowelizacji. Tak postrzegali KEL sami lekarze, nie ukrywali przy tym jego mankamentów. Komisja Etyki Lekarskiej zbierała głosy z okręgowych izb lekarskich, aby przygotować projekt ulepszony.

## 2. EWOLUCJA ZASAD KODEKSOWYCH (NOWELIZACJA KODEKSU)

Niezależnie od działań podejmowanych przez bezpośrednio zainteresowanych, prawie bezpośrednio po uchwaleniu KEL, zaczęło się jego deprecjonowanie i to nie tylko w mass-mediach. Podstawowy zarzut dotyczył jego obowiązywalności w sytuacji niezgodności z normami prawa państwowego, zwłaszcza ustawy o dopuszczalności aborcji z 1956 r. Odpowiadając na ten zarzut przewodniczący Komisji Etyki Lekarskiej NRL stwierdził: *Lekarze, korporacje lekarskie, a więc Naczelna Izba Lekarska mają obowiązek dążenia do weryfikacji tych spraw, które stoją w sprzeczności z etyką i deontologią lekarską opartą na prawie naturalnym i humanistycznych przesłankach*. Niewątpliwie bowiem, sformułowanie zasad etycznych powinno wyprzedzać modyfikację prawa i wpływać na jego kształtowanie. Ponadto przywilejem społeczeństwa jest, dodaje się, bunt przeciw prawu niesprawiedliwemu, a takie jest to „prawo” z okresu państwa totalitarnego<sup>23</sup>. Ciekawe jest także dostrzeżenie, że KEL stawia przed lekarzami większe wymagania niż

<sup>21</sup> Por. *Prawa człowieka, art. cyt.*, s. 1.

<sup>22</sup> Por. np. *Bitwa o etykę, art. cyt.* s. 1, 8; S. Wencelis, *O zjeździe lekarzy i KEL trochę inaczej*, GL 1992 nr 2, s. 8; *Oświadczenie lekarzy parlamentarzystów*, GL 1992 nr 5, s. 3.

<sup>23</sup> *Bitwa o etykę, art. cyt.*, s. 8.

przepisy prawne, a to jest dla społeczeństwa korzystne. Ponadto jako zbiór powinności etycznych, a nie akt normatywny, nie nadaje się do zaskarżenia<sup>24</sup>.

Niezależnie od takich wyjaśnień Rzecznik Praw Obywatelskich skierował sprawę do Trybunału Konstytucyjnego. Jakie „szczytne” intencje podyktowały taki krok, wyjaśnia sam Rzecznik (następca wnioskodawcy o stwierdzenie niezgodności KEL z prawem) w liście do Ministra zdrowia. Przytoczono cytat oddający atmosferę całego wystąpienia:

*Rzecznik Praw Obywatelskich (...) jest zobligowany do stania na straży praw i wolności obywateli określonych w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Konstytucja gwarantuje, że Polska jest demokratycznym państwem prawa. Demokratyczne państwo prawa powinno zachować ścisłą neutralność wobec rozmaitych moralności, religii czy etyk. Kiedy państwo staje się moralnie stronnicze, preferując jedną z nich (choćby w imię popierania poglądów większości), staje się demokracją populistyczną. Prawdziwa demokracja i poszanowanie dla prawa wymaga, aby wyważony kompromis chronił mniejszości o innych poglądach i pozwolił im realizować swoje prawa. W dalszej części wywodu wyjaśnia się, że chodzi o prawo do aborcji i o ochronę bezwzględnie obowiązującego prawa w postaci ustawy z 1956 r.<sup>25</sup>*

Trybunał Konstytucyjny rozpatrzył wniosek Rzecznika z dnia 7.10.1992 i wyraził swoje stanowisko w formie postanowienia, a nie orzeczenia. Takie działanie podyktowane zostało przekonaniem (rzeczywiście etycznym), że przedmiotem oceny nie może być sama norma etyczna, a jedynie norma prawna, którą norma etyczna dookreśla<sup>26</sup>. Fundamentalne dla etyki przypomnienie zależności etyka-prawo ma niebagatelne znaczenie dla całej praktyki rozstrzygnięć legislacyjnych, a stwierdza się w nim: *Nieuprawnione jest twierdzenie, że norma etyczna musi być zgodna z normą prawną. Twierdzenie takie zakładałoby priorytet norm prawnych nad normami etycznymi. To raczej prawo powinno mieć legitymację etyczną. Etyka nie wymaga legitymacji legalistycznej. Skoro nie można z istoty rzeczy domagać się zgodności norm etycznych z konstytucją i ustawami, to tym samym stwierdzenie takiej niezgodności nie może skutkować obowiązku uchylecia normy etycznej. Normy te zresztą nie są ani uchwalane, ani uchylane w trybie przewidzianym dla norm prawnych<sup>27</sup>. Takie stanowisko wyrazili również wszyscy przedstawiciele środowiska medycznego uczestniczący w posiedzeniu<sup>28</sup>.*

Jako że podnoszono również ewentualne zagrożenie orzeczeniem Trybunału tożsamości i istnienia samorządów zawodowych (tu: lekarskiego),

<sup>24</sup> Por. Wencelis, art. cyt., s. 8.

<sup>25</sup> O Kodeksie Etyki Lekarskiej. List Rzecznika Praw Obywatelskich T. Zielińskiego do Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej, GL 1992 nr 7, s. 6.

<sup>26</sup> Trybunał Konstytucyjny postanowił, GL 1992 nr 9, s. 2: *Postanowienie Trybunału Konstytucyjnego p. 1*, GL 1992 nr 10 (dodatek specjalny), s. I.

<sup>27</sup> *Postanowienie Trybunału Konstytucyjnego*, s. II-III.

<sup>28</sup> Przytoczono wypowiedzi m.in.: prezesa NRL, przewodniczącego Komisji Etyki Lekarskiej NRL i prezesa Naczelnego Sądu Lekarskiego. GL 1992 nr 10, s. 4-6.

Trybunał odpowiedział jednoznacznie, że rozstrzygnięcie nie jest uzależnione od organu samorządu lekarskiego, który Kodeks uchwalil, lecz od innego porządku norm deontologicznych, które nie podlegają kompetencjom Trybunału Konstytucyjnego<sup>29</sup>. W tym miejscu należy jednak za postanowieniem Trybunału doprecyzować, że normy KEL, które inkorporowane zostają do obowiązującego prawa jako dookreślenie konkretnych ustaw, podlegają w łączności z dookreślaną normą badania Trybunału. Ponieważ ustawa o izbach lekarskich wcieliła niektóre normy KEL, podlegają one orzeczeniom komisji legislacyjnej i o nich wypada wspomnieć<sup>30</sup>.

Ponieważ faktem jest, że od wejścia w życie KEL istniały dwie równocześnie obowiązujące, sprzeczne ustawy, potrzeba było odpowiedniej inicjatywy ustawodawczej. W świetle postanowienia: sprzeczność taka zachodziła między art. 37 KEL, a ustawą o warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, między art. 26 KEL o tajemnicy lekarskiej (z ograniczeniami art. 27-28), a ustawą o zawodzie lekarza, natomiast jako niespójność zakwalifikowano art. 46 i 48 KEL o eksperymentach biomedycznych w zestawieniu z art. 23a Kodeksu karnego. Pierwszą sprzeczność podejmiemy przy omawianiu sytuacji nienarodzonych, druga leży w gestii ustawodawcy prawnokarnego, a nad precyzją pojęć dotyczących eksperymentu trwały prace w komisji etycznej. Warto także wspomnieć, że nie stwierdzono sprzeczności między art. 110 Kodeksu karnego (lekarz obecny przy wyroku śmierci), a art. 67 KEL (o zakazie uczestnictwa lekarza w pozbawianiu życia, czy w aktach uwłaczających godności człowieka), ponieważ obecność lekarza sprowadza się jedynie do stwierdzenia zgonu<sup>31</sup>.

Istnienie sprzecznych ze sobą ustaw spowodowało kolejną interwencję Rzecznika Praw Obywatelskich (z dn. 16.11.1992) do Trybunału Konstytucyjnego o ustalenie obowiązującej wykładni kolidujących przepisów oraz o wyjaśnienie stopnia odpowiedzialności zawodowej lekarza postępującego w zgodzie z prawem państwowym, a przekraczającego normy KEL. Tym razem Trybunał podjął 17.03.1993 uchwałę<sup>32</sup>, która zasadniczo nie zmieniła wcześniejszych ustaleń, choć w kwestii przerywania ciąży ustosunkowała się o nowej ustawy o planowaniu rodziny. Ustalając powszechnie obowiązującą wykładnię zastrzegła się, że jest to rozstrzygnięcie, które nie znosi istniejącej sprzeczności. Ciekawostką w przedstawionym werdykcie był *passus* dotyczący moralności prawa: *Pozytywne prawo, szczególnie w systemie pluralistycznym, jest zawsze wynikiem kompromisu różnych sił politycznych i społecznych odgrywających rolę w życiu publicznym. Prawo nie może być pełnym odbiciem moralności (podkr. wł.). Stąd pochodzą różnice zakresów*

<sup>29</sup> Tamże. Odpowiedź Rzecznika Praw Obywatelskich – zob.: *Brak jednoznacznego rozstrzygnięcia*, oprac. E. G w i a z d o w i c z, GL 1992 nr 10, s. 7.

<sup>30</sup> Tamże, s. III.

<sup>31</sup> Tamże, s. III-IV.

<sup>32</sup> Tekst zob.: *Uchwała Trybunału Konstytucyjnego* GL 1993 nr 4, s. 4-5.



między obowiązującym systemem prawa a występującymi w społeczeństwie systemami norm etycznych<sup>33</sup>. Sygnalizowana ustawa została podjęta bez wiedzy NRL, stąd środowisko medyczne nie mogło się do niej ustosunkować<sup>34</sup>.

Kolejnym krokiem w ewolucji KEL była konsultacja znowelizowanego projektu tego dokumentu, który na nowo przyjęto na III Krajowym Zjeździe Lekarzy (Warszawa 12-14.12.1993). Faktem uderzającym przy lekturze znowelizowanego KEL jest całkowicie inne brzmienie artykułów o prokreacji (autorstwa prof. J. Z a r e m b y), przy niewielu istotnych zmianach pozostałych partii<sup>35</sup>. Zmiany, poza wyżej sygnalizowaną, sprowadzają się do następujących:

- przedstawienie kolejności niektórych artykułów i doprecyzowanie sformułowań (dotyczy to zwłaszcza rozdz. I-IV),
- uzupełnienie w normach ogólnych brzmienia art. 5, który stwierdza dodatkowo, że zadaniem izby lekarskiej są *starania, aby przepisy prawa nie naruszały zasad etyki lekarskiej*. Wydaje się, że jest to odpowiedź na problemy związane z akceptacją wersji KEL z 1991 r.,
- poszerzenie art. 18 (obecnie 17), dotyczącego prawdy przekazywanej choremu, o fragment: *Na wyraźne żądanie pacjenta lekarz powinien udzielić pełnej informacji* oraz dodanie do powinności lekarza ułatwienia pacjentowi konsultacji medycznej u innego lekarza,
- zasadnicze zmiany w części dotyczącej tajemnicy lekarskiej, a mianowicie: wprowadzenie nowego art. 28 dotyczącego zabezpieczenia poufałości informacji przechowywanych w próbkach DNA pobranych od pacjentów i ich rodzin; usunięcie art. 217 o przekazywaniu informacji innym lekarzom leczącym pacjenta oraz – chyba zmiana najistotniejsza w świetle wcześniejszych kontrowersji – uzupełnienie art. 26 (teraz 24), o zwolnieniu z tajemnicy lekarskiej, o fragment: *zwolnienie może nastąpić: jeśli zobowiązują do tego przepisy prawa*. Równocześnie usunięto fragment tego artykułu: *Lekarz powinien ujawniać tajemnicę lekarskiej wbrew swemu sumieniu*. Modyfikacja tego artykułu zdaje się być ustępstwem etyki na rzecz prawa, zwłaszcza jeśli nie egzystuje prawo do odmowy ujawnienia tajemnicy zgodnie z osądem sumienia,
- nowy kształt części o transplantacjach, tj. usunięcie art. 3 o działaniu przy przeszczepach zgodnie z prawem, nowe zapisy – art. 32 (o możliwości pobierania narządów i tkanek ze zwłok, jeśli nie było sprzeciwu dawcy za jego życia) i art. 34 (o zakazie przyjmowania zapłaty za przeszczepione fragmenty ciała) i wykreślenie z art. 35 fragmentu: *Pobranie od żyjącego dawcy narządu niezbędnego do życia jest niedopuszczalne*.

<sup>33</sup> Tamże s. 5.

<sup>34</sup> Tamże (Oświadczenie przewodniczącego Komisji Legislacyjnej NIL).

<sup>35</sup> Por. E. G w i a z d o w i c z, *Zmiana warty?* GL 1994 nr 1, s.5.

- skrócenie art. 41 (obecnie 39) o wydawaniu zaświadczeń lekarskich,
- poszerzenie art. 46 (obecnie 41) z wprowadzeniem pojęcia *eksperyment kliniczny* (tu liczy się rachunek korzyści-ryzyko dla pacjenta) oraz zastąpienie pojęcia *nieodzwony* (dawny KEL) zapisem: *służący zdrowiu pacjenta* lub (!) *wnoszący istotne dane poszerzające zakres wiedzy i umiejętności lekarskich*. To uzupełnienie wychodzi naprzeciw orzeczeniom Trybunału Konstytucyjnego (a więc prawa), choć równocześnie zdaje się sugerować, że w ostatnim przypadku liczenie się z ryzykiem wynikającym stąd dla pacjenta nie jest decydujące (skoro nie jest to eksperyment kliniczny),
- dodanie w art. 53 (obecnie 51) zapisu: *Lekarze powinni okazywać sobie wzajemny szacunek*,
- precyzacja zapisu art. 75 (teraz 72), dotyczącego obowiązku udzielania pomocy także w trakcie uczestniczenia w zorganizowanym proteście. Wyjaśnienie brzmi: *o ile nieudzielenie tej pomocy może spowodować utratę lub pogorszenie zdrowia pacjenta*. Ta zmiana wydaje się być owocem społecznie kontrowersyjnych poczynań służby zdrowia upominającej się na drodze strajku o swoje prawa. Artykuł w swej wymowie nie wyklucza odmowy udzielenia pomocy medycznej poza przytoczoną klauzulą.

### 3. SYTUACJA NIENARODZONYCH W ŚWIETLE KODEKSU ETYKI LEKARSKIEJ

Kodyfikacja zasad etyki lekarskiej przypadła w Polsce na okres ożywionej dyskusji nad *prawem do aborcji*. Miało to swoje wielorakie konsekwencje, dla recepcji KEL od początku raczej negatywne. Jak różne opcje ścierają się w łonie samej służby zdrowia, wskazuje ewolucja brzmieniowa artykułów dotyczących przekazywania życia w okresie od powstania do znowelizowania kodeksu.

Zasady ogólne etyki medycznej kodeksu z 1991 r. znalazły swoje odbicie w bardziej humanitarnym odniesieniu do *nasciturusa*. Wobec niego dopuszczono działanie lekarskie *niosące ryzyko utraty życia płodu* (!) tylko dla ratowania życia matki<sup>36</sup> oraz (zmiana w stosunku do projektu kodeksu) *w przypadkach, gdy ciąża jest skutkiem przestępstwa* (art. 37). Włączenie tego przypadku do ostatecznie zatwierdzonego tekstu kodeksu nastąpiło w okresie konsultacji przed „nadzwyczajnym zjazdem” i jest z punktu widzenia antropologii uznającej człowieczeństwo *nasciturusa* nie do przyjęcia (podobnie zresztą jak i indykacja zdrowotna). W świetle norm kodeksowych odrzuca się dalej działanie z możliwą szkodą płodu z motywów nielec-

<sup>36</sup> W projekcie: art. 38. Według ducha całego Kodeksu nie jest to równoznaczne ze zgodą na aborcję. W komentarzu zaznacza się, że chodzi o „szacunek dla każdego ludzkiego życia już od chwili poczęcia” jako o podstawową zasadę etyki lekarskiej (!) Por. Z. Chłapa, *Wprowadzenie do Kodeksu Etyki Lekarskiej*, GL 1992 nr 1, s. 9.

nicznych, np. społecznych. Jako zalecenie NRL ma aktywnie uczestniczyć w opracowaniu projektu ustawy o ochronie prawnej poczętego życia<sup>37</sup>.

Diagnostykę przedporodową zezwala się stosować przy proporcjonalnym ryzyku, gdy stosowane metody nie zagrażają życiu obydwu pacjentów, zaś negatywna diagnoza prenatalna nie uprawnia do przerywania ciąży (art. 38). Komentarz redakcyjny do projektu art. 39 (w KEL – art. 38) jest pozytywnie rewelacyjny dla służby życia nienarodzonych: *Plód ludzki jest pacjentem lekarza i dotyczy go, tak jak wszystkich innych pacjentów, te same zasady deontologii lekarskiej*<sup>38</sup>. Pozytywnym uzupełnieniem jest zobowiązanie lekarza do udzielenia wyczerpujących informacji na temat zapłodnienia i regulacji poczęć (art. 40).

Omawiana część, zatytułowana *Prokreacja* (art. 37-40), wzbudziła najwięcej kontrowersji, tak że domagano się nawet jej usunięcia, *ponieważ nie mamy jeszcze ustawy w tej sprawie*. Odpowiadając na zarzut naruszenia prawa przez KEL w punkcie dotyczącym aborcji jeden z jego twórców przedstawia przesłanki, które kierowały Komisją przy takim postępowaniu: *z punktu widzenia etyki, wyżej wymieniona ustawa z 1956 r. jest nie do przyjęcia, bo jest niemoralne, aby lekarz niszczył zdrowy płód «lecząc z ciąży» zdrową matkę, dla której ten zabieg jest w dodatku szkodliwy dla zdrowia*<sup>39</sup>. Następuje więc wyraźnie pominięcie sytuacji aborcji ze wskazań lekarskich, w której – według raportów służby zdrowia – nie zdarzają się przypadki odmowy wykonania zabiegu<sup>40</sup>. Stanowisko etyki chrześcijańskiej nie dopuszcza tego wyjątku. Ponadto argumentowano z pierwszeństwa etyki przed prawem, o czym później wspominał także Trybunał Konstytucyjny<sup>41</sup>.

Ustawa z 7.01.1993 o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży<sup>42</sup> uchylili ustawę z 1956 r., ale nie do końca usunęła sprzeczność między KEL a prawem państwowym, co sygnalizowała uchwała Trybunału Konstytucyjnego<sup>43</sup>. Problem dotyczył przypadku dopuszczalnej prawnie aborcji po negatywnych rokowaniach badań prenatalnych (art. 7 p. 2), która w świetle KEL była działaniem bezprawym. Można się było spodziewać, że nowelizacja Kodeksu spróbuje tę sprzeczność usunąć. Zaskakujące okazało się jednak, jak daleko poszła owa dopasowująca ingerencja, skoro po ochronie nienarodzonych, zwłaszcza we

<sup>37</sup> Por. M.A. Łastowska, *Prokreacja*, w: *Komentarz, art. cyt.* s. 11.

<sup>38</sup> Por. *tamże*.

<sup>39</sup> *Bitwa o etykę, art. cyt.*, s. 8.

<sup>40</sup> Por. P. Mierzewski, *Lekarze nie odmawiają przerywania ciąży ze wskazań medycznych. Odpowiedź Rzecznikowi Praw Obywatelskich*, GL 1992 nr 8, s.5.

<sup>41</sup> Por. Chłap, *Wprowadzenie, art. cyt.*, s. 9-10; *Prawa człowieka i prawo naturalne. Wywiad z dr med. J. Umiasowskim, członkiem Komisji Etyki Lekarskiej NRL*, rozmawia: R. Popkowicz-Tajchert GL 1992 nr 1, s. 7.

<sup>42</sup> Dz. U. nr 17, poz. 778.

<sup>43</sup> Por. *Uchwała Trybunału, art. cyt.* s. 5.

wczesnych stadiach, nie pozostał w „znowelizowanym” Kodeksie<sup>44</sup> nawet ślad. Można powiedzieć, że jest to stanowisko środowiska medycznego, choć (poza odmiennymi reakcjami samych zainteresowanych<sup>45</sup>) zastanawia się, jak doszło do tak diametralnej zmiany postawy etycznej. Okazało się, że nowelizacja tej części kodeksu przez samych lekarzy poszła dalej nawet niż zamierzenia Rzecznika Praw Obywatelskich, który deklarował się jako zwolennik aborcji. Tenże zapytany, jak zareaguje w przypadku ustawy antyaborcyjnej (przypuszczano wtedy, że nie będzie ona dopuszczała „wyjątków”), w świetle której KEL może okazać się liberalny, odpowiedział: *Na pewno Rzecznik Praw Obywatelskich nie będzie dążył (...) do tego, by KEL został przerehabilitowany w kierunku bardziej rygorystycznym, zgodnie z drażniącą ustawą*<sup>46</sup>. Obecni na III Krajowym Zjeździe zrobili następny krok zmieniając odnośny fragment kodeksu na wyraźnie niedowidzący poczętego człowieka.

Największe zaskoczenie budzi fakt, że usuwanie śladów po pozytywnym nastawieniu do poczętego życia rozpoczęto od Przyrzeczenia Lekarskiego. Tekst uchwalony niezależnie od KEL zdawał się nie budzić wątpliwości, więcej jeszcze, był podstawą dumy wypowiadających się przedstawicieli środowiska medycznego (patrz wyżej). Ponadto jeszcze przygotowany przez Komisję Etyki Lekarskiej projekt znowelizowanego Kodeksu pozostawiał tekst bez zmian. W uchwalonym w Warszawie tekście z drugiego punktu Przyrzeczenia: *przyrzekam służyć życiu i zdrowiu ludzkiemu od poczęcia* usunięto dwa ostatnie słowa. Prześledzenie nowej wersji części Kodeksu zatytułowanej *Prokreacja* potwierdzi prawdziwość takiej operacji, nie uspokoi jednak zainteresowanych losem dzieci nie narodzonych. Ten krok ustawowy skłania do postawienia pytania, czy wraz ze zmianą kadencji (i odmłodzeniem przedstawicieli lekarzy na zjeździe) nastąpiła zmiana tendencji światopoglądowych i etycznych? Potwierdzałyby to fakt obecności na zjeździe w większości nowych delegatów oraz praktyczne uniemożliwienie ustępującej Komisji Etyki Lekarskiej obrony proponowanych przez siebie zapisów<sup>47</sup>. Obserwatorzy zjazdu podnoszą ponadto, że w czasie obrad *dopuszczono do głosu prof. E. Zielińską, prawnika z UW, znaną ze swoich pro-aborcyjnych poglądów, podczas gdy delegatom broniącym życia od-*

<sup>44</sup> Tekst znowelizowanego KEL zob.: *Znowelizowany Kodeks Etyki Lekarskiej* (broszura), Warszawa 1994, s. 1-6. Poprawki można było zgłaszać do końca marca 1994, a nowy KEL wchodzi w życie w dzień po podpisaniu protokołu zjazdu, tj. między 1.04. a 3.05.1994. Por. J. Piątkiewicz, *Uprawomocnienie się uchwał III Krajowego Zjazdu Lekarzy*, GL 1994 nr 1, s. 6.

<sup>45</sup> Zob. np. S. Wencelis, *List otwarty do Prezydium III Krajowego Zjazdu Lekarzy*, GL 1994 nr 2, s. 12.

<sup>46</sup> *Brak jednoznacznego rozstrzygnięcia, art. cyt., s. 7.*

<sup>47</sup> Por. Wencelis, *List otwarty, art. cyt., s. 12*; Por. *Zmiany w Kodeksie etyki lekarskiej*, „Głos dla życia” 1993 nr 4, s. 3.

*mawiano prawa głosu*<sup>48</sup>. Także broszurę z uchwalonym tekstem znowelizowanego KEL wydano z tekstem rzeczowego prawnika (komentarz?)<sup>49</sup>

Dla porównania inności brzmieniowej artykułów odnoszących się do życia poczętego i prokreacji przytaczamy obydwie ich wersje:

– **według KEL uchwalonego 14.12.1991:**

art. 37 (brzmienie art. zmienione po okresie wnoszenia poprawek)

*Działania lekarskie, które niosą ze sobą ryzyko bądź wiążą się z ryzykiem utraty życia płodu są dopuszczalne tylko dla ratowania życia i zdrowia matki oraz w przypadkach, gdy ciąża jest wynikiem przestępstwa.*

art. 38

*Lekarz może przeprowadzać diagnostykę przedporodową tylko wtedy, gdy stosowane metody nie narażają płodu lub matki na nieproporcjonalne ryzyko w stosunku do oczekiwanych korzyści. Stwierdzenie istnienia zaburzeń rozwojowych lub choroby dziedzicznej płodu nie uprawnia do przerwania ciąży.*

art. 39

*Lekarz nie ma obowiązku wykonywania zabiegów sztucznego zapłodnienia.*

art. 40

*Lekarz powinien udzielać wyczerpujących informacji dotyczących zapładniania i regulacji poczęć.*

– **według KEL uchwalonego 12-14.12.1993:**

art. 37

*Lekarz powinien z poczuciem szczególnej odpowiedzialności odnosić się do procesu przekazywania życia ludzkiego.*

*Lekarz powinien udzielać wyczerpujących i wiarygodnych informacji dotyczących procesów zapładniania i regulacji poczęć, zgodnie z aktualnym stanem wiedzy, zainteresowanym tą problematyką pacjentom.*

*Lekarz ma obowiązek zapoznać pacjentów należących do grupy zwiększonego ryzyka z możliwościami diagnostycznymi i terapeutycznymi współczesnej genetyki lekarskiej, w tym diagnostyki przedurodzeniowej. Przekazując powyższe informacje lekarz ma obowiązek poinformować zainteresowanych o ryzyku związanym z przeprowadzeniem badań przedurodzeniowych.*

art. 38

*Podejmując działania lekarskie u kobiety w ciąży lekarz jednocześnie odpowiada za zdrowie i życie dziecka. Dlatego obowiązkiem lekarza są starania o zachowanie zdrowia i życia dziecka również przed jego urodzeniem.*

Analiza przedstawionych wyżej artykułów wskazuje jednoznacznie tendencje minimalizując ochronę poczętego życia, przynajmniej w począt-

<sup>48</sup> Por. *Zmiany, art cyt.*, s.3.

<sup>49</sup> Por. E. Zielińska, *Prawne aspekty kodeksu etyki lekarskiej z perspektywy porównawczej*, w: *Znowelizowany Kodeks*, *dz. cyt.*, s. 7-8.

kowym okresie po zapłodnieniu. Trudno bowiem uznać za takie enigmatyczne stwierdzenie o staraniach o zachowanie życia dziecka przed jego urodzeniem. Zwłaszcza po charakterystycznej zmianie roty Przymierzenia należy bowiem pytać, o jak długim okresie *przed urodzeniem* jest mowa? Należałoby by także postawić pytanie, czy motorem napędzającym „nowelizację” KEL nie jest wyłącznie etyczne usankcjonowanie aborcji? Taka postawa etyczna środowiska jest tym dziwniejsza, że kolejna kodyfikacja ma miejsce po zastąpieniu ustawy o dopuszczalności przerywania ciąży ustawą o ochronie płodu, o którą wcześniej NRL uczciwie się upominała<sup>50</sup>. Tym samym, w przeciwieństwie do poprzedniego, obecny KEL jest liberalniejszy od obowiązującego prawa i nie można już o nim powiedzieć (przynajmniej w tym punkcie), że stawia przed służbą zdrowia wyższe wymagania niż prawo!

Zastanawia również, że lekarz zobowiązany jest normami nowego Kodeksu do odpowiedzialności za proces przekazywania życia, do rzetelnej informacji o procesach zapłodnienia i regulacji poczęć, następnie do pełnej informacji na temat diagnostyki i jej ryzyka (pytanie dla kogo?), a dopiero później dodaje się, że odpowiada *jednocześnie za zdrowie i życie dziecka*. Czyżby w ten sposób określono nową hierarchię wartości obowiązującą „w drugiej kadencji”?

Powyższe stwierdzenia brzmią sarkastycznie. Są jednak wyrazem niepokoju, gdyż wyraźnie przypominają rozstrzygnięcia etyki medycznej minionej, raczej niechlubnej przeszłości, albo przynajmniej rozstrzygnięcia prawa, które uzurpowało sobie *prawo określania zasad deontologicznych*.

Należy żywić nadzieję, że kolejne działania i inicjatywy lekarzy chroniących życie ludzkie od poczęcia, przywrócą nienarodzonym ich właściwe miejsce w kodyfikacjach deontologicznych, a groźny zwrot kodeksowych formuł nie jest zwiastunem podobnych działań legislacyjnych.

---

<sup>50</sup> Por. Komisja Etyki NRL, *Nasze stanowisko. Do Marszałka Senatu RP*, GL 1990 nr 1, s. 4.