

SPRZECIW SUMIENIA

W PRAKTYCE MEDYCZNEJ

– *aspekty etyczne i prawne*

KATOLICKI UNIWERSYTET LUBELSKI JANA PAWŁA II
WYDZIAŁ PRAWA, PRAWA KANONICZNEGO I ADMINISTRACJI
KATEDRA PRAWA WYZNANIOWEGO



SPRZECIW SUMIENIA
W PRAKTYCE MEDYCZNEJ

– aspekty etyczne i prawne

Redakcja
Piotr Stanisław, Jakub Pawlikowski, Marta Ordon

WYDAWNICTWO KUL
LUBLIN 2014

RECENZENCI

ks. prof. dr hab. n. praw. Henryk Misztal
(Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II)

dr hab. n. med. Jarosław Sak
(Uniwersytet Medyczny w Lublinie)

OPRACOWANIE REDAKCYJNE
Monika Wójcik

OPRACOWANIE KOMPUTEROWE
Jarosław Bielecki

PROJEKT OKŁADKI I STRON TYTUŁOWYCH
Agnieszka Gawryszuk

© Copyright by Wydawnictwo KUL, Lublin 2014

ISBN 978-83-7702-980-0

Wydawnictwo KUL, ul. Konstantynów 1 H, 20-708 Lublin, tel. 81 740-93-40, fax 81 740-93-50,
e-mail: wydawnictwo@kul.lublin.pl, <http://wydawnictwo.kul.lublin.pl>

Druk i oprawa: ALNUS Sp. z o.o., ul. Wróblowicka 63, 30-698 Kraków
<http://alnus.pl>

SPIS TREŚCI

Wprowadzenie	9
Przesłanie Ks. Abp. Zygmunta Zimowskiego, przewodniczącego Papieskiej Rady ds. Służby Zdrowia i Duszpasterstwa Chorych	11

Część I – Perspektywa religijna i etyczna

ANDRZEJ SZOSTEK	
Kategoria sumienia w etyce	15
The Category of Conscience in Ethics (summary)	25
WALDEMAR GŁUSIEC	
Kościół katolicki a kontrowersyjne moralnie procedury medyczne	27
The Roman Catholic Church and Morally Controversial Medical Procedures (summary)	39
KATARZYNA KRZYSZTOFEK	
Stanowisko Świadków Jehowy wobec wybranych współczesnych procedur medycznych	41
The Position of Jehovah's Witnesses on Selected Contemporary Medical Procedures (summary)	58
MICHAŁ CZELNY	
Obowiązek informacyjny a sankcje prawnokanoniczne w kontekście przerywania ciąży	59
Obligation of Information and the Sanctions under Canon Law Regarding Abortion (summary)	74

Część II – Perspektywa prawna

ANDRZEJ ZOLL	
Klauzula sumienia	77
Conscience Clause (summary)	86
LESZEK BOSEK	
Problem zakresowej niekonstytucyjności art. 39 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry	87
The Problem of Unconstitutionality of the Scope of Article 39 of the Act on Medical and Dental Professions (summary)	104
OKTAWIAN NAWROT	
Prawa człowieka, sprzeciw sumienia i państwo prawa	105
Human Rights, Conscientious Objection and Rule of Law (summary)	116
MIROŚLAW NESTEROWICZ, NATALIA KARCZEWSKA-KAMIŃSKA	
Prawa pacjenta w kontekście odmowy udzielenia świadczeń medycznych przez lekarza lub szpital (w związku z klauzulą sumienia) ...	117
Patients' Rights and the Refusal of Treatment by a Medical Doctor or Hospital (in Connection with the Conscience Clause) (summary)	130
MAŁGORZATA GAŁĄZKA	
Kontrowersje wokół „prawa do aborcji”	131
The Controversy on the Presumed Right to Abortion (summary)	142

Część III – Perspektywa medyczna

JAKUB PAWLIKOWSKI	
Spór o klauzulę sumienia z perspektywy celów medycyny i etyki lekarskiej	145
The Debate over the Conscience Clause from the Perspective of Goals of Medicine and Medical Ethics (summary)	171
ALINA T. MIDRO	
Klauzula sumienia z perspektywy lekarza genetyka klinicznego	173
The Conscience Clause from the Perspective of Physician Clinical Geneticist (summary)	184

KRZYSZTOF MARCZEWSKI

- Klauzula sumienia w praktyce lekarza internisty 185
The Conscience Clause in the Practice of Internal Medicine
Practitioner (summary) 190

KONSTANTY RADZIWIŁŁ

- Odmowa leczenia z perspektywy art. 7 Kodeksu Etyki Lekarskiej 191
Refusal of Treatment under Article 7 of the Code
of Medical Ethics (summary) 195

BEATA DOBROWOLSKA

- Sprzeciw sumienia w zawodzie pielęgniarki i położnej –
założenia i praktyka 197
Conscientious Objection in Nursing and Midwifery.
The Principles and Practice (summary) 209

MAŁGORZATA PRUSAK

- Sprzeciw sumienia w praktyce aptecznej 211
Conscientious Objection in the Pharmacist's Practice (summary) 226

WALDEMAR GŁUSIEC, ELŻBIETA PUACZ

- Sprzeciw sumienia w zawodzie diagnosty laboratoryjnego 227
Conscientious Objection in the Laboratory
Diagnostician's Practice (summary) 234

WPROWADZENIE

Gdy w pierwszych miesiącach 2013 r. finalizowane były prace nad koncepcją i programem konferencji pt. *Sprzeciw sumienia w praktyce medycznej – aspekty etyczne i prawne*, trudno było przewidywać, że już po upływie kolejnego roku kwestia stosowania klauzuli sumienia przez członków personelu medycznego stanie się przedmiotem jednego z najgorętszych sporów ostatnich lat. Nie sposób było w szczególności przewidzieć, że konsekwentna – i zdaniem redaktorów tego opracowania – w pełni uzasadniona postawa prof. Bogdana Chazana, odmawiającego jakiegokolwiek udziału w procedurach zmierzających do przerwania ciąży, stanie się przyczyną odwołania go z funkcji dyrektora Szpitala Specjalistycznego im. Świętej Rodziny w Warszawie, prowadząc w dalszej kolejności do polaryzacji opinii prezentowanych nie tylko przez teoretyków i praktyków zajmujących się prawem i medycyną, ale i przez polityków oraz innych zainteresowanych, zwłaszcza aktualnych lub potencjalnych pacjentów. Już w trakcie przygotowywania tej konferencji jasne było natomiast, że polskie przepisy dotyczące prawa osób wykonujących zawody medyczne do korzystania z tzw. sprzeciwu (klauzuli) sumienia budzą różnorodne wątpliwości, które powinny zostać wyjaśnione dla dobra wszystkich, których wolności i prawa wchodzi w grę, a w konsekwencji również dla dobra całego społeczeństwa.

Mając świadomość istnienia zasygnalizowanych wątpliwości, a zwłaszcza kierując się przekonaniem o niepełnej ochronie wolności praktykowania religii przez osoby wchodzące w skład personelu medycznego, Katedra Prawa Wyznaniowego Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II oraz Zakład Etyki i Filozofii Człowieka Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, we współpracy z lubelskim oddziałem Stowarzyszenia Civitas Christiana i Krajową Izbą Diagnostów Laboratoryjnych, zdecydowały się na zorganizowanie ogólnopolskiej

konferencji naukowej, której efektem miały być wnioski odnoszące się do prawa i praktyki. Spotkanie to odbyło się na Wydziale Prawa, Prawa Kanonicznego i Administracji KUL w dniu 28 listopada 2013 r., przy czynnym udziale przedstawicieli licznych ośrodków naukowych, a jego pokłosiem jest niniejsza publikacja.

Zasadnicza struktura opracowania odpowiada porządkowi obrad, chociaż z różnych przyczyn nie wszystkie wygłoszone referaty posiadają swoje odpowiedniki w opublikowanych materiałach. Część pierwszą stanowią rozważania sformułowane z perspektywy etycznej i religijnej (w tym prawno-kanonicznej) przez takich autorów, jak ks. Andrzej Szostek, ks. Waldemar Głusiec, Katarzyna Krzysztofek i ks. Michał Czelný. Na część drugą składają się teksty skoncentrowane na analizie obowiązujących przepisów, napisane przez przedstawicieli nauki prawa (do których należą: Andrzej Zoll, Leszek Bosek, Oktawian Nawrot, Mirosław Nesterowicz i Natalia Karczewska-Kamińska oraz Małgorzata Gałązka). Natomiast część trzecią tworzą opracowania, które wyszły spod pióra badaczy reprezentujących nauki medyczne: Jakuba Pawlikowskiego, Aliny T. Midro, Krzysztofa Marczewskiego, Konstantego Radziwiłła (którego tekst powstał w trakcie dyskusji pokonferencyjnej, jaka wywiązała się na łamach czasopisma „Medycyna Praktyczna”), Beaty Dobrowolskiej, Małgorzaty Prusak oraz Elżbiety Puacz we współpracy z ks. Waldemarem Głuścem. Całość poprzedza przesłanie, jakie do uczestników konferencji skierował Ks. Abp Zygmunt Zimowski, przewodniczący Papieskiej Rady ds. Służby Zdrowia i Duszpasterstwa Chorych.

W monografii przedstawione zostały różne punkty widzenia, które odzwierciedlają stan dyskusji nad przepisami regulującymi sprzeciw sumienia, co nie oznacza, że redaktorzy monografii utożsamiają się ze wszystkimi tezami i wnioskami prezentowanymi przez poszczególnych autorów.

Obecny stan naukowej dyskusji nad prawem osób wykonujących zawody medyczne do korzystania z klauzuli sumienia uniemożliwia wypowiedzenie na jej podstawie ostatecznych stwierdzeń. Nowe perspektywy otworzy zapewne oczekiwane orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego, który na wniosek Naczelnej Rady Lekarskiej jest w trakcie badania zgodności art. 39 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry z art. 53 oraz art. 2 i art. 65 (w związku z art. 30 i art. 31) Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. Można mieć jednak nadzieję, że publikacja kilkunastu opracowań uwzględniających różne perspektywy badawcze i przygotowanych przez uznanych Autorów stanie się ważnym głosem w prowadzonej dyskusji i przyczyni się do wypracowania właściwych rozwiązań.

*Piotr Stanisław
Jakub Pawlikowski
Marta Ordon*



PONTIFICIO CONSIGLIO
PER GLI OPERATORI SANITARI
(PER LA PASTORALE DELLA SALUTE)

CITTÀ DEL VATICANO

Przesłanie Ks. Abp. Zygmunta Zimowskiego,
Przewodniczącego Papieskiej Rady ds. Służby Zdrowia i Duszpasterstwa Chorych na
II Konferencję Naukową na temat:
Sprzeciw sumienia w praktyce medycznej – aspekty etyczne i prawne

Katolicki Uniwersytet Lubelski im. Jana Pawła II, Lublin, 28 listopada 2013

Drodzy Uczestnicy i Organizatorzy Konferencji,

Na ręce Ks. Dziekana Prof. Piotra Stanisza i Dr n. med. Jakuba Pawlikowskiego, składam serdeczne podziękowania za zaproszenie mnie na II Konferencję Naukową *Sprzeciw sumienia w praktyce medycznej – aspekty etyczne i prawne*. Niestety wcześniej przyjęte zobowiązania oraz zaplanowane spotkania uniemożliwiają mi uczestniczenie w tej Konferencji.

Na wstępie pragnę podkreślić, że "klauzula sumienia" należy do niezbywalnych praw wszystkich pracowników służby zdrowia. Odnosząc się do Rezolucji: *Prawo do sprzeciwu sumienia w ramach legalnej opieki medycznej*, przyjętej w r. 2010, zwróciłem uwagę, że od tego jakie będzie prawodawstwo w tej kwestii, zależeć będzie w dalszej perspektywie przyszłość Europy i świata.

Niestety, kolejne dokumenty Parlamentu europejskiego jak choćby Rezolucja (2013/2040/INI) dotycząca tym razem zdrowia reprodukcyjnego i seksualnego oraz praw w tej dziedzinie znowu podnosi kwestię tzw. *problemu nieuregulowanego korzystania ze sprzeciwu sumienia* i stwierdza: «państwa członkowskie powinny regulować i monitorować korzystanie z prawa do odmowy działania sprzecznego z własnym sumieniem, aby zagwarantować przestrzeganie prawa jednostki do opieki zdrowotnej w zakresie reprodukcji, a także zapewnić dostęp do legalnych usług świadczonych na odpowiednim poziomie...» (n. 11). W tym duchu wypowiada się Komitet Bioetyki przy Prezydium Polskiej Akademii Nauk. Uważa on między innymi, że «klauzula sumienia nie może być używana jako instrument narzucania innym, a w szczególności pacjentowi, żywionych przez przedstawiciela zawodu medycznego przekonań moralnych» (Stanowisko Komitetu Bioetyki nr 4/2013 z dnia 12 listopada 2013 r. w sprawie tzw. klauzuli sumienia)

Te stwierdzenia naruszają wolność drugiego człowieka, w tym przypadku wolność pracownika służby zdrowia. Zapytajmy w imię jakiego systemu wartości ma on wyrzec się swoich przekonań moralnych i zaprzeczyć swojego sumienia? Czy istnieje takie prawo stanowione, wobec którego nie tylko *Przysięga Hipokratesa*, ale nawet *Dekalog* nie obowiązują?

Karta Pracowników Służby Zdrowia, opublikowana przez naszą Dykasterię w 1995 r. w oparciu o szerokie konsultacje ekspertów stwierdza: «Człowiek nigdy nie może być posłuszny prawu, które w samo w sobie jest niemoralne (...). Oznacza to, że lekarze i pielęgniarki są zobowiązani do podniesienia *sprzeciwu sumienia*. Wielkie i podstawowe dobro życia czyni taki obowiązek poważnym zadaniem moralnym personelu sanitarnego (...). Świadomość nienaruszalnego dobra życia i prawa Bożego, które go chroni, wyprzedza każde pozytywne prawo ludzkie. Gdy jest ono z nim sprzeczne, sumienie stwierdza swoje pierwotne prawo i prymat prawa Bożego: "Trzeba bardziej słuchać Boga niż ludzi" (*Dz*, 5, 29)» (n. 143).

Pragnę w tym miejscu dopowiedzieć, że w nowym wydaniu *Karty Pracowników Służby Zdrowia*, które opracowujemy, prawo do "sprzeciw sumienia" będzie jeszcze mocniej wyartykułowane. Jego wielkim obrońcą i orędownikiem był błogosławiony, a niebawem święty, Jan Paweł II. W Encyklice *Evangelium vitae* stwierdził: «Stanowczy nakaz sumienia zabrania chrześcijanom, podobnie jak wszystkim ludziom dobrej woli, formalnego współudziału w praktykach, które zostały co prawda dopuszczone przez prawodawstwo państwowe, ale są sprzeczne z Prawem Bożym. Z moralnego punktu widzenia nigdy nie wolno formalnie współdziałać w czynieniu zła (...). Oznacza to, że lekarze, personel medyczny i pielęgniarski oraz osoby kierujące instytucjami służby zdrowia, klinik i ośrodków leczniczych powinny mieć zapewnioną możliwość odmowy uczestnictwa w planowaniu, przygotowywaniu i dokonywaniu czynów wymierzonych przeciw życiu. Kto powołuje się na sprzeciw sumienia, nie może być narażony nie tylko na sankcje karne, ale także na żadne inne ujemne konsekwencje prawne, dyscyplinarne, materialne czy zawodowe» (n. 74).

Wiemy dobrze, że «nie zawsze jest łatwo iść za głosem sumienia w przestrzeganiu prawa Bożego (...). Trzeba niekiedy heroicznego męstwa, by pozostać wiernym wymaganiom moralnym. Trzeba jednak jasno stwierdzić, że stała wierność prawdziwemu i prawemu sumieniu jest drogą do autentycznego rozwoju osoby ludzkiej» (Kongregacja Nauki Wiary, *Deklaracja o przerywaniu ciąży*, n. 24).

Drodzy Uczestnicy i Organizatorzy Konferencji, życzę Wam nie tylko owocnych obrad, ale także wierności swojemu sumieniu, w którym rozbrzmiewa głos Boga (Por. *Gaudium et spes*, 16). Bł. Jan Paweł II wzywał często, abyśmy byli ludźmi sumienia nie godząc się na zło, a pomnażając dobro (Por. Jan Paweł II, Homilia, Skoczów, 22 maja 1995).

Z modlitwą i błogosławieństwem na odważną służbę dobru i prawdzie,

+ 

✠ Abp. Zygmunt Zimowski
Przewodniczący Papieskiej Rady ds. Służby Zdrowia
i Duszpasterstwa Chorych

CZEŚĆ I

PERSPEKTYWA RELIGIJNA I ETYCZNA

KATEGORIA SUMIENIA W ETYCE

Poniższe refleksje mają charakter wprowadzający w tym sensie, że jeśli w niniejszej monografii ma być mowa o sprzeciwie sumienia w praktyce medycznej, to najpierw trzeba powiedzieć, jak się rozumie sumienie. Jest to termin dostatecznie popularny, by obrósł całą gamą różnych interpretacji. Nie sposób tu wiele z nich przywoływać; krytyczna ich prezentacja nie zmieściłaby się w ramach takiego wprowadzającego referatu, a poza tym niewiele by z niej wynikało dla głównego tematu konferencji. Proponuję więc na początku przywołanie dwóch koncepcji sumienia, które – choć dość rozpowszechnione – są moim zdaniem nietrafne i nieprzydatne w kontekście dyskusji na temat sprzeciwu sumienia, by następnie więcej uwagi poświęcić temu rozumieniu sumienia, które uważam za najcelniejsze i które okazuje się ważne we wspomnianym kontekście.

1. Sumienie jako Super-ego

Autorem takiego rozumienia sumienia jest oczywiście Zygmunt Freud. Jak wiadomo, odróżnił on w ludzkiej naturze sferę „Id” (Ono), „Ego” (Jaźń) oraz „Super-ego” (Nadjaźń). Id to sfera wrodzonych popędów, kierujących się za-

* Ks. prof. dr hab. n. filozof., Katedra Etyki, Wydział Filozofii Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II. W latach 1998-2004 Rektor KUL.

sadą przyjemności. Ich zaspokojenie dokonuje się w sferze Ego: świadomego i praktycznego działania, kierującego się zasadą realizmu. „Pod wpływem nacisku społecznej moralności, Id kształtuje trzecią sferę osobowości człowieka, Superego (Nadjaźń). Powstaje ono przez akceptację niektórych społecznych zasad moralnych i norm postępowania, przez ich internalizację”¹. Właśnie tak rozumiane Superego utożsamiane jest niekiedy z sumieniem. Rzeczywiście, trudno zaprzeczyć, że na kształt osobowości człowieka (zwłaszcza dziecka) wielki wpływ ma opinia i przykład rodziców, wychowawców i całego otoczenia społecznego, które „podpowiada” człowiekowi, co powinien cenić, a co odrzucać, jakie zasady postępowania przyjąć itd. Jeśli jednak sumienie zostanie zredukowane do zinternalizowanego zespołu norm „wpisanych” w Superego przez społeczne otoczenie, to – przy całej głębokiej różnicy pomiędzy psychoanalizą a behawioryzmem – sumienie traktowane jest jako instrument, przy pomocy którego owo otoczenie steruje człowiekiem. Odebrana mu jest w ten sposób podmiotowość, zdolność do jego własnej oceny, także do własnego sprzeciwu wobec prawnie zdefiniowanych jego obowiązków. Ewentualny sprzeciw sumienia traktowany być musi jako sygnał niespójności norm, jakie otoczenie społeczne usiłuje „wdrukować” w myślenie i postępowanie jednostki.

2. Sumienie jako uczucie

Klasykiem przedstawicielem takiego pojmowania sumienia – a raczej w ogóle moralnych ocen – jest D. Hume. W najbardziej znanym i doniosłym swym dziele z dziedziny etyki, *Traktacie o naturze ludzkiej*, Hume tytułuje jeden z rozdziałów „Rozróżnienia moralne nie wywodzą się z rozumu”². Rozum jest wprawdzie pożyteczny, ponieważ „może dostarczyć wiedzy o środkach do rozstrzygnięć moralnych, ale nigdy nie dostarczy wiedzy o celach”³. Rozum

¹ T. Tomaszewski, *Główne idee współczesnej psychologii*, Warszawa 1986, s. 80. Por. cały rozdział tej książki poświęcony psychoanalizie (s. 71-118), por. też: J. Koziński, *Koncepcje psychologiczne człowieka*, Warszawa 1977, s. 97-182; B. Bettelheim, *Freud i dusza ludzka*, przeł. D. Danek, Warszawa 1991, K. Jankowski, *Od psychologii biologicznej do humanistycznej*, Warszawa 1975. Niektórzy komentatorzy Freuda traktują Superego jako część Ego, ale tymi zagadnieniami nie musimy się tu zajmować.

² D. Hume, *Traktat o naturze ludzkiej*, tłum. Cz. Znamierowski, t. II, Warszawa 1963, s. 244.

³ S. Jedynak, *Hume*, Warszawa 1974, s. 76. W sprawie etyki D. Hume’a, a zwłaszcza roli uczuć i rozumu, por. oprócz monografii S. Jedynaka m.in.: M. Rutkowski, *Rola rozumu*

bowiem jest odkrywaniem prawdy lub fałszu, zaś uczucia to pierwotne fakty, samoistne same w sobie, o których nie można orzekać, czy są prawdziwe czy fałszywe, zgodne lub niezgodne z rozumem”⁴. Hume poświęca wiele uwagi poszczególnym uczuciom, zwłaszcza życzliwości i sprawiedliwości, odrzuca – w nawiązaniu zwłaszcza do uczucia życzliwości – egoizm⁵, ale zdecydowanie opowiada się za uznaniem uczuć za źródło naszych przekonań i fundamentalnych decyzji moralnych. Emocjonalna interpretacja naszych moralnych przekonań dopuszcza możliwość sprzeciwu sumienia, które „buntuje się” przeciw prawnie zatwierdzonym normom postępowania, jest to jednak sprzeciw słaby. Uczucia poszczególnych obywateli bywają różne, podległe są różnorodnym perswazjom i fluktuacjom, nade wszystko jednak sprowadzenie sądów moralnych do płaszczyzny uczuć pozbawia je racjonalności i odbiera możliwość uzasadnienia naszych moralnych przekonań. Oczywiście tym przekonaniom towarzyszy silna aura emocjonalna i nie jest to dziwne, ponieważ aura ta wiąże się zawsze ze sprawami odnoszonymi się do naszego życia i postępowania, do określenia sensu i wartości całego życia człowieka. Jeśli jednak potrafimy nasze przekonania poddawać krytycznej refleksji, a niekiedy je zmieniać; jeśli odwołujemy się do argumentów stojących za tymi przekonaniem; jeśli wahamy się niekiedy niezdecydowani, jak w danej sytuacji powinniśmy postąpić; jeśli w imię sprawiedliwości uznajemy za słuszne działanie, które skądinąd sprzeciwia się naszym spontanicznym uczuciom sympatii lub antypatii – to tego rodzaju dość powszechne przeżycia i doświadczenia pokazują, iż przekonania te mają swoją racjonalną podstawę, która sięga głębiej, niż sfera uczuć. Tu także powraca kwestia podmiotowości człowieka: o ile w psychoanalizie (a wyraźniej jeszcze w behawioryzmie) podmiotowość ta odebrana zostaje człowiekowi na rzecz manipulującego nim społeczeństwa, o tyle w emocjonalnej interpretacji moralnych przekonań (w tym zwłaszcza sądów sumienia) człowiek staje się terenem gry swoich uczuć. Podmiotowość, a więc zdolność do kierowania własnym postępowaniem, musi być ugruntowana w rozumnej naturze człowieka, w jego zdolności do poznania prawdy i kierowania się nią w życiu. Hume potraktował rozum zbyt instrumentalnie, nie dostrzegając jego roli także w kształtowaniu

w decyzjach moralnych. Etyka Davida Hume’a, Wrocław 2001, A.J. Ayer, *Hume*, New York 1980, s. 75-96; J. Harrison, *Hume’s Moral Epistemology*, Oxford 1976, A. MacIntyre, *Hume’s Ethical Writings*, Notre Dame – London 1965.

⁴ D. Hume, *Traktat*, s. 44 i n. Por. M. Rutkowski, *Rola rozumu*, s. 71.

⁵ Por. S. Jedynak, *Hume*, s. 77-87.

sfery uczuciowej⁶. Do dyskusji z obu przywołanymi tu interpretacjami sumienia powrócimy niżej.

3. Sumienie jako akt rozumu

Nawiążę tu zwłaszcza do myśli św. Tomasza z Akwinu. Na początku jednak przywołam te intuicje znaczeniowe, które wiążą się z relacją pomiędzy sumieniem a jego podmiotem. Zauważmy, że przy całej swej zwodniczej popularności, **sumienie jest terminem teoretycznym** – w tym sensie, że nie odnosi się do żadnego prostego, łatwo uchwytnego przedmiotu ani jego cechy. Ściśle biorąc, nie jest także przeżyciem lub innego typu stanem psychicznym, dostępnym do świadczaniu wewnętrznemu. Owszem, mówimy o poczuciu winy i związanymi z nim wyrzutami sumienia lub o przeżyciu powinności dokonania określonego czynu, doznajemy uczucia niepewności, gdy nie wiemy, jak się powinniśmy w danym momencie zachować – ale we wszystkich tych i podobnych sytuacjach sumienie zdaje się ukrywać za przeżyciami. Nie sposób uchwycić go wprost, bez tej przeżyciowej „oprawy”, ale też się ono do niej nie sprowadza. Raczej odwrotnie: to osąd sumienia wywołuje w nas przeżycie (poczucie) winy, a trudność w sformułowaniu owego osądu sprawia, że męczą nas moralne wątpliwości i skrupuły.

Ale gdy usiłujemy sięgnąć poprzez przeżycia do samego sumienia, to jego odrębność zdaje się rozplýwać, ustępując niejako miejsca samemu podmiotowi. Powiadam na przykład: „Sumienie wyrzuca mi, że skrzywdziłem studenta na egzaminie”. Cóż to dokładnie znaczy? Czy nie jest to tylko nieco okrężny sposób wyznania, że to ja sam uświadamiam sobie z przykrością zło, które popełniłem? Szczera świadomość dokonanej krzywdy wyraża się gotowością jej naprawienia. I znów – mogę ją wyrazić słowami: „Sumienie każe mi to a to uczynić (np. poprawić stopień w indeksie)”, ale czy nie lepiej powiedzieć po prostu, że to ja poczuwam się do obowiązku korekty swej niesprawiedliwej oceny? Bywa, że nie wiemy, jak powinniśmy postąpić. Mówimy wówczas o niepokojach sumienia, jak gdyby było ono „kimś w człowieku”, a chodzi przecież w gruncie rzeczy o niepokoje samego człowieka. To traktowanie sumienia, jak gdyby

⁶ Por. krytykę stanowiska Hume’a przedstawioną w cyt. książce M. Rutkowskiego. Por. też: K. Wojtyła, *O kierowniczej lub służebnej roli rozumu w etyce na tle poglądów św. Tomasza z Akwinu, Hume’a i Kanta*, w: tenże, *Zagadnienie podmiotu moralności*, Lublin 1991, s. 213-230.

było „kimś we mnie”, nie zadomowiło się w języku potocznym przypadkiem. „Upodmiotowiając” sumienie chcę opisać jakoś szczególną sytuację, w której moje postępowanie i ja sam podlegam swej własnej ocenie. To ja, nie zaś mityczne sumienie, jestem tej oceny autorem, będąc jednocześnie jej przedmiotem. I właśnie dla podkreślenia tej podwójnej roli, w jakiej stawiam siebie, gdy sam siebie (swoje postępowanie) oceniam, sytuujemy sumienie niejako poza, czy raczej ponad sobą.

Nie dziw więc, że mówimy niekiedy **tak, jakby** sumienie stało ponad nami, że traktujemy je jako „głos z góry”. Trzeba się bliżej przyjrzeć tej szczególnej „pretensji” sumienia, nie zapominając jednak, że jest to zarazem dosłownie i najściślej „głos” samego człowieka o tym, co on sam powinien czynić. Na „dwupiętrowość” sumienia naprowadza nas zresztą także tradycyjny łaciński termin *con-scientia* – i to naprowadza precyzyjnie. Nie tyle bowiem zdaje on sprawę z potocznego sposobu traktowania sumienia – po części trafnego, ale podatnego na uproszczenia – ile raczej wskazuje na to, co pozwala człowiekowi występować w owej podwójnej, podmiotowo-przedmiotowej roli. Podstawą tej możliwości jest mianowicie **rozum**: zdolność do intelektualnego poznania. W akcie poznania dystansują się bowiem wobec przedmiotu poznania – co nie znaczy bynajmniej, że się od niego oddalam. Raczej przeciwnie: jako poznający podmiot otwieram się nań; otwieram się i ubogacam, czynię niejako „swoim” to, co poznałem. Tym niemniej, otwarcie to jest możliwe tylko wtedy, gdy odróżniam siebie jako poznający podmiot od tego, co poznaję.

Otóż intelektualne poznanie odnosi się do bytu: każdego bytu, wszystkiego, co istnieje. Poznając cokolwiek formułuję **sąd w sensie logicznym**, to znaczy: stwierdzam jakąś prawdę o poznawanej rzeczywistości, uznaję poznany stan rzeczy za prawdziwy. Dlatego św. Tomasz powiada, że przedmiotem intelektu jest wszelki byt, czy też prawda o nim⁷. Przedmiotem mego poznania mogą więc być także moje własne czyny, mogą być i ja sam. To właśnie dzieje się w akcie sumienia: podmiot w określony sposób poznaje swe czyny i siebie poprzez te czyny, już dokonane lub mające się dokonać.

„Con-scientia” znaczy dosłownie: „współ-wiedza”, choć tłumaczona bywa często na „świadomość”, szczególna to bowiem wiedza i szczególny jej związek z innymi typami wiedzy. Jedno jest w każdym razie pewne: określenie sumienia jako pewnego rodzaju wiedzy podkreśla istotnie **poznawczy charakter jego aktów**. J. Woroniecki zwraca uwagę, że w większości języków indoeuropejskich zachowany został ów „intelektualny (świadomościowy) źródłosłów” sumienia⁸.

⁷ „Objectum intellectus est ens, vel verum commune”, S.Th. I q.55 a.1.

⁸ J. Woroniecki, *Katolicka etyka wychowawcza*, t. 1, Lublin 1986, s. 113.

Taka zgodność w doborze terminu na oznaczenie sumienia zdaje się świadczyć o tym, że świadomościowy, poznawczy rys jest dla niego istotny, ponieważ najkrócej je definiujący.

I właśnie ten intelektualny charakter aktów sumienia bywa dziś często, wprost lub pośrednio podważany, co pociąga za sobą daleko idące następstwa dla rozumienia całej moralności i etyki. Nie bez silnego wpływu mentalności pozytywistycznej, skłonnej zawężać zakres orzekania prawdy i fałszu do dziedziny czystej logiki i opisu zmysłowo dostępnej rzeczywistości, próbuje się interpretować akty sumienia w kategoriach emocjonalnych, nie zaś racjonalnych. Owszem, powiada się, nikt nie przeczy, że **przeżywamy** nasze akty sumienia tak, jakbyśmy dobro i zło naszych czynów „widzieli”. Wiadomo jednak, jak różnie różni ludzie zło i dobro postrzegają. Psychologowie dość gruntownie przebadali mechanizm uwewnętrznienia nakazów i kwalifikacji wartościujących, jakie społeczeństwo wpaja jednostce. Stąd już krok tylko do uznania, że wszelkie nasze przekonania moralne są ostatecznie kształtowane przez środowisko społeczne, które „wygrywa” różnorakie potrzeby i pragnienia jednostki, nie zawsze zresztą przez nią uświadamiane – i w ten sposób ją formuje.

Zwróćmy jednak uwagę, że wychowanie w takim wypadku nie różni się istotnie od tresury. Chcąc, dajmy na to, „nauczyć” psa, by nie ruszał mięsa przeznaczonego dla ludzi, odnoszę się do niego tak, jakby pies jedząc ze stołu zawinił – i przeciętnie inteligentne zwierzę po niedługim czasie reaguje w pożądanym sposobie, okazując „skrucę”, gdy zdarzy mu się przekroczyć zakaz pana. Otóż ten, kto odmawia aktom sumienia racjonalności, podobnie traktuje wychowanie: nie jako proces, który pomoże wychowankowi **dojrzeć** moralnie poprzez – znamieną to dwuznaczność – dojrzenie (zobaczenie) wartości swego czynu, lecz jako technikę kształtującą reaktywność emocjonalną „wychowanka” w pożądanym przez „wychowawcę” sposobie. Psa można przy tym równie dobrze nauczyć tego, by nie ściągał jadła ze stołu, jak i tego, by jadł wyłącznie z niego. O sposobie reagowania na określony nakaz decyduje nie jego treść, a technika tresury. Nie inaczej miałyby się rzecz z naszymi przekonaniem moralnymi: można je w zasadzie ukształtować dowolnie, wedle zamysłu „wychowawcy”. Łatwo zauważyć, że tego rodzaju tresura polega na swoistym oszustwie: na „w mówieniu” wychowankowi, co dobre a co złe w taki sposób, by nie zauważył lub zapomniał, że są to w gruncie rzeczy opinie nie jego, a wychowawcy-tresera.

Oczywiście, da się tak tresować człowieka i nierzadko tak się czyni. Rzecz w tym jednak, czy jest to jedyny sposób oddziaływania na ludzkie postawy i czy rzeczywiście prowadzi on do jego moralnej – a wobec tego i społecznej – dojrzałości. Przeciwnicy utożsamiania *superego* z sumieniem podkreślają, że o ile *superego* „zamyka” człowieka w świecie stereotypowych zachowań i reakcji

emocjonalnych, opornych wobec wszelkiej krytycznej refleksji, o tyle sumienie przeciwnie: jest otwarte na wartości, które je kształtują⁹. Owszem, wartości te dostrzega i docenia człowiek dzięki pomocy i za pośrednictwem innych. Owszem, uznanie bądź odrzucenie przezeń wartości pociąga za sobą „nagrodę” w postaci przyjęcia go przez społeczeństwo bądź „karę” odrzucenia. Ale to są warunki lub okoliczności aktów sumienia, do których nie można go bez reszty sprowadzić. Swą oporność względem wielorakich socjo-technik manifestuje ono szczególnie wyraźnie wtedy, gdy skłania człowieka do przeciwstawiania się innym ludziom w imię tych wartości, które mu oni kiedyś ukazali. Ceniśmy Sokratesa, św. Tomasza Morusa, Gandhiego i im podobnych nie za to, że uparli się narzucić otoczeniu swoją hierarchię wartości, tyle że się to im nie udało i dlatego zginęli. Ceniśmy ich, a nawet uważamy za bohaterów, ponieważ nie ugięli się pod presją społecznych nacisków i głosili prawdę, którą sami dostrzegli i którą winni dostrzec i uznać wszyscy.

Cóż to za prawda, którą tak trudno dostrzec, a jeszcze trudniej być jej wiernym? Odpowiedź wydać się może prowokacyjnie prosta, choć odślania ona fundamentalną strukturę sumienia. Odpowiedź ta brzmi: **każda** prawda domaga się takiej wierności. Każdy, najbardziej banalnie brzmiący sąd w rodzaju: „Dzisiaj jest chłodno” albo „ $2 + 2 = 4$ ”, nakłada na tego, kto żywi ów sąd, obowiązek wierności stwierdzonej w nim prawdzie.

Nie odczuwamy zazwyczaj moralnego ładunku zawartego w uznaniu takich prostych zdań, ponieważ w normalnych warunkach respekt dla wypowiedzianej w nich prawdy jest łatwy, nic nas nie kosztuje. Ale bywają warunki nienormalne, a wówczas postulat wierności prawdzie **jako prawdzie** objawia swą moc – i to objawia tym głębiej, im prostsze prawdy wchodzą w grę. W latach 50-tych ub. wieku, przypomnijmy, kazano nauczycielom logiki uznać zasadę niesprzeczności za fałszywą, w imię jej rzekomej niezgodności z dialektyką heglowsko-marxistowską. Pamiętam też, jak dla redaktora Dziennika TV nawet prognoza pogody stanowiła czasem problem, gdy mogła np. odwieść ludzi od udziału w pochodzie 1-Majowym. Czym się tłumaczy zakłopotanie i zawstydzenie tych, którzy w takich sytuacjach „retuszują” prawdę, czyli po prostu bardziej lub mniej wyraźnie kłamią? Przecież nie działa się nikomu wielka krzywda, gdy aura okazała się brzydsza, niż zapowiadano. Ale właśnie na takich przykładach najlepiej widać, jak niewierność własnym przekonaniom, niezależnie od tego, czy i jak wielkie szkodliwe skutki zewnętrzne pociąga ona za sobą, stanowi zdradę samego siebie; jest aktem sprzeniewierzenia się sobie jako istocie racjonalnej,

⁹ Por. J.W. Glaser, *Conscience and Superego: A Key Distinction*, w: *Conscience. Theological and psychological perspectives*, red. C.E. Nelson, New York 1973, s. 167-188.

czyli kierującej się w postępowaniu poznana przez siebie prawdą. O tych, którzy pomimo trudności żyją zgodnie ze swymi przekonaniem powiadamy, że są po prostu **wierni sobie**. Jest to bodaj najkrótsza formuła wskazująca, iż respekt dla prawdy – zgodnie z tym, jak ją podmiot dostrzega – stanowi nieodzowny warunek zachowania jego tożsamości jako człowieka¹⁰.

A także warunek szacunku dla siebie samego. To właśnie każe człowiekowi protestować przeciw niszczeniu siebie samego poprzez postępowanie niezgodne ze swą rozumną naturą. Tu także mamy do czynienia z prawdą: prawdą o sobie, o własnej wartości, którą człowiek poznaje – i to poznaje jako moralnie zobowiązującą do takiego działania, które tę wartość potwierdza i utwierdza. Sumienie reagujące dezaprobatą na postępowanie niegodziwe okazuje się więc strażnikiem godności człowieka – i jest nim przez to właśnie, że przywołuje go do prawdy o nim samym oraz nakazuje mu żyć na miarę tej prawdy.

4. Sumienie i prawo

Ten sam respekt dla prawdy – w tym zwłaszcza dla prawdy o szczególnej wartości osoby – określa moralnie właściwy stosunek do innych osób, uznanie przysługujących im praw, które wypływają z prawdy o człowieku: z tego, kim on w istocie jest i jakie dobra go w jego człowieczeństwie potwierdzają i umacniają. Postulat poszanowania innych wynika z uznania, że nie tylko ja sam, ale każdy człowiek – jako rozumnie wolny podmiot swego życia – ma prawo i obowiązek dążyć do tego dobra, które uznał za prawdziwe i sobie „naprawdę” odpowiadające. Z kolei nakaz poszanowania życia ludzkiego płynie z elementarnej konstatacji, że życie stanowi fundamentalne dobro człowieka, bez którego nie jest on w stanie do czegokolwiek dążyć, dokonać jakiegokolwiek samorealizacji. Inaczej mówiąc, że człowiek ma prawo do wolnego stanowienia o sobie i ma prawo do życia. Pierwsze prawo chroni to, co dlań specyficzne: jego rozumną wolność. Drugie – to, co stanowi konieczny warunek wolnego samostanowienia: jego życie.

Tak oto **prawda jest podstawą prawa**; prawa – uprawnienia (*ius*), któremu odpowiada prawo – *lex*, zobowiązujące innych do respektowania uprawnień każdej ludzkiej osoby. Poszczególne uprawnienia wydobywają i sytuują w społecznym kontekście poszczególne aspekty ludzkiego życia osobowego. Wydoby-

¹⁰ Więcej na ten temat, por.: T. Styczeń, *Wolność w prawdzie*, Rzym 1988.

wają je – by tak rzec – normatywnie, przez co dochodzi do głosu wspomniane, fundamentalne dla rozumienia wszelkiego prawa, przekonanie o wartości (godności) człowieka. Nie ulega wątpliwości, że sama idea sprawiedliwości ma znaczenie ściśle moralne: odwołuje się do tej „normatywnej prawdy” o człowieku, której ignorowanie pociąga za sobą nieszczęście zarówno ofiary niesprawiedliwości, jak i jej sprawcy. Na tak rozumianą ideę sprawiedliwości, leżącą u podstaw prawa stanowionego i wyznaczającą jego sens, powołuje się każdy, kto w imię sprawiedliwości postuluje zamianę jednego przepisu prawnego na inny, albo w imię sprawiedliwości piętnuje niepraworządność, albo – znów w imię sprawiedliwości – ocenia jakiś system prawny jako „zalegalizowane bezprawie”. We wszystkich tych przypadkach odróżniamy ideę sprawiedliwości od ocenianych w jej świetle szczegółowych przepisów prawnych. W tym sensie prawo stanowione zbudowane jest na fundamencie moralnym, wbrew temu, co głosi pozytywizm prawny: jeszcze jedna doktryna programowo ignorująca racjonalny charakter moralności i sprowadzająca człowieka do statusu zwierzęcia podatnego jedynie na tresurę.

W tradycji klasycznej tę podstawę prawa stanowionego nazywano prawem naturalnym. Św. Tomasz określał je jako uczestniczenie Boskiego wiecznego prawa w rozumnej naturze ludzkiej, albo jako odbłask boskiego światła w nas¹¹. W określeniu Akwinaty przywołana zostaje najpierw przygodność człowieka, która każe traktować to, co znajdujemy w jego naturze, jako koniec końców pochodzące od Boga samego. Ale definicja Tomaszowa nie mniej silnie podkreśla rangę naszego rozumu, który poznając prawidłowości ludzkiego bytu i działania, ma udział w świetle umysłu samego Boga. Trudno o bardziej związane ukazanie zarówno podporządkowania ludzkiego rozumu Boskiemu prawu, jak i niezwyklej wielkości tego rozumu, przez który przemawia sam Bóg.

Prawo jednak – tak pozytywne, jak i naturalne – z istoty swej ogólne, domaga się aplikacji do konkretnego przypadku, uwzględniającej jego sytuacyjnie zdeterminowany, niepowtarzalny charakter. Aplikacja ta dokonuje się właśnie w sumieniu: w akcie poznania, co tu i teraz czynić należy. Tę funkcję sumienia pojmowano niekiedy w sposób zbyt uproszczony, traktowano je jak swoistą „maszynkę” pozwalającą dość mechanicznie, pewnie i bezbłędnie, według reguł tzw. sylogizmu praktycznego, uzyskać z ogólnych przesłanek pożądaną szczegółową konkluzję. Tymczasem wiadomo, ile trzeba wrażliwości i inteligencji, by trafnie poznać właściwy sposób zachowania w konkretnej, złożonej sytuacji. Wiemy też, jak trudno ująć to rozeznanie w sztywne i klarowne reguły wnioskowania.

¹¹ S.Th. I-II q.91 a.2.

Raczej intuicyjnie chwytamy, jak powinniśmy postąpić, niż dokonujemy systematycznej i logicznie uporządkowanej refleksji.

Niekiedy posłuszeństwo temu własnemu sumieniu wiele nas kosztuje. Bywa, że ulegamy wówczas pokusie samooszukiwania: udawania, że nie widzemy tego, co tak naprawdę widzemy. Pokusa to tym większa, że nikt poza samym podmiotem nie jest w stanie odróżnić błędu rzeczywistego od udawanego. Ale nieuczciwość mści się na człowieku swoistą „korozją moralną”, z której odwrót bywa bardzo trudny. Słyszemy się czasem, że głosu sumienia nic nie jest w stanie zagłuszyć. Nie wiem, czy nie jest to nazbyt optymistyczna opinia; optymistyczna – bo choć wyrzuty sumienia bywają dręczące i trudne do zniesienia, to jednak one właśnie uświadamiają człowiekowi potrzebę nawrócenia i jego kierunek. Dla „zneutralizowania” owych wyrzutów wypracowaliśmy całą gamę sposobów ich zagłuszania; tak skutecznych mechanizmów samo-znieprawienia, że niekiedy wszystkich wokół bije w oczy czyjaś nieprawość, tylko dla samego jej sprawcy jest ona zakryta. Tradycja arystotelesowsko-tomistyczna dobrze знаła te trudności i pokusy, gdy podkreślała szczególne znaczenie roztropności jako cnoty dobrze uformowanego, prawego sumienia, stanowiącej zarazem „woźnicę” wszystkich cnót: *auriga virtutum*.

Bywa, że przeciwstawiamy się uznanemu autorytetowi – ale i wówczas staramy się ukazać racje, dla których nie możemy pójść za jego wskazaniem; racje, to znaczy jakąś prawdę o człowieku, która w imię jego godności przybiera postać prawa. Tu właśnie ma swe usprawiedliwienie idea sprzeciwu sumienia w imię prawdy o człowieku, która w przekonaniu podejmującego ten sprzeciw nie jest dostatecznie respektowana przez aktualnie obowiązujące prawo pozytywne.

* * *

Trudno mi znaleźć lepsze podsumowanie niniejszych rozważań, niż słowa wyjęte z Konstytucji soborowej *Gaudium et spes*: „W głębi sumienia człowiek odkrywa prawo, którego sam sobie nie nakłada, lecz któremu winien być posłuszny i którego głos wzywający go zawsze tam, gdzie potrzeba, do miłowania i czynienia dobra a unikania zła, rozbrzmiewa w sercu nakazem: czyn to, tamtego unikaj. Człowiek bowiem ma w swym sercu wypisane przez Boga prawo, wobec którego posłuszeństwo stanowi o jego godności i według którego będzie sądzony. Sumienie jest najtajniejszym ośrodkiem i sanktuarium człowieka, gdzie przebywa on sam z Bogiem, którego głos w jego wnętrzu rozbrzmiewa. Przez sumienie dziwnym sposobem staje się wiadome to prawo, które wypełnia się miłowaniem Boga i bliźniego. Przez wierność sumieniu chrześcijanie łączą się

z resztą ludzi w poszukiwaniu prawdy i rozwiązywaniu w prawdzie tylu problemów moralnych, które narzucają się tak w życiu jednostek, jak i we współżyciu społecznym. Im bardziej więc bierze górę prawe sumienie, tym więcej osoby i grupy ludzkie unikają ślepej samowoli i starają się dostosować do obiektywnych norm moralności. Często jednak zdarza się, że sumienie błądzi na skutek niepokonalnej niewiedzy, ale nie traci przez to swojej godności. Nie można jednak tego powiedzieć w wypadku, gdy człowiek niewiele dba o poszukiwanie prawdy i dobra, a sumienie z nawyku do grzechu powoli ulega niemal zaślepieniu (KDK 16).

The Category of Conscience in Ethics

S u m m a r y

The author elaborates St. Thomas Aquinas' concept of conscience as an act of practical reason. Conscience so understood is, in fact, the voice of an entity assessing his or her own actions, both completed and intended. Conscience as a practical judgement guarantees the subjective autonomy of the human being as well as helping tell the difference between the education of conscience (education to achieve the the fullness of humanity) and the training of conscience appealing to a conscience lacking in rationality. Of significance for the proper formation of conscience is the respect for all and any truth. Crucial is the truth about the human being and his or her personal dignity. This normative truth about the person is contained in the concept of natural law guiding the process of shaping the human judgement of conscience. In this sense, conscience is a guardian of the dignity of a personal subject. On the other hand, natural law, through the idea of justice, underlies man-made law (positive law). Conscientious objection against this law is founded on the sense of discrepancy between positive and natural law.

Tłumaczenie: Konrad Szulga

KOŚCIÓŁ KATOLICKI A KONTROWERSYJNE MORALNIE PROCEDURY MEDYCZNE

S przeciw sumienia pracownika służby zdrowia ma u swoich podstaw konflikt między obowiązkiem zachowania zgodnego z prawem stanowionym a powinnością moralną wskazywaną przez sumienie. Podejmując rozważania nad dylematami lekarzy, pielęgniarek, farmaceutów czy diagnostów laboratoryjnych, warto zadać pytanie o treść nauczania Kościoła katolickiego w odniesieniu do procedur medycznych budzących nieustannie żywą polemikę. Te kontrowersyjne moralnie procedury to przede wszystkim wspomagana reprodukcja, antykoncepcja hormonalna, aborcja, diagnostyka prenatalna i eutanazja. Kluczem do zrozumienia rozterek sumienia pracowników służby zdrowia wyznających wiarę katolicką jest świadomość prawd i wartości, jakie niezmiennie przekazywane są przez Kościół. Dlatego też prawdy o świętości ludzkiego życia i szczególnej godności ludzkiej prokreacji stanowią punkt wyjścia niniejszej wypowiedzi.

* Ks. dr n. hum., Zakład Etyki i Filozofii Człowieka, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

Szczególna godność ludzkiego życia i prokreacji

Jedną z najbardziej podstawowych prawd, jakie Kościół odczytuje z Bożego Objawienia, jest świętość ludzkiego życia. Wyjątkowa godność życia człowieka, wypływa z jego boskiego źródła oraz pozostawania w nieustannej relacji do Boga. Jan Paweł II stwierdza: „Życie ludzkie jest święte, ponieważ od samego początku domaga się «stwórczego działania Boga» i pozostaje na zawsze w specjalnym odniesieniu do Stwórcy, jedyne swego celu. Sam Bóg jest Panem życia, od jego początku aż do końca. Nikt, w żadnej sytuacji, nie może rościć sobie prawa do bezpośredniego zniszczenia niewinnej istoty ludzkiej”¹. Kościół katolicki nieustannie przypomina o nienaruszalności życia człowieka od poczęcia do naturalnej śmierci oraz apeluje do pracowników służby zdrowia o ochronę tego życia na każdym etapie rozwoju, niezależnie od jego psychofizycznej jakości².

W kontekście dyskusji nad wspomaganą reprodukcją do głosu dochodzi kolejna prawda zawarta w Objawieniu, jaką jest wyjątkowa godność ludzkiej prokreacji³. Jan Paweł II przypomina, że „u początku każdej osoby ludzkiej znajduje się stwórczy akt Boga: żaden człowiek nie przychodzi na świat przez przypadek; jest on zawsze wyrazem stwórczej miłości Boga”⁴. Bóg czyni mężczyznę i kobietę współpracownikami w dziele stwarzania. Stają się oni niejako „współtwórczycielami”, ponieważ decyzja o powołaniu do życia nowego człowieka powierzona zostaje ich odpowiedzialności. Wyrazem odpowiedzialnej współpracy ze Stwórcą jest uprzednie zaakceptowanie całego Bożego zamysłu dotyczącego przekazywania życia. Chodzi tu najpierw o zagwarantowanie optymalnych warunków rozwoju dla mającego począć się dziecka, czyli utworzenia stabilnego układu partnerskiego rodziców, jakim jest związek małżeński. Kolejnym elementem jest afirmacja osobowej godności dziecka, która rzutuje na całość relacji pomiędzy rodzicami i potomstwem. Osobowa godność dziecka zabrania m.in. traktowania go jako „środka” do zaspokajania pragnień rodziców,

¹ Jan Paweł II, *Evangelium vitae – o wartości i nienaruszalności życia ludzkiego* (25.03.1995), n. 62, w: *W trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*, red. K. Szczygieł, Tarnów 1998, s. 41-134.

² Zob. Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Karta pracowników Służby Zdrowia*, w: *W trosce o życie*, s. 549-627.

³ Tamże, n. 21.

⁴ Jan Paweł II, *Przemówienie do kapłanów uczestniczących w symposium „Odpowiedzialne rodzicielstwo”* (17.09.1983), w: *Insegnamenti di Giovanni Paolo II*, t. VI/2, Città del Vaticano 1982, s. 562.

nawet jeśli te same w sobie są bardzo szczytne. Małżonkowie mogą i powinni współpracować z Bogiem w celu poczęcia potomka, ale nie mają moralnego prawa do posiadania dziecka „za wszelką cenę” lub zdobywania go wszystkimi dostępnymi metodami. Dziecko nie może być traktowane jako własność, ale jako dar, który na pewien czas został powierzony ich rodzicielskiej trosce. Jedynym adekwatnym odniesieniem rodziców do dziecka jest miłość. Pierwszym akordem tej relacji staje się wydarzenie poczęcia, które winno dokonać się w kontekście miłości oblubieńczej. Chodzi tu o akt jedności cielesnej i duchowej małżonków, którego w żaden sposób nie zakłóca ingerencja osób trzecich⁵. Prokreacja nie jest wyłącznie procesem biologicznym, gdyż „życie ludzkie i zadanie przekazywania go nie ograniczają się tylko do perspektyw doczesności, i nie mogą tylko w niej samej znajdować swego wymiaru i zrozumienia, lecz mają zawsze odniesienie do wiecznego przeznaczenia ludzkiego”⁶. Przekazanie życia jest więc wydarzeniem, które ma istotne znaczenie dla zbawienia rodziców i ewentualnie innych osób biorących w nim udział.

Szczególna godność ludzkiego życia i prokreacji to dwie istotne prawdy zawarte w Bożym Objawieniu pozwalające nakreślić ogólne ramy sytuacji, w jakich u pracowników służby zdrowia, wyznających wiarę katolicką pojawia się sprzeciw sumienia. Po pierwsze, powinien on być wyrażony zawsze, gdy rozważane jest działanie prowadzące do zniszczenia biologicznego życia istoty ludzkiej. Po wtóre, należy go manifestować w odniesieniu do procedur medycznych naruszających naturalny proces przekazywania życia. Przedstawione poniżej rozważania stanowią komentarz i rozwinięcie tych dwóch ogólnych stwierdzeń.

Wspomagana reprodukcja

Analizując możliwość skorzystania przez pracownika służby zdrowia ze sprzeciwu sumienia w odniesieniu do procedur wspomaganej reprodukcji, warto przypomnieć słowa Jana Pawła II, jakie skierował do ginekologów i położników katolickich: „Kościół nie akceptuje żadnych metod inicjowania procesu rozrodczego poza w pełni ludzkim kontekstem, jakim jest owo spotkanie miłości, w którym poprzez wzajemny całkowity dar małżonkowie stają się jednym

⁵ Zob. Papińska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Karta pracowników*, n. 22-25.

⁶ Sobór Watykański II, *Gaudium et spes – Konstytucja duszpasterska o Kościele w świecie współczesnym*, n. 51, w: Sobór Watykański II, *Konstytucje. Dekrety. Deklaracje. Tekst polski*, red. M. Przybył, Poznań 2002, s. 526-606.

ciałem. (...) Magisterium Kościoła opiera swoją naukę na ustanowionym przez Boga nierozzerwalnym związku – którego człowiekowi nie wolno samowolnie rozrywać – między dwojakim znaczeniem tkwiącym w stosunku małżeńskim: między oznaczeniem jedności i oznaczeniem rodzicielstwa”⁷. Wypowiedź ta uświadamia pracownikowi służby zdrowia, że w walce z bezpłodnością są granice, których nie należy przekraczać, nawet jeśli współczesna technika daje szerokie możliwości działania. Ich przekroczenie będzie zawsze równoważne z naruszeniem jakiegoś dobra.

Na temat granic ingerencji medycznej u par zmagających się z niepłodnością wypowiedziała się Kongregacja Nauki Wiary w instrukcji *Dignitas personae*: „Jeżeli chodzi o leczenie bezpłodności, nowe techniki medyczne powinny uszanować trzy podstawowe dobra: a) prawo do życia i do integralności fizycznej każdej istoty ludzkiej od poczęcia aż do naturalnej śmierci; b) jedność małżeństwa, pociągającą za sobą wzajemne poszanowanie prawa małżonków do stania się ojcem i matką wyłącznie dzięki sobie; c) specyficznie ludzkie wartości płciowości, które wymagają, by przekazanie życia osobie ludzkiej nastąpiło jako owoc właściwego aktu małżeńskiego, aktu miłości między małżonkami”⁸. Dobro, jakim jest życie i integralność fizyczna człowieka, każą odrzucić lekarzowi wszystkie techniki, w których dochodziłoby do rozmyślnego niszczenia lub zamrażania ludzkich embryonów. Dobro definiowane jako „jedność małżeńska” nakazuje rezygnację z metod odwołujących się do użycia gamet dawcy. Z kolei szczególna godność ludzkiej prokreacji wymaga bezwzględnego odrzucenia procedur zapłodnienia *in vitro*.

O ile oficjalne nauczanie Kościoła jednoznacznie wyklucza dopuszczalność stosowania technik zapłodnienia *in vitro*⁹, a przez to nakłada na lekarza powinność moralną wyrażenia sprzeciwu sumienia wobec tych zabiegów, o tyle w kwestii pozostałych procedur wspomaganego rozrodu nie podaje definitywnych rozstrzygnięć. Pewną wskazówką dla pracownika służby zdrowia staje się wypowiedź Kongregacji Nauki Wiary zawarta w instrukcji *Donum vitae*: „Nie można dopuścić sztucznego zapłodnienia homologicznego wewnątrz małżeństwa za wyjątkiem przypadku, w którym środek techniczny nie zastępuje aktu mał-

⁷ Jan Paweł II, *Kościół otacza życie wielkim szacunkiem i wzywa do jego obrony. Przemówienie do uczestników kongresu Włoskiego Towarzystwa Ginekologii i Położnictwa (05.12.1992)*, n. 3, w: *W trosce o życie*, s. 242-244.

⁸ Kongregacja Nauki Wiary, *Dignitas personae – instrukcja dotycząca niektórych problemów bioetycznych (08.09.2008)*, n. 12, w: *W trosce o życie*, t. II, red. J. Brusilo, Tarnów 2012, s. 465-486.

⁹ Zob. Kongregacja Nauki Wiary, *Donum vitae – instrukcja o szacunku dla rodzącego się życia ludzkiego i o godności jego przekazywania (22.02.1987)*, II B 5, w: *W trosce o życie*, s. 360-385.

żeńskiego, lecz służy jako ułatwienie i pomoc do osiągnięcia jego naturalnego celu”¹⁰. Nawiązując do tej wypowiedzi, niektórzy myśliciele katoliccy próbują ustalać, jakie procedury oparte na wykorzystaniu wyłącznie gamet małżonków spełniają wymogi godziwości moralnej. Jednoznacznie wykluczają metodę IUHI (*Intrauterine Husband Insemination*), gdy zapłodnienie następuje w oderwaniu od aktu małżeńskiego. Zazwyczaj pozytywnie oceniają procedurę LTOT (*Low Tubal Oocyte Transfer*), gdzie działanie lekarza ogranicza się do niewielkiej ingerencji poprzedzającej naturalny akt małżeński, a negatywnie procedury GIFT (*Gamete Intrafallopian Transfer*) oraz TIUG (*Intra Uterus Gamete Transfer*), w których lekarz próbuje ułatwić zapłodnienie, manipulując gametami po akcie małżeńskim¹¹. Pracownik służby zdrowia powinien jednak pamiętać, że powyższe rozstrzygnięcia mają rangę prywatnych ocen moralistów i bioetyków, a nie są oficjalnym stanowiskiem całego Kościoła.

Antykoncepcja hormonalna

Trwające obecnie w wielu krajach kampanie na rzecz przyznania farmaceutom prawa do klauzuli sumienia, o co wyraźnie apelował również papież Benedykt XVI¹², przypominają palący problem moralny związany z antykoncepcją hormonalną. Kościół odwołując się do wyników badań biologicznych ostrzega, iż wiele pigułek przedstawianych jako antykoncepcyjne, w rzeczywistości „działa przez uniemożliwienie bądź to poczęcia, bądź też zagnieżdżenia się zapłodnionego jaja, czyli osobnika gatunku ludzkiego. (...) Kobieta używająca pigułki tego rodzaju, albo innych nowych metod antykoncepcji hormonalnej, nigdy zatem nie może znać dokładnie skutków swoich działań, zwłaszcza zaś tego, czy nie

¹⁰ Tamże, II B 6.

¹¹ Zob. E. Sgreccia, *Manuale di bioetica. Volume I. Fondamenti ed etica biomedica*, Milano 2007⁴, s. 623-635; M.L. Di Pietro, *Tecnologie di procreazione assistita e «aiuto» all'atto coniugale in Dignitas personae*, w: *Dignitas personae. Commenti all'istruzione sulla bioetica*, red. G. Russo, Messina-Torino 2009, s. 130-141; G. Miranda, *Dignitas personae e le tecnologie moralmente illecite di procreazione assistita*, w: *Dignitas personae. Commenti all'istruzione sulla bioetica*, red. G. Russo, Messina-Torino 2009, s. 142-152.

¹² Zob. Benedykt XVI, *Farmaceuta ma prawo do sprzeciwu sumienia. Przemówienie do uczestników międzynarodowego kongresu farmaceutów katolickich (29.10.2007)*, „L'Osservatore Romano” 2007, t. 12, s. 22.

dokonała aborcji”¹³. W tym kontekście wypisanie recepty i sprzedaż środków antykoncepcji hormonalnej mogą okazać się dla pracownika służby zdrowia współpracą w czynie głęboko złym, polegającym na zniszczeniu poczętego życia ludzkiego.

Realne niebezpieczeństwo współdziałania w czynie niegodziwym daje lekarzowi moralne prawo do wyrażenia sprzeciwu sumienia wobec prośby o wypisanie recepty na preparat antykoncepcji hormonalnej. Analogiczne prawo posiada aptekarz w odniesieniu do dystrybucji tego środka. Powinność skorzystania ze sprzeciwu sumienia szczególnie mocno ujawnia się w odniesieniu do antykoncepcji postkoitalnej, tzw. „awaryjnej”. W Polsce dostępne są co najmniej trzy środki tego rodzaju, Escapelle (*levonorgestrel*), Postinor-Duo (*levonorgestrel*), EllaOne (*octan uliprystalu*), z których dwa pierwsze wymagają dodatkowego komentarza. Międzynarodowa Federacja Ginekologów i Położników w kooperacji z Międzynarodowym Konsorcjum Antykoncepcji Awaryjnej dokonała przeglądu badań naukowych, analizując mechanizm działania pigułek antykoncepcji awaryjnej zawierających wyłącznie lewonorgestrel (*levonorgestrel-only emergency contraceptive pills* – LnG ecPs). W opublikowanym wspólnie dokumencie uznano, że tego rodzaju preparaty nie wykazują działania o charakterze przeciwważeniowym: „Review of the evidence suggests that LnG ecPs cannot prevent implantation of a fertilized egg. Language on implantation should not be included in LnG ecP product labeling”¹⁴. Niezależnie od tego stanowiska, roztropność nakazywałaby, aby lekarz i farmaceuta wrażliwi na nienaruszalną wartość ludzkiego życia zachowali stosowną powściągliwość w zwalnianiu się z powinności sprzeciwu sumienia odnośnie do wystawienia recepty i sprzedaży tego rodzaju środków, przynajmniej do czasu definitywnych rozstrzygnięć naukowych.

¹³ Papieska Rada ds. Rodziny, *Etyczny i pastoralny wymiar przemian demograficznych* (25.03.1994.), n. 30, w: *W trosce o życie*, s. 458-490.

¹⁴ International Federation of Gynecology & Obstetrics and the International Consortium for Emergency Contraception, *Mechanism of action: How do levonorgestrel-only emergency contraceptive pills (LNG ECPs) prevent pregnancy?*, March 2011, http://www.figo.org/files/figo-corp/MOA_FINAL_2011_ENG.pdf [dostęp: 1.11.2013].

Aborcja

Deklaracja Kongregacji Nauki Wiary *Quaestio de abortu*¹⁵ przypomina i potwierdza, iż od wieków w Kościele rozbrzmiewa głos potępienia dla dobrowolnego przerywania ciąży¹⁶. Jan Paweł II w encyklice *Evangelium vitae* stwierdza: „mocą władzy, którą Chrystus udzielił Piotrowi i jego Następcom, w komunii z Biskupami – którzy wielokrotnie potępiłi przerywanie ciąży (...) – oświadczam, że bezpośrednie przerwanie ciąży, to znaczy zamierzone jako cel czy jako środek, jest zawsze poważnym nieładem moralnym, gdyż jest dobrowolnym zabójstwem niewinnej istoty ludzkiej. Doktryna ta, oparta na prawie naturalnym i na słowie Bożym spisany, jest przekazana przez Tradycję Kościoła i nauczana przez Magisterium zwyczajne i powszechne. Żadna okoliczność, żaden cel, żadne prawo na świecie nigdy nie będą mogły uczynić godziwym aktu, który sam w sobie jest niegodziwy, ponieważ sprzeciwia się Prawu Bożemu, zapisanemu w sercu każdego człowieka, poznawalnemu przez sam rozum i głoszonemu przez Kościół”¹⁷.

O powinności pracowników służby zdrowia do okazania zdecydowanego sprzeciwu wobec ustawodawstwa ułatwiającego dostęp do zabiegów przerywania ciąży mówił Jan Paweł II podczas spotkania z położnymi¹⁸. Natomiast bezpośrednio wezwanie do wyrażenia sprzeciwu sumienia w kontekście aborcji zawiera Karta Pracowników Służby Zdrowia: „Lekarze i pielęgniarki są zobowiązani do podniesienia sprzeciwu sumienia. Wielkie i podstawowe dobro życia czyni taki obowiązek poważnym zadaniem moralnym personelu sanitarnego, kierowanego przez prawo do praktykowania przerywania ciąży lub do współdziałania w bliski sposób w bezpośrednim przerywaniu ciąży”¹⁹. Z tego moralnego obowiązku nie są w stanie zwolnić pracownika służby zdrowia żadne przesłanki, tj. względy społeczne, eugeniczne, medyczne czy kryminologiczne, którymi kieruje się kobieta prosząca o aborcję.

Poruszając temat sprzeciwu sumienia wobec przerywania ciąży, należy wspomnieć o szczególnej sytuacji, usprawiedliwiającej podjęcie działania

¹⁵ Kongregacja Nauki Wiary, *Quaestio de abortu – Deklaracja o przerywaniu ciąży* (18.11.1974), n. 6-7, w: *W trosce o życie*, s. 303-315.

¹⁶ Zob. G. Caprile, *Non uccidere. Il Magistero della Chiesa sull'aborto*, Roma 1973, t. 2, s. 47-300.

¹⁷ Jan Paweł II, *Evangelium vitae*, n. 62.

¹⁸ Zob. Jan Paweł II, *Na straży daru i błogostawieństwa* (26.01.1980), w: *W imieniu dziecka poczętego*, red. J.W. Gałkowski, J. Gula, Rzym-Lublin 1991, s. 160-163.

¹⁹ Papiaska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Karta pracowników*, n. 143.

określanego niekiedy jako „aborcja pośrednia”²⁰. Czasem dla ratowania życia matki konieczna jest interwencja, która zaszkodzi nienarodzonemu dziecku, a nawet doprowadzi do jego śmierci. Pierwszym przykładem jest tutaj terapia antynowotworowa, polegająca na usunięciu macicy dotkniętej nowotworem wraz ze znajdującym się w niej płodem. Śmierć dziecka nie jest bezpośrednim celem tego zabiegu, a jedynie jego niechcianym, ubocznym skutkiem. Taki ratujący życie kobiety zabieg jest etycznie dopuszczalny, w myśl zasady działania o podwójnym skutku, czyli działania pociągającego za sobą zarówno skutek dobry (bezpośredni), jak i zły (pośredni). Dla godziwości tego rodzaju zabiegu konieczne jest spełnienie czterech warunków: 1. akcja lekarza ukierunkowana jest na skutek dobry; 2. skutek bezpośredni działania jest pozytywny; 3. skutek pozytywny jest proporcjonalnie wyższy, a przynajmniej równoważny ze skutkiem negatywnym; 4. nie ma aktualnie innej możliwości działania, pozbawionego skutku negatywnego. Drugą sytuacją, w której dla ratowania życia matki dopuszcza się tzw. „aborcję pośrednią”, jest ciąża pozamaciczna²¹. Podobnie jak w przypadku terapii antynowotworowej nie chodzi tutaj o bezpośrednie uśmiercanie niewinnej istoty ludzkiej dla ocalenia życia innej osoby, ale o zabieg ratowania życia kobiety w sytuacji realnego niebezpieczeństwa śmierci. W odniesieniu do ciąży pozamacicznej należy zwrócić uwagę na dodatkowe rozróżnienia. Zdaniem niektórych teologów katolickich²² o godziwym działaniu z podwójnym skutkiem można mówić tylko w odniesieniu do częściowego lub całkowitego usunięcia zmienionego jajowodu. Natomiast bezpośrednim atakiem na rozwijające się życie jest tzw. operacja „oszczędzająca”, polegająca na przecięciu ściany jajowodu i usunięciu płodu albo zastosowanie farmakologicznych środków poronnych.

²⁰ Zob. M. Machinek, *Życie w dyspozycji człowieka. Wybrane problemy etyczne u początku ludzkiego życia*, Olsztyn 2004, s. 202-203; E. Silvestrini, *L'embrione umano in gravidanza ectopica con particolare attenzione a quella tubarica: aspetti antropologico-teologici e biologico-etici*, Milano 2007, s. 476-511.

²¹ Zob. E. Silvestrini, *L'embrione umano*, s. 546-573.

²² Zob. A.G. Spagnolo, M.L. Di Pietro, *Bioetica clinica. Quale decisione per l'embrione in una gravidanza tubarica?*, „Medicina e Morale” 1995, t. 2, s. 301-302; W.E. May, *Catholic bioethics and the gift of human life*, Indiana 2000, s. 182-186.

Diagnostyka prenatalna

Kolejnym obszarem, na którym u pracowników służby zdrowia pojawiają się poważne dylematy sumienia jest diagnostyka prenatalna. Wskazania dotyczące godziwości badań dziecka w łonie matki zawarte są przede wszystkim w dwóch dokumentach: instrukcji *Donum vitae* Kongregacji Nauki Wiary i encyklice *Evangelium vitae* Jana Pawła II. Odrębnym zagadnieniem jest problem diagnostyki preimplantacyjnej, której negatywna ocena wyrażona została przez Kościół w instrukcji *Dignitas personae*²³. Jan Paweł II stwierdza, iż prenatalne techniki diagnostyczne są „moralnie godziwe, gdy nie stwarzają nadmiernych zagrożeń dla dziecka i dla matki i gdy stosowane są po to, by umożliwić wczesne leczenie lub też by dopomóc w spokojnym i świadomym przyjęciu mającego się narodzić dziecka”²⁴. Papież podkreśla dwa konieczne warunki pozwalające na wykonanie takiego badania, jakimi są cel terapeutyczny i unikanie nieuzasadnionego ryzyka. Z kolei Kongregacja Nauki Wiary potwierdzając, że „diagnoza przedporodowa sprzeciwia się prawu moralnemu, gdy w zależności od wyników prowadzi do przerywania ciąży”²⁵ dodaje, iż byłby odpowiedzialnym za niegodziwe działanie specjalista, który „przeprowadzając badania czy podając jego wyniki, rozmyślnie przyczyniłby się do spowodowania lub sprzyjania powiązaniom między badaniami przedporodowymi a przerwaniem ciąży”²⁶.

W świetle nauczania Kościoła pracownik służby zdrowia jest zobowiązany do wyrażenia sprzeciwu sumienia wobec żądania przeprowadzenia diagnozy, o ile posiada pewność, że wykonywane przez niego badanie prenatalne będzie stanowiło czynność przygotowawczą do aborcji. Powinność ta wynika z niebezpieczeństwa materialnej współpracy w niegodziwym czynie, ponieważ niemoralnym jest nie tylko wykonanie jakiegoś zła, ale także udzielanie pomocy innym osobom w jego realizacji. Materialna współpraca w złym czynie może być bezpośrednia (bliższa) lub pośrednia (dalsza). W pierwszym przypadku czynność współdziałającego tworzy faktyczną jedność z niegodziwą czynnością głównego sprawcy i nieuchronnie prowadzi do złego skutku. W przypadku współpracy pośredniej istnieje pewien margines dowolności w sposobie wykorzystania przez głównego sprawcę efektów pracy współdziałającego. Ten ostatni nie ma pewności, w jakim celu zostanie wykorzystane jego działanie, w dobrym czy złym²⁷.

²³ Kongregacja Nauki Wiary, *Dignitas personae*, n. 22.

²⁴ Jan Paweł II, *Evangelium vitae*, n. 63.

²⁵ Kongregacja Nauki Wiary, *Donum vitae*, I 2.

²⁶ Tamże.

²⁷ Zob. E. Sgreccia, *Manuale di bioetica*, s. 472.

Niewątpliwie pracownik służby zdrowia posiada moralny obowiązek wyrażenia sprzeciwu sumienia, gdyby proponowano mu udział w programie badań prenatalnych realizowanych w celach selektywnych. Chodziłoby tu o program sanitarny, zaakceptowany uprzednio przez kobietę ciężarną, w którym aborcja jest automatycznym następstwem zdiagnozowania patologii płodu. Wykonanie badania prenatalnego byłoby *de facto* zgodą na ewentualną aborcję i stanowiłoby bezpośrednią współpracę w złym czynie. Pomijając ten hipotetyczny przypadek programu systemowej aborcji chorych dzieci, warto raczej zatrzymać się nad realnym problemem lekarza, któremu kobieta ciężarna oznajmia, iż w przypadku zdiagnozowania poważnej patologii płodu poprosi o aborcję. Wydaje się, że taka sytuacja nie nakłada na specjalistę moralnego obowiązku, ale daje możliwość skorzystania z prawa do sprzeciwu sumienia. Każda kobieta zaniepokojona nieprawidłowymi wynikami testów przesiewowych i podejmująca decyzję o przeprowadzeniu inwazyjnych badań prenatalnych przeżywa traumę. Trudno jest mówić w jej przypadku o definitywnych decyzjach dotyczących przyszłości. Zwłaszcza kobieta odczuwająca wsparcie swojego otoczenia jest w stanie zmienić pierwotne postanowienie i zaakceptować chore dziecko. Z obiektywnego punktu widzenia wypisanie skierowania na genetyczne badanie prenatalne i samo ich przeprowadzenie, nie jest bezpośrednio związane z ewentualną aborcją, do której wykonania oprócz pozytywnego wyniku diagnozy niezbędne będzie odrębne skierowanie lekarskie. Można tu więc mówić o pośredniej współpracy materialnej w złym czynie, co radykalnie zmniejsza odpowiedzialność moralną lekarza deklarującego jednoznaczny sprzeciw wobec aborcji²⁸.

Eutanazja

Niepełnosprawność, stan wegetatywny lub stan terminalny pacjenta to przykładowe sytuacje, w których pracownicy służby zdrowia konfrontują się z problemem eutanazji. Tematowi śmierci dyktowanej chęcią usunięcia cierpienia Kongregacja Nauki Wiary poświęciła specjalną instrukcję *Iura et bona*²⁹. Natomiast papież Jan Paweł II w encyklice *Evangelium vitae* wyraził jedno-

²⁸ Tamże, s. 473.

²⁹ Kongregacja Nauki Wiary, *Iura et bona – Deklaracja o eutanazji (05.05.1980)*, w: *W trosce o życie*, s. 333-339.

znacznie negatywną ocenę tego zjawiska: „W zgodzie z Magisterium moich Poprzedników i w komunii z Biskupami Kościoła Katolickiego, potwierdzam, że eutanazja jest poważnym naruszeniem Prawa Bożego jako moralnie niedopuszczalne dobrowolne zabójstwo osoby ludzkiej. Doktryna ta jest oparta na prawie naturalnym i na słowie Bożym spisany, jest przekazana przez Tradycję Kościoła oraz nauczana przez Magisterium zwyczajne i powszechne”³⁰.

Wyrażenie sprzeciwu sumienia wobec eutanazji, wymaga od pracownika służby zdrowia umiejętności odróżnienia tej niegodzwej praktyki od innych, niekiedy bardzo trudnych decyzji lekarskich podejmowanych w sytuacji zagrożenia życia pacjenta. Kościół zaznacza, iż działanie eutanatyczne, w zależności od okoliczności, może przybierać formę wspomaganego samobójstwa lub zabójstwa, a „przez eutanazję w ścisłym i właściwym sensie należy rozumieć czyn lub zaniedbanie, które ze swej natury lub w intencji działającego powoduje śmierć w celu usunięcia wszelkiego cierpienia”³¹. Zgodnie z wykładnią Magisterium nie jest eutanazją stosowanie u pacjenta w stanie terminalnym środków przeciwbólowych i uspokajających, które jako skutek uboczny mogą skracać jego życie³². Jeśli intencją lekarza nie jest przyspieszenie momentu śmierci, a jedynie skuteczne zwalczanie bólu, znajduje tu zastosowanie zasada działania o podwójnym skutku. Eutanazją nie jest również rezygnacja z tzw. „uporczywej terapii”, w sytuacji gdy śmierć pacjenta jest bliska i nieuchronna. Podejmując decyzję o rezygnacji z zabiegów, które spowodowałyby jedynie nietrwałe i bolesne przedłużenie życia pacjenta, personel medyczny nie może jednak przerywać zwyczajnej opieki i terapii, jakich wymaga chory w takich przypadkach³³.

Kościół przypomina, iż sprzeciw sumienia pracownika służby zdrowia w obliczu eutanazji, nawet jeśli prosi o nią sam pacjent, nie jest oznaką braku wrażliwości na cudze cierpienie. Wprost przeciwnie, stanowi wyraz autentycznego współczucia i prawdziwej litości³⁴ wobec człowieka, który w dramatycznym zmaganiu z chorobą lub bólem szuka pomocy w zachowaniu nadziei: „Prośby ciężko chorych, niekiedy domagających się śmierci, nie powinny być rozumiane jako wyrażenie prawdziwej woli eutanazji; prawie zawsze chodzi

³⁰ Jan Paweł II, *Evangelium vitae*, n. 65.

³¹ Tamże.

³² Zob. Pius XII, *Przemówienie do międzynarodowej grupy lekarzy (24.02.1957)*, III, „Acta Apostolicae Sedis” 1957, t. 49, s. 147; Kongregacja Nauki Wiary, *Iura et bona*, n. 3.

³³ Zob. Jan Paweł II, *Evangelium vitae*, n. 65; Kongregacja Nauki Wiary, *Iura et bona*, n. 4.

³⁴ Zob. Jan Paweł II, *Evangelium vitae*, n. 66-67.

o pełne niepokoju wzywaniu pomocy i miłości. Oprócz opieki medycznej, chory potrzebuje miłości, gorącego uczucia ludzkiego i nadprzyrodzonego, którymi mogą i powinni go otoczyć bliscy, rodzice i dzieci, lekarze i służba zdrowia”³⁵. Pewnego rodzaju potwierdzeniem prawdziwości tych słów jest historia Janusza Świtaja, sparaliżowanego mężczyzny, który w 2007 roku złożył do sądu wnioski o zgodę na eutanazję. Dzięki wsparciu Anny Dymnej odzyskał wolę życia, rozpoczął studia, wydał autobiograficzną książkę³⁶, a obecnie angażuje się w pomoc innym, jako pracownik Fundacji „Mimo wszystko”.

Zakończenie

Przedstawione powyżej nauczanie Kościoła w odniesieniu do wybranych procedur medycznych, które w powszechnej ocenie uznawane są za działania kontrowersyjne moralnie, pomaga zrozumieć motywy sprzeciwu sumienia wyrażanego przez katolickich pracowników służby zdrowia. Niestety w codziennej pracy osoby te nie zawsze okazują jednoznaczny sprzeciw wobec prośby pacjentów o zapłodnienie *in vitro*, udostępnienie środków antykoncepcji hormonalnej, przeprowadzenie aborcji, wykonanie badań prenatalnych dla celów eugenicznych czy poddanie się eutanazji. Przyczyną takiego stanu rzeczy jest często nie tyle brak znajomości Magisterium, ale raczej zbyt małe zaangażowanie religijne tych osób. Kościół zdaje sobie sprawę, iż „nie zawsze jest łatwo iść za głosem sumienia w przestrzeganiu prawa Bożego, zwłaszcza że może to pociągnąć za sobą niedogodności i ciężkie ofiary. Trzeba niekiedy heroicznego męstwa, by pozostać wiernym wymaganiom moralnym. Trzeba jednak jasno stwierdzić, że stała wierność prawdzie i prawemu sumieniu jest drogą do autentycznego rozwoju osoby ludzkiej”³⁷.

³⁵ Kongregacja Nauki Wiary, *Iura et bona*, n. 2.

³⁶ J. Świtaj, *12 oddechów na minutę*, Kraków 2008.

³⁷ Kongregacja Nauki Wiary, *Quaestio de abortu*, 24.

The Roman Catholic Church and Morally Controversial Medical Procedures

S u m m a r y

Religious faith is a relevant factor shaping the person's conscience. Therefore, any consideration of the conscientious objection of health professionals requires a reference to be made to the teaching of the Roman Catholic Church on medical procedures which still excite moral controversy. The first part of the article recaps the values contained in God's revelation that exert marked influence on the moral consideration of particular medical interventions. The author attention to the fundamental importance of the sanctity of human life as well as stressing the special dignity of human procreation. The other part of the article recalls the opinions of the Magisterium of the Catholic Church and of Catholic thinkers on five selected medical issues: assisted reproduction, hormonal contraception, abortion, prenatal diagnosis and euthanasia.

Tłumaczenie: Konrad Szulga

*Katarzyna Krzysztofek**

STANOWISKO ŚWIADKÓW JEHOWY WOBEC WYBRANYCH WSPÓŁCZESNYCH PROCEDUR MEDYCZNYCH

Wprowadzenie

Rzeczpospolita Polska jest państwem świeckim, które w Konstytucji wyraża zasadę poszanowania wolności religijnej zarówno w aspekcie instytucjonalnym, jak i indywidualnym. Art. 25 Konstytucji polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.¹ gwarantuje kościołom i innym związkom wyznaniowym prawo do działania w obszarze prawa polskiego przy utrzymaniu zasady równouprawnienia podmiotów wyznaniowych. Natomiast art. 53 ustawy zasadniczej stanowi gwarancję przyznania każdemu wolności sumienia i religii, czyli m.in. prawa do uzewnętrzniania przekonań religijnych indywidualnie, zbiorowo, publicznie czy prywatnie chociażby poprzez uprawianie kultu, praktykowanie czy nauczanie. Rozwinięciem konstytucyjnych gwarancji poszanowania wolności religijnej jest ustawa z dnia 17 maja 1989 r. o gwarancjach wolności sumienia i wyznania². I właśnie na wspomnianej ustawie opiera się dzisiejsza działalność Świadków Jehowy w Polsce, gdyż Świadkowie Jehowy są zarejestrowanym związkiem wyznaniowym wpisanym pod nr 34 do *Rejestru kościołów i innych związków wyznaniowych* prowadzonego przez Ministra Administracji

* Dr n. prawnych, Zakład Prawa Kościelnego i Wyznaniowego, Wydział Prawa i Administracji Uniwersytetu Jagiellońskiego.

¹ Dz. U. z 1997 r., Nr 78, poz. 483 z późn. zm

² Tekst jedn.: Dz. U. z 2005 r., Nr 231, poz. 1965.

i Cyfryzacji, w którego gestii od dnia 18 listopada 2011 r.³ pozostają sprawy wyznaniowe. Wyznawcy Jehowy w Polsce działają pod nazwą „Strażnica – Towarzystwo Biblijne i Traktatowe. Zarejestrowany Związek Wyznania Świadków Jehowy w Polsce”. Organizacja została zarejestrowana w dniu 31 stycznia 1990 r.⁴ Ale historia Świadków Jehowy sięga dużo dalej w przeszłość. Za założyciela dzisiejszej grupy religijnej Świadków Jehowy uważa się urodzonego w 1852 r. w Pittsburghu Charlsa Taze Russell’a. Był on wychowywany w duchu prezbiteriańskim, ale w wieku 16 lat odrzucił wiarę wyznawaną przez rodzinę i przechodząc kolejno przez różne etapy kształtowania swego światopoglądu religijnego ostatecznie przyłączył się do adwentystów. Równocześnie rozpoczął, początkowo w wąskim gronie rodziny i znajomych, samodzielne badanie Pisma Świętego. Celem owych analiz było wykazanie niezgodności pomiędzy nauką głoszoną przez religię chrześcijańską, a tekstem Pisma Świętego. Formalnoprawne powstanie grupy religijnej zainicjowanej przez Russell’a nastąpiło w 1914 r. pod nazwą: „Międzynarodowe Stowarzyszenie Badaczy Pisma Świętego”⁵. Zasady, na których Badacze Pisma Świętego oparli swoją wiarę, wywodzili oni bezpośrednio z Biblii, uważając, że jej słów nie należy interpretować, ale pojmować w sposób dosłowny.

Początkowo niewielka grupa badaczy przekształciła się w sprawnie działający podmiot, na czele którego stali prezydenci. Pierwszym z nich był założyciel grupy Charles T. Russell, kolejnym od 1917 r. Joseph Franklin Rutherford – dotychczasowy radca prawny Towarzystwa Strażnica. Za czasów jego władzy wprowadzone zostały liczne reformy życia członków Towarzystwa. Przykładowo Rutherford zakazał noszenia brody, posługiwania się obrazami świętych, zniósł święta religijne, zakazał obchodzenia imienin, wprowadził nazwę „Organizacja Świadków Jehowy”. Trzecim prezydentem został wybrany Nathan Knorr, który prezydenturę w Organizacji objął w 1942 r. i kontynuował do 1977 r.⁶

³ Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Administracji i Cyfryzacji, Dz. U. z 2011 r., Nr 248, poz. 1479.

⁴ Zob. Rejestr kościołów i innych związków wyznaniowych dostępny pod adresem: <https://mac.gov.pl/wp-content/uploads/2013/10/E-Rejestr-17.10.2013.pdf> [dostęp: 8.01.2014].

⁵ E. Bagiński, *Siewcy kłokolu; historia i wierzenia Świadków Jehowy*, Kraków 1998, s. 10-19. Nazwa organizacji zmieniała się kilkakrotnie. W 1884 r. ruch przybrał nazwę: „Stowarzyszenie Strażnicy Syjońskiej”; w 1896 r.: „Strażnica Towarzystwo Biblijne i Traktatowe”; w 1909 r.: „Stowarzyszenie Trybuny Ludów”, w 1913 r.: „Międzynarodowe Stowarzyszenie Badaczy Pisma Świętego”; a w 1931 r.: „Organizacja Świadków Jehowy”. Zob. A. Elkowicz, *Krótką historia zmian nauki Świadków Jehowy*, Warszawa 2004, s. 19; E. Bagiński, *Świadkowie Jehowy od wewnątrz; pochodzenie-historia-wierzenia*, Kraków 1997, s. 63.

⁶ A. Elkowicz, *Krótką historia*, s. 16-20.

Powołał on do życia Ciało Kierownicze, które w doktrynie wyznawców Jehowy jest uważane za realizację słów wypowiedzianych przez Chrystusa na kartach Ewangelii św. Mateusza: „Któż jest tym sługą wiernym i roztropnym, którego pan ustanowił nad swoją służbą, żeby na czas rozdał jej żywność? (...)”⁷. Wedle Świadków Jehowy Ciało Kierownicze jest sługą wiernym i roztropnym, którego rolą jest wykładanie Pisma Świętego będącego pokarmem dla wiernych⁸. Czwartym prezydentem Organizacji był do 1992 r. Frederick William Franz, piątym do 2003 r. był Milton George Henschel⁹, a obecnie na czele Towarzystwa stoi Don Alen Adams.

Już na początku należy wyraźnie podkreślić, że Świadkowie Jehowy są bardzo mocno przywiązani do nauk głoszonych przez Ciało Kierownicze, przez swoich przywódców, którzy twierdzą, że podstawy doktryny wywodzą z literalnego rozumienia słów Pisma Świętego. I w oparciu o dosłowne brzmienie Świętej Księgi kształtują swoje poglądy na różne zagadnienia, w tym na te, o charakterze medycznym. Kolejni przywódcy na nowo odkrywali wolę Jehowy wyrażoną na kartach biblijnych. Niejednokrotnie zdarzało się, że zmiany w doktrynie Świadków Jehowy były oparte na przyjęciu całkowicie odmiennego stanowiska – czynności, które dotąd były zakazane uznawano za dopuszczalne. W latach osiemdziesiątych XX w. w celu uzasadnienia faktu częstego zmieniania poglądu na jedno i to samo zagadnienie w łonie Ciała Kierowniczego wykształcił się pogląd odczytywania słów Pisma Świętego w drodze „halsowania”¹⁰ – „Niektórym jednak wydaje się, że ścieżka ta nie zawsze prowadzi prosto przed siebie. Wyjaśnienia podawane przez widzialną społeczność ludu Jehowy zawierają niekiedy poprawki, które jak gdyby nawracały do punktu wyjścia, do dawniejszych poglądów. Nasuwa się tu porównanie z tym, co w środowisku wodniaków bywa nazywane ‘halsowaniem’. Manewrując osprzętem, żeglarze potrafią zmusić statek **do zwrotów w prawo, w lewo, tam i z powrotem** ale cały czas posuwają się w upatrzonym kierunku pomimo przeciwnego wiatru”¹¹. Na dzień dzisiejszy poglądy Świadków Jehowy obowiązują w kształcie określonym przez Ciało Kierownicze, a prezentowane są w dwóch głównych czasopismach Organizacji – „Strażnica” i „Przebudźcie się”.

⁷ Mt. 24: 45, *Pismo Święte Starego i Nowego Testamentu, Biblia Tysiąclecia*, Wydawnictwo Pallottinum, Poznań-Warszawa 1995, s. 1152.

⁸ Szerzej na temat Ciała Kierowniczego zob.: E. Bagiński, *Świadkowie Jehowy od wewnątrz*, Kraków 1999, s. 22-51.

⁹ A. Elkowicz, *Krótką historia*, s. 23-24.

¹⁰ E. Bagiński, *Świadkowie Jehowy*, s. 42.

¹¹ *Coraz jaśniej na ścieżce sprawiedliwych*, „Strażnica” 1982, nr 18, s. 19.

Podkreślić trzeba, że tylko wypełnianie wszystkich nakazów i wystrzeganie się tego co zabronione, gwarantuje Świadkom Jehowy możliwość zbawienia. Dlatego też nierzadko zdarza się, że rodzice działając w ufności i wierze, do której wyznawania obliguje ich przynależność do grupy religijnej Świadków Jehowy, są w stanie poświęcić życie swojego dziecka odmawiając zastosowania w stosunku do niego jednej z procedur leczniczych mogących uratować mu życie, byle tylko nie naruszyć zasad doktrynalnych, a tym samym nie zamknąć sobie i dziecku drogi do zbawienia.

Stanowisko Świadków Jehowy wobec transfuzji krwi

Na problematykę stanowiska Świadków Jehowy wobec współczesnych procedur medycznych składa się wiele zagadnień. Można rozważać w tym zakresie kwestię *in vitro*, planowania rodziny, aborcji czy eutanazji. Ale z racji ograniczonych rozmiarów niniejszego opracowania zostaną omówione trzy rodzaje zabiegów, które są istotne z racji ich wagi dla życia i zdrowia pacjenta oraz z racji tego, że stosunek Świadków Jehowy do nich budzi najczęściej kontrowersji. Analizie zostanie poddana postawa wyznawców Jehowy wobec dokonywania transfuzji krwi, przeszczepiania narządów czy szpiku kostnego oraz przyjmowania szczepionek.

Zdecydowanie najbardziej kontrowersyjnym zakazem w aspekcie medycznym funkcjonującym w obrębie Świadków Jehowy, ale równocześnie najlepiej opisanym w literaturze przedmiotu, jest zakaz przyjmowania transfuzji krwi. Zakaz ten wywodzony jest ze słów Pisma Świętego, które głosi w Księdze Kapłańskiej: „Gdziekolwiek będziecie mieszkać, nie wolno wam spożywać żadnej krwi: ani krwi ptaków, ani krwi bydła. Ktokolwiek spożywa jakąkolwiek krew, będzie wykluczony spośród swego ludu”¹²; „Jeżeli kto z domu Izraela albo spośród przybyszów, którzy osiedlili się między nimi, będzie spożywał jakąkolwiek krew, zwrócę oblicze moje przeciwko temu człowiekowi spożywającemu krew i wyłączę go spośród jego ludu. Bo życie ciała jest we krwi (...) Bo życie wszelkie ciała jest we krwi (...)”¹³. Ponadto odnośnie do zakazu spożywania krwi wzmianki znajdują się również w Księdze Powtórzonego Prawa: „Ale się wystrzegaj spoży-

¹² Księga Kapłańska 7: 26-27, *Pismo Święte Starego i Nowego Testamentu, Biblia Tysiąclecia*, s. 112.

¹³ Księga Kapłańska 17: 10-14, tamże, s. 124.

wania krwi, bo we krwi jest życie, i nie będziesz spożywał życia razem z ciałem. Nie będziesz jej spożywał, ale jak wodę na ziemię ją wylejesz. Nie spożyjesz jej, aby ci dobrze było i synom twoim po tobie, za to, że uczyniłeś, co słuszne jest w oczach Pana”¹⁴. W związku z powyższym członkom grupy wyznaniowej Świadków Jehowy zabroniono przyjmowania transfuzji krwi, która w rozumieniu przywódców Organizacji jest równoznaczna z jej spożywaniem. Ale trzeba podkreślić, że nie od początku istnienia Organizacji nie aprobowała ona tej procedury medycznej. Jej założyciel Russell oraz jego następca Rutherford nie byli przeciwni przetaczaniu krwi, a ten ostatni wręcz ją chwalił¹⁵. Szczególnie często posługiwano się kazusem kobiety, która przypadkowo postrzeliła się w serce i dzięki transfuzji krwi przeżyła i cieszyła się dobrym zdrowiem. Jednak trzeci prezydent Organizacji, Nathan Knorr z dniem 1 lipca 1945 r. wprowadził zakaz transfuzji krwi wśród Świadków Jehowy¹⁶. Dodatkowym uzasadnieniem dla zakazu transfuzji krwi u Świadków Jehowy jest, jak twierdzą przywódcy Organizacji, ryzyko np. przeniesienia choroby związane z tym zabiegiem¹⁷. Na łamach czasopisma „Strażnica” z 1967 r. transfuzja została przyrównana do ludożerstwa: „Wyobraź sobie, że miałbyś jeść ciało innego człowieka! Okropność! A czy picie krwi ludzkiej jest mniej okropne? Czy coś w tym zmienia fakt, że nie przyjmuje się jej przez usta, lecz wprowadza do ciała bezpośrednio przez żyły? W żadnym wypadku!”¹⁸. Takie stanowisko jest aktualne pośród wyznawców Jehowy i dzisiaj. Z tym że nie zgadzają się oni na przyjęcie pełnej krwi, czyli krwinek czerwonych, krwinek białych, płytek krwi i osocza, a także na autotransfuzję, nie oddają również krwi jako dawcy. Natomiast sumieniu wyznawców pozostawiona została możliwość transfuzji frakcji krwi. Ewentualnie dopuszczają oprócz frakcji krwi możliwość poddania się zabiegom operacyjnym w zamkniętym obiegu krwi, tak aby krew nie opuszczała krwioobiegu¹⁹.

¹⁴ Księga Powtórzonego Prawa 12: 23-25, tamże, s. 185.

¹⁵ A. Elkowicz, *Krótką historią*, s. 19.

¹⁶ Tamże, s. 21.

¹⁷ Szerzej na temat stanowiska Świadków Jehowy wobec transfuzji krwi zob.: *Jak krew może ocalić twoje życie*, dostępny pod adresem: <http://www.jw.org/pl/publikacje/ksi%C4%85%C5%BCki/krew/JAK-KREW-MO%C5%BBE-OCALI%C4%86-TWOJE-%C5%BBYCIE/> [dostęp: 10.01.2014].

¹⁸ *Przejawianie dojrzałości – ochroną; Powstrzymywanie się od krwi*, „Strażnica” 1967, nr 17, s. 5.

¹⁹ T. Wiwatowski, *Stanowisko Świadków Jehowy wobec opieki medycznej*, w: *Zabiegi chirurgiczne u Świadków Jehowy; aspekty medyczne i prawne*, Warszawa 2001, s. 10. Zob. również: Cz. Żaba, P. Świdorski, Z. Żaba, A. Klimberg, Z. Przybylski, *Zgoda Świadków Jehowy na leczenie preparatami krwi – aspekty prawne i etyczne*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 2007, Nr LVII, s. 138-143; B. Wołoszczuk-Gębicka, *Medyczne aspekty „bezkruwawej chirurgii”*, w: *Zabiegi chirurgiczne*, s. 21-49.

Stanowisko Świadków Jehowy wobec transplantacji organów i szpiku kostnego

Stanowisko Świadków Jehowy w kwestii możliwości przeprowadzania zabiegów transplantacji organów zmieniało się na przestrzeni czasu. Po raz pierwszy wzmianka na temat transplantacji narządów wśród Świadków Jehowy pojawiła się w 1960 r. przy okazji omawiania działania organizmu ludzkiego. W czasopiśmie wyznawców Jehowy „Przebudźcie się” wychwalając pracę nerek wskazywano, że: „Nawet nerka przetransplantowana z innego człowieka natychmiast rozpoczyna pracę i spełnia swoje zadanie nadal dobrze i punktualnie”²⁰. W 1962 r. na łamach czasopisma Świadków Jehowy „Strażnica” odpowiadając na pytanie czytelnika stwierdzono, że: „(...) nie wydaje się, aby to (m.in. transplantacja) wykaczało przeciw jakiejś zasadzie biblijnej lub prawu biblijnemu”²¹. Kolejna publiczna wypowiedź na ten temat miała miejsce w 1968 r. Przede wszystkim, aby uchronić się od zarzutu, że Pismo Świąte nic na temat transplantacji mówić nie może, gdyż jest to bardzo nowoczesna forma leczenia, poczyniono stosowne zastrzeżenie już na początku. W dalszej części powołując się na ten sam fragment Biblii, który wedle wyznawców Jehowy zabrania im przetaczania krwi uznano, że przeprowadzanie zabiegów transplantacyjnych jest równoznaczne ze spożywaniem innych ludzi. W odpowiedzi na zapytanie czytelnika odnośnie do możliwości przeszczepów wskazano, że: „Bóg pozwolił ludziom jeść mięso zwierzęce i podtrzymać życie ludzkie przez zabieranie życia zwierzętom, chociaż nie wolno im było spożywać krwi. Czy to obejmowało również jedzenie mięsa ludzkiego, podtrzymywanie życia za pomocą ciała czy części ciała, innego człowieka, żywego bądź umarłego? Żadną miarą! To byłby kanibalizm, ludożerstwo, czym brzydzi się każdy cywilizowany lud na świecie. Jehowa czyni wyraźną różnicę między życiem ludzkim a życiem zwierząt, ponieważ ludzkość została stworzona na podobieństwo Boże, wyposażona w Jego właściwości. (...) Kto jednak poddaje się takim zabiegom, ten po prostu żyje kosztem ciała innego człowieka”²². Ponadto, pojawiło się także odwołanie do słów św. Pawła z listu do Rzymian, który zachęcał braci: „A zatem proszę

²⁰ *Jesteś cudownie stworzony*, „Przebudźcie się” 1960, nr 10, s. 2.

²¹ *Pytania czytelników: Czy w Biblii znajduje się jakaś wypowiedź przeciwko udzielaniu zezwoleń na przeszczepienie po śmierci swych oczu na osobę żyjącą?*, „Strażnica” 1962, nr 6, s. 14.

²² *Pytania czytelników: Czy istnieje jakieś oparte na Piśmie świętym zastrzeżenie co do ofiarowania swego ciała na badania medyczne albo przyjmowania z takiego źródła narządów celem ich przeszczepienia?*- W.L., „Strażnica” 1968, nr 14, s. 13.

was, bracia, przez miłosierdzie Boże, abyście dali ciała swoje na ofiarę żywą, świętą, Bogu przyjemną, jako wyraz waszej rozumnej służby Bożej²³. Z racji dosłownego rozumienia przez Świadków Jehowy słów Biblii, zdanie to w ich przekładzie oznacza, że wyznawca Jehowy ma prawo i obowiązek powierzania swego życia i swego ciała Jehowie i tylko jemu co wyklucza możliwość oddania swego ciała do dyspozycji lekarzy²⁴.

W 1982 r. stanowisko Świadków Jehowy w kwestii transplantacji organów uległo zmianie, chociaż jak twierdzą przywódcy Organizacji na łamach swoich czasopism i stron internetowych zawsze opowiadali się za takim rozwiązaniem, a słowa wypowiedziane w 1968 r. zostały błędnie odczytane. Stwierdzono, że: „Zabranie określonej tkanki lub kości jednemu człowiekowi i przeszczepienie jej drugiemu jest sprawą, którą każdy Świadek Jehowy musi rozstrzygnąć zgodnie z własnym sumieniem²⁵. Oznacza to, że od tej pory każdy Świadek Jehowy miał prawo zdecydować czy zgadza się na przeszczep organu czy też nie. Ale każda decyzja była akceptowana przez zbór i nie mogła za sobą pociągnąć wykluczenia. O tym, że wyraźnie w tej materii zmieniono zdanie w stosunku do stanowiska z 1974 r. świadczy dalsza część odpowiedzi: „Inni szczerzy chrześcijanie doby dzisiejszej uważają, że Biblia nie wyklucza jednoznacznie transplantacji organów. Rozumują w ten sposób, że są wypadki, w których ludzki przeszczep wcale nie ma pozostać trwale częścią składową organizmu biorcy. Istnieje pogląd, iż komórki ciała wymieniają się mniej więcej co siedem lat, i to dotyczyłoby również każdego przeszczepionego narządu. Można by też argumentować, że transplantacja różni się od kanibalizmu, gdyż dawca nie musi być uśmiercony dla dostarczenia pożywienia²⁶. Ale wciąż pojawia się wyraźne podkreślenie, że jeżeli przeszczep jest połączony z transfuzją krwi to taka czynność jest zabroniona. Także w dniu dzisiejszym to sumieniu członków zgromadzenia Świadków Jehowy pozostawia się dokonanie wyboru czy zgodzić się na przeszczep czy też nie.

W kwestii przeszczepów szpiku kostnego Ciało Kierownicze wypowiedziało się w 1985 r. ogłaszając, że pomimo iż krwinki czerwone pochodzą ze szpiku

²³ List do Rzymian, 12: 1, *Pismo Święte Starego i Nowego Testamentu, Biblia Tysiąclecia*, s. 1287.

²⁴ *Pytania czytelników: Czy istnieje jakieś oparte na Piśmie świętym zastrzeżenie*, „Strażnica” 1968, nr 14, s. 14.

²⁵ Szerzej na temat stanowiska Świadków Jehowy wobec przeszczepu zob.: <http://swiadkowiejehowy.com.pl/dsfgd/134-transplantacja-organ%C3%B3w-czy-sprzecznaz-biblia.html> [dostęp: 13.01.2014]; <http://onlytruegod.org/jwstrs/MCB-transp.htm> [dostęp: 13.01.2014].

²⁶ Zob.: <http://swiadkowiejehowy.com.pl/dsfgd/134-transplantacja-organ%C3%B3w-czy-sprzecznaz-biblia.html> [dostęp: 13.01.2014].

kostnego zakaz transfuzji krwi nie może być w prosty sposób rozciągnięty na zakaz przeszczepu szpiku kostnego. Jako uzasadnienie podano, że mięso, którego spożywania Biblia nie zakazuje, nawet po wykrwawieniu się zwierzęcia zawsze zawiera pewną ilość krwi w szpiku. W związku z tym uznano, że każdy Świadek Jehowy musi sam zdecydować, czy zgadza się na przeszczep szpiku, czy też nie. Ponadto podkreślono, że wykonywanie zabiegów przeszczepu szpiku kostnego często jest połączone z koniecznością transfuzji choćby płytek krwi i dlatego wymaga dogłębnej analizy członka zboru²⁷.

Stanowisko Świadków Jehowy wobec szczepień

Zagadnienie stosunku Świadków Jehowy do szczepionek sięga pierwszej połowy XX w. W 1927 r. przywódcy Organizacji na łamach czasopisma „Złoty Wiek” ukazali szczepienie jako oszustwo, które prowadzi do chorób i jako takie zostało ono odrzucone. Dwa lata później w 1929 r. w tej samej gazecie szczepienie nazwane zostało zbrodnią, a choroby którym szczepienie miało zapobiegać uznane zostały za wentyle bezpieczeństwa, które pozwalają organizmowi na uzdrowienie. Wykazywano, że dotychczas szczepienie nie uratowało niczyjego życia. W 1953 r. zmieniono zdanie w materii szczepień – decyzja w tej kwestii została pozostawiona sumieniu członka zboru²⁸.

Stanowisko takie zostało podtrzymane w 1966 r. Stwierdzono wówczas: „Towarzystwo nie popiera żadnego ze współczesnych zastosowań krwi w medycynie, jak na przykład użycie jej w związku ze szczepionkami. Jednak w niektórych grupach społecznych szczepienie jest okolicznością po prostu nieuniknioną i decyżę co do poddania się szczepieniu surowicą, zawierającą cząstki krwi i przeznaczoną do zbudowania przeciwciał zwalczających chorobę, pozostawiamy sumieniu każdego z osobna. Jeśli ktoś to robi, może niekiedy czerpać pociechę z faktu, że nie spożywa bezpośrednio krwi, co jest wyraźnie zakazane w Słowie Bożym. Nie zostaje ona użyta jako pokarm ani w celu zastąpienia utraconej krwi. Chrześcijanin musi tu podjąć osobistą decyzję w oparciu o własne sumienie”²⁹.

²⁷ T. Wiwatowski, *Stanowisko Świadków Jehowy*, s. 10-11.

²⁸ Zob. <http://www.piotrandryszczak.pl/medycyna.html> [dostęp: 13.01.2014].

²⁹ *Praca zarobkowa a twoje sumienie; wstrzymywanie się od krwi*, „Strażnica” 1966, nr 11, s. 12.

Podstawy prawne działań podejmowanych przez lekarza

Problematykę związaną z poglądem wyznawców Jehowy na zagadnienia medyczne należy rozpatrywać z dwóch punktów widzenia: z perspektywy pacjenta, który jest lub może być poddany takim zabiegom oraz z punktu widzenia lekarza, który w ramach swoich obowiązków lekarskich i pracowniczych świadczy owe zabiegi.

Lekarz, wedle prawa jest podmiotem zobowiązanym do niesienia pomocy medycznej. Świadczą o tym słowa przysięgi Hipokratesa, która stanowi pierwowzór dzisiejszej przysięgi, którą składają lekarze. W swej oryginalnej wersji przysięga głosiła: „(...) Będę stosował zabiegi lecznicze, wedle mych możliwości i rozeznania ku pożytkowi chorych, broniąc ich od uszczerbku i krzywdy. (...) Do jakiegokolwiek wejść domu, wejść doń dla pożytku chorych, nie po to, żeby świadomie wyrządzać krzywdę lub szkodzić w inny sposób (...)”³⁰. Podobnie obowiązki lekarskie widzi Deklaracja Genewska podpisana w 1948 r., nowelizowana już kilkakrotnie, która zawiera tekst przysięgi lekarskiej, zobowiązującej lekarza między innymi do niedopuszczenia do sytuacji, w której względu wieku, choroby lub niepełnosprawności, wyznania, pochodzenia etnicznego, płci, narodowości, przynależności politycznej, rasy, orientacji seksualnej, pozycji społecznej lub jakiegokolwiek inny czynnik przeszkadzał w stosunkach pomiędzy obowiązkiem lekarza a jego pacjentem³¹.

Wydaje się, że zapis ten może być rozumiany w dwojaki sposób; po pierwsze, że lekarz nie może uzależniać udzielenia pomocy medycznej od płci, wieku, orientacji seksualnej, wyznania pacjenta czy też innych czynników wymienionych w Deklaracji. Ale sformułowanie Deklaracji daje także podstawę do uznania, że zobowiązuje ona lekarza do należytego wykonywania swego zawodu, a czynniki wskazane w katalogu Deklaracji nie mogą stać się przyczyną, dla której lekarz odmówi pomocy.

W Polsce dzisiejszy tekst przysięgi lekarskiej został opracowany przez Krajowy Zjazd Lekarzy i zobowiązuje lekarzy między innymi do przeciwdziałania cierpieniu, zapobiegania chorobom i do niesienia pomocy chorym mając na celu wyłącznie ich dobro, niezależnie od m.in. ich rasy, religii, narodowości, poglądów politycznych czy stanu majątkowego³². Kodeks Etyki Lekarskiej

³⁰ A. Nawrocka, *Etos w zawodach medycznych*, Kraków 2008, s. 68.

³¹ Tekst Deklaracji w języku angielskim dostępny jest po adresem: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/g1/> [dostęp: 13.01.2014]

³² Kodeks Etyki Lekarskiej dostępny jest pod adresem: http://www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0003/4764/Kodeks-Etyki-Lekarskiej.pdf [dostęp: 13.11.2013].

w art. 3 stanowi, że: „Lekarz powinien zawsze wypełniać swoje obowiązki z poszanowaniem człowieka bez względu na wiek, płeć, rasę, wyposażenie genetyczne, narodowość, wyznanie, przynależność społeczną, sytuację materialną, poglądy polityczne lub inne uwarunkowania”. A art. 2 ust. 2 tego aktu wyraźnie eksplikuje zasadę, która winna przyświecać lekarzowi w wypełnianiu jego zadań – *salus aegroti suprema lex esto*. Ponadto art. 7 Kodeksu pozwala lekarzowi na odstępnie od leczenia lub niepodjęcie go, ale dotyczy ta zasada tylko leczenia, w szczególnie uzasadnionych przypadkach, z wyjątkiem sytuacji niecierpiących zwłoki, z jednoczesnym obowiązkiem wskazania pacjentowi innej możliwości uzyskania pomocy lekarskiej. O ile Kodeks Etyki Lekarskiej jest zbiorem norm etycznych, które wedle orzeczenia Trybunału Konstytucyjnego³³ nie muszą być zgodne z normą prawną³⁴, o tyle żadnych wątpliwości natury prawnej nie rodzi powszechne obowiązywanie w systemie prawa polskiego ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry³⁵ z 1996 r. Art. 30 wspomnianej ustawy zobowiązuje lekarza do udzielenia pomocy lekarskiej zawsze, jeżeli zwłoka mogłaby spowodować groźbę utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki³⁶. Art. 32 wspomnianej ustawy wymaga zgody pacjenta lub podmiotów uprawnionych do jej udzielenia na każde przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych. Dodatkowo art. 33 pozwala w wyjątkowych przypadkach na wykonanie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych bez zgody pacjenta, gdy jest to podyktowane koniecznością podjęcia niezwłocznie czynności medycznych, a stan zdrowia pacjenta lub jego wiek uniemożliwiają wyrażenie zgody, a także nie ma możliwości porozumienia się z przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym. W takich okolicznościach ustawa zobowiązuje lekarza do skonsultowania się w miarę możliwości z innym lekarzem oraz do odnotowania zdarzenia w dokumentacji medycznej pacjenta. Ponadto, art. 35 przewiduje, że gdy w czasie wykonywania zabiegu operacyjnego lub stosowania metody diagnostycznej czy leczniczej wystąpią okoliczności, które mogłyby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, a nie ma realnej możliwości uzyskania bez zbędnej

³³ Postanowienie Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 października 1992 r., sygn. akt U 1/92.

³⁴ Szersze omówienie tego zagadnienia jest dostępne pod adresem: <http://knpmif.wordpress.com/orzecznictwo/tk-u-192/> [dostęp: 14.11.2013].

³⁵ Tekst jedn.: Dz. U. z 2008 r., Nr 136, poz. 857.

³⁶ Kwestia zgody pacjenta, w tym pacjenta małoletniego oraz obowiązku lekarza udzielania pomocy zostaną w niniejszym tekście jedynie zaznaczone. Szerzej na ten temat zob.: E. Zatyka, *Lekarski obowiązek udzielenia pomocy*, Warszawa 2011.

zwłoki zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, wówczas lekarz ma prawo zmodyfikowania zabiegu czy metody w celu ochrony pacjenta bez uzyskania na takie czynności zgody. Warunkiem jest, aby w miarę możliwości zasięgnął opinii innego lekarza najlepiej o takiej samej specjalności. Wówczas lekarz ma obowiązek poinformować pacjenta, przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego lub sąd opiekuńczy o wystąpieniu okoliczności usprawiedliwiających działanie bez zgody i zobowiązany jest dokonać stosownej adnotacji w dokumentacji medycznej. Inne warunki prawo przewiduje dla podjęcia zabiegu operacyjnego lub skorzystania z metody leczenia lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko dla pacjenta (art. 34 omawianej ustawy). W takiej sytuacji konieczne jest uzyskanie pisemnej zgody pacjenta.

Pacjent – Świadek Jehowy

W związku z zapatrywaniem się Świadków Jehowy na problematykę szczepień, transplantacji organów i szpiku kostnego oraz na transfuzję krwi, pojawiają się dwa pytania: co ma zrobić lekarz, gdy pacjent – Świadek Jehowy odmawia poddania się jednej z procedur medycznych z przyczyn wyznaniowych? Jak ma się zachować lekarz – Świadek Jehowy – gdy ma przeprowadzić wobec pacjenta jedną z procedur zakazanych przez Organizację Świadków Jehowy?

Odpowiadając na pierwsze z pytań podkreślić trzeba to, o czym była już mowa – zasadniczo warunkiem legalności przeprowadzenia przez lekarza badania czy też zabiegu medycznego jest zgoda pacjenta. Potwierdza to również rozdział 5 (art. 15-19) ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta³⁷. Tym samym powołując się na względy wyznaniowe, czyli na wolność religijną zakorzenioną w przyrodzonej godności osoby ludzkiej i w związku z prawem do samostanowienia (art. 31 ust. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z 1997 r., gwarantuje, że nikt nie może zostać zmuszony do czynienia tego, czego prawo mu nie nakazuje) dorosły pacjent – Świadek Jehowy może odmówić poddania się konkretnym procedurom medycznym. W tym miejscu pojawia się pytanie: jak ma zachować się lekarz w takiej sytuacji, jeżeli pacjent z przyczyn religijnych odmawia poddania się czynności medycznej mogącej uratować mu życie? Obowiązkiem lekarza jest działanie dla dobra pacjenta wedle reguły: *salus aegroti suprema lex esto*. Czy w związku z tym ma uszanować wolę pacjenta

³⁷ Dz. U. z 2009, Nr 52, poz. 417 z późn. zm.

narażając się na naruszenie obowiązku wynikającego z art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, czy pomimo braku zgody wykonać zabieg, co do którego pacjent wyraża sprzeciw i narażać się na ryzyko odpowiedzialności karnej z art. 192 kodeksu karnego z 1997 r.³⁸, cywilnej z art. 444, 445, 448 kodeksu cywilnego³⁹ czy też zawodowej z ustawy o izbach lekarskich⁴⁰? Wydaje się, że z wyjątkiem sytuacji nadzwyczajnych wskazanych w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry, w każdym innym przypadku zgoda pacjenta warunkuje legalność zabiegu⁴¹. Dodatkowo, Świadkowie Jehowy noszą przy sobie oświadczenie⁴², które aktualizuje się w sytuacji, gdy zajdzie konieczność przeprowadzenia transfuzji krwi, a oni nie są w stanie ze względu na stan zdrowia wyrazić swej woli w tym zakresie. Oświadczenie to zawiera wyraźny sprzeciw wobec poddania się przetoczeniu krwi. W kwestii legalności tego oświadczenia wypowiedział się Sąd Najwyższy w orzeczeniu z 2005 r., w którym stwierdził, że: „W konsekwencji należy wyrazić pogląd, że oświadczenie pacjenta wyrażone na wypadek utraty przytomności, określające wolę dotyczącą postępowania lekarza w stosunku do niego w sytuacjach leczniczych, które mogą zaistnieć w przyszłości, jest dla lekarza – jeżeli zostało złożone w sposób wyraźny, jednoznaczny i nie budzi innych wątpliwości – wiążące. Zważywszy, że oświadczenie takie stanowi zgodę lub jej antonimie, wystarczające jest zachowanie formy wymaganej dla wyrażenia zgody, przewidzianej w art. 32 ust. 7 i art. 34 ust. 3 ustawy o zawodzie lekarza”⁴³.

Odmienne przedstawia się sytuacja małoletniego, za którego odpowiadają rodzice lub opiekunowie prawni i to im prawo przyznaje możliwość wyrażenia zgody na badanie lekarskie lub inne świadczenie medyczne⁴⁴. W sytuacji nadzwyczajnej, gdy małoletni nie ma przedstawiciela ustawowego lub gdy po-

³⁸ Dz. U. z 1997 r., Nr 88, poz. 553 z późn. zm. Zob. *Kodeks karny, część szczególna; komentarz do art. 117-277 kodeksu karnego*, t. II, red. A. Zoll, Zakamycze 2006, s. 554-564.

³⁹ Dz. U. z 1964 r., Nr 16, poz. 93 z późn. zm.

⁴⁰ Dz. U. z 2009 r., Nr 219, poz. 1708 z późn. zm.

⁴¹ Zob. szerzej na ten temat: K. Żukowska, *Lekarz wobec transfuzji krwi u Świadków Jehowy*, tekst jest dostępny pod adresem: <http://www.prawoimedycyna.pl/index.php?str=artykul&id=1047&PHPSESSID=0ff42733f81f3b45e0fe7bf55b756378>, [dostęp: 17.11.2013].

⁴² Tekst oświadczenia zob: T. Brzeziński, *Etyka lekarska*, Warszawa 2002, s. 110.

⁴³ Orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 27 października 2005 r., III CK 155/05, dostępne jest także pod adresem: [http://pub.sn.pl/ow3_ic.nsf/0/3818a4dbf7e9a916c125736e0028fe28/\\$FILE/III%20CK%20155_05%20publ.pdf](http://pub.sn.pl/ow3_ic.nsf/0/3818a4dbf7e9a916c125736e0028fe28/$FILE/III%20CK%20155_05%20publ.pdf) [dostęp: 13.01.2014].

⁴⁴ Szczegółowe omówienie zagadnienia zgody na świadczenie medyczne w odniesieniu do małoletniego zob.: K. Krzysztofek, *Problematyka przeprowadzania zabiegów transfuzji krwi u Świadków Jehowy w polskim porządku prawnym*, „Przegląd Prawa Wyznaniowego” 2011, t. 3, s. 56-61.

rozumienie z nim jest niemożliwe, lub gdy szesnastoletni pacjent sprzeciwia się czynnościom medycznym konieczne jest uzyskanie zezwolenia sądu opiekuńczego na dokonanie zabiegu. Pewne trudności mogą pojawić się w odniesieniu do szczepień obowiązkowych dla dzieci, młodzieży oraz osób narażonych w szczególności sposobem na zakażenia. Obowiązek szczepienia nakłada ustawa o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi⁴⁵. Co więcej niepoddanie dziecka szczepieniu obowiązkowemu skutkuje nałożeniem grzywny według regulacji art. 115 ust. 2 kodeksu wykroczeń⁴⁶: „Tej samej karze [karze grzywny do 1500 zł albo karze nagany] podlega, kto, sprawując pieczę nad osobą małoletnią lub bezradną, pomimo zastosowania środków egzekucji administracyjnej, nie poddaje jej określonego w § 1 szczepieniu ochronnemu [przeciwko gruźlicy lub innej chorobie zakaźnej] lub badaniu”. Na lekarzu spoczywa obowiązek powiadomienia powiatowego inspektora sanitarnego o fakcie braku poddania się dorosłego lub dziecka szczepieniu obowiązkowemu i tym samym zostaje uruchomiona procedura bądź przymusowego wykonania szczepienia bądź nałożenia kar przewidzianych przez kodeks wykroczeń⁴⁷.

Lekarz – Świadek Jehowy

W końcu należy przyjrzeć się sytuacji, gdy to lekarz z przyczyn wyznaniowych nie może świadczyć pomocy medycznej. Podstawowym przepisem w kontekście omawianego zagadnienia jest art. 39 ustawy o zawodach lekarza i lekarza denty, który mówi: „Lekarz może powstrzymać się od wykonywania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego sumieniem, z zastrzeżeniem art. 30 [nie może powstrzymać się od świadczenia, niezależnie od sprzeciwu sumienia, jeżeli zwłoka mogłaby spowodować groźbę utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki], z tym, że ma obowiązek wskazać realne możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym oraz uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej. Lekarz wykonujący swój zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby ma ponadto obowią-

⁴⁵ Dz. U. z 2008 r., Nr 234, poz. 1570 z późn. zm.

⁴⁶ Dz. U. z 1971 r., Nr 12, poz. 114 z późn. zm.

⁴⁷ Zob. <http://www.infor.pl/prawo/prawa-konsumenta/prawa-pacjenta/287269,Czy-mozna-zmusic-pacjenta-do-szczepienia.html#> [dostęp: 13.01.2014].

zek uprzedniego powiadomienia na piśmie przełożonego⁴⁸. Jest to tak zwana klauzula sumienia, nazywana także sprzeciwem sumienia, która umożliwia niewykonanie obowiązku nałożonego przez prawo – w tym wypadku prawnego obowiązku niesienia pomocy pacjentom – jeżeli wykonanie takiego obowiązku sprzeciwiałoby się sumieniu lekarza, pod warunkiem, że przepisy szczególnie na to zezwalają – w tym przypadku przepisem tym jest art. 39 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Pojawia się w doktrynie pogląd, że: „Sprzeciw sumienia w przypadkach ingerencji ze swej natury nieetycznych jest wprost obowiązkiem lekarza, nawet za cenę napiętnowania, przekreślenia dalszej kariery czy pozbawienia prawa wykonywania zawodu⁴⁹. Ale możliwość skorzystania ze sprzeciwu sumienia uwarunkowana jest kilkoma wymogami – koniecznością wskazania pacjentowi możliwości uzyskania świadczenia, którego lekarz odmówił, u innego lekarza lub w innym podmiocie leczniczym; uzasadnienia swojej decyzji; odnotowania jej w dokumentacji medycznej oraz uprzedniego pisemnego powiadomienia przełożonego w razie działania w oparciu o stosunek pracy lub służby. Dodatkowo ustawa nakłada na lekarza obowiązek przełamania klauzuli sumienia i postąpienia wbrew swemu sumieniu jeżeli zwlekanie z udzieleniem pomocy medycznej może spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, czy też w innych niecierpiących zwłoki okolicznościach. Jak podnosi się w doktrynie, owo sformułowanie art. 30 w zw. z art. 39 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry mówiące o „innych przypadkach niecierpiących zwłoki” jest zbyt ogólne i zbyt szerokie, a tym samym może powodować znaczne ograniczenie możliwości korzystania z klauzuli sumienia. Podobnie wątpliwości budzi stwierdzenie mówiące o konieczności „uprzedniego” poinformowania przełożonego o zamiarze skorzystania z klauzuli sumienia w wypadku, gdy lekarz pozostaje w stosunku pracy lub służby. Nie jest jasne czy chodzi o oświadczenie uprzednie ogólne, np. przy przyjęciu do pracy lekarz uprzedza swojego przełożonego, że z powodu światopoglądu nie będzie wykonywał określonych świadczeń medycznych; czy też poinformowanie odnosi się do konkretnej sytuacji, konkretnego pacjenta i musi być powielane za każdym razem, gdy lekarz uzna, że sumienie

⁴⁸ Również art. 12 ust. 2 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2011 r., Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.) pozwala pielęgniarkom i położnym na odmowę wykonania zlecenia lekarskiego lub innego świadczenia zdrowotnego niezgodnego z ich sumieniem po spełnieniu określonych w ustawie warunków. Z racji ograniczonych rozmiarów niniejszego opracowania, zostanie w nim poruszona problematyka klauzuli sumienia tylko w odniesieniu do lekarzy.

⁴⁹ J. Wróbel, *Człowiek i medycyna. Teologicznomoralne podstawy ingerencji medycznych*, Kraków 1999, s. 120.

nie pozwala mu na podjęcie określonych świadczeń zdrowotnych⁵⁰. W tym kontekście pojawia się jeszcze jedno pytanie: czym jest „świadczenie zdrowotne”? Jego definicja znajduje się w art. 3 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej⁵¹ i stanowi, że są nim: „(...) działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania (...)”.

Prawo do skorzystania ze sprzeciwu sumienia gwarantują także akty prawa europejskiego. Przykładem mogą być postanowienia Karty Praw Podstawowych Unii Europejskiej. Karta ta w art. 10 ust. 2 stanowi: „Uznaje się prawo do odmowy działania sprzecznego z własnym sumieniem, zgodnie z ustawami krajowymi regulującymi korzystanie z tego prawa”⁵². Ponadto prawo to można wywieść także z art. 9 Europejskiej Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności⁵³ z 1950 r., który gwarantuje w sposób ogólny wolność myśli, sumienia i wyznania⁵⁴.

W kontekście omawianego zagadnienia należy rozważyć czy lekarz będący Świadkiem Jehowy ma możliwość zarówno od strony prawnej, jak i od strony światopoglądowej, religijnej podjąć bądź nie podejmować czynności, które w świetle doktryny Świadców Jehowy są zakazane.

Od strony prawnej wskazana powyżej klauzula sumienia pozwala lekarzowi – Świadcowi Jehowy na powstrzymanie się od świadczeń zdrowotnych, w tym aplikowania pacjentom transfuzji krwi, przeprowadzania transplantacji organów czy szpiku kostnego, pod warunkiem, że zwłoka w podjęciu owych czynności nie spowoduje niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia oraz w innych niecierpiących zwłoki wypadkach. Art. 3 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej pośród przykładowych świadczeń zdrowotnych wymienia zapobieganie powstawaniu urazów i chorób poprzez m.in. szczepienia ochronne. Oznacza to, że lekarz może również powołując się na klauzulę sumienia odmówić wypisania skierowania na szczepienia ochronne

⁵⁰ Szerzej na ten temat zob.: A. Zoll, *Medycyna i prawo. O pewnych etycznych – prawnych dylematach związanych z zaniechaniem świadczeń medycznych*, tekst jest dostępny pod adresem: <http://www.prawoimedycyna.pl/index.php?str=artykul&id=266> [dostęp: 13.01.2014].

⁵¹ Dz. U. z 1991 r., Nr 91, poz. 408 z późn. zm.

⁵² Dz. Urz. UE z 2007 r., C 303, s. 4.

⁵³ Dz. U. z 1993 r., Nr 61, poz. 284.

⁵⁴ Zob. O. Nawrot, *Klauzula sumienia w zawodach medycznych w świetle standardów Rady Europy*, „Zeszyty Prawnicze Biura Analiz Sejmowych Kancelarii Sejmu” 2012, nr 3(35), s. 11-16.; J. Waszczuk-Napiórkowska, *Opinia prawna dotycząca wolności sumienia w konstytucjach krajów Unii Europejskiej*, „Zeszyty Prawnicze Biura Analiz Sejmowych Kancelarii Sejmu” 2012, nr 3(35), s. 234.

czy też wykonania takiego szczepienia jeśli ich niewykonanie nie jest obarczone groźbą utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała czy ciężkiego rozstroju zdrowia. A co za tym idzie, lekarz może wskazać osobie ubiegającej się o takie skierowanie innego lekarza czy inny ośrodek, oczywiście po spełnieniu pozostałych przesłanek umożliwiających powołanie się na sprzeciw sumienia.

Od strony religijnej – na pewno lekarz należący do Organizacji Świadków Jehowy nie może przyjąć transfuzji krwi pełnej, a w kwestii szczepienia, transplantacji szpiku kostnego lub narządów musi podjąć decyzję w oparciu o swoją wiedzę, doktrynę głoszoną przez Świadków Jehowy oraz o własne sumienie. Jednakże w razie poddania się transplantacji czy szczepieniu nie poniesie z tego powodu konsekwencji w postaci wykluczenia ze zboru. Natomiast inna jest sytuacja, gdy to lekarz – Świadek Jehowy ma dokonać na pacjencie transfuzji krwi, przeszczepu czy też czynności związanych z poddaniem się szczepieniu ochronnemu. Odnośnie do przeszczepu czy to narządów czy szpiku kostnego, lekarz Świadek Jehowy może dokonać takiego świadczenia zdrowotnego zarówno wobec innych Świadków Jehowy, jak i „ludzi ze świata”, gdyż nie jest to zakazane doktrynalnie w Organizacji. Jednakże jeśli uzna, że sprzeciwia się to jego sumieniu – wówczas powołując się na sprzeciw sumienia może nie podejmować się tych działań.

Inaczej wygląda sytuacja lekarza – Świadka Jehowy w odniesieniu do transfuzji krwi. W tym temacie wypowiedziało się przywództwo wyznawców Jehowy na łamach „Strażnicy” z 1966 r. powołując się na słowa zawarte w Księdze Powtórzonego Prawa: „Nie będziecie spożywać żadnej padliny. Dasz to do spożycia przechodniowi w twej miejscowości albo sprzedasz obcemu, bo ty jesteś narodem świętym dla Pana, Boga twego. Nie będziesz gotował koźlęcia w mleku jego matki”⁵⁵. W tekście zamieszczonym w czasopiśmie⁵⁶ nie zajęto wyraźnie stanowiska, ale wskazano, że niektórzy lekarze Świadkowie Jehowy, przeprowadzają zabiegi transfuzji krwi wobec osób nienależących do organizacji na ich życzenie, co jak podkreślono jest dopuszczalne w świetle nauki biblijnej, ale decyzja ta jest pozostawiona sumieniu każdego członka zboru. Natomiast w oparciu o ten sam cytat wyraźnie zaznaczono, że lekarz Świadek Jehowy nie może przeprowadzać zabiegu przetoczenia krwi wobec „wiernego” członka Towarzystwa. W tym zakresie nasuwa się kolejne pytanie – jak ma postąpić lekarz wyznawca Jehowy w sytuacji, gdy ma przed sobą pacjenta będącego Świadkiem Jehowy w stanie zagrażającym życiu lub zdrowiu z art. 30 ustawy

⁵⁵ Księga Powtórzonego Prawa, 14:21, *Pismo Święte Starego i Nowego Testamentu, Biblia Tysiąclecia*, s. 186.

⁵⁶ *Praca zarobkowa a twoje sumienie; wstrzymywanie się od krwi*, „Strażnica” 1966, nr 11, s. 12.

o zawodach lekarza i lekarza dentystry? Sytuacja jest prostsza, jeżeli pacjent nie wyraża zgody na zabieg lub ma przy sobie oświadczenie stwierdzające jego sprzeciw wobec transfuzji. Natomiast problem może się pojawić, gdy lekarz zna przynależność wyznaniową pacjenta, który pomimo wszystko wyraża zgodę na przetoczenie krwi łamiąc doktrynalne zasady wyznawców Jehowy. W tej sytuacji od strony religijnej lekarz wykonując zabieg zgodnie z wolą pacjenta narażałby się na współudział w cudzym grzechu. Jednakże, jeśli sytuacja jest nagła, niecierpiąca zwłoki, prawo polskie na pierwszym miejscu stawia dobro pacjenta i lekarz musiałby przełamać swój sprzeciw sumienia i zabieg wykonać. W przeciwnym razie ponosiłby odpowiedzialność, w związku z narażeniem życia i zdrowia pacjenta.

Podsumowanie

Aktualnie ustawodawstwo polskie chroni zarówno wolność sumienia i religii, jak i prawo do samostanowienia. Wolność religijna zagwarantowana konstytucyjnie znajduje także swój wyraz w postaci klauzuli sumienia umożliwiającej lekarzowi powstrzymanie się od udzielenia świadczenia zdrowotnego niezgodnego z jego sumieniem. Po wtóre wolność ta jest zapewniona poprzez uzależnienie podjęcia czynności medycznych, takich jak np. badanie czy leczenie od zgody pacjenta. Z zasady samostanowienia wynika także prawo do wyrażenia sprzeciwu wobec określonych procedur medycznych niedających się pogodzić z wyznaniem pacjenta. Z drugiej strony, prawodawca chroniąc takie dobra jak życie czy zdrowie jednostki, nie pozwala, aby sprzeciw sumienia lekarza miał pierwszeństwo, podczas gdy zwłoka w podjęciu działania groziłaby pacjentowi możliwością utraty życia czy zdrowia. W tej sytuacji prawo ustanawia prymat działania na rzecz dobra pacjenta, ponad wolnością religijną lekarza. Te zasady są szczególnie istotne w kontekście Świadków Jehowy, którzy występują zarówno w roli pacjentów jak i lekarzy. Przyjęte przez nich wyznanie kategorycznie zabrania im poddawania się zabiegowi transfuzji krwi pełnej, natomiast przyjęcie szczepionki czy przeszczepu szpiku kostnego lub narządu pozostawia decyzji ich sumienia. Dlatego też wydaje się, że należy postulować, aby wyznawcy Jehowy nie wybierali takich specjalności, w których nieuchronnie i często będą się stykać z koniecznością podjęcia decyzji, na które wpływ będzie miał fakt ich przynależności do związku wyznaniowego Świadków Jehowy. Oczywiście można sobie wyobrazić, że będą oni unikać podejmowania

działań medycznych wątpliwych moralnie z punktu widzenia ich światopoglądu religijnego. Ale cały czas należy pamiętać, że pracy lekarza winna przyświecać jedna zasada: zdrowie chorego jest najwyższym prawem i w sytuacji krytycznej Świadek Jehowy będący lekarzem musi podjąć niezbędne z punktu widzenia medycznego działania, nawet jeśli są one niezgodne z doktryną religii, którą wyznaje i nawet jeśli podjęcie tych czynności zamknie mu drogę do zbawienia.

The Position of Jehovah's Witnesses on Selected Contemporary Medical Procedures

S u m m a r y

In today's Poland, Jehovah's Witnesses enjoy the status of a legal religious organization. Their doctrine, based on the literal understanding of the Scriptures, obliges the members of this religious group to observe numerous bans and regulations, part of which covers the use of medical services. For instance, the members of the congregation are forbidden to undergo full blood transfusions, while the decision on the transplantation of a body organ, bone marrow or vaccination is made in the conscience of every Jehovah's Witness. The study attempts to answer the question of what attitude should a Jehovah's Witness adopt, both as a patient and doctor, with regard to the named medical procedures.

Tłumaczenie: Konrad Szulga

OBOWIĄZEK INFORMACYJNY A SANKCJE PRAWNOKANONICZNE W KONTEKŚCIE PRZERYWANIA CIĄŻY

Wstęp

Poszanowanie życia ludzkiego jest jedną z najbardziej fundamentalnych i najstarszych reguł zawodowej etyki medycznej. Wynika ona już bezpośrednio z dekalogu, bowiem V przykazanie Boże brzmi: „Nie zabijaj” (por. Wj 20,13). Instrukcja Konferencji Episkopatu Polski „O wyzwaniach bioetycznych, przed którymi stoi współczesny człowiek” przyjęta na 361. Zebraniu Plenarnym KEP w Warszawie w dniu 5 marca 2013 r. rozpoczyna się od słów – cytatu z Księgi Rodzaju: „Upomnę się też u człowieka o życie człowieka i u każdego – o życie brata” (Rdz 9,5). Biskupi polscy stwierdzają, że wspomniane wyżej biblijne ostrzeżenie skierowane jest do osób niszczących życie ludzkie, które przynależy wyłącznie do Boga i jest wartością podstawową i niezbywalnym dobrem¹.

* Ks. mgr n. prawnych, mgr lic. pr. kanon., Katedra Prawa Wyznaniowego, Wydział Prawa, Prawa Kanonicznego i Administracji Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II.

¹ Konferencja Episkopatu Polski, *O wyzwaniach bioetycznych, przed którymi stoi współczesny człowiek*, Warszawa 2013 r., http://episkopat.pl/dokumenty/pozostale/5066.1,O_wyzwaniach_bioetycznych_przed_ktorymi_stoi_wspolczesny_czlowiek.html [dostęp 16.08.2014]; Stowarzyszenie „Diakonia Ruchu Światło-Życie”, *O wyzwaniach bioetycznych, przed którymi stoi współczesny człowiek*, Katowice 2013, s. 33.

Doktryna Kościoła katolickiego wyraźnie wskazuje, że życie ludzkie od chwili naturalnego poczęcia powinno być szanowane i chronione w sposób absolutny. Już od pierwszej chwili swego istnienia istota ludzka powinna mieć przyznane prawa osoby, wśród nich nienaruszalne prawo każdej niewinnej istoty do życia (Katechizm Kościoła Katolickiego, nr 2270). Kościół od początku twierdził, że jest złem moralnym każde spowodowane przerwaniem ciąży. Nauczanie na ten temat nie uległo zmianie i pozostaje niezmiennie. Bezpośrednie przerwanie ciąży, to znaczy zamierzone jako cel i środek, jest głęboko sprzeczne z prawem moralnym. Bóg... Pan życia, powierzył ludziom wzniosłą posługę strzeżenia życia, którą człowiek powinien wypełniać w sposób godny siebie. Należy więc z największą troską ochraniać życie od samego jego poczęcia; przerwanie ciąży, jak i dzieciobójstwo są okropnymi przestępstwami (Katechizm Kościoła Katolickiego, nr 2271). Niezbywalne prawo do życia każdej niewinnej istoty ludzkiej stanowi element konstytutywny społeczeństwa cywilnego i jego prawodawstwa (Katechizm Kościoła Katolickiego, nr 2273).

W encyklice Jana Pawła II *Evangelium vitae* z dnia 25 marca 1995 r. przypomina się, iż aborcja „jest – niezależnie od tego, w jaki sposób zostanie dokonana – świadomym i bezpośrednim zabójstwem istoty ludzkiej w początkowym stadium jej życia, obejmującym okres między poczęciem a narodzeniem”².

Zasada ochrony życia ludzkiego na każdym etapie rozwoju jest również obecna w polskim orzecznictwie. Przykładowo Sąd Najwyższy w dniu 17 lutego 1989 r.³ orzekł, że „życie każdego człowieka, niezależnie od wieku, stanu zdrowia, reprezentowanego poziomu wiedzy, stanu rodzinnego i realnej społecznej przydatności, jest wartością powszechną i podlega jednakowej ochronie prawnej”.

W niniejszym artykule podejmiemy próby odpowiedzi na pytanie: czy personel medyczny (lekarz, pielęgniarka/położna) zaciąga jakąkolwiek sankcję prawnokanoniczną, a jeśli tak to jaką, za odmowę zabiegu przerywania ciąży, powołując się przy tym na klauzulę sumienia⁴, a jednocześnie zachowując usta-

² Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae*, (25 marca 1995), nr 58, „Acta Apostolicae Sedis” 1995, nr 87, s. 467; tłum. polskie „L’Osservatore Romano” 1995, nr 4; zob. J. Arias, *Komentarz do Księgi VI „Sankcje w Kościele” Kodeksu Prawa Kanonicznego z 1983 r.*, w: Uniwersytet Newary w Pampelunie, Wydział Prawa Kanonicznego. Instytut Martin de Azpilcueta, *Kodeks Prawa Kanonicznego. Komentarz. Powszechne i partykularne ustawodawstwo Kościoła katolickiego. Podstawowe akty prawa polskiego. Edycja polska na podstawie wydania hiszpańskiego*, red. P. Majer, Kraków 2011, s. 1045.

³ „Orzecznictwo Sądu Najwyższego – Izba Karna i Wojskowa” 1989, nr 5, poz. 42.

⁴ Klauzula sumienia jest to odmowa wykonania obowiązku nałożonego zgodnie z prawem z powołaniem się na przekonania religijne lub moralne. Sumienie przysługuje konkretnej osobie fizycznej. Autorzy stanowiska Komitetu Bioetyki przy Prezydium Polskiej Akademii

wowy obowiązek poinformowania u kogo lub w jakim podmiocie leczniczym można zabiegu dokonać. Odpowiedź na powyższe pytanie rodzi kolejne: czy ustawowy obowiązek informacji o dokonaniu zabiegu u innego lekarza, pielęgniarki/położnej, bądź w podmiocie leczniczym nosi znamię współuczestnictwa tych osób wobec zabiegu przerywania ciąży?

Wobec analizowanego problemu badawczego ograniczymy się jedynie do sankcji zawartych w Kodeksie Prawa Kanonicznego z 1983 r.⁵ (dalej: KPK/83), dotyczących osób podległych przepisom kanonów tego Kodeksu. Materią wykraczającą poza temat artykułu jest zagadnienie związane z odpowiedzią na pytanie, kto może zwolnić z sankcji prawnokanonicznej zaciąganej wobec przerywania ciąży.

1. Aborcja w prawie polskim

W raporcie *The Goals of Medicine: Sitting New Priorities*⁶ z 1999 r. znajdujemy hierarchicznie wymienione priorytety medycyny. Za główne, właściwe cele medycyny uznano w kolejności: zapobieganie chorobom oraz promocję i utrzymanie zdrowia, łagodzenie (usuwanie) bólu i cierpienia spowodowanego

Nauk uważają, że nie mają go instytucje i organizacje, a zatem prawo do odmowy wykonania świadczenia zdrowotnego ze względu na głos sumienia może przysługiwać wyłącznie osobom fizycznym – indywidualnym lekarzom, pielęgniarkom i położnym. Jednak powoływanie się na klauzulę sumienia przez placówki ochrony zdrowia, czyli podmioty lecznicze w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654 z późn. zm.) trudno uznać za jednoznacznie rozstrzygnięte. Zob. P. Stanisław, *Klauzula sumienia*, w: A. Mezglewski, H. Misztal, P. Stanisław, *Prawo wyznaniowe*, wyd. 3 rozszerzone i zaktualizowane, Warszawa 2011, s. 117-118; Stanowisko Komitetu Bioetyki przy Prezydium Polskiej Akademii Nauk nr 4/2013 z dnia 12 listopada 2013 roku w sprawie tzw. klauzuli sumienia, pkt 15, (dalej: Stanowisko KB), <http://www.bioetyka.pan.pl/images/stories/Pliki/Stnowisko%20KB%20nr%204-2013.pdf> [dostęp 21.08.2013].

⁵ Codex Iuris Canonici. Auctoritate Joannis Pauli PP. II. Promulgatus 1983, Kodeks Prawa Kanonicznego. Przekład Polski zatwierdzony przez Konferencję Episkopatu, Pallottinum 1984.

⁶ *The Goals of Medicine: the Forgotten in Health Care Reform*, eds. M.J. Hanson, D. Callahan, Washington, DC: Georgetown Univ. Press, 1999; zob. W. Galewicz, *Jakie świadczenia zdrowotne powinny być obowiązkowe?*, wypowiedź w dyskusji: *Jakich świadczeń medycznych wolno odmówić ze względów moralnych? 1.10 – 9.12.2012*, prowadzonej na stronie Polskiego Towarzystwa Bioetycznego: www.ptb.org.pl, s. 4, http://www.ptb.org.pl/pdf/galewicz_klauzula_5.pdf [dostęp: 16.08.2014].

chorobami, opiekę nad chorymi z różnymi dolegliwościami i ich leczenie oraz opiekę nad tymi, którzy nie mogą być wyleczeni oraz unikanie przedwczesnej śmierci i dążenie do spokojnej śmierci. Zaś za niewłaściwe cele podano m.in. angażowanie się medycyny w usuwanie zjawisk szkodliwych dla społeczności, takich jak eugeniczna i eutanatyczna prenatalna selekcja aborcyjna, eliminacja embrionów ludzkich obciążonych genetycznymi predyspozycjami do poważnych chorób czy pewnych zachowań, kontrola rozwoju demograficznego poprzez antykoncepcję, sterylizację mężczyzn i kobiet, i odpowiednią antynatalistyczną propagandę⁷.

Art. 2 § 2 Kodeksu Etyki Lekarskiej stanowi, że „powołaniem lekarza jest ochrona życia i zdrowia ludzkiego, zapobieganie chorobom, leczenie chorych oraz niesienie ulgi w cierpieniu; lekarz nie może posługiwać się wiedzą i umiejętnością lekarską w działaniach sprzecznych z tym powołaniem”⁸.

Wobec przytoczonych powyżej racji związanych z ochroną życia ludzkiego, a więc także tego „najmniejszego” kontestują przepisy prawa polskiego, w których dozwala się na dokonanie zabiegu przerywania ciąży. W prawie polskim, na podstawie art. 4a ust. 1 ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży⁹, istnieją trzy przypadki dozwolonej aborcji. Przerwanie ciąży może być dokonane wyłącznie przez lekarza: 1) ze względów medycznych, gdy ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej; 2) ze względów eugenicznych, gdy badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazują na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu; 3) ze względów kryminalnych, gdy zachodzi uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego. Wobec względów eugenicznych i kryminalnych dodano obwarowanie czasowe możliwości dokonania zabiegu aborcji. I tak, wobec względów eugenicznych jest ona dopuszczalna do chwili osiągnięcia przez płód zdolności do samodzielnego życia poza organizmem kobiety ciężarnej, zaś wobec względów kryminalnych aborcji można dokonać do momentu, gdy od początku ciąży nie upłynęło więcej niż 12 tygodni (ust. 2).

⁷ Zob. K. Szewczyk, *Klauzula sumienia jest konstrukcją prawną konieczną w państwach demokratycznych, z której jednakże należy korzystać w ostateczności i po wyczerpaniu wszystkich możliwości, odwołując się wyłącznie do osądu własnego sumienia*, wypowiedź w dyskusji: *Jakich świadczeń medycznych*, s. 2-3, http://www.ptb.org.pl/pdf/szewczyk_klauzula_2.pdf [dostęp: 16.08.2014].

⁸ Kodeks Etyki Lekarskiej z 1991 r. z późn. zm., <http://www.nil.org.pl/dokumenty/kodeks-etyki-lekarskiej> [dostęp: 16.08.2014].

⁹ Dz. U z 1993 r., Nr 17, poz. 78 z późn. zm.

Wobec przypadku dokonania aborcji ze względów medycznych i eugenicznych ustawa o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży stanowi, że aborcji dokonuje lekarz w szpitalu (art. 4a ust. 3). Należy w tym miejscu dodać, że do przerywania ciąży wymagana jest pisemna zgoda kobiety. W przypadku małoletniej lub kobiety ubezwłasnowolnionej całkowicie wymagana jest pisemna zgoda jej przedstawiciela ustawowego. W przypadku zaś kobiety małoletniej powyżej 13. roku życia wymagana jest również pisemna zgoda tej osoby. W przypadku małoletniej poniżej 13. roku życia wymagana jest zgoda sądu opiekuńczego, a małoletnia ma prawo do wyrażenia własnej opinii. Kolejno, w przypadku kobiety ubezwłasnowolnionej całkowicie wymagana jest także pisemna zgoda tej kobiety, chyba że na wyrażenie takiej zgody nie pozwala stan jej zdrowia psychicznego. W wyżej wymienionych przypadkach, w razie braku zgody przedstawiciela ustawowego, do przerywania ciąży wymagana jest zgoda sądu opiekuńczego (ust. 4).

Wystąpienie względów medycznych bądź eugenicznych stwierdza inny lekarz niż ten dokonujący aborcji, chyba że ciąża zagraża bezpośrednio życiu kobiety. Zaś wystąpienie względów kryminalnych stwierdza prokurator (ust. 5).

Kluczową kwestią wobec odmowy przeprowadzenia zabiegu przerywania ciąży przez lekarza i pielęgniarkę/położną (klauzula sumienia) jest jednocześnie ustawowy obowiązek wskazania realnych możliwości uzyskania tego świadczenia gdzie indziej. I tak, lekarz na podstawie art. 39 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry¹⁰ winien obligatoryjnie udzielić informacji o możliwości dokonania aborcji „u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym”. Zaś pielęgniarki i położne, na podstawie art. 12 ust. 3 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej¹¹, powinny wskazać realne możliwości uzyskania tego świadczenia „u innej pielęgniarki, położnej lub w podmiocie leczniczym”.

Stanowisko Komitetu Bioetyki przy Prezydium Polskiej Akademii Nauk w sprawie tzw. klauzuli sumienia stwierdza, że wyżej opisana regulacja prawna klauzuli sumienia chroni interesy i prawa pacjenta, w przypadku, gdy lekarz, bądź pielęgniarka/położna wskazują pacjentowi realną możliwość uzyskania wymaganego świadczenia przerywania ciąży. Zdaniem Komitetu Bioetyki, odpowiedzialność za wykonanie tego obowiązku spoczywa zarówno na indywidualnych profesjonalistach medycznych, jak i na kierownikach zatrudniających ich podmiotów leczniczych. Ci ostatni są odpowiedzialni za realizację przez zatrudnionych profesjonalistów zakontraktowanych z Narodowym Funduszem

¹⁰ Tekst jedn.: Dz. U. z 2011 r., Nr 277, poz. 1634 z późn. zm.

¹¹ Dz. U. Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.

Zdrowia świadczeń zdrowotnych oraz za dobór pracowników i organizację pracy w zarządzanej przez siebie placówce¹². Ponadto, Komitet Bioetyki w swoim stanowisku, zwraca się „do kierowników podmiotów leczniczych o zapewnienie pacjentom dostępu do informacji o realnej możliwości uzyskania świadczeń, których wykonania odmawiają pracownicy, powołując się na klauzulę sumienia, oraz o zapewnienie, że zarówno uzyskanie tych informacji, jak i skorzystanie z takich świadczeń nie będzie narażało pacjentów na szykany i na naruszenie ich godności oraz prawa do prywatności”¹³. Nadto, w załączniku do swojego Stanowiska Komitet Bioetyki wypowiedział się, że lekarz bądź pielęgniarka/położna odmawiając swojej akceptacji w przeprowadzeniu lub asystowaniu w zabiegu przerywania ciąży, powołując się przy tym na klauzulę sumienia, nie mogą odmówić ustawowego udzielenia informacji na temat warunków dopuszczalności legalnego przerywania ciąży¹⁴.

Autor podziela wiele stanowisk prawników, zgodnie z którymi obciążenie w/w personelu medycznego (lekarz, pielęgniarka/położna) powołującego się na klauzulę sumienia, obowiązkiem ustawowego wskazania realnych możliwości dokonania zabiegu przerywania ciąży u innego lekarza, pielęgniarki/położnej lub w innym podmiocie leczniczym, jest niewłaściwe. Uznając prawo lekarza, bądź pielęgniarki/położnej do powstrzymania się od udzielenia świadczenia zdrowotnego sprzecznego z jego sumieniem, nie powinno się ich jednocześnie obligować do pośredniego udziału w dokonywaniu takiego zabiegu przez innego lekarza, pielęgniarkę/położną lub w innym podmiocie leczniczym¹⁵.

Komitet Bioetyki przy Prezydium PAN rekomenduje, by wprowadzić w podmiotach leczniczych m.in. wewnętrzny system przepływu informacji na temat lekarzy, pielęgniarek i położnych, które godzą się na wykonywanie świadczeń medycznych wzbudzających obiekcje moralne innych pracowników. W przypadku zaś, gdy żadna z zatrudnionych w danej placówce osób uprawnionych do wykonywania świadczeń zdrowotnych określonego rodzaju, nie wyraża zgody na ich wykonywanie, zawarcie stosownych umów z lekarzami, pielęgniarkami i położnymi pracującymi w innych placówkach¹⁶. Kontrowersyjnym wydaje się jednak pogląd Komitetu, w którym zobowiązuje przełożonych lekarzy, pielęgni-

¹² Zob. Stanowisko KB, pkt 26.

¹³ Tamże, pkt 30.

¹⁴ Zob. załącznik do Stanowiska Komitetu Bioetyki przy Prezydium Polskiej Akademii Nauk nr 4/2013 z dnia 12 listopada 2013 roku w sprawie tzw. klauzuli sumienia, pkt 4, <http://www.bioetyka.pan.pl/images/stories/Pliki/Stnowisko%20KB%20nr%204-2013.pdf> [dostęp 16.08.2014].

¹⁵ Zob. P. Stanisławski, *Klauzula sumienia*, s. 119-120; J. Pawlikowski, *Prawo do sprzeciwu sumienia przez personel medyczny – problemy etyczno-prawne*, tekst w posiadaniu autora.

¹⁶ Zob. Stanowisko KB, pkt 27.

rek i położnych do sprawdzania czy w przypadku powołania się na klauzulę sumienia dopełnili obowiązku poinformowania pacjenta o tym, gdzie może on dane świadczenie uzyskać¹⁷.

Należałoby także zauważyć, że autor nie doszukał się jakiegokolwiek ogólnodostępnego spisu (listy) lekarzy, pielęgniarek/położnych lub podmiotów leczniczych, które zajmowałyby się dokonywaniem zabiegu przerywania ciąży. Obowiązek informacyjny powinien wziąć na siebie prawodawca, jeśli zdecydował się na dopuszczenie aborcji. Stąd, autor stoi na stanowisku, aby opublikowano np. na własnych stronach internetowych listę (spis) lekarzy, pielęgniarek/położnych lub podmiotów leczniczych, w których dokonywaliby zabiegu przerywania ciąży. Pojawienie się takiego spisu (listy) będzie rodzić skutki narażenia na sankcje prawnokanoniczne, o których będzie mowa poniżej, związane z dokonywaniem bezpośrednio zabiegu aborcji. Sankcji prawnokanonicznych nie zaciągnie jedynie podmiot leczniczy, bowiem – mogą być one nakładane „tylko na osoby fizyczne”¹⁸.

2. Grzech a przestępstwo w Kościele katolickim

Wobec omawianego zagadnienia kluczowymi pojęciami pojawiającymi się na gruncie KPK/83 są: grzech i przestępstwo. Ich wzajemne relacje, przede wszystkim na gruncie prawnokarnym, rzutują na dalszą analizę badanej problematyki, stąd należałoby dokonać w tym miejscu ich krótkiej analizy.

Grzech stoi na przeszkodzie do celu, jaki ma osiągnąć każdy chrześcijanin w Kościele ustanowionym przez Chrystusa, tj. uświęcenie i zbawienie. Osiągnięcie tego celu dokonuje się w społeczności ukonstytuowanej jako Lud Boży. Kościół swoją misję wypełnia w dwóch zakresach: zewnętrznym – poprzez kościelne prawo kanoniczne, a w nim i kościelne prawo karne i wewnętrznym (sakramentalnym) – poprzez sakrament pokuty (spowiedź). Granica między tymi dwoma władzami zależy od tego, czy jest ona sprawowana w sakramencie pokuty, czy poza nim. Nie oznacza to jednak, że tak samo przebiega w rozróżnieniu grzech – przestępstwo. Grzech jest bowiem konstytutywnym elementem przestępstwa rozumianego w świetle KPK/83. Dlatego możemy podać w tym

¹⁷ Tamże.

¹⁸ Zob. J. Arias, *Komentarz do Księgi VI*, s. 1001.

miejscu trzy elementy niezbędne do prawnokarnego ujęcia przestępstwa w stosunku do grzechu:

- 1) Każde przestępstwo jest grzechem ciężkim, ale nie każdy grzech ciężki jest przestępstwem;
- 2) Spośród grzechów ciężkich tylko te mogą być policzone za przestępstwo, które dokonane zostały czynem zewnętrznym (akty wewnętrzne nie mogą być tutaj brane pod uwagę) i zostały przez prawodawcę obwarowane sankcją karną;
- 3) Z zewnętrznych czynów przestępnych bierze się z kolei pod uwagę tylko te, które dla Kościoła (wiernych) są prawdziwym zgorszeniem¹⁹.

Mimo iż KPK/83 nie podaje definicji przestępstwa, to niemniej mając na uwadze kanony 1321, 1399 oraz 1401 n. 2 KPK/83 możemy zdefiniować przestępstwo na gruncie prawa kanonicznego. Przestępstwem więc nazwiemy zewnętrzne i ciężko poczytalne, na skutek winy umyślnej lub nieumyślnej, naruszenie ustawy lub nakazu obwarowanego sankcją karną. W tak przyjętym określeniu przestępstwa możemy wyróżnić trzy elementy:

Przestępstwo jest aktem zewnętrznym. Akt, czyli czyn przestępczy, obejmuje działanie zabronione lub zaniechanie działania nakazanego przez ustawę lub nakaz. Zewnętrzny – oznacza podpadający pod zmysły (widzialny, słyszalny, dotykalny...). Do jego zaistnienia wystarcza choćby czyn tajny. Myśl, zamiar, uczucia i inne stany wewnętrzne nie mogą być podmiotem odpowiedzialności karnej zgodnie z zasadą *cogitationis poenam nemo patitur* (nikt nie podlega karze za swoje myśli) choć mogą one być grzechem. Ponadto, sama chęć naruszenia porządku prawnego nie jest jeszcze przestępstwem.

Zgodnie z regułą prawa karnego *nullum crimen, nulla poena sine lege poenali praevia* (nie ma przestępstwa, nie ma kary, bez uprzedniej ustawy karnej) warunkiem koniecznym do stwierdzenia, że dany czyn stanowi przestępstwo jest zakaz (lub nakaz) działania zawarty w ustawie obowiązującej w momencie działania sprawcy.

Czyn ciężko poczytalny na skutek winy umyślnej lub nieumyślnej jest przypisaniem czynu przestępczego sprawcy, za który jest odpowiedzialny przed kompetentną władzą.

Podsumowując, możemy stwierdzić, że kiedy czyn spełnia powyższe elementy kształtujące przestępstwo, możemy mówić wtedy o czynie jako bezprawiu kryminalnym ciężko poczytalnym. Zatem, gdy chcemy mówić o bezprawiu

¹⁹ Zob. T. Wytrwał, *Ekskomunika za aborcje – analiza prawna*, <http://ekai.pl/wydarzenia/x15100/ekskomunika-za-aborcje-analiza-prawna/> [dostęp: 16.08.2014].

kryminalnym czynu aborcji, to wpiery musiny zbadać, czy spełnia on powyższe warunki²⁰.

3. Aborcja w świetle prawa Kościoła katolickiego

3.1 Kary kanoniczne w Kodeksie Prawa Kanonicznego z 1983 r.

Kodeks Prawa Kanonicznego z 1983 r. dotyczy jedynie wiernych Kościoła łacińskiego (zob. kan. 1 KPK/83). Włączenie do Kościoła Chrystusowego nabywa osoba na mocy przyjęcia sakramentu chrztu św. (zob. kan. 96 KPK/83). Wobec powyższego, wszelkim karom kanonicznym na gruncie KPK/83 będzie podlegał jedynie człowiek ochrzczony. Doprecyzowaniem w tej materii jest kan. 11 KPK/83, który stanowi, że „ustawom czysto kościelnym podlegają ochrzczeni w Kościele katolickim lub do niego przyjęci”. Przyjęcie do Kościoła katolickiego może nastąpić m.in. przez wyznanie wiary lub deklarację przyjęcia do Kościoła. Stąd jakiegokolwiek sankcje prawnokanoniczne, o których będzie mowa, dotyczyć będą osób ochrzczonych, należących do Kościoła łacińskiego²¹. *A contrario*, lekarz bądź pielęgniarka/położna, jeśli nie należą do Kościoła katolickiego nie zaciągną żadnych sankcji prawnokanonicznych przewidzianych w KPK/83.

Kara kanoniczna w świetle KPK/83 ma charakter duszpasterski, ponieważ jej celem jest zachowanie moralności całego Kościoła oraz dobro samego winowajcy. Dlatego sprawujący władzę wykonawczą winni z niej korzystać tylko wtedy, gdy jest ta kara konieczna do obrony porządku prawnego w Kościele (zob. kan. 1317 i 1341 KPK/83)²².

²⁰ Tamże.

²¹ KPK/83 w kan. 11 poza odniesieniem się do statusu członka Kościoła katolickiego, tj. wiernego, zawiera jeszcze dwa tradycyjne elementy konieczne do uznania, że dany podmiot podlega normom nakazującym prawa kanonicznego stanowionego, czyli ludzkiego. Są nimi: 1) wystarczające używanie rozumu (warunek wynikający z prawa naturalnego), oraz 2) ukończenie siódmego roku życia. Zob. P. Lombardía, *Komentarz do Księgi I, Tytuły I-III Kodeksu Prawa Kanonicznego z 1983 r.*, w: Uniwersytet Newarry w Pampelunie, Wydział Prawa Kanonicznego. Instytut Martin de Azpilcueta, *Kodeks Prawa Kanonicznego. Komentarz. Powszechne i partykularne ustawodawstwo*, s. 74.

²² Zob. J. Arias, *Komentarz do Księgi VI*, s. 983.

KPK/83 w kan. 1312 § 1 rozróżnia sankcje karne na: kary poprawcze, czyli taksatywnie wyliczone cenzury: ekskomunika, interdykt i suspensa (odnosząca się jedynie do osób duchownych), oraz kary ekspiacyjne wyliczone egzemplarycznie w kan. 1336. Wobec przestępstwa przerwania ciąży wymienia się karę poprawczą jaką jest ekskomunika. Ekskomunika – z j. łac. *excommunicatio* oznacza wyłączenie. Stąd kara ekskomuniki na gruncie KPK/83 polega na wyłączeniu (wykluczeniu) chrześcijanina ze społeczności wiernych, ze wszystkimi skutkami przewidzianymi w KPK/83²³.

Ekskomunika może być nałożona mocą samego prawa (*latae sententiae*) – wobec której stosuje się przepisy kan. 1331 § 1 KPK/83 oraz wymierzona lub deklarowana (*ferendae sententiae*) – wobec której stosuje się przepisy kan. 1331 § 2 KPK/83²⁴. W świetle kan. 1331 § 1 KPK/83 ekskomunikowanemu

²³ Wspólnota wiernych w Kościele ma zarówno swoją podstawę ontologiczną – chrzest, której to nigdy się nie traci, jak również dwojaki wymiar – mistyczny i jurydyczny, które to mogą być utracone niezależnie od siebie, z różnych powodów. Wspólnotą mistyczną (nadprzyrodzoną) jest wspólnota, która jednoczy wiernego z Kościołem – Mistycznym Ciałem Chrystusa. Zapewnia ona wiernemu uczestnictwo w darze łaski uświęcającej i miłości. Wyraża się ona najpełniej w tajemnicy świętych obcowania. Traci się ją częściowo wskutek popełnienia grzechu, a całkowicie poprzez utratę wiary. Wspólnota zaś jurydyczna łączy wiernego z Kościołem rozumianym jako społeczność widzialna. Wyraża się ona przez uczestnictwo w całości relacji prawnych, które są uściślone poprzez konkretne prawa i obowiązki. Traci się ją w następstwie aktu konstytutywnego prawowitej władzy, która pozbawia konkretnych praw wyraźnie wskazanych w KPK/83. Ekskomunika w rozumieniu KPK/83 odnosi się do utraty „wspólnoty jurydycznej”. Jest karą za przestępstwa szczególnie ciężkie, co zakłada popełnienie grzechu śmiertelnego, który niszczy przynajmniej częściowo „wspólnotę mistyczną”. Zob. J. Arias, *Komentarz do Księgi VI*, s. 1002.

²⁴ Kodeks Kanonów Kościołów Wschodnich z 1990 r. (dalej: KKKW) podaje odpowiednik do omawianego kanonu z KPK/83. Jest nim przepis kan. 1450 § 2 KKKW, który za spowodowanie aborcji nakłada karę ekskomuniki większej, a wobec duchownego zastosowanie także innych kar, nie wyłączając depozycji, czyli wydalenia ze stanu duchownego. Normy KKKW podają rozróżnienie ekskomunik na: ekskomunikę mniejszą, czyli karę kościelną zabraniającą przede wszystkim przyjmowania Komunii św. (zob. kan. 1431 KKKW), oraz ekskomunikę większą, czyli karę kościelną zabraniającą jakiegokolwiek udziału posługiwania w sprawowaniu Ofiary Eucharystycznej lub jakichkolwiek innych obrzędach kultu, sprawowania sakramentów i sakramentaliów oraz przyjmowania sakramentów, jak również sprawowania kościelnych urzędów lub posług, jakichkolwiek innych zadań oraz wykonywania aktów władzy rządzenia (zob. kan. 1434 KKKW). Wobec powyższego możemy zauważyć, że kara ekskomuniki większej nakładana w świetle norm KKKW nie różni się w skutkach niczym od ekskomuniki *latae sententiae* nakładanej przez KPK/83. W KKKW dodana jest jedynie kara depozycji wobec duchownego. Zob. Codex Canonum Ecclesiarum Orientalium. Auctoritate Ioannis Pauli PP. II. Promulgatus 1990, *Kodeks Kanonów Kościołów Wschodnich. Promulgowany przez papieża Jana Pawła II, Lublin 2002*. Zob. L. Adamowicz, *Słownik wybranych terminów, Kodeks*

zabrania się: 1) jakiegokolwiek udziału posługiwania w sprawowaniu Ofiary eucharystycznej lub jakichkolwiek innych obrzędach kultu; 2) sprawować sakramenty i sakramentalia oraz przyjmować sakramenty; 3) sprawować urzędy kościelne lub posługi albo jakiegokolwiek inne zadania, bądź wykonywać akty rządzenia (dotyczy to tych, którzy mają święcenia w kościele). Jak możemy zauważyć, ekskomunika wiążąca mocą samego prawa nie zabrania przyjmowania sakramentaliów, np. błogosławieństwa.

Warto tu zwrócić uwagę na kan. 1331 § 1 pkt 2), który zabrania ekskomunikowanemu m.in. przyjmować sakramenty. Stąd lekarz lub pielęgniarka/położna, jeśli zaciągną na siebie karę ekskomuniki *latae sententiae*, nie mogą przystąpić np. do Komunii św. do momentu uzyskania zwolnienia z tej kary w czasie sakramentalnego rozgrzeszenia podczas spowiedzi – forum wewnętrzne lub zdjęcia tej kary u kompetentnego zwierzchnika – forum zewnętrzne. KPK/83 udziela na stałe pewne uprawnienia do uwalniania od kar w zakresie sakramentalnym. Dotyczą one tylko kar *latae sententiae* i kar poprawczych.

Kary *latae sententiae* (z mocy samego prawa) są stosowane w nielicznych przypadkach, a przede wszystkim wobec przestępstw szczególnie ciężkich. Do nich zaliczamy takie, które niosą z sobą poważne zgorzenie, lub wobec których sprawcy nie można skutecznie ukarać za pomocą kar *ferendae sententiae*. Cenzury, o których mowa wyżej, a zwłaszcza cenzurę ekskomuniki, winno się nakładać z umiarem i tylko w odniesieniu do poważnych przestępstw (zob. kan. 1318 KPK/83)²⁵.

Wobec analizowanej w tym miejscu kwestii sprawcy przestępstwa przerwania ciąży należy wspomnieć, że dogmatyka prawa kościelnego dzieli wszystkich sprawców na dwie grupy: fizycznych i moralnych. Do sprawców fizycznych zalicza się tutaj matkę, która albo sama stosuje środki farmakologiczne lub środki fizyczne (zewnętrzne) mające na celu przerwanie ciąży, albo poddaje się zabiegowi. Następnie, do grupy sprawców fizycznych zalicza się także wszystkich tych, którzy dokonują zabiegu, czyli stosują środki wprost zmierzające do przerwania ciąży, np. lekarzy, pielęgniarki/położne itp., niezależnie od tego, czy działają z własnej inicjatywy, czy na zlecenie innych osób. Do kategorii sprawców fizycznych zalicza się wreszcie tzw. sprawców koniecznych, bez pomocy których nie doszłoby do popełnienia przestępstwa. Natomiast w kategorii sprawców moralnych przestępstwa aborcji mieszczą się wszyscy ci, którzy swoim postępowaniem, takim jak zlecenia, nakaz, dostarczenie środków, zmuszanie

Kanonów Kościołów Wschodnich. Promulgowany przez papieża Jana Pawła II, Lublin 2002, s. 916.

²⁵ Zob. J. Arias, *Komentarz do Księgi VI*, s. 983.

groźbą, skuteczną radą, namową itp. przyczyniają się skutecznie do spędzenia płodu²⁶.

3.2 Kan. 1398 Kodeksu Prawa Kanonicznego z 1983 r.

W KPK/83 w księdze VI „Sankcje w Kościele” znajdujemy kan. 1398 dotyczący przerywania ciąży, który stanowi, że „kto powoduje przerwanie ciąży, po zaistnieniu skutku, podlega ekskomunice wiążącej mocą samego prawa”. W najnowszym Komentarzu do KPK/83 odnośnie do powyżej zacytowanego przepisu kan. 1398 czytamy, że przestępstwo aborcji „popełnia się zawsze, ilekroć dokonuje się działania bezpośrednio ukierunkowanego na zabicie płodu (...) oraz osiąga się zamierzony skutek”²⁷.

Od strony medycznej, czyn określany jako przerwanie ciąży oznacza „jakikolwiek niedozwolony zabieg, zmierzający wprost do usunięcia z łona matki płodu niezdolnego do samodzielnego życia”²⁸. Sposób dokonania czynu przestępczego może być różnoraki, np. przez dokonanie zabiegu lekarskiego, przy pomocy środków farmakologicznych, przez zastosowanie spirali domacicznej, jak również przez dokonywanie mechanicznych zabiegów (uderzenia w brzuch, skoki z wysoka, podnoszenie ciężkich przedmiotów, intensywne uprawianie sportu zmierzającego do przerywania ciąży). Sposób wykonania zabiegu jest obojętny, liczy się tutaj zamiar przestępczy i skutek, polegający na tym, że nie-narodzone dziecko przestaje żyć²⁹.

Papieska Komisja ds. Autentycznej Interpretacji Kodeksu Prawa Kanonicznego (od 2000 r. Papieska Rada ds. Tekstów Prawnych) w dniu 23 maja 1988 r. zajęła stanowisko, że aborcja w rozumieniu kanonicznego prawa karnego, to śmierć płodu ludzkiego zadana w jakikolwiek sposób od chwili poczęcia³⁰.

²⁶ Zob. T. Wytrwał, *Ekskomunika za aborcje – analiza prawna*.

²⁷ Zob. J. Arias, *Komentarz do Księgi VI*, s. 1044.

²⁸ Zob. E. Szafrowski, *Podręcznik prawa kanonicznego*, t. IV, Warszawa 1986, s. 364; T. Wytrwał, *Ekskomunika za aborcje – analiza prawna*.

²⁹ Tamże.

³⁰ Papieska Rada ds. Tekstów Prawnych wypowiedziała się negatywnie wobec pytania, czy przez aborcję, o której mowa w kan. 1398 KPK/83 należy rozumieć jedynie usunięcie niedojrzałego płodu. Pozytywne stanowisko zajęła natomiast wobec pytania, czy dobrowolne pozbawienie życia niedojrzałego płodu, „dokonane jakimkolwiek sposobem i w którymkolwiek momencie od chwili poczęcia” podlega pod przepis kan. 1398 KPK/83. Zob. Papieska Rada ds. Tekstów Prawnych, „Acta Apostolicae Sedis” 1988, nr 80, s. 1818, tłum. polskie: Uniwersytet Newarry w Pampelunie, Wydział Prawa Kanonicznego. Instytut Martin de Azpilcueta, *Kodeks Prawa Kanonicznego. Komentarz*.

W tym miejscu należy wspomnieć, że przestępstwo aborcji jest przestępstwem materialnym, co oznacza, że istnieje ściśle powiązanie czynu ze skutkiem. Wspomina też o tym przytoczona norma kan. 1398 KPK/83. Zaistnienie skutku należy do istoty czynu aborcji. Dlatego, jeżeli ktoś tylko usiłował dokonać przerwania ciąży, a ostatecznie porzucił ten zamiar, jest wolny od odpowiedzialności karnej. W zakresie winy moralnej bierze się pod uwagę zamiar przestępczy, a więc mamy tu do czynienia z odpowiedzialnością moralną, czyli mówimy o grzechu, a nie o czynie przestępnym³¹.

W świetle powyższego, omawiany ustawowy obowiązek informacyjny lekarza, bądź pielęgniarki/położnej powołujących się na klauzulę sumienia, jest czynem radykalnie złym i na *forum internum* (forum wewnętrznym) jest grzechem.

3.3 Problem współdziałania w czynie przestępczym na gruncie prawa kanonicznego

W Katechizmie Kościoła Katolickiego czytamy, że formalne współdziałanie w przerywaniu ciąży stanowi poważne wykroczenie. Kościół nakłada kanoniczną karę ekskomuniki za to przestępstwo przeciwko życiu ludzkiemu. „Kto powoduje przerwanie ciąży, po zaistnieniu skutku, podlega ekskomunice wiążącej mocą samego prawa”, „przez sam fakt popełnienia przestępstwa”, na warunkach przewidzianych przez prawo. Kościół nie zamierza przez to ograniczać zakresu miłosierdzia. Ukazuje ciężar popełnionej zbrodni, szkodę nie do naprawienia wyrządzoną niewinnie zamordowanemu dziecku, jego rodzicom i całemu społeczeństwu (Katechizm Kościoła Katolickiego, nr 2272).

Warto tu wskazać na kan. 1329 § 2 KPK/83, który stanowi, że „karze wiążącej mocą samego prawa dołączonej do przestępstwa podlegają wspólnicy nie wymienieni w ustawie lub nakazie, jeśli bez ich udziału przestępstwo nie byłoby dokonane, a kara jest tej natury, że może ich dotyczyć”. Współdział w popełnieniu przestępstwa jest figurą prawną, która to – jak twierdzi J. Arias – obejmuje współpracę wielu osób fizycznych w tym samym działaniu przestępczym. Racja karalności jest jedna i ta sama, ponieważ mamy do czynienia z tym samym przestępstwem przypisywanym w całości każdemu z przestępców z racji jego współdziałania³².

Powszechnie i partykularne..., Dodatek. Część I. Interpretacje autentyczne kanonów Kodeksu Prawa Kanonicznego, s. 1327.

³¹ Zob. T. Wytrwał, *Ekskomunika za aborcje – analiza prawna*.

³² Zob. J. Arias, *Komentarz do Księgi VI*, s. 1000.

Wobec powyższego możemy stwierdzić, że lekarz, bądź pielęgniarka/położna powołując się na klauzulę sumienia i odmawiając przerywania ciąży, a jednocześnie informując o realnych możliwościach dokonania tego zabiegu u innego lekarza, bądź pielęgniarki/położnej lub w innym podmiocie leczniczym, „pośrednio” uczestniczą w niedozwolonym moralnie zabiegu aborcji. Nie można jednak jednoznacznie odpowiedzieć na pytanie, czy zaciągają karę kanoniczną, ekskomunikę *latae sententiae*, poprzez realizację ustawowo nałożonego na nich obowiązku informacyjnego. Wyżej wspomniany personel medyczny informując o realnych możliwościach dokonania tego zabiegu u innego lekarza, pielęgniarki/położnej lub innym podmiocie leczniczym, nie nakazuje ciężarnej kobiecie pójścia i skorzystania z tej możliwości. Kobieta zdeterminowana zawsze w tym przypadku będzie dopytywać lekarza, bądź pielęgniarkę/położną o możliwości przeprowadzenia zabiegu aborcji. Kobieta zaś żyjąca zgodnie z zasadami moralnymi może przemyśleć sprawę, a wtedy jest to element, bez którego nie doszłoby do dokonania zabiegu przerywania ciąży.

Okoliczności modyfikujące karalność, wynikające z elementu obiektywnego przestępstwa, jednakowo dotyczą wszystkich współdziałających. Te natomiast, które wynikają z elementu subiektywnego przestępstwa, dotyczą tylko tego, do którego się odnoszą³³. Stąd, nie możemy automatycznie mówić tu o zaciągnięciu ekskomunikacji *latae sententiae* przez lekarza, bądź pielęgniarkę/położną, którzy realizują ustawowy obowiązek informacyjny o realnych możliwościach dokonania zabiegu przerywania ciąży u kogo innego lub w innym podmiocie leczniczym, ale każdy przypadek winniśmy rozpatrywać osobno.

Wobec wyżej wskazanych kanonów KPK/83 możemy także dodać, że ekskomunikacja, podobnie jak i inne cenzury (interdykt i suspensa) może być nałożona tylko na osoby fizyczne³⁴ i, wobec rozumienia przestępstwa aborcji na gruncie prawa kanonicznego, tylko w przypadku zaistnienia skutku, jakim jest dokonanie zabójstwa dziecka poczętego. Stąd, kara ekskomunikacji *latae sententiae* nie dotyczy podmiotu leczniczego, który także bierze udział jako instytucja w zabiegu przerywania ciąży, o ile będzie wskazany przez lekarza bądź pielęgniarkę/położną na podstawie obowiązku ustawowego poinformowania wobec powołania się przez nich na klauzulę sumienia.

³³ Tamże.

³⁴ Tamże, s. 1001.

Podsumowanie

„Nie będziesz zabijał” (zob. Wj 20,13) czytamy w Piśmie św. Prawo Boże dla każdego chrześcijanina jest pierwszym, podstawowym i niezmiennym prawem. Ze względu na nie człowiek jest zobowiązany do poszanowania każdego życia i to od momentu naturalnego poczęcia, aż do naturalnej śmierci. Pozytywne prawo kościelne (m.in. KPK/83) jest tylko przedłużeniem, kontynuacją odwiecznego prawa Bożego. Stąd kan. 1398 KPK/83 stanowi, że „kto powoduje przerwanie ciąży, po zaistnieniu skutku, podlega ekskomunice wiążącej mocą samego prawa”. Prawo kościelne jednak nie jest w tej materii tożsame wobec społeczności świeckiej, która dopuszcza aborcję, na mocy art. 4a ust. 1 ustawy z 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, ze względów medycznych, eugenicznych i kryminalnych. Jednak lekarz, pielęgniarka/położna, powołując się na klauzulę sumienia, może odmówić wykonania zabiegu przerywania ciąży. Rodzi to jednocześnie dla wyżej wspomnianego personelu medycznego, ustawowy obowiązek udzielenia informacji u jakiego innego lekarza, pielęgniarki/położnej lub w jakim innym podmiocie leczniczym kobieta ciężarna może tego zabiegu dokonać.

Ustawowy obowiązek wskazania możliwości uzyskania przez pacjenta świadczenia niezgodnego z sumieniem lekarza, bądź pielęgniarki/położnej, u innego lekarza, bądź pielęgniarki/ położnej lub w innym podmiocie leczniczym, pozostaje w jawnej sprzeczności z zasadą wolności sumienia i jej ochroną. Obowiązek informacyjny powoduje w rzeczywistości „złamanie” sprzeciwu sumienia, zmuszając do pośredniego udziału w niezaakceptowanej procedurze, tj. w przerwaniu ciąży.

Od strony moralnej obowiązek informacyjny jest czynem radykalnie złym, jest grzechem, zaś od strony prawnej nie możemy jednoznacznie stwierdzić, czy wyżej wspomniany personel medyczny zaciąga karę kanoniczną ekskomunikacji *latae sententiae* na mocy kan. 1398 KPK/83. W tej kwestii należałoby rozpatrywać każdy przypadek z osobna.

Obligation of Information and the Sanctions under Canon Law Regarding Abortion

S u m m a r y

The doctrine of the Roman Catholic Church provides that any direct abortion is totally contrary to moral law. The 1983 Code of Canon Law provides that “A person who actually procures an abortion incurs a *latae sententiae* excommunication.” Polish law permits abortion under the Act of 1993 on family planning, protection of the human foetus and conditions of permissibility of abortion. A physician, nurse or midwife may refuse to perform this procedure invoking their religious beliefs or moral outlook (conscience clause); still, the legislator has imposed on them the obligation to advise the patient of the real possibility of having such a service provided by another physician or in another health care facility. This obligation to provide information violates the conscience clause as it compels the medical staff to participate in the morally intolerable procedure indirectly. From the moral perspective, such an obligation to provide information is a sin. By discussing the relevant provisions of the Code of Canon Law, the author attempts to find out whether physicians or nurses incur the penalty of excommunication when fulfilling the aforesaid obligation to provide information.

Tłumaczenie: Konrad Szulga

CZĘŚĆ II

PERSPEKTYWA PRAWNA

KLAUZULA SUMIENIA

Problem klauzuli sumienia, w kontekście prawa stanowionego wymaga odniesienia się do stosunku zachodzącego pomiędzy dwoma zbiorami norm: zbiorem norm postępowania składających się na system prawa stanowionego oraz systemem norm etycznych. Punktem wyjścia do określenia stosunku zachodzącego pomiędzy tymi systemami normatywnymi jest teza, stwierdzająca, że na danym terenie stanowiącym zakres jurysdykcji danej władzy państwowej, wobec zamieszkujących ten teren ludzi poddanych jurysdykcji, może obowiązywać tylko jeden system prawa stanowionego, natomiast na tym samym terenie zamieszkujących ludzi mogą wiązać różne systemy norm etycznych, w zależności od zróżnicowania kulturowego, światopoglądowego mieszkańców danego terenu.

Jest sprawą także bezsporną, że na badany stosunek do siebie systemu normatywnego prawa stanowionego oraz systemu normatywnego odnoszącego się do płaszczyzny etycznej bardzo istotny wpływ ma rodzaj ustroju politycznego, a więc relacji pomiędzy władzą państwową i człowiekiem objętym zakresem tej władzy. W ustroju totalitarnym zaciera się granica pomiędzy prawem i moralnością. Osobom poddanym systemowi totalitarnemu narzuca się nie tylko sposób postępowania zgodnego z normami, których przestrzeganie zabezpieczone jest sankcją państwową, ale także narzuca się określony światopogląd i przez to także rozróżnienie pomiędzy dobrem i złem. W ustroju tym

* Prof., dr hab. n. prawnych, Katedra Prawa Karnego, Wydział Prawa i Administracji Uniwersytetu Jagiellońskiego. W latach 1993-1997 prezes Trybunału Konstytucyjnego, w latach 2000-2006 Rzecznik Praw Obywatelskich.

władza rości sobie prawo do narzucenia każdemu poddanemu władzy przyjęcie określonych kryteriów rozróżniania dobra od zła. W skrajnej postaci dochodzi do zniesienia różnicy pomiędzy prawem stanowionym a aprobowanym przez władzę systemem etycznym. Zakwestionowana zostaje wtedy postawiona na wstępie teza o obowiązywaniu wśród ludzi zamieszkujących terytorium poddane jurysdykcji jednej władzy państwowej wielu systemów etycznych. Państwo nadaje normom etycznym, składającym się na aprobowany przez władzę system, sankcję państwową.

Badana relacja zupełnie inaczej będzie się przedstawiać w demokratycznym państwie prawnym respektującym wolność człowieka jako wyraz jego przyrodzonej i niezbywalnej godności. Takie spojrzenie na źródło wolności – i szerzej – praw człowieka odpowiada zarówno literze, jak i duchowi Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka¹. Zostało także jednoznacznie potwierdzone w soborowej Deklaracji o wolności religijnej². W Deklaracji tej czytamy: „Strzeżenie i wspieranie nienaruszalnych praw człowieka jest istotnym obowiązkiem każdej władzy państwowej”³. Strzeżenie i wspieranie, ale nie kreowanie i znoszenie praw człowieka, w tym wolności, jest zadaniem władzy publicznej. Wolność przekonań oraz wolność sumienia i aprobowanego przez daną osobę systemu etycznego wynikającego z przyjętego światopoglądu znajduje się całkowicie poza jurysdykcją demokratycznego państwa prawa, a jedynie władza państwowa jest zobowiązana do strzeżenia i gwarantowania tej wolności. Czyni to także Konstytucja RP⁴ w kilku artykułach, z których trzeba wymienić art. 31, art. 35 ust. 2, art. 47, art. 48, art. 53⁵. Również wiążące Polskę normy prawa międzynarodowego potwierdzają to prawo podstawowe. Czyni to przede wszystkim Europejska Konwencja Praw Człowieka i Podstawowych Wolności stwierdzając w art. 9 ust. 1 oraz Międzynarodowy Pakt Praw Politycznych i Obywatelskich w art. 18. Normy te stoją w obowiązującej w Polsce hierarchii źródeł prawa ponad obowiązującymi w Polsce ustawami (art. 91 ust. 2 Konstytucji RP). Warto

¹ Powszechna Deklaracja Praw Człowieka proklamowana przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych dnia 10 grudnia 1948 r., tekst polski w: *Prawo międzynarodowe publiczne. Wybór dokumentów*, opr. A. Przyborowska-Klimczak, Lublin 1995, s. 184-190.

² Sobór Watykański II, Deklaracja o wolności religijnej *Dignitatis humanae*, w: *Sobór Watykański II, Konstytucje, Dekrety, Deklaracje, tekst polski*, Poznań 2002, s. 410-421. Deklaracja o wolności religijnej, ust. 6.

⁴ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., Dz. U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.

⁵ Por. K. Szczucki, *Klauzula sumienia – uwagi de lege lata i de lege ferenda*, „Studia Iuridica” 2009, t. 50, s. 168; L. Bosek, *Klauzula sumienia*, w: *Prawo wobec medycyny i biotechnologii*, red. M. Safjan, WoltersKluwer 2011, s. 22 i n.

w tym miejscu odwołać się do tezy sformułowanej w orzeczeniu Trybunału Konstytucyjnego z dnia 15 stycznia 1991 r., a więc jeszcze wydanego na gruncie przepisów Konstytucji z 1952 r.⁶ Trybunał orzekł wówczas: „Wolność sumienia nie oznacza jedynie prawa do reprezentowania określonego światopoglądu, ale przede wszystkim prawo do postępowania zgodnie z własnym sumieniem, do wolności od przymusu postępowania wbrew własnemu sumieniu. Tak rozumiana wolność sumienia znajduje potwierdzenie w ratyfikowanych przez Polskę w dniu 3 marca 1977 r. (...) Paktach Praw Obywatelskich i Politycznych (...)”⁷. Wolność do własnych przekonań, wolność sumienia i swobodnego przyjmowania określonego światopoglądu, w swoim wymiarze wewnętrznym, jest wolnością absolutną, która nie może być ograniczona. Natomiast ograniczenie takie może odnosić się do uzewnętrznionych działań lub zaniechań danej osoby wynikających z przyjętego systemu etycznego. Podstawa prawna takich ograniczeń znajduje się zarówno w polskiej Konstytucji (art. 31 ust. 3), a także w wymienionych aktach prawa międzynarodowego. Merytoryczną podstawą takiego ograniczenia wolności zachowań zgodnych z sumieniem danej osoby mogą być wolności i prawa innych osób, a także bezpieczeństwo i porządek publiczny. Ograniczenia mogą być wprowadzane jedynie w ustawie i w sposób, który by nie naruszał istoty wolności. Wolność do uznawania określonego światopoglądu, do wyznawania określonej religii musi iść w parze z uznawaniem i tolerowaniem wolności innej osoby od uznawania tego światopoglądu za słuszny i od wyznawania tej właśnie religii. Tolerancja ta musi być symetryczna, tzn. dotyczyć także tego, kto odrzuca dany światopogląd lub religię. Osoba taka jest też zobowiązana do uznawania i tolerowania wolności drugiej osoby do uznawania tego światopoglądu lub wyznawania danej religii.

Te założenia powodują, że normy etyczne i normy prawne pozostają wobec siebie w stosunku niezależności, tzn. są normy etyczne, które nie znajdują swojego odpowiednika w normach prawnych, są normy prawne, które nie mają wsparcia w świecie norm etycznych i są normy etyczne i prawne pokrywające się co do treści nakazu lub zakazu zawartego w dyspozycji normy. Im bardziej społeczeństwo jest kulturowo i światopoglądowo jednolite, tym bardziej margines norm prawnych zakazujących albo nakazujących określone zachowanie, które nie mają oparcia w normie etycznej uznawanej przez większość społeczeństwa, będzie mniejszy. Nie zniknie i nie powinien zniknąć nigdy z uwagi na

⁶ Konstytucja Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej z dnia 22 lipca 1952 r. Tekst jedn.: Dz. U. z 1976 r., Nr 7, poz. 36.

⁷ Orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego z dnia 15 stycznia 1991 r., U 8/90, OTK 1991, Nr 1, poz. 8.

konieczność uwzględnienia przez porządek prawa stanowionego także wolności i praw mniejszości.

W demokratycznym państwie prawnym sankcję państwową mają tylko normy stanowionego prawa. Domagać można się ochrony prawnej i realizacji własnych roszczeń tylko wtedy, gdy ma się podstawę prawną. Władza publiczna nie może niczego zdziałać bez wyraźnej podstawy prawnej. Normy danego porządku etycznego, z których wynikające powinności nie znajdują odpowiednika w normach prawa sankcjonowanego, nie mogą być podstawą roszczeń.

Trzeba sobie zdawać sprawę z tego, że wprowadzenie normy prawnej tzw. sankcjonowanej, a więc wyrażającej zakaz albo nakaz określonego zachowania jest zawsze decyzją polityczną realizującą plan opcji sprawującej władzę. Jest zawsze wynikiem wyważenia argumentów za i przeciw wprowadzenia normy. W ramach tych argumentów znajduje się też ocena aksjologiczna przedmiotu ochrony, a więc wartości uznanej za dobro prawne. Nie jest to jednak argument jedyny i przesądzający. Wynika z tego, że rezygnacja z zakazu jakichś zachowań naruszających określoną wartość nie oznacza akceptacji takich zachowań. Z braku zakazu nie da się wnioskować, czy dane zachowanie, dany czyn, nawet w świetle założeń aksjologicznych przyjętych przez grupę rządzącą, jest szkodliwy, zły. Taka ocena może wynikać jedynie ze sprzeczności danego zachowania z normą etyczną. Innymi słowy: czyn, który nie jest zakazany, może być negatywnie oceniony przez określony system etyczny.

Natomiast norma prawna nakazująca określone zachowanie, a więc nakładająca na jej adresata obowiązek wykonania określonego działania albo powstrzymania się od działania, może wchodzić w kolizję z zakazami występującego w danym społeczeństwie systemu norm etycznych. Norma prawna zmusza wtedy do zachowań, które z punktu widzenia norm etycznych wiążących człowieka są przez niego uznane za niegodziwe, inaczej mówiąc, sprzeczne z jego sumieniem. Obowiązek działania albo zaniechania wynikający z takich norm prawnych może polegać na obowiązku pewnych zachowań na rzecz ogółu (np. służba wojskowa) albo na rzecz drugiego człowieka, gdyż ma on oparte o właśnie taką normę roszczenie o określone świadczenie na jego rzecz (np. świadczenia medyczne). Decydującym dla rozstrzygnięcia tego problemu będzie waga dobra, które jest naruszane w wyniku wykonania nakazu zawartego w normie. Jeżeli dobro to ma wysoką wartość, to może być tak, że realizacja obowiązku zawartego w normie prawnej może przekreślać istotę wolności sumienia. Byłoby to sprzeczne z art. 31 ust. 3 Konstytucji RP. Tu jest więc miejsce dla tzw. klauzuli sumienia, która ma pomóc rozstrzygnąć powstały konflikt, będący w istocie konfliktem wartości i chroniących te wartości norm. Uważam więc, że klauzula sumienia w odniesieniu do dóbr o wysokiej wartości (taką

wartością jest niewątpliwie życie człowieka na każdym etapie jego rozwoju) ma w polskim porządku prawnym oparcie konstytucyjne⁸.

Ponieważ wolność sumienia jest wartością podstawową, wynikającą bezpośrednio z godności człowieka, występująca w prawie stanowionym tzw. klauzula sumienia nie powinna być rozumiana jako podstawa prawna takiej wolności. Wolność sumienia i prawo postępowania zgodnie z własnym sumieniem nie wymaga wyrażonej podstawy ustawowej. Takiej podstawy wymaga ograniczenie prawa do postępowania zgodnie z własnym sumieniem. Występujące w polskim ustawodawstwie tzw. klauzule sumienia należy w ten sposób rozumieć. To nie wolność zachowania się zgodnie z własnym sumieniem może podlegać kontroli z punktu widzenia jej zgodności z Konstytucją. Takiej kontroli powinny podlegać wynikające z normy zawierającej klauzulę sumienia ograniczenia prawa do zachowania się zgodnego z własnym sumieniem.

O klauzuli sumienia mówimy zwykle w odniesieniu do lekarzy i to też w dość wąskim zakresie, bo przeważnie w odniesieniu do aborcji. Czy klauzula ma tylko takie wąskie znaczenie, czy też należy mówić o szerszym zasięgu tej figury prawnej? Moim zdaniem z samej zasady równości, będącej fundamentalną zasadą naszego porządku konstytucyjnego wynika szeroki zakres klauzuli sumienia. Nie powinno być sporu, że mamy do czynienia z generalną klauzulą sumienia, nie tylko odnoszącą się do zawodu lekarskiego. Ten punkt widzenia został całkowicie odrzucony w Stanowisku Komitetu Bioetyki przy Prezydium PAN z dnia 12 listopada 2013 r.⁹ W pkt 9 czytamy: „Zgodnie z polskim prawem, uprawnienie do odmowy wykonania świadczenia zdrowotnego sprzecznego z własnym sumieniem przysługuje wyłącznie osobie wykonującej zawód lekarza, lekarza dentystry albo zawód pielęgniarki lub położnej. Prawa do powołania się na klauzulę sumienia nie mają przedstawiciele innych zawodów medycznych, w szczególności farmaceutów”. Powstać musi zasadnicze pytanie, jaki to akt prawny przedstawicielom innych zawodów, niż lekarze lub pielęgniarki i położne, odbiera prawo do powołania się na zakaz własnego sumienia. W tym miejscu z przykrością stwierdzam, że stanowisko Komitetu Bioetyki przy Prezydium PAN jest sprzeczne z Konstytucją RP.

Także ograniczenie prawa powoływania się na klauzulę sumienia nie wynika z rezolucji nr 1763 Zgromadzenia Parlamentarnego Rady Europy z 2010 r.¹⁰

⁸ Podobnie K. Szczucki, *Klauzula sumienia*, s. 169.

⁹ Stanowisko Komitetu Bioetyki przy Prezydium PAN nr 4/2013 z 12 listopada 2013 r. w sprawie tzw. klauzuli sumienia, <http://www.bioetyka.pan.pl/images/stories/Pliki/Sta-nowisko%20KB%20nr%204-2013.pdf> [dostęp: 3.08.2014].

¹⁰ Rezolucja 1763 Rady Europy, *The right to conscientious objection in lawful medical care*. Assembly debate on 7 October 2010 (35th Sitting): www.assembly.coe.int/Mainf.

Rezolucja była odpowiedzią na projekt uchwały zmierzający do wyraźnego podkreślenia prawa kobiet do legalnego przerywania ciąży i ograniczenia prawa do powołania się na klauzulę sumienia. Dlatego zakres rezolucji ogranicza się do spraw opieki medycznej.

Niewątpliwie jednak w zakresie tej problematyki klauzula sumienia ma największe znaczenie praktyczne. Obejmuje w szczególności nie tylko zagadnienia aborcji, ale również eutanazji, zmiany płci, a dzisiaj także problemy związane z pozaustrojową prokreacją i niszczeniem zarodków ludzkich. Rezolucja ta potwierdziła to, co przedstawiłem wcześniej: pierwotność wolności sumienia i potrzebę wyraźnego określenia ograniczeń odnoszących się do postępowania zgodnie z sumieniem. Rezolucja uznała ważność klauzuli sumienia nie tylko w odniesieniu, co jest oczywiste, do osób fizycznych, ale także, co może być kontrowersyjne, w odniesieniu do podmiotów zbiorowych (np. szpitali)¹¹.

Skojarzenie klauzuli sumienia ze świadczeniem usług medycznych wynika z tego, że mamy w naszym porządku prawnym jednoznaczną wypowiedź w artykule 39 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry¹², który to przepis wyraża klauzulę sumienia. Podobną klauzulę sumienia zawiera także ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej¹³ (art. 12 ust. 2-4). Istotną regulacją, którą chciałbym tu przywołać, jest artykuł 18 Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych¹⁴, który to przepis też mówi o tym, że nikt nie może być zmuszany do postępowania wbrew własnemu sumieniu. I to jest przepis, który nie ogranicza się tylko do zawodu lekarza, ale ma charakter generalny.

asp?link=/Documents/AdoptedText/ta10/ERES1763.htm [dostęp: 3.08.2014]; tekst w j. polskim: J. Pawlikowski, *Prawo do sprzeciwu sumienia w ramach legalnej opieki medycznej. Rezolucja nr 1763 Zgromadzenia Parlamentarnej Rady Europy z dnia 7 października 2010 roku*, „Studia z Prawa Wyznaniowego” 2011, t. 14, s. 336-337.

¹¹ Zob. na ten temat L. Bosek, *Klauzula sumienia*, s. 24. Uprawnienie podmiotów zbiorowych do powołania się na klauzulę sumienia neguje Komitet Bioetyczny w powołanym wyżej stanowisku (pkt 15).

¹² Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, tekst jedn. Dz. U. z 2011 r., Nr 277, poz. 1634 z późn. zm. Art. 39: Lekarz może powstrzymać się od wykonania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego sumieniem, z zastrzeżeniem art. 30, z tym że ma obowiązek wskazać realne możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym oraz uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej. Lekarz wykonujący swój zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby ma ponadto obowiązek uprzedniego powiadomienia na piśmie przełożonego.

¹³ Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, Dz. U. Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.

¹⁴ Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych. Uchwalony w Nowym Jorku, na mocy rezolucji Zgromadzenia Ogólnego ONZ nr 2200A (XXI) z 16 grudnia 1966 r. Wszedł w życie 23 marca 1976 r. Tekst w j. polskim: Dz. U. z 1977 r., Nr 38, poz. 167 zał.

Podobne znaczenie dla omawianego przez nas problemu ma art. 9 Konwencji Europejskiej¹⁵. Ale tu jest inny problem, a mianowicie, czy te przepisy, mają tylko działanie horyzontalne, czy też wertykalne. Chodzi o to, czy są to przepisy, które adresowane są tylko do władzy i to władza nie może postępować w ten sposób, by zmuszać kogoś do działań wbrew jego sumieniu, czy też on działa również pomiędzy obywatelami tzn., że każdy może obronić się przed jakimś roszczeniem ze strony innej osoby, jeżeli wykonanie tego roszczenia było niezgodne z sumieniem tego, który miałby być zobowiązany.

W przypadku lekarzy, gdzie sprawa jest uregulowana w ustawie, też nie ma jasności, co do tego, że chodzi tylko o relacje państwo – obywatel. No bo przecież coraz większa część usług medycznych realizowanych jest w gabinetach i szpitalach prywatnych. Wtedy jest to relacja pacjent – lekarz jako dwie strony umowy. Klauzulę sumienia z ustawy o zawodzie lekarza musimy odczytywać w kontekście innego przepisu, bardzo ważnego w tej ustawie, to jest artykułu 30¹⁶, który mówi o obowiązku lekarza wykonania świadczenia medycznego, jeżeli zachodzi nagła potrzeba ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia, albo inny przypadek wymagający natychmiastowego działania. No i przez ten „inny przypadek”, który nie jest w ustawie określony, mogą być rozumiane różne świadczenia i zabiegi lekarskie, których także może dotyczyć klauzula sumienia. Problem polega na tym, że w artykule 39 ustawy, w którym została sformułowana klauzula sumienia, mamy przepis mówiący, że ona nie dotyczy sytuacji objętych artykułem 30. Czyli wtedy lekarzowi nie byłoby wolno odmówić działania. Jeśli stwierdzi się, że upływ czasu, w którym przerwanie ciąży jest w miarę bezpieczne dla kobiety, oznacza zaistnienie właśnie takiej nagłej sytuacji, która wyłącza prawo lekarza do powołania się na klauzulę sumienia, to klauzula sumienia w art. 39 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry nie tworzyłaby żadnej ochrony działania w zgodności z sumieniem. Powołany art. 39 stałby się w rzeczywistości pustą deklaracją. Przepis wyrażający w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry klauzulę sumienia powinien ulec zmianie chociażby w tym kierunku, który wyraża art. 12 ust. 2 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej. Przepis ten wyłącza możliwość powołania się na klauzulę sumienia, gdy zwłoka w dokonaniu świadczenia mogłaby prowadzić do stanu nagłego pogorszenia zdrowia. Nie ma więc w tym wypadku mowy

¹⁵ Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności sporządzona w Rzymie dnia 4 listopada 1950 r., Dz. U. z 1993 r., Nr 61, poz. 284 z późn. zm.

¹⁶ Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry, art. 30: „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, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki”.

„o innym przypadku wymagającym natychmiastowego działania” bez bliższego określenia przyczyny tej nagłości. Lekarz nie może powołać się na klauzulę sumienia, gdy zagrożone jest życie lub w poważnym stopniu zdrowie pacjenta. Dotyczy to także sytuacji, gdy zagrożenie to jest spowodowane ciążą.

W związku z regulacją zawartą w art. 39 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry powstaje inny problem. Ustawa stanowi, że lekarz powołujący się na klauzulę sumienia ma obowiązek wskazania lekarza albo placówki medycznej, w której może być przeprowadzony zabieg sprzeczny z sumieniem lekarza odmawiającego jego dokonania. Lekarz zmuszany jest do współdziałania w czynie, który uznaje, zgodnie ze swoim sumieniem, za niegodziwy. Uważam, że przepis ten powinien, jako niezgodny z Konstytucją, ulec zmianie. Szczególnie odnośnie do tego problemu stanowisko Komitetu Bioetycznego przy Prezydium PAN jest jednoznaczne i uznaje zasadność nakazów zawartych w art. 39 ustawy. To nie lekarz powinien udzielać takiej informacji. Problem jest naturalnie szerszy, niż tylko sprawy związane z aborcją, ale przy tych zabiegach ma on największe społeczne i prawne znaczenie. Ze względu na prawne dopuszczenie aborcji w przypadku tzw. przesłanek eugenicznych oraz kryminalnych kobieta, decydująca się na dokonanie takiego czynu powinna uzyskać w urzędzie informację, gdzie aborcja może być przeprowadzona. Państwo, dopuszczając w tych wypadkach aborcję, zrzuca na lekarza – odrzucającego ze względu na konflikt sumienia ten sposób likwidacji niechcianej ciąży – obowiązek współdziałania przy aborcji. Nie może być poza tym obowiązkiem lekarzy zbieranie informacji, kto i gdzie jest gotowy do dokonania aborcji. Dostrzegam w tym wypadku sprzeczność z Konstytucją. Stanowisko Komitetu Bioetycznego jest odnośnie do tego zagadnienia nie do przyjęcia. Twierdzenie, że to przecież nie lekarz ma własnymi rękoma dokonać, w jego mniemaniu, niegodziwego czynu i że w związku z tym udzielenie takiej informacji nie powinno obciążać sumienia lekarza, nie dostrzega chociażby konstrukcji pomocnictwa w kodeksie karnym. Pomocnik też nie dokonuje własnym zachowaniem czynu zabronionego, a jednak karany jest w granicach określonych dla bezpośredniego sprawstwa.

Jeszcze raz podkreślam, że problem stosowania klauzuli sumienia, a raczej ograniczeń w możliwości powołania się na własne sumienie nie sprowadza się tylko do aborcji. Występuje w tych wszystkich wypadkach, w których żądanie pacjenta prowadzi do konsekwencji sprzecznych z sumieniem lekarza. Mam tu na myśli np. selekcję zarodków ludzkich przy stosowaniu metody zapłodnienia pozaustrojowego. W tym kontekście muszę powołać się na wyrok Wielkiej Izby

Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości z 18 października 2011 r.¹⁷ ETS orzekł, że każdy zarodek ludzki, bez względu na metodę, w której doszło do zapłodnienia, a także zarodek powstały w wyniku klonowania jest obdarzony godnością ludzką. Ten przełomowy wyrok nie jest nagłaśniany w polskich mediach i jest bardzo mało znany opinii publicznej.

Bardzo trudny problem ze stosowaniem klauzuli sumienia powstaje wtedy, gdy prawo nakazuje lekarzowi powstrzymanie się od udzielenia pomocy lekarskiej ratującej życie. Ma to miejsce w razie konfliktu pomiędzy potrzebą ochrony życia i prawem do samostanowienia. Lekarz powinien uszanować wolę pacjenta dorosłego wyrażoną w stanie pełnej świadomości. Natomiast uważam, że nie powinien poddawać się woli przedstawiciela ustawowego, w tym także rodziców, jeśli chodzi o ratowanie życia dziecka. Władza rodzicielska nie zezwala na decydowanie o życiu lub śmierci dziecka.

Na końcu pragnę się odnieść do dyskutowanego obecnie problemu wprowadzenia klauzuli sumienia do ustawy farmaceutycznej. Zgodnie z tym, co napisałem wcześniej, wolność sumienia ma charakter pierwotny. To ustawa ma ograniczyć tę wolność i to w stopniu nieprzekreślającym jej istoty. Nie mam wątpliwości, że z naruszeniem Konstytucji RP mielibyśmy do czynienia, gdyby ustawa zmuszała farmaceutów do sprzedaży specyfików powodujących poronienia, obojętne na jakim etapie rozwoju ciąży, czyli także tzw. wczesnoporonne (tzw. pigułka następnego dnia). Te specyfiki nie powinny być w ogóle dopuszczone do obrotu, jako służące obchodzeniu przepisów chroniących życie ludzkie, także w fazie prenatalnej. Natomiast uważam, że inna sytuacja jest w odniesieniu do środków antykoncepcyjnych. Wprowadzanie w tym wypadku reglamentacji prawnej byłoby zbyt daleko idącą ingerencją ustawodawcy w sferę etyki. Nie nakazy lub zakazy zabezpieczone sankcją państwową mogą odnosić się do zachowań ze sfery życia erotycznego człowieka. Ta sfera powinna być pozostawiona etyce i oddziaływaniu wychowawczemu, w tym także oddziaływaniu Kościoła. Także farmaceuta, odrzucający zgodnie ze swoim sumieniem stosowanie środków antykoncepcyjnych, nie powinien ograniczać wolności innych niepodzielających takiego stanowiska. Odnosi się to także do lekarza stojącego przed dylematem przepisania, na żądanie pacjentki, środków antykoncepcyjnych.

¹⁷ Wyroku Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 18 października 2011 r. w sprawie C-34/10 Oliver Brüstle przeciwko Greenpeace, <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/?uri=CELEX:62010CJ0034> [dostęp: 3.08.2014].

Conscience Clause

S u m m a r y

The author looks into the issue of conscientious objection in the Polish legal system. In particular, he focuses on concerns raised in relation to the legal nature of the conscience clause regulations in Polish law, specifically in the legal act governing the medical profession. The author subscribes to the opinion that this regulation is unconstitutional and proposes its modification.

Tłumaczenie: Konrad Szulga

PROBLEM ZAKRESOWEJ NIEKONSTYTUCYJNOŚCI ART. 39 USTAWY O ZAWODACH LEKARZA I LEKARZA DENTYSTY¹

Uwagi wprowadzające

Przedmiotem artykułu jest analiza art. 39 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (dalej: ustawa)², z perspektywy konstytucyjnej. Prawo lekarza do odmowy działania sprzecznego z jego sumieniem było wprawdzie przedmiotem znaczących wypowiedzi³, ale z reguły

* Dr hab. n. prawnych, Instytut Prawa Cywilnego, Wydział Prawa i Administracji Uniwersytetu Warszawskiego.

¹ Tekst w zmienionym kształcie (pod tytułem *Prawo osobiste do odmowy działania sprzecznego z własnym sumieniem – na przykładzie lekarza*), opublikowany został w „Forum Prawnicze” 2014, nr 1, s. 14-25.

² Tekst jedn.: Dz. U. z 2011 r., Nr 277, poz. 1634 z późn. zm.

³ A. Bagińska, *Obowiązek udzielenia pomocy lekarskiej oraz prawnie dopuszczalne możliwości od jego odstąpienia*, w: *Lege artis. Problemy prawa medycznego*, red. J. Haberko, R.D. Kocyłowski, B. Pawelczyk, Poznań 2008, s. 73 i n.; L. Bosek, w: *Prawo wobec medycyny i biotechnologii. Zbiór orzeczeń z komentarzami*, red. M. Safjan, Warszawa 2011, s. 21-26; J. Bujny, *Prawa pacjenta. Między autonomią a paternalizmem*, Warszawa 2007; J. Haberko, *Sumienie medycyny i litera prawa w obronie życia i zdrowia ludzkiego*, w: *Lege artis. Problemy prawa medycznego*, red. J. Haberko, R.D. Kocyłowski, B. Pawelczyk, Poznań 2008, s. 27 i n.; L. Kubicki, *Sumienie lekarza jako kategoria prawna*, „Prawo i Medycyna” 1999 nr 4, s. 5; R. Kubiak, *Prawo medyczne*, Warszawa 2010; K. Szczuci, *Klauzula sumienia – uwagi de lege lata i de lege ferenda*, „Studia Iuridica” 2009, nr 50, s. 167 i n.; E. Zielińska, *Klauzula sumienia*, „Prawo i Medycyna” 2003, nr 13,

nie koncentrowały się one na analizie konstytucyjnej. Przepis art. 39 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry budzi tymczasem poważne wątpliwości konstytucyjne⁴.

Podjęcie tak zakreślonego tematu uzasadnia jego szczególna aktualność. Na temat charakteru i treści prawa osobistego do odmowy działania sprzecznego z własnym sumieniem wypowiedają się ostatnio ciała o wyjątkowym autorytecie naukowym i zawodowym, kolejno: Komitet Bioetyki przy Prezydium Polskiej Akademii Nauk⁵, prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej⁶ i zespół ekspertów Konferencji Episkopatu Polski⁷. Na ten temat wypowie się również Trybunał Konstytucyjny w związku z postępowaniem zainicjowanym wnioskiem Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie zgodności z Konstytucją i prawem międzynarodowym części art. 39 ustawy⁸.

Aktualność i doniosłość podjętego tematu potwierdza wreszcie obserwacja prawa europejskiego. Prawo do powstrzymania się od świadczeń sprzecznych z sumieniem jednostki wyraźnie uznaje Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej, która z chwilą wejścia w życie Traktatu z Lizbony uzyskała moc prawną równą traktatom⁹. Zgodnie z art. 10 ust. 2 Karty: „Uznaje się prawo do odmowy działania sprzecznego z własnym sumieniem, zgodnie z ustawami krajowymi regulującymi korzystanie z tego prawa”. W oficjalnych wyjaśnieniach do art. 10 Karty stwierdzono, że „Prawo zagwarantowane w ustępie 2 odpowiada krajowym tradycjom konstytucyjnym i rozwojowi ustawodawstwa

s. 25 i n.; A. Zoll, *Prawo lekarza do odmowy udzielenia świadczeń zdrowotnych i jego granice*, „Prawo i Medycyna” 2003, nr 13, s. 18 i n.; M. Żelichowski, *Klauzula sumienia – aspekt prawny*, „Medycyna Praktyczna – Ginekologia i Położnictwo” 2005, nr 6, s. 74 i n. Ogólnie: W. Janyga, *Przestępstwo obrazy uczuć religijnych w polskim prawie karnym w świetle współczesnego pojmowania wolności sumienia i wyznania*, Warszawa 2010.

⁴ A. Zoll, *Charakter prawny klauzuli sumienia*, „Medycyna Praktyczna” 2014, nr 1, s. 99 i n.; L. Bosek, *Klauzula sumienia – czy ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry jest zgodna z konstytucją?*, „Medycyna Praktyczna” 2014, nr 1, s. 104 i n.

⁵ Stanowisko nr 4/2013 z dnia 12 listopada 2013 r. w sprawie tzw. klauzuli sumienia <http://www.bioetyka.pan.pl/images/stories/Pliki/Stanowisko%20KB%20nr%204-2013.pdf> [dostęp: 24.02.2014].

⁶ Stanowisko z dnia 6 grudnia 2013 r., Nr 74/13/P-VI, w sprawie korzystania z klauzuli sumienia w praktyce lekarskiej, <http://www.nil.org.pl/aktualnosci/stanowiska-prezydium-nrl-z-dn.-6-grudnia-2013-r.> [dostęp: 24.02.2014].

⁷ Stanowisko z dnia 20 lutego 2014 r., http://ekai.pl/wydarzenia/temat_dnia/x75565/stanowisko-zespołu-ekspertow-kep-ds-bioetycznych-w-sprawie-klauzuli-sumienia/ [dostęp: 24.02.2014].

⁸ Uchwała nr 3/14/VI, http://www.nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0004/93685/ru003-14-VI.pdf [dostęp: 3.03.2014].

⁹ Dz. U. UE 2010/C 83/02.

krajowego w tym zakresie”. Prawo lekarza do powstrzymania się od świadczeń sprzecznych z jego sumieniem potwierdza też wyraźnie w szerokim zakresie rezolucja Zgromadzenia Parlamentarnego Rady Europy z dnia 7 października 2010 r.¹⁰ Mówi o nim ostatnio wyraźnie Europejski Trybunał Praw Człowieka (dalej: ETPCz)¹¹.

Przedmiotem artykułu jest w istocie analiza prawa osobistego do odmowy działania sprzecznego z własnym sumieniem. Jest to pojęcie języka prawnego. Posługuje się nim art. 10 ust. 2 Karty Praw Podstawowych Unii Europejskiej. Bliższa analiza literatury przedmiotu wskazuje, że pojęcie to bywa utożsamiane z pojęciem „wolności sumienia”, „sprzeciwu sumienia” albo „klauzuli sumienia”. Pojęcia sprzeciwu i klauzuli sumienia mają zalety – nawiązują do języka filozofii, ale jednocześnie wady – kładą nacisk na stronę przedmiotową zjawiska. Natomiast pojęcie wolności sumienia jest pojęciem wskazującym na dobro prawnie chronione, a nie na formę prawną tej ochrony.

Artykuł został podzielony na trzy zasadnicze części. W pierwszej części omawiam konstrukcję prawa osobistego do odmowy działania sprzecznego z własnym sumieniem. W drugiej omawiam treść art. 39 ustawy. W części trzeciej dokonuję oceny tego przepisu z punktu widzenia Konstytucji RP.

Uwagi ogólne o prawie do odmowy działania sprzecznego z własnym sumieniem

Prawo do odmowy działania sprzecznego z własnym sumieniem jest niewątpliwie prawem podmiotowym. Przepisy prawa pozytywnego rozstrzygają, że jest to „prawo”, nie ma też wątpliwości, że odpowiada ono definicji prawa podmiotowego. Prawo podmiotowe jest wszak definiowane jako wolność postępowania jednostki, będąca jej uprawnieniem i kompetencją do dokonywania określonych czynności połączona z roszczeniem w sensie procesowym¹² albo

¹⁰ Resolution 1763 (2010) *The right to conscientious objection in lawful medical care*, <http://assembly.coe.int/main.asp?Link=/documents/adoptedtext/ta10/eres1763.htm> [dostęp: 24.02.2014].

¹¹ Wyroki ETPCz: z 7 lipca 2011 r., sprawa *Bayatyan v. Armenia*, skarga nr 23459/03; z 18 marca 2008 r., sprawa *Blumberg v. Germany*, skarga 14618/03, LEX nr 527598; wyrok z 20 marca 2007 r., sprawa *Tysiąc v. Poland*, skarga 5410/03; z 26 maja 2011 r., *R.R. v. Poland*, skarga 27617/04; wyrok z 15 stycznia 2013 r., *Eweida and Others v. the United Kingdom*, skargi nr 48420/10, 59842/10, 51671/10, 36516/10, pkt 106-109.

¹² S. Wronkowska, *Analiza pojęcia prawa podmiotowego*, Poznań 1973, s. 50.

złożona sytuacja prawna wyznaczona podmiotom prawa przez obowiązujące normy i chroniąca prawnie uznane interesy tych podmiotów¹³.

Dobrem chronionym przez to prawo jest **podstawowe dobro osobiste człowieka – swoboda sumienia**. Zostało ono wskazane wprost w kodeksie cywilnym (art. 23 k.c.) i kodeksie karnym (rozdział XXIV),¹⁴ w prawie międzynarodowym (art. 18 Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych z 19 grudnia 1966 r.¹⁵, art. 9 Konwencji z 4 listopada 1950 r. o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności¹⁶) i art. 10 Karty Praw Podstawowych UE, a także w Konstytucji RP (art. 53) i innych porządkach konstytucyjnych państw demokratycznych¹⁷. Dobro to jest niewątpliwie chronione także przez przepisy prawa pracy, zarówno te o ochronie dóbr osobistych pracownika, jak i zabraniające dyskryminacji ze względu na religię i przekonania¹⁸. Stojąc na stanowisku odróżniającym przepis prawny od normy prawnej, należy stwierdzić, że prawo do odmowy działania sprzecznego z własnym sumieniem jest prawem dekodowanym z przepisów ogólnych, które przypisują każdemu prawo do poszanowania jego sumienia lub przepisów szczególnych gwarantujących swobodę sumienia określonej w ich hipotezach kategorii osób (np. art. 39 ustawy).

Analiza charakteru chronionego dobra prawnego oraz przepisów ją gwarantujących prowadzi do wniosku, że prawo do odmowy działania sprzecznego z własnym sumieniem trzeba przyporządkować do praw osobistych, bezwzględ-

¹³ Z. Radwański, *Prawo cywilne – część ogólna*, Warszawa 2003, s. 89.

¹⁴ Ogólnie: N. Kłaczyńska, *Dyskryminacja religijna a prawnokarna ochrona wolności sumienia i wyznania*, Wrocław 2005.

¹⁵ Dz. U. z 1977 r., Nr 38, poz. 167.

¹⁶ Dz. U. z 1993 r., Nr 61, poz. 284 z późn. zm.

¹⁷ O. Nawrot, *Klauzula sumienia w zawodach medycznych w świetle standardów Rady Europy*, „Zeszyty Prawnicze” 2012, nr 3(35), s. 11-22, http://orka.sejm.gov.pl/wydbas.nsf/0/90F4607B3C6E0068C1257ACD004D4563/%24File/Strony%20odZP_35.pdf [dostęp: 15.03.2014]; J. Waszczuk-Napiórkowska, *Opinia prawna dotycząca wolności sumienia w konstytucjach krajów Unii Europejskiej*, „Zeszyty Prawnicze” 2012, nr 3(35), s. 231-253, http://orka.sejm.gov.pl/wydbas.nsf/0/1AA149D9D86D2728C1257ACD004F4C76/%24File/Strony%20odZP_35-20.pdf [dostęp: 15.03.2014]; P. Kościelny, *Informacja prawna dotycząca klauzuli sumienia w zawodach medycznych w Niemczech*, „Zeszyty Prawnicze” 2012, nr 3(35), s. 254-256, http://orka.sejm.gov.pl/wydbas.nsf/0/D7ADE766BE4FB4F3C1257ACD004F6189/%24File/Strony%20odZP_35-21.pdf [dostęp: 15.03.2014]; J. Waszczuk-Napiórkowska, *Opinia prawna na temat klauzuli sumienia lekarzy, farmaceutów oraz pielęgniarek w prawie włoskim*, „Zeszyty Prawnicze” 2012, nr 3(35), s. 257-268, http://orka.sejm.gov.pl/wydbas.nsf/0/255EC2615527C26C1257ACD004F75FC/%24File/Strony%20odZP_35-22.pdf [dostęp: 15.03.2014].

¹⁸ P. Stanisław, *Wspólnotowy zakaz dyskryminacji w zatrudnieniu ze względu na religię lub światopogląd*, „Przegląd Sejmowy” 2005, nr 1, s. 53-54; H. Szewczyk, *Ochrona dóbr osobistych w zatrudnieniu*, Warszawa 2007, s. 507-519.

nych – skutecznych względem wszystkich (*erga omnes*)¹⁹, gwarantowanych przez przepisy imperatywne. Prawo to zobowiązuje z mocy ustawy każdego do nieingerowania w sferę objętą tym prawem.

Pojęcie sumienia należy do katalogu pojęć elementarnych, które nie wymagają definicji prawnej. Pod tym pojęciem kryje się indywidualny interes (dobro) w wartościowaniu moralnym czynów i postaw własnych oraz innych podmiotów prawa. Ma on charakter z natury rzeczy subiektywny, a nawet intymny, ponieważ wyznacza istotny rys osobowości każdego podmiotu, decydując o jego unikalności. Jednostka ma prawo do budowania własnego systemu wartości bez wpływów z zewnątrz²⁰. Swoboda sumienia to wolne, wynikające z własnego przekonania wyrażanie określonego światopoglądu²¹.

Nie ulega wątpliwości, że kluczowe znaczenie dla rekonstrukcji treści prawa osobistego do odmowy działania sprzecznego z własnym sumieniem ma art. 53 Konstytucji RP, ale także przepis art. 25 ust. 2 Konstytucji RP wyrażający zasadę ustrojową gwarantującą swobodę wyrażania przekonań religijnych, światopoglądowych i filozoficznych. Podstawę tekstową tej normy a zarazem ważny kontekst historyczny wykładni przepisów konstytucyjnych zawiera też preambuła Konstytucji, która odnosząc się do „gorzkich doświadczeń z czasów, gdy podstawowe wolności i prawa człowieka były w naszej Ojczyźnie łamane”, mówi o „poczuciu odpowiedzialności przed Bogiem lub przed własnym sumieniem”. Wolności sumienia i wyznania dotyczy wreszcie art. 48 ust. 1 Konstytucji (dotyczący prawa do wychowania dzieci zgodnie z własnymi przekonaniami), a także bardzo istotny art. 233 ust. 1 i 2 Konstytucji (zakazujący ograniczania tej wolności w czasie stanu wojennego i wyjątkowego).

Art. 53 ust. 1 Konstytucji wyraża ogólną normę gwarantującą wolność sumienia i religii („Każdemu zapewnia się wolność sumienia i religii”). Art. 53 ust. 7 Konstytucji zakazuje zmuszania do ujawniania swojego światopoglądu, przekonań religijnych lub wyznania („Nikt nie może być obowiązany przez organy władzy publicznej do ujawnienia swojego światopoglądu, przekonań religijnych lub wyznania”). Z art. 53 Konstytucji wynika ponadto, że wolność sumienia podlega ochronie nie tylko w aspekcie wewnętrznym, lecz także w aspekcie zewnętrznym uzewnętrzniania ocen moralnych indywidualnie lub z innymi publicznie lub prywatnie (analogia z ust. 2). Jak stwierdził A. Zoll, zauważono w orzecznictwie „Wolność sumienia nie oznacza jedynie prawa do reprezentowania określonego światopoglądu, ale przede wszystkim prawo do

¹⁹ H. Szewczyk, *Ochrona dóbr osobistych*, s. 507.

²⁰ A. Łopatka, *Prawo do wolności myśli, sumienia i religii*, Warszawa 1995, s. 35.

²¹ Wyrok Sądu Najwyższego z 20 września 2013 r., II CSK 1/13, <http://www.sn.pl/sites/orzecznictwo/Orzeczenia3/II%20CSK%201-13-1.pdf> [dostęp: 15.03.2014].

postępowania zgodnie z własnym sumieniem, do wolności od przymusu postępowania wbrew własnemu sumieniu. Tak rozumiana wolność sumienia znajduje potwierdzenie w ratyfikowanych przez Polskę w dniu 3 marca 1977 r. (Dz. U. Nr 38, poz. 167 i 168) Paktach Praw Obywatelskich i Politycznych uchwalonych przez Zgromadzenie Ogólne ONZ w dniu 16 grudnia 1966 r. Artykuł 18 ust. 2 tych Paktów stanowi: «Nikt nie może podlegać przymusowi, który stanowiłby zamach na jego wolność posiadania lub przyjmowania wyznania albo przekonań według własnego wyboru». Prawo lekarza do «uchylenia się» od wydania orzeczenia o dopuszczalności przerwania ciąży lub przeprowadzenia takiego zabiegu wynika bezpośrednio z zasady 7 Zasad etyczno-deontologicznych polskiego lekarza, stanowiącej: «lekarz powinien odmówić wykonania czynności, które według jego przekonania i sumienia mogą być szkodliwe lub nieetyczne»²².

Ochrona uzewnętrzniania ocen moralnych i postępowania zgodnie z własnym sumieniem jest konieczna dla rzeczywistej skutecznej ochrony swobody sumienia, ale także ochrony światopoglądu i integralności człowieka. Swoboda sumienia jest warunkiem koniecznym posiadania światopoglądu, będącego zbiorem przekonań, sądów i ocen aksjologicznych porządkujących postępowanie względem siebie i innych podmiotów. Zbiór ten nie może być utożsamiany z w pełni konsekwentnym systemem preferencji aksjologicznych. Jeżeli jednak światopogląd jednostki jest systemem – jest spójny, to efektywna ochrona wolności sumienia staje się koniecznym warunkiem ochrony integralności moralnej jednostki oraz jej godności. Nieprzypadkowo integralność została wprost zaliczona przez art. 3 Karty Praw Podstawowych Unii Europejskiej do elementów składających się na koncepcję godności człowieka (art. 3 zawarty jest w rozdziale I Karty: „Godność”)²³. Światopogląd można byłoby uznać za dobro osobiste człowieka w rozumieniu art. 23 k.c. oraz art. 53 Konstytucji RP, ale sam tekst Konstytucji wskazuje albo na brak konsekwencji legislacyjnej, albo na nadawanie zbliżonych sensów określeniu sumienie, światopogląd czy przekonania moralne lub „przekonania światopoglądowe” (art. 25 Konstytucji). W orzecznictwie światopogląd utożsamiany jest zresztą ze swobodą sumienia, składową ogólniejszego dobra osobistego swobody sumienia²⁴. W orzecznictwie zaznaczono, że swoboda sumienia to wolne, wynikające z własnego przekonania wyrażanie określonego światopoglądu, w tym także wybór i praktykowanie

²² Orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego z 15 stycznia 1991 r., U 8/90, a także A. Zoll, *Charakter prawny klauzuli sumienia*, s. 100.

²³ Na temat ochrony godności ludzkiej w prawie UE zob. L. Bosek, *Gwarancje godności ludzkiej i ich wpływ na polskie prawo cywilne*, Warszawa 2012, s. 197 i n.

²⁴ Wyrok SN z 20 września 2013 r., II CSK 1/13; wyrok SN z 12 czerwca 2002 r., III CKN 618/00, <http://www.sn.pl/sites/orzecznictwo/Orzeczenia1/III%20CKN%20618-00.pdf> [dostęp: 15.03.2014].

określonej religii, wybór systemu wartości, według którego dokonuje się oceny swoich zachowań, czynów, myśli i uczuć. Chroniąc swobodę sumienia, chroni się tym samym sferę pojęć, wyobrażeń i przekonań jednostki w tym i takich, które wiążą się z odpowiedzialnością na podstawowe pytania egzystencjalne²⁵. Przez wolność sumienia można rozumieć w ogóle ludzką aktywność światopoglądową, a więc dotyczącą zarówno wewnętrznych przekonań, jak i zewnętrznych praktyk religijnych i niereligijnych²⁶. Zachowanie uniemożliwiające lub utrudniające wyznawanie lub praktykowanie wybranej religii stanowi naruszenie swobody sumienia²⁷. Także w cytowanym orzeczeniu Trybunału Konstytucyjnego wskazano, że prawo do wolności sumienia to przede wszystkim prawo do reprezentowania określonego światopoglądu.

O ile utożsamienie pojęcia swobody sumienia ze światopoglądem, jakkolwiek dyskusyjne, można tolerować, to nie należy utożsamiać swobody sumienia z integralnością moralną człowieka. Oczywiście naruszenie integralności lub tożsamości moralnej człowieka, samego rdzenia jego osobowości, przesądza o naruszeniu wolności sumienia, to jednak nie zawsze można mówić o relacji odwrotnej. Jednakże do naruszenia integralności moralnej człowieka dochodzi zawsze wtedy, gdy jest on zmuszany do czynów uznawanych przez niego w sposób przemyślany i głęboki za niemoralne. Zmuszanie człowieka do działania sprzecznego z własnym sumieniem jest z reguły przedmiotowym jego traktowaniem, rodzi urazy psychiczne, a badania empiryczne potwierdzają, że prowadzić może do prób samobójczych. Wprowadzenie przymusu aktywnego wykonywania czynności głęboko niemoralnej jest prostą instrumentalizacją osoby, jej uprzedmiotowieniem, rażącym naruszeniem jej godności chronionej bezwzględnie przez art. 30 Konstytucji RP. W związku z tym nie tylko wewnętrzną wolność wyboru dobra i zła, lecz przede wszystkim wolność postępowania zgodnie z własnym sumieniem trzeba uznać za dobro prawne w znacznym stopniu składające się na pojęcie integralności i godności osoby ludzkiej²⁸. Można w konsekwencji uznać, że zobowiązanie i egzekwowanie

²⁵ Wyrok SN z 20 września 2013 r., II CSK 1/13.

²⁶ K. Pycik, *Wolność sumienia i wyznania w Rzeczypospolitej Polskiej (założenia filozoficzno-prawne)*, w: *Prawa i wolności obywatelskie w Konstytucji RP*, red. B. Banaszak, A. Preisner, Warszawa 2002, s. 438.

²⁷ Wyrok SN z 12 czerwca 2002 r., III CKN 618/00.

²⁸ B. Lewaszkiwicz-Petrykowska, *Raport generalny: Constitutional jurisprudence in the area of freedom of religion and beliefs, XIth Conference of the European Constitutional Courts*, Warszawa, 2000, s. 20; M. Safjan, *Wolność religijna w konstytucjach państw europejskich*, w: *Materiały III Międzynarodowej Konferencji na temat religia i wolność religijna w Unii Europejskiej*, Warszawa, 2-4 września 2002 r., red. J. Krukowski, O. Theisen, Lublin 2003, s. 73.

działania wbrew sumieniu i religii stanowi naruszenie istoty wolności sumienia i godności człowieka²⁹.

Szczególnym aspektem tak chronionej integralności i godności osoby ludzkiej oraz rzeczywistej wolności sumienia jest zakaz ustalony przez art. 53 ust. 7 Konstytucji RP. Przepis ten został sformułowany w taki sposób, że wyrażony w nim interes i chroniące go prawo nie podlega proporcjonalnym ograniczeniom na tej samej zasadzie, co ogólne prawo wywodzone z art. 53 ust. 1 Konstytucji RP. Został on sformułowany w art. 53 ust. 7, a więc w przepisie usytuowanym po przepisie określającym klauzulę limitacyjną art. 53 ust. 5 Konstytucji RP. Ten zabieg legislacyjny ustawodawcy konstytucyjnego wskazuje, że zakaz nakładania obowiązków przez organy władzy publicznej, w szczególności w formie ustawy, do ujawnienia swojego światopoglądu, przekonań religijnych lub wyznania ma charakter przedmiotowy i bezwzględny. Zakaz ten wyklucza zarówno przepisy nakładające wprost obowiązek ujawnienia swojego światopoglądu, przekonań religijnych lub wyznania, jak i przepisy pozornie neutralne, których zastosowanie dopiero prowadzi do osiągnięcia skutku zabronionego przez art. 53 ust. 7 Konstytucji RP. Jednostka nie może być zmuszana do uzewnętrzniania swoich przekonań religijnych ani do manifestowania swojej wiary lub przekonań albo podejmowania czynności, z których można byłoby wnioskować o takich przekonaniach lub ich braku³⁰. Pogląd ten wyraźnie potwierdził Europejski Trybunał Praw Człowieka³¹, a jest on podyktowany ogólniejszymi rachubami związanymi z uznaniem, że wolność sumienia jest podstawą społeczeństwa demokratycznego. Zmuszanie do ujawnienia i inne formy naruszeń wolności sumienia mogą skutkować stygmatyzacją i wykluczeniem części obywateli ze sfery życia publicznego i zawodowego, co w państwie demokratycznym nie może być tolerowane. Można stwierdzić, że nie istnieje dostatecznie uzasadniony interes publiczny uzasadniający zmuszanie jednostek do ujawniania ich światopoglądu czy przekonań moralnych.

Wbrew wyrażanym niekiedy opiniom, prawo do odmowy działania sprzecznego z własnym sumieniem nie przynależy *ex definitione* wyłącznie osobom fizycznym. Wydaje się, że osoby prawne, a nawet jednostki organizacyjne nie-

²⁹ Podobnie M. Skwarzyński, *Sprzeciw sumienia w europejskim i krajowym systemie ochrony praw człowieka*, „Przegląd Sejmowy” 2013, nr 6, s. 21.

³⁰ M.A. Nowicki, *Komentarz do art. 9 Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności*, w: *Wokół Konwencji Europejskiej. Komentarz do Europejskiej Konwencji Praw Człowieka*, wyd. VI, Lex 2013.

³¹ Wyrok ETPCz z 15 czerwca 2010 r., sprawa *Grzelak v. Poland*, w którym podkreślono, że sprzeczne z Konwencją są przepisy, które pośrednio umożliwiają ujawnienie światopoglądu jednostki.

posiadające osobowości prawnej mogą korzystać z ochrony konstytucyjnej tego prawa w zakresie, w jakim umożliwiają one indywidualne lub kolektywne uzewnętrznianie wolności religii lub sumienia przez jej członków, założycieli lub osoby trzecie³². Europejski Trybunał Praw Człowieka podkreśla, że autonomiczne istnienie wspólnot religijnych jest nieodzowne dla istnienia pluralizmu w społeczeństwie demokratycznym³³. Pogląd ten należy odnosić do osób i instytucji niereligijnych. Prezentowany kierunek wykładni potwierdza treść art. 4 ust. 2 dyrektywy 2000/78/WE, który rozstrzyga, że nie stanowi naruszenia zasady równego traktowania w zatrudnieniu różnicowanie praw osób zatrudnionych, jeżeli w związku z rodzajem i charakterem działalności prowadzonej w ramach kościołów, związków wyznaniowych, a także organizacji i podmiotów, których działalność opiera się na określonych przekonaniach, cel działania pozostaje w związku z religią lub wyznaniem, lub „przekonaniem”, stanowi ona istotne uzasadnione i usprawiedliwione wymaganie zawodowe. Innymi słowy, dyrektywa ta wyraźnie chroni swobodę sumienia, religii i przekonań światopoglądowych nie tylko kościołów, lecz także innych podmiotów zbiorowych, których działalność opiera się na określonych „przekonaniach”³⁴.

³² Zob. choćby jednomyślny wyrok ETPCz z 10 czerwca 2010 r. w sprawie *Jehovah's Witnesses of Moscow v. Russia*, skarga 302/02; wyrok ETPCz z 6 listopada 2008 r., w sprawie *Leela Förderkreis e.v. and Others v. Germany*, z powołaniem na podobne stanowisko Federalnego Sądu Konstytucyjnego RFN z 26 czerwca 2002 r., a także wyrok *Lautsi and Others v. Italy* z 18 marca 2011 r., skarga 30814/06, LEX nr 784874; *Holy Synod of the Bulgarian Orthodox Church (Metropolitan Inokentiy) and Others v. Bulgaria* z 22 stycznia 2009 r., nr 412/03, LEX nr 478330; J. Kokott, w: *Sachs Grundgesetz Kommentar*, red. M. Sachs, München 2009, s. 241; Ch. Starck, w: *Mangoldt-Klein-Starck, Kommentar zum Grundgesetz*, red. Ch. Starck, München 2005, s. 473 oraz L. Bosek, w: *Prawo wobec medycyny*, s. 25; J. Waszczuk-Napiórkowska, *Opinia prawna dotycząca wolności sumienia*, s. 232; A. Zoll, *Charakter prawny klauzuli sumienia*, s. 102. Zob. też L. Garlicki, *Konwencja o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności. Komentarz do artykułów 1-18*, t. I, red. L. Garlicki, Warszawa 2010, s. 565 (podmioty zbiorowe o charakterze wyznaniowym). Podobnie rezolucja nr 1763 Zgromadzenia Parlamentarnego Rady Europy z dnia 7 października 2010 r. w sprawie prawa do sprzeciwu sumienia w opiece zdrowotnej wskazująca, że szpitale i inne instytucje (osoby prawne) nie mogą zostać przymuszone prawnie lub pociągnięte do odpowiedzialności prawnej ani być dyskryminowane, ze względu na niewykonywanie lub niepomaganie w czynnościach eutanatycznych lub czynnościach powodujących śmierć płodu albo embrionu z jakiegokolwiek powodu, zob. przypis 9.

³³ Wyroki ETPCz: *Lautsi and Others v. Italy* z 18 marca 2011 r., skarga 30814/06, LEX nr 784874; *Holy Synod of the Bulgarian Orthodox Church (Metropolitan Inokentiy) and Others v. Bulgaria* z 22 stycznia 2009 r., skarga 412/03, LEX nr 478330.

³⁴ H. Szewczyk zauważa, że implementacja tej dyrektywy jest zbyt wąska w kodeksie pracy, H. Szewczyk, *Ochrona dóbr osobistych*, s. 515. Zob. też P. Stanisław, *Wspólnotowy zakaz dyskryminacji*, s. 53-54.

Treść art. 39 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty

Zgodnie z art. 39 ustawy: „Lekarz może powstrzymać się od wykonania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego sumieniem, z zastrzeżeniem art. 30, z tym że ma obowiązek wskazać realne możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym oraz uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej. Lekarz wykonujący swój zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby ma ponadto obowiązek uprzedniego powiadomienia na piśmie przełożonego.”

Przepis ten w sposób generalny, niezależny od charakteru stosunku prawnego łączącego lekarza z innymi podmiotami, poręcza każdemu lekarzowi – *implicite*: wykonującemu zawód – prawo do odmowy wykonania świadczenia zdrowotnego niezgodnego z jego sumieniem. Pojęcie świadczenia zdrowotnego jest pojęciem prawnym zdefiniowanym w ustawie i innych przepisach. W myśl art. 2 ust. 1 ustawy chodzi „w szczególności o badanie stanu zdrowia, rozpoznawanie chorób i zapobieganie im, leczenie i rehabilitację chorych, udzielanie porad lekarskich, a także wydawanie opinii i orzeczeń lekarskich”. Wyliczenie to nie jest enumeratywne, ma charakter przykładowy i może być utożsamiane z każdą czynnością dotyczącą choćby pośrednio zdrowia pacjenta, zarówno leczniczą, jak i nieleczniczą, podejmowaną przez lekarza. Wniosek ten potwierdza treść art. 2 ust. 1 pkt 10 ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r., który wskazuje, że świadczenie zdrowotne to działanie służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania. Otwartość tych definicji, cel art. 39 ustawy oraz zasada wykładni ustaw w zgodzie z Konstytucją i prawem międzynarodowym, prowadzą do wniosku o celowości szerokiego odczytywania tego pojęcia. Nie ma w każdym razie podstaw, aby z hipotezy tego przepisu wykluczać tak typowe działania lekarskie, jak choćby badanie stanu zdrowia czy wystawianie recept.

Przepis art. 39 ustawy formułuje negatywne i pozytywne przesłanki prawa lekarza do odmowy działania sprzecznego z jego sumieniem. Na plan pierwszy wysuwa przesłankę negatywną: „z zastrzeżeniem art. 30”. Zastrzeżenie to oznacza, że lekarz nie może skutecznie powstrzymać się od spełnienia świadczenia sprzecznego z jego sumieniem w żadnej z sytuacji wskazanej w art. 30 ustawy. Zastrzeżenie to ma wymiar ogólny, obejmuje cały art. 30 ustawy. Jeśli uwzględnić, że art. 30 ustanawia „obowiązek udzielania pomocy

lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki”, łatwo zauważyć, że zbiór sytuacji, w których skuteczna ochrona sumienia lekarza jest możliwa został mocno ograniczony. Jest to dodatkowo istotne z dwóch zasadniczych powodów. Po pierwsze, art. 30 ustawy obliguje lekarza do działania niezależnie od jego woli i niezależnie od sytuacji, w której się znajduje. Lekarz jest zobowiązany udzielać pomocy z mocy samej ustawy niezależnie od jakichkolwiek zobowiązań umownych lub stosunków administracyjnych. Na samodzielny i bezwzględny charakter tego obowiązku ustawowego wskazuje przede wszystkim utrwalone orzecznictwo sądowe³⁵. Po drugie, ustawowy obowiązek udzielania pomocy został ujęty niezmiernie szeroko i niejasno. Widać wyraźnie, że określenie „inne przypadki niecierpiące zwłoki” nie zostało w żaden sposób sprecyzowane, choćby przez ustalenie wymogu bezpośredniości zagrożenia albo wskazanie dóbr prawnych, którym realizacja obowiązku w tych sytuacjach ma służyć. Może tu więc chodzić o każdą sytuację, która wskazuje na potrzebę interwencji lekarskiej, przy czym jest to sytuacja, w której zwłoka w udzieleniu pomocy lekarskiej mogłaby spowodować niebezpieczeństwo nastąpienia skutków w przepisie tym wskazanych, bądź uwidacznia potrzebę bezzwłocznej pomocy, nawet wówczas, gdy niebezpieczeństwo nastąpienia skutków, o których mowa w tym przepisie, nie jest oczywiste³⁶. W razie jakichkolwiek wątpliwości lekarz musi udzielać pomocy³⁷. Dla podjęcia wykonania ustawowego zobowiązania nie ma znaczenia to, czy ewentualne udzielenie pomocy miało, czy też nie miało szansy okazania się skutecznym³⁸. W ustawie nie przewidziano wyraźnie żadnej okoliczności, która by wykonanie tego obowiązku wyłączała³⁹. Tak szerokie i niejasne ujęcie kategorię obowiązkowego udzielania pomocy lekarskiej rodzi szczególne wątpliwości w perspektywie wolności sumienia, jeżeli uwzględnimy fakt, że literalne odczytanie przepisu nakazuje objąć tym obowiązkiem niecierpiące zwłoki czynności nielecniczne. Wykonywanie zawodu lekarza polega wszak także na wykonywaniu czynności nielecniczych, co

³⁵ Wyrok Sądu Najwyższego z 29 marca 2006 r., IV CSK 158/05 i cytowane tam orzeczenia, w: *Prawo wobec medycyny*, s. 460-463, z glosą L. Boska, tamże.

³⁶ L. Kubicki, *Obowiązek udzielenia pomocy lekarskiej*, „Prawo i Medycyna” 2003, nr 1, s. 5.

³⁷ E. Zielińska, *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, red. E. Zielińska, Warszawa 2008, s. 438.

³⁸ L. Kubicki, *Obowiązek udzielenia*, s. 4.

³⁹ Tamże, s. 9; E. Zielińska, *Ustawa o zawodach*, s. 446.

najmniej tych regulowanych szczególnymi przepisami jak choćby eksperyment badawczy⁴⁰, przerywanie ciąży czy transplantacja⁴¹.

Odnosnie do pozytywnych przesłanek prawa do powstrzymania się od świadczenia sprzecznego z sumieniem lekarza, należy stwierdzić, że przepis na pierwszy plan wysuwa obowiązek wskazania realnych możliwości uzyskania świadczenia u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym (art. 39 zd. 1 ustawy). Przepis ten zmusza lekarza do czynnej, konkretnej i realnej pomocy w uzyskaniu świadczenia niezgodnego z jego sumieniem „u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym”. Z obowiązku tego lekarz nie może się zwolnić kierując pacjenta choćby do punktów informacyjnych podmiotów odpowiedzialnych za organizację systemu ochrony zdrowia w Polsce. Jest to zaskakujące rozwiązanie zważywszy, że Narodowy Fundusz Zdrowia dysponuje aktualnymi bazami danych o zakontraktowanych świadczeniach zdrowotnych, ma wszak obowiązek czuwać nad wykonywaniem umów ze świadczeniodawcami. Można uznać, że przepis art. 39 zd. 1 ustawy nakazuje lekarzowi pełnienie funkcji pomocnika sprawcy czynu niegodziwego⁴². Co więcej, obowiązek lekarza dotyczy wszystkich świadczeń zdrowotnych, zarówno leczniczych, jak i nieleczniczych. Obowiązku wskazania realnej możliwości uzyskania świadczenia u innego lekarza nie można więc utożsamiać z obowiązkiem określonym w art. 38 ustawy. Przepis art. 38 ustawy dotyczy po pierwsze przerwania procesu leczenia, a więc czynności, których wykonania lekarz już się podjął, po drugie dotyczy tylko czynności leczniczych. Tak określony obowiązek daleko wykracza poza ogólnie przyjęte obowiązki informacyjny dłużnika⁴³.

Skuteczność powstrzymania się przez lekarza od udzielenia świadczenia zdrowotnego została uzależniona także od obowiązku uzasadnienia i odnotowania tego faktu w dokumentacji medycznej (art. 39 zd. 1 ustawy). Jest charakterystyczne, że przepis wysuwa na pierwszy plan obowiązek uzasadnienia przez lekarza faktu powołania się na przysługujące mu prawo, a dopiero na dalszym planie formułuje obowiązek odnotowania tego faktu w dokumentacji medycznej. Przepis ten opiera się na kategorycznym i dyskusyjnym założeniu, że lekarz nie ma prawa wyznaczyć sobie zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych, a nawet nie przysługuje mu pełne prawo powstrzymać się od działań,

⁴⁰ A. Wnukiewicz-Kozłowska, *Eksperyment medyczny na organizmie ludzkim w prawie międzynarodowym i europejskim*, Warszawa 2004, s. 27.

⁴¹ J. Duda, *Transplantacja w prawie polskim. Aspekty karnoprawne*, Kraków 2004, s. 27.

⁴² A. Zoll, *Charakter prawny klauzuli sumienia*, s. 101-102; O. Nawrot, *Sumienie lekarza a prawa człowieka w świetle standardów Rady Europy*, „Medycyna Praktyczna” 2014, nr 1, s. 116.

⁴³ Art. 746 § 2 w zw. z art. 740 k.c.

które pozostają w sprzeczności z jego sumieniem. Lekarz zobowiązany jest bowiem zawsze wytworzyć dokumentację medyczną, w której ma obowiązek uzasadnić i odnotować swój wybór moralny w sytuacji, w której nie łączy go z inną osobą żaden stosunek prawny. Wydaje się, że przyjęte założenie jest dalej idące niż wymaga tego obowiązujące ustawodawstwo, w tym ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁴⁴. Z art. 12 ustawy o prawach pacjenta wynika, że pacjent ma prawo do informacji o **rodzaju i zakresie** świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, w tym o profilaktycznych programach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, realizowanych przez ten podmiot, a to z kolei oznacza, że rodzaj i zakres świadczeń zdrowotnych, których udziela podmiot leczniczy zależy od tego podmiotu. Innymi słowy, w polskim porządku prawnym nie istnieje bezwzględny obowiązek udzielania wszelkich świadczeń zdrowotnych. Obowiązek taki nie ciąży ani na dużych publicznych podmiotach leczniczych, ani tym bardziej na lekarzu wykonującym zawód w formie indywidualnej praktyki lekarskiej.

Przede wszystkim jednak przepis art. 39 zd. 1 ustawy nie precyzuje na czym miałyby polegać uzasadnienie przez lekarza powstrzymania się od udzielenia świadczenia zdrowotnego. Wyrażono pogląd, że lekarz powinien wskazać szczegółową zasadę moralną, która wyklucza udzielenie świadczenia⁴⁵. Pogląd ten może jednak budzić wątpliwości, ponieważ pojęcie „uzasadnienia” implikuje dalej idące skutki w postaci omówienia okoliczności faktycznych i normatywnych, i dokonania subsumpcji⁴⁶. Wydaje się jednak, że nawet ścisła interpretacja obowiązku uzasadnienia jest trudna do pogodzenia z tezą o „suwerenności sumienia”⁴⁷. Jeżeli bowiem ocena moralna jest suwerenna, to nie bardzo wiadomo po co ustawodawca zmusza lekarza do jej ujawnienia i to w formie pisemnej, a zwłaszcza do jej uzasadnienia na piśmie. Można przypuszczać, że tak określony obowiązek lekarza ma spełniać funkcje dowodowe i potencjalnie ułatwiać dochodzenie przez pacjenta roszczeń względem lekarza.

Lekarz pozostający w stosunku pracy albo w stosunku służby ma ponadto obowiązek uprzedniego powiadomienia na piśmie przełożonego (art. 39 zd. 2 ustawy). Przepis ten wyraźnie ustanawia obowiązek lekarza uprzedniego pisemnego informowania pracodawcy o swoim światopoglądzie, a ściśle o zamiarze

⁴⁴ Tekst jedn.: Dz. U. z 2012 r., poz. 159 z późn. zm.

⁴⁵ Stanowisko Komitetu Bioetyki przy Prezydium PAN nr 4/2013 z dnia 12 listopada 2013 r. w sprawie tzw. klauzuli sumienia <http://www.bioetyka.pan.pl/images/stories/Pliki/Stanowisko%20KB%20nr%204-2013.pdf> [dostęp: 15.03.2014].

⁴⁶ Zob. choćby wymogi z art. 328 k.p.c.

⁴⁷ E. Zielińska, *Ustawa o zawodach*, s. 444, z powołaniem L. Kubickiego.

wyciągnięcia wniosków praktycznych z posiadanego zespołu przekonań moralnych. Wydaje się, że odmienne odczytanie tego przepisu nie jest możliwe, o czym przekonuje choćby użyte w tym przepisie słowo „ponadto”, odnoszące się do obowiązku uzasadniania swojego stanowiska w sprawie sprzeciwu sumienia. Nakaz ujawniania pracodawcy w formie pisemnej poglądów moralnych lub religijnych, o charakterze ściśle osobistym i intymnym, niezależnie od faktu odnotowania i uzasadnienia tego faktu w dokumentacji medycznej, ma – jak można przypuszczać – zwiększać możliwości pracodawcy dowolnego organizowania działalności podmiotu leczniczego. Na mocy obowiązku nałożonego przez art. 39 zd. 2 ustawy, zarówno podmioty lecznicze prywatne, jak i publiczne uzyskują pisemne oświadczenia pracowników o wyborach światopoglądowych.

Podsumowując można stwierdzić, że przepis art. 39 ustawy nakłada na lekarza tak daleko idące ograniczenia przynależnego mu prawa do odmowy działania sprzecznego z jego sumieniem, że można odnieść wrażenie, iż przepis ten ustanawia „przywilej”⁴⁸. W rzeczywistości przepis ten powinien być rozumiany jako przepis kolizyjny, rozstrzygający możliwy konflikt interesów, gwarantujący jednak podstawowe dobro osobiste lekarza.

Analiza konstytucyjna

Wydaje się, że art. 39 ustawy jest niezgodny z art. 53 ust. 1 i art. 30 Konstytucji RP przede wszystkim dlatego, że ustanawia bezwzględny i kategoryczny obowiązek udzielania świadczeń niezgodnych z sumieniem lekarza w każdym przypadku niecierpiącym zwłoki, w zakresie wykraczającym daleko poza konieczność udzielania pomocy w sytuacji zagrożenia życia lub poważnego zagrożenia zdrowia. Przepis ten oraz art. 30 ustawy, bez dostatecznego uzasadnienia zasadami i wartościami konstytucyjnymi, pomijając uwarunkowania systemowe i historyczne, naruszają zasadę proporcjonalnej ochrony konstytucyjnego prawa lekarza do działania zgodnie z własnym sumieniem oraz zasadami etyki zawodowej a dodatkowo narusza zasadę niedyskryminacji, wymagając od lekarza powołującego się na sprzeciw sumienia więcej niż od dużych podmiotów leczniczych (np. spółek zarządzających sieciami szpitali). Przepis art. 39 ustawy zobowiązuje do udzielania pomocy lekarskiej zarówno o charakterze leczniczym, jak i nieleczniczym. Nawet jednak wówczas, gdy chodzi o czynności

⁴⁸ E. Zielińska, *Ustawa o zawodach*, s. 554.

lecnicze – w przeważającym stopniu realizujące cel leczniczy, trzeba dostrzegać, że lekarz może być zobowiązany do realizacji pewnych zachowań o charakterze nielecniczym. Bezwzględne ustawowe obowiązki lekarza nie powinny iść tak daleko, aby obejmować wszelkie czynności kwalifikowane generalnie jako lecznicze. Dla porównania art. 12 ustawy z 1950 r. o zawodzie lekarza stanowił, że lekarz posiadający prawo wykonywania zawodu ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzielaniu mogła spowodować utratę życia lub kalectwo. Także z ustawy o prawach pacjenta (art. 7 ustawy o prawach pacjenta) i ustawy o działalności leczniczej (art. 15)⁴⁹ wynika, że pozaumowne obowiązki podmiotów leczniczych nie wykraczają poza przypadki bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia.

Wydaje się, że ani art. 68 Konstytucji RP, ani żaden inny przepis konstytucyjny nie wymaga zagwarantowania dostępności świadczeń nielecniczych, ani tym bardziej nie przyznaje komukolwiek roszczeń skutecznych względem indywidualnych praktyk lekarskich do udzielania takich świadczeń. Tym bardziej Konstytucja RP nie nakłada obowiązku udzielania świadczeń nielecniczych, które stoją w sprzeczności z sumieniem lekarza czy personelu pomocniczego. Obowiązki konstytucyjne ustawodawcy zostały silnie ograniczone i ściśle określone przez art. 68 ust. 2 Konstytucji (*verba legis*). Przepis ten przypisuje ustawodawcy kompetencję ustalenia zakresu świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Oznacza to, że świadczenia nielecnicze mogą być udzielane także w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia – ale nigdy wbrew podstawowym dobrom osobistym pracowników służby zdrowia – i na podstawach kontraktowych, zapewniających ich finansowanie. Nie ma żadnych powodów, aby w każdym przypadku „niecierpiącym zwłoki” lekarz zobowiązany był do działania sprzecznego z jego sumieniem i to z mocy ustawy np. w czasie wolnym. O wadliwości art. 39 ustawy świadczy to, że przepis ten nieprawidłowo identyfikuje i rozstrzyga możliwy konflikt interesów: życia i zdrowia człowieka z wolnością sumienia lekarza. Przepis ten wprawdzie słusznie przyznaje pierwszeństwo obowiązkowi ustawodawcy ochrony życia i zdrowia człowieka przed obowiązkiem ochrony wolności sumienia personelu medycznego, ale idzie zdecydowanie za daleko odsyłając ogólnie do art. 30 ustawy⁵⁰. Skutek tego jest wszak taki, że lekarz musi działać wbrew swojemu sumieniu „w każdym innym przypadku niecierpiącym zwłoki”. Tak sformułowany przepis przekreśla konstytucyjny obowiązek skutecznej ochrony sumienia lekarza, jego integralności

⁴⁹ Tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r., poz. 217 z późn. zm.

⁵⁰ R. Kubiak, *Prawo medyczne*, s. 224-225.

moralnej, a w ostateczności także godności. Godzi tym samym w aktualny na gruncie obowiązującej Konstytucji RP pogląd Trybunału Konstytucyjnego⁵¹.

Na marginesie prowadzonych rozważań, można odnotować, że przepis art. 39 ustawy budzi także wątpliwości z punktu widzenia gwarancji wolności wyboru i wykonywania zawodu przez lekarza. Etos tego zawodu wyraża się w trosce o dobro chorego, polegającej na ochronie jego życia i zdrowia pacjenta. Jak wynika z art. 2 Kodeksu Etyki Lekarskiej, lekarz nie ma prawa posługiwać się wiedzą i umiejętnością lekarską w działaniach sprzecznych z tym powołaniem. Pojawia się pytanie: czy przepis ustawy powinien lekarza zmuszać do podejmowania działań sprzecznych z tym powołaniem? Tego rodzaju przepis nie tylko zniekształca wzorzec postępowania lekarskiego, ale eliminuje z zawodu osoby o wrażliwości etycznej, kierujące się sumieniem. Tego rodzaju przepis godzi więc w rzeczywistą wolność wyboru zawodu przez lekarza, gdyż zmusza go z powodów światopoglądowych, nieprofesjonalnych do rezygnacji z wyboru lub wykonywania zawodu. Tym samym przepis tego rodzaju godzi w podstawy pluralistycznego i demokratycznego społeczeństwa.

Ponadto, art. 39 ustawy narusza art. 53 ust. 1 Konstytucji RP przez to, że wprowadza prawny obowiązek pomocnictwa w uzyskaniu świadczenia niegodziwego. Aby lekarz mógł chronić swoją integralność moralną przed przymusem działania sprzecznego z sumieniem, musi najpierw podjąć się pomocy i to „realnej” w uzyskaniu świadczenia niemoralnego. Tak sformułowany przepis chroni iluzorycznie wolność sumienia a faktycznie zawsze uniemożliwia ochronę sumienia. Pomoc w czynnie ocenianym nagannie ma dokładnie tę samą ujemną wartość moralną i prawną co czyn sprawcy, pomocnik jest karany w tych samych granicach co bezpośredni sprawca⁵². Jak już wskazano, z obowiązku tego lekarz nigdy nie może się zwolnić, nie może bowiem skierować pacjenta choćby do Narodowego Funduszu Zdrowia (*verba legis*: „u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym”). Obowiązek ten dotyczy wszystkich świadczeń zdrowotnych, zarówno leczniczych, jak i nieleczniczych. W tym zakresie przepis art. 39 ustawy czyni z lekarza gwaranta („realne możliwości”) osiągnięcia niegodziwego skutku i przekreśla istotę prawa do powstrzymania się od działania sprzecznego z własnym sumieniem⁵³, naruszając nie tylko art. 31 ust. 3 zd. 2, lecz także art. 30 oraz art. 2 Konstytucji RP. Przepis ten tworząc iluzję ochrony wolności sumienia staje się pułapką dla lekarza i godzi w zasadę zaufania wywodzoną z art. 2 Konstytucji RP.

⁵¹ Orzeczenie z 15 stycznia 1991 r., U 8/90. B. Banaszak, *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, Warszawa 2012, s. 323.

⁵² A. Zoll, *Charakter prawny klauzuli sumienia*, s. 103.

⁵³ L. Bosek, *Klauzula sumienia – czy ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry jest zgodna z konstytucją?*, „Medycyna Praktyczna” 2014, nr 1, s. 108.

Wątpliwości konstytucyjne budzi także art. 39 ustawy w zakresie, w jakim zobowiązuje lekarza do uzasadniania swojego rozstrzygnięcia światopoglądowego i odnotowywania tego faktu w dokumentacji medycznej oraz uprzedniego pisemnego informowania pracodawcy o zamiarze skorzystania z prawa do odmowy działania sprzecznego z własnym sumieniem. Przepis ten wymusza ujawnienie względem pracodawcy i innych osób poglądów moralnych i religijnych, a nawet zmusza lekarza do uzasadniania swojego stanowiska moralnego i światopoglądu. Biorąc pod uwagę kontekst zastosowania tego przepisu nie można uznać, że lekarz dobrowolnie ujawnia swój światopogląd, poglądy moralne czy religijne. Przeciwnie, treść art. 39 ustawy zmusza go do ujawnienia światopoglądu, co prowadzi do kolizji z zakazem ustalonym przez art. 53 ust. 7 i art. 2 Konstytucji RP. Wydaje się, że nałożenie obowiązku pisemnego uzasadniania swojego rozstrzygnięcia światopoglądowego na piśmie oraz dodatkowo informowania piśmie pracodawcy jest oczywiście zbędne, niekonieczne i nieproporcjonalne, gdyż albo zachodzi sytuacja bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta i wówczas lekarz musi udzielić pomocy i odnotować te okoliczności w dokumentacji medycznej (dotyczące stanu zagrożenia życia lub zdrowia) albo uzasadnianie stanowiska moralnego w dokumentacji i informowanie pracodawcy o tym stanowisku jest zbędne, gdyż pacjent może uzyskać świadczenie u innego lekarza lub w innym podmiocie leczniczym.

Wnioski

Podsumowując, prawo osobiste do odmowy działania sprzecznego z własnym sumieniem jest prawem chronionym nie tylko przez prawo cywilne, prawo pracy i prawo karne, lecz także przez Konstytucję RP i prawo międzynarodowe. Prawo to zostało naruszone przez przepisy zawarte w art. 39 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry przez to, że nakładają na lekarza obowiązek wykonania niezgodnego z jego sumieniem świadczenia zdrowotnego, pomimo że zwłoka w udzieleniu tego świadczenia nie spowodowałaby niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia.

Pewne wątpliwości budzą także obowiązki pisemnego ujawniania swojego światopoglądu lub przekonań lekarza w dokumentacji medycznej oraz odrębnie wobec pracodawcy, w szczególności zobowiązanie lekarza do pisemnego uzasadniania swoich przekonań

The Problem of Unconstitutionality of the Scope of Article 39 of the Act on Medical and Dental Professions

S u m m a r y

The personal right to refuse to act contrary to one's conscience is protected not only under civil, labour and penal law, but also by the Polish Constitution and international law. This right has been infringed by the provisions of Article 39 of the Act of 5 December 1996 on Medical and Dental Professions. By exploring the content of the aforesaid Article, the author seeks to explain why it is open to doubt as regards its constitutionality.

Tłumaczenie: Konrad Szulga

PRAWA CZŁOWIEKA, SPRZECIW SUMIENIA I PAŃSTWO PRAWA

Tocząca się od kilku miesięcy, ożywiana licznymi doniesieniami mediów, dyskusja dotycząca praw pacjentów i sumień lekarzy skłania do sformułowania kilku w zasadzie elementarnych uwag o istocie państwa prawa, społeczeństwa demokratycznego i pozycji jednostki, a w szczególności lekarza. Potrzeba wyartykułowania wspomnianych uwag, pomimo ich charakteru, wydaje się wzrastać odwrotnie proporcjonalnie do stopnia mi(z)erności argumentów pojawiających się w przestrzeni publicznej. Rzecz już nawet nie idzie o to, że część prawników przyoblekła się w szaty teologów, teologów – lekarzy, lekarzy – prawników, wszelkie wariacje okazują się dozwolone, rzecz idzie o to, że niewiele osób pochyla, a nawet chce pochylić się, nad istotą problemu, a jedynie przeforsować określoną wizję tego co słuszne, odsądzając przy tym pozostałych od czci i wiary. Nie sprzyja to umacnianiu standardów państwa prawa. Jak słusznie zauważa Marek Safjan we wstępie do *Wyzwań dla państwa prawa*: „Praktyka funkcjonowania naszej młodej demokracji – i to jest najbardziej smutny wniosek – działa zniechęcająco na obywateli, powstrzymuje ich od tworzenia społeczeństwa obywatelskiego, a więc od tego, co jest warunkiem powodzenia wszelkich reform i dobrego funkcjonowania struktur państwa. Stało się coś bardzo niepokojącego z naszym państwem i społeczeństwem. Atmos-

* Dr hab. n. prawnych, prof. UG, Katedra Teorii i Filozofii Państwa i Prawa, Wydział Prawa i Administracji Uniwersytetu Gdańskiego.

ferę publiczną przenika agresja, wrogość i brak wszelkiej kooperatywności, elity polityczne nie są zdolne do debaty i wspólnych działań na rzecz dobra wspólnego, stygmaty polityczne przesłaniają wszelką racjonalność i obiektywizm ocen, a cienie przeszłości utrudniają dostrzeżenie autentycznych wyzwań, przed którymi stoi społeczeństwo”¹.

Dyskusja dotycząca sprzeciwu sumienia dotyka tymczasem, i to w sposób bezpośredni, tego, co stanowi istotę społeczeństwa demokratycznego – wolności myśli, sumienia i wyznania. Wydaje się, że po 25 latach możliwości nieskrępowanego wyrażania myśli, nie trzeba powtarzać jak ważne dla istnienia społeczeństwa demokratycznego jest zabezpieczenie wspomnianych wolności. Paradoksalnie tocząca się obecnie debata jednocześnie potwierdza i przeczy powyższemu. Potwierdza, gdyż bez wolności myśli, nie moglibyśmy jej prowadzić, nie mówiąc już o formułowaniu pewnych poglądów. Przeczy, gdyż jej stawką jest ograniczenie pewnej grupy obywateli – lekarzy lub pacjentów – w prawach i wolnościach tworzących właśnie fundamenty społeczeństwa demokratycznego. Tym samym dotarliśmy do granicy dyskursu, który może być prowadzony w realiach demokratycznego państwa prawa. Jego kontynuowanie – przynajmniej we wskazanym kierunku – na płaszczyźnie polityczno-prawnej prowadzić może do wykroczenia poza paradygmat państwa prawa, a tym samym proponowania rozwiązań opartych na obcych mu założeniach, zaś na płaszczyźnie metodologicznej do całkowitego chaosu – odrywa się dyskurs od często skomplikowanej siatki znaczeniowej wspartej dodatkowo określoną aksjologią i kontynuuje w otoczeniu odmiennych od wyjściowych zasad, reguł, znaczeń etc. Przypomina to sytuację, w której przeniosłoby się prowadzących rozgrywkę graczy z kortu tenisowego na basen i nakazało kontynuować grę, tak, jak gdyby nic się nie stało. Otóż stałoby się – gra nie mogłaby być prowadzona. Podobnie rzecz ma się ze wspomnianym dyskursem – tak się po prostu nie da.

Wracając więc do tego, co powinno być oczywiste, należy raz jeszcze powtórzyć, że wolność myśli, sumienia i wyznania każdego obywatela stanowi warunek *sine qua non* istnienia społeczeństwa demokratycznego mniającego się dodatkowo być państwem prawa². Bez jej istnienia autonomia podmiotów w sferze publicznej – konieczna dla istnienia zarówno państwa prawa, jak i społeczeństwa demokratycznego – a w skrajnych sytuacjach także w sferze prywatnej, byłaby czystą fikcją. W państwie prawa, każdy człowiek ma i musi mieć prawo do autonomicznego wyboru celów, które pragnie realizować, mo-

¹ M. Safjan, *Wyzwania dla państwa prawa*, Warszawa 2007, wersja elektroniczna: baza Lex Omega, poz. 64220.

² Wyrok ETPCz z dnia 25 maja 1993 r. w sprawie *Kokkinakis v. Grecja*, skarga 14307/88, par. 31.

delu życia, który chce urzeczywistnić, systemu wartości, wedle którego będzie oceniać otaczający świat i dokonywać wyborów, a nawet określania tego, co dobre a co złe³ – oczywiście tak długo, jak długo wybory te nie naruszają systemu wartości rzezonego państwa prawa. Każdy człowiek ma również prawo do uzewnętrzniania swoich przekonań, dawania świadectwa swojej wierze, wyrażania opinii i ocen, a także odstępowania od działań sprzecznych z uznawanym systemem wartości. Arbitralne ograniczenie wspomnianej autonomii w istocie stanowiłoby zamach zarówno na jednostkę i przysługującą jej godność, jak i na państwo prawa.

Znaczenie i wyjątkowa pozycja wspomnianego prawa wyraźnie podkreślone zostały w systemach ochrony praw człowieka. W najbardziej efektywnym z nich, czyli systemie ochrony praw człowieka Rady Europy, prawo do wolności myśli, sumienia i wyznania, wyrażone wprost zostało w art. 9 ust. 1 Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności z 1950 roku⁴ zwanej powszechnie Europejską Konwencją Praw Człowieka (dalej: EKPCz): „Każdy ma prawo do wolności myśli, sumienia i wyznania; prawo to obejmuje wolność zmiany wyznania lub przekonań oraz wolność uzewnętrzniania indywidualnie lub wspólnie z innymi, publicznie lub prywatnie, swego wyznania lub przekonań przez uprawianie kultu, nauczanie, praktykowanie i czynności rytualne”.

Wolność, o której jest mowa w przytoczonym przepisie, rozpatrywać można na dwóch – zarysowanych powyżej – płaszczyznach: wewnętrznej i zewnętrznej⁵. Płaszczyzna wewnętrzna obejmuje tzw. wolność duchową, czyli najogólniej rzecz ujmując sferę przekonań jednostki. Zgodnie z regulacją konwencyjną należy przyjąć, że jednostka posiada pełne prawo do autonomii myśli, sumienia i wyznania, a w związku z tym żadne ograniczenie w tym zakresie nie jest dopuszczalne⁶. Odwołując się do znanego powiedzenia obrazowo rzecz można *my home is my castle*.

³ L. Garlicki, *Konwencja o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności*, t. I, *Komentarz do artykułów 1 – 18*, Warszawa 2010, s. 557.

⁴ Konwencja została otwarta do podpisu w Rzymie 4 listopada 1950 roku, zaś weszła w życie – po uzyskaniu wymaganej liczby ratyfikacji – 3 września 1953 roku; Dz. U. z 1993 r., Nr 61, poz. 284.

⁵ Por. W. Janyga, *Wolność sumienia i wyznania wobec wyzwań pluralizmu religijnego (na tle wyroku Federalnego Sądu Konstytucyjnego Niemiec z 24 IX 2003 r.)*, „Państwo i Prawo” 2004, nr 10, s. 84 i n.

⁶ Por. M. Granat, *Granice wolności religijnej w społeczeństwie pluralistycznym*, w: *Kultura i prawo. Materiały III Międzynarodowej Konferencji na temat „Religia i wolność religijna w Unii Europejskiej”*. Warszawa 2-4 września 2002, red. J. Krukowski, O. Theisen, Lublin 2003, s. 188; W. Johann, B. Lewaszkiwicz-Petrykowska, *Wolność sumienia i wyznania w orzecznictwie konstytucyjnym – status jednostki*, w: *Wolność sumienia i wyznania w orzecznictwie konstytucyjnym. XI Konferencja Europejskich Sądów Konstytucyjnych*.

O ile sfera wolności wewnętrznej nie podlega jakiegokolwiek limitacji, o tyle wyjście jednostki z wewnętrznej twierdzy, ekspresja własnych przekonań, uwzględniać musi realia społeczeństwa demokratycznego i jego systemu wartości. W sferze zewnętrznej wolność myśli, sumienia i wyznania może więc, a w niektórych przypadkach wręcz musi – jeśli nie ma dojść do jej hipertrofii i paraliżu państwa – podlegać ograniczeniom. Stosownie do powyższego art. 9 ust. 2 EKPCz stanowi: „Wolność uzewnętrzniania wyznania lub przekonań może podlegać jedynie takim ograniczeniom, które są przewidziane przez prawo i konieczne w społeczeństwie demokratycznym z uwagi na interesy bezpieczeństwa publicznego, ochronę porządku publicznego, zdrowia i moralności lub ochronę praw i wolności innych osób”. Uogólniając można powiedzieć, że w świetle Konwencji ograniczenie wolności zewnętrznej musi być zarazem legalne, konieczne i celowe.

Warunek legalności w pierwszym rzędzie sprowadza się do obowiązku wskazania adekwatnej podstawy prawnej umożliwiającej państwu wprowadzenie ograniczeń. Wymaga się przy tym, aby regulacje stanowiące podstawę ograniczenia wolności zewnętrznej były na tyle precyzyjne, aby zainteresowany podmiot mógł zrekonstruować przesłanki, których zaistnienie może doprowadzić do limitacji wolności, a także ocenić prawdopodobieństwo podjęcia przez państwo określonych działań limitacyjnych. Dodatkowo wspomniane regulacje powinny oddawać do dyspozycji jednostki instrumenty prawne umożliwiające obronę przed arbitralnością władzy publicznej⁷.

Stwierdzenie konieczności podjęcia przez państwo działań limitacyjnych w zakresie wolności uzewnętrzniania przekonań w istocie pozostawia władzy pewien margines uznaniowości. To bowiem państwo samodzielnie określa czy i ewentualnie w jakim zakresie limitacja wolności zewnętrznej jest konieczna. Działania władzy publicznej każdorazowo jednak uwzględniać muszą kontekst społeczeństwa demokratycznego i jego aksjologię. Działania limitacyjne cechować się więc powinny szczególną ostrożnością i powściągliwością, tym bardziej, że na szali kładzione są podstawowe prawa i wolności jednostki, a także istota państwa prawa⁸.

Celowość ograniczenia wolności zewnętrznej bezpośrednio wiąże się z opisaną wyżej koniecznością. Jak wspomniano operacja na „żywej tkance

Warszawa 16-20 maja 1999, „Biuletyn Trybunału Konstytucyjnego” 1999, numer specjalny, s. 15.

⁷ Por. np.: wyrok ETPCz z dnia 26 października 2000 r. w sprawie *Hasan i Chaush v. Bułgaria*, skarga nr 30986/96, par. 85.

⁸ Wyrok ETPCz z dnia 25 maja 1993 r. w sprawie *Kokkinakis v. Grecja*, skarga 14307/88, par. 31.

społeczeństwa demokratycznego” podyktowana być powinna szczególnymi względami. W grę wchodzi więc sytuacje, w których wolność uzewnętrzniania myśli, sumienia lub wyznania wejdzie w konflikt z wartością równorzędną albo wyższego rzędu. Lista tych wartości zawarta została w art. 9 ust. 2 i obejmuje interesy bezpieczeństwa publicznego, ochronę porządku publicznego, zdrowia i moralności lub ochronę praw i wolności innych osób.

Przechodząc do zasadniczej problematyki niniejszego opracowania, podkreślić należy, że poczynione powyżej uwagi w pełnej rozciągłości odnoszą się do przedstawicieli zawodów medycznych. Konsekwentnie przysługujące im prawo do wolności myśli, sumienia i wyznania w sferze wewnętrznej jest absolutne i nie podlega limitacji. Ograniczeniom podlegać może, w przypadku spełnienia wskazanych wyżej przesłanek, jedynie ekspresja wyznania lub przekonań. Obok legalności, szczególnie znaczenie w tym względzie odegra konieczność ochrony zdrowia, stanowiąca jeden z obowiązków państwa.

Zasygnalizowana wyżej ostrożność władzy publicznej w działaniach o charakterze limitacyjnym, mających za przedmiot wolność zewnętrzną, w przypadku interwencji podejmowanych przez przedstawicieli białego personelu powinna być szczególnie daleko posunięta. Biorąc pod uwagę istotę dylematów, które niesie ze sobą rozwój nauk i technik medycznych, konflikty sumienia na które narażeni są przedstawiciele zawodów medycznych wydają się wyjątkowo newralgiczne, dotyczą bowiem wartości najbardziej podstawowych, także z punktu widzenia systemu wartości państwa prawa. Dodatkowo, ewentualne ograniczenia, odnoszące się do sfery zewnętrznej przekonań jednostki, objąć mogą wolność wewnętrzną. Wszak określona postawa wewnętrzna względem wartości jaką stanowi życie ludzkie, w przypadku interwencji medycznej mającej ją za przedmiot, przekłada się na podjęcie bądź odstąpienie od pewnych działań i *vice versa*.

W świetle powyższego stwierdzić należy, iż obowiązkiem państwa jest stworzenie takiego systemu, który zarazem gwarantować będzie przedstawicielowi służby zdrowia zachowanie jego wewnętrznej autonomii, a pacjentowi możliwość uzyskania określonego świadczenia zdrowotnego.

Podsumowując dotychczasową część wyводу przyjąć należy, że w świetle scharakteryzowanego wyżej art. 9 EKPCz przedstawiciel służby zdrowia dysponuje prawem do odmowy wykonania świadczenia naruszającego uznawany przez niego system wartości – tzw. prawo do sprzeciwu sumienia lub klauzula sumienia⁹. Jednocześnie na państwie spoczywa obowiązek zabezpieczenia praw

⁹ W niniejszym opracowaniu oba wyrażenia traktowane są jako równoznaczne.

pacjenta, który musi mieć możliwość uzyskania świadczenia zdrowotnego od innego świadczeniodawcy.

Opisany powyżej punkt widzenia zdaje się znajdować pełne potwierdzenie w orzecznictwie Europejskiego Trybunału Praw Człowieka (dalej: ETPCz). Wspomnieć w tym miejscu wystarczy o głośnych wyrokach ETPCz w sprawach *Tysiąc v. Polska*¹⁰, *R.R. v. Polska*¹¹ czy też *P. i S. v. Polska*¹². W sprawach tych Trybunał albo nie odnosił się do konstrukcji klauzuli sumienia, mimo iż przez skarżących jej stosowanie było kwestionowane, albo wprost podkreślał istnienie po stronie pracowników służby zdrowia prawa do sprzeciwu sumienia, przy jednoczesnym istnieniu po stronie pacjenta prawa do ochrony zdrowia, w szczególności dostępu do świadczeń zdrowotnych.

Zaprezentowane powyżej ujęcie klauzuli sumienia znalazło ponadto pełne potwierdzenie w treści uchwały Zgromadzenia Parlamentarnego Rady Europy 1763 w sprawie sprzeciwu sumienia w opiece medycznej z dnia 7 października 2010 roku¹³. Dokument ten, jak jednoznacznie wskazuje jego nazwa, nie jest aktem, który wiąże państwa członkowskie Rady Europy. Jako uchwała nie wywołuje bowiem skutków prawnych, w szczególności nie nakłada na państwa członkowskie Rady Europy żadnych obowiązków. Biorąc jednak pod uwagę fakt, iż Zgromadzenie Parlamentarne RE jest istotnym forum europejskim, na którym głos zabierają parlamentarzyści wszystkich krajów europejskich, znaczenie uchwały przestaje być czysto symboliczne.

Przystępując do analizy treści uchwały 1763 warto odnotować fakt, iż rzeczony dokument stanowi odpowiedź na raport *Komitetu ds. społecznych, zdrowia i rodziny*, przygotowany przez pod przewodnictwem Christine McCafferty, pt.: *Dostęp kobiet do legalnej opieki medycznej: problem nieuregulowanego korzystania ze sprzeciwu sumienia*¹⁴ i zawarty w nim projekt uchwały. Ostatni z wymienionych dokumentów koncentrował się na problemach związanych z ludzką prokreacją, przede wszystkim kwestii legalnego przerywania ciąży. Nie wdając się w analizę jego treści zauważyć należy, że zgodnie z przyjętą w nim optyką aborcja stanowić miała formę „opieki medycznej”, zaś kobieta posiadać „fundamentalne prawo do aborcji”. Konsekwentnie obowiązkiem państwa

¹⁰ Wyrok z dnia 20 marca 2007 r., skarga nr 5410/03.

¹¹ Wyrok z dnia 28 listopada 2011 r., skarga nr 27617/04.

¹² Wyrok z dnia 30 października 2012 r., skarga nr 57375/08.

¹³ The right to conscientious objection in lawful medical care. Assembly debate on 7 October 2010; <http://www.assembly.coe.int/ASP/XRef/X2H-DW-XSL.asp?fileid=17909&lang=EN> [dostęp: 6.08.2014].

¹⁴ Doc. 12347 Women's access to lawful medical care: the problem of unregulated use of conscientious objection, 20 July 2010; <http://assembly.coe.int/ASP/Doc/XrefViewHTML.asp?FileID=12506&Language=en> [dostęp: 6.08.2014].

miało być zabezpieczenie możliwości realizacji tego prawa. Biorąc powyższe pod uwagę za znaczący uznać należy fakt zmiany ostatecznego tytułu uchwały. Zgodnie z jego brzmieniem punkt ciężkości przesunięty został z praw kobiet na zagadnienie klauzuli sumienia w opiece medycznej i – szerzej – prawo pracowników służby zdrowia do sprzeciwu sumienia.

Przechodząc do deskrypcji treści uchwały podkreślić należy, że już w paragrafie pierwszym opisywanego dokumentu Zgromadzenie Parlamentarne Rady Europy rekomenduje państwowym członkowskim przyjęcie zasady, w myśl której żadna osoba, szpital ani instytucja nie może być zmuszona, pociągnięta do odpowiedzialności lub dyskryminowana w jakikolwiek sposób z powodu odmowy wykonania lub udzielenia pomocy przy zabiegu przerwania ciąży, wywołaniu poronienia, eutanazji lub jakiegokolwiek działania, które mogłyby spowodować śmierć ludzkiego zarodka lub płodu. Tym samym, zgodnie z uwagami poczynionymi na wstępie uznać należy, że każdy z przedstawicieli personelu medycznego, a także instytucje ich zatrudniające, zachowują autonomię w zakresie podejmowania lub odstępowania od interwencji medycznych dotyczących kontrowersyjnych kwestii związanych z zapoczątkowaniem i końcem ludzkiego życia.

Warto podkreślić, że ostatni z wymienionych elementów, czyli istnienie swoistego prawa po stronie placówki świadczącej usługi w zakresie ochrony zdrowia, nie stanowi *novum* w ramach systemu ochrony praw człowieka Rady Europy. Już w roku 1989, w związku ze skargą lekarza, który opowiadając się publicznie za możliwością przerywania ciąży naruszył standardy etyczne określone przez pracodawcę i w konsekwencji został zwolniony z pracy, Europejska Komisja Praw Człowieka uznała, iż instytucje udzielające świadczeń zdrowotnych, jak np. szpitale, mogą – odwołując się do etosu zawodowego lub innych systemów wartości – zobowiązać swoich pracowników do powstrzymywania się od udzielania określonych świadczeń, np. przerywania ciąży¹⁵.

W par. 2 uchwały Zgromadzenie Parlamentarne zwraca uwagę na fakt, iż prawo do sprzeciwu sumienia powinno iść w parze z przysługującym pacjentowi prawem do opieki medycznej świadczonej w odpowiednim czasie. Zgromadzenie w związku z tym podkreśla, że na państwie spoczywa obowiązek zabezpieczenia wspomnianego – niewątpliwie jednego z fundamentalnych – prawa pacjenta. Szczególne obawy Zgromadzenia dotyczą ewentualnych implikacji skorzystania przez pracowników służby zdrowia z klauzuli sumienia w odnie-

¹⁵ Decyzja w sprawie *Rommelfange v. Republika Federalna Niemiec* z dnia 6 września 1989 r., skarga nr 12242/86; zob. również wyrok ETPC w sprawie *Lombardi Vallauri v. Włochy* z dnia 20 października 2009 r., skarga nr 39128/05.

sieniu do świadczeń adresowanych do kobiet, zwłaszcza tych, których dochody są na niskim poziomie, jak również zamieszkujących na wsi.

Oceniając konkretne rozwiązania legislacyjne regulujące problematykę klauzuli sumienia w państwach członkowskich Rady Europy Zgromadzenie Parlamentarne stwierdziło, iż w większości przypadków należy ocenić je jednoznacznie pozytywnie. Rozwiązania te są zarazem kompleksowe i przejrzyste. Ponadto w sposób właściwy zachowują równowagę pomiędzy prawem do sprzeciwu sumienia podmiotów świadczących usługi z zakresu opieki medycznej a interesami i prawami pacjenta, w szczególności stwarzając pacjentowi gwarancje poszanowania, ochrony i realizacji jego praw (par. 3).

W ostatnim – czwartym – paragrafie opisywanego zalecenia Zgromadzenie Parlamentarne przypomniało raz jeszcze, iż obowiązkiem państw członkowskich jest:

- 1 zapewnienie dostępu do legalnej opieki medycznej i zabezpieczenie prawa do ochrony zdrowia,
- 2 zapewnienie poszanowania prawa do wolności myśli, sumienia i wyznania przysługującego pracownikom służby zdrowia.

Odwołując się do opisanych powyżej praktyk legislacyjnych Zgromadzenie Parlamentarne zwróciło się do wszystkich państw członkowskich Rady Europy z apelem o opracowanie kompleksowych i jasnych przepisów regulujących problematykę klauzuli sumienia w odniesieniu do pracowników służby zdrowia, które:

- 1 gwarantowałyby im prawo do sprzeciwu sumienia odnośnie do udziału w kwestionowanych przez nich procedurach,
- 2 stwarzałyby gwarancje, że pacjent, który zostanie poinformowany o sprzeciwie, dysponować będzie wystarczającą ilością czasu by uzyskać świadczenie zdrowotne od innego świadczeniodawcy,
- 3 gwarantowałyby, że pacjent otrzyma odpowiednie świadczenie, w szczególności w nagłych przypadkach.

Uczynione powyżej uwagi jednoznacznie prowadzą do wniosku, iż wolność myśli, sumienia i wyznania sama w sobie, a zwłaszcza możliwość jej przyznawania, nie może stanowić przedmiotu dyskursu w państwie prawa. Jej istnienie jest warunkiem koniecznym państwa prawa i społeczeństwa demokratycznego. Konsekwentnie za źle postawione należy uznać pytanie o możliwość ekstrakcji instytucji sprzeciwu sumienia na inne niżeli lekarze grupy zawodowe. Uznanie jej istnienia, w odniesieniu do wszystkich jednostek, stanowić powinno punkt wyjścia dyskusji. Dyskusja ta może zaś koncentrować się wokół pytania: pod jakimi warunkami w państwie prawa wprowadzić można ograniczenia

klauzuli sumienia? Ustawienie dyskursu w ten sposób nakazuje krytycznie spojrzeć na rodzime regulacje prawne dotyczące sprzeciwu sumienia.

Przede wszystkim wątpliwości nasuwa sam sposób regulacji klauzuli sumienia w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry¹⁶. Art. 39 rzeczonyj ustawy skonstruowany jest tak, jak gdyby istnienie prawa do sprzeciwu sumienia było wynikiem woli ustawodawcy: „Lekarz może powstrzymać się od wykonania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego sumieniem...”. Taki również punkt widzenia zdaje się dominować w większości dyskusji dotyczących klauzuli sumienia. Raz jeszcze więc powtórzmy, że sprzeciw sumienia wynika wprost z wolności myśli, sumienia i wyznania, która – jako jedna z podstawowych wolności człowieka – jest całkowicie niezależna od decyzji jakiegokolwiek władzy – jej źródłem jest natura człowieka, jego przyrodzona godność. Tym samym za istotę regulacji ustawowej należy uznać przesłanki umożliwiające ograniczenie klauzuli sumienia.

Wspomnianymi przesłankami są: niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, a także inne przypadki niecierpiące zwłoki¹⁷. O ile istnienie zagrożenia życia lub zdrowia niewątpliwie uznać należy za uprawnione przesłanki limitacji prawa do sprzeciwu sumienia – nie tylko przechodzą wspomniany potrójny test, ale nadto ich odrzucenie prowadziłoby do zanegowania istoty misji lekarskiej i sprzeniewierzenia regule *salus aegroti suprema lex*, z której zdają się wypływać wszystkie szczegółowe zasady etyki lekarskiej, o tyle ostatnia przesłanka pozostaje wątpliwa.

Nie jest jasne, jak należy rozumieć ustawowe „inne przypadki niecierpiące zwłoki”. Czy chodzi tu o przypadki, w których zwłoka mogłaby prowadzić do szkody niemającej związku ze zdrowiem lub życiem pacjenta? Jeśli tak, to odchodzimy od istoty misji lekarskiej, a tym samym znikają racje, dla których odwołanie się do sprzeciwu sumienia mogłoby zostać ograniczone. Ponadto, tego rodzaju ogólne ograniczenie nie przejdzie wspomnianego testu. Pomimo istnienia podstawy ustawowej, rzeczony ograniczenie nie przejdzie testu legalności z uwagi na fakt, iż lekarz na jego podstawie *de facto* nie jest w stanie zrekonstruować przesłanek prowadzących do ograniczenia jego wolności. Podobnie negatywny będzie wynik testu konieczności – tego rodzaju ogólne ograniczenie wolności myśli, sumienia i wyznania wydaje się być niedopuszczalne w demokratycznym państwie prawa, a z pewnością narusza jego system wartości. W końcu niepewny jest wynik testu celowości, skoro bowiem nie można określić ani konotacji, ani denotacji nazwy „inne przypadki niecierpiące zwłoki”, nie

¹⁶ Tekst jedn.: Dz. U. z 2011 r., Nr 277, poz. 1634 z późn. zm.

¹⁷ Art. 30.

można również określić wartości, która powinna mieć pierwszeństwo ochrony względem wolności myśli, sumienia i wyznania.

Wspomnianego testu nie przejdzie również nakładany na lekarza przez art. 39 ustawy obowiązek „wskazania realnych możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym”. W szczególności negatywny będzie wynik testu konieczności i celowości. Wszak określony efekt – dostarczenie pewnych informacji pacjentowi – bez trudu można osiągnąć w sposób niewiążący się z wkraczaniem w sferę wolności myśli, sumienia i wyznania. Tym samym rozwiązanie ustawowe jest nieproporcjonalne do celu regulacji. Co więcej, wspomniane ograniczenie zdaje się negować istotę sprzeciwu sumienia. Zaproponowany przez polskiego ustawodawcę swoisty gest umycia rąk – wskazanie innego podmiotu, nie zmienia faktu, iż lekarz włączony bezpośrednio zostaje w czynność, której jednoznacznie się sprzeciwia. Zgodnie z przysługującą mu wolnością wewnętrzną ocenia określone działanie jako złe, daje temu wyraz korzystając z konstrukcji klauzuli sumienia i oto ma obowiązek wskazać realne możliwości realizacji tego zła, a przez to przyczynić się do jego urzeczywistnienia. Gdzie tu konsekwencja?

W kontekście ostatnich dyskusji odnieść się wyraźnie należy do sygnalizowanej już możliwości zastosowania klauzuli sumienia w odniesieniu do innych podmiotów funkcjonujących w szeroko rozumianej sferze ochrony zdrowia, a zwłaszcza farmaceutów. Sformułowane pod koniec 2013 roku stanowisko Komitetu Bioetyki przy Prezydium PAN¹⁸ było w tym zakresie jednoznaczne. Zdaniem naukowców większości zgromadzonych przy PAN, farmaceuci nie mają prawa do powołania się na klauzulę sumienia w związku z wykonywaniem swoich obowiązków. W świetle wszystkiego, co zostało wyżej powiedziane, stwierdzić należy, że w ten sposób Komitet Bioetyki zaapelował w istocie o ograniczenie farmaceutów w ich podstawowych prawach i wolnościach. Wszak wolności, o których mowa w art. 9 EKPCz, przysługują każdemu człowiekowi, bez względu na jego profesję, a jedynie wyjątkowy charakter świadczeń zdrowotnych skłonił Radę Europy i ustawodawców krajowych do szerszej regulacji sprzeciwu sumienia w odniesieniu do przedstawicieli zawodów medycznych. Tym samym, z prawnego punktu widzenia, nie istnieje żadna przeszkoda uniemożliwiająca farmaceucie odwołanie się do klauzuli sumienia, wręcz przeciwnie. Jak wielokrotnie podkreślono, wolność sumienia jest zasadą i to nie jej stosowanie, a odstąpienia od niej wymagają szczegółowych regulacji ustawowych.

¹⁸ Stanowisko nr 4/2013 z dnia 12 listopada 2013 r. w sprawie tzw. klauzuli sumienia, <http://www.bioetyka.pan.pl/images/stories/Pliki/Stalowisko%20KB%20nr%204-2013.pdf> [dostęp: 3.08.2014].

Kwestią wymagającą podniesienia w kontekście możliwości odwołania się przez przedstawiciela zawodów medycznych do konstrukcji sprzeciwu sumienia jest problem związku między czynnością, której wykonania jednostka odmawia, a praktyką, której *de facto* się sprzeciwia. Wydaje się, iż wspomniany związek nie może być zbyt odległy, co wyraźnie podkreślały także organy strasburskie. Przykładowo, w sprawie *Jean Bouessel du Bourg v. Francja*¹⁹ Europejska Komisja Praw Człowieka stwierdziła, że odmowa przez podatnika płacenia podatków, z uwagi na fakt, iż uzyskane w ten sposób środki państwo może przeznaczyć na finansowanie praktyk nieakceptowanych przez podatnika, jak np. aborcji, nie może być interpretowana w kategoriach realizacji prawa do sprzeciwu sumienia, gdyż związek pomiędzy odprowadzeniem podatku, a przerwaniem ciąży jest zbyt słaby.

Niewątpliwie o zbyt słabym związku nie można mówić w sytuacji, gdy lekarz odmawia wykonania czynności, której nie akceptuje z uwagi na jej istotę, jak np. przerwania ciąży, selekcji embrionalnej bądź odstąpienia od uporczywej terapii. Wątpliwości dotyczą jednak sytuacji, gdy lekarz odmawia czynności, której samej w sobie nie sprzeciwia się, lecz której przewidywane konsekwencje są dla niego niemożliwe do zaakceptowania, jak np. wydania skierowania na badania prenatalne. Zauważyć należy, że w opisaney sytuacji lekarz *de facto* odmawia wydania skierowania na badania o charakterze diagnostycznym, a diagnoza sama w sobie nie jest czymś, czemu sumienie lekarskie może się sprzeciwiać. Sprzeciw budzi to, co jednostka uczyni po otrzymaniu informacji uzyskanej w efekcie badania. Z uwagi na wspomniane przesunięcie pomiędzy czynnością, której wykonania lekarz odmawia, a działaniem, któremu faktycznie się sprzeciwia, *prima facie* stwierdzić można, iż klauzula sumienia w tym wypadku nie ma zastosowania. Wniosek ten okazuje się jednak nazbyt spieszny. Rozważając możliwość zastosowania sprzeciwu sumienia, nie można bowiem abstrahować od łatwych do zrekonstruowania związków przyczynowo-skutkowych, doświadczenia życiowego lekarza, a także zasad zdrowego rozsądku. Jeśli więc lekarz stwierdza, że określona czynność warunkuje podjęcie działań przez niego nieakceptowanych, a jednocześnie możliwość ich realizacji ocenia jako realną, wówczas odwołanie się przez niego do konstrukcji klauzuli sumienia uznać należy za możliwe. Zauważyć przy tym należy, że tego rodzaju optyka *implicitie* zawarta jest w przytoczonym orzecznictwie Europejskiego Trybunału Praw Człowieka, zwłaszcza dotyczącym spraw przeciwko Polsce.

Reasumując, prawo do sprzeciwu sumienia pracowników służby zdrowia uznać należy za logiczną i w ślad za tym tetyczną konsekwencję uznania,

¹⁹ Orzeczenie z dnia 18 lutego 1993 r., skarga nr 20747/92.

przysługującego każdemu człowiekowi, prawa do wolności myśli, sumienia i wyznania. Prawo to wpisane jest w „żywą tkankę” społeczeństwa demokratycznego i może być ograniczane jedynie w wyjątkowych sytuacjach i pod ściśle określonymi warunkami. Konsekwentnie, szerokiego namysłu wymaga nie tyle możliwość istnienia sprzeciwu sumienia, ta bowiem kwestia pozostawać powinna poza wszelką dyskusją, co ewentualne warunki, pod którymi doszłoby do jej ograniczenia. Wydaje się, że po upływie 25 lat od wolnych wyborów, czas w końcu zacząć myśleć w kategoriach wolności, a nie praw ściśle reglamentowanych przez władzę państwową, i budować społeczeństwo obywatelskie.

Human Rights, Conscientious Objection and Rule of Law

S u m m a r y

The freedom of thought, conscience and religion, including their inseparable conscientious objection, are the natural foundations of any democratic society and any rule of law. In the absence of these values, the development of civil society is but a pure fiction: the freedom of citizens, freedom to express opinion, criticisms and demonstrate certain attitudes, and finally taking part in public life, are simply impossible. The article looks at the institution of conscientious objection and its role in the legal system and the system of values of a democratic rule of law, with emphasis laid on human rights. The author demonstrates that the said institution does not only pose a threat to the rule of law or the exercise by all citizens of their rights and freedoms; quite the contrary, it is their *sine qua non* ingredient.

Tłumaczenie: Konrad Szulga

*Miroslaw Nesterowicz**
*Natalia Karczewska-Kamińska***

PRAWA PACJENTA W KONTEKŚCIE ODMOWY UDZIELENIA ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH PRZEZ LEKARZA LUB SZPITAL (W ZWIĄZKU Z KŁAUZULĄ SUMIENIA)¹

Prawo pacjenta do leczenia

W Polsce istnieje prawo do powszechnej ochrony zdrowia i równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, które wynika z art. 68 ust. 1 i 2 Konstytucji RP² oraz ustaw szczególnych, a zwłaszcza ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych³ i wydanych

* Prof. dr hab. n. prawnych, Zakład Prawa Medycznego, Wydział Prawa i Administracji Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu.

** Mgr, Zakład Prawa Medycznego, Wydział Prawa i Administracji Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu.

¹ Tekst oparty na książce M. Nesterowicza, *Prawo medyczne*, wyd. IX, Toruń 2013 i wypowiedziach autorów w dyskusji *Jakich świadczeń medycznych wolno odmówić ze względów moralnych?: Stosowanie klauzuli sumienia (kwestia prawa a faktu), Klauzula sumienia lekarza i zakładu leczniczego, Problem stosowania klauzuli sumienia przez lekarzy w świetle orzecznictwa*. [Http://www.ptb.org.pl/opinie_klauzula.html](http://www.ptb.org.pl/opinie_klauzula.html) [dostęp: 28.03.2014].

² Dz. U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.

³ Tekst jedn.: Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.

na jej podstawie rozporządzeń dotyczących świadczeń gwarantowanych. Inną kwestią jest w praktyce realizacja tego prawa.

Oprócz uprawnień pacjenta z ubezpieczenia zdrowotnego, w przypadkach wymienionych w ustawach istnieje obowiązek ustawy udzielania świadczeń leczniczych, od których zakład leczniczy i lekarz nie mogą się zwolnić w żadnych okolicznościach. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁴ stanowi w art. 15, że podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Podobnie głosi art. 7 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁵: „Pacjent ma prawo do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia”. Z kolei ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry⁶ w art. 30 przewiduje, że: „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 oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki”⁷.

Jest to obowiązek ustawy, nałożony na zakłady lecznicze, zarówno publiczne, jak i niepubliczne oraz na lekarzy. Jego naruszenie może prowadzić do odpowiedzialności cywilnej zakładu i lekarzy wobec pacjentów, którzy na skutek odmowy leczenia ponieśli szkodę oraz do odpowiedzialności karnej⁸. Można uznać, że są to przypadki nagłe. Pojęcie stanu nagłego określa ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym⁹ jako stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych

⁴ Tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r., poz. 217 z późn. zm.

⁵ Tekst jedn.: Dz. U. z 2012 r., poz. 159 z późn. zm.

⁶ Tekst jedn.: Dz. U. z 2011 r., Nr 277, poz. 1634 z późn. zm. Zob. M. Śliwka, w: E. Bagińska, M. Śliwka, M. Świdorska, M. Wałachowska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, red. M. Nesterowicz, Warszawa 2009, s. 57 i n.; tenże, *Prawa pacjenta w prawie polskim na tle prawnoporównawczym*, wyd. II, Toruń 2010, s. 87 i n.; D. Karkowska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2010, s. 120 i n.

⁷ Por. A. Zoll, *Prawo lekarza do odmowy świadczeń zdrowotnych i jego granice*, „Prawo i Medycyna” 2003, nr 13, s. 18 i n.

⁸ Tamże; M. Filar, *Odpowiedzialność karna lekarza za zaniechanie udzielenia świadczenia zdrowotnego (nieudzielenie pomocy)*, „Prawo i Medycyna” 1999, nr 3, s. 33; L. Kubicki, *Obowiązek udzielenia pomocy lekarskiej*, „Prawo i Medycyna” 2003, nr 13, s. 4 i n.

⁹ Tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r., poz. 757 z późn. zm.

i leczenia¹⁰ (zob. też orzeczenie NSA z 26 kwietnia 2007 r., II GSK 379/06¹¹; WSA z 17 listopada 2005 r., VI SA/Wa 1003/2005¹²). W stanach nagłych, stanowiących zagrożenie dla życia lub zdrowia chorego, świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane niezwłocznie, niezależnie od tego, czy świadczeniodawca zawarł z Funduszem umowę o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej albo czy przekroczył umowne limity. Prawo do pomocy lekarskiej przysługuje wówczas każdej osobie, niezależnie od tego, czy jest ubezpieczona w NFZ bądź ma inne prawo do leczenia oraz czy zakład wyczerpał ustalony w umowie z NFZ limit świadczeń. „Prawidłowa wykładnia norm nakazujących udzielenie pomocy prowadzi do wniosku, że świadczeniodawca ma bezwzględny obowiązek udzielenia osobie, która potrzebuje pomocy, natychmiastowego świadczenia zdrowotnego ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia i to nawet z przekroczeniem nie tylko limitu przewidzianego dla danego rodzaju świadczeń, ale także jego maksymalnej kwoty. Nie można więc pacjenta pozostawić bez pomocy z powodu wyczerpania limitu świadczeń” (orzeczenie SN z 14 listopada 2006 r., II CSK 190/06¹³).

Jeżeli na skutek odmowy pomocy lekarskiej i nieudzielenia świadczeń medycznych (lub udzielenia z opóźnieniem) w sytuacji obowiązku ustawowego pacjent poniesie szkodę na osobie (dozna uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia), to może przedstawić lekarzowi (szpitalowi) roszczenia odszkodowawcze o rentę, pokrycie dodatkowych kosztów leczenia i innych kosztów z tym związanych, zadośćuczynienie pieniężne za doznaną krzywdę (art. 444-445 k.c.); a w razie jego śmierci osoby bliskie mogą żądać renty, odszkodowania za znaczne pogorszenie sytuacji życiowej i zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę (art. 446 k.c.)¹⁴. Sąd Najwyższy w wyroku z 11 grudnia 2002 r. (I CKN 1386/00¹⁵) orzekł, że odmowa przyjęcia pacjenta do publicznego szpitala i dokonania zabiegu, którego celowość stwierdzono, nie może być dowolną decyzją lekarza, lecz wymaga istnienia poważnych powodów, stwierdzonych stosownymi konsultacjami oraz szczegółowego uzasadnienia w dokumentacji medycznej. W przeciwnym razie szpital może ponieść odpowiedzialność nie

¹⁰ Por. M. Śliwka, *Prawo pacjenta do świadczenia opieki zdrowotnej w stanie nagłym*, „Prawo i Medycyna” 2008, nr 2, s. 44 i n.

¹¹ LEX nr 323481.

¹² LEX nr 192536.

¹³ LEX nr 445255.

¹⁴ Zob. M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, wyd. X, Toruń 2013, s. 110 i n.; K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność cywilna za szkodę wyrządzoną przy leczeniu*, wyd. II, Toruń 2013, s. 182 i n.

¹⁵ LEX nr 75348.

tylko za pogorszenie się zdrowia pacjenta, lecz także za utrzymywanie się rozstroju zdrowia, jeżeli w wyniku zabiegu mógł on zostać wyeliminowany.

Jeżeli natomiast pacjent nie dozna szkody na osobie, lecz naruszone zostanie jego prawo do ochrony zdrowia, leczenia, otrzymania świadczeń medycznych, to w razie winy lekarza (szpitala) może żądać zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę za sam fakt naruszenia praw pacjenta (art. 4 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta); roszczenie to nie jest zależne od jednoczesnego wystąpienia szkody na osobie¹⁶.

Podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez Fundusz są umowy o udzielanie tych świadczeń zawarte pomiędzy świadczeniodawcami a Funduszem. Do tych umów stosuje się przepisy kodeksu cywilnego, jeżeli przepisy ustawy zdrowotnej nie stanowią inaczej (art. 155 ust. 1). Umowa określa w szczególności rodzaj i zakres udzielanych świadczeń, warunki udzielania świadczeń, wymagania dla podwykonawców, zasady rozliczeń pomiędzy Funduszem a świadczeniodawcami. Jest to umowa szczególnego rodzaju (*sui generis*), do której głównie stosują się przepisy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (art. 132 i n.), a w kwestiach nieuregulowanych przepisy ogólne kodeksu cywilnego dotyczące wykonania zobowiązań i skutków ich niewykonania. Jest to umowa o świadczenie usług zdrowotnych mająca charakter umowy o świadczenie na rzecz osoby trzeciej (*pactum in favorem tertii*), tj. na rzecz świadczeniobiorców. Jak orzekł Sąd Najwyższy w wyroku z 10 grudnia 2004 r. (III CK 134/04¹⁷) do tej umowy nie mają zastosowania przepisy o zleceniu (art. 750 k.c.), a więc jest to umowa uregulowana innymi przepisami¹⁸.

Sąd Najwyższy w wielu orzeczeniach podkreślał, że umowy zakładów opieki zdrowotnej i lekarzy, prowadzących prywatną praktykę, z Narodowym Funduszem Zdrowia określają rodzaj i limity świadczeń oraz zawierają ograniczenia kwotowe. Tworzą więc zobowiązanie, którego powstanie i wykonanie podlega ocenie z punktu widzenia prawa cywilnego (orzeczenie SN z 7 sierpnia 2003 r., IV CKN 393/01¹⁹). Postanowienia umów są dla stron wiążące. Jednocześnie

¹⁶ Orzeczenie SN z 27 kwietnia 2012 r., V CSK 142/11, „Orzecznictwo Sądów Polskich” 2013, nr 6, poz. 61, z glosą M. Nesterowicza; M. Śliwka, *Prawa pacjenta*, s. 375 i n.; M. Wałachowska, w: E. Bagińska, M. Śliwka, M. Świdorska, M. Wałachowska, *Ustawa*, s. 11 i n.; D. Karkowska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, wyd. II, Warszawa 2010, s. 99 i n.

¹⁷ „Orzecznictwo Sądów Polskich” 2005, nr 6, poz. 79.

¹⁸ Por. E. Bagińska, *Umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawierane między NFZ a świadczeniodawcami*, w: *System prawa prywatnego*, t. 9: *Prawo zobowiązań – umowy nienazwane*, red. W. Katner, Warszawa 2010, s. 363 i n.

¹⁹ „Biuletyn Sądu Najwyższego” 2004, nr 1, s. 11.

w kilku orzeczeniach Sąd Najwyższy powiedział, że, poza umowami, zakres zobowiązania NFZ wobec świadczeniodawców określają także przepisy ustaw nakładających na zakłady opieki zdrowotnej i lekarzy obowiązek udzielania pomocy zdrowotnej (orzeczenie SN z 15 grudnia 2004 r., IV CK 361/04; orzeczenie SN z 10 maja 2006 r., III CSK 53/05²⁰; orzeczenie SN z 5 lipca 2007 r., II CSK 141/07²¹).

Na uwagę zasługuje także wyrok Sądu Najwyższego z 13 lipca 2005 r. (I CK 18/05)²², w którym SN stwierdził, że: „W umowie między Kasą Chorych (Narodowym Funduszem Zdrowia) i świadczeniodawcą zastrzeżenie określające limit świadczeń dotknięte jest nieważnością w zakresie świadczeń niecierpiących zwłoki ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia, jeśli strony nie ustaliły niezbędnych przedsięwzięć organizacyjnych, zapewniających udzielenie tych świadczeń po wyczerpaniu limitu przez innego świadczeniodawcę”.

W związku z tym, za pozaumowne i pozalimitowe świadczenia zdrowotne, wykonywane na skutek przymusu ustawowego, Narodowy Fundusz Zdrowia powinien świadczeniodawcom zapłacić (orzeczenie SN z 25 maja 2006 r., II CSK 93/05), także, gdy świadczeniodawca udziela świadczeń nieubezpieczonym. W wyroku z 8 sierpnia 2007 r. (I CSK 125/07²³) Sąd Najwyższy orzekł, że „Kasa Chorych (NFZ) obowiązana była pokryć koszty świadczeń zdrowotnych udzielonych w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia osobom nieposiadającym uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego” (zob. też wyrok SN z 14 lipca 2006 r., II CSK 68/06²⁴). Sąd Apelacyjny w Poznaniu w wyroku z 23 maja 2006 r. (I Aca 266/05²⁵) uznał, że „interpretacja art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (obecnie art. 15 ustawy o działalności leczniczej – przyp. autorzy) i art. 30 ustawy o zawodzie lekarza w zgodzie z art. 68 ust. 2 Konstytucji RP prowadzi do wniosku, że zabiegi ratujące życie winny zostać sfinansowane ze środków publicznych, których dysponentem w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej jest obecnie Narodowy Fundusz Zdrowia”.

²⁰ LEX nr 258669.

²¹ LEX nr 306763.

²² „Prawo i Medycyna” 2006, nr 2, z głosem M. Nesterowicza.

²³ „Orzecznictwo Sądów Polskich” 2008, nr 7-8, poz. 72; „Prawo i Medycyna” 2008, nr 4, z głosem M. Nesterowicza

²⁴ LEX nr 398407.

²⁵ LEX nr 214245.

Prawo pacjenta do zabiegów medycznych a klauzula sumienia lekarzy

1. W polskim prawie klauzula sumienia zawarta jest w art. 39 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry. W praktyce problem dotyczy lekarzy w związku z zabiegiem przerwania ciąży oraz badaniami prenatalnymi. Lekarz w zakładzie leczniczym może odmówić dokonania zabiegu przerwania ciąży, powołując się na klauzulę sumienia w przypadku, gdy ciąża jest wynikiem przestępstwa (np. gwałtu czy kazirodztwa, co stwierdza prokurator) albo gdy badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazują na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu (art. 4a ust. 1 pkt 2 i 3 ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży²⁶).

Decyzję odmowną lekarza należy uszanować, gdyż z zasady wynika ona z jego przekonań religijnych, bez zastosowania sankcji wynikających z prawa pracy; nie mogą tu wobec lekarza być stosowane żadne polecenia służbowe. Inna jest jednak sytuacja, gdy lekarz powołuje się na klauzulę sumienia „do południa”, a po południu sumienie ma już lżejsze. Miało to miejsce nie raz w Polsce Ludowej, gdy lekarze ginekolodzy powoływali się w publicznych szpitalach i przychodniach na klauzulę sumienia przy zabiegach aborcji ze względów społecznych, podczas gdy po południu w swoich prywatnych gabinetach dokonywali aborcji za odpowiednio wysokim wynagrodzeniem.

Lekarz nie może natomiast powołać się na klauzulę sumienia w przypadku, gdy ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej (art. 4a ust. 1 pkt 1 cyt. ustawy „antyaborcyjnej”). Narusza bowiem art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, a zakład leczniczy art. 15 ustawy o działalności leczniczej. W razie odmowy dokonania aborcji w powyższym przypadku lekarz mógłby ponieść sankcje pracownicze (np. rozwiązanie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej), a lekarz i zakład leczniczy, w którym jest zatrudniony, odpowiedzialność cywilną za szkodę wyrządzoną kobiecie ciężarnej lub w razie jej śmierci osobom bliskim. Lekarzowi groziłaby również odpowiedzialność karna. Oczywiście dochodzić może wówczas do konfliktu pomiędzy sumieniem lekarza, a prawami (dobrem) pacjenta, lecz w tej szczególnej sytuacji przeważać muszą prawa pacjenta.

²⁶ Dz. U. Nr 17, poz. 78 z późn. zm.

Zgodnie z art. 39 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry lekarz, który powstrzymuje się od świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego sumieniem ma obowiązek wskazać realne możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym oraz uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej. Redakcja tego przepisu jest wadliwa, obowiązek ten powinien obciążać zakład, a nie lekarza. Wadliwość tę próbowało poprawić rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej²⁷, które zobowiązywało publiczny zakład opieki zdrowotnej do zapewnienia kobiecie ciężarnej realizacji jej uprawnienia do aborcji w sytuacji, gdy pozwala na to ustawa. Była to reakcja Ministra Zdrowia na pojawiające się w licznych szpitalach ogłoszenia, wywieszki, informacje, że tu zabiegów przerywania ciąży się nie dokonuje. Tymczasem klauzula sumienia może dotyczyć lekarzy, a nie publicznych zakładów, które muszą zapewnić realizację praw pacjenta.

Zdaniem E. Zielińskiej²⁸ tego rodzaju deklaracje szpitali „zakładają też istnienie kategorii jakiegoś «zbiorowego sumienia» wszystkich zatrudnionych w danej placówce lekarzy, idei sprzecznej z samą istotą klauzuli sumienia”. Jak słusznie zauważa M. Boratyńska: „Konkretny lekarz ma jako drogę odwrotu jedynie klauzulę sumienia. Niemniej po raz kolejny podkreślam z naciskiem, że prawo pacjenta jest jako takie silniejsze od prawa lekarzy do rozterki moralnej i dlatego powołanie się na klauzulę jest skuteczne tylko pod warunkiem wskazania realnej możliwości uzyskania przez pacjenta pomocy gdzie indziej”²⁹. Jednakże w kolejnym rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej³⁰ tego obowiązku zakładu już nie ma, pozostaje więc tylko art. 39 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Wadliwą regulację tego przepisu proponuje poprawić Pełnomocnik Rządu ds. Równego Traktowania, Agnieszka Kozłowska-Rajewicz, kierując w tej sprawie pismo do Ministra Zdrowia³¹.

2. Szczególnie często korzystają lekarze z klauzuli sumienia przy badaniach prenatalnych, odmawiając kobiecie ciężarnej wydania skierowania na

²⁷ Dz. U. Nr 197, poz. 1643, zał. – ogólne warunki – § 8 ust. 3.

²⁸ E. Zielińska, w: *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, red. E. Zielińska, wyd. ABC-Wolters Kluwer Business, Warszawa 2008, s. 561.

²⁹ M. Boratyńska, *O łamaniu przepisów dopuszczających przerywanie ciąży*, „Prawo i Medycyna” 2008, nr 2, s. 103.

³⁰ Dz. U. Nr 81, poz. 484.

³¹ Zob. *Zmiana klauzuli sumienia dla lekarzy ws. aborcji? Jest pismo do ministra* (Autor: dp/bgr / Źródło: PAP) <http://www.tvn24.pl/wiadomosci-z-kraju,3/zmiana-klauzuli-sumienia-dla-lekarzy-ws-aborcji-jest-pismo-do-ministra,277076.html> [dostęp: 28.03.2014].

te badania, co stanowi – naszym zdaniem – nadużycie prawa. Ponieważ są przeciwnikami aborcji, uważają, że jeśli kobieta w wyniku tych badań zostanie poinformowana, że dziecko poczęte (płód) jest poważnie upośledzone, to podda się aborcji. Zastępują przez to decyzję kobiety, opartą na przepisach prawa, swoją wolą, a ponadto uniemożliwiają jednak zdiagnozowanie różnych chorób, które mogą być leczone w fazie prenatalnej³². Jeśli nawet wyraźnie nie powołują się na klauzulę sumienia, to świadomie przewlekają procedury medyczne albo kierują kobiety na inne, zbędne badania, które nic nie wnoszą, aż upłynie termin, gdy aborcja była dopuszczalna przez prawo.

Lekarze stosują „klauzulę sumienia”, lecz przeważnie tego nie odnotowują w dokumentacji medycznej, nie uzasadniają, nie wskazują na inne możliwości badań czy zabiegów ani nie informują o tym swojego przełożonego (często są to ordynatorzy, którzy uważają, że nikogo informować nie muszą). W ten sposób „klauzula sumienia” zawarta w art. 39 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry jest taka, jakby jej nie było. Lekarze ten przepis „obchodzą”, odmawiając skierowania na badania prenatalne, a tym bardziej na legalną aborcję, formalnie uzasadniając to względami medycznymi lub nie w pełni przekazują pacjentkom rozpoznanie wynikające z badań USG lub przewlekają procedury tak, aby minęły terminy dopuszczalności aborcji. Dlatego sądom jest trudno wskazać wprost, że lekarz nadużył „klauzuli sumienia” i stawiają inne łatwiejsze do uzasadnienia zarzuty, a zwłaszcza naruszenie przez lekarza prawa kobiety do informacji o jej stanie zdrowia i stanie płodu. Jednakże nikt nie ma wątpliwości, że u podstaw odmowy lekarzy leżą ich przekonania religijne czy światopoglądowe, a nie motywy medyczne. Tymczasem, jak trafnie stwierdza M. Boratyńska, „prawo pacjenta do informacji jako aksjologicznie neutralne powinno zawsze stać poza i ponad klauzulą sumienia”³³.

Widać to w procesach sądowych, gdy kobiety, którym odmówiono skierowania na badania prenatalne występują do sądu przeciwko szpitalom i lekarzom z tytułu *wrongful birth*, żądając zadośćuczynienia za doznaną krzywdę na skutek cierpień psychicznych i fizycznych w wyniku urodzenia dziecka z poważnymi wadami, odszkodowania za wydatki na leczenie i wzrastające koszty

³² Podobnie uważają K. Więckiewicz, *Czy w Polsce istnieje prawo do badań prenatalnych*, „Prawo i Medycyna” 2011, nr 4, s. 103; K. Szutowaska, *Odpowiedzialność za szkodę z tytułu *wrongful conception* i *wrongful birth* w świetle funkcji odpowiedzialności odszkodowawczej w polskim prawie cywilnym – część II*, „Transformacje Prawa Prywatnego” 2008, nr 2, s. 98; K. Szewczyk, *Klauzula sumienia nie powinna obejmować skierowania na badania prenatalne*, http://www.ptb.org.pl/pdf/szewczyk_klauzula_1.pdf [dostęp: 28.03.2014].

³³ M. Boratyńska, *Wolny wybór. Gwarancje i granice prawa pacjenta do samodecydowania*, Warszawa 2012, s. 351.

utrzymania takiego dziecka, utratę zarobków na skutek opieki nad upośledzonym dzieckiem, np. w sprawie „łomżyńskiej” czy w kilku innych³⁴. W sprawie zakończonej wyrokiem Sądu Najwyższego z 6 maja 2010 r. (II CSK 580/09)³⁵ lekarz po trzecim badaniu USG wiedział, że dziecko ma poważne wady, ukrył to przed pacjentką i odmówił skierowania na badania prenatalne w celu potwierdzenia diagnozy. Świadomie więc naruszył prawo pacjentki do informacji o poważnej deformacji płodu i pozbawił ją przez to możliwości podjęcia ewentualnej decyzji o legalnym przerwaniu ciąży.

W wyroku z 12 czerwca 2008 r. (III CSK 16/08) Sąd Najwyższy powiedział, że „Uprawnienie do przeprowadzenia badań prenatalnych (...) jest konsekwencją prawa kobiety w ciąży do informacji o stanie płodu, jego ewentualnych schorzeniach i wadach oraz możliwości ich leczenia w okresie płodowym”³⁶. W tej sprawie Sąd Najwyższy stwierdził, że lekarze wiedzieli, iż tylko genetyczne badania prenatalne mogą ustalić istnienie, rodzaj oraz stopień wady płodu powódki (zespół Turnera), a mimo to nie skierowali jej na te badania, lecz wykonywali inne, zbędne badania, o których wiedzieli, że ich wyniki nie mogą stwierdzić wady płodu. Polecił Sądowi Apelacyjnemu ocenić zarzut powódki, że powyższe działania były celowe i miały wydłużyć postępowanie medyczne do czasu, gdy z powodu zaawansowania ciąży nie będzie już dopuszczalne wykonanie zabiegu przerwania ciąży z przyczyn genetycznych. Sąd Najwyższy stwierdził, że: „Jeżeli lekarz z jakichkolwiek przyczyn, także światopoglądowych, nie chce wydać skierowania na takie badania (prenatalne – przyp. autorzy), w sytuacji, gdy pacjentka ma do nich prawo, powinien postąpić zgodnie z art. 39 ustawy o zawodzie lekarza; wskazać realne możliwości uzyskania takiego skierowania od innego lekarza lub w innym zakładzie opieki zdrowotnej oraz uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej”.

Powołanie się przez lekarzy na klauzulę sumienia dla odmowy skierowania na badania prenatalne jest naruszeniem prawa, godzi w prawa pacjenta do informacji oraz do otrzymania świadczeń diagnostycznych (art. 9 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta). Trzeba wskazać również, że art. 2 ust. 2a ustawy o planowaniu rodziny... wprowadza obowiązek organów administracji rządowej oraz samorządu terytorialnego do zapewnienia kobiecie w ciąży opieki prenatalnej oraz przewiduje, że organy te „są zobowiązane zapewnić swobodny dostęp do informacji i badań prenatalnych, szczególnie wtedy, gdy istnieje podwyższone ryzyko bądź podejrzenie wystąpienia wady

³⁴ Zob. orzeczenia sądowe omówione przez M. Nesterowicza w książce: *Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych*, Warszawa 2012, s. 356 i n.

³⁵ Tamże, s. 359.

³⁶ Tamże s. 309 i n.

genetycznej lub rozwojowej płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu”. Obowiązek państwa stworzenia dostępu do genetycznych badań prenatalnych (w okresie ciąży oraz przed poczęciem dziecka, podejmowanych w celu wykrycia zagrożeń dla zdrowia przyszłego dziecka, potwierdzenia lub wyłączenia uszkodzenia indywidualnego embrionu lub płodu) wynika również z rekomendacji Komitetu Ministrów Rady Europy nr R/90/13 z 21 czerwca 1990 r. dotyczącej prenatalnych badań genetycznych lub badań przesiewowych, prenatalnych genetycznych badań diagnostycznych oraz związanego z tym poradnictwa. Ten obowiązek państwa muszą realizować publiczne zakłady lecznicze oraz niepubliczne, mające w tym zakresie umowy zawarte z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Nie można też zapominać, że według art. 38 ust. 3 Kodeksu Etyki Lekarskiej „Lekarz ma obowiązek zapoznać pacjentów z możliwościami współczesnej genetyki lekarskiej, a także diagnostyki i terapii przedurodzeniowej. Przekazując powyższe informacje lekarz ma obowiązek poinformować o ryzyku związanym z przeprowadzeniem badań przedurodzeniowych”. Diagnostyka przedurodzeniowa obejmuje zarówno genetyczną diagnozę prenatalną (PND), jak i genetyczną diagnozę przedimplantacyjną (PGD).

W sprawie, w której zapadł cytowany wyżej wyrok Sądu Najwyższego z 12 czerwca 2008 r. (III CK 16/08) pacjentka otrzymała zadośćuczynienie pieniężne za pozbawienie jej prawa do informacji o stanie zdrowia płodu w wyniku nieskierowania na badania prenatalne genetyczne, pozbawienie jej prawa do świadomego podjęcia decyzji o przerwaniu ciąży oraz uniemożliwienie wykonania tego zabiegu przez celowe przewlekanie procedur medycznych. Sąd zasądził na jej rzecz od lekarza i dwóch szpitali kwotę 35.000 zł. Ponieważ nie była to kwota satysfakcjonująca w porównaniu do wyrządzonej jej krzywdy, skierowała sprawę do Europejskiego Trybunału Praw Człowieka (sprawa R.R. przeciwko Polsce nr 27617/04), który potwierdził zarzuty skarżącej³⁷ i zobowiązał Polskę do zapłaty na jej rzecz kwoty 45.000 euro. Trybunał orzekł, że zaprzeczenie kobiecie prawa do autonomii prokreacyjnej przez obstrukcję terminu do prenatalnych testów diagnostycznych narusza art. 3 Konwencji Praw Człowieka³⁸. Kobieta nie może być uzależniona od funkcjonariuszy państwa w dostępie do

³⁷ Orzeczenie z 26 maja 2011 r., z glosą B. Gronowskiej, „Palestra” 2011, nr 9-10, s. 126 i n.; M. Nesterowicz, *Prawo do badań prenatalnych w świetle wyroków Sądu Najwyższego i Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w sprawie R.R. przeciwko Polsce*, w: *Księga życia i twórczości. Księga pamiątkowa dedykowana Profesorowi Romanowi A. Tokarczykowi*, t. III: *Biojurisprudencja*, Lublin 2013, s. 303 i n.

³⁸ Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności z dnia 4 listopada 1950 r., Dz. U. z 1993 r., Nr 61, poz. 284 z późn. zm.

diagnostyki prenatalnej. Przymusowa kontynuacja ciąży, która legalnie może być zakończona i urodzenie ciężko upośledzonego dziecka jest formą niehumanitarnego i poniżającego traktowania. Trybunał odrzucił stanowisko przedstawiciela polskiego rządu, że zagwarantowanie prawa do badań prenatalnych jest w istocie zapewnieniem dostępu do aborcji, uznając, że kobiety w ciąży mają prawo do informacji o stanie zdrowia swoim i płodu. Zwrócono uwagę, że lekarze mogą wykorzystywać swój zawodowy autorytet do leczenia kobiet zgodnie ze swoimi przekonaniem i seksualnymi stereotypami niż z aktualnymi potrzebami pacjentek, mogą nadużywać swojego sprzeciwu sumienia (*rights of conscientious objection*) do podawania błędnej diagnozy lub przyczyn klinicznych zamiast odpowiednich badań.

Innym przykładem „obchodzenia” przez lekarzy klauzuli sumienia (choć w sprawie aborcji) jest sprawa P. i S. przeciwko Polsce (wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z 30 października 2012 r., nr 57375/08), w której szpitale w Lublinie i w Warszawie odmówiły 14-letniej dziewczynce dokonania aborcji (wbrew jej żądaniu i zgodzie jej matki), mimo zaświadczenia prokuratora uprawniającego do przerwania ciąży, gdyż ciąża była wynikiem przestępstwa (gwałtu). Trybunał uznał jej skargę i zarzuty naruszenia Konwencji Praw Człowieka i Podstawowych Wolności: naruszenie zakazu niehumanitarnego i poniżającego traktowania (art. 3), prawa do poszanowania życia prywatnego (art. 8), pozbawienie wolności bez koniecznej potrzeby (art. 5) i przyznał na rzecz skarżącej zadośćuczynienie w kwocie 30.000 euro.

Zdaniem Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka, która przystąpiła do postępowania jako trzecia strona, w Polsce klauzula sumienia jest często nadużywana. Oprócz wykorzystywania jej przez poszczególnych lekarzy, którzy nie dopełniają obowiązku wskazania realnych możliwości uzyskania danego świadczenia u innego lekarza lub w innym podmiocie leczniczym, powołują się na nią całe podmioty lecznicze, również publiczne. Mimo iż jest to problem szeroko znany, nie wdrożono żadnych efektywnych mechanizmów zapewniających przestrzeganie prawa do aborcji.

Według Trybunału „prawo polskie uznaje potrzebę zapewnienia lekarzom możliwości odmowy udzielenia świadczeń, którym są przeciwni oraz wdrożenia procedur umożliwiających wyrażenie takiego sprzeciwu. Procedury te obejmują również elementy zapewniające, że prawo lekarza do sprzeciwu sumienia nie będzie sprzeczne z interesem pacjenta. W tym celu sprzeciw lekarza powinien być wyrażony na piśmie w dokumentacji medycznej pacjenta i, przede wszystkim, lekarz ma obowiązek wskazać pacjentowi realne możliwości uzyskania tego samego świadczenia u innego lekarza. W przedmiotowej sprawie nie wykazano

jednak, aby wskazane wyżej wymogi zostały spełnione, ani że obowiązujące przepisy prawa regulujące wykonywanie zawodu lekarza zostały poszanowane”.

3. Zdarzają się również przypadki, że lekarze w publicznych zakładach leczniczych lub niepublicznych, mających odpowiednie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, odmawiają kobietom wydania recepty na środki antykoncepcyjne, powołując się w sposób mniej lub bardziej wyraźny na klauzulę sumienia, swoje przekonania religijne i poglądy.

Naszym zdaniem jest to nadużycie uprawnień. Lekarz przy wydaniu recepty na środki antykoncepcyjne powinien kierować się względami medycznymi oraz osobistymi, dotyczącymi kobiety. Odmowa wydania recepty jest tym bardziej naganna, jeśli ten sam lekarz w swoim prywatnym gabinecie taką receptę wystawia. Decyzja o stosowaniu środków antykoncepcyjnych powinna należeć do pacjentki, jednak lekarz powinien poinformować ją o związanym z tym ryzyku działań niepożądanych (art. 38 ust. 2 KEL).

Dopuszczalna jednak byłaby odmowa zapisania pigułek wczesnoporonnych, służących do przerwania ciąży, jak środka RU-486 dopuszczonego do obrotu w niektórych krajach – Francja, Wielka Brytania, RFN, znanego jako Mifegyne, który może służyć do przerwania wczesnej ciąży albo dla zapobiegania zagnieżdżeniu się zapłodnionej komórki jajowej w śluzówce macicy w okresie implantacji. Jest to bowiem środek alternatywny dla aborcji chirurgicznej i powinien być stosowany zgodnie z przepisami o dopuszczalności przerywania ciąży. We Francji żądania organizacji katolickich wobec ministra zdrowia o wprowadzenie zakazu wprowadzenia do obrotu i dystrybucji Mifegyne zostały przez sąd odrzucone³⁹.

4. Można się zgodzić z powołaniem się na klauzulę sumienia przez lekarza przy stosowaniu sterylizacji dobrowolnej, której zresztą nasze prawo nie dopuszcza (art. 156 § 1 pkt 1 k.k.), a tym bardziej przymusowej, chyba że zachodzi bezpośrednie zagrożenie dla życia kobiety, a sama nie jest w stanie ujawnić swojej woli; jest to więc stan wyższej konieczności. Odmowa lekarza byłaby również uzasadniona dla eksperymentów biomedycznych na człowieku, badań na embrionach, prokrecji medycznie wspomaganą, zwłaszcza zapłodnienia *in vitro*, zastępczym macierzyństwie. Jest to zresztą często teoretyczna kwestia, gdyż w klinikach leczenia niepłodności, gdzie te zabiegi są dokonywane, lekarze, którzy ze względu na swoje przekonania nie chcą w tej działalności brać udziału, nie pracują.

³⁹ Orzeczenie Conseil d'État z 21 grudnia 1990 r., „Revue Française de Droit Administratif” 1991, s. 316.

Klauzula sumienia szpitali

Z punktu widzenia prawa nie ma jakiegoś „zbiorowego”, instytucjonalnego sumienia. Art. 39 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry dotyczy lekarza, a nie zakładu leczniczego. E. Zielińska użyła tego terminu jako przenośni wobec deklaracji składanych przez szpitale, że „w tym szpitalu nie dokonuje się zabiegów przerwania ciąży”. Dlatego deklaracje ogłaszane przez publiczne zakłady lecznicze, a także przez niepubliczne korzystające ze środków publicznych, mające oddziały ginekologiczno-lecznicze, że „w tym szpitalu nie dokonuje się zabiegów przerwania ciąży” są niedopuszczalne. Godzą też w prawa pacjenta, o czym również lekarze nie powinni zapominać. Dla porównania, istnieje taka instytucja, jak „wyłączenie sędziego” w danej sprawie z mocy ustawy, na wniosek strony lub na żądanie sędziego (art. 48-54 kodeksu postępowania cywilnego); nie ma natomiast instytucji wyłączenia sądu. Nie może więc strona złożyć wniosku o wyłączenie sądu, ani sąd nie może sam się ze sprawy wyłączyć (chyba że wyłączą się wszyscy sędziowie). D.P. Sulmasy opowiedział się za „sumieniem instytucjonalnym” (*institutional conscience*)⁴⁰, zrównując osobę fizyczną (lekarza) z osobą prawną (zakładem). Można powiedzieć, że nawiązuje on do XIX w., porzuconej dawno, teorii antropomorfizacji osoby prawnej (*moral agency*), reprezentowanej przez niemieckiego uczonego O. Gierke. Osoba prawna jest jak osoba fizyczna: ma organy, własną wolę, dokonuje różnych czynności, myśli, czuje, brakuje jej tylko duszy, ale papież Innocenty III (I poł. XIII w.) powiedział, że osoba prawna nie ma duszy, więc nie można jej wykląć (poprzez ekskomunikę). Zdaniem Sulmasy „health care institutions have consciences” i muszą działać zgodnie z nim.

To są teoretyczne dywagacje, oderwane od rzeczywistych poważnych problemów, które rodzi „sumienie instytucjonalne”. Przedstawił je prawnik – S.L. Durland w obszernym artykule *The case against institutional conscience*⁴¹. W USA z klauzuli sumienia korzystają szpitale katolickie, działające zgodnie z *Ethical Religious Directives for Catholic Health Care Services*, ogłoszonymi przez Konferencję Biskupów Katolickich w 2009 r. Ograniczają one lub zakazują niektórych medycznych postępowań, włączając w to aborcję, sterylizację (dopuszczalną w USA), procedury terminalne (prawa do godnej śmierci). Dochodzi do konfliktów z lekarzami, którzy te zakazy nie w pełni akceptują, bo

⁴⁰ D.P. Sulmasy, *What is conscience and why is respect for it so important?*, „Theoretical Medicine Bioethics” 2008, t. 29, s. 135-149.

⁴¹ „Notre Dame Law Review” 2011, t. 86, s. 1655-1686.

chcą np. ratować życie kobiety, co może nastąpić tylko poprzez przerwanie ciąży i usunięcie płodu (zob. „kazus irlandzki”⁴²) albo dokonują aborcji w prywatnej klinice, czego szpital katolicki nie akceptuje. W katolickich szpitalach „sumienie instytucjonalne” przeważa nad sumieniem indywidualnym lekarzy. Problemy powstają także wówczas, gdy w danej miejscowości jest tylko jeden szpital – katolicki, bądź gdy dochodzi do połączenia katolickich i niekatolickich szpitali (pomiędzy 1990 a 1998 r. takich fuzji było 127). Liczba katolickich szpitali jest niemała: w 2004 r. posiadały 20% łóżek szpitalnych w skali kraju, w 2009 r. istniało 624 katolickich szpitali o zasięgu krajowym, jest to 11-sy z 40 największych systemów opieki zdrowotnej w USA. Zdaniem Autora „the notion of institutional conscience must simply be dropped from conscience legislation”.

W Polsce dominują szpitale publiczne, prawie wyłącznie one mają oddziały położniczo-ginekologiczne, nie powstają więc takie problemy, jak w USA. Sądzimy jednak, że z „instytucjonalnej” klauzuli sumienia (choć nienormowanej) mogą korzystać niepubliczne zakłady lecznicze należące do Kościoła, związków wyznaniowych, kościelnych osób prawnych albo stowarzyszeń, których religia lub statut wyklucza dokonywanie zabiegów przerwania ciąży i badań prenatalnych.

Patients' Rights and the Refusal of Treatment by a Medical Doctor or Hospital (in Connection with the Conscience Clause)

S u m m a r y

The authors point to the regulations that determine patients' rights and the associated responsibilities of physicians and health care facilities as well as discussing the legal basis for liability for their violation; they further analyse situations when the invoking of the conscience clause worded in Article 39 of the Act on Medical and Dental Professions is acceptable and when unlawful; they outline the case-law of Polish courts and of the European Court of Human Rights. They also discuss the issue of conscientious objection of hospitals, underlining that the law does not provide for “collective conscience” and Article 39 of the act applies to a doctor and not a health care establishment.

Tłumaczenie: Konrad Szulga

⁴² W tej sprawie kobieta w 17. tygodniu ciąży zaczęła rodzić. Lekarze po badaniu orzekli, że nie ma szans utrzymania tej ciąży, lecz odmówili aborcji i czekali trzy dni aż płód obumrze, bo Irlandia to kraj katolicki, a płodowi jeszcze bije serce. Po trzech dniach martwy płód usunięto. Przez te dni kobieta krwawiła, nastąpiło zakażenie pałeczką okrężnicy i sepsa. Mimo pobytu na intensywnej terapii, po tygodniu kobieta zmarła (A. Szyłło, *Irlandzki zakaz aborcji uśmiercił kolejną kobietę*, „Gazeta Wyborcza” z 16 listopada 2012 r.).

KONTROWERSJE WOKÓŁ „PRAWA DO ABORCJI”

Problem sprzeciwu sumienia najczęściej pojawia się w kontekście prawnie dopuszczalnego przerywania ciąży. Zazwyczaj zostaje on wówczas sprowadzony na płaszczyznę konfliktu między sferą uprawnień lekarza odmawiającego aborcji i kobiety, która się jej domaga¹. Przedmiotem niniejszego opracowania jest bliższa analiza tej drugiej sfery, coraz częściej nazywanej „prawem do aborcji”. Jakie znaczenie może to mieć z perspektywy lekarskiego sprzeciwu sumienia? Otóż sprzeciw sumienia jest obszarem prawnie chronionej wolności². Rozważając zaś kwestię wolności lekarza w zakresie odmowy jakiegokolwiek czynności lekarskiej, musimy ustalić nie tylko – co oczywiste – prawną dopuszczalność tej czynności³, ale też istnienie obowiązku

* Dr n. prawnych, Katedra Prawa Karnego, Wydział Prawa, Prawa Kanonicznego i Administracji Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II.

¹ Zob. np. L. Kubicki, *Sumienie lekarza jako kategoria prawna*, „Prawo i Medycyna” 1999, nr 4, s. 7-8; E. Zatyka, *Lekarski obowiązek udzielenia pomocy*, Warszawa 2011, s. 115-120; E. Zielińska, w: *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz*, red. E. Zielińska, Warszawa 2008, s. 554.

² Szerzej zob. K. Szczucki, *Klauzula sumienia – uwagi de lege lata i de lege ferenda*, „Studia Iuridica” 2009, nr 50, s. 168, 169; J. Pawlikowski, *Prawo do wyrażania sprzeciwu sumienia przez personel medyczny – problemy etyczno-prawne*, „Prawo i Medycyna” 2009, nr 3, s. 29; P. Stanisław, *Klauzula sumienia*, w: A. Mezglewski, P. Stanisław, *Prawo wyznaniowe*, Warszawa 2011, s. 117-118; E. Zielińska, *Klauzula sumienia*, „Prawo i Medycyna” 2003, nr 13, s. 27; W. Wróbel, *Problem klauzuli sumienia w prawie polskim w odniesieniu do ochrony życia*, „Annales Canonici” 2010, nr 6, s. 23, 26-27.

³ Odmowa przeprowadzenia interwencji bezprawnej jest obowiązkiem lekarza niezależnie od jego przekonań.

jej wykonania⁴. Akceptacja konstrukcji „prawa do aborcji” stwarzałaby podstawę dla takiego obowiązku. Jeśli jednak okazałoby się, że decyzja kobiety o przerwaniu ciąży nie podlega prawnej ochronie, pojawia się wątpliwość co do celowości pytania: czy lekarz, który odmawia przerwania ciąży, może powołać się na klauzulę sumienia? Należałoby wtedy raczej, czy też najpierw, zapytać: czy lekarz, który odmawia przerwania ciąży, musi szukać usprawiedliwienia w szczególnej podstawie prawnej, np. w klauzuli sumienia?

„Prawo do aborcji” zagościło na dobre w polskim języku prawniczym, głównie za sprawą części doktryny i orzecznictwa Sądu Najwyższego w sprawach cywilnych z tytułu tzw. *wrongful birth*. Od niedawna pobrzmiewa również w orzecznictwie Europejskiego Trybunału Praw Człowieka (dalej: ETPC), w sprawach przeciwko Polsce. Chociaż Trybunał wyraźnie stwierdził, że art. 8 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka nie może być interpretowany jako przyznający prawo do aborcji⁵, to jednak w sprawie *Tysiąc przeciwko Polsce* zajął stanowisko, że państwo, które zezwala na aborcję, nie może ograniczać realnego dostępu do niej i ma obowiązek zapewnienia odpowiedniej procedury dla rozstrzygnięcia o istnieniu wskazań aborcyjnych⁶, co bliskie jest uznaniu przerwania ciąży za przedmiot roszczenia, którego realizację owa procedura miałaby zapewniać. Powtarzając ten wymóg w dwóch kolejnych sprawach, ETPC wyraźnie już użył w odniesieniu do polskiego systemu prawa określeń „prawo (dostępu) do legalnej aborcji” i „prawo do aborcji”⁷. Czy zatem polski system prawa rzeczywiście daje podstawy „prawa do aborcji”, rozumianemu jako uprawnienie do świadczenia należnego kobiecie w razie spełnienia ustawowych przesłanek dopuszczalności przerwania ciąży?

II. Podstawy dla „prawa do aborcji” poszukuje się zazwyczaj w art. 4a ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego

⁴ Zob. A. Grześkowiak, *Conscientious objection for specific professional categories (pharmacists, judges, administrators, consultants, etc.)*, w: *Christian Conscience in Support of the Right to Life*, red. E. Sgreccia, J. Laffitte, Città del Vaticano 2008, s. 203-204; A. Zoll, *Prawo lekarza do odmowy udzielenia świadczeń zdrowotnych i jego granice*, „Prawo i Medycyna” 2003, nr 13, s. 18; W. Wróbel, *Problem*, s. 25-26.

⁵ Zob. wyrok Wielkiej Izby ETPC z 16 grudnia 2010 r. w sprawie *A., B. i C. przeciwko Irlandii*, § 214; wyrok ETPC z 30 października 2012 r. w sprawie *P. i S. przeciwko Polsce*, nr skargi 57375/08, pkt 96.

⁶ Zob. wyrok ETPC z 20 marca 2007 r. w sprawie *Alicja Tysiąc przeciwko Polsce*, nr skargi 5410/03, § 116-117, 124.

⁷ Zob. wyrok ETPC z 26 maja 2011 r. w sprawie *R. B. przeciwko Polsce*, skarga nr 27617/04, § 191, 195, 200 207-208, 213; wyrok ETPC z 30 października 2012 r. w sprawie *P. i S. przeciwko Polsce*, pkt 99.

i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży⁸. Przewiduje on, że przerwanie ciąży może być dokonane wyłącznie przez lekarza, w przypadku gdy: 1) ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej, 2) badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazują na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu, 3) zachodzi uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego (art. 4a ust. 1 u.p.r.). Przerwanie ciąży ze względów zdrowotnych (pkt 1) nie zostało ograniczone czasem jej trwania, w przypadku wskazania eugenicznego (pkt 2) aborcja jest dopuszczalna do czasu osiągnięcia przez płód zdolności do samodzielnego życia poza organizmem kobiety, zaś przy wskazaniu kryminalnym (pkt 3) – do 12. tygodnia ciąży (art. 4a ust. 2 u.p.r.). Obok tego ustawa określa w art. 4a wymogi dotyczące miejsca przeprowadzenia aborcji, specjalizacji lekarza oraz przedłożenia odpowiednich dokumentów⁹.

Powołane przepisy należy odczytywać w kontekście całości polskiego systemu prawa. Patrząc z tej perspektywy, nie ulega wątpliwości, że mają one status – najprościej rzecz ujmując – wyjątku od reguły. W polskim porządku prawnym aborcja jako spowodowanie śmierci dziecka w fazie prenatalnej stanowi co do zasady czyn bezprawny, podlegający kryminalizacji (art. 152-154 k.k.), która znajduje umocowanie w Konstytucji RP. Przerwanie ciąży jest bowiem zamachem na podstawowe wartości konstytucyjne, do jakich należy ludzkie życie i zdrowie, wywodzące się z przyrodzonej człowiekowi godności. Zasada poszanowania ludzkiej godności wyrażona w art. 30 Konstytucji RP odnosi się do człowieka rozumianego biologicznie, gatunkowo¹⁰. Deklaruje ona niezależność statusu człowieka od treści prawa pozytywnego i wskazuje na prawnonaturalny rodowód jego fundamentalnych praw. Należy stąd odczytywać uznanie rzeczywistości biologicznej, która wskazuje na to, że organizm ludzki powstaje w chwili połączenia się gamet, rozstrzygając ewentualne wątpliwości w tej kwestii na zasadzie *in dubio pro vita humana, in dubio pro persona*. W konsekwencji, także i art. 38 Konstytucji RP, zapewniający każdemu człowiekowi prawną

⁸ Dz. U. Nr 17, poz. 78 z późn. zm. (dalej: u.p.r.).

⁹ Szerzej zob. art. 4a ust. 3, ust. 5, ust. 9 u.p.r. oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 22 stycznia 1997 r. w sprawie kwalifikacji zawodowych lekarzy, uprawniających do dokonania przerywania ciąży oraz stwierdzania, że ciąża zagraża życiu lub zdrowiu kobiety lub wskazuje na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu, Dz. U. Nr 9, poz. 49.

¹⁰ Zob. L. Bosek, *Gwarancje godności ludzkiej i ich wpływ na polskie prawo cywilne*, Warszawa 2012, s. 165-168; J. Haberko, *Cywilnoprawna ochrona dziecka poczętego a stosowanie procedur medycznych*, Warszawa 2010, s. 25.

ochronę życia odnosi się do człowieka w każdej, w tym prenatalnej fazie rozwoju¹¹. Jednoznaczne stanowisko w tej kwestii zajął Trybunał Konstytucyjny (dalej: TK), stwierdzając w 1997 r.: „Wartość konstytucyjnie chronionego dobra prawnego jakim jest życie ludzkie, w tym życie rozwijające się w fazie prenatalnej, nie może być różnicowana. Brak jest bowiem dostatecznie precyzyjnych i uzasadnionych kryteriów pozwalających na dokonanie takiego zróżnicowania w zależności od fazy rozwojowej ludzkiego życia. Od momentu powstania życie ludzkie staje się więc wartością chronioną konstytucyjnie. Dotyczy to także fazy prenatalnej”¹².

III. Europejski Trybunał Praw Człowieka we wspomnianych sprawach przeciwko Polsce nie dostrzegł całokształtu przedstawionej rzeczywistości normatywnej, poprzestając na ustaleniu, że aborcja jest w pewnych okolicznościach legalna i nie wykazując zainteresowania tym, jakie jest uzasadnienie tej regulacji, szczególnie w kontekście konstytucyjnym. Także i w wypowiedziach polskiej doktryny i judykatury akceptujących prawo do aborcji¹³ pomija się konstytucyjną rangę godności i życia ludzkiego w fazie prenatalnej, a nawiązuje

¹¹ Zob. L. Bosek, *Gwarancje*, s. 307; J. Haberko, *Cywilnoprawne*, s. 27-28; A. Zoll, *Opinia prawna w sprawie oceny konstrukcji i skutków prawnych projektu zmiany art. 30 i 38 Konstytucji RP*, w: *Konstytucyjna formuła ochrony życia. Druk Sejmowy nr 993*, Biuro Analiz Sejmowych Kancelaria Sejmu 3/2007, s. 102-103; T. Smyczyński, *Opinia prawna o poselskim projekcie zmiany (art. 38) Konstytucji RP (Druk 993)*, w: tamże, s. 18; W. Wróbel, *Opinia prawna o poselskim projekcie zmiany (art. 38) Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej (Druk sejmowy nr 993)*, w: tamże, s. 20-21; tenże, *Konstytucyjne gwarancje ochrony życia a przesłanki dopuszczalności aborcji*, w: tamże, s. 29; L. Bosek, *Opinia prawna odnosząca się do zmian w polskim ustawodawstwie zwykłym, które są niezbędne dla zapewnienia ochrony godności i podstawowych praw istoty ludzkiej w okresie prenatalnym w sferze zastosowań biologii i medycyny, wyznaczanej przez standardy międzynarodowe*, w: tamże, s. 56.

¹² Zob. orzeczenie TK z 28 maja 1997 r., K 26/96, „Orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego” 1997, nr 2, poz. 19. Orzeczenie to zostało wydane przed wejściem w życie obowiązującej obecnie Konstytucji RP i opierało się na zasadzie demokratycznego państwa prawa. Trybunał jednak wyraźnie wskazał, że art. 38 Konstytucji RP potwierdza powyższe stanowisko.

¹³ Zob. T. Justyński, *Wrongful conception w prawie polskim*, „Przegląd Sądowy” 2005, nr 1, s. 43; tenże, *Glosa I do wyroku z 13 X 2005, IV CK 161/05*, „Państwo i Prawo” 2006, nr 7, s. 113; tenże, *Wyrok Sądu Apelacyjnego – I Wydział Cywilny w Białymstoku z dnia 4 lipca 2008 r., I A Ca 278/08*, „Prawo i Medycyna” 2009, nr 4, s. 135; M. Nesterowicz, *Wyrok Sądu Apelacyjnego I Wydział Cywilny w Białymstoku z dnia 4 lipca 2008 r., I A Ca 278/08*, „Prawo i Medycyna” 2009, nr 2, s. 130; wyrok SN z 21 listopada 2003 r., V CK 16/03, „Orzecznictwo Sądu Najwyższego – Izba Cywilna” 2003, nr 6, poz. 104; wyrok SN z 13 października 2005 r., IV CK 161/05, „Orzecznictwo Sądów Polskich” 2006, nr 6, poz. 71.

do systemów prawa o zupełnie odmiennym podejściu do problematyki przerwania ciąży, niż wynika to z Konstytucji RP¹⁴. Interpretacja art. 4a u.p.r. jako podstawy prawnej „prawa” do aborcji opiera się na założeniu, że skoro jakieś zachowanie jest legalne, to znaczy, że stanowi treść prawa podmiotowego¹⁵. „Prawo do aborcji” uznawane jest za „rezultat rozstrzygnięcia przez ustawodawcę konfliktu zachodzącego między prawem kobiety do samostanowienia a prawem nienarodzonego dziecka do życia”¹⁶ i niekiedy wspierane ochroną prawa do planowania rodziny lub prawa kobiety do samostanowienia¹⁷.

Tymczasem rozstrzygnięcie konfliktu między prawnie chronionymi dobrami może powodować różnego rodzaju skutki prawne. Prawna dopuszczalność pewnych zachowań sama przez się nie oznacza, że są one neutralne z punktu widzenia aksjologii danego porządku prawnego¹⁸, a tym bardziej, że mogą być przedmiotem obowiązku lub roszczenia. W zakresie omawianego problemu pogląd ten znajduje potwierdzenie już w samej wykładni systemowej. Zauważyć bowiem warto, że w art. 4a ust. 1 u.p.r. ustawodawca posłużył się sformułowaniem „przerwanie ciąży może być dokonane wyłącznie przez lekarza, w przypadku gdy (...)”, które nie nakłada na lekarza obowiązku działania, ani nie przyznaje nikomu prawa żądania przerwania ciąży, zaś art. 2 u.p.r., który nakłada na władze publiczne określone obowiązki związane z sytuacją ciąż-

¹⁴ Zob. zwłaszcza wyrok SN z 21 listopada 2003 r., V CK 16/03, „Orzecznictwo Sądu Najwyższego – Izba Cywilna” 2003, nr 6, poz. 104; wyrok SN z 13 października 2005 r., IV CK 161/05, „Orzecznictwo Sądów Polskich” 2006, nr 6, poz. 71; M. Nesterowicz, *Wyrok*, s. 130. Szlusznie zwrócili na to uwagę: A. Górski, *Roszczenia związane z uniemożliwieniem legalnego przerwania ciąży w aktualnym orzecznictwie Sądu Najwyższego*, „Przegląd Sądowy” 2007, nr 5, s. 30-31; M. Wild, *Roszczenia z tytułu wrongful birth w prawie polskim (Uwagi na tle wyroku Sądu Najwyższego z dnia 21 listopada 2003 r., V CK 16/03)*, „Przegląd Sądowy” 2005, nr 1, s. 50-51.

¹⁵ Zob. wyrok SN z 13 października 2005 r., IV CK 161/05, „Orzecznictwo Sądów Polskich” 2006, nr 6, poz. 71: „skoro wskazana wyżej ustawa z 1993 r. o planowaniu rodziny przyznaje rodzicom prawo do świadomego planowania rodziny, a kobiecie prawo do przerwania ciąży między innymi w sytuacji określonej w art. 4a ust. 1 pkt 2, z tzw. przyczyn genetycznych, to prawa te należy uznać za prawa podmiotowe rodziców, których naruszenie rodzi odpowiedzialność odszkodowawczą”; T. Justyński, *Wyrok*, s. 135.

¹⁶ Zob. T. Justyński, *Wrongful*, s. 43-44; tenże, *Glosa I*, s. 113-114; tenże, *Wyrok*, s. 135-136.

¹⁷ Zob. tenże, *Wrongful*, s. 43-44; wyrok z 12 czerwca 2008 r., III CSK 16/08, „Orzecznictwo Sądu Najwyższego – Izba Cywilna” 2009, nr 3, poz. 48; wyrok SN z 6 maja 2010 r., II CSK 580/09, LEX nr 602234.

¹⁸ Zob. M. Wild, *Roszczenia*, s. 51-52; W. Borysiak, *Glosa II do wyroku SN z dnia 13 października 2005 r., IV CK 161/05*, „Państwo i Prawo” 2006, nr 7, s. 117-118; M. Krywko, *Glosa do uchwały Sądu Najwyższego z dnia 22 lutego 2006 r., III CZP 8/06*, „Prawo i Medycyna” 2008, nr 1, s. 143-144; A. Górski, *Roszczenia*, s. 30.

ży, uwzględnia badania prenatalne, lecz aborcji nie wymienia. W kontekście przerwania ciąży konstrukcja „prawo do” pojawia się dopiero w art. 4b u.p.r.¹⁹, jednakże wymienione tam „prawo do bezpłatnego przerwania ciąży” ma za przedmiot wyłącznie finansowy aspekt aborcji, stwarzając możliwość pokrycia jej kosztów ze środków publicznych. Przepis ten bowiem odnosi się nie do aborcji jako takiej, a jedynie przeprowadzonej w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej i tylko u kobiet objętych ubezpieczeniem społecznym i osób uprawnionych na podstawie odrębnych przepisów do bezpłatnej opieki leczniczej.

Wskazania aborcyjne z art. 4a u.p.r. skonstruowane zostały jako okoliczności uchylające bezprawność czynu (kontratypy) ze względu na kolizję prawnie chronionych dóbr²⁰, która jest podstawą każdego kontratypu²¹. Warto odnieść się tutaj do doktryny prawa karnego, która przyjmuje, że „wystąpienie kontratypu nie powoduje wcale zmiany wartościowania w stosunku do dobra, które w ramach działania kontratypowego zostało zaatakowane. Dobro takie dalej musi być uznane za mające wartość społeczną identyczną do tej, jaką ma w sytuacji, w której brak jest znamion kontratypu”²².

Konstytucyjny status dziecka poczętego niewątpliwie nasuwa zastrzeżenia co do rozstrzygnięcia tej kolizji w oparciu o kontratyp, a nie o wyłączenie winy. Nie zmienia to jednak konkluzji, że art. 4a ust. 1 u.p.r. nie daje podstaw do wykreowania prawa podmiotowego, któremu towarzyszyłoby roszczenie o umożliwienie zachowania będącego treścią kontratypu²³, tak jak np. prawu własności

¹⁹ Art. 4b. u.p.r.: Osobom objętym ubezpieczeniem społecznym i osobom uprawnionym na podstawie odrębnych przepisów do bezpłatnej opieki leczniczej przysługuje prawo do bezpłatnego przerwania ciąży w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej.

²⁰ Zob. M. Żelichowski, *Opinia*, s. 142; A. Marek, *Prawo karne*, Warszawa 2007, s. 182-184; M. Wild, *Roszczenia*, s. 53-54; M. Krywko, *Glosa*, s. 143-144.

²¹ A. Zoll, *Okoliczności wyłączające bezprawność czynu (Zagadnienia ogólne)*, Warszawa 1982, s. 103.

²² A. Zoll, *Okoliczności*, s. 103; podobnie W. Wróbel, A. Zoll, *Polskie prawo karne. Część ogólna*, Kraków 2010, s. 336-340; M. Cieślak, *Prawo karne. Zarys systemowego ujęcia*, Warszawa 1994, s. 216; R. Hałas, w: *Prawo karne*, red. A. Grześkowiak, Warszawa 2012, s. 123-124; w doktrynie prawa cywilnego zob. M. Wild, *Roszczenia*, s. 53. Ocena ta nie jest ograniczana do tzw. kontratypów względnych, skutecznych wyłącznie w obszarze prawa karnego, ale obejmuje też tzw. kontratypy bezwzględne, które wyłączają bezprawność czynu w całym systemie prawa (np. obrona konieczna). Dodać należy, iż także zwolennicy starszej w polskiej doktrynie karnistycznej koncepcji zakładającej, że czyn objęty kontratypem nie wykazuje społecznej szkodliwości, traktują tę sytuację jako wyjątek od reguły, który nie przesądza o dodatniej wartości czynu. Zob. W. Wolter, *Nauka o przestępstwie*, Warszawa 1973, s. 163; A. Marek, *Prawo*, s. 164.

²³ Na gruncie polskiego prawa konstrukcję prawa do aborcji odrzucają: M. Żelichowski, *Opinia*, s. 142; A. Górski, *Roszczenia*, s. 30-31; M. Wild, *Roszczenia*, s. 55; W. Borysiak, *Glosa*, s. 117-118; tenże, w: *Prawo wobec medycyny. Zbiór orzeczeń z komentarzami*,

odpowiada roszczenie o wydanie rzeczy przez osobę, która ją zabrała. Słusznie podkreślił to Trybunał Konstytucyjny w orzeczeniu z 1991 r., wydanym zresztą jeszcze w czasie obowiązywania ustawy z dnia 27 kwietnia 1956 r. o warunkach dopuszczalności przerywania ciąży²⁴, stwierdzając, że „zgodnie z tą ustawą, zabieg [aborcji – M.G.] może być jedynie, przy spełnieniu warunków określonych w ustawie, dopuszczalny; nie stanowi natomiast, w świetle tej ustawy, zdarzenia przez ustawodawcę pożądanego” oraz, że „nie da się w naszym systemie prawnym znaleźć przepisu nakładającego na lekarza obowiązek przeprowadzenia zabiegu przerywania ciąży”²⁵. Zaistnienie przesłanek dopuszczalności aborcji nie nakłada więc na nikogo pozytywnego obowiązku działania, a jedynie obowiązek znoszenia tego, że przerywanie ciąży jest przeprowadzane przez osoby korzystające z możliwości określonej w art. 4a ust. 1 u.p.r. Dlatego brak jest podstaw dla wywodzenia z tego przepisu obowiązku przeprowadzenia aborcji jako realizacji czyjegokolwiek roszczenia.

Z powyższą konkluzją koresponduje stanowisko TK w kwestii treści wspomnianego prawa do planowania rodziny. TK jednoznacznie bowiem stwierdził, że realizacja przysługujących człowiekowi praw i wolności w sferze prokreacji ma swoją granicę w poczęciu dziecka. Dlatego prawo do odpowiedzialnego decydowania o posiadaniu dzieci w aspekcie negatywnym sprowadza się wyłącznie do prawa do odmowy poczęcia dziecka. Gdy natomiast dziecko zostało już poczęte, „prawo to możliwe jest do realizacji wyłącznie w aspekcie pozytywnym, jako m.in. prawo urodzenia dziecka i jego wychowania”²⁶.

red. M. Safjan, Warszawa 2011, s. 305-306; L. Bosek, *Abortion. Commentary*, w: *Medical Law. Cases*, s. 125; J. Haberkowicz, *Cywilnoprawne*, s. 82; M. Gałązka, K. Wiak, *Glosa do wyroku Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z 20 marca 2007 r. w sprawie Alicja Tysiąc przeciwko Polsce, nr skargi 5410/03*, „Przegląd Sejmowy” 2007, nr 3, s. 216; P. Sobolewski, w: *Prawo wobec*, s. 314. Także i Sąd Najwyższy w uchwale z 22 lutego 2006 r., III CZP 8/06, „Orzecznictwo Sądu Najwyższego – Izba Cywilna” 2006, nr 7-8, poz. 123 stwierdził: „Samo >prawo do aborcji< nie jest dobrem osobistym, a podstawą jego wyróżnienia nie może być art. 4a i 4b ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. (...) okoliczności wskazane w art. 4a ust. 1 ustawy mają charakter zbliżony do kontraktowy, a więc wiążą się z wyłączeniem bezprawności. Nie jest to jednak równoznaczne z uznaniem >prawa do aborcji< za dobro osobiste, wskazać bowiem należy, że właściwa dla kontraktowy kolizja dóbr wyłącza możliwość konstruowania prawa podmiotowego, którego przedmiotem byłoby dobro osobiste, polegające na możliwości naruszenia dóbr osobistych innych osób”.

²⁴ Zob. orzeczenie TK z 15 stycznia 1991 r., U 8/90, „Orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego” 1991, nr 8, s. 134-141.

²⁵ Orzeczenie TK z 15 stycznia 1991 r., U 8/90.

²⁶ Orzeczenie TK z 28 maja 1997 r., pkt 4.2.

IV. Warto jeszcze skonfrontować przedstawioną ocenę z zadeklarowanym art. 6 ust. 1 ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta²⁷ prawem pacjenta do świadczeń zdrowotnych, jako że prawnie dopuszczalna aborcja wydaje się mieścić w pojęciu świadczenia zdrowotnego²⁸.

Na początku zauważyć należy, że prawo do jakiegokolwiek świadczenia zdrowotnego – skądkolwiek by nie było wywodzone – limitowane jest regułami sztuki medycznej, a szczególnie stwierdzeniem wskazań natury medycznej. Pacjentowi korzystającemu z prawa do świadczeń zdrowotnych, nie przysługuje względem lekarza roszczenie o zastosowanie konkretnego rodzaju interwencji medycznej. Treścią tego prawa jest ochrona zdrowia metodami, jakie lekarz, kierując się aktualną wiedzą medyczną, uzna za adekwatne dla realizacji tego celu. Tytułem przykładu pacjent, którego boli ząb, nie ma wobec lekarza roszczenia o jego wyrwanie; może jedynie żądać podjęcia działań zmierzających do wyeliminowania bólu lub jego przyczyny, które ostatecznie skonkretyzuje lekarz, informując pacjenta o diagnozie i proponowanym leczeniu oraz pytając go o zgodę. Patrząc na tę samą kwestię z perspektywy prawa pacjenta do samostanowienia, stwierdzić należy, iż jego treścią nie jest wolność w aspekcie pozytywnym („wolność do”), lecz aspekcie negatywnym („wolność od”), a definitywna rozbieżność stanowisk co do metod i środków postępowania medycznego ostatecznie przekłada się na zmianę lekarza przez pacjenta²⁹. Ponadto lekarz nie tylko może, ale ma obowiązek odmówić przeprowadzenia określonej czynności lekarskiej, jeśli stwierdzi istnienie przeciwwskazań natury medycznej³⁰.

²⁷ Tekst jedn.: Dz. U. z 2012 r., poz. 159 z późn. zm., dalej: u.p.p.

²⁸ W myśl art. 2 ust. 1 pkt 10 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654 z późn. zm.) świadczenie zdrowotne obejmuje działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania. Z tego ostatniego kryterium wynikałoby, że świadczeniem zdrowotnym są wszelkie działania medyczne uregulowane w obowiązujących przepisach prawa, niezależnie od tego, czy działania te służą ochronie zdrowia i czy stanowią mogą przedmiot prawa podmiotowego.

²⁹ Zob. M. Żelichowski, *Opinia prawna w przedmiocie „Konsekwencje dla polskiego systemu prawnego wyroku Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w sprawie Tysiąc przeciwko Polsce”*, „Prawo i Medycyna” 2009, nr 3, s. 139-140. Także i E. Zielińska zasadnie podnosi, że wyrażone przez pacjenta żądanie wykonania określonego świadczenia zdrowotnego, zastosowania określonej metody lub środka medycznego „powinno być przez lekarza rozważone, ale nie musi być uwzględnione, zwłaszcza gdy według osądu lekarza pozostawałoby w kolizji ze wskazaniami wynikającymi z wiedzy medycznej”, E. Zielińska, *Odpowiedzialność zawodowa lekarza i jej stosunek do odpowiedzialności karnej*, Warszawa 2001, s. 377.

³⁰ Na temat nieudzielenia świadczenia zdrowotnego ze względu na brak uzasadnienia medycznego zob. T. Dukiet-Nagórska, *O potrzebie wypracowania standardów postępo-*

Niezależnie jednak od powyższych ustaleń, konstytucyjny status człowieka w fazie prenatalnej oraz definicja pacjenta z art. 3 ust. 1 pkt 4 u.p.p. przesądzają o tym, że pacjentem jest nie tylko człowiek urodzony, ale i człowiek w fazie prenatalnej³¹, zatem u.p.p. chroni również i jego prawa. Aby z zaliczenia aborcji do świadczeń zdrowotnych wywodzić prawo do aborcji, należy najpierw rozważyć, czy efektem rozstrzygnięcia przez prawodawcę możliwych kolizji interesów kobiety ciężarnej i dziecka jest przyznanie interesom kobiety pierwszeństwa wobec interesów dziecka. Przerwanie ciąży bowiem – nawet jeśli zaliczyć je do świadczeń zdrowotnych – stanowi zawsze interwencję wymierzoną przeciwko dziecku.

Jak już podnoszono, sytuacje, w których dochodzi do wspomnianych kolizji, podlegają szczególnej regulacji w art. 4a u.p.r. wyłączającym bezprawność przerwania ciąży. Kontratypowy charakter tego rozstrzygnięcia stanowi z pewnością istotny wyłom w ochronie dziecka poczętego. Stwierdzić też należy, że – niezależnie od tego wyłomu – ochrona prawna dziecka poczętego w prawie publicznym i prywatnym wykazuje niższy standard w porównaniu z ochroną człowieka w późniejszej fazie życia³². Wydaje się jednak, że ranga dóbr zaangażowanych w decyzję o przerwaniu ciąży w warunkach art. 4a u.p.r. jest na tyle doniosła, a w przypadku dziecka poczętego zawsze fundamentalna, że obowiązku

wania dotyczących niepodjęcia terapii i jej zaprzestania, „Prawo i Medycyna” 2008, nr 2, s. 17-19, 24; teźże, *Niepodjęcie – zaprzestanie terapii a prawo karne*, „Prawo i Medycyna” 2010, nr 1, s. 36 i nn.; R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku z wykonywaniem czynności medycznych*, Warszawa 2009, s. 159; L. Kubicki, *Sumienie*, s. 7; A. Zoll, *Zaniechanie leczenia – aspekty prawne*, „Prawo i Medycyna” 2000, nr 5, s. 33.

³¹ Zob. D. Karkowska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2012, s. 77; I. Bernatek-Zaguła, *Pacjent – konsument czy podopieczny?*, „Acta Uniwersytetu Wrocławskiego, Przegląd Prawa i Administracji” 2004, nr 60, s. 138-140; J. Ciszewski, *Prawa pacjenta w aspekcie odpowiedzialności lekarza za niektóre szkody medyczne*, Gdańsk 2002, s. 14, 15; T. Sokołowski, *Cywilnoprawna ochrona człowieka przed jego narodzeniem*, w: *Ochrona człowieka w świetle prawa Rzeczypospolitej Polskiej*, red. S. Pikulski, Olsztyn 2002, s. 111-112.

³² Niższy poziom ochrony karnej dziecka poczętego przejawia się w tym, że spowodowanie jego śmierci lub uszczerbku na zdrowiu, zagrożone jest dużo niższą karą w porównaniu do kary grożącej za te same czyny popełnione na szkodę człowieka urodzonego, ochrona karna życia i zdrowia w fazie prenatalnej dotyczy tylko zamachów umyślnych i polegających na naruszeniu dobra prawnego, a na zasadach ogólnych dobra te chronione są też przed czynami nieumyślnymi oraz przed narażeniem na niebezpieczeństwo. Szerzej zob. np. M. Gałązka, *Polish Penal Law on the Human Being in the Prenatal Stage*, w: *Protection of Human Life in Its Early Stage*, red. A. Stepkowski, Frankfurt am Main 2014, s. 173-174. W prawie cywilnym prawa *nasciturusa* także chronione są przepisami szczególnymi. Szerzej zob. np. J. Haberko *Cywilnoprawne*, s. 74-81.

dania pierwszeństwa interesom matki nie można domniemywać. Z wyjątkowych przepisów, które stwarzają możliwość – jedynie możliwość – poświęcenia życia dziecka poczętego na rzecz innych dóbr prawnych nie można wyprowadzić ogólnej zasady, że taki wybór jest obowiązkiem lekarza. Nie można tym bardziej, że – jak stwierdził w 1997 r. TK – w polskim porządku konstytucyjnym funkcjonuje zasada odwrotna, wedle której życie ludzkie nie podlega różnicowaniu³³. Odstąpić od niej może w pewnych szczególnych okolicznościach ustawodawca, co podlega kontroli pod względem zgodności z konstytucją. Ustawodawca takie odstępstwo wprowadził w art. 4a u.p.r. Nadał mu jednak charakter fakultatywny. Dlatego z przepisu tego nie wynika wiążące wskazanie, czyje prawo do świadczeń zdrowotnych – matki, czy dziecka – jest silniejsze, innymi słowy, kogo z nich lekarz powinien ratować w pierwszej kolejności.

Zauważyć również należy, że art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry³⁴ dotyczący tzw. przypadków nagłych³⁵ zapewnia ochronę zarówno człowiekowi urodzonemu, jak nienarodzonemu (w ogóle nie nazywa podmiotu wymagającego pomocy lekarskiej)³⁶ i nie określa, komu z nich miałby przysługiwać ewentualny priorytet w ochronie³⁷. Do podobnej konkluzji prowadzą zasady deontologii zawodowej, które z mocy art. 4 u.z.l. współokreślają obowiązki prawne lekarza³⁸. Zgodnie bowiem z art. 39 Kodeksu Etyki Lekarskiej³⁹, „podejmując działania lekarskie u kobiety w ciąży lekarz równocześnie odpowiada za zdrowie i życie jej dziecka. Dlatego obowiązkiem lekarza są starania o zachowanie zdrowia i życia dziecka również przed jego urodzeniem”. Wynika stąd, że dla lekarza nienarodzone dziecko

³³ Zob. przypis 13.

³⁴ Tekst jedn.: Dz. U. z 2011 r., Nr 277, poz. 1634 z późn. zm. (dalej: u.z.l.).

³⁵ Zgodnie z tym przepisem, „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, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki”. Jakkolwiek nie interpretować niefortunnego sformułowania „w innych przypadkach niecierpiących zwłoki” (szerzej zob. A. Zoll, *Prawo*, s. 19; E. Zielińska, *Odpowiedzialność*, s. 352; E. Zielińska, w: *Ustawa*, s. 436; W. Preiss, *Ustawa*, s. 41-42; K. Szczucki, *Klauzula*, s. 171; E. Zatyka, *Lekarski*, s. 24; L. Kubicki, *Obowiązek udzielenia pomocy lekarskiej*, „Prawo i Medycyna” 2003, nr 13, s. 5), treść powołanego przepisu jest ogólna i zupełnie pomija kwestie ewentualnych kolizji interesów kilku pacjentów.

³⁶ Zob. R. Kubiak, *Prawo*, s. 203, 206-208; M. Filar, *Lekarskie*, s. 49; E. Zielińska, w: *Ustawa*, s. 443. Zupełnie inną kwestią jest niestosowalność do dziecka poczętego ochrony karnej z art. 162 k.k.

³⁷ Zob. W. Wróbel, *Problem*, s. 32.

³⁸ Zob. A. Zoll, *Prawo*, s. 18.

³⁹ Uchwała Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Izb Lekarskich z 1991, z późn. zm., dostęp: www.nil.org.pl.

i jego matka są pacjentami równorzędnymi. Rozstrzygając ewentualny konflikt między ich dobrami, lekarz może skorzystać z możliwości, jakie otwiera art. 4a u.p.r. Jego czyn nie ma wówczas cechy bezprawności i nie skutkuje odpowiedzialnością w żadnym obszarze prawnym. Lekarz może jednak tak samo oprzeć swoją decyzję na kolizji obowiązków z art. 26 § 5 k.k.⁴⁰, podobnie jak czynić to powinien w sytuacji, gdy nie ma możliwości udzielenia pomocy dwóm osobom w fazie postnatalnej⁴¹. I jeśli spełni przesłanki tego przepisu również odpowiedzialności nie poniesie.

Nawet zatem jeśli uznać przerwanie ciąży za świadczenie zdrowotne, to i tak interwencja ta nie może być przedmiotem roszczenia w ramach prawa do świadczeń zdrowotnych. Po pierwsze bowiem pacjentowi nie służy roszczenie o konkretną czynność lekarską, a po drugie brak jest podstaw prawnych nakładających na lekarza obowiązek różnego traktowania pacjenta urodzonego i nieurodzonego. Z zaliczenia aborcji do świadczeń zdrowotnych wynikałoby zaś, że jeśli lekarz – w granicach określonych w art. 4a u.p.r. – zdecyduje się na przerwanie ciąży, to ma obowiązek zachować wszelkie reguły postępowania medycznego wymagane przy interwencji medycznej, aby zapobiec powikłaniom u pacjentki i zminimalizować skutki uboczne.

V. Bezpodstawność konstruowania na gruncie polskiego systemu prawa „prawa do aborcji” prowadzi do wniosku, że lekarz, odmawiając przerwania ciąży, w zasadzie nie musi korzystać z klauzuli sumienia, ponieważ – poza przekroczeniem granic art. 26 § 5 k.k. – przeprowadzenie aborcji nie należy do jego obowiązków. Nie wyklucza to oczywiście możliwości uzasadnienia odmowy przerwania ciąży moralną dezaprobatą tej interwencji. Skoro jednak aborcja nie jest obowiązkiem lekarza, nie można również od niego wymagać, aby w razie takiej dezaprobaty zachował przesłanki klauzuli sumienia z art. 39 u.z.l.

Wydaje się, że klauzula sumienia z art. 39 u.z.l. aktualizowałaby się dopiero wówczas, jeśli lekarz rozstrzygnąłby kolizję między życiem dziecka a zdrowiem i życiem matki z naruszeniem art. 26 § 5 k.k. Wchodziłaby też w rachubę w sytuacji, gdyby za podstawę obowiązku przerwania ciąży przyjąć odpowiednio zredagowane postanowienie umowy, łączącej lekarza z podmiotem leczniczym, np. umowy o pracę, chociaż ocena skutków odmowy przerwania ciąży dla dal-

⁴⁰ Przepis ten przewiduje odpowiednie stosowanie przepisów art. 25 § 1-3 k.k. o stanie wyższej konieczności w wypadku „gdy z ciężących na sprawcy obowiązków tylko jeden może być spełniony”.

⁴¹ Stosowanie tego przepisu w odniesieniu do sytuacji spotykanych w praktyce lekarskiej wymagałoby odrębnego opracowania.

szego trwania takiej umowy może nasuwać trudności, zważywszy iż lekarz nie wykonuje wówczas zobowiązania, które dobrowolnie na siebie przyjął.

Na marginesie zaznaczyć natomiast warto, że kobieta ciężarna ma prawo do informacji o stanie zdrowia jej samej oraz dziecka i – w razie istnienia wskazań medycznych – prawo do diagnostyki prenatalnej (art. 2 ust. 2a u.p.r.). Przeprowadzenie badań przedurodzeniowych może być przedmiotem sprzeciwu sumienia, ale w tym wypadku konieczne jest zastosowanie art. 39 u.z.l.

The Controversy on the Presumed Right to Abortion

S u m m a r y

The article concerns the issue of the presumed right to abortion which is frequently opposed to the conscience objection of a physician. The “right to abortion” appeared in the Polish literature and case-law concerning the wrongful birth claims at first. As its legal basis the Article 4a of the Act of 7 January 1993 on family planning, protection of the human foetus and conditions of permissibility of abortion is usually indicated. This provision specifying the conditions of permissibility of the abortion is however an exception to the rule of the protection of human life in every stage of its development, declared in the Constitution of the Republic of Poland. The permissibility of the abortion is based on circumstances exempting the illegality of the act (countertype) due to the conflict of goods protected by law. With this kind of construction, no subjective “right to abortion” can be derived that would be accompanied by a duty of the physician to terminate the pregnancy. There is no legal basis for the “right to abortion” in the right to health services, which a pregnant woman is entitled to as every patient, either. The unborn child is also a patient and the physician has no legal obligation to resolve the possible conflict of child’s right to life and mother rights to health and life by sacrificing a child. He has only such a possibility, the using of which makes him free from legal liability for abortion. Therefore, the physician refusing an abortion does not have in general to refer to any special legal institution, especially to the conscience clause.

Tłumaczenie własne autora

CZEŚĆ III

PERSPEKTYWA MEDYCZNA

*Jakub Pawlikowski**

SPÓR O KLAUZULĘ SUMIENIA Z PERSPEKTYWY CELÓW MEDYCyny I ETYKI LEKARSKIEJ

Wprowadzenie

Klauzula sumienia (nazywana również „sprzeciwem sumienia”) jest konstrukcją prawną służącą do rozwiązania sytuacji, w której dochodzi do kolizji norm prawa stanowionego z normami światopoglądowymi lub religijnymi. Przejawia się w prawnie zagwarantowanej możliwości „odmowy wykonania obowiązku nałożonego zgodnie z prawem z powołaniem się na przekonania religijne lub moralne”¹. W tej instytucji prawnej mamy do czynienia z dwoma elementami: pierwotnym obowiązkiem prawnym i wtórnym zwolnieniem z tego obowiązku. Dyskusja wokół klauzuli sumienia może zatem obejmować zarówno zakres nakładanego prawem obowiązku, jak i zakres i sposób realizacji wolności sumienia. W ostatnim czasie skupiono się przede wszystkim na tym drugim elemencie, jednak najistotniejszą częścią sporu jest charakter i zakres obowiązków, którymi próbuje się w ostatnich dekadach obciążać społeczność medyczną. Warto zatem przeanalizować zakres obowiązków lekarza nie tylko z perspektywy prawnej, ale także z perspektywy celów medycyny i etyki medycznej.

* Dr hab. n. med., Zakład Etyki i Filozofii Człowieka, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

¹ P. Stanisławski, *Klauzula sumienia*, w: A. Mezglewski, H. Misztal, P. Stanisławski, *Prawo wyznaniowe*, Warszawa 2008, s. 104-111.

Klauzula sumienia w medycynie

Początkowo klauzula sumienia miała zastosowanie przede wszystkim w odniesieniu do powszechnego obowiązku służby wojskowej dając możliwość wypełnienia tego obowiązku w formie zastępczej, jednak wraz z procesem przekształcania sił zbrojnych w armie zawodowe straciła na znaczeniu. W kontekście medycznym temat sprzeciwu sumienia zaczyna się pojawiać w latach 50-tych XX wieku. Najstarsze artykuły anglojęzyczne w medycznej bazie Medline/Pubmed pochodzą z 1953 roku. Nie dotyczą one jednak pracowników służby zdrowia, ale powszechnego obowiązku szczepień dzieci i prawa rodziców do uchylenia się od tego obowiązku² (tematyka ta pojawia się sporadycznie również w publikacjach z ostatnich lat³). W latach 70-tych XX wieku można zauważyć zmianę perspektywy i zogniskowanie dyskusji wokół zakresu obowiązków lekarzy (a następnie innych pracowników ochrony zdrowia) i prawa do uchylenia się od nich. Zbiega się to z depenalizacją i legalizacją aborcji oraz przyjęciem przepisów nakładających na lekarzy obowiązek jej wykonania⁴. W kolejnych latach dotyczy to także innych procedur naruszających zasadę bezwzględnej ochrony życia ludzkiego. Obecnie w medycznej bazie Medline/Pubmed można znaleźć ponad 200 artykułów dotyczących klauzuli sumienia, z czego ponad połowa pochodzi z ostatnich 10 lat, i tylko nieliczne dotyczą problematyki niezwiązanej z aborcją. J. Shaw podaje ponad dwieście anglojęzycznych publikacji etycznych i medycznych oraz ponad 150 publikacji prawnych dotyczących klauzuli sumienia w medycynie, które ukazały się w ostatnich latach⁵. Pojawiają się na ten temat nawet monografie anglojęzyczne⁶. W ostat-

² A.V. Knack, *Compulsory vaccination with or without conscientious objection clause*, „Hippokrates” 1953, t. 24(18), s. 565-567.

³ D.A. Salmon, A.W. Siegel, *Religious and philosophical exemptions from vaccination requirements and lessons learned from conscientious objectors from conscription*, „Public Health Reports” 2001, t. 116(4), s. 289-295.

⁴ Należy odróżnić kwestie: 1) depenalizacji określonych działań (np. aborcji), 2) zagwarantowania ich realizacji, 3) nałożenia obowiązku ich wykonania na określoną grupę zawodową. Często te trzy kwestie traktuje się jako naturalnie powiązane, bez potrzeby uzasadniania tego związku. Należy jednak podkreślić, że nie jest to związek konieczny. Depenalizacja procedury nie musi wiązać się z gwarancją jej wykonania, podobnie jak nie ma konieczności, aby jej gwarantem był lekarz.

⁵ J. Shaw, *Bibliography of Legal, Bioethics, and Medical literature on Conscientious Objection*, <http://conscience.carolynmcleod.com/wp-content/uploads/2014/01/LegalMedicalBioethics.pdf> [dostęp: 3.08.2014].

⁶ Np. M.R. Wicclair, *Conscientious Objection in Health Care: An Ethical Analysis*, Cambridge University Press 2011.

nich latach prawo do sprzeciwu sumienia stało się przedmiotem intensywnej debaty nie tylko naukowej, ale również społeczno-politycznej. Stanowiska na ten temat przedstawiały środowiska lekarskie (Naczelna Izba Lekarska, dalej: NIL)⁷, komitety bioetyczne (Komitet Bioetyki PAN⁸, włoski komitet bioetyczny⁹), a nawet instytucje międzynarodowe takie jak Rada Europy¹⁰ czy Parlament Europejski¹¹. Pojawiają się zarówno stanowiska chroniące szeroki zakres prawa do wolności sumienia, jak i propozycje jego ograniczenia zarówno dla lekarzy, jak i innych pracowników ochrony zdrowia (np. farmaceutów)¹², a nawet zlikwidowania klauzuli sumienia w medycynie (włącznie z absurdalnym postulatem, aby lekarz, który nie chce stosować się do ustanowionego prawa odszedł z zawodu lub zmienił specjalizację)¹³.

Przedstawiciele zawodów medycznych odwołują się do klauzuli sumienia najczęściej w przypadku aborcji, testów prenatalnych prowadzących do aborcji, ale również stosowania środków postkoitalnych, antykoncepcji, sterylizacji (ze wskazań pozamedycznych), niektórych procedur wspomaganey prokreacji

⁷ Stanowisko Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej Nr 74/13/P-VI z dnia 6 grudnia 2013 r. w sprawie korzystania z klauzuli sumienia w praktyce lekarskiej, <http://www.nil.org.pl/aktualnosci/stanowiska-prezydium-nrl-z-dn.-6-grudnia-2013-r.> [dostęp: 3.08.2014].

⁸ Stanowisko Komitetu Bioetyki przy Prezydium PAN nr 4/2013 z dnia 12 listopada 2013 roku w sprawie tzw. klauzuli sumienia, <http://www.bioetyka.pan.pl/images/stories/Pliki/Stalowisko%20KB%20nr%204-2013.pdf> [dostęp: 3.08.2014].

⁹ Comitato Nazionale per la Bioetica, Conscientious objection and bioethics, 30 July 2012, http://www.palazzochigi.it/bioetica/eng/pdf/Conscientious_objection_bioethics_12_06_2012.pdf [dostęp: 6.03.2014].

¹⁰ Rezolucja 1763 Rady Europy (The right to conscientious objection in lawful medical care. Assembly debate on 7 October 2010 (35th Sitting)); www.assembly.coe.int/Mainf.asp?link=/Documents/AdoptedText/ta10/ERES1763.htm [dostęp: 6.03.2014]. Na temat okoliczności powstania rezolucji zob.: J. Pawlikowski, *Prawo do sprzeciwu sumienia w ramach legalnej opieki medycznej. Rezolucja nr 1763 Zgromadzenia Parlamentarnego Rady Europy z dnia 7 października 2010 r.*, „Studia z Prawa Wyznaniowego” 2011, t. 14, s. 313-338.

¹¹ Committee on Women’s Rights and Gender Equality Report on Sexual and Reproductive Health and Rights (2013/2040(INI)) <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?type=REPORT&reference=A7-2013-0306&language=EN> [dostęp: 28.03.2014].

¹² Europejski Trybunał Praw Człowieka w sprawie Pichon and Sajous vs. France: „as long as the sale of contraceptives is legal and occurs on medical prescription nowhere other than in a pharmacy, the applicants cannot give precedence to their religious beliefs and impose them on others as justification for their refusal to sell such products”. *Pichon and Sajous v. France*, European Court of Human Rights, Application No. 49853/99. A. Lamacková, *Conscientious Objection in Reproductive Healthcare: Analysis of Pichon and Sajous v. France*, „European Journal of Health Law” 2008, t. 15(1), s. 7-43.

¹³ J. Savulescu, *Conscientious objection in medicine*, „British Medical Journal” 2006, t. 332, s. 294.

(przede wszystkim związanych z tworzeniem embrionów nadliczbowych i selekcją preimplantacyjną), eutanazji i samobójstwa z pomocą lekarza, a także stosowania leków, których produkcja oparta jest na wykorzystaniu komórek embrionalnych i tkanek płodowych, transplantacji (np. szintoizm), transfuzji (Świadkowie Jehowy) czy odmowy zaprzestania uporczywej terapii (niektóre ortodoksyjne odłamy judaizmu)¹⁴. Sprzeciw wobec wielu z tych procedur nie dotyczy wyłącznie lekarzy chrześcijańskich, ale również żydowskich, muzułmańskich i innych wyznań¹⁵. Dyskusja wokół klauzuli sumienia w medycynie dotyczy również jej zakresu podmiotowego¹⁶. Przede wszystkim dotyczy to farmaceutów, którzy zgłaszają sprzeciw głównie wobec sprzedaży środków antyimplantacyjnych i wczesnoporonnych, ale również diagnostów laboratoryjnych (np. diagnostyka w ramach przygotowania do procedury *in vitro*), sanitariuszy (np. transport pacjentki do kliniki aborcyjnej) czy pracowników administracyjnych (np. sporządzenie i wydanie zaświadczenia mającego być podstawą do przerwania ciąży)¹⁷. Niekiedy temat ten pojawia się również w kontekście kształcenia studentów medycyny, przy czym nie chodzi tylko

¹⁴ Przykładowo, 68% lekarzy pierwszego kontaktu w USA sprzeciwia się samobójstwu wspomaganemu medycznie, 44% aborcji na życzenie i ze wskazań eugenicznych. R.E. Lawrence, F.A. Curlin, *Physicians' Beliefs About Conscience in Medicine: A National Survey*, „Academic Medicine” 2009, t. 84(9), s.1276-1282.

¹⁵ F.A. Curlin, C. Nwodin, J.L. Vance i in., *To Die, to Sleep: US Physicians, Religious and Other Objections to Physician-Assisted Suicide, Terminal Sedation, and Withdrawal of Life Support*, „American Journal of Hospice and Palliative Care” 2008, t. 25(2), s. 112-120. L.H. Harris, A. Cooper, A. Rasinski i in., *Obstetrician-gynecologists' objections to and willingness to help patients obtain an abortion*, „Obstetrics and Gynecology” 2011, t. 118(4), s. 905-912. R.E. Lawrence, K.A. Rasinski, J.D. Yoon i in., *Obstetrician-gynecologists' beliefs about assisted reproductive technologies*, „Obstetrics and Gynecology” 2010, t. 116(1), s. 127-135. L. Ganzini, H.D. Nelson, M.A. Lee, D.F. Kraemer, T.A. Schmidt, M.A. Delorit, *Oregon Physicians' Attitudes About and Experiences With End-of-Life Care Since Passage of the Oregon Death with Dignity Act*, „Journal of the American Medical Association” 2001, t. 285, s. 2363-2369. N.S. Wenger, S. Carmel, *Physicians' Religiosity and End-of-Life Care Attitudes and Behaviors*, „The Mount Sinai Journal of Medicine” 2004, t. 71(5), s. 335-343. J. Pawlikowski, J. Sak, K. Marczewski, *Religijność lekarzy a kontrowersyjne moralnie procedury medyczne*, „Wiadomości Lekarskie” 2010, t. 5, s. 5-16. J. Pawlikowski, *Religijność lekarzy jako czynnik kształtujący postawy i decyzje zawodowe: rozważania w kontekście sporu o klauzulę sumienia*, w: *Bioetyka i praktyka medyczna: wybrane zagadnienia*, red. B. Dobrowolska, A. Pilewska-Kozak, I. Wrońska, Lublin, Uniwersytet Medyczny, 2011, s. 79-95.

¹⁶ W Polsce prawo do sprzeciwu sumienia mają ustawowo zagwarantowane lekarze, pielęgniarki i położne.

¹⁷ R.A. Charo, *The celestial fire of conscience – refusing to deliver medical care*, „New England Journal of Medicine” 2005, t. 352, s. 2471-2473, C. Dyer, *Receptionists may not invoke conscience clause*, „British Medical Journal” 1988, t. 297(6662), s. 1493-1494.

o uczestnictwo w zabiegu aborcji, ale również kwestie uwarunkowane kulturowo i religijnie, np. muzułmański zakaz dotykania osób płci przeciwnej a nauczanie badania fizykalnego¹⁸.

W Polsce prawo do powstrzymania się od wykonania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z sumieniem jest uregulowane w art. 39 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry¹⁹ oraz art. 12 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej²⁰. Korzystanie z prawa do sprzeciwu sumienia przewidzianego w art. 39 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry wymaga spełnienia kilku warunków nakładanych przez ustawodawcę: uprzedniego powiadomienia przełożonego, uzasadnienia i odnotowania tego faktu w dokumentacji medycznej oraz wskazania realnych możliwości uzyskania świadczenia u innego lekarza lub w innym zakładzie opieki zdrowotnej. Art. 30 wspomnianej ustawy ogranicza wspomniane prawo lekarza, określając, że ma on „obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała, lub ciężkiego rozstroju zdrowia oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki”.

Szereg autorów zgłosiło zastrzeżenia do obowiązujących przepisów wskazując na ich niezgodność z konstytucją, niezgodność z ratyfikowanymi przez Rzeczpospolitą Polską aktami prawa międzynarodowego oraz nieprecyzyjność (np. „inny przypadek niecierpiący zwłoki”). Wskazywano również na trudność praktycznej realizacji tych przepisów, niejasny zakres świadczeń gwarantowanych prawnie (np. aborcji), a także wymogów formalnych związanych z realizacją prawa do sprzeciwu sumienia, np. obowiązku poinformowania pacjenta o swoich przekonaniach, poinformowania o dostępnych legalnie możliwościach postępowania, czy skierowania do innego specjalisty lub podmiotu²¹. Najbardziej zagorzały spór dotyczy kontrowersyjnego przepisu nakładającego obowiązek wskazania innego specjalisty/podmiotu, który zrealizuje świadczenie będące

¹⁸ R.F. Card, *Is there no alternative? Conscientious objection by medical students*, „Journal of Medical Ethics” 2012, t. 38(10), s. 602-604.

¹⁹ Tekst jedn.: Dz. U. z 2011 r., Nr 277, poz. 1634 z późn. zm. (dalej: UzawL).

²⁰ Dz. U. z 2011 r., Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.

²¹ D.W. Brock, *Conscientious refusal*, s. 187-200; M.R. Wicclair, *Conscientious objection in medicine*, „Bioethics” 2000, t. 14, s. 205-227; A. Zoll, *Charakter prawny klauzuli sumienia*, „Medycyna Praktyczna” 2014, nr 1, s. 99. L. Bosek, *Klauzula sumienia – czy ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry jest zgodna z konstytucją?* „Medycyna Praktyczna” 2014, nr 1, s. 104. W. Galewicz, *Jak rozumieć medyczną klauzulę sumienia*, „Diametros” 2012, t. 34, s. 136-153. J. Pawlikowski, *Prawo do sprzeciwu sumienia w medycynie – aspekty etyczno-prawne*, „Prawo i Medycyna” 2009, t. 3, s. 37.

przedmiotem sprzeciwu sumienia²². Często argumentuje się, że odesłanie do innego specjalisty jest rozwiązaniem kompromisowym, które chroni integralność lekarza, a jednocześnie wypełnia obowiązek realizacji wszystkich zalegalizowanych świadczeń medycznych²³. Z drugiej strony takie zobowiązanie łamie pośrednio sumienie lekarza²⁴. Sytuacja obecna rodzi pytanie, jaką rolę spełnia klauzula sumienia w obecnym kształcie – czy bardziej zabezpiecza wolność sumienia lekarza czy raczej ją w sposób nieuzasadniony ogranicza? Warto także zwrócić uwagę, że przepis obligujący lekarza do wskazania innego specjalisty nakłada na społeczność medyczną rozumianą jako całość, zbiorowy obowiązek zrealizowania kontrowersyjnych moralnie świadczeń, co rodzi pytanie o relacje pomiędzy obowiązkiem prawnym a etosem grupy zawodowej.

Nietrudno zauważyć, że temat sprzeciwu sumienia pracowników ochrony zdrowia zrodził się przede wszystkim w kontekście legalizacji aborcji i innych procedur sprzecznych z zasadą nienaruszalności życia ludzkiego. Odmowa świadczeń w ramach klauzuli sumienia wynika bowiem najczęściej ze sprzeciwu wobec naruszania wartości życia ludzkiego w okresie prenatalnym lub terminalnym. Sprzeciw ten oparty jest najczęściej na hipokratejskiej tradycji etycznej i na racjonalnych przesłankach, które nie wymagają wiary religijnej. Powstaje zatem pytanie o zasadność nakładania na lekarzy obowiązku wykonania niektórych procedur będących obecnie przedmiotem sprzeciwu ich sumienia. Być może zasadniczym problemem związanym z klauzulą sumienia nie jest zakres prawa do sprzeciwu sumienia, ale charakter i zakres obowiązków, które zostały nałożone na lekarzy i zbiorowość medyczną oraz trudność ich moralnego uzasadnienia.

²² Z tego powodu klauzula sumienia jest interpretowana niejednolicie, a nawet sprzecznie. Przykładowo w kontekście przerywania ciąży na przepisy klauzuli sumienia powołują się zarówno przeciwnicy aborcji podkreślający prawo do wyrażenia sprzeciwu, jak również jej zwolennicy, którzy akcentują obowiązek zagwarantowania realizacji procedury, np. skierowania pacjentki do innego specjalisty.

²³ D.W. Brock, *Conscientious refusal*, s. 187-200.

²⁴ P. Stanisławski, *Klauzula sumienia*, s. 104-111; T. Biesaga, *Klauzula sumienia w etyce medycznej*, „Medycyna Praktyczna” 2008, t. 12, s. 132-136.

Interes publiczny czy interes indywidualny podstawą zobowiązań prawnych dla społeczności medycznej?

W debacie wokół klauzuli sumienia często brakuje refleksji nad głębszym uzasadnieniem dla zakresu świadczeń, do których próbuje się zobowiązać grupę zawodową lekarzy. Niekiedy wskazuje się jedynie na „umowę społeczną, znajdującą przynajmniej częściowy wyraz w uchwalonych regulacjach prawnych i deontologicznych”²⁵. Brak jednak wskazania na przesłanki aksjologiczne mające stanowić podstawę dla wspomnianej umowy społecznej. Spontanicznie akceptuje się powiązanie realizacji procedur naruszających życie ludzkie z wykonywaniem zawodu lekarza i dyskutuje jedynie nad indywidualnym prawem do sprzeciwu sumienia, albo rozważa czy lekarze w pełni wywiązują się z powinności wskazania realnych możliwości uzyskania kontrowersyjnego świadczenia u innego lekarza (np. stanowisko Komitetu Bioetyki PAN)²⁶. Posłuszeństwo prawu musi mieć jednak głębsze uzasadnienie, dlatego należy rozważyć, czy charakter i zakres obowiązków nakładanych na lekarzy w kontekście sporu wokół klauzuli sumienia są moralnie usprawiedliwione²⁷.

Regulacje związane z prawem do sprzeciwu sumienia pojawiały się dotychczas w kontekście określonego obowiązku prawnego, od którego pod pewnymi warunkami zwalniano niektórych obywateli. Obowiązek ten miał zazwyczaj charakter powszechny, a jego uzasadnieniem był interes publiczny, np. obronność i bezpieczeństwo kraju (obowiązek służby wojskowej) czy bezpieczeństwo zdrowotne (przymus szczepień). Obecny spór wokół klauzuli sumienia lekarza można wpisać w obowiązek zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego i w tym kontekście przepisy art. 30 Ustawy można uznać za uzasadnione (za taki obowiązek należałoby uznać działania ratujące życie, np. przetoczenie krwi). W tych sytuacjach uzasadnione może być ograniczenie wolności sumienia lekarza (nakaz podjęcia działania lub, jeśli sytuacja na to pozwala, wskazanie innego specjalisty

²⁵ W. Galewicz, *O właściwe rozumienie medycznej klauzuli sumienia*, Głos w dyskusji Polskiego Towarzystwa Bioetycznego: *jakich świadczeń medycznych można odmówić ze względów moralnych*, http://www.ptb.org.pl/pdf/galewicz_klauzula.pdf [dostęp: 6.03.2014].

²⁶ Stanowisko Komitetu Bioetyki przy Prezydium PAN nr 4/2013 z dnia 12 listopada 2013 roku w sprawie tzw. klauzuli sumienia, <http://www.bioetyka.pan.pl/images/stories/Pliki/Stalowisko%20KB%20nr%204-2013.pdf> [dostęp: 3.08.2014].

²⁷ Jak wiadomo, samo posłuszeństwo prawu stanowionemu nie uchroniło zbrodniarzy nazistowskich przed odpowiedzialnością. Trybunał Konstytucyjny w orzeczeniu dotyczącym KEL z roku 1992 stwierdził, „prawo powinno mieć legitymację etyczną”. (Za: T. Biesaga, *Klauzula*, s. 132-136).

lub podmiotu). Jednak większość procedur, które są dyskutowane w kontekście klauzuli sumienia nie ma związku z zapewnianiem bezpieczeństwa zdrowotnego (np. aborcja ze względów eugenicznych, która stanowi obecnie w Polsce ok. 95% przypadków aborcji; antykoncepcja hormonalna; środki postkoitalne; a w innych krajach eutanazja i pomoc w samobójstwie). Wynikają one bardziej z przekonań światopoglądowych i stylu życia części społeczeństwa.

Wydaje się, że uzasadnionym moralnie może być tylko taki obowiązek, za którym stoi interes publiczny (np. zdrowie społeczeństwa). Zobowiązanie lekarzy do podejmowania działań niemających uzasadnienia w ochronie zdrowia i życia obywateli (i ograniczanie w tych sytuacjach ich podstawowych praw) rodzi sytuację, w której ograniczenie wolności sumienia pewnej grupy obywateli (np. lekarzy sprzeciwiających się aborcji) nie znajduje uzasadnienia w interesie powszechnym, ale wynika raczej z realizacji interesów innej grupy obywateli o odmiennym światopoglądzie (np. zwolenników aborcji). Rodzi się także pytanie: czy takie przepisy nie przedkładają prawa do samostanowienia pacjenta ponad prawo do samostanowienia lekarza? NIL w swoim stanowisku dotyczącym klauzuli sumienia podkreśliła, że „prawa innych osób, tak długo, jak nie dochodzi do zagrożenia ich życia i zdrowia, nie mogą być podstawą do ograniczania lekarza w postępowaniu zgodnym ze wskazaniem swojego sumienia”²⁸.

Zakres zobowiązań lekarzy z perspektywy celów medycyny

Warto spojrzeć na spór wokół klauzuli sumienia i granic obowiązku lekarza z perspektywy celów medycyny. Poprzez obligowanie lekarza odmawiającego działania do wskazania innego specjalisty nakłada się obowiązek na całą społeczność medyczną, dlatego należy rozważyć, czy problem sprzeciwu sumienia nie jest efektem nakładania na pracowników ochrony zdrowia obowiązków kolidujących z celem medycyny i ich etosem zawodowym. Kontrowersyjność wielu procedur omawianych w kontekście klauzuli sumienia być może wynika z tego, że są sprzeczne z istotą medycyny, jako działalności praktycznej ukierunkowanej na ratowanie życia, przywracanie zdrowia i łagodzenie cierpienia.

²⁸ Stanowisko Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej Nr 74/13/P-VI z dnia 6 grudnia 2013 r. w sprawie korzystania z klauzuli sumienia w praktyce lekarskiej, <http://www.nil.org.pl/aktualnosci/stanowiska-prezydium-nrl-z-dn.-6-grudnia-2013-r.> [dostęp: 3.10.2014].

Obiektywny zakres relacji lekarz-pacjent wyznaczają: fakt choroby lub inny problem zdrowotny, wola udzielenia pomocy oraz podjęcie działań mających na celu poprawę stanu zdrowia. W centrum działalności medycznej jest relacja łącząca osobę potrzebującą pomocy z powodu choroby lub innego problemu zdrowotnego i osobę, która chce i potrafi udzielić tej pomocy. Choroba jest wpisana w ludzką egzystencję, a tym samym podstawowy cel, jakim jest leczenie i troska o chorego nie jest ustanawiany konwencjonalnie przez społeczność czy kulturę, ale wynika z ontologicznych uwarunkowań ludzkiej egzystencji²⁹.

Interpretacja zakresu wolności sumienia lekarza oraz jego obowiązków w dużej mierze zależy od przyjmowanej wizji medycyny, w tym jej celów i wywodzonych z nich zobowiązań moralnych³⁰. W tradycji hipokratejskiej, która wywodzi zobowiązania moralne z samej istoty medycyny, mamy do czynienia ze zdecydowanym sprzeciwem wobec niszczenia życia, w tym aborcji i eutanazji, jako działaniach sprzecznych z powołaniem lekarza. W innych modelach medycyny, np. kontraktualistycznym, pomija się nadrzędność wewnętrznych celów medycyny, a społeczeństwo lub pacjent ma prawo narzucać inne cele, zewnętrzne wobec jej istoty. Relację lekarz-pacjent zbliża się do relacji sprzedawca-klient i postuluje się obowiązek realizacji wszystkich działań dopuszczonych przez prawo wzmacniając żądania pacjenta przepisami prawa³¹. W takich modelach łatwo uzasadnić ograniczenie a nawet wyeliminowanie autonomii celów medycyny i wolności sumienia lekarza oraz rozszerzenie jego obowiązków do granic wyznaczanych przez prawo (nawet jeśli byłyby one sprzeczne z istotą medycyny). Należy mieć jednak świadomość, że w takiej sytuacji znikają również naturalne, wewnętrzne bariery lekarzy wobec przekraczania kolejnych granic niszczących godność człowieka, zwłaszcza, jeśli takie działania są usankcjonowane prawnie lub społecznie. Z drugiej strony M. Wicclair wskazuje, że lekarskiego prawa do sprzeciwu sumienia można bronić zarówno z perspektywy konsekwencjonalizmu, jak i kontraktualizmu³².

Kilka lat temu w środowisku bioetycznym toczyła się intensywna debata dotycząca zadań i celów medycyny w kontekście przekształceń ekonomicznych, prawnych i organizacyjnych systemów opieki zdrowotnej. Większość uczestników debaty wskazywała na podobne cele różniąc się jedynie ich hierarchią.

²⁹ E.D. Pellegrino, *Toward a reconstruction of medical morality*, „American Journal of Bioethics” 2006, t. 6(2), s. 65-71.

³⁰ T. Biesaga, *Klauzula*, s. 132-136.

³¹ Warto jednak zauważyć, że nawet w przypadku sprzedawcy prawo nigdy nie zobowiązywałoby go do podejmowania działań przeciwko życiu ludzkiemu na żądanie klienta!

³² M. Wicclair, *Is conscientious objection incompatible with a physician's professional obligations?*, „Theoretical Medicine and Bioethics” 2008, t. 29, s. 171-185.

Wyróżniono cztery cele pozwalające na zachowanie integralności medycyny w sytuacji społecznej i politycznej presji: leczenie chorych i opieka nad nieuleczalnie chorymi; profilaktyka i promocja zdrowia; przynoszenie ulgi w bólu i cierpieniu spowodowanym przez chorobę; zapobieganie przedwczesnej śmierci i stworzenie warunków spokojnej śmierci³³. O podstawowych zadaniach medycyny mówi również artykuł 2 Kodeksu Etyki Lekarskiej (dalej: KEL): „Powołaniem lekarza jest ochrona życia i zdrowia ludzkiego, zapobieganie chorobom, leczenie chorych oraz niesienie ulgi w cierpieniu; lekarz nie może posługiwać się wiedzą i umiejętnością lekarską w działaniach sprzecznych z tym powołaniem”³⁴. Wymienione wyżej cele wyrastają z samej istoty medycyny, dlatego można je nazwać celami wewnętrznymi. Nie są one ustanawiane na zasadzie umowy społecznej, nie wypływają z kultury lub przepisów prawa. To raczej sprawiedliwe prawo powinno sprzyjać ich realizacji i stać na straży autonomii medycyny³⁵.

Wyróżnić możemy wewnętrzne i zewnętrzne cele medycyny. Cele wewnętrzne są immanentnie związane z istotą medycyny, jako działalności polegającej na ochronie ludzkiego życia i zdrowia oraz łagodzenia objawów choroby. Cele zewnętrzne wypływają z innych potrzeb niż zdrowotne i nie są ukierunkowane bezpośrednio na ochronę zdrowia i życia człowieka, a jedynie dla ich realizacji wykorzystuje się wiedzę i umiejętności medyczne. Pokrywa się to w pewnej

³³ *The Goals of Medicine: Setting New Priorities: A Hasting Center Project Report*, w: *Life Choices. A Hastings Center Introduction to Bioethics*, red. J.H. Howell, W.F. Sale, Washington 2000, s. 61; M.J. Hanson, D. Callahan, *The Goals of Medicine. The Forgotten Issues in Health Care Reform*, Washington 2000. Niektórzy autorzy tylko pierwszy z wymienionych celów uważają za podstawowy i z niego wyprowadzają pozostałe, a inni wszystkie cele traktują jako podstawowe bez podejmowania próby hierarchizacji. Zwolennikami pierwszej postawy są np. E. Pellegrino i L. Kass. Pellegrino ujmując to następująco: „Celem medycyny jest przywrócenie i rozwój zdrowia, (...) a jeśli to niemożliwe opieka i pomoc pacjentowi, aby żył mimo bólu, dyskomfortu i niepełnosprawności. (...) Zobowiązanie do leczenia wyrastające z relacji lekarz-pacjent nadal stanowi ostateczny cel tej profesji. Gdyby medycyna go utraciła przestałaby być medycyną” (E.D. Pellegrino, D.C. Thomasma, *The Virtues in Medical Practice*, New York, Oxford 1993, s. 53, 60. Za: T. Biesaga, *Właściwe i niewłaściwe cele medycyny*, „Medycyna Praktyczna” 2004, t. 5, s. 1-5.

³⁴ Wszystkie cytowane fragmenty Kodeksu Etyki Lekarskiej za: *Kodeks Etyki Lekarskiej*. Tekst jedn. z dnia 2 stycznia 2004 r., zawierający zmiany uchwalone w dniu 20 września 2003 r. przez Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy, Warszawa, NRL, 2004.

³⁵ R. Veatch, *Internal and External Sources of Morality for Medicine*, w: *The health Care Professional as Friend and Healer*, red. D.C. Thomasma, J.L. Kissel, Washington 2000, s. 75.

mierze z podziałem na działania lecznicze i nielecznicze, albo medyczne i pozamedyczne wykonywane przez pracowników systemu ochrony zdrowia³⁶.

Cele zewnętrzne (nielecznicze, pozamedyczne) mogą być godziwe lub niegodziwe w zależności od tego, czy angażując wiedzę i umiejętności medyczne szanują wewnętrzną autonomię medycyny (jej fundamentalne cele i wartości), czy też ją naruszają. Godziwe cele pozamedyczne mogą wynikać z potrzeb ekonomicznych, społecznych, politycznych, naukowych, ale ich realizacja nie narusza podstawowych celów medycyny i etyki lekarskiej. Przykładem godziwych celów pozamedycznych jest wykorzystanie wiedzy i umiejętności medyków dla celów dochodzeniowo-śledczych w ramach medycyny sądowej; dla celów społecznych w ramach orzecznictwa ubezpieczeniowego i medycyny pracy; dla celów naukowych w badaniach biomedycznych. Państwo może zobowiązać pracowników ochrony zdrowia do realizacji godziwych celów pozamedycznych, a społeczność medyczna powinna się ich podjąć chcąc odpowiedzialnie wypełniać swoją rolę społeczną³⁷.

Niekiedy jednak wyznaczane cele pozamedyczne są sprzeczne z podstawowymi celami medycyny i fundamentalnymi wartościami etosu zawodowego – należy je określić, jako niegodziwe cele pozamedyczne. Przykładem takich działań może być zobowiązanie lekarzy do złamania zasady bezwzględnego szacunku dla zdrowia i życia ludzkiego w fazie prenatalnej lub terminalnej, albo do selekcji i eliminacji chorych lub słabszych istot ludzkich. W takiej sytuacji medycyna może być instrumentalnie angażowana w realizację politycznych strategii społecznych³⁸, albo różnych potrzeb obywateli związanych z ich wyborami światopoglądowymi i stylem życia, a nie potrzebami zdrowotnymi. Według L. Kassa realizowanie zadań społecznych, ekonomicznych czy politycznych zamiast troski o zdrowie pacjenta jest sprzeczne z istotą medycyny. Lojalność wobec władzy państwowej lub uległość wobec presji społecznej powodują, że

³⁶ Działania medyczne wiążą się z ochroną życia lub zdrowia drugiego człowieka oraz łagodzeniem cierpień. Działania niemedyczne to takie, które z różnych powodów są na lekarzy nakładane, albo oczekuje się ich realizacji ze strony lekarzy, ale nie dotyczą bezpośrednio ochrony zdrowia lub życia ludzkiego.

³⁷ Nakładanie takich obowiązków powinno jednak mieć również rozsądne granice, aby nie utrudniało realizacji podstawowych zadań. W ostatnich dziesięcioleciach wydaje się nawet, że ilość pozamedycznych celów i zadań nakładanych na lekarzy i innych pracowników ochrony zdrowia wzrasta, głównie z powodu obowiązków biurokratycznych.

³⁸ Przykładem medycyny realizującej cele polityczne i społeczne w powiązaniu z deptaniem godności człowieka, w tym pacjenta, była medycyna nazistowska. Jej czołowi przedstawiciele zrównali cele pozamedyczne z celami wewnętrznymi w takim stopniu, że uważali, iż były one zgodne z etosem zawodowym. Zob. E. Klee, *Auschwitz – medycyna III Rzeszy i jej ofiary*, Universitas 2012.

część lekarzy podejmuje działania, które mogą naruszać istotę medycyny i dobro pacjenta³⁹.

Lekarz powołany jest przede wszystkim do realizacji działań wyływających z wewnętrznych celów medycyny (czyli działań medycznych) i tego należy od niego wymagać. Dlatego za usprawiedliwiony można uznać przymus prawny obligujący do wykonywania działań medycznych i powiązane z tym sankcje za niespełnienie tego obowiązku. Przykładowo, lekarz może być zobowiązany do opatrzenia ran u zbrodniarza nawet, gdyby emocjonalnie wzdragał się przed takim działaniem, albo do pomocy osobie w stanie zagrożenia życia i zdrowia, nawet jeśli metoda lecznicza nie jest zgodna z wyznawaną przez lekarza religią (np. przetoczenie krwi).

Powstaje natomiast pytanie: w jakim stopniu można lekarza zobowiązywać do realizacji celów zewnętrznych i podejmowania działań pozamedycznych? Znaczna część wspomnianych wcześniej działań pozamedycznych nie wzbudza istotnych dylematów moralnych i nie są one przedmiotem kontrowersji. Niektóre jednak spotykają się ze sprzeciwem lekarzy, ponieważ wiążą się z określonymi wyborami światopoglądowymi i stylem życia, które mogą być odmienne dla lekarza i pacjenta (np. metody regulacji poczęć), albo uderzają bezpośrednio w życie istoty ludzkiej na etapie embrionalnym, płodowym czy terminalnym (np. aborcja z przesłanek niemedycezných). Dlatego zobowiązywanie społeczności lekarskiej do realizacji świadczeń niemedycezných, które są sprzeczne z podstawowymi celami medycyny i uderzają w fundamentalne wartości etosu zawodowego, jest nieuzasadnione moralnie i nie powinno mieć odzwierciedlenia w przepisach prawnych (zwłaszcza w państwie, które chce budować na fundamentach demokracji liberalnej oraz poszanowaniu praw i wolności wszystkich obywateli, zarówno pacjentów, jak i lekarzy). Zobowiązując do realizacji niegodziwych celów pozamedycznych państwo nakazuje lekarzom zwrócić się przeciwko własnemu etosowi zawodowemu⁴⁰. Należy podkreślić, że obligowanie lekarza i społeczności medyczej do niszczenia ludzkiego życia w ogóle nie powinno mieć miejsca i takie zobowiązania nie powinny być przedmiotem dyskusji w kontekście klauzuli sumienia. Taka dyskusja jest natomiast zasadna w odniesieniu do przypadków odmowy stosowania uznanych metod leczenia, które sprzeciwiają się wierzeniom lub światopoglądowi lekarza (np. transfuzja

³⁹ L.R. Kass, *The End of Medicine and the Pursuit of Health*, w: *Toward a More Natural Science*, red. L.R. Kass, New York, 1985, s. 160.

⁴⁰ Odmowa działania w takiej sytuacji nie przypomina okoliczności odmowy służby wojskowej przez rekruta. Raczej jest analogiczna do odmowy wykonania rozkazu, który w sposób oczywisty sprzeciwia się racji stanu i suwerenności państwa, albo odmowy wydania wyraźnie niesprawiedliwego orzeczenia przez sędziego.

krwi). Należy zatem zgodzić się z wnioskiem NIL skierowanym do Trybunału Konstytucyjnego o orzeczenie niezgodności z Konstytucją art. 39 Ustawy „w zakresie, w jakim nakłada na lekarza obowiązek wykonania niezgodnych z jego sumieniem świadczeń zdrowotnych, niebędących świadczeniami leczniczymi (służącymi zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia)”⁴¹.

Zakres zobowiązań lekarzy z perspektywy etyki zawodowej

Naczelną zasadą w etyce medycznej jest troska o dobro pacjenta. Wyraża się ona w łacińskiej maksymie *salus aegroti suprema lex esto*⁴². Odwołuje się do niej również polski Kodeks Etyki Lekarskiej w art. 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”). Tę samą zasadę wyraża przyrzeczenie lekarskie i Przysięga Hipokratesa („Do jakiegokolwiek wejść domu, wejść doń dla pożytku chorych”)⁴³. We współczesnej etyce medycznej ta norma nazywana jest zasadą dobroczynienia. Niektórzy autorzy (np. T.L. Beauchamp, J.F. Childress)⁴⁴ wymieniają ją jako jedną z najważniejszych norm obok zasady poszanowania autonomii, nieszkodzenia i sprawiedliwości, podczas gdy inni (np. E. Pellegrino, D. Thomaśma) wskazują na nią, jako najważniejszą zasadę etyki medycznej,

⁴¹ Uchwała Nr 3/14/VI Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 21 lutego 2014 r. w sprawie wystąpienia z wnioskiem do Trybunału Konstytucyjnego, http://www.nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0004/93685/ru003-14-VI.pdf [dostęp: 31.03.2014].

⁴² Niekiedy termin *salus* tłumaczony jest jako „zdrowie”, ale bardziej trafnym jest rozumienie go jako „dobro”.

⁴³ Przysięga Hipokratesa, <http://www.oil.org.pl/xml/oil/oil68/tematy/hipokr> [dostęp: 6.03.2014]. W tradycji hipokratejskiej zawód lekarza nie jest zwykłym zajęciem, ale staje się misją i powołaniem życiowym. Niektórzy przedstawiciele nurtu liberalnego (np. H.T. Engelhardt) uważają, że treści zawarte w etyce hipokratejskiej są przebrzmiałe i zbyt ciasne dla współczesnej etyki, natomiast inne autorytety medyczne i etyczne (np. E.D. Pellegrino, D.C. Thomaśma) podkreślają jej aktualność i ponadczasowość (T. Biesaga, *Przysięga Hipokratesa a etyka medyczna*, „Medycyna Praktyczna” 2006, t. 7-8, s. 20-25).

⁴⁴ T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, New York, Oxford University Press 2001.

z której wynikają pozostałe reguły, jak nakaz absolutnego poszanowania dla życia ludzkiego, zachowania tajemnicy, czy nieszkodzenia⁴⁵.

Praktyka medyczna powinna być ukierunkowana na dobro całej osoby, w jej wymiarze fizycznym, psychicznym, społecznym i duchowym, i temu podstawowemu celowi powinny być podporządkowane wszystkie działania pracowników ochrony zdrowia. Troska o dobro pacjenta może się jednak wyrażać w różnej formie. Lekarz powinien leczyć, kiedy jest to możliwe, a kiedy nie może osiągnąć tego celu, to jego troska może wyrażać się w łagodzeniu cierpień, a także prognozie, rehabilitacji, usprawnianiu, zapobieganiu chorobie, urazowi lub pogorszeniu stanu zdrowia. Niekiedy troska o dobro pacjenta może się również wyrażać w niepodejmowaniu lub zaprzestaniu terapii, gdy jest ona nieefektywna, szkodliwa, uporczywa, daremna lub nieproporcjonalna do związanych z nią obciążeń. Cel podstawowy (dobro pacjenta) pozostaje zawsze ten sam, choć forma jego realizacji może się zmieniać. Z kolei w opiece położniczej troska o pacjenta obejmuje zarówno matkę, jak i dziecko (taki obowiązek nakłada również KEL), dlatego w tym przypadku dobro pacjenta możemy analizować zarówno z perspektywy matki, jak i dziecka⁴⁶.

Dobro pacjenta odczytywane jest w procesie dialogu pomiędzy lekarzem oraz pacjentem (i/lub jego rodziną), co chroni przed nadmiernym paternalizmem ze strony terapeuty. Ten dialog powinien respektować autonomię pacjenta i jego wolność wyboru pomiędzy różnymi opcjami terapeutycznymi. Pracownicy służby zdrowia, którzy kierują się zasadą troski o dobro chorego powinni dążyć do podejmowania działań zgodnych z indywidualnymi potrzebami i wartościami pacjenta oraz obiektywnymi celami medycyny⁴⁷.

Z zasady poszanowania autonomii wyprowadza się jednak często postulat ograniczenia prawa do sprzeciwu sumienia lekarza. Przeciwnicy tego prawa argumentują, że narusza ono autonomię pacjenta, wprowadza nierówności w systemie opieki zdrowotnej oraz utrudnia dostęp do zalegalizowanych świadczeń⁴⁸. Tendencje te wykorzystują m.in. organizacje proaborcyjne podkreślając

⁴⁵ E.D. Pellegrino, *For the Patient's Good: The Restoration of Beneficence in Health Care*, New York, Oxford University Press, 1988. E.D. Pellegrino, D.C. Thomasma, *A Philosophical Basis of Medical Practice: Toward a Philosophy and Ethic of the Healing Professions*, New York, Oxford University Press, 1981.

⁴⁶ Art. 39 KEL: „Podejmując działania lekarskie u kobiety w ciąży lekarz równocześnie odpowiada za zdrowie i życie jej dziecka. Dlatego obowiązkiem lekarza są starania o zachowanie zdrowia i życia dziecka również przed jego urodzeniem”.

⁴⁷ E.D. Pellegrino, *For the Patient's Good*; 1988. E.D. Pellegrino, *The philosophy of medicine Reborn: A Pellegrino Reader*, University of Notre Dame Press, 2008.

⁴⁸ J. Savulescu, *Conscientious objection*, s. 294. F.A. Chervenak, L.B. McCullough, *Professional responsibility and individual conscience: protecting the informed consent from impermissible bias*, „Journal of Clinical Ethics” 2008, t. 10, s. 24-25.

dominującą wolę kobiety w podejmowaniu decyzji o aborcji i zobowiązaniu do jej wykonania lekarza⁴⁹. Należy zatem rozważyć czy prawo do sprzeciwu sumienia lekarza narusza zasadę poszanowania autonomii pacjenta i do jakich granic można ograniczać autonomię lekarza w imię autonomii pacjenta.

Zasada poszanowania autonomii pacjenta pojawiła się w etyce medycznej w kontekście ograniczenia nadmiernie paternalistycznej postawy lekarzy i zobowiązywała do poszanowania hierarchii wartości i indywidualnych przekonań pacjenta⁵⁰. Istnieje jednak ryzyko, że w atmosferze krytyki nadmiernego paternalizmu lekarza nastąpi absolutyzacja autonomii pacjenta⁵¹. Poszanowanie autonomii jest koniecznym warunkiem troski o dobro pacjenta, ale nie najważniejszym⁵². Polski KEL zobowiązuje do jej przestrzegania w art. 13: „Obowiązkiem lekarza jest respektowanie prawa pacjenta do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących jego zdrowia.” Zasada poszanowania autonomii pacjenta ma jednak swoje ograniczenia. Szczególnie dotyczy to pacjenta nieprzytomnego, splątanego, o ograniczonej świadomości, niepełnoletniego itp., ale również pacjenta kompetentnego, który zmienia swoją wcześniejszą decyzję lub nie chce jej podejmować.

Oczywistym ograniczeniem dla poszanowania autonomii pacjenta powinno być również poszanowanie autonomii lekarza. Szanowanie światopoglądu

⁴⁹ T. Biesaga, *Klauzula*, s. 132-136.

⁵⁰ W dyskusjach etycznych i prawnych pojawia się niekiedy napięcie, a nawet konflikt pomiędzy zasadą poszanowania autonomii a zasadą troski o dobro pacjenta, a jednym z częściej przytaczanych przykładów jest transfuzja krwi u Świadców Jehowy (S. Hivey, N. Pace, J.P. Garside, A.R. Wolf, *Religious practice, blood transfusion, and major medical procedures*, „Pediatric Anesthesia” 2009, t. 19, s. 934-946; J.M. West, *Ethical issues in the care of Jehovah's Witnesses*, „Current Opinion in Anaesthesiology Journal” 2014, t. 27(2), s. 170-176).

⁵¹ M. Safjan, *Leczenie – obowiązek czy przywilej lekarza?*, „Medycyna Praktyczna” 2008, t. 11, s. 135-140.

⁵² W jednym z badań przeprowadzonych wśród specjalistów, 64% ankietowanych stwierdziło, że w praktyce medycznej najważniejsza jest dla nich zasada dobroczynienia (*beneficence*), a około jedna czwarta (26%), że zasada poszanowania autonomii. W mniejszym stopniu akceptują ją pediatrzy niż interniści. M.P. Combs, R.M. Antiel, J.C. Tilburt, P.S. Mueller, F.A. Curlin, *Conscientious refusals to refer: findings from a national physician survey*, „Journal of Medical Ethics” 2011, t. 37, s. 397-401. Zazwyczaj jednak lekarze starają się kierować zasadą poszanowania autonomii pacjenta. W badaniach przeprowadzonych wśród lekarzy amerykańskich pracujących w podstawowej opiece zdrowotnej, 40% przyznało jej największe znaczenie w sytuacjach skomplikowanych etycznie, 15% własnemu wyobrażeniu o dobru pacjenta, 18% rekomendacjom towarzystw naukowych, a 5% własnym przekonaniom religijnym (R.E. Lawrence, F.A. Curlin, *Autonomy, religion and clinical decisions: findings from a national physician survey*, „Journal of Medical Ethics” 2009, t. 35, s. 214-218).

i wyborów pacjenta nie oznacza podporządkowywania się we wszystkim jego życzeniom, zwłaszcza jeśli naruszają one przekonania moralne lekarza⁵³. Lekarz jest również podmiotem moralnym i pacjent nie może żądać, aby działał on wbrew swoim wartościom. Szczególnie dotyczy to sytuacji, gdy pacjent żąda działania sprzecznego z wiedzą medyczną i sprzecznego z przekonaniem lekarza⁵⁴. Wyniki badań przeprowadzonych na lekarzach amerykańskich wskazują, że większość lekarzy (w tym ginekologów-położników)⁵⁵, w kontrowersyjnych moralnie sytuacjach, nie narusza autonomii pacjenta, ponieważ nie narzuca mu własnej oceny moralnej, ani nie namawia do przyjęcia postawy, którą oni sami reprezentują⁵⁶. Zdaniem T. Biesagi, sprzeciw sumienia lekarza nie przekreśla autonomii pacjenta. Nie chodzi w nim bowiem o narzucanie swojej moralności pacjentowi, ale o wierność przyjętym zasadom moralnym. Nie można wyma-

⁵³ E.D. Pellegrino, *Toward a reconstruction of medical morality*, „American Journal of Bioethics” 2006, t. 6(2), s. 65-71. F.A. Curlin, R.E. Lawrence, M.H. Chin, J.D. Lantos, *Religion, Conscience, and Controversial Clinical Practices*, „New England Journal of Medicine” 2007, t. 356, s. 593-600.

⁵⁴ Jeden z lekarzy opiekujących się chorymi z urazem rdzenia kręgowego opisuje, że po kilku dniach od urazu często bywał proszony o skrócenie życia. Gdyby oparł się tylko na zasadzie poszanowania autonomii to powinien uczynić zadość tym życzeniom. Odpowiadał jednak pacjentom, aby wstrzymali się ze swoją decyzją przez rok – ten okres wystarczał, aby większość pacjentów zaadaptowała się do nowej sytuacji i odnalazła na nowo sens życia (K.C. Parsons. Responses to: F.A. Curlin, R.E. Lawrence, M.H. Chin, J.D. Lantos, *Religion, Conscience, and Controversial Clinical Practices*, „New England Journal of Medicine” 2007, t. 356, s. 1891). Około 42% lekarzy amerykańskich jest zdania, że lekarz nigdy nie powinien robić tego, co do czego jest przekonany, że jest moralnie złe. (R.E. Lawrence, F.A. Curlin, *Physicians’ beliefs about conscience in medicine: a national survey*, „Academic Medicine: Journal of the Association American Medical Colleges” 2009, t. 84, s. 1276-1282).

⁵⁵ J.D. Yoon, K.A. Rasinski, F.A. Curlin, *Moral controversy, Directive Counsel, and the Doctor’s Role: Findings From a National Survey of Obstetrician-Gynecologists*, „Academic Medicine: Journal of the Association American Medical Colleges” 2010, t. 85(9), s. 1475-1481.

⁵⁶ Większość badanych lekarzy uważała, że jest moralnie dopuszczalne przedstawienie swoich obiekcji pacjentowi (63%). W badaniach z 2007 roku większość (71%) lekarzy akceptowała również obowiązek odesłania pacjenta do innego lekarza (F.A. Curlin, R.E. Lawrence, M.H. Chin, J.D. Lantos, *Religion*, s. 593-600). W badaniach z 2011 roku (na grupie 2000 lekarzy amerykańskich różnych specjalności) odsetek akceptujących zmniejszył się do 57% (27% zdecydowanie, 30% raczej akceptuje, 25% raczej nie akceptuje, 19% jest zdecydowanie przeciwnych). Częściej akceptują ten obowiązek lekarze o poglądach liberalnych, o niższej religijności i duchowości oraz przekonani, że zasada poszanowania autonomii powinna być najważniejsza (M.P. Combs, R.M. Antiel, J.C. Tilburt, P.S. Mueller, F.A. Curlin, *Conscientious refusals to refer: findings from a national physician survey*, „Journal of Medical Ethics” 2011, t. 37, s. 397-401).

gać od lekarza szacunku dla pacjenta bez szacunku dla siebie⁵⁷. Również NIL w swoim stanowisku podkreśla, że lekarz korzystający z klauzuli sumienia „nie powinien wywierać wpływu na decyzję pacjenta, ani narzucać mu swojego światopoglądu”⁵⁸.

Fundamentalną zasadą etyki medycznej jest również szacunek dla życia ludzkiego. Z niej wypływa pragnienie ratowania życia, troska o zdrowie czy dążenie do poprawy jakości życia. Niszcząc życie istoty ludzkiej usuwamy fundament, na którym osadzone jest dobro pacjenta i realizacja szczegółowych celów medycyny. Absolutny szacunek dla życia ludzkiego wyrażony jest w Przysiędze Hipokratesa („Nikommu, nawet na żądanie, nie dam śmiertelnej trucizny, ani nikomu nie będę jej doradzał, podobnie też nie dam nigdy niewieście środka poronnego”)⁵⁹ i w ciągu stuleci stanowiła ona podstawową zasadę w etyce medycznej. Również polski KEL zawiera szereg artykułów zobowiązujących do bezwzględnego szacunku dla życia ludzkiego (np. art. 30 i 31 zawierają nakaz humanitarnej opieki terminalnej oraz zakaz eutanazji i pomocy w samobójstwie; art. 39 zobowiązuje do podejmowania „starań o zachowanie zdrowia i życia dziecka również przed jego urodzeniem”).

Większość procedur będących przedmiotem sporu związanego z klauzulą sumienia narusza powyższą zasadę w odniesieniu do życia ludzkiego na etapie prenatalnym (aborcja, środki wczesnoporonne i antyimplantacyjne, nazywane również antynidacyjnymi, przeciwwznieźdzeniowymi) lub terminalnym (eutanazja, pomoc w samobójstwie). Niezależnie od definicji funkcjonujących w różnych systemach prawnych, z moralnego i naukowego punktu widzenia można założyć, że z istotą ludzką mamy do czynienia od momentu poczęcia. Zatem należy szanować jej prawo do życia również w fazie rozwoju embrionalnego i płodowego. Jak z tą zasadą pogodzić stosowanie środków mechanicznych i farmakologicznych o działaniu antyimplantacyjnym, niszczenie nadliczbowych embrionów powstałych w procedurach zapłodnienia pozaustrojowego, diagnostykę preimplantacyjną mającą na celu selekcję embrionów⁶⁰, czy ba-

⁵⁷ Tamże.

⁵⁸ Stanowisko Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej Nr 74/13/P-VI z dnia 6 grudnia 2013 r. w sprawie korzystania z klauzuli sumienia w praktyce lekarskiej, <http://www.nil.org.pl/aktualnosci/stanowiska-prezydium-nrl-z-dn.-6-grudnia-2013-r>. [dostęp: 3.08.2014].

⁵⁹ Przysięga Hipokratesa: <http://www.oil.org.pl/xml/oil/oil68/tematy/hipokr> [dostęp: 6.03.2014].

⁶⁰ Diagnostyka preimplantacyjna nie wzbudzałaby etycznych kontrowersji, gdyby była przeprowadzana na gametach (np. komórkach jajowych) lub dla dobra embrionów, np. w celach podjęcia wczesnego leczenia (obecnie to tylko hipotetyczna sytuacja). Mając świadomość kontrowersji związanych z diagnostyką preimplantacyjną, warto pamiętać

dania z wykorzystaniem embrionów? Działania te nie wzbudzają oporów i wątpliwości u osób, które nie uznają embrionu za istotę ludzką, ale przyjmując takie stanowisko trzeba zrationalizować oddzielenie momentu poczęcia od momentu hominizacji lub personalizacji. Dzieje się to najczęściej przez zmianę zakresu i znaczenia pojęć, np. wprowadzenie terminu pre-embryon na określenie bytu przed implantacją, co ułatwia eksperymentowanie na ludzkich embrionach *in vitro* w świetle prawa⁶¹. Jeśli jednak przyjmiemy moment poczęcia jako początek ludzkiego życia, to trudno będzie zaakceptować jakąkolwiek formę destrukcji embrionu, ponieważ byłaby tożsama ze zniszczeniem ludzkiego życia.

Najsilniejszy sprzeciw sumienia lekarzy wzbudza zobowiązanie ich do wykonania aborcji, zwłaszcza z przesłanek niemedycejskich, ponieważ narusza ona dobro pacjenta-dziecka i jest sprzeczna z zasadą poszanowania życia ludzkiego. Szczególne dylematy pojawiają się w sytuacji aborcji z przesłanek eugenicznych. Z jednej strony badania prenatalne dają coraz częściej możliwość podjęcia działań terapeutycznych na etapie prenatalnym, a z drugiej strony bywają podstawową przesłanką przerwania ciąży⁶². Zakłada się, że lekarz informując o nieuleczalnej chorobie dziecka pozostawia decyzję o kontynuowaniu lub zakończeniu ciąży rodzicom. W jego sumieniu uformowanym na tradycji bezwzględnej poszanowania dla życia ludzkiego mogą się jednak rodzić wątpliwości, czy nie powinien podjąć działań ratujących życie dziecka, czy rodzice nie nadinterpretują ciężkości wady, czy nie było błędu diagnostycznego, albo fundamentalne pytanie: czy prognozowana jakość życia może usprawiedliwiać zniszczenie życia. Należy

o działaniach niewzbudzających tyłu negatywnych emocji jak prekonceptyjne poradnictwo genetyczne.

⁶¹ Np. M. Warnock, *Report of the Committee of Inquiry into Human Fertilisation and Embryology*, London, 1988: http://www.hfea.gov.uk/docs/Warnock_Report_of_the_Committee_of_Inquiry_into_Human_Fertilisation_and_Embryology_1984.pdf [dostęp: 28.03.2014].

⁶² W chwili obecnej niestety możliwości diagnostyczne na etapie prenatalnym przewyższają możliwości terapeutyczne, co rodzi liczne dylematy i prowadzi niekiedy do decyzji o przerwaniu ciąży. Tragiczną historią w tym kontekście jest życie i działalność prof. Jeroma Lejeuna, który wynalazł metodę diagnostyki zespołu Downa w celu poszukiwania nowych metod terapii tego schorzenia, a jego wynalazek w innych rękach stał się podstawą eliminacji dzieci z tym zaburzeniem genetycznym. Należy jednak również pamiętać, że w wielu przypadkach badania prenatalne potwierdzają dobre zdrowie dziecka, usuwają niepokój rodziców i zachęcają ich do kontynuowania ciąży. W niektórych sytuacjach wyniki badań prenatalnych są podstawą do podjęcia interwencji terapeutycznej, wybrania bezpieczniejszej drogi porodu czy wskazania na konieczność opieki w bardziej specjalistycznym ośrodku zapewniającym obecność wielu specjalistów. Ten cel diagnostyki prenatalnej jest również akceptowany w nauczaniu Kościoła katolickiego, dlatego nawet lekarze katolicy o wysokiej religijności nie powinni wyrażać sprzeciwu wobec tej techniki stosowanej w takim celu (Katechizm Kościoła Katolickiego: art. 5, § 2274).

dotatkowo zwrócić uwagę, że nie ma ścisłej definicji medycznej ani prawnej ciężkiej wady płodu. Nie ma również w tej materii jednolitej opinii wśród ginekologów-położników⁶³. Sytuacja, w której lekarz jest zobowiązany do przerwania życia chorego dziecka w fazie prenatalnej (w najlepszym przypadku do wskazania innego, który to zrealizuje) i jednocześnie zobowiązany do pomocy i opieki w okresie postnatalnym może doprowadzić do moralnej dezintegracji zarówno indywidualnego lekarza, jak i spójności zasad etycznych w praktyce medycznej. Jak bowiem pogodzić prenatalną selekcję z postnatalną solidarnością?

Warto w tym kontekście zwrócić uwagę na koncepcję hospicjum perinatalnego. Jego celem jest opieka nad dzieckiem w okresie pre- i perinatalnym, które prawdopodobnie z powodu swoich wad umrze w trakcie lub niedługo po urodzeniu, jak również wsparcie dla rodziców dziecka. Umożliwia się między innymi urodzenie dziecka z wadą letalną w domu, aby nie wystawiać go na próby niepotrzebnej, daremnej i uporczywej terapii, przy jednoczesnym zapewnieniu podstawowej opieki łagodzącej dotkliwe objawy choroby, nawet przez krótki okres życia po urodzeniu. Wydaje się, że takie postępowanie może przynieść korzyść dziecku i rodzicom oraz być dobrym rozwiązaniem dla lekarzy, którzy chcą uniknąć skrajności uporczywej terapii i aborcji eugenicznej. Hospicjum perinatalne można łatwo włączyć w system opieki położniczej⁶⁴. W chwili obecnej w USA działa około 200 placówek zapewniających opiekę hospicyjną w okresie perinatalnym⁶⁵, a od kilku lat taką pomoc oferuje również Warszawskie Hospicjum dla dzieci.

Sytuacje związane z prawem do sprzeciwu sumienia mogą pojawiać się również w opiece nad pacjentem nieuleczalnie i terminalnie chorym. W krajach, które zalegalizowały eutanazję lub samobójstwo z pomocą lekarza, uczestnictwo w tych procedurach rodzi sprzeciw części środowiska medycznego (np. w USA 68% lekarzy pierwszego kontaktu sprzeciwia się samobójstwu wspomagane-mu medycznie)⁶⁶. Wynika to najczęściej również z wyżej wspomnianej zasady bezwzględnego szacunku dla życia ludzkiego. Z drugiej strony, niektórzy leka-

⁶³ J. Green, *Ethics and late TOP*, „Lancet” 1993, t. 342, s. 1179.

⁶⁴ A.C. Breeze, C.C. Lees, A. Kumar, H.H. Missfelder-Lobos, E.M. Murdoch, *Palliative care for prenatally diagnosed lethal fetal abnormality*, „Archives of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal Edition” 2007, t. 92, s. 56-58; A. Balaguer, A. Martín-Ancel, D. Ortigoza-Escobar, J. Escribano, J. Argemi, *The model of palliative care in the perinatal setting: a review of the literature*, „Biomed Central Pediatrics” 2012, t. 12, s. 25. K. Leong Marc-Aurele, R. Nelesen, *A five-year review of referrals for perinatal palliative care*, „Journal of Palliative Medicine” 2013, t. 16(10), s. 1232-1236.

⁶⁵ http://perinatalhospice.org/Perinatal_hospices.html [dostęp: 28.03.2014].

⁶⁶ R.E. Lawrence, F.A. Curlin, *Physicians' Beliefs About Conscience in Medicine: A National Survey*, „Academic Medicine” 2009, t. 84(9), s. 1276-1282.

rze będący członkami ortodoksyjnych szkół rabinackich, mogą sprzeciwiać się odłączeniu respiratora pomimo stwierdzenia śmierci mózgu. Wynika to jednak z religijnie uwarunkowanej odmiennej definicji śmierci. Należy podkreślić, że z perspektywy etyki medycznej w opiece nad pacjentem terminalnie chorym nie znajduje akceptacji zarówno postawa uporczywości terapeutycznej (jest niezgodna z lekarskim obowiązkiem łagodzenia cierpienia i poszanowania godności pacjenta nieuleczalnie chorego i umierającego)⁶⁷, jak i postawa eutanatyczna (niezgodna z zasadą bezwzględnego szacunku dla życia ludzkiego). Propozycją pozwalającą uniknąć skrajności obu powyższych postaw jest postawa paliatywno-hospicyjna, w której dąży się do zapewnienia jak najwyższej jakości kończącego się życia ludzkiego. Taka postawa wynika ze świadomości ograniczeń medycyny oraz szacunku dla godności osoby umierającej i nieuleczalnie chorej.

Lekarz kształcony jest do rozwijania postawy troski o dobro pacjenta i szukania rozwiązań problemów zdrowotnych w różny sposób, ale bez niszczenia życia ludzkiego. Powołaniem lekarza jest pomoc ludziom, którzy się do niego o to zwracają, ale granicą dla działań związanych z udzielaniem pomocy jednemu człowiekowi, powinno być poszanowanie życia innych ludzi⁶⁸. Choroba jest wyzwaniem nie tylko dla chorego i jego opiekunów, ale również dla lekarzy i naukowców. Niszcząc życie chorego rezygnuje się z wysiłków zmierzających do poprawy jego stanu. Obecność chorych i cierpiących jest bodźcem do poszukiwania nowych metod leczenia i ulepszania opieki nad pacjentem. Jest również zadaniem dla organizatorów opieki zdrowotnej, aby zapewnić odpowiednie standardy opieki dla najciężej chorych.

Niektórzy postulują, aby lekarz w wykonywaniu swojego zawodu zachował neutralność aksjologiczną. E. Pellegrino wskazuje jednak, że taki postulat jest wewnętrznie sprzeczny, ponieważ nawołując do neutralności i odrzucenia własnych wartości moralnych, nakazuje akceptowanie wartości wyznawanych przez innych i podejmowania na tej podstawie określonych działań. Może to prowadzić do totalitarnego podporządkowania sumienia jednych obywateli, sumieniu innych. Jeśli taka sytuacja jest usankcjonowana prawnie, to możemy mieć do czynienia z administracyjnym narzucaniem określonej aksjologii i światopoglądu. Medycyna musi opierać się na wartościach moralnych, cho-

⁶⁷ L. Shneiderman, *Defining Medical Futility and Improving Medical Care*, „Journal of Bioethical Inquiry” 2011, t. 8(2), s. 123-131.

⁶⁸ Skoro lekarz nie powinien rodzinie zmęczonej opieką nad niedołązną starszą osobą pomagać w jej zabójstwie, ani na prośbę paranoika pomagać w pozbawieniu życia osób, które ten podejrzewa jako niszczące jego życie i zdrowie, to również ma prawo odmówić matce współdziałania w niszczeniu rozwijającego się w niej życia ludzkiego.

ciężby pragnieniu niesienia pomocy, dlatego neutralność aksjologiczna może niszczyć jej istotę⁶⁹.

Odmowa działania a zakres zobowiązań lekarza w kontekście sporu o klauzulę sumienia

Etyka medyczna dopuszcza odmowę lub niepodjęcie przez lekarza niektórych działań. Art. 7 KEL daje możliwość odmowy leczenia w szczególnie uzasadnionych przypadkach, ale nie precyzuje tych sytuacji, ani przesłanek odmowy. Dodatkowo, art. 4 mówi o wolności działania zgodnie z sumieniem w wykonywaniu zawodu („Dla wypełnienia swoich zadań lekarz powinien zachować swobodę działań zawodowych, zgodnie ze swoim sumieniem i współczesną wiedzą medyczną”). Artykuł 69 KEL stwierdza, że „lekarz nie może odmówić pomocy lekarskiej w przypadkach niecierpiących zwłoki, jeśli pacjent nie ma możliwości jej uzyskania ze strony instytucji powołanych do udzielenia pomocy”. W świetle art. 3 nie można również odmawiać pomocy lekarskiej ze względu na wiek, płeć, rasę, wyposażenie genetyczne, narodowość, wyznanie, przynależność społeczną, sytuację materialną, poglądy polityczne lub inne uwarunkowania. Powyższe zasady przypomniiała również NIL w swoim stanowisku⁷⁰.

⁶⁹ E.D. Pellegrino, *The physician's conscience, conscience clauses, and religious belief*, w: *The philosophy of medicine reborn: a Pellegrino Reader*, red. H.T. Engelhardt, F. Jotterand, University of Notre Dame Press 2008, s. 290-297. E.D. Pellegrino, s. 65-71; D.P. Sulmasy, *What is conscience and why is respect for it so important?*, „Theoretical Medicine and Bioethics” 2008, t. 29, s. 135-149; D.C. Thomasma, *Beyond medical paternalism and patient autonomy: A model of physician conscience for the physician-patient relationship*, „Annals of Internal Medicine” 1983, t. 98, s. 243-248. Postulat neutralności aksjologicznej może również niszczyć integralność moralną lekarza, ponieważ z moralnego i psychologicznego punktu widzenia trudno jest oddzielać moralność osobistą od moralności w pracy. Co więcej, praca powinna służyć rozwojowi moralnemu, a nie go niszczyć. Przykładem oddzielenia etyki osobistej od pracy zawodowej może być postawa Rudolfa Hessa, który okazywał wiele czułości swoim własnym dzieciom, a w obozie bez skrupułów zabijał dzieci żydowskie – jego działanie było dopuszczalne przez prawo i nie spotykało się z oburzeniem społecznym, a dodatkowo było zgodne z nakazami zwierzchników (za: T. Biesaga, *Klauzula*, s. 132-136).

⁷⁰ Stanowisko Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej Nr 74/13/P-VI z dnia 6 grudnia 2013 r. w sprawie korzystania z klauzuli sumienia w praktyce lekarskiej, <http://www.nil.org.pl/aktualnosci/stanowiska-prezydium-nrl-z-dn.-6-grudnia-2013-r.> [dostęp: 3.08.2014].

Należy zastanowić się, jakie przesłanki są podstawą odmowy podjęcia działań przez lekarza. Zazwyczaj są to decyzje złożone, ale wydaje się, że mogą w nich przeważać przesłanki medyczne, organizacyjno-prawne, etyczne lub religijne. Przesłanki medyczne dotyczą sytuacji, gdy lekarze odmawiają realizacji świadczeń, które w oparciu o swoją wiedzę i doświadczenie uważają za nieuzasadnione medycznie (np. antybiotyków w infekcjach wirusowych, cięcia cesarskiego na życzenie pacjentki, operacji plastycznych bez związku z wcześniejszym uszkodzeniem powłok lub wadą wrodzoną), szkodliwe dla pacjenta (np. terapii mającej znamiona uporczywości) lub o wątpliwej skuteczności⁷¹. Odmowy ze względów organizacyjno-prawnych mogą wynikać, np. z braku umowy na świadczenia, czy wyczerpania limitu świadczeń zakontraktowanych z NFZ. Powyższe kategorie odmów nie mieszczą się w zakresie przepisów art. 39 Ustawy regulujących prawo do sprzeciwu sumienia.

W kontekście sporu o klauzulę sumienia ważne natomiast są pozostałe przesłanki odmowy. Lekarze mogą odmawiać wykonania procedur uznawanych przez nich za naruszające uniwersalne wartości moralne (np. życie istoty ludzkiej) oraz sprzeczne z etyką zawodową i składaną przysięgą, w której zobowiązali się do ochrony zdrowia i życia ludzkiego (np. aborcja) – aby uzasadnić tę kategorię odmów nie trzeba odwoływać się do wiary religijnej. Wreszcie mogą odmawiać świadczeń ze względu na ich niezgodność z nauczaniem kościoła lub związku wyznaniowego, do którego przynależą (np. przetoczenie krwi przez lekarza-Świadka Jehowy, odłączenie respiratora u chorego ze stwierdzoną śmiercią mózgu przez lekarza-ortodoksyjnego Żyda) – nie można uzasadnić tych decyzji bez odwołania się do wiary religijnej. W dyskusjach wokół klauzuli sumienia rzadko odróżnia się motywy oparte na wierzeniach religijnych (np. szczególnie status krwi ludzkiej), od motywów wynikających z tradycji lekarskiej i etosu zawodowego (np. bezwzględny szacunek dla życia ludzkiego). Dla uzasadnienia ograniczenia prawa do sprzeciwu sumienia często przytacza się przykłady odmów opartych o indywidualne przekonania i wierzenia religijne wskazując na możliwość (istotnie karygodnego) naruszenia wartości życia lub zdrowia ludzkiego z powodu religii wyznawanej przez lekarza (np. lekarz-Świadek Jehowy i transfuzja krwi). Poważnym problemem są jednak próby ograniczania wolności sumienia lekarza, kiedy sprzeciw wypływa z obrony etosu zawodowego lub wartości powszechnych.

Sprzeciw wobec wykonania niektórych zalegalizowanych świadczeń z powołaniem się na klauzulę sumienia wynika często z powodu odmowy narusza-

⁷¹ KEL w art. 6 nakazuje ograniczyć czynności medyczne do rzeczywiście potrzebnych choremu zgodnie z aktualnym stanem wiedzy.

nia wartości życia ludzkiego, poprzez jego przerywanie, skracanie, niszczenie w fazie początkowej (prenatalnej) i końcowej (terminalnej). Uzasadnienie dla odmowy ich wykonania (np. aborcji) nie wymaga odwołania do argumentacji religijnej – wystarczy powołanie się na zasadę szacunku dla życia ludzkiego. Często te argumenty prowadzą do wniosków podobnych jak argumenty religijne, ale nie musi być to związek konieczny, ponieważ nie wszyscy lekarze składający przysięgę lekarską i wyznający hipokratejskie zasady bezwzględnego szacunku dla życia ludzkiego są religijni. W badaniach na polskich lekarzach wykazano, że aborcji sprzeciwiają się nie tylko lekarze o wysokiej lub średniej religijności, ale również lekarze deklarujący bardzo niską religijność: lekarze o niskiej religijności sprzeciwiali się aborcji ze wskazań społecznych w 39% (a kolejnych 31% z tej grupy nie miało zdania), ze wskazań kryminalnych w 10% (21% nie miało zdania), a w przypadku aborcji z przesłanek eugenicznych w 4% (14% nie miało zdania)⁷². Trudno zabójstwo istoty ludzkiej na prenatalnym etapie rozwoju traktować, jako kwestię indywidualnego światopoglądu i wierzeń religijnych. Można się zgodzić na różnicę w surowości oceny moralnej czynu aborcji, ale trudno kontestować przedmiotowy charakter tego czynu, jakim jest zniszczenie życia istoty ludzkiej. Są lekarze, którzy wykonują aborcję z różnych powodów: poczucia obowiązku, chęci pomocy kobiecie lub parze, a nieliczni być może także z powodów finansowych. Jest to jednak związane z koniecznością dehumanizacji płodu lub embrionu i pominięcia jego istotnych cech ontologicznych. Trudno jednak obowiązek takiego działania wyprowadzić z zasad etyki lekarskiej. KEL w przypadku opieki nad kobietą ciężarną nakłada obowiązek troski zarówno o zdrowie matki, jak i o zdrowie dziecka i nigdzie nie zawiera zapisów, które mogłyby być uzasadnieniem dla aborcji, zwłaszcza z przesłanek niemedyceńskich.

Odmowa świadczeń z przesłanek *stricte* religijnych wydaje się zjawiskiem marginalnym. Niewykonanie transfuzji krwi przez lekarza-Świadka Jehowy jest raczej przykładem z podręcznika akademickiego niż z rzeczywistości klinicznej. Lekarz o dużym stopniu zaangażowania religijnego, wybierając medycynę jako dziedzinę swojej zawodowej działalności, zazwyczaj wie, w jakich obszarach wyznawana przez niego religia kłóci się ze współczesną wiedzą medyczną. Dlatego w taki sposób będzie kształtował ścieżkę swojej kariery zawodowej, aby nie narażać się na sytuacje kontrowersyjne towarzyszące w sposób ciągły pracy zawodowej – trudno wyobrazić sobie, aby lekarz będący Świadkiem Je-

⁷² J. Pawlikowski, J. Sak, K. Marczewski, *Religijność*, s. 5-16. Zob. również: J. Pawlikowski, *Religijność jako czynnik modyfikujący postawy i decyzje zawodowe lekarzy*, Uniwersytet Medyczny w Lublinie 2008 [rozprawa doktorska].

howy wybierał jako miejsce pracy Stację Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa, albo specjalizował się w transfuzjologii klinicznej. Gdyby jednak doszło do sytuacji, że przekonania religijne prowadzą do łamania praw człowieka (np. prawa do życia, prawa do ochrony zdrowia), to należy dopuścić możliwość ograniczenia prawa do wolności sumienia⁷³. Podkreślić również należy, że konflikty pomiędzy medycyną i religią nie są czymś powszechnym, a większość tradycji religijnych podkreśla wartość wysiłków podejmowanych wobec chorych oraz wskazuje na zbieżność celów medycznych z zasadami moralnymi wypływającymi z religii. Wysoka religijność zazwyczaj sprzyja także rozwojowi odpowiedzialności moralnej.

Zakres i granice obowiązku lekarzy w kontekście sporu o klauzulę sumienia można wyprowadzić z celów medycyny i etosu lekarskiego. W sytuacji, gdy lekarz odmawia wykonania świadczenia służącego życiu lub zdrowiu pacjenta (w tym łagodzeniu bólu) ze względu na jego sprzeczność z wyznawanymi zasadami religijnymi lub indywidualnym światopoglądem, wydaje się słusznym postulatem, aby zbiorowość medyczna zadbała o realizację tego świadczenia w inny sposób. W takiej sytuacji dopuszczalne byłoby również ograniczenie wolności sumienia poprzez obowiązek wskazania innego specjalisty. Realnym problemem moralnym dla społeczności medycznej jest jednak realizacja takich procedur, wobec których sprzeciw wynika z pragnienia poszanowania fundamentalnych zasad etycznych, na jakich opiera się etos tej grupy zawodowej (np. zasady bezwzględnej szacunku dla życia ludzkiego).

Kategoria świadczeń obowiązkowych dla społeczności medycznej powinna obejmować jedynie świadczenia zgodne z wewnętrznymi celami medycyny (ochrona życia i zdrowia ludzkiego, zapobieganie chorobom, leczenie chorych oraz niesienie ulgi w cierpieniu) i nienaruszające zasad etyki medycznej (np. zasady poszanowania życia ludzkiego) – nazwijmy je świadczeniami medycznymi *sensu stricto* (na tej podstawie można byłoby uzasadnić obowiązek przetoczenia krwi w sytuacji zagrożenia życia, ale trudno uzasadnić np. obowiązek wykonania aborcji z przesłanek niemedyceńskich). Zbiorowość lekarska byłaby zobowiązana do ich realizacji, a lekarz, który sprzeciwiałby się ich wykonaniu z przesłanek religijnych lub światopoglądowych musiałby wskazać innego specjalistę. Takie rozwiązanie nie powinno wzbudzać dużego oporu indywidualnego, ani zbiorowego w społeczności lekarskiej, ponieważ osoba

⁷³ Na tej podstawie odróżnia się niekiedy przeszkodzenie w działaniu zgodnym z sumieniem (kiedy np. członkowie sekty nie chcą wezwać lekarza pozwalając na śmierć swoich dzieci) oraz przymuszenie do działania niezgodnego z sumieniem (np. wezwanie do wojska). Niektórzy tylko w tym pierwszym wypadku dopuszczają ograniczenie wolności sumienia. M. Freeman, *Prawa człowieka*, Warszawa 2007.

chcąca wykonywać zawód lekarza musi akceptować postęp współczesnej medycyny. Natomiast w sytuacji, gdy ustawodawca legalizuje świadczenia sprzeczne z etosem medycznym, to nie powinien nakładać obowiązku ich wykonania na społeczność lekarską. Przy takim podejściu można zachować autonomię medycyny i ochronić profesję medyczną przed naruszeniem jej istoty, a przepisy prawa będą służyć tworzeniu i podtrzymywaniu sprawiedliwych stosunków społecznych oraz nie będą stanowić narzędzia ideologii państwowej.

Zakończenie

Zobowiązanie lekarzy do realizacji niegodziwych celów zewnętrznych (sprzecznych z celami wewnętrznymi medycyny i etosem zawodowym, szczególnie z zasadą bezwzględności szacunku dla życia ludzkiego) narusza integralność moralną indywidualnego lekarza i fundamenty aksjologiczne etosu zawodowego. Mamy wtedy do czynienia z sytuacją, w której próbuje się zobowiązać lekarzy do zwrócenia się przeciwko istocie swojego zawodu⁷⁴. Uzasadnionym moralnie może być zatem tylko taki obowiązek prawny, za którym stoi interes publiczny (np. zdrowie społeczeństwa), który nie jest sprzeczny z podstawowymi celami medycyny i nie narusza fundamentów etosu lekarskiego. Aktualne przepisy dotyczące prawa do sprzeciwu sumienia można byłoby zatem zaakceptować,

⁷⁴ Przypomina to sytuację sędziego, którego zadaniem jest wydawanie sprawiedliwych wyroków, ale zostałby zobligowany prawnie lub administracyjnie do niesprawiedliwego orzeczenia na korzyść jednej ze stron. Albo policjanta, który z istoty swojego zawodu ma chronić ład, porządek i bezpieczeństwo obywateli, ale czasem miałby zostać użyty do eliminacji obywateli z przesłanek ideologicznych, politycznych, społecznych. Warto pamiętać, że w minionych wiekach do funkcji kata przeznaczano przestępcę, najczęściej zabójcę, a więc osobę o poważnie naruszonej moralności, aby nie niszczyć integralności moralnej przeciętnego człowieka. Dziś natomiast do podejmowania działań niszczących ludzkie życie próbuje się obligować lekarzy. Skoro państwo zalegalizowało określone procedury, to (niezależnie od oceny moralnej tego stanu rzeczy) powinno zaproponować odpowiednie mechanizmy, które nie będą ograniczać wolności sumienia obywateli. Przeniesienie obowiązku udzielania informacji o aborcji na urzędników (np. NFZ) zrodzi w ich sumieniu podobny dylemat moralny, jaki obecnie mają lekarze. Rozwiązaniem praktycznym w tej sytuacji byłby przepływ informacji pomiędzy osobami o podobnym światopoglądzie. Np. informacje o możliwości zrealizowania kontrowersyjnej procedury mogłyby być udzielane przez wybraną organizację pozarządową (np. *pro choice*), co nie wikałoby niepotrzebnie sumienia osoby, która zdecydowanie im się sprzeciwia.

jeśli osadzimy je w ramach wewnętrznych celów medycyny i podstawowych zasad etyki lekarskiej.

Mamy obecnie do czynienia z niespójnością, a nawet sprzecznością oczekiwań wobec lekarzy: z jednej strony są oni zobowiązani do ochrony ludzkiego życia i zdrowia, a z drugiej strony podejmowane są próby obligowania ich do realizacji działań godzących w te wartości. Może to prowadzić do spadku zaufania do lekarzy, ponieważ społeczeństwo nie dostrzega wyraźnie hierarchii wartości moralnych, na których powinna opierać się praktyka medyczna⁷⁵. Pojawia się także ryzyko, że autonomia pacjenta miałaby większe gwarancje prawne niż autonomia lekarza, co może prowadzić do nierówności podmiotów wobec prawa. Należy zatem poprzeć inicjatywę Naczelnej Izby Lekarskiej, która zaskarżyła do Trybunału Konstytucyjnego przepisy nakładające na lekarza obowiązek wykonania świadczenia niezgodnego z sumieniem w sytuacji, gdy brak jest celu leczniczego świadczenia i nie występują okoliczności stanowiące zagrożenie dla zdrowia lub życia pacjenta⁷⁶.

Wartości moralne, etos zawodowy i sumienie lekarza nie powinny być podporządkowane regulacjom prawnym – w przeciwnym wypadku na nowo będzie się pojawiał starożytny dylemat Antygony czy Sokratesa dotyczący lojalności wobec własnego sumienia i prawa stanowionego. Medycyna oparta jedynie na prawie, a nie na sumieniu, niesie ryzyko spadku wrażliwości moralnej u lekarzy i może łatwo stać się elementem systemu totalitarnego. Prawo powinno respektować wartości moralne i chronić możliwość działania lekarzy w zgodzie z ich sumieniem i celami medycyny – pozwoli to zachować moralną integralność indywidualnego lekarza i godność profesji medycznej. A sumienie lekarzy ukształtowane na zasadzie poszanowania życia ludzkiego i godności każdego człowieka z pewnością będzie prowadzić do podejmowania działań zgodnych z dobrem pacjenta i społecznymi zadaniami medycyny.

⁷⁵ Może to także prowadzić do utraty wartościowych potencjalnych specjalistów (np. na ginekologię i położnictwo nie pójda niektóre osoby zainteresowane opieką nad matką i dzieckiem, ponieważ nie chcą realizować procedur godzących w życie dziecka poczętego) T.G. Stammers, *Six objections to Savulescu's salvos. (Rapid responses to: Savulescu J. Conscientious objection in medicine)*, „British Medical Journal” 2006, t. 332, s. 294-297.

⁷⁶ Uchwała Nr 3/14/VI Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 21 lutego 2014 r. w sprawie wystąpienia z wnioskiem do Trybunału Konstytucyjnego. http://www.nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0004/93685/ru003-14-VI.pdf [dostęp: 31.03.2014].

The debate over the conscience clause from the perspective of goals of medicine and medical ethics

S u m m a r y

The aim of the article is to analyze regulations concerning the conscience clauses in medicine from the perspective of goals of medicine and medical ethics. The controversy of many procedures discussed within the context of the conscience clause results from the fact that they go beyond the goals of medicine understood as an activity aimed at saving lives, restoring health and alleviating suffering, and also they violate the rules of professional ethics. The main problem associated with the conscience clause is not only the scope of freedom of conscience but also the nature and the scope of obligations imposed on the physicians and the difficulty of their moral justification. The boundaries of physicians' moral obligations in the context of conscience clause dispute may be deduced from the goals of medicine and medical ethos. The category of obligatory services for the medical community should include services consistent with the internal purpose of medicine (protection of life and health, disease prevention, treatment of patients and alleviation of suffering) and those that are in accordance with principles of medical ethics (e.g. absolute respect for human life). Legal regulations may impose additional obligations (not resulting directly from the internal purpose of medicine); however, they should not be contrary to the essence of medicine and medical ethics. In a situation when the legalized procedures are contrary to the fundamental principle of medical ethos, the whole medical community should not be obligated to perform them. Current regulations concerning the right to conscientious objection may be accepted if they were interpreted within the internal purpose of medicine and medical ethics frameworks.

Tłumaczenie własne autora

KŁAUZUŁA SUMIENIA Z PERSPEKTYWY LEKARZA GENETYKA KLINICZNEGO

Niesienie pomocy osobom chorym i cierpiącym w ramach wykonywania zawodu lekarza wymaga poszanowania godności i niezbywalnego prawa do życia każdego pacjenta podlegającego tej opiece. Podkreślenie tego wymogu realizowała składana przez adeptów sztuki lekarskiej przysięga Hipokratesa z czołowym łacińskim hasłem *primum non nocere* (przede wszystkim nie szkodzić). Wprowadzenie do medycyny stosowania środków antykoncepcyjnych, procedur aborcyjnych i technik zapłodnienia pozaustrojowego pozostaje w sprzeczności z tą zasadą, uderzając w godność człowieka i odbierając życie bezbronnemu człowiekowi w najwcześniejszej fazie jego rozwoju. Wzbudza to sprzeciw sumienia i lekarz nie może być zmuszany do realizacji tego typu ingerencji traktowanych jako procedury medyczne.

Dopuszczalność prawna do przerwania ciąży ze względu na obecność wad rozwojowych wykrywanych u dziecka w okresie prenatalnym i pozbawienie go życia ze względu na chorobę jest szczególnie okrutnym aktem działania lekarskiego wyrosłym na gruncie eugenicznej ideologii wartościowania człowieka w zależności od jego przydatności społecznej i kosztów jego utrzymania. Jest formą propozycji prezentowanej podczas porady genetycznej rodzinom z predyspozycjami do występowania schorzeń genetycznych u potomstwa jako forma profilaktyki wad rozwojowych u potomstwa. Z tego względu problem

* Prof. dr hab. n. med., Zakład Genetyki Klinicznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku.

ograniczeń klauzuli sumienia proponowanych w ramach realizacji poradnictwa genetycznego wymaga szczególnej uwagi i dyskusji. W realizacji swego powołania lekarz powinien mieć prawo do wolnych rozstrzygnięć sumienia, zgodnie ze swymi przekonaniem, gdyż wolność sumienia należy do podstawowych praw człowieka, także zagwarantowanych mu przez Konstytucję.

Genetyka kliniczna jest stosunkowo młodą dziedziną i jako odrębna specjalizacja działalności lekarskiej została w Polsce wyodrębniona w 2003 roku. Rekomendacje Rady Europy wprowadzające genetykę medyczną do ochrony zdrowia zostały podpisane przez przedstawicieli państw członkowskich Rady Europy w 2010 roku¹, ale w Polsce jeszcze nie zostały przyjęte. Uregulowania prawne i sposób działania w tej dziedzinie są więc ograniczone do uregulowań ogólnych, i z tego względu może dochodzić do wielu nadużyć i działań także niezgodnych z etyką lekarską.

Genetyka kliniczna jest specjalnością lekarską wyrosłą na gruncie rozwoju badań biologii, w tym biologii molekularnej, jak też genetyki człowieka, czyli nauki o zmienności gatunku ludzkiego. Ocena tej zmienności w stosunku do fenotypu człowieka, w tym jego wyglądu czyli morfologii, jego umysłowości i sposobu zachowania się, ma swoje odniesienie w zmianach genomu człowieka i jego funkcji. Genom człowieka jest rozumiany jako zestaw genów zapisanych w strukturze kwasu dezoksyrybonukleinowego DNA², a dokładniej to suma wszystkich kodujących i niekodujących sekwencji DNA zawartych w haploidalnej liczbie chromosomów zawierających struktury białkowe, na których DNA jest nawinięty jak nici na szpulkach i skręcany w uporządkowany sposób podlegający wielu mechanizmom kontrolnym. Cząsteczka kwasu dezoksyrybonukleinowego DNA jest zbudowana z nukleotydów, porównywanych do literek pisma, za pomocą których napisana jest instrukcja o podstawowych składnikach budowy i funkcji naszego organizmu, jakim są białka. Otwarcie drogi do wyjaśnienia jak funkcjonuje ten program zapisu informacji w DNA zawdzięczamy niezwyklej kobiecie – Rosalind Franklin, której wyniki badań w zakresie rentgenografii strukturalnej i krystalografii umożliwiające wykonanie zdjęcia sodowej soli DNA zostały zaobserwowane potajemnie przez J. Watsona i F. Cricka. Na tej bazie powstał model struktury DNA i opracowane zostały

¹ Recommendation CM/Rec(2010)11 of the Committee of Ministers to member states on the impact of genetics on the organisation of health care services and training of health professionals [https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?Ref=CM/Rec\(2010\)11&Language=lan-English&Ver=original&BackColorInternet=C3C3C3&BackColorIntranet=EDB021&BackColorLogged=F5D38](https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?Ref=CM/Rec(2010)11&Language=lan-English&Ver=original&BackColorInternet=C3C3C3&BackColorIntranet=EDB021&BackColorLogged=F5D38) [dostęp: 15.02.2014].

² A. Woźniak, C. Mila-Kierzenkowska, *Genom człowieka*, w: *Genetyka medyczna*, red. G. Drewa, T. Ferenc, Wrocław 2011, s. 121.

zasady kodowania informacji o strukturze białka. To słynna helisa DNA opisana w 1953 r.³ i nagrodzona nagrodą Nobla w 1962 r. już po śmierci Rosalind Franklin w 1958 r.

Informację genetyczną przodków wpisaną w DNA otrzymujemy poprzez zakończone koncepcją spotkanie komórki jajowej i plemnika, bardzo trafnie nazywanym przez Wandę Póltawską „iskrą życia”⁴. Generuje to kaskadę procesów molekularnych na bazie wykorzystywania informacji wpisanej w DNA i przetwarzania jej w materię, czyli w nowy organizm ludzki. Połączenie się nici DNA ojcowskiej z matczyną w procesie koncepcji, czyli prokreacji jest równoznaczne z powołaniem do życia nowej istoty ludzkiej, można powiedzieć też, nowego przedstawiciela *Homo sapiens*. Jest to moment początku życia człowieka.

Jerome Lejeune, światowej sławy lekarz genetyk, formułował to następująco: „Dzięki genetyce wiadomo, iż wszelka potrzebna do rozwoju człowieka informacja znajduje się w zygocie i że nie ma najmniejszej wątpliwości, iż chodzi tu o istoty ludzkie – bardzo młode. Skrajnie młode. Niewiarygodnie młode. A zdefiniowanie ich dziedzictwa genetycznego pozwoliło stwierdzić, że są to istoty ludzkie. Istota pochodząca od ludzi jest ludzką istotą (...)”⁵.

Prokreacja człowieka wiąże się z losowym wyborem poszczególnych gamet (czyli komórek rozrodczych) do zapłodnienia, co oznacza jednocześnie wybór indywidualnego wariantu informacji genetycznej, którą obydwie komórki rozrodcze wnoszą podczas koncepcji. Odczyt informacji genetycznej według ustalonych norm i prawideł dokonuje się w ciągu całego życia i rozwoju indywidualnego człowieka i jest modyfikowany przez oddziaływania środowiska, poprzez oprogramowanie genomu i różne mechanizmy kontrolne. Geny prowadzą dialog ze środowiskiem i odwrotnie, tak że środowisko może wpływać na odczyt genów i jego formę. Chciałabym zwrócić uwagę, że w tej chwili współczesne badania genetyczne wskazują, że nić matczyna i nić ojcowska wybrane przez naturę do koncepcji nieco się różnią pomiędzy sobą. Są to różnice wynikające, między innymi, z zapisu determinacji płci, obecności form polimorficznych nukleotydów, czy odziedziczonych, indywidualnych mutacji genów, a także ze sposobu wyznakowania miejsc oprogramowania epigenetycznego. Te zmienne warunkują niepowtarzalność każdego z nas i naszą ludzką indywidualność.

³ J.D. Watson, F.H.C. Crick, *Molecular Structure of Nucleic Acids: A Structure for Deoxyribose Nucleic Acid*, „Nature” 1953, nr 4356, s. 737-738.

⁴ W. Póltawska, *Niespełnione pragnienie Jana Pawła II*, w: *Otoczmy troską życie*, Białystok 2011, s. 62-63.

⁵ J. Lejeune, *Etyka i genetyka*, w: *XVIII Międzynarodowy Kongres Rodziny*, Warszawa 14-17 kwietnia 1994, Fundacja „Rodzina Nadzieję Jutra”, Warszawa 1994, s. 457.

Patrząc na rysunek schematu genu można zauważyć jego część promotorową. To tutaj przyczepiają się czynniki regulatorowe, tutaj musi być udostępnione miejsce na spotkanie białkowych czynników transkrypcyjnych. Parafrazując można powiedzieć, że czynniki transkrypcyjne pukają do drzwi części kodującej genu, jak gdyby wołając np. „Halo możesz genie się obudzić!”, albo „Szybko wstawaj do pracy, bo zaczyna się transkrypcja”, bo zaczyna się przepisywanie twojej sekwencji kodującej nukleotydów DNA na informacyjny RNA, by po procesie składania jej mógł on jeszcze dostarczyć przepisana informację do cytoplazmy, do rybosomów, gdzie dochodzi do jej przetłumaczenia czyli wyjaśnienia, w jakiej kolejności mają być ustawione aminokwasy formujące potrzebne w danej chwili białko w procesie translacji. Dostęp czynników transkrypcyjnych do promotora danego genu może być ograniczany i regulowany przez zmiany chemiczne białek chromatyny opiekującej się jak gdyby powierzonym jej skarbem informacyjnym zapisanym w nukleotydach DNA.

Bardzo ważnym elementem w rozumieniu istoty odczytu informacji zapisanej w DNA jest fakt, że informacja genetyczna nie jest odczytywana jednocześnie. Jest odczytywana we fragmentach według pewnej ustalonej kolejności. Jej odczyt zmienia się w czasie i w przestrzeni, co należy rozumieć, że zmienia się w rozwoju i w poszczególnych tkankach. W różnych miejscach genomu może też przebiegać inaczej podlegając licznym regulacjom. Odczyt poszczególnych elementów genomu jest realizowany na różnych etapach rozwoju organizmu od poczęcia do śmierci i nie ma jakiegoś momentu zatrzymania się. Jak ten proces się rozpocznie po zapłodnieniu – to trwa przez całe życie aż do śmierci. W związku z tym nie możemy mieć wątpliwości, że życie zaczyna się od poczęcia. Z mojego punktu widzenia jako lekarza genetyka już od poczęcia mamy człowieka, człowieka w jego najwcześniejszej fazie rozwoju. Nakłada to na nas szczególny obowiązek lekarskiej troski o jego dobro i godność. Tej troski nie powinna przesłaniać fascynacja nowoczesnymi procedurami medycznymi powstającymi wraz z rozwojem wiedzy i technologii. Zgodnie z sumieniem i przyjmowaną przez nas lekarzy, dobrowolnie przecież, łącińską zasadą *primum non nocere* (przede wszystkim nie szkodzić) nic nie powinno usprawiedliwiać braku naszej lekarskiej troski o dobro każdego człowieka, a szczególnie tego bezbronnego w najwcześniejszej fazie swojego rozwoju.

Z tego powodu, że życie człowieka zaczyna się od poczęcia, jesteśmy zobowiązani do bioetycznej oceny procedur stosowanych podczas metod zapłodnienia pozaustrojowego *in vitro*, jeśli mogą być źródłem zagrożeń zdrowia i życia dziecka. Skoro powstają takie zagrożenia, odmowa udziału w wykonywaniu lub kierowaniu na tego typu procedury powinny być objęte klauzulą sumienia.

Jedna grupa zagrożeń powstaje z nienormalnej formy koncepcji dziecka poza organizmem matki powodującej sztuczne relacje genów ze środowiskiem. Esteves i Bento⁶ z Brazylii, dokonali w 2013 r. przeglądu doniesień naukowych, jak warunki zewnętrzne, w jakich dokonuje się zapłodnienia *in vitro* wpływają na skuteczność metody. Wśród wymienionych czynników, na które gamety ludzkie i zarodki po zapłodnieniu są szczególnie wrażliwe, były wahania temperatury, wilgotność, ekspozycja na światło, stres fizyczny (*physical trauma*) oraz zanieczyszczenia związkami chemicznymi (tzw. cząstki VOC *volatile organic compounds*), czy też bakteriami z kurzu znajdującym się w powietrzu. Szczególną wrażliwością na zmiany otoczenia odznacza się zjawisko piętnowania, czyli znakowania poszczególnych genów lub ich reprogramowania w zależności od płci, które dokonuje się już w pierwszych godzinach, dniach po zapłodnieniu. Należałoby w takiej sytuacji oczekiwać zaburzeń procesów epigenetycznych kontrolujących prawidłowość przebiegu regulacji ekspresji genów tzn. czy, kiedy i jak poszczególne obszary informacji zawartej w DNA będą odczytywane. Piętnowanie powoduje zróżnicowanie ekspresji określonych genów poprzez ich wyłączenie, czy wyciszenie w nowo powstałym organizmie⁷. U człowieka poznano dopiero około 100 takich genów, a kolejne czekają na odkrycie. W konsekwencji zaburzeń piętna epigenetycznego powstają takie schorzenia jak zespół Beckwitha – Wiedemanna (BWS), z. Silvera – Rusella (SRS), z. Pradera – Willego, z. Angelmana, z. kruchego X czyli z. Martina – Bella i z. ICF⁸. Odnotowano już, że występują ze zwiększoną częstością u dzieci urodzonych po zastosowaniu procedur zapłodnienia *in vitro*, w porównaniu do częstości tych zaburzeń obserwowanych u dzieci poczętych drogą naturalną⁹. Należy dodać, że krótki okres obserwacji dzieci urodzonych po *in vitro* uniemożliwia pełną ocenę możliwych późnych efektów zaburzeń epigenetycznych ujawnia-

⁶ S.C. Esteves, S.C. Bento, *Implementation of air quality control in reproductive laboratories in full compliance with the Brazilian Cells and Germinative Tissue Directive*, „Reproductive BioMedicine Online” 2013, nr 26(1), s. 9-21.

⁷ M. Olszewska, M. Kurpisz, *Metylacja i jej rola regulacyjna wobec rodzicielskiego piętna genomowego*, „Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej” 2010, nr 64, s. 642-649.

⁸ A.T. Midro, *Schorzenia genomowe związane z disomią jednorodzicielską*, w: *Pediatra – co nowego?*, red. E. Otto-Buczowska, Wrocław 2011, s. 483-492.

⁹ A.T. Midro, *Niektóre zaburzenia genetyczne u dzieci wynikające z zastosowania procedur zapłodnienia pozaustrojowego in vitro*, w: *Otoczmy troską życie*, Białystok 2011, s. 81-93; R.P. Diasi, E.R. Maher, *Genes, assisted reproductive technology and trans-illumination*, „Epigenomics” 2013, nr 5(3), s. 331-340.

jących się w wieku szkolnym np. w formie dysleksji czy autyzmu, związanych z zaburzeniem piętna rodzicielskiego genu gramatyki *FOXP2*¹⁰.

Innym przykładem zaburzeń w związku z nienaturalnym środowiskiem jest jego wpływ na rozchodzenie się chromosomów skutkujących zwiększoną częstością zmian liczbowych chromosomów. Aberracje liczbowe są czynnikiem ryzyka ograniczonej przeżywalności danego dziecka *in utero* prowadząc do poronienia samoistnego lub ciąży obumarłej, albo urodzenia dziecka ze schorzeniem genetycznym, takim jak zespół Downa, zespół Turnera czy zespół Klinefeltera. W związku z tym wprowadzono diagnostykę preimplantacyjną pobierając pojedyncze komórki od dziecka (embrionu) przed implantacją (wprowadzeniem) do macicy. Na podstawie oceny metodą FISH liczby tych chromosomów, które najczęściej występują u dzieci wskutek zaburzeń rozchodzenia się chromosomów, dokonywana jest selekcja embrionów z uwagi na nieprawidłową liczbę chromosomów wykrytą w pojedynczej komórce i wprowadzane są tylko te, które wykazują ich prawidłową liczbę. W roku 2009¹¹, kiedy zrobiono metaanalizę wszystkich 45 doniesień obejmujących 1512 kobiet ciężarnych po *in vitro* okazało się, że po diagnostyce preimplantacyjnej wcale nie zwiększyła się liczba ciąż uzyskanych po procedurze *in vitro*, a nawet liczba ciąż i liczba urodzeń uległy zmniejszeniu w porównaniu do liczby ciąż bez stosowania diagnostyki preimplantacyjnej uzyskanych w ramach procedury *in vitro*. Okazuje się, że w chwili badania preimplantacyjnego embriony bardzo często mogą mieć kariotyp w formie mozaikowej, co oznacza, że część komórek ma kariotyp prawidłowy, a część komórek ma chromosomy, które uległy nieprawidłowemu rozdzieleniu. Komórkę pojedynczą z aberracją chromosomową może mieć dziecko zdrowe i odwrotnie, dziecko chore może mieć pojedyncze komórki z prawidłową liczbą chromosomów¹². Ponadto, w czasie rozwoju dziecka może dojść do eliminacji nieprawidłowych komórek w ramach mechanizmów ich naprawy, co wskazuje, że wynik może być fałszywie dodatni. W związku z tym, jeżeli taki zarodek jest likwidowany, wyrzucany, bo jest nieprzydatny, bo jest rzekomo chory i nie będzie wprowadzony do macicy, to uśmierca się potencjalnie zdrowego człowieka przyklejając mu etykietę nieuleczalnie chorego. Diagnostyka preimplantacyjna

¹⁰ L. Feuk i wsp., *Absence of a paternally inherited FOXP2 gene in developmental verbal dyspraxia*, „The American Journal of Human Genetics” 2006, nr 79(5), s. 965-972.

¹¹ M.A. Checa i wsp., *IVF/ICSI with or without preimplantation genetic screening for aneuploidy in couples without genetic disorders: a systematic review and meta-analysis*, „Journal of Assisted Reproduction and Genetics” 2009, nr 26, s. 273-283.

¹² A. Mertzaniidou i wsp., *Microarray analysis reveals abnormal chromosomal complements in over 70% of 14 normally developing human embryos*, „Human Reproduction” 2013, nr 28, s. 256-264.

w zakresie zaburzeń chromosomowych nie spełniła więc założeń profilaktyki wad rozwojowych u dzieci poczętych sztucznie poza organizmem matki, czego po niej oczekiwano. Jako metoda selekcji człowieka z punktu widzenia etyki lekarskiej nie może być akceptowana, a wobec ewidentnych błędów rozpoznawania jest nieuzasadniona.

W komórkach każdego z nas DNA ulega mutacjom i ich naprawie w toku całego życia rozwojowego i możliwości zaburzenia funkcjonowania organizmu powstałe na bazie tych mechanizmów są problemem nas wszystkich. Mutacje mogą być też przekazywane z pokolenia na pokolenie poprzez komórki rozrodcze, czyli są odziedziczone lub tworząc się tylko na początku życia prowadzą do schorzeń uwarunkowanych genetycznie. Z tego względu problemy zdrowotne natury genetycznej mogą pojawić się w każdej rodzinie, nawet tam, gdzie dotychczas ich nie było. Oddzielnym problemem są nowotwory, których powstawanie poprzez zmiany genetyczne mogą, choć nie muszą, być skutkiem predyspozycji genetycznych odziedziczonych po przodkach. Określanie prawdopodobieństwa urodzenia się dzieci z wadami rozwojowymi lub nowotworami dziedzicznymi jest jednym z zadań lekarzy zajmujących się poradnictwem genetycznym.

Poważnym problemem poradnictwa genetycznego jest sprawa podejmowania decyzji o przeprowadzeniu diagnostyki prenatalnej, czyli przedurodzeniowego rozpoznawania wad rozwojowych u potomstwa w sytuacji podwyższonego prawdopodobieństwa ich wystąpienia u dziecka po urodzeniu. Diagnostyka prenatalna z założenia otwierająca się na możliwość wczesnego diagnozowania, aby wcześniej działać terapeutycznie okazała się mitem i w dobie dzisiejszej jest podstawą do zabijania i eliminacji dziecka przed urodzeniem w sposób uzasadniony prawnie. W Polsce program badań prenatalnych nazywany jest programem profilaktyki wad rozwojowych realizowanym przez Ministerstwo Zdrowia. Trudno jest się z tym pogodzić, że to jest profilaktyka wad rozwojowych, skoro ta profilaktyka polega na odbieraniu życia człowiekowi w prenatalnej fazie rozwojowej z powodu choroby i – nie zawsze dobrze udokumentowanej z uwagi na możliwość wyników fałszywie dodatnich – obecności ciężkich wad rozwojowych. Generalnie dzieciom w prenatalnej fazie rozwoju odmawia się statusu istoty ludzkiej przed urodzeniem i proponuje terapię przez zabijanie ze względu na wady, chorobę genetyczną i niepotrzebne obciążenia ekonomiczne społeczeństwa. Podkreśla się, że zabicie bezbronnego dziecka to najlepsze rozwiązanie z uwagi na cierpienie matki, równocześnie narzucając taką formę postępowania lekarzowi wbrew jego sumieniu i w sprzeczności z zasadą *primum non nocere*.

Ustawa o planowaniu rodziny¹³ dopuszcza badania przedurodzeniowe (prenatalne) w przypadku, gdy dziecko poczęte należy do rodziny obciążonej genetycznie. Do takich wskazań należy nosicielstwo translokacji chromosomowej wzajemnej. O tym, czy będziemy rozpoznawać wady rozwojowe u żywo urodzonego dziecka w rodzinach nosicieli translokacji chromosomowych wzajemnych, decydują dwa podstawowe czynniki. Jeden, to czy powstanie stan nierównowagi kariotypu komórki potomnej po podziale mejotycznym komórek rozrodczych rodzica, a drugi, czy możliwy będzie wówczas rozwój dziecka od momentu zapłodnienia komórek rozrodczych do terminu porodu, pomimo jego zaburzeń prowadzących do wad rozwojowych. Wiadomo, że skutek wad rozwojowych dochodzić będzie do ograniczonej przeżywalności potomstwa i utraty ciąży na różnych etapach jej rozwoju. Z moich badań wynika¹⁴, że prawdopodobieństwo urodzenia dzieci z wadami rozwojowymi w rodzinach nosicieli translokacji chromosomowych zmienia się od translokacji do translokacji. Okazuje się, że tylko w grupie 10% rodzin obserwowałam podwyższone, czyli wysokie powyżej 10% prawdopodobieństwo urodzenia dziecka z wadami rozwojowymi. W wielu rodzinach mamy do czynienia albo z ciążą obumarłą, albo z poronieniem samoistnym, albo też z urodzeniem zdrowego dziecka, czyli wtedy, kiedy ryzyko nie jest podwyższone (czyli razem: ryzyko nie jest podwyższone). Rodzice pozostawieni sami sobie borykają się z wyborami moralnymi i konsekwencjami niejednokrotnie nieprawidłowo podanej przez różnych specjalistów informacji o zawsze podwyższonym ryzyku wad u potomstwa w przypadku każdej translokacji chromosomowej wykrytej w kariotypie jednego z rodziców. Czy należy taką diagnostykę wykonać? Sama procedura inwazyjnej diagnostyki prenatalnej mającej na celu zbadanie kariotypu w komórkach owodniowych rozwijającego się dziecka, gdy wykonuje się badanie kariotypu dziecka z pobranych komórek wód płodowych, może wywoływać dodatkowe powikłania, takie jak możliwość uszkodzenia kończyn dziecka podczas pobierania materiału do badań, czy wywołanie poronienia samoistnego pod wpływem procedury (prawdopodobieństwo 0,1%). Jest to też zagrożenie zdrowia i życia rozwijającego się dziecka.

Podstawą prawną do eliminacji dziecka w okresie prenatalnym, jest istnienie ciężkiego uszkodzenia płodu. Jakie są więc kryteria ciężkości uszkodzenia? W ocenie stopnia uszkodzenia płodu istnieje duża dowolność. Nie ma bowiem opracowanych kryteriów ciężkości uszkodzenia ani w naszym kraju, ani przez WHO. Z tego względu istnieje bardzo duża dowolność interpretacji ciężkości

¹³ Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, Dz. U. Nr 17, poz. 78 z późn. zm.

¹⁴ A.T. Midro, *Translokacje chromosomowe, jako czynnik ryzyka zaburzeń reprodukcji u człowieka*, Białystok 1989.

zmian fenotypowych wywołanych zaburzeniami podłoża genetycznego przy kwalifikacji do terminacji ciąży, czyli zniszczenia dziecka w okresie prenatalnym. Jednocześnie jest to zgoda lekarza na eutanazję prenatalną, która jest również tzw. eugeniczną aborcją. To zrozumiałe, że taka sytuacja wzbudza sprzeciw sumienia.

Powstaje kolejne pytanie: czy w przypadku wad rzeczywiście letalnych, czyli ograniczających przeżywalność dziecka, należy wykonywać diagnostykę prenatalną inwazyjną, czy raczej objąć opieką hospicyjną dziecko i jego rodzinę aż do naturalnej przewidywanej śmierci dziecka. Nie doczekaliśmy się jeszcze właściwych uregulowań prawnych warunkujących właściwy sposób postępowania lekarskiego w przypadkach życia prenatalnego (dzieci, płodów) w rodzinach obciążonych występowaniem zaburzeń genetycznych i wad letalnych.

Kolejne pytanie: jaka jest wiarygodność prognozy rozwoju dziecka ze zmianą genetyczną? Nie tak dawno odbywała się medialna dyskusja na temat tzw. niedobrego urodzenia dziecka z zespołem Turnera. Z mojego doświadczenia, ponad 100 zbadanych dziewcząt i kobiet tylko nieliczne miały niepełnosprawność intelektualną. Co więcej, osoby z zespołem Turnera są wśród moich studentek medycyny, z którymi współpracujemy. Znam lekarkę z zespołem Turnera, która w Danii opiekuje się stowarzyszeniem osób z zespołem Turnera, inna opiekuje się podobną grupą w naszym kraju. To nie są osoby z upośledzeniem umysłowym, jak się zwykle nam wmawiać. To są osoby, które się rozwijają w zależności od tego, w jakim środowisku są wychowywane i jakie mają wyposażenie genetyczne swego tła genetycznego. Wiarygodność prognozy rozwoju dziecka z zespołem Turnera, która stała się podstawą odszkodowania za złe urodzenie budzi moje ogromne wątpliwości. Prognoza genetyczna co do rozwoju umysłowego oparta jest bowiem na danych empirycznych i nie może być w pełni wiarygodna, skoro na rozwój człowieka, w tym rozwój kognitywny i na odczytywanie informacji danego genu wpływają zmieniające się czynniki również środowiskowe. Nie ma takiej bezwzględnej determinacji, że jeśli mam uszkodzony gen, to zawsze o tym mój organizm zaświadczy swym nieprawidłowym funkcjonowaniem. Czasami mam uszkodzony gen, ale nie zaznaczy on swojej obecności. Jest to tak zwane zjawisko niepełnej penetracji genów. Czynniki środowiskowe i inne mogą też wpływać na zakres ekspresji zmian genetycznych i nie zawsze musi być ona jednakowa. Są też mutacje genów, które chronią nas przed tyfusem, jak w przypadku nosicielstwa mutacji genu mukowiscydozy, czy przed malarią, jak w przypadku nosicielstwa mutacji genu anemii sierpowatej. Z tego względu prognoza genetyczna w każdej spośród 20 tysięcy schorzeń genetycznych¹⁵ ma swoje ograniczenia.

¹⁵ OMIM Online Mendelian Inheritance in Man. An Online Catalog of Human Genes and Genetic Disorders <http://www.omim.org/> [dostęp: 15.04.2014].

Na świat przychodzą dzieci z niechcianymi zaburzeniami genetycznymi, to jest oczywiste, ale z tego powodu dzieci stają się niechcianymi dziećmi, niechcianymi dziećmi w domu, na podwórku, w odbiorze społecznym i, co gorsza, w gabinecie lekarskim¹⁶. Budzi to moralny sprzeciw. Cóż temu dziecko jest winne, że ma wady, chorobę genetyczną, czyli zespół różnych zaburzeń? „Co ja takiego złego zrobiłem, że ty płaczesz przeze mnie?” – mogłoby zapytać dziecko z zespołem Downa patrząc na płaczącą z tego powodu matkę. Mama jeszcze nie wie, że osoba z zespołem Downa demonstruje sobą oprócz zaburzeń także bardzo dużo wspólnych umiejętności i ma własne potrzeby, które – jeśli są zrealizowane – pozwalają na twórcze, godne życie. Matki osób z zespołem Downa, które spotykałam w poradni niejednokrotnie opowiadały mi, że urodzenie dziecka z zespołem Downa było wielkim przeżyciem, bo nie umiały sobie z tym poradzić. Po adaptacji do tej sytuacji jednak wyznawały, że te dzieci dają im też mikołajkowy worek wielkich radości, co szczegółowo opisałam w książce *Istnieć, żyć i być kochanym*¹⁷.

Jeżeli dziecko jest odrzucone społecznie, to może z czasem wystąpić u niego wtórne upośledzenie umysłowe, i wtedy bierze się to na karb zmian genetycznych, chociaż wiadomo, że brak stymulacji układu nerwowego skutkuje jego niedorozwojem. W tym miejscu warto zacytować badania Eryka Kandela¹⁸, lekarza psychiatry, który w roku 2000 otrzymał nagrodę Nobla za rozpracowanie molekularnego mechanizmu zapamiętywania. Wskazał on na rolę uczenia się i pobudzania do odczytu informacji genetycznej zawartej w genie *BDNF* (genie neuronalnego czynnika wzrostu) poprzez współdziałanie uruchamianych w procesie uczenia się neuroprzekazników i czynników transkrypcyjnych w hipokampie. Udowodnił, że zapamiętywanie podczas uczenia się jest to proces rozwoju naszego mózgu, a dokładniej to rozbudowa drzewa dendrytycznego komórki nerwowej poprzez „budzenie genu do działania” i produkcję jego białka (budulca synaps i wypustek) na drodze ekspresji tego genu, czyli poprzez swoisty dialog genów ze środowiskiem. Badania rezonansu magnetycznego ujawniają nam dzisiaj, jak wygląda mózg dziecka bez zmian genetycznych, ale odrzuconego społecznie. Udowadniają, że brak akceptacji dziecka w widoczny sposób wpływa na zmiany tempa rozwoju mózgu uwidaczniając „czarne dziury” w jego strukturze. Może prowadzić to do upośledzenia rozwoju umysłowego

¹⁶ A.T. Midro, *Dziecko z zespołem uwarunkowanym genetycznie przed i po urodzeniu – spojrzenie lekarza*, „Autyzm” 2009, nr 9, s. 11-15.

¹⁷ A.T. Midro, *Istnieć, żyć i być kochanym. Możliwości wspomagania dzieci z zespołami genetycznymi*, Kraków 2011.

¹⁸ E.R. Kandel, *A new intellectual framework for psychiatry*, „The American Journal of Psychiatry” 1998, nr 155(4), s. 457-469.

dziecka, jako efekt jego społecznej izolacji. Podobnie będzie w sytuacji tzw. nieuleczalnej choroby genetycznej, w przebiegu której na problemy wywołane samym schorzeniem nakładają się zaburzenia wywołane brakiem stymulacji jego rozwoju bądź uprzedzeniami, co do ograniczonych jego możliwości rozwojowych¹⁹. Urodzenie dziecka z problemami natury genetycznej jest dramatycznym niejednokrotnie doświadczeniem dla matek, ojców i całej rodziny. Wymagają oni wsparcia społecznego i zrozumienia. Nie może jednak to usprawiedliwić procederu zabijania dzieci we wczesnej fazie ich rozwoju prenatalnego tak jak zabijania po ich urodzeniu.

J Lejeune, pierwszy przewodniczący Papieskiej Akademii Życia w Watykanie, powołany na wniosek papieża Jana Pawła II podkreślał „...każde życie nawet upośledzone w oczach świata zasługuje na to by je przeżyć (...). W oczach zranionego dziecka możemy odnaleźć wielką miłość, jeśli odważymy się je pokochać. Mimo choroby dziecko jest zdolne do miłości i czułości i, dlatego by nie, do odczuwania szczęścia”²⁰. W tej sytuacji ograniczenia klauzuli sumienia lekarza, będące również zamachem na ludzki intelekt, czy też na wolność myślenia są szczególnie bolesne.

Można mieć nadzieję, że interdyscyplinarna współpraca w zakresie poradnictwa genetycznego, diagnostyki, terapii i opieki osób dotkniętych wadami rozwojowymi będzie na tyle skuteczna, że można będzie poprawiać jakość życia osób i rodzin związanych z tym problemem. Wówczas rodziny nie będą motywowane do eliminacji tych, którzy chcą nie tylko istnieć, ale chcą żyć, być kochanymi i potrafiącymi kochać, a lekarze będą skoncentrowani na właściwej formie pomocy i opieki zgodnie z hipokratesową tradycją. Jeśli okazuje się, że z czasem zastosowane procedury medyczne mogą zagrażać człowiekowi, jego życiu i zdrowiu, i jego godności, to trzeba mieć odwagę, aby o tym mówić i otwarcie dyskutować. Należy podejmować wszelkie działania ograniczające te zagrożenia i konsekwencje ich powstawania. Zło, bowiem, z którym nie walczymy wzmacnia się i zakorzenia. Lekarz nie może być zmuszany do wykonywania zadań niemoralnych z punktu widzenia jego przekonań i przyczyniać się w ten sposób do tworzenia kultury i cywilizacji śmierci

¹⁹ A.T. Midro, *Od Lejeune’a do Kandela – refleksje w związku z 50. rocznicą opisanego zmian w kariotypie u osób z zespołem Downa*, w: *W drodze do brzegu życia*, red. E. Krajewska-Kułak, C. Łukaszuk, t. 6, Białystok 2009, s. 375-385.

²⁰ C. Lejeune, *Życie jest szczęściem: Jerome Lejeune mój ojciec*, przekład J. Masłoń, Kraków 2005, s. 124.

The Conscience Clause from the Perspective of Physician Clinical Geneticist

S u m m a r y

Freedom of conscience is a fundamental human right, as guaranteed to him by the constitution. Physician clinical geneticist deals with disturbances caused by changes in the functioning of the genome and the epigenetic software from the beginning of human life at the time of conception to the death. Mechanisms that lead to threats to life and health in the earliest stages of development of human beings through the use of in vitro fertilization procedures and prenatal diagnosis that justifies the use of conscientious objection to these procedures.

Tłumaczenie własne autora

*Krzysztof Marczewski**

KLAUZULA SUMIENIA W PRAKTYCE LEKARZA INTERNISTY

*Boję się ludzi, którzy nie mają wątpliwości.
Pamięci prof. dr. hab. Zbigniewa Hołdy 1950-2009, wspaniałego człowieka,
wybitnego prawnika, z którym nie zawsze się zgadzałem,
ale którego zawsze bardzo ceniłem.*

Oklauzuli sumienia piszę jako lekarz, w wydawnictwie przeznaczonym nie tylko dla lekarzy, a bardziej nawet dla prawników i osób duchownych, których jednak łączy wspólny fakt, że byli, są lub będą pacjentami, a ich lekarze, tak jak ja teraz, stanąć mogą wobec problemu klauzuli sumienia w odniesieniu do leczenia każdego z czytelników. W tym kontekście wypada mi się nieco bliżej przedstawić jako, przede wszystkim lekarzowi praktykowi, aktualnie kierującemu dość dużym oddziałem w Szpitalu im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu. Jestem profesorem nauk medycznych, ale także specjalistą w zakresie chorób wewnętrznych, nefrologii, endokrynologii, a ostatnio także geriatry, co dla dalszych wywodów nie pozostanie bez znaczenia.

Mam nadzieję, że to wprowadzenie ułatwi zrozumienie mojego punktu widzenia, nieco innego od analizy sytuacji tradycyjnie wiązanych z klauzulą sumienia, a dotyczących najczęściej aborcji i antykoncepcji. Oczywiście, internisci mogą być uwikłani w sytuacje, w których oczekiwać się będzie od nich opinii mających bezpośredni związek z taką tematyką, ale najczęściej mają one charakter konsultacyjny. Nie wymaga się od internisty bezpośredniego dokonania aborcji, zaś stosowanie bardziej kontrowersyjnych moralnie form antykoncepcji pozostaje domeną ginekologów.

* Prof. dr hab. n. med., Zakład Bioetyki, Antropologii i Ogólnej Teorii Medycyny, Wydział Fizjoterapii i Pedagogiki Wyższej Szkoły Zarządzania i Administracji w Zamościu.

Specjaliści chorób wewnętrznych raczej rzadko powołują się na „klauzulę sumienia”

Nie znam dokładnych statystyk, ale odnoszę wrażenie, że specjaliści chorób wewnętrznych raczej rzadko powołują się na „klauzulę sumienia” w swojej pracy. Nie oznacza to wcale, że interniści są wolni od konfliktu sumienia, który jednak nie zawsze jest uzewnętrzniany, zwłaszcza w takiej formie.

W moim rozumieniu klauzula sumienia jest kategorią prawną, mającą służyć ochronie lekarza, farmaceuty, czy pielęgniarki, którzy świadomie odmawiają wykonania czynności wynikających pośrednio z ustaw i rozporządzeń, a bezpośrednio zaleceń towarzystw naukowych, czy wiedzy podręcznikowej (wiedzy autorów podręczników).

Internista zazwyczaj ma wyrazić opinię o stanie zdrowia chorego, np. w formie konsultacji, która jednak może posłużyć innemu lekarzowi do dokonania czynu, uznawanego przez internistę, za sprzeczny z jego (internisty) sumieniem. Klasycznym przykładem takiej sytuacji, a często dylematu (w klasycznym rozumieniu tego słowa), może być ocena stanu zdrowia kobiety ciężarnej i ryzyka związanego z ciążą dla zdrowia matki, które może być podstawą do dokonania aborcji. Innym rzadziej opisywanym przykładem, może być ocena „internistyczna” szans dalszego leczenia pacjenta wymagającego intensywnej terapii czy zabiegu chirurgicznego, w wyniku której leczenie takie nie zostanie podjęte, a ewentualna terapia uznana za uporczywą i pacjent umrze. Oczywiście, przedmiotem konfliktu może być także obawa przed dokonaniem oceny (konsultacją internistyczną), której wynikiem może być właśnie uporczywa terapia. W *Evangelium vitae* Jana Pawła II¹ czytamy przecież o opinii prawdziwie biegłych lekarzy, którzy mają przełożyć na język praktycznej decyzji rozstrzygnięcia uczynione przez etyków i teologów moralnych.

Podłożem konfliktu sumienia, a także powodem odwołania się do klauzuli sumienia może być także żądanie bezpośredniego działania zgodnego z obowiązującym prawem, ale sprzecznego z sumieniem internisty, np. przetoczenia krwi, lub prawem które może obowiązywać w przyszłości np. obowiązku dokonania czynnej eutanazji. Przy czym powodem niezgody internisty na podporządkowanie się nakazom prawnym mogą być zarówno przekonania religijne, jak i brak zaufania co do merytorycznej słuszności takich zaleceń. Z wielu powodów internista może się po prostu nie zgadzać z regułami „oficjalnej medycyny”

¹ Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae*, (25 marca 1995), „Acta Apostolicae Sedis” 1995, nr 87, tłum. polskie „L'Osservatore Romano” 1995, nr 4.

np. wskazaniami do transfuzji krwi, czy kryteriami rozpoznawania śmierci mózgowej. Przy czym odmawiając takiego działania (uczestnictwa w pracach stosownej komisji i/lub zgłoszenia podejrzenia śmierci mózgowej) naraża się na odpowiedzialność (wobec własnego sumienia, a w przyszłości być może także prawną) za śmierć osób oczekujących na przeszczep.

Kompetencji sumienia również w działaniu internisty nie sposób chyba przecenić. Sytuacji, w których granica działania lub zaniechania „przebiega przez sumienie” jest bardzo wiele. Ten sam lek może być stosowany w chorobach przewodu pokarmowego i w celu wywołania poronienia, inny w celu leczenia hirsutyzmu i/lub antykoncepcji.

Powołanie się na „klauzulę sumienia” oznacza najczęściej konfrontację

Klauzula sumienia odwołuje się do systemu nakazów i/lub zakazów, najczęściej religijnych, nie zawsze zrozumiałych dla pacjenta i jego bliskich, a najczęściej konfrontacyjnych wobec osób posiadających i szerzących przeciwne poglądy. „Użycie” klauzuli sumienia oznacza najczęściej konfrontację. Prawdopodobnie dlatego poza przypadkami zamierzonej demonstracji, stosowana jest najczęściej wtedy, kiedy konfrontacji nie da się już uniknąć. Przy czym skuteczniejsze (kryterium utylitaryzmu) od stosowania klauzuli sumienia może okazać się postępowanie jeszcze bardziej kontrowersyjne moralnie.

Wyobraźmy sobie sytuację, kiedy lekarz przeciwny karze śmierci pracuje w kraju, gdzie taka kara jest orzekana i wykonywana, jednak wyłącznie na skazanych w odpowiednio dobrym stanie zdrowia potwierdzonym badaniem lekarskim. Kiedy władze zażądają od niego wydania opinii może po pierwsze odmówić, np. powołując się na klauzulę sumienia, lub „rozważywszy sprawę w swoim sumieniu” wydać opinię sprzeczną z jego wiedzą, ale uniemożliwiającą uśmiercenie skazańca, przynajmniej w danej chwili. To szczególny przykład bardziej ogólnego problemu zachowania lekarza wobec złego prawa. Badania jakie przeprowadzaliśmy w Zakładzie Etyki Akademii Medycznej w Lublinie na przełomie tysiącleci wskazywały, że w sytuacji konfliktu między sumieniem a obowiązującym prawem większość, bo ponad 50% ankietowanych anonimowo lekarzy, ordynatorów oddziałów i kierowników klinik, wybrało etykę². Trzeba

² K. Marczewski, *Etyczne aspekty rezygnacji z dializoterapii – uwagi na podstawie wstępnej analizy badania ankietowego w środowisku polskich nefrologów*, w: *I Katowickie Semi-*

wyraźnie odgraniczyć: możliwości popełnienia błędu przez internistę, od celowego powstrzymania się od wyrażenia opinii (jawnego lub ukrytego) i celowego wyrażenia opinii niezgodnej z wiedzą medyczną, w celu doprowadzenia do rozstrzygnięcia zgodnego z sumieniem lekarza. Mamy takie przykłady z czasów II wojny światowej. Postawienie fałszywego rozpoznania np. tyfusu niekiedy chroniło pacjenta przed aresztowaniem, a założenie gipsu na zdrową nogę przed wywiezieniem do obozu zagłady. Trudno sobie wyobrazić, aby taki lekarz po wojnie został ukarany z powodu fałszerstwa, choć go dokonał.

Czy są państwa złego prawa? Z całą pewnością tak, ale nie słyszałem o państwie, które samo przyznawałoby, że „obecnie obowiązujące prawo jest tak niemoralne, że należy je łamać”. Natomiast bez trudu przywołały liczne przykłady czynów surowo karanych, które potem stawały się chwalebnyymi i postępowania zgodnego z aktualnie obowiązującym prawem, które okazywało się zbrodnią. Szanując kompetencje sumienia nie sposób uciec przed pytaniem, czy lekarz może w swoim sumieniu decydować, kto jest jego bliźnim. Czy społeczeństwo może narzucać osobie istotne ograniczenia np. dietetyczne jako warunek leczenia. Odbywające się aktualnie w Niemczech procesy i postępowania prokuratorskie w związku z warunkami przeszczepiania narządów tego właśnie dotyczą³. Wśród nich jest toczący się proces lekarza oskarżonego o fałszowanie danych medycznych po to, aby powierzeni jego opiece pacjenci otrzymali szybciej przeszczep i dłużej z nim żyli. W jego opinii stosowanie się do obowiązujących kryteriów kwalifikacyjnych znacznie pogarszało wyniki operacji, bo chorzy byli już zbyt chorzy! Lekarz, któremu nie zarzuca się dążenia do osobistych korzyści, doprowadził do szybszych przeszczepień powierzonych mu pacjentów, w tym jednego obcokrajowca, zdaniem prokuratury jest winny śmierci kilku innych zmarłych w oczekiwaniu na przeszczep w innych ośrodkach i naruszenia przepisów ubezpieczeniowych.

Między eutanazją a uporczywą terapią

Zasadnicze trudności z tym związane to niepewność do rokowania i skuteczności podejmowanych działań, nieuniknione w medycynie opartej o praw-

narium: „Postępy w nefrologii i nadciśnieniu tętniczym”, Śląska Akademia Medyczna, Katowice 2001.

³ http://de.wikipedia.org/wiki/Organspendeskandal_in_Deutschland [dostęp: 4.08.2014].

dopodobieństwo, którą właśnie dla wielkiej liczby trudnych do przewidzenia zmiennych za Williamem Oslerem nazywamy sztuką⁴. Sumienie oczywiście nie zastąpi wiedzy. W kompetencjach sumienia pozostaje rozstrzygnięcie ewentualnego konfliktu między moją wiedzą a decyzją przełożonego, czy stanem prawnym (w mojej opinii błędnymi), co do celowości lub bezsensowności jakiegoś działania. Wreszcie zderzenie z oczywistą prawdą. Wszyscy nasi pacjenci kiedyś umrą, podobnie jak my sami. Czy godzi się podejmować intensywne i drogie leczenie, dla utrzymania przy życiu chorego przez 2 lata, dwa dni, czy dwie godziny?

Są kraje, a wśród nich Polska, które wyznaczają maksymalną cenę, jaką powinien zapłacić ubezpieczyciel za przedłużenie naszego życia o rok, przy zachowaniu dobrej jakości, na trzykrotność produktu krajowego brutto przypadającego na jednego mieszkańca⁵. Trzeba podkreślić, że jest to tylko jeden z czynników jakie należy uwzględnić, a całe obliczenia są dość skomplikowane, zaś kwota ta aktualnie niewiele przekracza 100 000 PLN. Niestety, ceny rocznego leczenia wielu chorób, w tym tzw. chorób rzadkich bywają wyższe, prowadząc niekiedy do strasznych tragedii, bez których jednak nie powstałyby odpowiednio silne grupy nacisku. Menadżerowie firm farmaceutycznych do baranków raczej nie należą, ale bywa, że na wilcze futro zarzucają owczą skórę. Nie wiemy jak za kilkaset lat będzie oceniane dziś obowiązujące prawo. Możemy jednak przypuszczać, że przynajmniej w pewnym zakresie się zmieni. Nie przewiduję jednak, aby postęp nauki był tak wielki, abyśmy byli w stanie przywrócić utracone wskutek wadliwego prawa ludzkie życie, bądź cofnąć doznane cierpienia. Czy lekarz powinien mieć w swoim sumieniu obywatelską odpowiedzialność za losy wszystkich chorych i całego społeczeństwa (wszystkich ludzi świata), czy też ograniczyć swoją wrażliwość do tych niewielu lub tylko jednego, który jest jego pacjentem? Chyba jako pacjent tego właśnie oczekiwałbym od swojego lekarza.

⁴ http://en.wikiquote.org/wiki/William_Osler [dostęp: 4.08.2014]; dosłownie: *Medicine is a science of uncertainty and an art of probability*.

⁵ Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, Dz. U. Nr 122, poz. 696 z późn. zm.

The Conscience Clause in the Practice of Internal Medicine Practitioner

S u m m a r y

The author, a medical professor and at the same time an active practitioner, shares his perspective on situations involving the work of the conscience clause, as taking place in the practice of a specialist in internal medicine and geriatrics.

Tłumaczenie: Konrad Szulga

ODMOWA LECZENIA Z PERSPEKTYWY ART. 7 KODEKSU ETYKI LEKARSKIEJ¹

Kodeks o odmowie leczenia

Artykuł 7 Kodeksu Etyki Lekarskiej (KEL) stwierdza: „W szczególnie uzasadnionych wypadkach lekarz może nie podjąć się lub odstąpić od leczenia chorego, z wyjątkiem przypadków nie cierpiących zwłoki. Nie podejmując albo odstępując od leczenia lekarz winien wskazać choremu inną możliwość uzyskania pomocy lekarskiej”.

Wszystko wskazuje na to, że formułując powyższą zasadę autorzy KEL chcieli „za jednym zamachem” uregulować dwa zupełnie odmienne rodzaje sytuacji zdarzających się w praktyce lekarskiej: jeden zupełnie codzienny i drugi, zdecydowanie nadzwyczajny.

Odmowa leczenia ze względu na bezpieczeństwo chorego

Pierwszy rodzaj okoliczności, to liczne sytuacje mogące zdarzyć się na co dzień w życiu lekarza, a utrudniające lub wręcz uniemożliwiające mu prawi-

* Dr n. med., Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Przychodnia Medycyny Rodzinnej w Warszawie.

¹ Tekst (pod tytułem *KEL – Kiedy lekarz może odstąpić od leczenia?*) pierwotnie opublikowany w „Medycyna Praktyczna” 2014, nr 4, s. 127-129.

dłową opiekę nad pacjentem. Przede wszystkim są to przypadki złych relacji pacjent-lekarz wynikające z różnego rodzaju konfliktów międzyludzkich. Długotrwały konflikt z pacjentem lub jego rodziną, właśnie zakończona awantura z chorym, obawa o swoje bezpieczeństwo lub inne podobne sytuacje, w oczywisty sposób, nie sprzyjają możliwości „normalnego” zajęcia się taką osobą przez lekarza. Także kłopoty zdrowotne samego lekarza, jego stan emocjonalny, zmęczenie lub stan po przyjęciu leków lub spożyciu substancji psychoaktywnych w pełni uzasadniają obawę, że nie będzie on mógł zająć się pacjentem w sposób w pełni profesjonalny. W takich okolicznościach, lekarz poproszony o pomoc medyczną, nie tylko może, ale niekiedy powinien, dla dobra pacjenta, nie podejmować się wykonywania czynności zawodowych. Jednocześnie jednak powinien on w takich okolicznościach wskazać choremu inną możliwość uzyskania pomocy lekarskiej lub nawet wesprzeć go w jej uzyskaniu. Zakres tego wsparcia zależy oczywiście od okoliczności. Gdy sytuacja ma miejsce w funkcjonującej placówce opieki zdrowotnej, obowiązkiem lekarza odmawiającego udzielenia pomocy medycznej jest zorganizowanie jej poprzez innych pracowników placówki. Jeśli dzieje się to poza pracą, w miejscu prywatnym, lekarz może wskazać ogólne zasady dotarcia do innego lekarza. W każdym jednak przypadku musi on ocenić, czy chory, ze względu na stan zdrowia, nie wymaga natychmiastowej pomocy, bowiem w takiej sytuacji, bez żadnych zastrzeżeń, lekarz musi jej udzielić. Jednoznacznie regulują to nie tylko KEL, ale także przepisy ogólnie obowiązujące².

Odmowa leczenia ze względu na sprzeciw sumienia

Drugi rodzaj okoliczności uzasadniających niepodjęcie się działań zawodowych to sytuacja, która wiąże się z wyznawaniem przez lekarza systemem wartości i w której wykonanie przez niego czynności oczekiwanych przez pacjenta, wiązałoby się z naruszeniem wyznawanego przez niego systemu wartości. Taka sytuacja konfliktu sumienia jest jedną z najtrudniejszych w praktyce lekarskiej. Z jednej bowiem strony pacjent, pracodawca, prawo lub okoliczności nakładają na lekarza określone zadania (co wiąże się z podjęciem określonych działań), z drugiej zaś przyjęte przekonania, czy po prostu sumienie mówią mu,

² Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Tekst jedn.: Dz. U. z 2011 r., Nr 277, poz. 1634 z późn. zm.

że zadania te nie przystają do uznanego przez niego systemu wartości i według niego są niegodne. Sumienie podpowiada mu, że podejmując się tych czynności, złamałby któreś z ważnych dla niego pryncypiów.

Sytuacja taka jest zawsze trudna ze względów organizacyjnych, pracowniczych, koleżeńskich, międzyludzkich lub przynajmniej komunikacyjnych. Co można poradzić lekarzowi stojącemu wobec takiego problemu?

Zanim podejmie się próbę udzielenia odpowiedzi na to pytanie, warto zwrócić uwagę na to, że zgodnie z treścią omawianego artykułu, dotyczy ona wyłącznie przypadków **leczenia chorego**. Trudno zaś do tej kategorii zaliczyć procedury eutanazji, przerwania ciąży, czy przepisywanie środków antykoncepcyjnych, czyli w praktyce jedyne sytuacje rodzące sprzeciw sumienia lekarzy. Warto zwrócić uwagę, że zupełnie inaczej podobny problem regulowany jest w przepisach ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry³, gdzie mowa jest o niezdefiniowanych w ustawie „świadczeniu zdrowotnym”, „pomocy lekarskiej” i „przypadkach niecierpiących zwłoki”. Między innymi dlatego wielu znawców prawa ma wątpliwości co do konstytucyjności tych przepisów. Szeroko na ten temat pisali Andrzej Zoll⁴, Leszek Bosek⁵, Oktawian Nawrot⁶, Paweł Jaranowski i Andrzej Muszala⁷ oraz Barbara Chyrowicz⁸. Czy wobec tego omawiany art. 7 KEL w ogóle ma zastosowanie wobec tzw. klauzuli sumienia? Wydaje się jednak, że, chociaż w ograniczonym zakresie, to jednak tak. Przykłady takich sytuacji to: lekarz Świadek Jehowy stający wobec okoliczności wymagających podania krwi, lekarz wegetarianin (weganin, witarianin itp.) mający pacjentów z niedoborami dietetycznymi czy niedokrwistością, lekarz „antyszczepionkowiec” wobec dziecka w wieku kwalifikującym je do szczepień itp. Autor zdaje sobie sprawę z możliwości pojawienia się oponentów zaliczania takich i, być może, jeszcze innych, podobnych sytuacji do obszaru klauzuli sumienia. Niektórzy woleliby raczej widzieć je jako przykłady zachowań nieprofesjonalnych, ale, przy całym szacunku dla takiego stanowiska, nie można nie dostrzec coraz większego rozstrzelenia opinii publicznej i pojawiania się grup lekarzy „wyzna-

³ Tamże.

⁴ A. Zoll, *Charakter prawny klauzuli sumienia*, „Medycyna Praktyczna” 2014, nr 1, s. 99-103, 116.

⁵ L. Bosek, *Klauzula sumienia – czy ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry jest zgodna z konstytucją*, „Medycyna Praktyczna” 2014, nr 1, s. 104-110.

⁶ O. Nawrot, *Sumienie lekarza a prawa człowieka w świetle standardów Rady Europy*, „Medycyna Praktyczna” 2014, nr 1, s. 111-116.

⁷ P. Jaranowski, A. Muszala, *Kodeks Etyki Lekarskiej. Odcinek 11: W zgodzie z sumieniem*, „Medycyna Praktyczna” 2014, nr 1, s. 117-119.

⁸ B. Chyrowicz, *Moralna autonomia i klauzula sumienia*, „Medycyna Praktyczna” 2014, nr 1, s. 120-121.

jących” rozmaite nienaukowe teorie, co dla niektórych z nich oznacza czasem wejście w obszar quasi-religijny. Wydaje się zatem, że, przy rygorystycznym przestrzeganiu poniższych zasad, także w takich okolicznościach zastosowanie klauzuli sumienia przynajmniej częściowo mogłoby rozwiązać problem.

Z jednej strony, rozważając możliwości sposobu zachowania się lekarza w takich okolicznościach, należy przypomnieć prawo każdej osoby do działania w zgodzie z jej przekonaniem. Przymuszanie do postępowania wbrew przyjętym przez lekarza zasadom zabraniają wprost ratyfikowane przez Polskę umowy prawa międzynarodowego⁹ i oczywiście Konstytucja¹⁰. Z drugiej strony, pacjent zgłaszając się do lekarza ma prawo do otrzymania leczenia zgodnego z aktualną wiedzą medyczną. Wydaje się zatem, że jeśli zastrzeżenia etyczne lekarza dotyczą procedur **lecniczych** będących elementem opartego na dowodach, zgodnego z obowiązującymi wytycznymi postępowania, to lekarz powinien pacjenta odesłać do innego kolegi. (Nie osłabia to w żadnym wypadku przekonania autora o niedopuszczalności przymuszania lekarza do znalezienia miejsca wykonania innych, **nielecniczych** czynności (np. aborcji), które budzą jego sprzeciw etyczny.) W takiej sytuacji powinien także krótko wyjaśnić pacjentowi motywy swojego postępowania. Nie może tworzyć mylnego wrażenia, że jego zastrzeżenia co do leczenia mają charakter zawodowy (np. że ma wątpliwości co do prawidłowości takiego leczenia, mocy dowodów, czy wartości stosowanych wytycznych), ale powinien wyraźnie przedstawić, że odmowa leczenia jest związana z jego przekonaniem etycznym lub religijnym. Jednocześnie należy zaznaczyć, że rozmowa na ten temat w żadnym wypadku nie może mieć charakteru „misyjnego” – powinna być suchą informacją na temat faktów. No i wreszcie, jeśli rozważania ograniczyć do okoliczności (zgodnie z przepisem KEL) związanych z **leczeniem**, także ścisła granica „przypadków niecierpiących zwłoki” wydaje się być uzasadniona.

Incydentalność prawa do odmowy leczenia

Wreszcie kończąc należy wyraźnie zaznaczyć, że artykuł 7 KEL odnosi się do sytuacji incydentalnych, związanych z określoną sytuacją interpersonalną lub

⁹ Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych z dnia 16 grudnia 1966 r., Dz. U. z 1977 r., Nr 38, poz. 167 zał.

¹⁰ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., Dz. U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.

kliniczną konkretnego lekarza i w żadnym wypadku nie może być podstawą do żądania (np. przez pracodawcę) składania deklaracji światopoglądowych przez zatrudnianych lekarzy lub publikowania list lekarzy o określonych przekonaniach, co niektórzy sugerują. Artykuł 7 KEL mówi o możliwości niepodjęcia się lub odstąpienia przez lekarza od leczenia chorego w wyjątkowej, trudnej sytuacji, a każdy korzystający z takiego prawa lekarz może w dowolnej chwili zmodyfikować lub zmienić swoje stanowisko i decyzję.

Refusal of Treatment under Article 7 of the Code of Medical Ethics

S u m m a r y

The author discusses Article 7 of the Code of Medical Ethics allowing failure to treat or retraction from treating the patient in two circumstances: a situation that impedes or prevents a proper care and a situation of conscientious objection to the expected medical procedures. In both cases of treatment, the doctor should advise the patient of another possibility of receiving medical assistance. Still, this does not challenge the doctor's unconditional right to refuse to perform or assist in performing in any way (eg. by referring the patient) non-therapeutic procedures that trigger his or her conscientious objection.

Tłumaczenie: Konrad Szulga

*Beata Dobrowolska**

SPRZECIW SUMIENIA W ZAWODZIE PIELEŃNIARKI I POŁOŻNEJ – ZABOŻENIA I PRAKTYKA

Wprowadzenie

Etyczno-prawna kategoria klauzuli sumienia w praktyce medycznej jest rodzajem regulacji odnoszącej się do obowiązku państwa w zakresie ochrony wolności myśli, sumienia i wyznania uznanej za podstawowe prawo każdego człowieka. Nie należy jej jednak traktować jako formy przyznanego lekarzom, pielęgniarcom/położnym przywileju. Co prawda, w ramach tej regulacji formułowane są zapisy, które potwierdzają prawo lekarza, pielęgniarzki/położnej do skorzystania ze sprzeciwu sumienia w ich praktyce zawodowej, jednak przede wszystkim precyzowane są warunki, jakie muszą być wówczas spełnione, jak również sytuacje, w których powoływanie się na to prawo nie może mieć miejsca. W tym sensie, klauzula sumienia uznawana jest jako instytucja ograniczająca wolność sumienia przedstawicieli tych zawodów. Ograniczenie to wynika z jednoczesnej konieczności ochrony innych, fundamentalnych dóbr, jakimi są m.in. życie i zdrowie człowieka, wolność, czy bezpieczeństwo publiczne.

Trzeba podkreślić, że w dyskusjach nad prawem do sprzeciwu sumienia w praktyce medycznej generalnie nie kwestionuje się jego istoty, godziłoby to bowiem w fundamentalne zasady funkcjonowania demokratycznego państwa

* Dr n. hum., Zakład Podstaw Pielęgniarstwa i Dydaktyki Medycznej, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

prawa. To, co stanowi przedmiot dyskusji wiąże się z zakresem obowiązywania klauzuli sumienia w praktyce oraz z wykazem obowiązków lekarza czy pielęgniarki w sytuacji wyrażenia woli skorzystania z tej klauzuli.

Celem niniejszych rozważań jest analiza prawa do sprzeciwu sumienia w zawodzie pielęgniarki i położnej, jak również przedstawienie problemów wynikających z powoływania się na to prawo w praktyce klinicznej. Praca została podzielona na trzy części. W pierwszej, dokonano krótkiej charakterystyki podstaw etosu zawodu pielęgniarki/położnej oraz pokazano możliwe źródła napięć w relacji pielęgniarka – pacjent w procesie ustalania „dobra”, które powinno być przedmiotem pielęgniarskiej troski. Część druga stanowi prezentację przepisów regulujących klauzulę sumienia w zawodzie pielęgniarki/położnej w Polsce oraz porównanie ich z rozwiązaniami angielskimi. W części trzeciej omówiono zakres kompetencji przedstawicieli tych profesji także w realizacji procedur medycznych, które budzą kontrowersje natury moralnej oraz poddano dyskusji problemy związane z procedurą powoływania się na prawo do sprzeciwu sumienia w realiach systemu opieki zdrowotnej.

1. O etosie pielęgniarskim, etyce troski i ustalaniu dobra, o które zobligowana jest troszczyć się pielęgniarka

Etos pielęgniarski został ukształtowany przede wszystkim przez wielowiekową historię i tradycję tej profesji. Wśród „kamieni milowych” w dziejach pielęgniarstwa na szczególną uwagę zasługuje nurt pielęgniarstwa zakonnego, a głównie działalność Zgromadzenia Sióstr Miłosierdzia św. Wincentego a’Paulo (1581-1660), jak również działania reformatorki Florencji Nightingale (1820-1910). W obu nurtach rozwoju pielęgniarstwa podkreślano, że istotą pracy pielęgniarki jest urzeczywistnianie chrześcijańskiego miłosierdzia, współczucia i wrażliwej troski o życie i zdrowie pacjenta¹.

Istotny wpływ na treść etyki pielęgniarskiej miała także tzw. tradycja hipokratesowa. Zasady określone w p rzysiędże Hipokratesa zostały przeniesione do powstałej w XIX wieku przysięgi pielęgniarskiej nazwanej imieniem Florencji Nightingale. Zgodnie z tekstem przysięgi, pielęgniarki zostały zobligowane do respektowania zasady nieszkodzenia i dobroczynienia: „(...) Będę daleka od

¹ B. Dobrowolska, *Etyka w pielęgniarstwie*, w: *Bioetyka*, red. J. Różyńska, W. Chańska, Warszawa 2013, s. 500.

tęgo wszystkiego co szkodliwe i zgubne, nigdy sama nie zażyję, ani też nikomu nie podam tego, co mogłoby mu szkodzić (...). Będę (...) pracować dla dobra tych, którzy będą powierzani mojej opiece”; oraz zasady poufności: „(...) będę zachowywać w tajemnicy wszystkie informacje dotyczące spraw osobistych i rodzinnych pacjenta, które zostaną mi powierzone w czasie praktyki zawodowej”. Dodatkowo, w treści przysięgi znalazły się powinności pracy na rzecz zawodu, współpracy w zespole terapeutycznym, jak również zobowiązanie do osobistej i zawodowej integralności moralnej².

Kategorią centralną etyki pielęgniarskiej, zgodnie z istotą tej profesji, jest troska o pacjenta i jego dobro. Cechą charakterystyczną pielęgniarskiej (czy generalnie medycznej) etyki i troski jest zwrócenie się wprost ku podmiotowi opieki, czyli tzw. zorientowanie na dobro adresata podejmowanego działania. Troskliwość ma więc charakter relacyjny i jest aktywną odpowiedzią pielęgniarki na wymagającą działania sytuację pacjenta. Ta odpowiedź łączy zastosowanie profesjonalnej wiedzy i umiejętności z dyspozycją troskliwej komunikacji oraz współczucia. Dopiero wówczas możemy mówić o integralnej trosce o pacjenta, która dodatkowo jest możliwa dzięki zaufaniu, jakie musi być zbudowane w relacji pielęgniarka – pacjent³.

W miarę rozwoju medycyny i nauk o zdrowiu, poszerzania i doprecyzowania kompetencji zawodowych pielęgniarek, jak również za sprawą zmian w zakresie ochrony autonomii pacjenta, szczególnie w aspekcie prawnym, coraz częściej zadawane jest pytanie o to, czym jest owo dobro pacjenta, o które zobligowana jest troszczyć się pielęgniarka, czy można je raz na zawsze określić oraz kto powinien o tym decydować.

Rozpatrując ten problem z perspektywy zapisów deontologii pielęgniarskiej, za podstawowe dobro – cel działalności pielęgniarek/położnych uznaje się ochronę życia i zdrowia człowieka. Potwierdzeniem tego jest nie tylko treść cytowanej powyżej przysięgi pielęgniarskiej z 1893 roku, ale również normy zawarte we współczesnych kodeksach etyki zawodowej dla tej grupy profesjonalistów. W aktualnie obowiązującym Kodeksie Etycznym Pielęgniarek i Położnych w Polsce (dalej: KEZPiP)⁴, w przyrzeczeniu znajdujemy: „Z głębokim

² B.L. Tate, *The Nurse's Dilemma*, Genewa 1977, za: S. Poznańska, *Pielęgniarstwo wczoraj i dziś*, Warszawa 1988, s. 176.

³ B. Dobrowolska, *Wprowadzenie do medycznej etyki troski*, Bydgoszcz 2010, s. 12-13; tejsze, *Etyka w pielęgniarstwie*, s. 509.

⁴ *Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej*, zał nr 1 do Uchwały nr 9 IV Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 9 grudnia 2003 r. w sprawie uchwalenia „Kodeksu etyki zawodowej dla pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej”, <http://nipip.pl/index.php/uchwaly/krajowych-zjazdow/iv-krajowego-zjazdu-pielęgniarek-i-polożnych/uchwaly/896-9-04-2003> [dostęp: 06.07.2014].

szacunkiem i czią przyjmuję nadany mi tytuł pielęgniarki/położnej i uroczystości przyrzekam: 1. Sprawować profesjonalną opiekę nad życiem i zdrowiem ludzkim. (...)”. Dalej, w części ogólnej Kodeksu zostało zapisane: „2. Czynności zawodowe pielęgniarki/położnej nie mogą służyć aktom bezprawnym ani też powodować szkód dla zdrowia ludzkiego. (...) 6. Pielęgniarka/położna działa zawsze w interesie swoich pacjentów szczególnie tam, gdzie ich życie i zdrowie mogą być zagrożone”.

Trzeba jednak pamiętać, że w relacji pielęgniarka – pacjent spotykają się dwa światy wartości, bardzo często z odmienną ich hierarchią. To, co jest ważne dla pielęgniarki, czy to z punktu widzenia jej etyki zawodowej, czy z punktu widzenia osobistego systemu wartości, może mieć odmienne znaczenie dla pacjenta. Dlatego w etyce medycyny wskazuje się często na wartość negocjacji w zakresie wyboru dobra – celu działań pracowników medycznych w indywidualnej relacji z pacjentem⁵. Jeśli przyjmiemy, że dobro, o które powinna troszczyć się pielęgniarka nie jest raz na zawsze określone i należy je ustalić w dialogu z pacjentem, jako autonomicznym partnerem relacji, musimy dopuścić sytuację, w której może pojawić się konflikt między tymi dwiema perspektywami w definiowaniu przedmiotu pielęgniarskiej troski.

Na ten aspekt zwraca uwagę etyka troski podkreślając, że relacja troskliwości ustanowiona przez pielęgniarkę i pacjenta powinna opierać się na otwartym dialogu, w którym możliwe jest zaprezentowanie sposobu postrzegania ważnych dla obu stron relacji dóbr i zjawisk, jakimi są m.in. życie i zdrowie ludzkie, wolność, bezpieczeństwo, prawda, choroba, umiowanie i śmierć. Jednocześnie, taki dialog powinien pomóc w ustaleniu zarówno możliwości, jak i granic, których obaj partnerzy relacji nie zgodzą się przekroczyć⁶. Jest to szczególnie istotne w warunkach pluralizmu wartości, jak również w sytuacji coraz większej komercjalizacji medycyny, w której od lekarza czy pielęgniarki wymaga się realizacji procedur nie zawsze mieszczących się w tradycyjnej wizji leczenia i opieki. Przykładem jest sytuacja, w której pacjent oczekuje realizacji procedury medycznej dla niego ważnej i dopuszczalnej w świetle krajowego prawa (np. aborcja); pielęgniarka zaś chce chronić dobra, które nie tylko dla niej osobiście, ale przede wszystkim z punktu widzenia etyki pielęgniarskiej mają fundamentalne znaczenie (np. ludzkie życie i zdrowie).

W przypadku tego rodzaju konfliktu zadawane jest często pytanie o neutralność aksjologiczną pracownika opieki medycznej: czy nie powinniśmy jej

⁵ P. Łuków, *Granice zgody: autonomia zasad i dobro pacjenta*. Warszawa 2005, s. 247; K. Szewczyk, *Dobro, zło i medycyna. Filozoficzne podstawy bioetyki kulturowej*, Warszawa-Łódź 2001, s. 179.

⁶ B. Dobrowolska, *Wprowadzenie do medycznej etyki troski*, s. 139.

oczekiwać od lekarza, pielęgniarki, położnej, a co za tym idzie, wymagać realizacji każdej procedury, jakiej pacjent oczekuje zgodnie z ideą szacunku dla jego autonomii? Odpowiadając na to pytanie, trzeba zwrócić uwagę na fakt, że żądanie aksjologicznej neutralności od przedstawicieli personelu medycznego w ich relacji z pacjentami jest sprzeczne z jednoczesnym oczekiwaniem ich rozwoju moralnego i kształtowania moralnej wrażliwości. Zdaniem Edmunda Pellegrino, dla którego neutralność aksjologiczna w praktyce medycznej nie jest możliwa do osiągnięcia, każdy człowiek, także pracownik ochrony zdrowia, jest integralną jednością ciała, duszy i psychiki, a ochrona tej integralności, której przejawem jest prawo do sprzeciwu sumienia jest podstawowym prawem moralnym każdego człowieka⁷.

2. Instytucja klauzuli sumienia w polskich i angielskich dokumentach zawodowych pielęgniarek/położnych

Prawo do sprzeciwu sumienia funkcjonuje w międzynarodowym i krajowym systemie ochrony podstawowych praw człowieka od wielu dziesięcioleci. Jednak zapisy odnoszące się do tego prawa w praktyce pielęgniarki i położnej w Polsce pojawiły się dopiero w latach 90. minionego wieku.

W Kodeksie Etyki Zawodowej Pielęgniarek i Położnych z 1995 roku⁸, który był pierwszym tego typu dokumentem przyjętym po przemianach politycznych w Polsce na II Krajowym Zjeździe Pielęgniarek i Położnych, już w przyrzeczeniu znajdujemy, że pielęgniarka/położna zobowiązana jest służyć życiu i zdrowiu ludzkiemu. W części ogólnej Kodeksu zapisano dodatkowo, że stałą powinnością każdej pielęgniarki i położnej jest praca nad własnym rozwojem osobowym, kształtowaniem wrażliwości etycznej i sumienia. Natomiast w części szczegółowej tego dokumentu, w rozdziale II, w dwóch punktach zawarto zapisy wprost odnoszące się do możliwości skorzystania z klauzuli sumienia. W punkcie 20: pielęgniarka i położna ma prawo do odmowy uczestnictwa w zabiegach oraz czynnościach godzących w życie człowieka i jego godność, niezgodnych z obowiązującym prawem. Zaś w punkcie 21: pielęgniarka i położna nie ma obowiązku uczestniczenia w zabiegach, badaniach naukowych i eksperymen-

⁷ E. Pellegrino, *The physician's conscience, conscience clauses, and religious belief: a Catholic perspective*, „Fordham Urban Law Journal” 2002, nr 30(1), s. 240 i n.

⁸ Kodeks Etyki Zawodowej Polskiej Pielęgniarki i Położnej, Włocławek 1996.

tach biomedycznych, które swoją istotą przeczą uznawanym przez nią normom etycznym.

Zapisy te zmieniono w kolejnej nowelizacji Kodeksu i w obecnie obowiązującym KEZPiP, w punkcie 6 rozdziału II części szczegółowej, wpisano ogólnie prawo pielęgniarki/położnej do odmowy uczestnictwa w zabiegach i eksperymentach biomedycznych, które są sprzeczne z uznawanymi przez nią normami etycznymi.

Bardziej szczegółowe rozwinięcie norm kodeksowych zawarto w ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej (dalej: UZPiP)⁹, gdzie w art. 14 ust. 2 znajdujemy, że pielęgniarka może odmówić udziału w eksperymencie, jeśli uzna, że ma uzasadnione wątpliwości co do jego celu, przebiegu i skutków. Istotę klauzuli sumienia ustawodawca zapisał w art. 12, w którym ust. 2 głosi, że pielęgniarka/położna może nie wykonać zlecenia lekarskiego lub innego świadczenia zdrowotnego niezgodnego z jej sumieniem lub zakresem posiadanych kwalifikacji. Z faktem tym wiążą się pewne zobowiązania, a mianowicie: pielęgniarka musi podać przyczynę tej odmowy na piśmie osobie, która zleciła jej wykonanie danego zabiegu lub przełożonemu. Dodatkowo (ust. 3), w sytuacji odmowy wykonania pewnych świadczeń pielęgniarka musi niezwłocznie poinformować pacjenta lub jego przedstawiciela o takiej odmowie oraz musi wskazać realne możliwości uzyskania tego świadczenia u innej pielęgniarki/położnej lub w podmiocie leczniczym. Fakt ten musi zostać także odnotowany – z podaniem uzasadnienia odmowy – w dokumentacji medycznej (art. 12 ust. 4). Dodajmy, że procedura obowiązuje z zachowaniem ograniczenia – możliwość odmowy wykonania pewnych świadczeń przez pielęgniarkę/położną nie obejmuje tych, których niewykonanie mogłoby spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego (art. 12 ust. 1).

Porównując polskie regulacje związane z klauzulą sumienia w zawodzie pielęgniarki i położnej do rozwiązań angielskich, trzeba przede wszystkim podkreślić, że w kodeksie etyki zawodowej dla pielęgniarek/położnych w Wielkiej Brytanii, w ostatniej wersji z 2008 roku zrezygnowano z zapisów odnoszących się do prawa tych profesjonalistów do sprzeciwu sumienia w praktyce klinicznej. Zawarto w nim jedynie wskazanie, że należy poinformować odpowiednie władze, jeśli pielęgniarka/położna odczuwa problem z wypełnianiem zapisów tego dokumentu lub innych dokumentów zawierających standardy praktyki zawodowej¹⁰. Warto odnotować, że wcześniejsze wersje tego kodeksu, zawie-

⁹ Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, Dz. U. Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.

¹⁰ The code: Standards of conduct, performance and ethics for nurses and midwives. Nursing and Midwifery Council, 2008, s. 5. <http://www.nmc-uk.org/Documents/Standards/>

rały istotne zapisy dotyczące klauzuli sumienia. Zwracano w nich uwagę na konieczność zgłoszenia wszelkich wątpliwości sumienia związanych z wykonywaniem praktyki zawodowej. Podkreślano obowiązek kontynuowania możliwie najlepszej opieki, dopóki inne, alternatywne rozwiązania nie będą mogły być wdrożone w takich przypadkach. Wskazywano również na obowiązek udokumentowania i uzasadnienia podjętych w tych sytuacjach działań¹¹.

Możliwość skorzystania z prawa do sprzeciwu sumienia w zawodzie pielęgniarki/położnej została w Wielkiej Brytanii ograniczona tylko do dwóch przypadków: (1) udziału w procedurze aborcji oraz (2) w procedurach regulujących płodność i wspomaganą medycznie prokreację. Informuje nas o tym dokument z 2013 roku wydany przez Radę ds. Pielęgniarstwa i Położnictwa (NMC), w którym znajdujemy odwołanie się do ustawy o aborcji z 1967 roku oraz do ustawy dotyczącej ludzkiej płodności i embriologii z 2008 roku. Zgodnie z tym dokumentem, pielęgniarka/położna, która ma świadomość swoich przekonań i wie, że w jej praktyce zawodowej może zaistnieć sytuacja powołania się na klauzulę sumienia, powinna odpowiednio wcześniej, na piśmie zgłosić to swojemu pracodawcy. Dodatkowo, powinna również rozważyć zatrudnienie w placówce, w której realizowane są procedury medyczne sprzeczne z jej systemem wartości. To co istotne, pielęgniarka/położna w żadnych okolicznościach nie może odmówić działań w sytuacji zagrożenia życia i zdrowia. Powinna także pamiętać o właściwej, nieoceniającej postawie w stosunku do pacjentów pozostających pod jej opieką i o konieczności udzielenia im pełnej, obiektywnej informacji, która tej opieki dotyczy. Poza tym, pielęgniarka musi wziąć pod uwagę, że korzystanie z prawa do sprzeciwu sumienia jest jej indywidualną decyzją, za którą bierze odpowiedzialność oraz gotowość udzielenia wyjaśnień przed sądem, jeśli zaistnieje taka potrzeba¹².

Poza dokumentem NMC, potwierdzenie prawa do sprzeciwu sumienia w praktyce pielęgniarki oraz warunki powołania się na nie znajdujemy w wydawanych przez *Royal College of Nursing* (RCN) stanowiskach i przewodnikach po praktyce. W jednym z nich, na temat udziału pielęgniarek w procedurze usuwania ciąży, podkreśla się, że o ile pielęgniarki mają prawo odmówić udziału

The-code-A4-20100406.pdf [dostęp: 01.07.2014].

¹¹ Nursing and Midwifery Council. The NMC code of professional conduct: standards for conduct, performance and ethics. London 2004.

¹² Conscientious objection by nurses and midwives, NMC 2013, <http://www.nmc-uk.org/Nurses-and-midwives/Regulation-in-practice/Regulation-in-Practice-Topics/Conscientious-objection-by-nurses-and-midwives/> [dostęp: 01.07.2014].

w procedurze aborcji i ich decyzja powinna być szanowana, o tyle nie mogą odmówić opieki nad kobietą zarówno przed, jak i po wykonaniu zabiegu¹³.

Zwróćmy uwagę, że zarówno polskie, jak i angielskie zmiany w dokumentach deontologicznych pielęgniarek/położnych w zakresie prawa do sprzeciwu sumienia pokazują tendencję do ograniczania lub nawet usuwania zapisów, które potwierdzałyby możliwość skorzystania z tego prawa w pracy pielęgniarskiej. To prawda, że w praktyce nic to nie zmienia, ponieważ wolność myśli, sumienia i wyznania jako podstawowe prawo człowieka ma gwarancje konstytucyjne, poza tym istnieją scharakteryzowane powyżej zapisy w dokumentach prawnych regulujących wykonywanie tych zawodów. Mimo to, sama tendencja musi budzić niepokój. Podkreślają to również etycy komentujący zmiany w kodeksie pielęgniarek brytyjskich¹⁴.

3. Udział pielęgniarki/położnej w realizacji wybranych procedur medycznych i praktyka powoływania się na klauzulę sumienia

Zakres kompetencji pielęgniarek i położnych podlega w ostatnich latach szybkim zmianom. Po pierwsze, te kompetencje stają się większe, a po drugie coraz bardziej wyspecjalizowane. Na skutek rozwoju medycyny i samego pielęgniarstwa, pielęgniarki nie tylko asystują lekarzom w realizacji specjalistycznych procedur medycznych, ale w wielu przypadkach samodzielnie je realizują. Jednocześnie, im większe uprawnienia i kompetencje, tym więcej powodów do doświadczania dylematów natury moralnej i przez to również sytuacji, w których pielęgniarka/położna może rozważać chęć skorzystania z klauzuli sumienia.

Analiza literatury pokazuje, że sytuacje w praktyce medycznej, w których pojawia się wola korzystania z prawa do sprzeciwu sumienia dotyczą zwykle zdrowia prokreacyjnego kobiety: aborcja, medycznie wspomagana prokreacja, niektóre medyczne metody regulacji płodności. Doniesienia ze świata mówią również o zabiegu eutanazji, wspomaganego samobójstwa, sedacji paliatywnej, odłączenia medycznie prowadzonego pojenia i żywienia pacjenta w stanie ter-

¹³ *Termination of pregnancy. An RCN nursing framework*. Royal College of Nursing, London 2013, s. 7, http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0004/529654/Termination_of_pregnancy_WEB.pdf [dostęp: 01.07.2014].

¹⁴ S. Edwards, *Editorial comment. Conscientious objection*, „Nursing Ethics” 2010, nr 17(7), s. 421-423.

minalnym lub trwale wegetatywnym, uczestnictwa w uporczywej terapii, badań naukowych na embrionach ludzkich, wykorzystywania zwierząt do edukacji medycznej, przetaczania krwi, uczestnictwa w procedurze kary śmierci (np. w USA)¹⁵.

W Polsce, świadczenia zdrowotne, które zgodnie z UZPiP realizuje pielęgniarka/położna, można podzielić na trzy główne grupy: 1) takie, które dotyczą procesu pielęgnowania, edukacji zdrowotnej, profilaktyki oraz promocji zdrowia i realizowane są samodzielnie; 2) świadczenia zapobiegawcze, diagnostyczne, lecznicze i rehabilitacyjne oraz medyczne czynności ratunkowe, wykonywane samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego, ale wyłącznie wówczas, gdy przedstawiciele tej grupy posiadają określone kwalifikacje zawodowe (np. kurs kwalifikacyjny lub specjalizację w określonej dziedzinie pielęgniarstwa/położnictwa; czy tytuł magistra pielęgniarstwa/położnictwa)¹⁶ oraz 3) świadczenia zdrowotne w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji, które wykonywane są na zlecenie lekarza. Poza tym, położna jest uprawniona także m.in. do opieki nad kobietą ciężarną, monitorowania ciąży fizjologicznej, prowadzenia i przyjęcia porodu fizjologicznego, monitorowania płodu z wykorzystaniem właściwej aparatury, jak również do podejmowania działań koniecznych w sytuacjach nagłych np. ręczne wydobycie łożyska, do czasu przybycia lekarza (art. 4 ust. 1 i 5 ust. 1 UZPiP). Powtórzmy raz jeszcze, że pielęgniarka/położna zobligowana jest do udzielenia pomocy w każdym przypadku, w którym zwłoka mogłaby spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego (UZPiP, art. 12 ust). Działania podejmowane w tym zakresie powinny się mieścić w ramach posiadanych przez pielęgniarkę/położną kwalifikacji i kompetencji zawodowych.

Udział pielęgniarki/położnej w realizacji procedur, które budzą kontrowersje natury moralnej zależy od charakteru samej procedury i polega na współpracy z lekarzem, który zdecydował o jej wykonaniu poprzez asystę lub samodzielne wykonanie zlecenia lekarskiego. Jeśli weźmiemy pod uwagę zabieg aborcji, zadania pielęgniarki/położnej uzależnione są zwykle od metody terminacji ciąży. W aborcji medycznej polegają na podaniu leku(ów) na zlecenie lekarza i obserwacji pacjentki; w aborcji chirurgicznej wiążą się z przygotowaniem pacjentki do zabiegu, udziale w zabiegu i opieki po jego wykonaniu. W obu

¹⁵ W.A. Galston & M. Rogers, *Health Care Providers' Consciences and Patients' Needs: The Quest for Balance*. Governance Studies at Brookings, 2012, February 23, s. 14; R.D. Orr, *Autonomy, Conscience and Professional Obligation*, „Virtual Mentor. American Medical Association Journal of Ethics” 2013, nr 15(3), s. 245.

¹⁶ Rozporządzenie MZ z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego; Dz. U. Nr 210, poz. 1540.

przypadkach najczęściej do zadań pielęgniarki/położnej należy również procedura postępowania z płodem. W Anglii pielęgniarki, pod nadzorem lekarza, planują, realizują i zarządzają znaczną częścią opieki nad kobietą, która decyduje się na usunięcie ciąży i spełnia prawne kryteria dopuszczalności¹⁷. Widzimy więc, że udział pielęgniarki/położnej w realizacji tej procedury jest znaczny, dlatego zupełnie nietrafione są słyszane czasem argumenty za ograniczeniem możliwości powołania się na prawo do sprzeciwu sumienia w tych zawodach ze względu na mały i nie bezpośredni udział w jej realizacji. Zabieg aborcji jest zresztą najczęściej wskazywany przez badane pielęgniarki, jako ten, w którym uczestnictwa odmawiały powołując się na klauzulę sumienia¹⁸. Pokazuje to również przykład położnej z Rzeszowa, której sprawa była szeroko komentowana w mediach na początku 2014 r. Położna informowała opinię publiczną o tym, jak bardzo obciążające psychicznie było jej uczestnictwo w zabiegach usuwania ciąży, w których brała udział bez wcześniejszych informacji o tym, że takie zabiegi będą wykonywane. Kiedy postanowiła zgłosić chęć powołania się na klauzulę sumienia, spotkała się – jak twierdzi – z brakiem zrozumienia, czy wręcz szykanami¹⁹.

Obciążenie emocjonalne i tzw. udręka moralna (z ang. *moral distress*) odczuwana jako lęk, poczucie winy, frustracja czy po prostu cierpienie to zjawiska bardzo często zgłaszane przez pielęgniarki w związku z naruszeniem ich integralności moralnej w sytuacjach, w których uczestniczą w realizacji procedur i podejmują decyzje etyczne kosztem swojego systemu wartości. W konsekwencji obserwowane jest obniżenie jakości opieki, wypalenie zawodowe, a często także odejście z zawodu. Jednym z rozwiązań uniknięcia uczucia udręki moralnej oraz jej konsekwencji jest właśnie możliwość powołania się na klauzulę sumienia. Badania w Stanie Idaho w USA, wśród 1144 pielęgniarek pokazały, że 35% z nich przynajmniej raz w miesiącu doświadczyło wspomnianego uczucia moralnej udręki. Było ono silniejsze w grupie pielęgniarek, dla których wartości religijne mają istotne znaczenie. Co ciekawe, większość badanych twierdziła, że respektowanie praw pacjenta powinno mieć pierwszeństwo przed zachowaniem prawa pielęgniarki do sprzeciwu sumienia (75,7%), jednak ta proporcja zmieniała się kiedy respondenci odnosili się do sytuacji, w której pielęgniarka

¹⁷ *Termination of pregnancy. An RCN nursing framework*. s. 5.

¹⁸ P. Jarmoluk, K. Ikwanty, K. Durak, J. Tetych, *Klauzula sumienia w praktyce pielęgniarki*, w: *Lubelski Kongres Studenckich Kół Naukowych Tygiel 2009 – czyli jak rozwijać naukę? Lublin, 23-24 września 2009 r.*, red. J. Caban, M. Szala, Lublin 2009, s. 116-120; K. Durak, J. Tetych, P. Jarmoluk, K. Ikwanty, *Sumienie jako kategoria etyczno-prawna w pracy pielęgniarki*, „Pielęgniarstwo XXI wieku” 2009, nr 4, s. 13-19.

¹⁹ <http://gosc.pl/doc/1915307.Prawo-do-niezabijania> [dostęp: 02.07.2014].

jest w pracy sama i to ona musi wykonać procedurę niezgodną z jej systemem wartości (66,4%). 5,7% badanych podała, że zmieniła pracę z powodu odczuwanych wątpliwości sumienia, a przy tym braku personelu medycznego, który mógłby zapewnić pacjentom właściwą opiekę²⁰.

Z doniesień polskich wynika, że pielęgniarki rzadko w sposób formalny powołują się na swoje prawo do sprzeciwu sumienia: 84% z 51 ankietowanych pielęgniarek szpitali lubelskich nigdy nie stosowało klauzuli sumienia w swojej praktyce zawodowej. Trzeba jednak zwrócić uwagę na fakt, że prawie 1/3 badanych znalazła się w sytuacji konieczności realizacji świadczenia zdrowotnego, które było niezgodne z ich sumieniem i najczęściej była to aborcja²¹.

Fakt, że pielęgniarki/położne według dostępnych wyników badań rzadko formalnie powołują się na klauzulę sumienia w swojej praktyce zawodowej może wynikać z obowiązków, jakie według prawa muszą wypełnić w takim przypadku: poinformowanie bezpośredniego przełożonego lub osobę zlecającą wykonanie zabiegu (z podaniem przyczyny odmowy udziału także na piśmie), poinformowanie pacjenta lub jego przedstawiciela, wreszcie wskazanie realnej możliwości uzyskania określonego świadczenia u innej pielęgniarki/położnej lub w innej placówce opieki zdrowotnej. Badania pokazują, że z powodu obaw o stratę pracy, reperkusji ze strony przełożonych, czy reakcji rodziny pacjenta, pielęgniarki wybierają inne możliwości uniknięcia udziału w sprzecznej z ich systemem wartości procedurze medycznej. Najczęściej proszą inną pielęgniarkę o zastępstwo, podejmują rozmowę z lekarzem zlecającym zabieg, biorą dzień wolny, zwolnienie, zamieniają się na dyżur lub przenoszą na inny oddział²². W każdym takim przypadku niezwykle istotna jest wyrozumiałość i wrażliwość przełożonych oraz personelu współpracującego z pielęgniarką/położną, która wyraża wolę powołania się na swoje prawo do sprzeciwu sumienia²³. Podkreśla się także znaczenie edukacji etycznej, przed i podyplomowej, oraz tworzenie

²⁰ S. Davis, V. Schrader, M.J. Belcheir, *Influencers of ethical beliefs and the impact on moral distress and conscientious objection*, „Nursing Ethics” 2012, nr 9(6), s. 738-749.

²¹ P. Jarmoluk, K. Ikwanty, K. Durak, J. Tetych, *Klauzula sumienia w praktyce pielęgniarki*, s. 116-120; K. Durak, J. Tetych, P. Jarmoluk, K. Ikwanty, *Sumienie jako kategoria etyczno-prawna w pracy pielęgniarki*, s. 13-19.

²² A. Catlin, Ch. Armigo, D. Volat, E. Valle, M.A. Hadley, W. Gong, R. Bassir, K. Anderson, *Conscientious Objection: A potential Neonatal Nursing Response to Care Orders that Cause Suffering at the End of Life? Study of the Concept*, „Neonatal Network” 2008, nr 2(27), s. 101-106; M. Johnstone, *Taking a Stand: Conscientious Objection*, *Clinical Ethics Committees and Whistleblowing*, w: *Bioethics – A Nursing Perspective*, 4th edn, London Churchill-Livingstone, 2005, s. 324-358, za: G. Brichley, *A Clear Case for Conscience in Healthcare Practice*, „Journal of Medical Ethics” 2012, nr 38, s. 14.

²³ R. Kane, *Conscientious objection to termination of pregnancy: the competing rights of patients and nurses*, „Journal of Nursing Management” 2009, nr 17, s. 907-912.

takich warunków środowiska pracy, aby było bezpieczne zarówno dla pacjentów, jak i dla personelu medycznego²⁴.

Podsumowanie

Sumienie lekarza, czy pielęgniarki/położnej było wystawiane na próbę w każdej epoce²⁵. Wydaje się jednak, że w czasach nam współczesnych ta tendencja będzie przybierać na sile, po pierwsze z powodu coraz większego pluralizmu wartości, a po drugie z powodu rozwoju procedur medycznych, które budzącą wątpliwości moralne części pracowników opieki zdrowotnej, bowiem nie mieszczą się w ich rozumieniu istoty medycyny i opieki pielęgniarskiej.

Sumienie człowieka to fenomen niezwykle i jak twierdzi Biesaga, nie da się go zredukować ani do rozumu, ani do woli, ani do przeżyć emocjonalnych. Osąd sumienia odnoszący się do danego czynu jest jednocześnie osądem jego sprawcy, dlatego jest tak bardzo boleśnie odczuwany i wywołuje silne wewnętrzne przeżycia²⁶. Biorąc pod uwagę znaczenie integralności moralnej każdego człowieka oraz fakt, że wolność sumienia jest jego podstawowym prawem, należy zrobić wszystko, by wypracować takie rozwiązania, aby lekarze, pielęgniarki/położne mogli wykonywać swój zawód zachowując swoją moralną tożsamość, a pacjent nie był pozostawiony bez opieki.

²⁴ S. Davis, V. Schrader, M.J. Belcheir, *Influencers of ethical beliefs and the impact on moral distress and conscientious objection*, s. 747.

²⁵ E. Pellegrino, *The physician's conscience, conscience clauses, and religious belief: a Catholic perspective*, s. 223.

²⁶ T. Biesaga, *Sumienie lekarza w decyzjach rezygnacji z uporczywej terapii*, „Życie i Płodność” 2010, nr 4, s. 13.

Conscientious Objection in Nursing and Midwifery. The Principles and Practice

S u m m a r y

The paper analyses the right to conscientious objection in the professions of nurse and midwife; further, the author discussed some problems that stem from exercising this right in the clinical practice. The paper has three parts. The opening part takes a closer look at the foundations of the ethos of nursing/midwife profession as well as highlighting the possible sources of tension between the nurse and the patient. The second part lists regulations addressing the conscience clause in the work of a nurse/midwife in Poland against the backdrop of the corresponding solutions in the UK. The closing part discusses the scope of competence of these professionals in the provision of medical services that raise moral controversy and tackles the problems of the procedure of exercising the right to conscientious objection in the reality of the health care system.

Tłumaczenie: Konrad Szulga

SPRZECIW SUMIENIA W PRAKTYCE APTECZNEJ¹

Z pewnością należy się zgodzić, że każdy, kto przychodzi do apteki oczekuje od farmaceuty „profesjonalnego przygotowania, doświadczenia, dyskrecji, taktu i kultury osobistej”² – a więc spełnienia cech, jakimi powinien charakteryzować się każdy, kto wykonuje zawód zaufania publicznego. Tak jak inne zawody z tej grupy, zawód farmaceuty wyróżnia specyficzne powołanie, składanie ślubowania, przestrzeganie reguł deontologicznych, dbałość o podnoszenie kwalifikacji zawodowych oraz ponoszenie szczególnej odpowiedzialności. Od aptekarza pacjenci na ogół wymagają „nieskazitelного charakteru”, a organy państwowe „rękami prawidłowego wykonywania zawodu”³. Praca farmaceuty nie polega jedynie na sprzedaży leków, czy też mechanicznym wypełnianiu zaleceń lekarskich, lecz raczej, jak to opisuje ustawa o izbach aptekarskich, na współuczestniczeniu w procesie leczenia, podczas którego „współpracując z pacjentem i lekarzem czuwa nad prawidłowym przebiegiem

* Mgr lic. teologii, mgr farmacji, Katedra Teologii Moralnej i Etyki, Wydział Teologii Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie.

¹ Artykuł przygotowany w ramach realizacji projektu „Aspekty teologiczne, etyczne i prawne sprzeciwu sumienia farmaceutów” sfinansowanego ze środków Narodowego Centrum Nauki przyznanych na podstawie decyzji numer DEC-2011/01/N/HS1/01987.

² Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 2 lipca 2007 r., K 41/05, w którym określono cechy zawodów zaufania publicznego (Dz. U. Nr 124, poz. 871).

³ Każdy farmaceuta pracujący w aptece musi posiadać uprawnienia do samodzielnego wykonywania czynności w aptece, tzw. prawo wykonywania zawodu farmaceuty, wydawane przez Okręgową Izbę Aptekarską.

farmakoterapii”⁴. Podobnie zadanie farmaceuty ujmuje Kodeks Etyczny. Według tego dokumentu, powołaniem farmaceuty jest troska o osoby powierzone jego umiejętnościom fachowym pełniona ze zrozumieniem odpowiedzialności za zdrowie i życie pacjenta⁵. W szczególny sposób została również podkreślona niezależność zawodowa aptekarza i wymóg poszanowania zasad moralnych. Znajduje to swoje odzwierciedlenie w następujących normach tegoż Kodeksu: „aptekarska obowiązuja, wypracowane przez pokolenia, zasady etyki ogólnoludzkiej”⁶ oraz „aptekarz będąc osobiście odpowiedzialnym za wykonywaną pracę, jest wolny w podejmowaniu swoich zachowań, zgodnie ze swoim sumieniem i współczesną wiedzą medyczną”⁷. W świetle tak rozumianej roli farmaceuty, szczególnie ważną stała się dzisiaj kwestia sprzeciwu sumienia wobec obowiązku dystrybucji niektórych środków farmaceutycznych, w tym takich, które poprzez swoje działanie mogą wpływać na początek życia ludzkiego, a więc naruszać fundamentalne prawo do życia.

Zarówno przeciwnicy, jak i zwolennicy sprzeciwu sumienia farmaceutów, powołują się na przepisy Prawa farmaceutycznego⁸. Zgodnie z art. 95 tej ustawy, apteki są zobowiązane do posiadania produktów leczniczych⁹ i wyrobów medycznych w ilości i asortymencie niezbędnym do zaspokojenia potrzeb zdrowotnych miejscowej ludności¹⁰. Jednocześnie ustawodawca uprawnia farma-

⁴ Art. 2a ust. 1 pkt. 7 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich, tekst jedn.: Dz. U. z 2008 r., Nr 136, poz. 856 z późn. zm.

⁵ Zob. art. 2 i 6 Kodeksu Etyki Aptekarza Rzeczypospolitej Polskiej (dalej: KEARP). Kodeks został przyjęty uchwałą nr VI/25/2012 VI Krajowego Zjazdu Aptekarzy z dnia 22 stycznia 2012 r., <http://www.prawo.farmacja.pl/index-act-show-site-19.html> [dostęp: 8.08.2014].

⁶ Art. 1 KEARP.

⁷ Art. 3 KEARP.

⁸ Ustawa z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne, tekst jedn.: Dz. U. z 2008 r., Nr 45, poz. 271 z późn. zm. (dalej: UPF).

⁹ W kontekście sprzeciwu sumienia farmaceutów pojawia się pytanie o definicję produktu leczniczego oraz czy można określić produktami leczniczymi środki, których dystrybucja budzi zastrzeżenia moralne niektórych farmaceutów. Zgodnie z definicją ustawową, zawartą w art. 2 pkt 32 UPF, produktem leczniczym jest: „substancja lub mieszanina substancji, przedstawiana jako posiadająca właściwości zapobiegania lub leczenia chorób występujących u ludzi lub zwierząt lub podawana w celu postawienia diagnozy lub w celu przywrócenia, poprawienia lub modyfikacji fizjologicznych funkcji organizmu poprzez działanie farmakologiczne, immunologiczne lub metaboliczne”. W tak szeroko zdefiniowanym produkcie leczniczym mieszczą się kwestionowane etycznie przez farmaceutów hormonalne środki antykoncepcyjne oraz środki stosowane w antykoncepcji postkoitalnej, które modyfikują fizjologiczne funkcje organizmu kobiety.

¹⁰ Art. 95 ust. 3 UPF brzmi: „jeżeli w aptece ogólnodostępnej brak poszukiwanego produktu leczniczego, w tym również leku recepturowego, kierownik apteki powinien zapewnić jego nabycie w tej aptece w terminie uzgodnionym z pacjentem”.

ceutę do odmowy wydania środka farmaceutycznego, jeżeli może to zagrażać życiu lub zdrowiu pacjenta¹¹. Z pewnością trudności interpretacyjne możliwości stosowania klauzuli sumienia przez farmaceutów rozwiązałyby wprowadzenie odpowiednich norm do obecnie istniejących aktów prawnych.

Regulacje prawne

Prawo do sprzeciwu sumienia farmaceuty nie jest uregulowane w Polsce na poziomie ustawowym, tak jak jest to w przypadku zawodu lekarza, czy pielęgniarki. Z tego powodu, opinie na temat możliwości skorzystania z klauzuli sumienia przez farmaceutów są podzielone. Komitet Bioetyki przy Prezydium PAN w sposób jednoznaczny nie uznaje prawa farmaceutów do powołania się na klauzulę sumienia¹², natomiast według opinii prawnych Biura Analiz Sejmowych pozbawienie tej grupy zawodowej prawa do działania zgodnie z sumieniem w sposób istotny ogranicza jej podstawowe (konstytucyjne) prawa i wolności¹³. Zdaniem innych, nie istnieje obecnie żadna ustawowa przeszkoda uniemożliwiająca farmaceucie odwołanie się do klauzuli sumienia, ponieważ to „wolność sumienia jest zasadą, i to nie tyle jej stosowanie, co odstępstwa od niej wymagają szczegółowych regulacji prawnych”¹⁴. Natomiast w ostatnio sprecyzowanym stanowisku Zespołu Ekspertów Konferencji Episkopatu Polski ds. Bioetycznych na temat klauzuli sumienia stwierdza się, że farmaceuta może

¹¹ Art. 96 ust. 4 UPF stanowi, że „Farmaceuta i technik farmaceutyczny mogą odmówić wydania produktu leczniczego, jeżeli może to zagrażać życiu lub zdrowiu pacjenta”. Na ten zapis powołują się farmaceuci odmawiający sprzedaży środków, które mogą ich zdaniem naruszać fundamentalne prawo do życia oraz zasadę *primum non nocere* (po pierwsze nie szkodzić).

¹² Zob. Stanowisko Komitetu Bioetyki przy Prezydium PAN nr 4/2013 z dnia 12 listopada 2013 roku w sprawie tzw. klauzuli sumienia, <http://www.bioetyka.pan.pl/images/stories/Pliki/Stanowisko%20KB%20nr%204-2013.pdf> [dostęp: 8.08.2014].

¹³ Zob. Opinia prawna dotycząca prawa farmaceuty do odmowy wydania środków farmakologicznych niezgodnych z jego sumieniem, Biuro Analiz Sejmowych, BAS-WAL-580/11 (29.03.2011 r.); Opinia prawna dotycząca możliwości wprowadzenia do polskiego prawa klauzuli sumienia dla farmaceutów i techników farmacji, Biuro Analiz Sejmowych, BAS-WAL-910/12 (10.05.2012 r.).

¹⁴ Zob. O. Nawrot, *Sumienie lekarza a prawa człowieka w świetle standardów Rady Europy*, „Medycyna Praktyczna” 2014, nr 1, s. 111-116; zob. także: O. Pankiewicz, *Prawo do sprzeciwu sumienia lekarza i farmaceuty*, <http://www.ordoiuris.pl/prawo-do-sprzeciwu-sumienia-lekarza-i-farmaceuty,3280,analiza-prawna.html> [dostęp: 8.08.2014].

rozważyć odmowę sprzedaży środków postkoitalnych¹⁵ mimo braku wyraźnego umocowania w przepisach ustawy, powołując się przy tym na obowiązek ochrony i poszanowania godności człowieka oraz ochrony jego życia (art. 30 i 37 Konstytucji RP)¹⁶.

W niektórych krajach uznano prawo farmaceutów do sprzeciwu sumienia ze względu na moralne czy religijne obiekcje. W niektórych stanach USA farmaceuci (a także apteki) mogą uchylić się od obowiązku zagwarantowania dostępu do antykoncepcji, a w innych wymaga się od farmaceutów (i/lub aptek) zrealizowania recepty na środki kontroli urodzeń (szczegółowe dane zestawiono w Tabeli 1. oraz w Tabeli 2.)¹⁷.

Tabela 1. Regulacje prawne uznające klauzulę sumienia dla farmaceutów w niektórych stanach USA¹⁸

Poszczególne stany USA	Regulacje prawne dotyczące klauzuli sumienia farmaceutów
Arizona, Arkansas, Georgia, Idaho, Mississippi, South Dakota	Farmaceuta ma prawo do odmowy sprzedaży środków antykoncepcyjnych.
Colorado, Florida, Illinois, Maine, Tennessee	Prawo do klauzuli sumienia dla farmaceuty wynika z ogólnych norm prawnych dla całego środowiska medycznego.
Kansas	Prawo dopuszcza odmowę wydania danego środka, jeśli usługodawca „ma uzasadnione przekonanie”, że środek ten może spowodować aborcję.

¹⁵ Antykoncepcję postkoitalną nazywa się również antykoncepcją awaryjną, doraźną czy też antykoncepcją w nagłej potrzebie. Stosuje się ją w celu zapobieżenia zajściu w ciążę po odbytym stosunku płciowym. Środki należące do tego rodzaju antykoncepcji określa się jako: tabletki „po”, tabletki „dzień po”, tabletki „dnia następnego”, pigułki „po”, *morning after pills*.

¹⁶ Zob. Stanowisko Zespołu Ekspertów KEP ds. Bioetycznych w sprawie klauzuli sumienia (14 lutego 2014 r.), http://episkopat.pl/dokumenty/pozostale/5717.1,Stanowisko_Zespołu_Ekspertow_KEP_ds_Bioetycznych_w_sprawie_klauzuli_sumienia.html [dostęp: 26.03.2014].

¹⁷ Zob. National Conference of State Legislatures, Pharmacist Conscience Clauses: Law and Information (May 2012), <http://www.ncsl.org/issues-research/health/pharmacist-conscience-clauses-laws-and-information.aspx> [dostęp: 8.08.2014].

¹⁸ Zob. Guttmacher Institute, Refusing to Provide Health Services (July 1, 2013), http://www.guttmacher.org/statecenter/spibs/spib_RPHS.pdf [dostęp: 8.08.2014]; National Women's Law Center, Pharmacy Refusals: State Laws, Regulations, and Policies (April 24, 2012), <http://www.nwlc.org/resource/pharmacy-refusals-state-laws-regulations-and-policies> [dostęp: 8.08.2014].

Alabama, Delaware, New York, North Carolina, Oregon, Pennsylvania, Texas	Dopuszczalna jest odmowa realizacji recepty przez farmaceutę pod warunkiem, że inny farmaceuta ją zrealizuje lub zostanie wskazana inna apteka, w której recepta ta będzie zrealizowana w określonym czasie.
California, Illinois, Maine, Massachusetts, Nevada, New Jersey, Washington, Wisconsin	Prawo nakazuje farmaceute wydanie antykoncepcji doraźnej (nie dopuszczalna jest odmowa i odesłanie do innej apteki).

Tabela 2. Regulacje prawne dotyczące klauzuli sumienia w odniesieniu do aptek w niektórych stanach USA¹⁹

Poszczególne stany USA	Klauzuli sumienia w odniesieniu do aptek
Arizona, Illinois, Mississippi, Washington	Prawo pozwala aptekom uchylić się od obowiązku zagwarantowania usług w zakresie antykoncepcji.
Arkansas, Colorado, Maine, Massachusetts, Tennessee	Prawo pozwala tylko instytucjom prywatnym (w tym aptekom) uchylić się od obowiązku zagwarantowania usług w zakresie antykoncepcji.

W Europie sprzeciw sumienia farmaceutów unormowano w Wielkiej Brytanii i Irlandii. W krajach tych farmaceuta odmawiający wykonania świadczenia (wydania środków antykoncepcyjnych) ze względów moralnych, czy religijnych jest zobowiązany do wskazania innego farmaceuty lub apteki, gdzie będzie ono możliwe do zrealizowania. Ponadto, aptekarz ma obowiązek powiadomić pracodawcę o zamiarze stosowania klauzuli sumienia w zakresie niektórych zadań, tak by właściciel apteki mógł wdrożyć procedury zapewniające pacjentom dostęp do informacji i kwestionowanych usług. Wymaga się także od właściciela apteki zapewnienia, że usługa ta zostanie wykonana w alternatywnym miejscu w sposób nienarządzający pacjenta na zbytnie uciążliwości²⁰.

¹⁹ Zob. Guttmacher Institute, Refusing to Provide Health Services (July 1, 2013), http://www.guttmacher.org/statecenter/spibs/spib_RPHS.pdf [dostęp: 8.08.2014].

²⁰ Zob. The Pharmaceutical Society of Ireland, Supply by Pharmacists of a Non-prescription Medicinal Product Containing Levonorgestrel (Norlevo 1,5 mg tablets) as Emergency Hormonal Contraception (2014). Guidance of the Safe Supply of Medicines, http://www.thepsi.ie/gns/pharmacy-practice/practice-guidance/Guidance_on_the_Medicines_Safe_Supply.aspx [dostęp: 7.08.2014]; The General Pharmaceutical Council (UK), Guidance on the Provision of Pharmacy Services Affected by Religious and Moral Beliefs, September (2010), <http://www.pharmacyregulation.org/sites/default/files/Guidance%20on%20the%20provision%20of%20pharmacy%20services%20affected%20by%20religious%20moral%20beliefs%20g.pdf> [dostęp: 7.08.2014].

Ilu farmaceutów deklaruje obiekcje sumienia wobec sprzedaży antykoncepcji?

Z dostępnych badań wynika, że dla niektórych farmaceutów sprzedaż środków należących do antykoncepcji stosowanej po stosunku może być etycznie problematyczna, szczególnie dla tych, którzy uważają, że ten rodzaj antykoncepcji może przyczynić się do niszczenia życia ludzkiego (forma wczesnej aborcji)²¹.

Według badań przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych stwierdza się, że około 15% farmaceutów (z 2725 badanych) wyraża obiekcje moralne wobec sprzedaży środków antykoncepcyjnych (w tym głównie wobec antykoncepcji postkoitalnej)²². Po zapoznaniu się z wynikami badań z udziałem amerykańskich aptekarzy zauważamy, że w stanach, w których istnieją regulacje prawne uznające sprzeciw sumienia farmaceutów liczba farmaceutów deklarująca dylematy moralne jest większa (Texas, Arkansas) niż w tych, w których nie ma takich regulacji (Nevada, Floryda)²³.

Wyniki badań przeprowadzonych w Polsce wskazują, że kilkanaście procent farmaceutów skorzystałoby z klauzuli sumienia, gdyby miała ona umocowanie prawne, a bez regulacji prawnej może to czynić około 8% aptekarzy²⁴. Inne badania pokazują, że większość farmaceutów (60%) zgłaszających wątpliwości moralne wobec sprzedaży środków antykoncepcyjnych stosuje klauzulę sumienia, bądź przez odmowę realizacji recepty (33%), bądź poprzez świadomą rezygnację z posiadania kwestionowanych produktów w aptece (67%). W ostatniej grupie znajdują się głównie właściciele i/lub kierownicy aptek²⁵.

²¹ Zob. R.J. Cooper, P. Bissell, J. Wingfield, *Dilemmas in Dispensing, Problems in Practice? Ethical Issues and Law in UK Community Pharmacy*, „Clinical Ethics” 2007, t. 2, s. 106-107.

²² Zob. S. Landau, K. Besinque, F. Chung, et. al., *Pharmacist Interest in and Attitudes Toward Direct Pharmacy Access to Hormonal Contraception in the United States*, „Journal of the American Pharmacists Association” 2009, t. 49, s. 47.

²³ Wyniki omawianych badań przedstawiono w Tabeli 3.

²⁴ Zob. M. Gryka, A. Piecuch, M. Kozłowska-Wojciechowska, *Stosunek polskich farmaceutów do tzw. klauzuli sumienia*, XXII Naukowy Zjazd Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego, Białystok 2013, s. 11

²⁵ Badania przeprowadzone w ramach realizacji projektu „Aspekty teologiczne, etyczne i prawne sprzeciwu sumienia farmaceutów” sfinansowanego ze środków Narodowego Centrum Nauki przyznanych na podstawie decyzji numer DEC-2011/01/N/HS1/01987.

Tabela 3. Liczba farmaceutów deklarujących obiekcje moralne wobec sprzedaży środków antykoncepcyjnych

Procent farmaceutów deklarujących obiekcje moralne w odniesieniu do sprzedaży środków antykoncepcyjnych	
USA ²⁶	15 % (n=2725)
Nevada ²⁷	13 %
Floryda ²⁸	11 %
Texas ²⁹	14 %; 27 %
Arkansas ³⁰	40 %
Australia ³¹	6 %
Meksyk ³²	30 %

Warto zauważyć, że zastrzeżenia moralne wobec sprzedaży środków antykoncepcyjnych wyraził prawie co piąty badany student farmacji Uniwersytetu Jagiellońskiego (18%), a prawie jedna trzecia przyszłych magistrów farmacji uczestniczących w badaniu (30%) uważa, że farmaceutom i technikom farmaceutycznym należy się prawo pozwalające na odmowę sprzedaży niektórych

²⁶ Zob. S. Landau, K. Besinque, F. Chung, et. al., *Pharmacist Interest in and Attitudes*, s. 47.

²⁷ Zob. L.A. Davidson, C.T. Pettis, A.J. Joiner, et. al., *Religion and Conscientious Objection: A Survey of Pharmacists' Willingness to Dispense Medications*, „Social Science & Medicine” 2010, t. 71, s. 163.

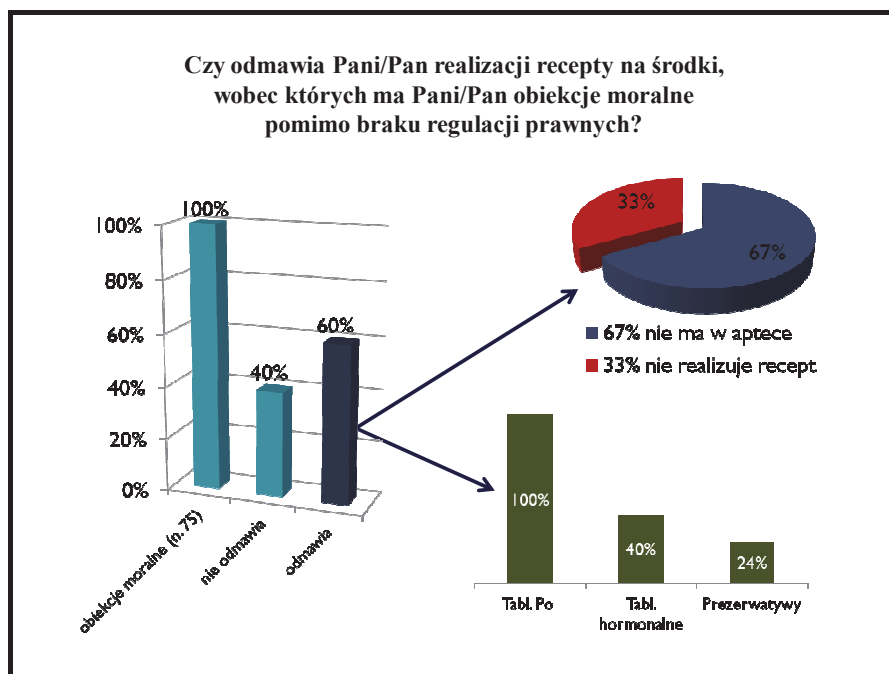
²⁸ Zob. A.R. Richman, E.M. Daley, J. Baldwin, et. al., *The Role of Pharmacists and Emergency Contraception Predictive of their Dispensing Practices?*, „Contraception” 2012, t. 86, s. 370-375.

²⁹ Zob. G. Sutkin, B. Grant, B.K. Irons, et. al., *Opinions of West Texas Pharmacists about Emergency Contraception*, „Pharmacy Practice” 2006, t. 4, s. 154; S.K. Griggs, C.M. Brown, *Texas Community Pharmacists' Willingness to Participate in Pharmacist-initiated Emergency Contraception*, „Journal of American Pharmacists Association” 2007, t. 47, s. 52.

³⁰ Zob. D. Hopkins, D. West, *Arkansas pharmacists' Perceptions Toward Emergency Contraception and Nonprescription Plan B*, „Pharmacy Practice” 2008, t. 6, z. 2, s. 100-101.

³¹ Zob. S.G. Downing, C. Payze, S. Doyle-Adams, et. al., *Emergency Contraception Over-the-counter: Practices and Attitudes of Pharmacists and Pharmacy Assistants in Far North Queensland*, „Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology” 2011, t. 51, s. 530.

³² Zob. M.E. Borrego, J. Short, N. House, et. al., *New Mexico pharmacists' knowledge, attitudes, and beliefs toward prescribing oral emergency contraception*, „Journal of the American Pharmacists Association” 2006, t. 46, s. 42.



Rysunek 1. Sposoby radzenia sobie farmaceutów z obiekcjami sumienia

środków antykoncepcyjnych ze względu na sumienie³³. Pomimo że przeprowadzone badania pozwalają tylko na częściowe uogólnianie wyników, otrzymane rezultaty potwierdzają przypuszczenie, że problem farmaceutycznej klauzuli sumienia nie jest zjawiskiem marginalnym, jak to niekiedy usiłuje się przedstawić. Wydaje się również, że istnieje w tej sytuacji konieczność uregulowania tej kwestii w prawie polskim, tym bardziej, że co czwarty farmaceuta biorący udział w badaniu jest za uprawomocnieniem sprzeciwu sumienia farmaceutów³⁴.

³³ Zob. M. Prusak, *Opinie studentów farmacji na temat wątpliwości moralnych wobec sprzedaży środków antykoncepcyjnych oraz możliwości wprowadzenia klauzuli sumienia*, XXII Naukowy Zjazd Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego, Białystok 2013, s. 14.

³⁴ Zob. S. Bąk, J. Pawlikowski, *Aspekty etyczne klauzuli sumienia dla farmaceutów w opinii pracowników aptek*, „Farmacja Polska” 2012, t. 69, z. 10, s. 561-566.

Tabela 4. Opinie polskich farmaceutów na temat klauzuli sumienia

Opinie polskich farmaceutów na temat klauzuli sumienia według dostępnych badań
Uniwersytet Warszawski ³⁵ (n=126; 9,7% z 1414), 2012 15% skorzystałoby z prawa sprzeciwu sumienia 8% odmawia bez regulacji prawnej
Uniwersytet Medyczny w Lublinie ³⁶ (n=70), 2012 8,6% odmówiło wydania produktu ze względu na sumienie, w tym 7,1% dotyczyło tabletki „po” z levonorgestrellem 23% jest za ustawową regulacją sprzeciwu sumienia
Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie studenci farmacji ³⁷ CMUJ (n=479, 62% z 773), 2013 18% ma wątpliwości moralne wobec sprzedaży antykoncepcji 30% klauzula sumienia jest potrzebna farmaceutom pracownicy aptek ³⁸ (n= 151, on-line), 2013 13% zgłosiło wątpliwości moralne 25% klauzula jest potrzebna, a dla 69% nie jest potrzebna

Czy farmaceuta może świadomie działać przeciw życiu i zdrowiu?

W Polsce konflikt sumienia farmaceutów łączy się głównie z obowiązkiem sprzedaży środków antykoncepcyjnych, szczególnie tych stosowanych po stosunku oraz wkładek domacicznych. Wątpliwości moralne pojawiają się także w związku z dystrybucją szczepionek wyprodukowanych na bazie linii komórkowych otrzymanych z abortowanych płodów ludzkich, produktów stosowanych w procedurze *in vitro*, środków homeopatycznych oraz preparatów uzależniających dostępnych bez recepty lekarskiej. W innych krajach sprzeciw sumienia dotyczy również przygotowywania i wydawania środków służących do wykonywania eutanazji, wspomaganego samobójstwa oraz aborcji farmakologicznej za pomocą mifeprystonu (RU489).

³⁵ Zob. M. Gryka, A. Piecuch, M. Kozłowska-Wojciechowska, *Stosunek polskich farmaceutów*, s. 11.

³⁶ Zob. S. Bąk, J. Pawlikowski, *Aspekty etyczne klauzuli sumienia dla farmaceutów*, s. 561-566.

³⁷ Zob. M. Prusak, *Opinie studentów farmacji na temat wątpliwości moralnych*, s. 14.

³⁸ Badania przeprowadzone w ramach realizacji projektu „Aspekty teologiczne, etyczne i prawne sprzeciwu sumienia farmaceutów” sfinansowanego ze środków Narodowego Centrum Nauki przyznanych na podstawie decyzji numer DEC-2011/01/N/HS1/01987.

Aktualnie dostępne na rynku środki antykoncepcyjne, zawierające małe dawki syntetycznych hormonów, wykazują wielokierunkowy i złożony mechanizm działania. Za główne działanie uważa się zatrzymanie owulacji. Jako dodatkowy mechanizm podaje się zmiany w śluzie szyjkowym (ograniczające penetrację plemników), zmiany w błonie śluzowej macicy (mogące potencjalnie utrudnić lub zahamować zagnieżdżenie zarodka w macicy) oraz zaburzenie perystaltyki jajowodów (upośledzające transport plemników, komórki jajowej lub embrionu)³⁹. Dostępne badania wskazują, że u części kobiet stosujących te środki zachodzi owulacja, lub jest wysokie ryzyko, że może ona wystąpić⁴⁰. W tej sytuacji nie można z całkowitą pewnością wykluczyć, że mechanizmy wpływające na proces zagnieżdżenia nie zadziałają. Dlatego też, zdaniem niektórych autorów, należy informować kobiety o tym, że produkty te działają głównie przez zahamowanie owulacji, jednakże nie można zapewnić, że nigdy nie wpłyną na implantację zarodka⁴¹. Poza tym, wielu farmaceutów, broniąc prawa do sprzeciwu, wskazuje na ich szkodliwy wpływ na zdrowie kobiet. Szczególnie wątpliwości moralne budzi dość powszechne zalecanie (a nawet zachęcanie) i stosowanie preparatów hormonalnych u bardzo młodych dziewcząt, których układ hormonalny i płciowy nie jest jeszcze w pełni wykształcony. Należałoby przynajmniej nadmienić, że dla niektórych farmaceutów ma także duże znacze-

³⁹ Zob. *Contraception*, w: *Williams obstetrics*, red. G.F. Cunningham, wyd. 22, USA 2005, s.727; S.J. Sondheimer, *Oral contraceptives: mechanism of action, dosing, safety, and efficacy*, „*Cutis*” 2008, t. 81, s. 19-20; R.T. Burkman, K.L. Dardano, P.E. Bailey-Sarnell, *Antykoncepcja*, A. Zieliński [tłum.], w: *Ginekologia Kliniczna*, red. R. Dębski, Kraków 2009, t. 3, s. 867.

⁴⁰ Z niektórych badań wynika, że podczas stosowania tabletek dwuskładnikowych owulacja może zachodzić w 10-25% cykli, natomiast w przypadku tabletek jednoskładnikowych zawierających niewielką dawkę gestagenu owulacja zachodzi w 18-84% cykli. Zob. A.R. Baewald, R.A. Walker, R.A. Pierson, *Growth rates ovarian follicles during natural menstrual cycles, oral contraception cycles, and ovarian stimulation cycles*, „*Fertility and Sterility*” 2009, t. 91, s. 443-444; R.A. Pierson, D.F. Archer, M. Moreau, et al., *Ortho Evra/Evra versus oral contraceptives: follicular development and ovulation in normal cycles and after an intentional dosing error*, „*Fertility and Sterility*” 2003, t. 80, nr 1, s. 38; K.A. Petrie, A.H. Torgal, C.L. Westhoff, *Matched-pairs analysis of ovarian suppression during oral vs. vaginal hormonal contraceptive use*, „*Contraception*” 2011, t. 84, s.e2; M. Obara, Z. Słomko, *Metody planowania rodziny*, w: *Ginekologia*, red. Z. Słomko, Warszawa 2008, t. 2, s. 613; M. Prusak, *Wpływ środków antykoncepcyjnych na wczesny rozwój zarodka ludzkiego*, w: *Problem kontroli urodzeń i antykoncepcji. Krytyczno-porównawcza analiza dyskursów*, red. B. Płonka-Syroka, A. Szlagowska, „*Studia Humanistyczne Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu*”, t. 7, Wrocław 2013, s. 327-352.

⁴¹ Zob. J. Trussell, E.G. Raymond, *Emergency Contraception: A last chance to prevent unintended pregnancy, 2014*, The Emergency Contraception Website, <http://ec.princeton.edu/questions/ec-review.pdf>. [dostęp: 9.08.2014].

nie to, że stosowanie antykoncepcji, poza wywieraniem negatywnego wpływu na zdrowie fizyczne, psychiczne czy duchowe kobiety, ma także destrukcyjne skutki dla życia społecznego. W odniesieniu do środków antykoncepcyjnych pewną trudność stanowi stosowanie ich w leczeniu niektórych schorzeń kobiecych⁴².

Najwięcej wątpliwości etycznych wśród farmaceutów wywołuje obowiązek posiadania w aptece i wydawania produktów należących do antykoncepcji stosowanej 3-5 dni po stosunku (który mógł być płodny)⁴³ w celu uniknięcia „ciąży”. Produkty te nie mają wskazań terapeutycznych, a ciążę trudno uznać za chorobę. Z tego też powodu kwalifikowanie ich w kategorii produktów leczniczych budzi wiele wątpliwości, jak również sam obowiązek zagwarantowania ich dostępności przez farmaceutów i apteki. Mechanizm działania preparatów należących do tej formy antykoncepcji zależy od fazy cyklu miesięcznego kobiety, która go przyjęła (zob. Rysunek 2.).

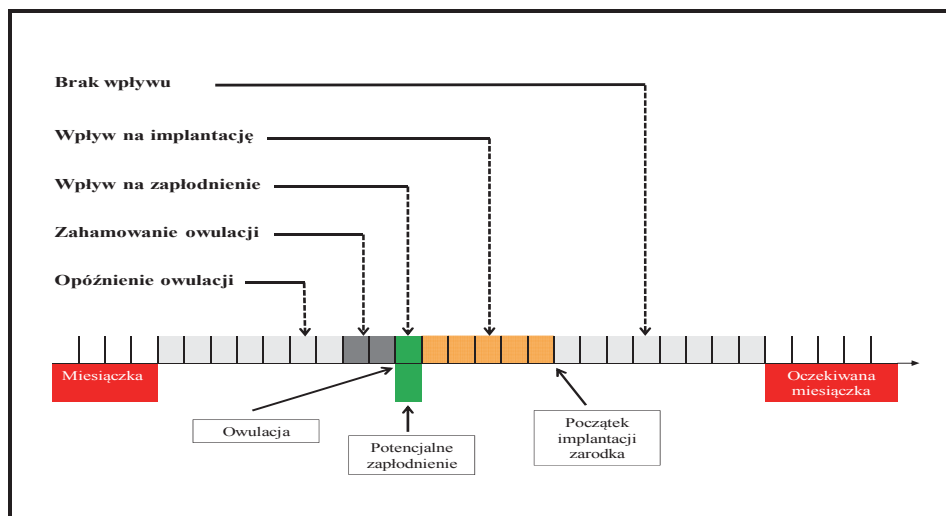
Jeżeli uznaje się fakt, że życie ludzkie rozpoczyna się w momencie zapłodnienia komórki jajowej, a nie po zakończeniu implantacji embrionu znajdującego się w stadium blastocysty (w około 12 dniu po zapłodnieniu), tak jak to niektórzy proponują⁴⁴, to deklarowane przez producentów działanie przeciwnażęźdzeniowe⁴⁵ tabletek „po” należałoby przyjąć za działanie aborcyjne. Podobnie dla wielu farmaceutów poważny dylemat moralny stanowi dystrybucja

⁴² Zdaniem większości teologów – moralistów stosowanie w celach leczniczych preparatów, które mogą mieć wtórnie działanie antykoncepcyjne jest moralnie dopuszczalne. Pozostają pytania o to, czy takie środki są przepisywane w rzeczywistości uzasadnionych przypadkach oraz jak odróżnić sytuacje, w których środki te są przepisywane w celach leczniczych, czy w antykoncepcyjnych (w Anglii częściowo ten problem jest rozwiązany przez oznakowanie recepty).

⁴³ Podczas stosowania tych środków w ogólnym nastawieniu istnieje zamiar uniemożliwienia implantacji embrionu. Dotyczy to zarówno osób, które stosują te środki, jak też tych, którzy zalecają ich stosowanie oraz podają (np. farmaceuta).

⁴⁴ Taką definicję przyjmuje Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), Amerykańska Agencja Żywności i Leków (FDA) oraz American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Definicję tę przyjęto po 1965 r.

⁴⁵ Podmioty odpowiedzialne za wprowadzenie na rynek tabletek „po” (zawierających lewonorgestrel, czy też uliprystal) w materiałach informacyjnych (lub dokumentach rejestracyjnych) podają, że produkty te poza wpływem na uwalnianie komórki jajowej i zapłodnienie, zapobiegają lub utrudniają implantację zarodka w błonie śluzowej w macicy. Zob. Ulotka informacyjna Escapelle: http://www.gedeonrichter.pl/gedeonrichter/dane/pdf/2012_09_16_Escapelle_PIL_PL_12048_scanned.pdf [dostęp: 7.04.2014]; CHMP Assessment Report for Ellaone. Procedure No. EMEA/H/C/001027, http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/EPAR_Public_assessment_report/human/001027/WC500023673.pdf [dostęp: 7.04.2014].



Rysunek 2. Możliwy mechanizm działania tabletek „po” w zależności od fazy cyklu miesięcznego kobiety, w którym tabletki te zostały przyjęte. Zmodyfikowano rysunek zamieszczony w: P. Ventura-Juncá, *Objection of Conscience, Witness in Medical Health Practice: the Case of Emergency Contraception*, w: *Christian Conscience in Support of the Right to Life*, red. E. Sgreccia, J. Laffitte, Vatican 2008, s. 184.

wkładek domacicznych, o których dużej skuteczności⁴⁶ decydują inne mechanizmy działania niż hamowanie owulacji⁴⁷. Mogą one w sposób istotny utrudnić bądź uniemożliwić implantację zarodka poprzez stworzenie niekorzystnych warunków w macicy⁴⁸.

⁴⁶ Zawodność (% kobiet zachodzących w ciążę w pierwszym roku stosowania) w przypadku zastosowania wkładki z levonorgestrel, przy użyciu perfekcyjnym jak i typowym, wynosi 0,2%, zaś w przypadku wkładki z miedzią 0,6% dla perfekcyjnego i 0,8% dla praktycznego. Dla porównania dla kobiet korzystających z doustnej antykoncepcji hormonalnej typowa zawodność wynosi 8-9%. Por. K.I. Black, S. Gupta, A. Rassi, *Why do women experience untimed pregnancies? A review of contraceptive failure rates*, „Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology” 2010, t. 24, s. 449; D.A. Grimes, *Commentary. Forgettable contraception*, „Contraception” 2009, t. 80, s. 498; J. Trussell, *Contraceptive failure in the United States*, „Contraception” 2011, t. 83, s. 398.

⁴⁷ Wkładki zawierające miedź na ogół nie hamują jajczkowania, a te zawierające levonorgestrel hamują je jedynie w 10-50% cykli. Zob. R.T. Burkman, K.L.Dardano, P.E. Bailey-Sarnell, *Antykoncepcja*, A. Zieliński [tłum.], w: *Ginekologia Kliniczna*, red. R. Dębski, Kraków 2009, t. 3, s. 866; A. Brown, *Long-term contraceptives*, „Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology” 2010, t. 24, s. 625-628; M. Obara, Z. Słomko, *Metody planowania rodziny*, w: *Ginekologia*, red. Z. Słomko, Warszawa 2008, t. 2, s. 615.

⁴⁸ Zob. J.B. Stanford, R.T. Mikolajczyk, *Mechanism of action of intrauterine devices: update and estimation of postfertilization effects*, „American Journal of Obstetrics and Gynecology” 2002, t. 187, s. 1670.

Najczęstszym powodem (56%) wątpliwości moralnych wobec sprzedaży tabletek „po” podawanym przez farmaceutów jest to, że mogą one wpływać pośrednio na zarodek ludzki prowadząc do jego zniszczenia (uniemożliwiając lub hamując jego rozwój)⁴⁹. Negowanie prawa farmaceutów do sprzeciwu wobec sprzedaży tak działających środków, oznaczałoby pozbawienie ich prawa do własnego osądu dotyczącego ewentualnej wczesnej aborcji poczętego dziecka, byłoby też zgodą na „przymuszanie” ich do współuczestniczenia w czynach, które mogą spowodować śmierć zarodka ludzkiego⁵⁰. Farmaceuci starają się unikać współudziału w takich działaniach ponieważ w ich rozumieniu stanowią one zaprzeczenie ich zawodowej misji oraz powołania, jakimi są służba życiu i zdrowiu. Farmaceuci świadomi odpowiedzialności – profesjonalnej i moralnej – za to co podają pacjentowi, jak też edukacyjnej i wychowawczej roli wobec społeczeństwa⁵¹ słusznie domagają się uszanowania racji sumienia nawołującego do ochrony sakralnego i nienaruszalnego charakteru życia ludzkiego.

Trudności farmaceutycznej klauzuli sumienia

Zdaniem niektórych, przyznanie farmaceutom prawa do sprzeciwu sumienia mogłoby naruszyć godność i intymność osób, które zgodnie z prawem oczekują, że dostęp do „legalnych” środków będzie im zapewniony. Wyrażają oni obawę, że ostatecznie pacjent nie będzie mógł skorzystać z przysługującego mu prawa do zrealizowania recepty, albo przynajmniej będzie to w znaczny sposób utrudnione, ponieważ takie prawo w końcu doprowadzi do sprzeciwu apteki⁵².

⁴⁹ Na powody religijne powołuje się tylko około 40% badanych. Badania przeprowadzone w ramach realizacji projektu „Aspekty teologiczne, etyczne i prawne sprzeciwu sumienia farmaceutów” sfinansowanego ze środków Narodowego Centrum Nauki przyznanych na podstawie decyzji numer DEC-2011/01/N/HS1/01987.

⁵⁰ Byłoby to niezgodne z wytycznymi zawartymi w rezolucji Rady Europy z dnia 7 października 2010 roku pt.: *Prawo do klauzuli sumienia w ramach legalnej opieki medycznej*. Zob. Parliamentary Assembly Council of Europe, Resolution 1763 (2010), The Right to Conscientious Objection in Lawful Medical Care, <http://assembly.coe.int/ASP/APFeaturesManager/defaultArtSiteView.asp?ID=950> [dostęp: 7.04.2014].

⁵¹ Zadanie to szczególnie podkreślił papież Benedykt XVI w przemówieniu do farmaceutów w 2007 roku. Zob. Benedykt XVI, *Farmaceuta ma prawo do sprzeciwu sumienia, Przemówienie do uczestników Międzynarodowego Kongresu Farmaceutów Katolickich (29.10.2007 r.)*, „L'Osservatore Romano” 2007, t. 12, s. 22.

⁵² Takie obawy zostały podniesione przez ekspertów Narodowej Komisji ds. Bioetyki działającej przy Włoskiej Radzie Ministrów. Zob. W. Głusiec, *Klauzula sumienia dla farma-*

Często proponuje się, aby zaistniały konflikt pomiędzy prawem do postępowania zgodnego z sumieniem, a prawem dostępu do legalnych środków opieki medycznej rozwiązać na korzyść pacjenta. Wymaga się od pracownika służby zdrowia, a więc także od farmaceuty, aby ten „poświęcił” swoje najgłębsze wartości na rzecz zobowiązań wynikających z pełnionej roli⁵³. Trudno jednak zgodzić się na tego rodzaju specyficzny relatywizm moralny polegający na tym, że farmaceuta będzie stosował inne normy moralne w pracy, a inne w życiu prywatnym. Inni proponują rozwiązanie kompromisowe, które miałyby polegać na zapewnieniu dostępu do kwestionowanych środków poprzez narzucony wymóg skierowania pacjenta do innego farmaceuty bądź apteki. Takie rozwiązanie nie jest akceptowane przez niektórych farmaceutów⁵⁴. Wskazanie „drugiego wykonawcy”, tak samo jak bezpośrednie wydanie, zmusza farmaceutów do pośredniego udziału w nieakceptowanej czynności, bowiem nie wyłącza ono ich z przyczynowego łańcucha zdarzeń, które prowadzą do skutków użycia tabletki „dzień po”.

Zarówno pacjent, jak i farmaceuta mają prawo do postępowania zgodnego z sumieniem, a także do samostanowienia według uznanych przez siebie zasad moralnych, czyli do postępowania autonomicznego. Wydaje się, że proponowane rozwiązania oparte na zasadzie albo/albo są krzywdzące dla którejś ze stron. Powinno się raczej pójść w kierunku „dojrzałej relacji” opartej na odpowiedzialności i zobowiązaniach, a nie tylko na przysługujących prawach⁵⁵. Farmaceuta powinien móc jasno i otwarcie sformułować swoje obiekcje, a pacjent mieć prawo do poszukania farmaceuty (apteki) dzielającego jego poglądy. Kluczową rolę odgrywa tu atmosfera zaufania oraz umiejętność rozmowy na temat kwestionowanych środków w duchu poszukiwania prawdy i dobra, a nie wzajemnego oceniania. Oczywiście, może się to zakończyć koniecznością wyboru innego farmaceuty, czy też apteki, co może być trudne, zwłaszcza w sytuacji kiedy czas nagli, ale jak wiadomo sprzeciw sumienia nie dotyczy środków, które ratują życie.

Niekiedy sprzeciw sumienia farmaceuty przedstawia się jako próbę narzucania innym swojej woli oraz swych osobistych (prywatnych) przekonań. Uważa się, że pracownik służby zdrowia ingerując w prawa reprodukcyjne

ceutów. Analiza opinii wydanej przez Comitato Nazionale per la Bioetica, „Diametros” 2012, t. 32, s. 72.

⁵³ Zob. J. Savulescu, *Ethics: Conscientious Objection in Medicine*, „British Medical Journal” 2007, t. 332, s. 294.

⁵⁴ Zob. R.J. Cooper, P. Bissell, J. Wingfield, *Dilemmas in Dispensing, Problems in Practice*, s. 107.

⁵⁵ Takie rozwiązanie proponuje Edmund Pellegrino. Zob. E.D. Pellegrino, *Toward a Reconstruction of Medical Morality*, „The American Journal of Bioethics” 2006, t. 6, z. 2, s. 70.

pacjenta traktuje go instrumentalnie⁵⁶. Nie bierze się tutaj pod uwagę tego, że farmaceuta odmawiający sprzedaży środka antykoncepcyjnego (i/lub przeciwnieździeńowego) może to czynić ze względu na rozważone wcześniej moralne skutki dystrybucji i stosowania tych środków. W swoim sumieniu odwołuje się on do wspólnych wartości i norm (jaką jest niewątpliwie zasada poszanowania życia i zdrowia), a nie tylko do własnego interesu. Podważanie roli sprzeciwu sumienia pracowników służby zdrowia może prowadzić do eliminacji debaty o kontrowersyjnych etycznie procedurach. Społeczeństwo zaś może przez to utracić krytyczną wnikliwość wobec wprowadzanych działań medycznych. Tylko uczciwa wymiana osądów moralnych może ukazać słabość wątpliwych moralnie praktyk, jak też sprzeczności w ich uzasadnieniu⁵⁷.

Na zakończenie należałoby dodać, że organy państwowe wprowadzające na rynek środki, których działanie, czy też stosowanie budzi wątpliwości moralne powinny wszystkim obywatelom zapewnić jednakową wolność. Tak jak nikt nikogo nie może zmusić do stosowania tych środków, tak samo nie powinno się od nikogo wymagać, aby współuczestniczył w ich produkcji, czy też dystrybucji.

Podsumowanie

W świetle przedstawionych danych wydaje się, że klauzula sumienia dla farmaceutów powinna być uznana w pluralistycznym społeczeństwie, jak również powinna być wzmocniona ustawowymi zapisami ze względu na rozbieżności interpretacyjne odnośnie do możliwości jej stosowania. Zobowiązanie farmaceuty do tego, by świadomie łamał podstawowe prawo do ochrony życia i zdrowia wykracza przeciw jego godności. Nie wpisuje się też w jego powołanie, ani służbę jaką pełni wobec pacjenta, lecz raczej degraduje go do roli automatu, czy też bezwolnego narzędzia. Pomija się fakt, że farmaceuta, realizując swoje zadania w sposób wolny i odpowiedzialny, może być zainteresowany prawdziwym dobrem każdego pacjenta, także tego, będącego na bardzo wczesnym etapie swojego rozwoju.

⁵⁶ Zob. B.M. Dickens, *Legal Protection and Limits of Conscientious Objection: When Conscientious Objection is Unethical*, „Medicine and Law” 2009, t. 28, s. 338-347.

⁵⁷ Zob. G.T. Brown, *Discovery and Revelation: The Consciences of Christians, Public Policy, and Bioethics Debate*, „Christian Bioethics” 2012, t. 18, z. 1, s. 57.

Conscientious Objection in the Pharmacist's Practice

Summary

The author discusses the issue of conscientious objection by pharmacists. Sharing a survey conducted among pharmacy personnel, the author points out that the problem of the use of conscientious objection in the pharmaceutical environment is anything but negligible. Some pharmacists (about 15%) report being confronted with a moral dilemma when selling certain types of contraceptives. This is predominantly caused by the fact that they can bring about the destruction of a human embryo by hindering or preventing its implantation in the uterus. In their conscience, pharmacists invoke the fundamental values that protect life and health, hence their right to conscientious objection must not be denied and should be handled in the relevant law governing their profession. The article also provides examples of legal solutions effective in other countries.

Tłumaczenie: Konrad Szulga

Waldemar Głusiec*
Elżbieta Puacz**

SPRZECIW SUMIENIA W ZAWODZIE DIAGNOSTY LABORATORYJNEGO

Jednym z charakterystycznych zjawisk przełomu XX i XXI wieku jest dynamiczny rozwój medycyny, genetyki i biologii, który istotnie wpłynął na ukształtowanie się autonomii zawodu diagnosty laboratoryjnego¹. W Polsce ustawa z dnia 27 lipca 2001 r.² prawnie usankcjonowała diagnostę jako czwartą ważną profesję w grupie zawodów medycznych, obok lekarza, pielęgniarki i farmaceuty. Naukowa refleksja nad sprzeciwem sumienia pracowników służby zdrowia wymaga więc uwzględnienia tej specyficznej grupy, jaką stanowi personel diagnostycznego laboratorium medycznego.

Głównym celem niniejszych rozważań jest ukazanie źródła i specyfiki dylematów moralnych diagnosty laboratoryjnego oraz sytuacji, w jakich przedstawiciele tej profesji mogą wyrażać swój sprzeciw sumienia. Rozważania te poprzedzi ogólna charakterystyka diagnosty jako pracownika służby zdrowia posiadającego odrębny status i właściwy swojemu zawodowi etos. Ponadto poczynionych zostanie kilka uwag o charakterze etycznym na temat samego

* Ks. dr n. hum., Zakład Etyki i Filozofii Człowieka, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

** Dr n. med., Prezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych w Warszawie.

¹ Zob. *Zawody diagnosty laboratoryjnego i felczera na ziemiach polskich w XIX i XX wieku*, red. B. Urbanek, Warszawa 2011.

² Ustawa z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej, tekst jedn.: Dz. U. z 2014 r., poz. 174 z późn. zm.

sprzeciwu sumienia jako przyrodzonego każdemu człowiekowi prawa, które legislator może i powinien potwierdzać w formie tzw. klauzuli sumienia.

Diagnosta laboratoryjny jako zawód medyczny

Wraz z rozwojem medycyny coraz większą rolę odgrywa w niej wyspecjalizowana diagnostyka laboratoryjna, umożliwiająca podejmowanie skutecznych działań terapeutycznych, monitorowanie chorób i prowadzenie profilaktyki. Historia pokazuje, iż funkcje diagnosty początkowo pełnili sami lekarze. Na ziemiach polskich, zwłaszcza od drugiej połowy XIX w. przeprowadzali oni szereg skomplikowanych analiz płynów ustrojowych człowieka³. Jednak dopiero sto lat później rozpoczęto kształcenie analityków medycznych jako wyodrębnionej grupy personelu służby zdrowia w dziedzinie diagnostyki⁴. W ten sposób pracownicy medycznego laboratorium diagnostycznego zostali włączeni w tradycyjną oś pacjent – lekarz, jako osoby odgrywające istotną, a często fundamentalną rolę w procesie leczenia. Podejmują oni zatem nie tylko prawną, ale i moralną współodpowiedzialność za życie i zdrowie pacjenta.

Diagnosta laboratoryjny wykorzystując swoją wiedzę i umiejętności dostarcza cennych informacji o pacjencie, który w opisie dolegliwości nie jest w stanie wyrazić całej złożoności objawów swojej choroby. Uwzględniając nowoczesną technikę i odkrycia z dziedziny nauk podstawowych, jest w stanie określać zarówno predyspozycje chorobowe badanej osoby, ocenić efektywność zastosowanego leczenia oraz wskazać wystąpienie ewentualnych powikłań i skutków ubocznych terapii. Szacuje się, iż prawidłowo przeprowadzona diagnostyka dostarcza do 70% informacji o stanie zdrowia chorego. Praca diagnosty medycznego laboratorium realnie obniża koszty i skraca czas leczenia, zmniejsza ryzyko wystąpienia powikłań oraz wydatnie wpływa na satysfakcję pacjenta.

³ Zob. B. Urbanek, *Kształtowanie się specjalności lekarskich na ziemiach polskich w latach 1860-1914*, Warszawa 2010, s. 25-26.

⁴ Zob. A. Magowska, *Analityka medyczna jako element polityki w dziedzinie zdrowia publicznego w Polsce w latach 1918-1939*, w: *Zawody diagnosty laboratoryjnego i felczera za ziemiach polskich w XIX i XX wieku*, red. B. Urbanek, Warszawa 2011, s. 207-218; A. Magowska, „*Analityka bez przyszłości*” – *problemy diagnostyki laboratoryjnej w Polsce w latach 1945-1979*, w: tamże, s. 277-284; M. Jura, *Diagnostyka laboratoryjna w latach 70. i 80. XX wieku (przeгляд dokonań)*, w: tamże, s. 297-301.

W Polsce zasady i warunki wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego zostały unormowane ustawą o diagnostyce laboratoryjnej z 2001 roku. Podobnie do pozostałych profesji medycznych diagności są zorganizowani w samorządzie zawodowym, jakim jest ukonstytuowana w 2002 roku Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych⁵. Tytuł diagnosty laboratoryjnego otrzymuje osoba, która ukończyła odpowiednie studia wyższe, posiada pełną zdolność do czynności prawnych, określone predyspozycje zdrowotne oraz została wpisana na listę diagnostów laboratoryjnych. Osoba ta może uzyskać specjalizację w 14 dziedzinach, m.in. w laboratoryjnej diagnostyce medycznej, laboratoryjnej genetyce medycznej, laboratoryjnej immunologii medycznej, mikrobiologii medycznej, laboratoryjnej transfuzjologii medycznej, laboratoryjnej toksykologii medycznej, laboratoryjnej hematologii medycznej, cytomorfologii medycznej, laboratoryjnej parazytologii medycznej i epidemiologii⁶. Na koniec 2012 roku tytuł specjalisty uzyskało około 3000 diagnostów.

Pracownik diagnostycznego laboratorium medycznego staje czasem przed poważnymi dylematami moralnymi związanymi z wykonywaną pracą. Kodeks Etyki Diagnosty Laboratoryjnego z 2006 r., w art. 24 przypomina o moralnym prawie do wyrażania sprzeciwu sumienia: „W sytuacji konfliktu z własnym sumieniem diagnosta laboratoryjny może odmówić wzięcia udziału w powierzonych mu czynnościach, jednoznacznie i niezwłocznie o tym informując zainteresowanych oraz swoich przełożonych”⁷. W myśl tego zapisu, moralne prawo pracownika laboratorium medycznego do sprzeciwu sumienia łączy się z moralną powinnością poinformowania zleceniodawcy badania oraz przełożonych o powstrzymaniu się od realizacji powierzonego sobie zadania. Przechodząc z płaszczyzny etyki na płaszczyznę prawa, należy zauważyć, iż ustawa o diagnostyce laboratoryjnej nic nie mówi o możliwości skorzystania z klauzuli sumienia przez pracownika medycznego laboratorium diagnostycznego. Brak wyraźnej regulacji, takiej jaka ma miejsce w ustawie o zawodach lekarza i lekarza den-

⁵ Zob. *Powołanie Samorządu Diagnostów Laboratoryjnych – wspomnienia, rozmowy, fakty*, red. E. Puacz, M. Klimowicz, P. Siwiec, M. Lis, Lublin 2012, s. 19-52.

⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2013 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie specjalizacji i uzyskiwania tytułu specjalisty przez diagnostów laboratoryjnych, Dz. U. z 2014 r., poz. 20, art. 1.

⁷ Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych, *Kodeks Etyki Diagnosty Laboratoryjnego*, <http://kidl.org.pl/index.php?page=kodeks-etyki-diagnosty-laboratoryjnego-2> [dostęp: 16.08.2014], art. 24.

tysty⁸ oraz w ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej⁹ stawia diagnostów laboratoryjnych w sytuacji analogicznej do farmaceutów. Przedstawiciele obu tych zawodów medycznych ciągle czekają na regulacje prawa polskiego, które umożliwiłyby im odmowę wykonania świadczenia medycznego sprzecznego z własnym sumieniem.

Sprzeciw sumienia w służbie zdrowia

Sprzeciw sumienia diagnosty laboratoryjnego i przedstawicieli pozostałych profesji medycznych ma u swoich podstaw konflikt między obowiązkiem zachowania zgodnego z prawem stanowionym, a powinnością moralną wskazywaną przez sumienie. Wyraża się poprzez odmowę wykonania świadczenia medycznego, uzasadnianą racjami medycznymi, religijnymi lub etycznymi. Nie należy go mylić z prawem do przeciwstawienia się normie prawnej, rozumianego jako zanegowanie ważności konkretnego przepisu prawa stanowionego lub legalności władzy państwowej, która dany przepis uchwaliła. Sprzeciw sumienia należy także odróżnić od nieposłuszeństwa obywatelskiego, które jest zjawiskiem kolektywnego protestu wobec ewidentnie niesprawiedliwego prawa, aby skłonić legislatora do zmiany szkodliwego przepisu. Sprzeciwem sumienia nie jest również odmienna ocena naukowa określonego zjawiska, które legło u podstaw przepisu prawa. Dotyczy to przede wszystkim zapisów o obowiązkowych szczepieniach i badaniach klinicznych, które poprzedziły decyzje legislatora w tej kwestii oraz przekonania pracowników służby zdrowia o celowości lub bezcelowości obowiązku podawania danej szczepionki¹⁰. Konkludując, osoba manifestująca sprzeciw własnego sumienia nie poddaje w wątpliwość ani legalności ustawy jako takiej, ani legalności władzy państwowej, która ją uchwaliła, ani siły argumentów naukowych odnoszących się do świadczenia medycznego zagwarantowanego w ustawie. Domaga się natomiast zwolnienia z wypełnienia konkretnego przepisu, aby móc działać w zgodzie z własnymi wartościami moralnymi.

⁸ Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, tekst jedn.: Dz. U. z 2011 r., Nr 277, poz. 1634 z późn. zm., art. 39.

⁹ Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, Dz. U. Nr 174, poz. 1039 z późn. zm., art. 12.

¹⁰ Zob. Comitato Nazionale per la Bioetica, *Obiezione di coscienza e bioetica*, 12 luglio 2012, <http://www.governo.it/bioetica/pareri.html> [dostęp: 16.08.2014], s. 5-7.

Wolność sumienia, której jeden z przejawów stanowi także sprzeciw sumienia, osadzona jest w osobowej strukturze człowieka. Bazuje nie tyle na subiektywnych zdolnościach danej osoby, co na wspólnej naturze ludzkiej. Stanowi przyrodzone prawo każdej istoty ludzkiej, na straży którego stoją m.in. Powszechna Deklaracja Praw Człowieka¹¹ oraz Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności¹². Dodatkowo, wolność sumienia jest zasadą ustrojową polskiego państwa zapisaną w Konstytucji RP¹³. Zdolność wyrażania sprzeciwu sumienia wypływa z wolności i godności osoby ludzkiej¹⁴. Sprzeciw ten nie jest uprawnieniem nadanym przez legislatora, ale wartością, którą prawo stanowione powinno potwierdzić i starać się chronić. Wydaje się więc, iż ustawodawca nie musi udzielać pracownikowi służby zdrowia specjalnego uprawnienia, aby ten mógł skorzystać ze sprzeciwu sumienia i w określonej sytuacji odmówić wykonania świadczenia medycznego. To raczej ewentualne ograniczenie możliwości skorzystania przez pracownika służby zdrowia z klauzuli sumienia powinno być przez ustawodawcę odpowiednio uzasadnione i narzucone w najbardziej wyjątkowych sytuacjach.

W myśl tego, co zostało dotychczas powiedziane, brak wyraźnego zapisu dotyczącego klauzuli sumienia w ustawie o diagnostyce laboratoryjnej nie odbiera *de facto* pracownikom medycznego laboratorium diagnostycznego możliwości odmowy wykonania badania, które koliduje z ich przekonaniami moralnymi. Niezrozumiałą i krzywdzącą jest w tym kontekście opinia członków Komitetu Bioetyki przy Prezydium PAN, którzy stwierdzają: „Zgodnie z polskim prawem, uprawnienie do odmowy świadczenia zdrowotnego sprzecznego z własnym sumieniem przysługuje wyłącznie osobie wykonującej zawód lekarza, lekarza dentystry albo zawód pielęgniarki lub położnej. Prawa do powołania się na klauzulę sumienia nie mają przedstawiciele innych zawodów medycznych, w szczególności farmaceuci”¹⁵.

¹¹ UN General Assembly, *Universal Declaration of Human Rights, 10 December 1948, 217 A (III)*, <http://www.refworld.org/docid/3ae6b3712c.html> [dostęp: 16.08.2014], art. 18.

¹² Council of Europe, *Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms, Rome 4 November 1950*, http://www.echr.coe.int/Pages/home.aspx?p=basic-texts&c=#n1359128122487_pointer [dostęp: 16.08.2014], art. 9.

¹³ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., Dz. U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm., art. 53.

¹⁴ Zob. N. Natale, *Obiezione di coscienza*, w: *Nuovo dizionario di bioetica*, red. S. Leone, S. Privitera, Roma-Acireale 2004, s. 768-770.

¹⁵ Stanowisko Komitetu Bioetyki przy Prezydium PAN nr 4/2013 z 12 listopada 2013 r. w sprawie tzw. klauzuli sumienia, <http://www.bioetyka.pan.pl/images/stories/Pliki/Sta-nowisko%20KB%20nr%204-2013.pdf> [dostęp: 16.08.2014], s. 3.

Sprzeciw sumienia diagnosty laboratoryjnego

Sprzeciw sumienia pracownika medycznego laboratorium diagnostycznego przejawia się w odmowie wykonania legalnego badania materiału biologicznego, które ze względu na swój charakter lub cel stoi w poważnej sprzeczności z wartościami i nakazami moralnymi badającego. Przyczyną takiej odmowy mogą być po pierwsze przesłanki medyczne, poparte wiedzą i doświadczeniem zawodowym laboranta. Diagnosta przekonany nie tyle o bezcelowości, co raczej o szkodliwości badania dla pacjenta, powinien zgłosić swoje wątpliwości zleceniodawcy, a w uzasadnionych przypadkach odmówić wykonania powierzonych mu czynności. Drugim źródłem sprzeciwu sumienia mogą być przesłanki natury religijnej, wynikające z indywidualnych przekonań danego diagnosty. Tego rodzaju sytuacją jest zgłaszana przez laboranta należącego do Świadków Jehowy odmowa wykonania morfologii krwi przeznaczonej do transfuzji. Choć praktyka przetaczania krwi jest standardowym działaniem terapeutycznym, pozostającym w zgodzie z fundamentalnymi wartościami etosu pracowników służby zdrowia, to stanowi czynność głęboko niemoralną w ocenie Świadków Jehowy i właśnie dlatego może stać się powodem do wyrażenia sprzeciwu. Trzecim rodzajem przesłanek odmowy wykonania badania są względy typowo etyczne. Dotyczą one działań stojących w jawnej sprzeczności zarówno ze światopoglądem diagnosty jak również z fundamentalnymi wartościami przynależnymi do etosu wykonywanego zawodu. Chodzi tu o świadczenia medyczne gwarantowane przez prawo państwowe, ale sprzeczne z podstawowymi celami medycyny, do których należą ochrona życia i zdrowia pacjenta, profilaktyka chorób, opieka, terapia i łagodzenie bólu. Przykładem takich świadczeń są badania laboratoryjne wykonywane w ramach procedur zapłodnienia *in vitro* zakładających tworzenie embryonów nadliczbowych, diagnostyki prenatalnej łączonej z selektywną aborcją czy eutanazji. Wszystkie te procedury naruszają zasadę ochrony życia ludzkiego.

Analizy prowadzone przez diagnostę laboratoryjnego stanowią istotny element postępowania medycznego, a współdziałanie z lekarzem, nakłada na laboranta moralną współodpowiedzialność za los pacjenta. Może ona posiadać charakter formalny, kiedy stanowi świadomy i wolny udział w czynności zewnętrznej realizowanej przez lekarza, z równoczesnym podzieleniem intencji jego działania. Współpraca formalna w niegodziwym czynie pociąga zawsze

identyczną odpowiedzialność moralną obu sprawców¹⁶. Sprzeciw sumienia diagnosty laboratoryjnego dotyczy jednak sytuacji współdziałania materialnego w złym czynie¹⁷. Niekiedy laborant obligowany jest do wykonania badania będącego integralną częścią procedury medycznej naruszającej w istotny sposób prawo moralne, chociaż on sam nie podziela niegodziwej intencji głównego sprawcy, który zdecydował się na takie naruszenie. Jeśli więc diagnosta jest pewny, iż realizowane przez niego świadczenie zostanie wykorzystane przez lekarza do osiągnięcia niemoralnego skutku, np. zniszczenia życia ludzkiego, posiada pełne prawo, a nawet moralny obowiązek do wyrażenia własnego sprzeciwu.

W kontekście polskiej służby zdrowia można wskazać trzy typowe sytuacje, w których diagnosty laboratoryjni już zgłaszali albo najprawdopodobniej będą wkrótce zgłaszali swój sprzeciw sumienia. Pierwszą z nich jest odmowa wykonania badania gamet przeznaczonych do realizacji procedury zapłodnienia *in vitro*. Sprzeciw diagnosty jest tym bardziej uzasadniony, iż aktualny brak ustawy regulującej dostęp i sposób przeprowadzania pozaustrojowego zapłodnienia daje możliwość tworzenia dowolnej ilości ludzkich embrionów, z których nie wszystkie otrzymają szansę rozwoju. Kolejną sytuacją jest odmowa badania zarodków w ramach badań preimplantacyjnych. Tego rodzaju diagnostyka nie tylko naraża ludzki zarodek na uszkodzenie i uśmiercenie, ale ze swej natury ukierunkowana jest na eugeniczną selekcję. Niekiedy odmowa diagnosty powstrzymującego się przed współudziałem w eugenicznej selekcji życia ludzkiego dotyczy badań prenatalnych. Obowiązująca w Polsce ustawa o planowaniu rodziny¹⁸ daje możliwość wykorzystania diagnostyki przedurodzeniowej do legalnego przerywania ciąży. W tej sytuacji zrozumiałą jest postawa diagnosty, który odmawia przeprowadzenia biochemicznych i genetycznych analiz w ramach badania prenatalnego wiedząc, iż od ich wyników uzależniono dalsze życie poczętego dziecka.

¹⁶ Zob. R. Frattallone, *Cooperazione*, w: *Enciclopedia di bioetica e sessuologia*, red. G. Russo, Torino 2004, s. 545-552.

¹⁷ Zob. D. Tettamanzi, *Cooperazione*, w: *Nuovo dizionario di bioetica*, red. S. Leone, S. Privitera, Roma-Acireale 2004, s. 239-243.

¹⁸ Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 roku o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, Dz. U. Nr 17, poz. 78 z późn. zm., art. 4a.

Podsumowanie

Diagnosta laboratoryjny, jako przedstawiciel jednej z czterech głównych profesji służby zdrowia, bierze czynny udział w opiece medycznej nad pacjentem, a tym samym podejmuje moralną współodpowiedzialność za jego życie i zdrowie. Podobnie jak każda inna osoba, diagnosta posiada naturalne prawo do wolności sumienia, która w jego pracy zawodowej przyjmuje czasem formę sprzeciwu wyrażającego się odmową wykonania legalnego, ale niegodziwego badania. To przyrodzone prawo sprzeciwu sumienia, na gruncie deontologii potwierdza Kodeks Etyki Diagnosty Laboratoryjnego, natomiast w obszarze prawa państwowego chroni Konstytucja RP. Obecnie wielu laborantów czeka na załatwienie luki legislacyjnej, jaką stanowi brak zapisu dotyczącego klauzuli sumienia w ustawie o diagnostyce laboratoryjnej. Wyrażną pomocą w tym względzie byłaby niewątpliwie weryfikacja i korekta dyskryminującego diagnostów stanowiska Komitetu Bioetyki przy Prezydium PAN w sprawie tzw. klauzuli sumienia pracowników służby zdrowia.

Conscientious Objection in the Laboratory Diagnostician's Practice

S u m m a r y

The progress of medicine has led to the emergence of the medical profession of laboratory diagnostician. The personnel of a medical lab are actively and seriously involved in the process of medical care, thereby assuming responsibility for the life and health of patients. This is sometimes manifested in the refusal to provide a legal medical service which is in a serious conflict with his or her moral values. Such a refusal may be based on medical, religious and purely ethical grounds. Typical examples of services that violate the principle of protection of human life and are likely to cause the diagnostician to express the conscientious objection are tests performed on gametes and embryos as part of the in vitro fertilization procedure and the prenatal diagnosis combined with eugenic abortion. Polish laboratory diagnosticians are still waiting for appropriate legislation reiterating their natural right to conscientious objection taking the form of the so-called conscience clause.

Tłumaczenie: Konrad Szulga

