

PAWEŁ JARANOWSKI*, OLGIERD PANKIEWICZ**

KRYTYKA STANOWISKA KOMITETU BIOETYKI PRZY PREZYDIUM PAN W SPRAWIE KLAUZULI SUMIENIA W OPIECE ZDROWOTNEJ

Zainteresowani etyką w medycynie pod koniec ubiegłego roku otrzymali tekst dokumentu poświęconego klauzuli sumienia. Interdyscyplinarne gremium autorów dokumentu odwołało się do bioetyki, działu etyki filozoficznej. Dokument, wbrew nazwie komitetu, odnoszący się bardziej do prawa niż etyki, opisujący działania lekarza częściej jako „świadczenia” niż pomoc choremu, oceniliśmy negatywnie. Czytając kolejno paragrafy dokumentu przygotowanego przez KB, można wywnioskować, że praca w zawodzie lekarza, pielęgniarki czy położnej w zgodzie z sumieniem jest „przywilejem” (pkt 10). I chociaż KB podkreśla, że „lekarz, pielęgniarka i położna muszą mieć świadomość, że są gwarantami zdrowia i życia pacjenta” (pkt 19), odnajdujemy tam również zapisy mówiące o legalnym przerywaniu ciąży. Ponieważ nawet „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”¹, a prawo do aborcji suponowane przez Komitet Bioetyki (KB) przecież nie istnieje – podejmujemy się krytycznej analizy stanowiska KB.

* LEK. PAWEŁ JARANOWSKI – Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie, Międzynarodowy Instytut Bioetyki, Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy w Zielonej Górze.

** DR OLGIERD PANKIEWICZ – Instytut na rzecz Kultury Prawnej Ordo Iuris.

¹ Stanowisko nr 74/13/P-VI Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 6 grudnia 2013 r. w sprawie korzystania z klauzuli sumienia w praktyce lekarskiej.

I. JAKA FILOZOFIA MEDYCyny?

Komitet Bioetyki w punkcie 8. deklaruje uznanie troski o życie i zdrowie człowieka za szczególne powołanie zawodów medycznych. Jednak nie przedstawia otwarcie swoich założeń antropologicznych, nie prezentuje swojego sposobu rozumienia osoby. Poparcie dla sztucznego zapłodnienia człowieka i zabijania jeszcze nienarodzonych pacjentów jest dowodem na domyślne przyjęcie ekskluzywnych kryteriów człowieczeństwa. Dzieci w stadiach embrionalnym i płodowym – pacjenci od czasów przysięgi Hipokratesa chronieni obowiązującym lekarzy nakazem nieszkodzenia – zostają wyłączeni z rodziny ludzkiej. Nie znajduje żadnego rezonansu w omawianym stanowisku art. 39. Kodeksu Etyki Lekarskiej (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”. Komitet Bioetyki stosuje funkcjonalistyczne kryteria, dyskryminujące ludzi nieprzejawiających cech akurat wymaganych, stawiając grupę osób w roli przedmiotów procedur medycznych.

Czytając przygotowany przez KB dokument, stwierdzamy, że za najwyższą wartość w medycynie KB przyjął dostęp do należnych według prawa świadczeń zdrowotnych. Założenie jest całkowicie błędne, niezależnie od tego, że otwiera ono drogę do żądania działań służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia, ponieważ obejmuje również te działania, które wynikają „z przepisów odrębnych”, *de facto* narzucających medycynie obce i archaiczne cele: eugeniczne, aborcyjne i eutanatyczne. Komitet Bioetyki zabiera głos w związku z niewłaściwym (w jego ocenie) korzystaniem ze wskazań sumienia przez lekarzy wypełniających zobowiązania przysięgi Hipokratesa właśnie wobec diagnostyki prenatalnej i przerywania ciąży. W tym wyraża się niezgoda na przyjęcie dobra pacjenta za wyłączny cel medycyny. Przewodnim bowiem zadaniem lekarza – wpływającym z natury jego relacji z pacjentem – zawsze jest opieka nad chorymi z różnymi dolegliwościami i ich leczenie oraz opieka nad tymi, którzy nie mogą być wyleczeni². Tymi zadaniami nie będą nigdy: udoskonalenie człowieka, nieterapeutyczne procedury medycyny reprodukcyjnej czy walka z cierpieniem przez usuwanie cierpiących. Autonomia etyki lekarskiej musi być uszanowana nawet wobec przepisów prawa stanowionego, które wielokrotnie w historii służyły celom antyludzkim. U podstaw twierdzenia KB, że lekarską autonomię sumienia należy ograniczyć, leży rażący błąd – założenie, że matka dysponuje ciążą na podstawie prawa podmiotowego, tak jak dysponuje się własnym ciałem. Podkreśliśmy, że w obowiązującym w Polsce i Europie prawie nie ma żadnych podstaw do uznania prawa do aborcji. Polskie prawo w trzech wyjątkowych przesłankach wyłącza

² T. Biesaga, *Właściwe i niewłaściwe cele medycyny*, „Medycyna Praktyczna” 2004, nr 4, s. 20–25.

odpowiedzialność karną matki oraz lekarza wykonującego zabieg aborcji. Takie wyłączenie odpowiedzialności nie tworzy oczywiście dla osoby, która w przeciwnym razie podlegałaby karze, jakiegokolwiek prawa podmiotowego, czyli możliwości domagania się od innej osoby określonego zachowania (świadczenia).

II. DYSKRYMINACJA EUGENICZNA W POLSKIM PRAWIE MEDYCZNYM

W swoim skrajnie pozytywistycznym, a nawet, jak wskazano wyżej, błędnym podejściu, KB aborcję nazywa „zgodnym z prawem i należnym świadczeniem zdrowotnym”, nawiązując do ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (UoPR) i zawartych w niej przesłanek, m.in. przesłanki eugenicznej. Tymczasem konstytucyjne prawo do ochrony życia nie może być różnicowane ze względu na stan zdrowia dziecka poczętego. Uchylenie dopuszczalności aborcji eugenicznej wydaje się oczywiste w czasie, gdy państwo na mocy Konstytucji (art. 68 ust. 3) ma obowiązek objąć chore dzieci pomocą lekarską, psychologiczną i materialną, zmierzającą do zapewnienia im możliwości rozwoju i integracji społecznej. Konstytucja zobowiązuje władze publiczne do szczególnej troski o dzieci chore także w art. 69. i 72. Jednoczesne dopuszczenie prawem uśmiercania niepełnosprawnych i chorych dzieci poczętych stanowi niezrozumiałą niekonsekwencję. Obecne postępowanie w dziedzinie medycyny prenatalnej polega na rażącej dyskryminacji dzieci chorych i tych, których choroba jest prawdopodobna. W sferze dóbr chronionych prawem aktualnie życie i godność dziecka poczętego zdrowego są uznawane za więcej warte, niż dziecka poczętego chorego. UoPR w dzisiejszym kształcie wskazuje na to, że godność i życie ludzkie mogą zostać poświęcone na rzecz polityki społecznej, zmierzającej do eliminacji ze społeczeństwa ludzi chorych. Jakkolwiek prawodawca, a za nim KB, uzasadniałby art. 4a ust. 1 pkt 2 obecnie obowiązującej UoPR, stawiają się oni w roli arbitra decydującego o wartości życia ludzkiego. Takie podejście było charakterystyczne dla systemów totalitarnych XX wieku, których skutkiem były dziesiątki milionów ofiar w Europie. W konsekwencji obecny stan prawny sprawia, że jedne dzieci z takimi samymi chorobami są ratowane, a inne dzięki tym samym osiągnięciom medycyny są diagnozowane jako nadające się do aborcji. W sferze normatywnej stan, w którym dopuszczalne jest zabicie dziecka poczętego dlatego, że „badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazują na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu”, jest więc zaprzeczeniem fundamentalnych konstytucyjnych zasad, na których opiera się system prawa Rzeczypospolitej Polskiej. Obowiązujący art. 4a ust. 1 pkt 2 obecnej ustawy nie da się pogodzić w szczególności z poszanowaniem wolności i praw każdego człowieka

bez względu na różnice, do którego zobowiązują art. 30, 32 i 38 Konstytucji. Przepis ten sprawia też, że zasada szczególnej ochrony chorych dzieci wyrażona w art. 68, 69 i 72 Konstytucji jest w praktyce pozbawiona mocy. Również z utrwalonej w orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego wykładni Konstytucji wynika, że wszelkie wątpliwości co do zakresu ochrony życia ludzkiego należy rozstrzygać na rzecz życia. Dotyczy to również ewentualnych wątpliwości co do tego, czy dzieciom poczętym chorym przysługuje taka sama ochrona prawna jak zdrowym³.

III. PRAKTYKA LEKARSKA UZASADNIENIEM SPRZECIWU SUMIENIA

Komitet Bioetyki traktuje autonomię pacjenta jako „fundament współczesnej etyki medycznej”⁴. W sytuacji gdy obowiązki spoczywające na lekarzu powinien sam lekarz rozważyć w sumieniu i w zgodzie z nim podejmować stosowne działania, nadaje się normatywny charakter sumieniu pacjenta, któremu lekarz ma się podporządkować. Autonomia sumienia lekarskiego jest w takiej sytuacji niemożliwa. Bez niej nie sposób mówić o samorządności zawodowej lekarzy i etyce lekarskiej w ogóle. Opierając się na treści UoPR, Komitet czyni z zasady autonomii pacjenta faktycznie zasadę autonomizmu. Wyraża się to w uznaniu opinii ciężarnej za wskazanie do aborcji⁵. Natomiast praktyka ośrodków perinatalnej opieki paliatywnej pokazuje, że nawet w przypadku wad letalnych, wykrytych u dzieci w okresie płodowym, aborcja bynajmniej nie zmniejsza cierpienia dziecka ani jego rodziców. Dobitnie potwierdzają to świadectwa rodzin oraz lekarzy towarzyszących dzieciom z wadami letalnymi i zapewniających im opiekę do ostatnich chwil życia. Obowiązujący przepis art. 4a ust. 1 pkt 2 obecnej ustawy jest nieprecyzyjny, choć konsekwencje jego stosowania są krytyczne. Nie wiadomo np., w jaki sposób przesłanki medyczne mają wskazywać na ryzyko choroby – pośrednio czy bezpośrednio. Nie wiadomo, czy nie dopuszcza on interpretacji, według której wystarczałoby ustalenie obciążeń genetycznych rodziców i ich przodków, aby twierdzić, że z dużym prawdopodobieństwem będą oni mieli chore dziecko. Prawo nie wprowadza żadnej miary dla „dużego prawdopodobieństwa” ani miary, którą należy zastosować, żeby ocenić, czy upośledzenie jest „ciężkie”. Za szczególnie niegodziwy trzeba

³ Por.: Orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego z dnia 15 stycznia 1991 r. w sprawie U 8/90; Postanowienie Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 października 1992 r. w sprawie U 1/92; Uchwała Trybunału Konstytucyjnego z dnia 17 marca 1993 r. w sprawie W16/92; Wyrok pełnego składu Trybunału Konstytucyjnego z dnia 27 maja 1997 r. w sprawie K 26/96; Orzeczenie pełnego składu Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 r. w sprawie K 14/03.

⁴ Załącznik do stanowiska KB nr 4/2013, pkt 7.

⁵ Tamże.

uznać ten aspekt procedury aborcyjnej, który polega na przeznaczaniu dziecka do aborcji na podstawie jedynie prawdopodobieństwa, a orzeczenie o stopniu tego prawdopodobieństwa pozostawia się lekarzowi. Komitet Bioetyki dodaje kuriozalną rekomendację na temat współdziałania ciężarnej w tym orzecznictwie: „To do niej powinna należeć decyzja czy nieuleczalna choroba, na którą z dużym prawdopodobieństwem będzie cierpieć dziecko, stanowi na tyle poważne zagrożenie dla jego życia, że uzasadnione jest w jej opinii przerwanie ciąży”⁶. Co więcej, wobec dynamicznego rozwoju medycyny nie sposób wyrokować, że dana choroba jest nieuleczalna i na tej podstawie już nie tylko odstępować od leczenia, ale wręcz powodować śmierć dziecka. Na przykład w miarę jak dziecko się rozwija w łonie matki, jego stan zdrowia niejednokrotnie ulega poprawie i choroba z zagrażającej życiu zmienia się w łżejszą, która nie może już zostać uznana za nieuleczalną. Wreszcie, znając możliwości współczesnej medycyny, nie da się jednoznacznie przesądzić, że określone dziecko jest niezdolne do przeżycia poza organizmem matki. Tym samym właściwy etycznie kierunek zmian zarówno w prawodawstwie, jak i w postępowaniu lekarskim polega na uznaniu u dzieci poczętych chorych tej samej niezbywalnej godności i prawa do życia, co u dzieci poczętych zdrowych.

IV. ROLA EUROPEJSKIEGO TRYBUNAŁU PRAW CZŁOWIEKA (ETPCZ) W STANOWISKU KB

Komitet Bioetyki przywołuje niekorzystne dla Polski wyroki ETPCz związane z klauzulą sumienia lekarza. W argumentacji KB orzeczenia te stają się elementem uzasadniającym postulat, aby wystawianie skierowań i orzeczeń prowadzących do „legalnej aborcji” było dla lekarza obowiązkowe. Takie stanowisko nie jest akceptowalne – to delegalizacja aborcji eugenicznej w miejsce ograniczania sumienia lekarzy usunie częściowo ryzyko odpowiedzialności Polski przed ETPCz oraz wprowadzi spójności do polskiego systemu prawa, którego podstawą jest Konstytucja⁷. Trybunał wielokrotnie stwierdzał bowiem, że konwencja z dnia 4 listopada 1950 roku o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności wymaga od państw ustanowienia jasnych regulacji dotyczących aborcji, natomiast same warunki dopuszczalności aborcji są pozostawione stronom konwencji do uregulowania

⁶ Tamże.

⁷ Por. M. Safjan, *Prawo wobec ingerencji w naturę ludzkiej prokreacji*, Warszawa 1990; T. Smyczyński, *Pojęcie i status dziecka poczętego*, „Studia Prawnicze” 1989, nr 4, s. 25; tenże, *Konwencja o prawach dziecka*, Warszawa 1994; A. Zoll, *Opinia prawna w sprawie oceny konstrukcji i skutków prawnych projektu zmiany art. 30 i 38 Konstytucji RP*, w: *Biuro Analiz Sejmowych, Konstytucyjna formuła ochrony życia*, Warszawa 2007.

w ramach marginesu ich swobodnej oceny. Powodem już trzykrotnego postawienia Polski przed ETPCz w związku z dostępem do aborcji⁸ był brak jasnych regulacji, powodujący niepewność co do rzeczywistej dopuszczalności przerwania ciąży. Obecna niespójność i wynikająca z niej niejasność polskiego prawa dotyczącego aborcji sprzyjają kolejnym skargom. Jeśli bowiem prawo z jednej strony wymaga od lekarza tego, co jest istotą jego zawodu, a więc ratowania życia, oraz gwarantuje ochronę życia dzieci poczętych, a z drugiej strony pozwala zabijać te dzieci, które cierpią na ciężkie choroby, to musi to powodować u lekarzy dezorientację oraz sprzeciw sumienia i rozumu. Po serii niekorzystnych dla Polski wyroków kolejne skargi do ETPCz mogą zawierać zarzut, że w Polsce występuje trwała praktyka łamania prawa w związku z systemowymi mankamentami prawa dotyczącego aborcji. Tym samym, zgodnie z wykształconą przez Trybunał zasadą, skargi takie będzie można wносить bez wyczerpania drogi odwoławczej w kraju, a sam Trybunał będzie rozpoznawał je bez przeprowadzania postępowania dowodowego.

Warto przypomnieć treść rezolucji Zgromadzenia Parlamentarnego Rady Europy z dnia 7 października 2010 roku nr 1763 w sprawie klauzuli sumienia w systemie opieki zdrowotnej, która odnosi się do działań podejmowanych przez personel medyczny w zakresie wykonania, asystowania czy proponowania aborcji, wywołania poronienia, dokonania eutanazji bądź jakiegokolwiek zabiegu, który mógłby spowodować śmierć embrionu lub płodu ludzkiego. Akt ten jednoznacznie potwierdza prawo personelu medycznego do powoływania się na klauzulę sumienia w przypadku zabiegów związanych z aborcją, eutanazją bądź śmiercią embrionu lub płodu ludzkiego. Dodatkowo uznaje on także, że żaden szpital, placówka czy osoba nie mogą być przedmiotem żadnej presji czy dyskryminacji ani ponosić żadnej odpowiedzialności, jeśli odmówią wykonania, asystowania czy proponowania aborcji, wywołania poronienia, dokonania eutanazji bądź jakiegokolwiek zabiegu, który mógłby spowodować śmierć embrionu lub płodu ludzkiego, bez względu na przyczynę takiego działania.

Należy stwierdzić, że autonomia zawodowa lekarzy i związana z nią nierozwalnie swoboda sumienia w żaden sposób nie zagrażają prawom człowieka, a w szczególności pacjenta. Raczej zmierzają do zwiększenia odpowiedzialności lekarzy – zarówno prawnej, jak i moralnej – za fachowe i zgodne z dobrem pacjenta leczenie. Tym samym nawet prawne sytuacje, w których lekarz nie godzi się na oczekiwania pacjenta, są bardziej obiektywne i przejrzyste wówczas, gdy lekarz ponosi pełną odpowiedzialność za swoje decyzje. Kiedy natomiast za lekarza decydują procedury prawne bądź quasi-prawne, etykę lekarską zastępuje konformizm. Prowadzi to do ulegania żądaniom pacjenta (gdy lekarz stwierdzi ryzyko roszczeń z tytułu niewykonania zabiegu) lub do unikania kontaktów z pacjentami, którzy mogą takie żądania zgłaszać. Rozwiązania proponowane przez KB, zamiast wspierać

⁸ Wyroki w sprawach Tysiąc przeciwko Polsce z dnia 20 marca 2007; R. R. przeciwko Polsce z dnia 27 maja 2011; P. i S. przeciwko Polsce z dnia 30 października 2012.

prawa pacjenta i chronić Polskę przed konsekwencjami finansowymi i politycznymi w systemie Rady Europy, doprowadziłyby wręcz do odwrotnych skutków.

BIBLIOGRAFIA

- Biesaga T., *Właściwe i niewłaściwe cele medycyny*, „Medycyna Praktyczna” 2004, nr 4, s. 20–25.
Komitet Bioetyki przy Prezydium PAN, Załącznik do stanowiska KB nr 4/2013, pkt 7.
Safjan M., *Prawo wobec ingerencji w naturę ludzkiej prokreacji*, Warszawa 1990.
Smyczyński T., *Konwencja o prawach dziecka*, Warszawa 1994.
Smyczyński T., *Pojęcie i status dziecka poczętego*, „Studia Prawnicze” 1989, nr 4, s. 25.
Zoll A., *Opinia prawna w sprawie oceny konstrukcji i skutków prawnych projektu zmiany art. 30 i 38 Konstytucji RP*, w: Biuro Analiz Sejmowych, *Konstytucyjna formuła ochrony życia*, Warszawa 2007.

AKTY PRAWNE

- Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej, Stanowisko nr 74/13/P-VI z dnia 6 grudnia 2013 r. w sprawie korzystania z klauzuli sumienia w praktyce lekarskiej.
Trybunał Konstytucyjny, Orzeczenie z dnia 15 stycznia 1991 r. w sprawie U 8/90.
Trybunał Konstytucyjny, Postanowienie z dnia 7 października 1992 r. w sprawie U 1/92.
Trybunał Konstytucyjny, Uchwała z dnia 17 marca 1993 r. w sprawie W16/92.
Trybunał Konstytucyjny, Wyrok pełnego składu z dnia 27 maja 1997 r. w sprawie K 26/96.
Trybunał Konstytucyjny, Orzeczenie pełnego składu z dnia 7 stycznia 2004 r. w sprawie K 14/03.
Trybunał Konstytucyjny, Wyroki w sprawach Tysiąc przeciwko Polsce z dnia 20 marca 2007.
Trybunał Konstytucyjny, R. R. przeciwko Polsce z dnia 27 maja 2011; P. i S. przeciwko Polsce z dnia 30 października 2012.

Streszczenie

Artykuł stanowi krytyczną analizę stanowiska Komitetu Bioetyki przy Prezydium PAN (dalej KB) z dnia 12 listopada 2013 roku w sprawie klauzuli sumienia. Dowodzimy w nim, że podstawę wnioskowania KB stanowi filozofia redukcjonistyczna, której założenia są obce hipokratesowej etyce lekarskiej. Przypominamy jednocześnie obowiązki lekarza wynikające z natury jego relacji z pacjentem, oddzielając od nich niegodziwe, narzucane z zewnątrz cele medycyny. Wykazujemy dalej oderwanie argumentacji KB od podstaw etycznych prawa i współczesnej wiedzy medycznej. Udowadniamy, że rozwiązaniem konfliktów wokół klauzuli sumienia w medycynie reprodukcyjnej nie jest jej ograniczanie, lecz uznanie godności i prawa do życia człowieka chorego również przed

urodzeniem. Wnioskiem pracy jest negatywna ocena stanowiska KB jako dokumentu poświęconego nie etyce lekarskiej, lecz przekształcaniu służby zdrowia w dowolny kontrakt z publicznym płatnikiem.

Słowa kluczowe: etyka lekarska, bioetyka, medycyna reprodukcyjna

A CRITIQUE OF THE PAN PRESIDUM BIOETHICS COMMITTEE POSITION ON CONSCIENCE CLAUSE IN MEDICAL CARE SYSTEM

Summary

This paper presents a critique of PAN Presidium Bioethics Committee (BC) position on conscience clause from 12 november 2013. We argue here that BC conceptions are based on a reductionist philosophy, which foundations are foreign to hipocratic medical ethics. Simultaneously we remind physicians obligations stemming from the nature of patient-doctor relation, separating them from ignoble, extraneous ones. Furthermore, we outline a split between BC argumentation and laws ethical principles all together with contemporary medical knowledge We show that the resolution of conflicts surrounding the conscience clause in reproductive medicine lies not in restraint, but in recognition of dignity and right to life of the sick, also prior to birth. Concluding point given is a negative assessment of the BC position, viewed as devoted not to medical ethics, but merely to executing contracts in public health services so that they can serve any goal.

Keywords: medical ethics, bioethics, reproductive medicine