

Grzegorz WRONA

Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej

Mikołaj MAŚLIŃSKI

Mgr, doktorant w Katedrze Publicznego Prawa Gospodarczego,  
Wydział Prawa i Administracji, UAM Poznań

## **„Zasady postępowania w praktyce lekarskiej”. Komentarz do rozdziału IV Kodeksu etyki lekarskiej**

Rozdział czwarty Kodeksu etyki lekarskiej<sup>1</sup> stanowi zbiór norm deontologicznych, którymi powinien kierować się każdy lekarz w swojej praktyce lekarskiej. Wydaje się jednak, że tytuł komentowanego rozdziału nie jest do końca adekwatny do jego faktycznej treści. Już pobieżna analiza przepisów zawartych w art. 56–68 KEL prowadzi do wniosku, iż oprócz „zasad postępowania w praktyce lekarskiej” zawierają one także normy, które wykraczają poza „praktykę lekarską”, utożsamianą zwykle z postępowaniem diagnostycznym, leczniczym lub zapobiegawczym (zob. art. 8 KEL). Świadczy o tym przede wszystkim art. 61 KEL, który nakłada na „lekarzy urzędu państwowego, samorządowego lub jakiegokolwiek instytucji publicznej lub prywatnej” obowiązek rzetelnego wypełniania zobowiązania zaciągniętego wobec tych instytucji. Próba określenia związku pomiędzy wskazaną zasadą, a treścią największego nakazu etycznego dla lekarza – czyli dobra pacjenta<sup>2</sup>, może wydawać się na pierwszy rzut oka karkołomna. Nie ulega jednak wątpliwości, że tego rodzaju normy znajdują uzasadnienie z uwagi na szczególny charakter zawodu lekarza, który jako zawód zaufania publicznego, wiąże się z pełnieniem istotnej misji społecznej<sup>3</sup>. W konsekwencji nałożenie wyższych standardów na postępowanie lekarza także w innych sferach niż *sensu stricte* medyczne, nie dziwi, a wręcz jest pożądane. Wynika to z faktu, iż dodatkowe wymagania „pozazawodowe” stanowią niejako gwarancję utrzymania godności zawodu<sup>4</sup>.

Warto zatem podkreślić, że zasady wyrażone w przepisach rozdziału IV KEL dotyczą znacznie szerszego spektrum sytuacji, niż tylko te bezpośrednio związane ze sferą aktywności lekarza, która dotyczy jego relacji z pacjentem. Mowa tutaj chociażby

<sup>1</sup> Mowa tutaj o Kodeksie etyki lekarskiej, uchwalonym przez Krajowy Zjazd Lekarzy dnia 14 grudnia 1991 r., a następnie zmienionym na III Krajowym Zjeździe Lekarzy w grudniu 1993 r. oraz na Nadzwyczajnym VII Krajowym Zjeździe Lekarzy w dniu 20 września 2003 r. (dalej także: „KEL”).

<sup>2</sup> Zgodnie z art. 2 ust. 2 KEL 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.

<sup>3</sup> W literaturze powszechny jest pogląd, zgodnie z którym odpowiedzialności zawodowej podlega także skandaliczne zachowanie lekarza w życiu rodzinnym, czy tzw. ekscesy alkoholowe. M. Filar, S. Krześ, E. Marszałkowska-Krześ, P. Zaborowski, *Odpowiedzialność lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej*, Warszawa 2004, s. 270–271.

<sup>4</sup> Szerzej na temat zawodu lekarza jako zawodu zaufania publicznego zob. D. Karkowska, *Zawody medyczne*, Warszawa 2012, s. 263 i n.

o zasadach postępowania lekarza w kontaktach z personelem medycznym i pomocniczym (art. 58 KEL), a także z innymi lekarzami (art. 56, 65, 67 KEL). Wreszcie, w rozdziale czwartym zawarto także ogólne wytyczne dotyczące sposobu postępowania lekarza wobec samorządu lekarskiego (art. 59 KEL).

Należy przy tym zauważyć, że treść norm zawartych w rozdziale IV KEL różni się od tych, które zostały pierwotnie przyjęte na mocy uchwały Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 grudnia 1991 r. Porównując jednak treść poszczególnych wersji Kodeksu etyki lekarskiej można odnieść wrażenie, iż na przestrzeni lat „rdzeń” tych zasad pozostał nienaruszony. Co prawda można dostrzec pewne zmiany w treści tych przepisów, aczkolwiek miały one z reguły charakter czysto redakcyjny. Pozostałe modyfikacje KEL służyły natomiast w lwiej części doprecyzowaniu istniejących już zasad (np. rozwinięcie art. 57 KEL, tj. dawnego art. 59).

Nie oznacza to jednak, że wykładnia przepisów Kodeksu etyki lekarskiej jest statyczna – wręcz przeciwnie. O ile bowiem zasady zawarte w rozdziale IV KEL zostały ustalone na podstawie krytycznej obserwacji minionych doświadczeń oraz lekarskich zachowań, o tyle kształtują one oczekiwane przez pacjentów oraz środowisko medyczne postępowania, a tym samym pośrednio wpływają na dzisiejsze zachowania lekarzy. Jest to szczególnie istotne w kontekście niespotykanego dotąd rozwoju techniki, który powoduje, że pewne zjawiska i pojęcia wymagają redefinicji, a przynajmniej ponownej refleksji. Tytułem przykładu można wskazać chociażby problem związany z obowiązkiem uzupełniania i doskonalenia wiedzy przez lekarzy (art. 56 KEL). Na tym tle powstaje bowiem pytanie na ile, w dobie błyskawicznego rozwoju nauki i przepływu informacji, lekarz jest w stanie realizować ten nakaz. Doświadczenia z postępowań w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy niejednokrotnie pokazują, że pacjenci i ich rodziny, osobiście zainteresowani własnym przypadkiem, są w stanie – w ich mniemaniu – stać się ekspertami z zakresu wybranych chorób. Może to prowadzić do dość niekomfortowej sytuacji, w której pacjent (jego rodzina) kwestionuje zalecenia lekarza, który nie zawsze ma czas i sposobność szczegółowej analizy wszystkich innowacyjnych metod leczenia.

Zjawiska związane z rozwojem różnego rodzaju form komunikacji mogą również prowadzić do wielu niejasności na gruncie wykładni takich pojęć, jak „reklamowanie się” (art. 63 KEL). W praktyce może się bowiem okazać niezwykle trudne wskazanie granicy pomiędzy formami komunikacji służącymi edukacji pacjentów a tymi, których celem jest promowanie konkretnego lekarza, czy budowanie jego wizerunku jako wybitnego specjalisty.

Zasygnalizowane powyżej problemy pokazują jak ważna jest dziś próba ponownego przyjrzenia się zasadom postępowania w praktyce lekarskiej, które na pozór mogą wydawać się oczywiste i niebudzące większych wątpliwości interpretacyjnych.

#### **Art. 56.**

**1. Powinnością każdego lekarza jest stale uzupełnianie i doskonalenie swej wiedzy i umiejętności zawodowych, a także przekazywanie ich swoim współpracownikom.**

**2. Lekarze, w miarę możliwości, winni brać czynny udział w pracach towarzystw lekarskich.**

Z przepisu art. 56 ust. 1 KEL można wyinterpretować dwie ściśle powiązane ze sobą normy postępowania, których adresatami są wszyscy lekarze. Pierwsza z nich nakłada na przedstawicieli tego zawodu obowiązek stałego uzupełniania i doskonalenia swojej wiedzy oraz umiejętności zawodowych. Zgodnie natomiast z drugą normą postępowania wynikającą z art. 56 ust. 1 KEL, każdy lekarz jest obowiązany przekazywać wiedzę i umiejętności swoim współpracownikom. Komentowany przepis zawiera zatem niejako postulat, aby z jednej strony lekarze prezentowali postawę „pilnego ucznia”, gotowego do poszerzania swej wiedzy, a z drugiej gotowi byli stać się „nauczycielami”, czy wręcz mistrzami, dla swoich mniej doświadczonych kolegów.

Warto przy tym zauważyć, że wymóg doskonalenia zawodowego był formułowany także w zbiorach norm etycznych poprzedzających dzisiejszy KEL. Można w tym miejscu wskazać chociażby „Zbiór zasad etyczno-deontologicznych polskiego lekarza” uchwalony na Nadzwyczajnym Krajowym Zjeździe Delegatów Polskiego Towarzystwa Lekarskiego w Szczecinie dnia 22 czerwca 1984 r.<sup>5</sup> Zgodnie z zasadą 6 wyżej wymienionego zbioru, „obowiązkiem lekarza jest stałe podnoszenie kwalifikacji zawodowych. Powinien on także rozszerzać i pogłębiać swe wiadomości z zakresu nauk przyrodniczych, humanistycznych i społecznych”. Istotne podobieństwa pomiędzy dzisiejszą treścią przepisu art. 56 KEL zawiera także zasada 26 zbioru zasad etyczno-deontologicznych z 1984 r., zgodnie z którą: „stały rozwój i postęp nauk medycznych nakłada na lekarza obowiązek ciągłego uzupełniania wiadomości i umiejętności zawodowych. Aby sprostać temu zadaniu, lekarz jest moralnie zobowiązany do pracy samokształceniowej, ale także do udziału w pracach właściwych towarzystw oraz instytucji naukowych i zawodowych”<sup>6</sup>.

Doniosłość postulatu doskonalenia zawodowego została także zauważona w Karcie Lekarza z 2002 r. przygotowanej przez „Medical Professionalism Project”<sup>7</sup>. Jednym z kluczowych zobowiązań wskazanych w Karcie Lekarza, *nota bene* przyjętej również przez Naczelną Radę Lekarską, jest „zobowiązanie do doskonalenia jakości opieki”. Zgodnie z nim lekarze muszą stale dążyć do poprawy jakości opieki zdrowotnej. Co istotne Karta Lekarza wskazuje, iż „zobowiązanie to obejmuje nie tylko podnoszenie poziomu własnych umiejętności, ale także współpracę z innymi pracownikami służby zdrowia, w celu zmniejszenia liczby błędów lekarskich, zwiększenia bezpieczeństwa pacjentów, ograniczenia nadmiernego zużycia zasobów ochrony zdrowia oraz optymalizacji efektów opieki”<sup>8</sup>. Wprawdzie Kodeks etyki lekarskiej milczy na temat celów

<sup>5</sup> Dostępny: [www.medycyna.org.pl/moodle/file.php/1/zasoby\\_serwisu/prawo/Zbior\\_zasad.pdf](http://www.medycyna.org.pl/moodle/file.php/1/zasoby_serwisu/prawo/Zbior_zasad.pdf).

<sup>6</sup> W. Preiss, *Komentarz do art. 18 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry*, w: *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, Warszawa 2014, pkt 2, dostępna w Systemie Informacji Prawnej LEX.

<sup>7</sup> W ramach Medical Professionalism Project doszło do spotkania delegatów reprezentujących trzy organizacje medyczne: American College of Physicians-American Society of Internal Medicine (ACP-ASIM) Foundation, American Board of Internal Medicine (ABIM) Foundation oraz European Federation of Internal Medicine.

<sup>8</sup> „Karta Lekarza”, tekst w tłumaczeniu P. Gajewskiego, A. Judy, J. Mrukowicza, W. Strojnego, dostępna on-line na portalu „Medycyna Praktyczna”, <http://www.mp.pl/etyka/dokumenty/86822,karta-lekarza>; tytuł oryginału „Medical Professionalism in the New Millennium: A Physicians Charter”, opublikowany w „Annals of Internal Medicine” z 5 lutego 2002, nr 136, s. 243–246.

przyświecających normom zawartym w jego art. 56 ust. 1, to jednak można z całą pewnością stwierdzić, iż są one tożsame z tymi zawartymi w Karcie Lekarza.

Jak przy tym słusznie zauważyła D. Michalska Sieniawska, obowiązek „stałego uzupełniania i doskonalenia wiedzy przez lekarzy ma nie tylko charakter normy deontologicznej, ale także prawnej<sup>9</sup>. I tak, zgodnie z art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry<sup>10</sup> lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej. Analogiczny przepis ustawodawca przewidział również w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta<sup>11</sup>. W świetle art. 6 ust. 1 tej ustawy, pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej. Nie ulega zatem wątpliwości, że lekarz ma prawny obowiązek wykonywać swój zawód *lege artis*, czyli zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej<sup>12</sup>.

W praktyce jednak rozgraniczenie wiedzy „przestarzałej” od „aktualnej” czy też – posługując się terminologią zaczerpniętą z KEL – „współczesnej”<sup>13</sup> może być dość problematyczne. Medycyna jest bowiem nauką, która podlega niezwykle dynamicznemu procesowi rozwoju<sup>14</sup>. Jak wskazuje E. Zielińska, „metody postępowania jeszcze niedawno uważane za skuteczne, w miarę nowych odkryć naukowych okazują się mniej efektywne lub całkiem nieużyteczne, tzn. według współczesnej oceny obciążone trudnym do zaakceptowania ryzykiem powikłań. Dlatego lekarz, aby nadal pozostać profesjonalistą, musi stale śledzić postępy wiedzy i techniki medycznej i nieprzerwanie dbać o to, żeby nie utracić umiejętności zawodowych”<sup>15</sup>. W obecnym czasie realizacja tego zadania wygląda zupełnie inaczej niż jeszcze kilkadziesiąt czy kilkanaście lat temu. Główną przyczyną tego zjawiska jest wszechobecna technicyzacja oraz rosnąca skala elektronicznej obróbki danych. Przekłada się to na istotną formalizację procesu doskonalenia zawodowego. Świadczy o tym chociażby system punktów edukacyjnych potwierdzających dopełnienie obowiązku doskonalenia zawodowego w danym okresie rozliczeniowym. Szczegółowe przepisy dotyczące tej kwestii zawiera m.in. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2004 r. w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystrów<sup>16</sup>. Swoiste uzupełnienie tego rozporządzenia stanowi uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 98/04/IV z dnia 17 grudnia 2004 r. w sprawie doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystrów<sup>17</sup>.

<sup>9</sup> D. Michalska Sieniawska, *Etyczne zasady postępowania w praktyce lekarskiej*, „Medyczna Wokanda” 2015, nr 7, s. 126–127.

<sup>10</sup> T.j. Dz. U. 2015, poz. 464 ze zm. (dalej także: u.z.l.).

<sup>11</sup> T.j. Dz. U. 2016, poz. 186 ze zm. (dalej także: u.o.p.p.).

<sup>12</sup> E. Zielińska, *Komentarz do art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry*, w: *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, Warszawa 2014, pkt 3, dostępna w Systemie Informacji Prawnej LEX.

<sup>13</sup> Zgodnie z art. 4 KEL, dla wypełnienia swoich zadań lekarz powinien zachować swobodę działań zawodowych, zgodnie ze swoim sumieniem i współczesną wiedzą medyczną.

<sup>14</sup> W literaturze przedmiotu wskazuje się, że w naukach medycznych tzw. czas półtrwania wiedzy (czas, w którym połowa tej wiedzy staje się przestarzała) wynosi w różnych dyscyplinach od 3 do 8 lat. M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Prawa pacjenta*, Warszawa 2001, s. 173.

<sup>15</sup> E. Zielińska, op. cit., pkt 5.

<sup>16</sup> Dz. U. 2004, Nr 231, poz. 2326 ze zm.

<sup>17</sup> Biul. NRL 2005, nr 1 (89), [http://spolecznosc.gazetalekarska.pl/\\_data/-assets/pdf\\_file/0012/3324/1\\_2005.pdf](http://spolecznosc.gazetalekarska.pl/_data/-assets/pdf_file/0012/3324/1_2005.pdf).

Charakterystyczną cechą dzisiejszego trybu doskonalenia zawodowego jest zastąpienie mozolnej analizy trudnodostępnych niegdyś podręczników, nowymi formami doskonalenia zawodowego. Ich różnorodność przy tym niesłuchanie obfita: począwszy od realizowania programu specjalizacji czy też udział w kursie medycznym, poprzez udział w różnego rodzaju kongresach, zjazdach, konferencjach lub sympozjach naukowych, kończąc na przynależności do kolegów specjalistów lub towarzystw naukowych. Jest to zaledwie wycinek wszystkich dopuszczalnych form doskonalenia zawodowego<sup>18</sup>. Niemniej należy podkreślić, że wprowadzenie obowiązkowego systemu doskonalenia zawodowego nie wyłącza konieczności posiadania przez lekarza wewnętrznej, stałej potrzeby poszukiwania tego co nowe, skuteczniejsze, bezpieczniejsze czy tańsze.

W kontekście analizowanego przepisu art. 56 ust. 1 KEL wypada także zasygnalizować, iż z obowiązkiem doskonalenia zawodowego związane jest bezpośrednio uprawnienie lekarzy do realizacji tego obowiązku. Problem ten sygnalizowany jest już od dawna<sup>19</sup>, aczkolwiek wciąż jego realizacja może pozostawiać wiele do życzenia<sup>20</sup>. Znaczącą przeszkodą w tym zakresie jest brak wystarczających środków na finansowanie kształcenia lekarzy. Środków tzw. systemowych, ale też wydatkowanych bezpośrednio przez lekarzy. Nawet pomoc ze strony samorządu lekarskiego, będącego organizatorem różnych form szkolenia przy wykorzystaniu finansów gromadzonych ze składek lekarskich jest dotkliwie „oceniana” przez prawo podatkowe i fiskusa. Nie zostały również w pełni zrealizowane postulaty dotyczące tzw. płatnych urlopów szkoleniowych, które zgłaszano kilkanaście lat temu.

Nie ulega jednak wątpliwości, że znajomość i zdobywanie wiedzy podręcznikowej, konferencyjnej, czy kursowej, a także umiejętność wyszukiwania informacji wymaga wzbogacenia o własną praktykę oraz własne doświadczenie. Zdobywanie praktyki pod bacznym okiem doświadczonego kolegi, przeprowadzanie zabiegu w jego asyście, powtarzalność zabiegów lub czynności, czyni z lekarza specjalistę. I od tej chwili pojawia się powinność przekazywania zdobytej wiedzy młodszemu. Za naganne w rozumieniu Kodeksu etyki lekarskiej należy zatem uznawać okazywaną ostatnio przez niektórych z lekarzy niechęć do obejmowania funkcji opiekuna stażu czy kierownika specjalizacji.

Odnosząc się natomiast do treści art. 56 ust. 2 KEL, nie sposób zanegować słuszności zachęcania lekarzy do wstępowania w szeregi towarzystw naukowych. Rola towarzystw jest dziś nie do przecenienia, dlatego aktywna działalność w tych strukturach winna być traktowana jako powód do dumy. W dobie istnego „szumu informacyjnego” zadaniem towarzystw naukowych winno pozostać formułowanie standardów postępowania oraz rekomendacji, które kształtują *de facto* granice aktualnej wiedzy medycznej<sup>21</sup>. Mimo głosów przeciwnych samej standaryzacji, poza sporem pozostaje

<sup>18</sup> Formy doskonalenia zawodowego, a także liczbę punktów edukacyjnych określa wspomniane wcześniej rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2004 r.

<sup>19</sup> T. M. Zielonka, *Na marginesie Kodeksu Etyki Lekarskiej*, „Gazeta Lekarska” 2003, nr 5, <http://www.oil.org.pl/xml/nil/gazeta/numery/n2003/n200305/n20030514>.

<sup>20</sup> Na podstawie uchwały nr 5 Nadzwyczajnego XI Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 25 lutego 2012 r. Naczelna Rada Lekarska została zobowiązana do podjęcia działań zmierzających do nałożenia na Narodowy Fundusz Zdrowia obowiązku szkolenia lekarzy.

<sup>21</sup> W ocenie oponentów standaryzacji rodzą one niebezpieczeństwo automatyzmu i schematyzmu w działaniach lekarza, a równocześnie nie dają szans ani na zminimalizowanie błędów lekar-



fakt, że tego rodzaju instytucje są najlepiej przygotowane do dyskusji nad aktualnymi problemami medycznymi, a w konsekwencji posiadają właściwe kompetencje do kształtowania „współczesnej wiedzy medycznej”.

**Art. 57. 1. Lekarzowi nie wolno posługiwać się metodami uznanymi przez naukę za szkodliwe, bezwartościowe lub nie zweryfikowanymi naukowo. Nie wolno mu także współdziałać z osobami zajmującymi się leczeniem, a nie posiadającymi do tego uprawnień.**

**2. Wybierając formę diagnostyki lub terapii lekarz ma obowiązek kierować się przede wszystkim kryterium skuteczności i bezpieczeństwa chorego oraz nie narażać go na nieuzasadnione koszty.**

**3. Wyboru i rekomendacji ośrodka leczniczego oraz metody diagnostyki i terapii lekarz nie powinien dokonywać ze względu na własne korzyści.**

Art. 57 KEL koresponduje z poprzednimi zapisami Kodeksu etyki lekarskiej, które podkreślają kluczowe znaczenie wiedzy medycznej w zawodzie lekarza. O ile przy tym art. 56 ust. 1 KEL kładzie nacisk na pozytywne aspekty związane z pogłębianiem wiedzy i rozwijaniem sztuki medycznej (obowiązek uzupełniania i doskonalenie wiedzy oraz umiejętności zawodowych przez lekarza), o tyle norma deontologiczna wyrażona w art. 57 ust. 1 KEL odnosi się do tej kwestii od strony negatywnej (zakaz stosowania metod uznanych przez naukę za szkodliwe, bezwartościowe lub nie zweryfikowane naukowo).

*Ratio legis* zakazu stosowania „metod uznanych przez naukę za szkodliwe” jest oczywiste. Jego istotę oddaje łacińska *paremia primum non nocere*<sup>22</sup>. W świetle tej zasady, lekarz winien unikać wszystkiego, co mogłoby zaszkodzić pacjentowi. Ze względu jednak na zaawansowany charakter wielu praktyk medycznych i rozległy zakres ingerencji w strukturę psychosomatyczną człowieka, powyższa zasada o charakterze ogólnym domaga się często uszczegółowienia. Stąd też w toku refleksji nad kwestią „szkodliwości” stosowanych metod warto przywołać za J. Wróblem takie postulaty, jak obowiązek maksymalnego poszanowania biologiczno-anatomicznej integralności pacjenta (przez co zostaje wykluczone zbędne okaleczanie na poziomie anatomicznym i fizjologicznym) i minimalizowanie ryzyka (ryzyko związane z podjętym działaniem nie powinno być – co do zasady – większe niż przewidywane negatywne skutki zaniechania tego działania)<sup>23</sup>.

W doktrynie podnosi się natomiast, iż „lekarz nie będzie ponosił odpowiedzialności, jeżeli stosował metody uznane za prawidłowe lub leki dopuszczone do obrotu, które następnie – w związku z rozwojem nauki – w rezultacie przeprowadzonych badań okazały się szkodliwe lub nieskuteczne”<sup>24</sup>. Innymi słowy, lekarza nie powinno

skich, ani na obniżenie nakładów na ochronę zdrowia. Zob. B. Kamiński, *Na marginesie reformy, standardów medycznych i Europejskiej Konwencji Bioetycznej – refleksje klinicysty*, PiM 1999, nr 3, s. 109; za: E. Zielińska, *Komentarz do art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry*, w: *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, Warszawa 2014, pkt 11, dostępna w Systemie Informacji Prawnej LEX.

<sup>22</sup> J. Wróbel, *Etyka lekarska, etyka medyczna i bioetyka próba metodologicznego rozróżnienia*, „Roczniki Teologii Moralnej” 2012, nr 4(59), s. 174.

<sup>23</sup> Ibidem, s. 178–179.

<sup>24</sup> S. Krześ, *Odpowiedzialność cywilna lekarza*, w: M. Filar i in., *Odpowiedzialność lekarzy i nakładów opieki zdrowotnej*, Warszawa 2004.

obciążać tzw. ryzyko postępu. W konsekwencji dla oceny winy lekarza decydujący jest stan powszechnej wiedzy medycznej w czasie prowadzonego przez niego leczenia lub dokonywania zabiegu<sup>25</sup>.

Warto przy tym zauważyć, że na przestrzeni lat norma deontologiczna zawarta w art. 57 KEL podlegała nowelizacji. Pierwotnie bowiem komentowany przepis (dawny art. 59 KEL) ograniczał się jedynie do opisanego powyżej zakazu posługiwania się metodami uznanymi przez naukę „za szkodliwe lub bezwartościowe” oraz wskazywał, iż lekarz nie może „współdziałać z osobami zajmującymi się leczeniem, a nie posiadającymi do tego uprawnień”<sup>26</sup>. Niemniej jednak, w związku z postępującą ekspansją paramedycyny i związanych z nią negatywnych skutków, środowisko lekarskie podjęło starania mające na celu ograniczenie tego zjawiska. Jak przy tym wynika z badań przeprowadzonych na początku XXI wieku przez M. Pawlickiego<sup>27</sup>, w wyniku stosowania różnego rodzaju metod niekonwencjonalnych mogło dojść w Polsce do opóźnienia leczenia specjalistycznego nawet u 26% pacjentów cierpiących na nowotwór. Tym samym szacuje się, iż w Polsce mogło w tamtym czasie dochodzić nawet do ok. 5 tys. zgonów u osób chorujących na raka z uwagi na to, iż nie zabiegali o rutynowe leczenie (np. operację czy chemioterapię), a skorzystali z innych form leczenia, lub po prostu leczenie to przzerwali.

Odpowiedzią na powyższe zjawisko był i jest nadal kategoryczny sprzeciw środowiska lekarskiego wobec wszelkiego rodzaju praktyk uzdrowicielskich. Wyrazem tego były inicjatywy podejmowane przez Naczelną Radę Lekarską<sup>28</sup>, a także przez Krajowy Zjazd Lekarzy, który dnia 20 września 2003 r. dokonał stosownej nowelizacji art. 57 KEL<sup>29</sup>.

Zgodnie z aktualnym brzmieniem art. 57 ust. 1 KEL zakazane jest stosowanie przez lekarza nie tylko metod „bezwartościowych”, ale także „niezweryfikowanych naukowo”. W tym kontekście należy podkreślić, że metody te, co do zasady, nie są uznawane za element wiedzy medycznej. W praktyce jednak dokładne rozgraniczenie metod zweryfikowanych i niezweryfikowanych naukowo przysparza wiele problemów<sup>30</sup>.

W. Piątkowski wyróżnia trzy zasadnicze kryteria jakościowe, które rozróżniają „niemedyczne sposoby leczenia” od metod stosowanych w ramach systemu medycyny

<sup>25</sup> Ibidem.

<sup>26</sup> Co prawda, w pierwszej nowelizacji KEL z 1993 r. złagodzone zakaz poprzez zamianę sformułowań zdania drugiego z: „nie może”, na: „nie powinien”, to jednak w 2003 r. znów przywrócono kategoryczne sformułowanie zakazu.

<sup>27</sup> M. Pawlicki, *Badania kliniczne jako jeden z czynników wpływających na wyniki leczenia*, „Współczesna Onkologia” 2004, vol. 8, nr 5, s. 233–238.

<sup>28</sup> W. Piątkowski, *Lecznictwo niemedyczne. Wybrane aspekty socjologiczne i formalno-prawne*, „Konteksty Społeczne” 2014, t. 2 (4), s. 14–15.

<sup>29</sup> Zob. § 1 pkt 34 uchwały nr 5 Nadzwyczajnego VII Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 20 września 2003 r. zmieniającej uchwałę w sprawie Kodeksu Etyki Lekarskiej, który obowiązuje od 31 grudnia 2003 r.

<sup>30</sup> Na ten problem zwraca uwagę m.in. D. Michalska-Sieniawska: „Problemem w tej kwestii jest też brak dostatecznych regulacji, zwłaszcza czy przez takie wysoko gospodarczo rozwinięte kraje europejskie, jak Szwajcaria czy Niemcy (*nota bene*, kraj, w którym narodziła się homeopatia). Nieustannie rodzi ona kontrowersje w Polsce w środowisku lekarskim, czego wyrazem jest choćby sytuacja związana z kwestionowaniem powstania kierunku studiów podyplomowych o specjalności: *Homeopatia w medycynie niekonwencjonalnej i farmacji*, na Śląskim Uniwersytecie Medycznym”. D. Michalska-Sieniawska, op. cit., s. 128–129.

akademickiej<sup>31</sup>. Pierwszym kryterium jest status naukowy obu systemów leczenia. Z jednej strony, mamy bowiem do czynienia z różnego rodzaju praktykami uzdrowicielskimi, których skuteczność jest zwykle nieweryfikowalna, a z drugiej, medycynę opartą na dowodach. Po drugie, metody medyczne od niemedycznych różnią ich umocowanie w systemie legislacyjnym, na korzyść tych pierwszych. Wreszcie po trzecie, jako czynnik różniący obie kategorie metod W. Piątkowski wskazuje również posiadanie (lub nie) spójnego kodeksu deontologiczno-etycznego wyznaczającego standardy postępowania w procesie leczenia. Jak przy tym podkreśla sam autor, do pewnego stopnia powyższa typologia jest umowna i niekiedy linia podziałów między analizowanymi systemami leczenia jest nieostra<sup>32</sup>. Stąd też wskazane kryteria można stosować jedynie pomocniczo, aczkolwiek stanowią one pewien punkt wyjścia przy próbie ustalenia z jakimi metodami mamy do czynienia w danym przypadku.

Wśród nienaukowych metod postępowania z chorymi można wskazać chociażby urynterapię, irydologię, wróżbiarstwo czy też bioenergoterapię<sup>33</sup>. Wiele kontrowersji budzi także kwestia homeopatii. Apogeum dyskusji w Polsce na ten temat nastąpiło wraz z otwarciem w 2014 r. na Śląskim Uniwersytecie Medycznym kierunku studiów podyplomowych „Homeopatia w medycynie niekonwencjonalnej i farmacji”. Powyższa decyzja spotkała się z niezwykle skrajnymi opiniami, przy czym organy i przedstawiciele Naczelnej Izby Lekarskiej konsekwentnie kwestionowały jej zasadność, podnosząc jednocześnie brak wiarygodnych metod prowadzonych w oparciu o zasady Evidence Based Medicine, potwierdzających skuteczność stosowania homeopatii<sup>34</sup>. Ostatecznie jednak w roku akademickim 2016/2017 nie został rozpoczęty kurs na wymienionym kierunku studiów<sup>35</sup>.

Warto przy tym zasygnalizować, że wyrokiem z dnia 1 kwietnia 2016 r. Sąd Apelacyjny w Warszawie oddalił apelację Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie – Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów w sprawie stanowiska Naczelnej Rady Lekarskiej dotyczącego home-

<sup>31</sup> Warto w tym miejscu zasygnalizować, iż w mowie potocznej występuje wiele terminów, które można utożsamiać z metodami niemedycznymi. Wśród nich można wymienić chociażby takie pojęcia jak „medycyna niekonwencjonalna”, „medycyna naturalna”, „lecznictwo naturalne”, „lecznictwo paramedyczne”, „medycyna biologiczna”, „niekonwencjonalne metody leczenia” czy „medycyna alternatywna”. J. Żórawska, A. Morawski, J. Trnka, A. Steciwko, *Aspekty bioetyczne medycyny niekonwencjonalnej w praktyce lekarza rodzinnego*, „Acta Universitatis Lodzianis. Folia Sociologica” 2003, nr 30, s. 143 i n.

<sup>32</sup> Ibidem. Szerzej na temat leczenia niemedycznego: W. Piątkowski, *Beyond Medicine. Non-medical Methods of Treatment in Poland*, Peter Lang 2012; W. Piątkowski, *Lecznictwo niemedyczne w Polsce. Tradycja i współczesność. Analiza zjawiska z perspektywy socjologii zdrowia i choroby*, Lublin 2008.

<sup>33</sup> J. Wróbel, *Etyka lekarska, etyka medyczna i bioetyka próba metodologicznego rozróżnienia*, „Roczniki Teologii Moralnej” 2012, nr 4(59), s. 174.

<sup>34</sup> Pismo Prezesa NIL M. Hamankiewicz z dnia 4 kwietnia 2014 do Rektora Śląskiego Uniwersytetu Medycznego prof. dr hab. n. med. Przemysława Jałowickiego, dostępne on-line w dniu 26.01.2017 r. [http://www.nil.org.pl/\\_data/assets/pdf\\_file/0010/94474/PismoRektorSUM\\_homeopatia.pdf](http://www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0010/94474/PismoRektorSUM_homeopatia.pdf).

<sup>35</sup> Pismo Prezesa NIL M. Hamankiewicz z dnia 29 września 2016 r. do Rektora Śląskiego Uniwersytetu Medycznego prof. dr hab. n. med. Przemysława Jałowickiego, dostępne on-line w dniu 26.01.2017 r. [http://www.nil.org.pl/\\_data/assets/pdf\\_file/0014/109220/Homeopatia.-List-Prezesa-NRL-do-Rektora-SUM,-29.09.2016.pdf](http://www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0014/109220/Homeopatia.-List-Prezesa-NRL-do-Rektora-SUM,-29.09.2016.pdf).



opatii<sup>36</sup>. W przedmiotowej sprawie spór prawny dotyczył stanowiska, jakie samorząd lekarski zajął w 2008 r. w stosunku do homeopatii. Mianowicie, Naczelna Rada Lekarska stanowiskiem nr 7/08/V z dnia 4 kwietnia 2008 r. w sprawie stosowania homeopatii i pokrewnych metod przez lekarzy i lekarzy dentyistów oraz organizowania szkoleń w tych dziedzinach przypominała lekarzom i lekarzom dentyistom o ciężącym na nich obowiązku kierowania się w postępowaniu zawodowym wskazaniem aktualnej wiedzy medycznej. W związku z brakiem wiarygodnych dowodów potwierdzających terapeutyczną skuteczność homeopatii i metod pokrewnych Naczelna Rada Lekarska wyraziła ocenę, że stosowanie tych metod nie mieści się w kanonie działań znajdujących oparcie w aktualnej wiedzy medycznej.

Powyższe stanowisko zostało przez Prezesa UOKiK uznane decyzją z dnia 25 lipca 2011 r. za „...porozumienie ograniczające konkurencję na krajowych rynkach sprzedaży produktów leczniczych homeopatycznych wydawanych z przepisu lekarza...”<sup>37</sup>. W konsekwencji Prezes UOKiK nałożył na Naczelną Izbę Lekarską karę pieniężną w wysokości blisko 50 tysięcy złotych (49 113,89 zł). Naczelna Izba Lekarska zaskarżyła ww. decyzję do Sądu Okręgowego w Warszawie – Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów kwestionując zasadność jej wydania, w szczególności nieuwzględnienie okoliczności, że w interesie publicznym jest zapewnienie leczenia według zasad aktualnej wiedzy medycznej oraz to, że decyzja Prezesa UOKiK w istocie pozbawiała samorząd lekarski możliwości wypowiedzania się w kwestiach prawidłowego wykonywania zawodów lekarza i lekarza dentyisty.

Wyrokiem z 30 grudnia 2014 r. Sąd Okręgowy w Warszawie uchylił decyzję Prezesa UOKiK uznającą stanowisko za praktykę ograniczającą konkurencję<sup>38</sup>. Sąd Okręgowy w wyroku z 30 grudnia 2014 r. w zdecydowanej większości podzielił argumenty Naczelnej Izby Lekarskiej wskazując, że samorząd lekarski działał w interesie publicznym, który definiowany jest prawem pacjenta do bycia leczonym zgodnie z aktualną wiedzą medyczną oraz obowiązkiem lekarza do udzielania świadczeń tym wymogom odpowiadających. Sąd Okręgowy w Warszawie stwierdził także, że brak jest dowodów potwierdzających skuteczność homeopatii. Sąd podkreślił, że niekorzystnym z punktu widzenia interesu publicznego byłoby, gdyby samorząd lekarski, posiadając wiedzę związaną ogólnie z leczeniem, nie dzielił się nią z osobami wykonującymi zawody lekarza i lekarza dentyisty. Za niekorzystne Sąd Okręgowy uznał także sytuację ograniczania możliwości wyrażania przez samorząd lekarski poglądu związanego z leczeniem. Ostatecznie, Sąd Apelacyjny w Warszawie po rozpoznaniu apelacji Prezesa UOKiK od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie oddalił apelację.

Co istotne w kontekście stosowania metod niemedycznych, wystąpienie negatywnych skutków w wyniku ich zastosowania przez lekarza może stanowić podstawę do pociągnięcia go do odpowiedzialności zarówno cywilnej (odszkodowawczej), jak i karnej. Natomiast na podstawie art. 57 KEL stosowanie metod niemedycznych, czyli bezwartościowych i niezwyfikowanych naukowo, wiąże się z poniesieniem konsekwencji – od-

<sup>36</sup> Wyrok Sądu Okręgowego w Warszawie – Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z dnia 1 kwietnia 2016 r. (sygn. akt: VII AmA 163/11).

<sup>37</sup> Decyzja Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z dnia 25 lipca 2011 r. (znak sprawy: DOK-6/2011).

<sup>38</sup> Wyrok Sądu Okręgowego w Warszawie z 30 grudnia 2014 r. (sygn. akt XVII AmA 163/11).

powiedzialności zawodowej – nawet przy braku wystąpienia niepożądanych skutków<sup>39</sup>. Innymi słowy, stosowanie tego rodzaju metod jest definitywnie zabronione.

Nie ulega przy tym wątpliwości, iż chybione są argumenty zwolenników metod niemedycznych, które uzasadniają dopuszczalność stosowania tych metod z uwagi na uprawnienie lekarza do swobodnego wyboru metod postępowania (art. 6 KEL). Jak bowiem słusznie wskazuje E. Zielińska, „lekarz ma wykonywać swój zawód *lege artis*, tzn. zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej”. W rezultacie, granicę swobody działań zawodowych lekarza wyznacza właśnie aktualna wiedza medyczna, a ponadto rzeczywiste potrzeby pacjenta<sup>40</sup>.

Obok zakazu posługiwania się metodami uznanymi przez naukę za szkodliwe, bezwartościowe lub niezwyfikowane naukowo, art. 57 ust. 1 KEL za przewinienie zawodowe uznaje również współdziałanie z osobami zajmującymi się leczeniem, a nie posiadającymi do tego uprawnień. W tej kwestii wypowiedział się Sąd Najwyższy. Mianowicie, w wyroku z dnia 4 listopada 1998 r. Sąd Najwyższy<sup>41</sup> badał orzeczenie Naczelnego Sądu Lekarskiego w sprawie lekarza, który kierował zespołem osób składającym się między innymi z uzdrowicieli, jasnowidzów, astrologów. Zdaniem NSL, powyższa praktyka stanowiła *de facto* współdziałanie z osobami zajmującymi się leczeniem, a nie posiadającymi do tego uprawnień.

Sąd Najwyższy podzielił stanowisko sądów lekarskich (OSL i NSL), że obwiniony prowadził działalność gospodarczą polegającą na leczeniu metodami niekonwencjonalnymi jako współnik Spółki Cywilnej Centrum Terapii Naturalnej „N.” w K. wspólnie z innymi bioenergoterapeutami, astrologami, wróżkami, jasnowidzami, a zatem osobami, które nie posiadały uprawnień do wykonywania zawodu lekarza. W uzasadnieniu wyroku Sąd Najwyższy podkreślił, że celem zakazu, o którym mowa w art. 57 ust. 1 zd. 2 KEL „jest między innymi zapobieżenie sprzecznemu z prawem nadużyciu statusu zawodowego lekarza dla celów nie związanych z wykonywaniem tego zawodu”. Zdaniem Sądu Najwyższego nie ulega wątpliwości, że „prowadzenie przez obwinionego wyżej opisanej działalności gospodarczej nie jest wykonywaniem zawodu lekarza w rozumieniu ustawy o zawodzie lekarza, a mimo to obwiniony bezprawnie wykorzystywał swój status lekarza medycyny w prowadzeniu tej działalności. Trafnie przyjął Naczelny Sąd Lekarski w uzasadnieniu zaskarżonego orzeczenia, że umieszczenie swojego nazwiska i tytułu lekarskiego wspólnie z takimi osobami narusza godność zawodu lekarskiego i z jednej strony podważa zaufanie do tego zawodu, a z drugiej może czynić wrażenie, że usługi wróżbiarskie i astrologiczne są na tym samym poziomie co praktyka lekarska. Okoliczność, że obwiniony, jak twierdzi, zaprzestał wykonywania zawodu lekarza, nie ma znaczenia prawnego, bowiem jest lekarzem medycyny i obowiązują go przepisy dotyczące wykonywania zawodu lekarza, w tym przepisy Kodeksu etyki lekarskiej<sup>42</sup>.”

Ponadto, w art. 57 ust. 2 KEL została ograniczona swoboda wyboru formy diagnostyki lub terapii. Zgodnie z powyższym, lekarz ma obowiązek kierować się przede

<sup>39</sup> D. Michalska, op. cit., s. 128; zob. również przywoływaną tam literaturę.

<sup>40</sup> E. Zielińska (red.), *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz do art. 4*, LEX 2014, nb. 3.

<sup>41</sup> Orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 4 listopada 1998 r. (sygn. akt III SZ 1/98).

<sup>42</sup> Orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 4 listopada 1998 r. (sygn. akt III SZ 1/98).

wszystkim kryterium skuteczności i bezpieczeństwa chorego oraz nie narażać chorego na nieuzasadnione koszty. Co więcej, lekarz nie powinien dokonywać wyboru i rekomendacji ośrodka leczniczego oraz metody diagnostyki ze względu na własne korzyści (art. 57 ust. 3 KEL). Wskazane normy w sposób bezpośredni nawiązują do art. 6 KEL, który stanowi, że lekarz ma swobodę wyboru w zakresie metod postępowania, które uzna za najskuteczniejsze. Powinien jednak ograniczyć czynności medyczne do rzeczywiście potrzebnych choremu zgodnie z aktualnym stanem wiedzy<sup>43</sup>.

Na tle powyższych przepisów pojawia się z jednej strony pytanie o zasadność podejmowanych przez lekarza czynności medycznych, a z drugiej o jego motywację. Odnośnie tej pierwszej kwestii wypada podkreślić, iż niewłaściwym postępowaniem wydaje się być nie tylko niepodjęcie odpowiednich działań medycznych, ale również ich niepotrzebne stosowanie. Stąd też przed podjęciem leczenia lekarz powinien w myśl art. 57 ust. 2 KEL zadać pytanie czy leczenie jest potrzebne i czy ma szansę powodzenia, a tym samym czy nie istnieje ryzyko doprowadzenia do uporczywości terapeutycznej. Skuteczność wiąże się zatem nieuchronnie z kosztami leczenia. Z reguły bowiem podejmowanie nieskutecznej terapii będzie skutkowało określonymi kosztami, które będzie ponosił pacjent, Narodowy Fundusz Zdrowia lub inny podmiot. W art. 57 ust. 2 KEL wskazano natomiast, że lekarz nie powinien narażać pacjenta na nieuzasadnione koszty. Nie oznacza to jednak przyzwolenia na stosowanie metod ewidentnie zbędnych, choćby były one finansowane ze środków publicznych. Jak przy tym wskazuje J. Pawlikowski, „zdarza się niekiedy, że to pacjent żąda od lekarza wdrożenia niepotrzebnej (z punktu widzenia wiedzy medycznej) metody diagnostycznej lub leczniczej, ale należy podkreślić, że to przede wszystkim lekarz podejmuje decyzje o ich stosowaniu (z uwzględnieniem opinii i preferencji pacjenta) i on ponosi za to odpowiedzialność”<sup>44</sup>. Powyższa konkluzja zasługuje na pełną aprobatę.

**Art. 58. Lekarz powinien odnosić się z należyтым szacunkiem i w sposób kulturalny do personelu medycznego i pomocniczego. Powinien jednak pamiętać, że jedynie on ma prawo podejmowania decyzji związanych z prowadzonym przez niego leczeniem.**

Współczesny model opieki nad pacjentem wymaga współpracy i współodpowiedzialności zawodowej wszystkich członków zespołu medycznego<sup>45</sup>. Nie ulega przy tym wątpliwości, że warunkiem efektywnej współpracy jest należyty szacunek i zaufanie.

Na tym tle przekaz płynący z art. 58 KEL wydaje się być dziś szczególnie aktualny. Wynika to chociażby z rosnącego dostępu do informacji, którego rezultatem jest wzrost świadomości medycznej. Innymi słowy, wiedza medyczna staje się coraz bardziej powszechna, a tym samym lekarze przestali mieć na nią swoisty monopol.

<sup>43</sup> M. Urbaniak, S. Cofta, *Zasady postępowania lekarza wobec pacjenta – komentarz do art. 6 i art. 7 KEL*, „Medyczna Wokanda” 2015, nr 7, s. 54.

<sup>44</sup> J. Pawlikowski, *Kodeks etyki lekarskiej. Odcinek 13: O swobodzie działań zawodowych*, dostępne on-line dnia 29.01.2017 r., [http://www.mp.pl/etyka/podstawy\\_etyki\\_lekarskiej/show.html?id=98214](http://www.mp.pl/etyka/podstawy_etyki_lekarskiej/show.html?id=98214), 4.08.2015.

<sup>45</sup> E. Fejfer-Wirbał, J. Gładczuk, L. Marcinowicz, *Relacje lekarz–pielęgniarka w polskiej literaturze medycznej*, „Medycyna Rodzinna” 2013, nr 1, s. 19.

W rezultacie ma to także wpływ na relacje pomiędzy lekarzami a personelem medycznym. Zjawisko to zaobserwował i opisał W. Kapała: „lekarze, przyzwyczajeni do bezwzględnego posłuszeństwa ze strony pielęgniarek, są niezadowoleni i rozgoryczeni malejącym wpływem decydowania o realizowaniu niektórych czynności przy chorym człowieku oraz dyskusowania przez pielęgniarki niektórych decyzji wydanych przez lekarzy, jako tych, które pielęgniarki uważają za niewłaściwe lub niepotrzebne”<sup>46</sup>.

Jak przy tym wynika z badań przeprowadzonych przez CBOS w 2013 r.<sup>47</sup>, zawód lekarza wciąż zajmuje wysokie miejsce w hierarchii prestiżowych zawodów. Niemniej jednak w ciągu kilkunastu lat utrzymuje się tendencja powolnego, lecz systematycznego spadku prestiżu tego zawodu. Zgodnie z danymi CBOS na początku lat 90' zawód lekarza znajdował się wyżej w hierarchii profesji niż dziś. Co ciekawe, w 1995 r. aż 79% respondentów ankiety przeprowadzonej przez CBOS uznało, że zawód lekarza ma duży prestiż, z kolei w 2013 r. takiej odpowiedzi udzieliło 71% ankietowanych. Z drugiej strony można zaobserwować znaczny wzrost prestiżu, jaki respondenci przypisują pielęgniarkom: z 57% w 1999 r. do 78% w 2009 r.

Autorka opracowania CBOS nie udziela jednoznacznej odpowiedzi na przyczynę zmiany w odbiorze społecznym obu zawodów, aczkolwiek stawia tezę, iż „może być to związane z bardziej krytycznymi ocenami pracy lekarzy (zdarzającymi się i nagłaśnianymi w mediach przypadkami błędów lekarskich, łamania zasad etyki zawodowej czy korupcji) niż pełniących służbę pomocniczą pielęgniarek, o których skądinąd wiadomo powszechnie tylko to, że mało zarabiają”<sup>48</sup>. W rzeczywistości jednak zjawisko to jest znacznie bardziej złożone. Jak pisze M. Bogusz „pielęgniarka to obecnie osoba dobrze wykształcona [...], potrafiąca podejmować samodzielne i kompetentne decyzje, przyjmująca osobistą i zawodową odpowiedzialność, współpracująca z pacjentem, jego rodziną oraz interdyscyplinarnym zespołem w celu zapewnienia opieki o najwyższej jakości i utrzymania zdrowia pacjenta na jak najwyższym poziomie”<sup>49</sup>. Co przy tym istotne, nie jest to pogląd odosobniony<sup>50</sup>.

Powstaje zatem pytanie na ile jeszcze są aktualne wnioski płynące z komentarza S. Olejnika do Kodeksu etyki lekarskiej przygotowane na początku lat 90'. W swojej pracy przywołany powyżej autor podkreśla kluczową rolę lekarza w procesie leczenia. Ponadto zwraca on uwagę, że wydanie zlecenia przez lekarza zobowiązuje go, aby zlecenia były i zrozumiałe w swej treści „... nie mogą przekraczać możliwości osoby, której są przekazywane ani granic przysługującej personelowi autonomii zawodowej”. W kontekście przywołanych powyżej przemian społecznych pewne wątpliwości mogą jednak budzić kolejne tezy stawiane przez S. Olejnika. Mianowicie, zdaniem S. Olej-

<sup>46</sup> Jak przy tym wynika z badań przywoływanych przez W. Kapałę, „zdenerwowanie i stres u lekarzy może wywołać m.in. brak ścisłego podporządkowania się ze strony podległych im pracowników, w tym także pielęgniarek”; W. Kapała, *Lekarze i pielęgniarki – w stronę aktywnego współdziałania*, „Nowoczesne Pielęgniarstwo i Położnictwo” 2007, nr 1 (1), dostępne on-line dnia 29.01.2017 r., <http://www.pielęgniarki.info.pl/files/1171312974.pdf>.

<sup>47</sup> A. Cybulska, *Prestiż zawodów. Komunikat z badań*, Warszawa 2013, dostępny on-line w dniu 30.01.2017 r., [http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2013/K\\_164\\_13.PDF](http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2013/K_164_13.PDF).

<sup>48</sup> Ibidem, s. 2.

<sup>49</sup> M. Bogusz, *Standardy akredytacyjne a opieka pielęgniarska – aspekty organizacyjne i praktyczne*, „Antidotum” 2002, nr 9, s. 41–47; za: W. Kapała, op. cit.

<sup>50</sup> Przykłady podobnych stanowisk przytacza W. Kapała: W. Kapała, op. cit.

nika lekarz nie ma obowiązku uzasadniania zaleceń przekazywanych do wykonania, a udzielenie odpowiedzi na ewentualne pytania przez personel medyczny co do wydanego zlecenia, autor ujmuje nie w kategoriach obowiązku, ale w kategoriach życzliwości i szacunku dla osoby stawiającej takie pytanie<sup>51</sup>.

Trudno w tym miejscu jednoznacznie przesądzać czy odpowiedź na pytanie członka zespołu medycznego stanowi obowiązek czy jedynie wyraz życzliwości. Nie ulega jednak wątpliwości, że w świetle art. 58 KEL pożądanym zachowaniem lekarza jest otwartość na uwagi ze strony członków zespołu. Z drugiej strony niedopuszczalne jest lekceważenie i inne zachowania, które mogłyby deprecjonować wkład w prace zespołu poszczególnych jego członków.

Na tym tle warto zasygnalizować, iż art. 58 KEL powinien być przestrożą przed jakimikolwiek zachowaniami, które mogłyby zostać zakwalifikowane jako mobbing<sup>52</sup>. Zgodnie bowiem z art. 94<sup>3</sup> § 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r.<sup>53</sup> Kodeks pracy, mobbing oznacza działania lub zachowania dotyczące pracownika lub skierowane przeciwko pracownikowi, polegające na uporczywym i długotrwałym nękanium lub zastraszaniu pracownika, wywołujące u niego zaniżoną ocenę przydatności zawodowej, powodujące lub mające na celu poniżenie lub ośmieszenie pracownika, izolowanie go lub wyeliminowanie z zespołu współpracowników. W skrajnych przypadkach może się bowiem okazać, że naruszenie normy etycznej z art. 58 KEL będzie postrzegane jako przejaw mobbingu, czy też naruszenie prawnie chronionych dóbr osobistych, o których mowa w art. 23 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. *Kodeks cywilny*<sup>54</sup>.

**Art. 59 KEL. Lekarze powinni solidarnie wspierać działalność swego samorządu, którego zadaniem jest zapewnienie lekarzom należytej pozycji w społeczeństwie. Podejmując krytykę działania organów samorządu lekarskiego winni przeprowadzić ją przede wszystkim w środowisku lekarskim lub na łamach pism lekarskich.**

Błędnym jest twierdzenie, że Kodeks etyki lekarskiej zabrania lekarzom krytykowania działalności organów samorządu lekarskiego. Art. 59 KEL nie tylko dopuszcza wymianę poglądów, ale również wskazuje przykładowe forum, które ma służyć rozwijaniu krytyki działalności samorządu lekarskiego. Mowa tutaj oczywiście o pismach lekarskich, takich jak chociażby „Gazeta Lekarska”, biuletyny wydawane przez poszczególne izby lekarskie, czy wreszcie takie periodyki jak „Medyczna Wokanda”.

Co jednak istotne, wszelka krytyka funkcjonowania izb lekarskich oraz jej członków powinna być rzeczowa. Mając na uwadze komentowaną normę deontologiczną wydaje się, że lekarzowi podejmującemu krytykę samorządu lekarskiego powinna przyświecać troska o pomyślny rozwój samorządu lekarskiego, podnoszenie autorytetu izby oraz interes ogółu lekarzy. Powyższe założenie może wydawać się dość

<sup>51</sup> S. Olejnik, *Etyka lekarska*, Katowice 1995, s. 128; za: D. Karkowska, *Prawo medyczne dla pielęgniarek*, Warszawa 2013.

<sup>52</sup> L. Sadowska, S. Kańczuła, *Występowanie mobbingu w środowisku służby zdrowia (Aspekty prawne, społeczne i terapeutyczne)*, „Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie” 2010, nr 3, s. 346–376.

<sup>53</sup> T.j. Dz. U. 2016, poz. 1666 ze zm.

<sup>54</sup> T.j. Dz. U. 2016, poz. 380 ze zm.



idealistyczne. Nie można jednak tracić z pola widzenia podstawowego faktu: zgodnie z art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o *izbach lekarskich*<sup>55</sup> samorząd zawodowy lekarzy i lekarzy dentyistów tworzą członkowie izb lekarskich. Innymi słowy, każdy lekarz współtworzy samorząd lekarski. W rezultacie jego funkcjonowanie stanowi w dużej mierze odzwierciedlenie zaangażowania i poczucia wspólnoty ogółu lekarzy.

Warto przy tym podkreślić, że struktura samorządu jest demokratyczna. Wobec powyższego przynależność do samorządu zawodowego wiąże się z określonymi uprawnieniami właściwymi dla członków korporacji zawodowej. Lekarzom – członkom izby lekarskiej przysługuje bierne i czynne prawo wyborcze do organów izby lekarskiej<sup>56</sup>. W istocie zatem udział w organach stwarza najlepszą możliwość do krytyki samorządu, a tym samym szansę do zmiany jego oblicza. Nie ogranicza to przy tym możliwości udziału w obradach poszczególnych organów, w tym także w posiedzeniach sądów lekarskich.

Lekarz podejmujący krytykę samorządu winien mieć również na uwadze fakt, iż działalność w organach samorządu ma charakter przede wszystkim społeczny. Innymi słowy, zwykle nie zwalnia lekarza z pełnienia jego codziennych obowiązków zawodowych, a często również wymaga wielu poświęceń dla dobra ogółu środowiska lekarskiego.

Stąd też w świetle art. 59 KEL naganne wydają się wszelkiego rodzaju formy „hejtu”, niestety tak popularne w wielu środkach masowej komunikacji. Niewątpliwie standardów przewidzianych w art. 59 KEL nie spełniała również forma krytyki, którą oceniał Okręgowy Sąd Lekarski w Poznaniu wobec jednego z lekarzy we wrześniu 2014 r.<sup>57</sup> W przedmiotowej sprawie, obwiniony lekarz dwukrotnie w tytule przelewu opłaty członkowskiej w OIL za rok 2012 oraz 2013 użył sformułowania „Dla Darmozjadów Izbowych”. Zdaniem Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej czyn ten stanowił naruszenie art. 59 KEL.

W swoich wyjaśnieniach lekarz stwierdził, że wpis do tytułu przelewu został przez niego dokonany pod wpływem emocji z powodu ponaglenia o dokonanie wpłaty z należnymi odsetkami za zwłokę w opłaceniu składki członkowskiej. Ponadto obwiniony utrzymywał, że jego zamiarem nie było obrażanie kolegów lekarzy, a jedynie wyraz dezaprobaty na działania samorządu lekarskiego, który nie spełnia jego oczekiwań. W swoich wyjaśnieniach obwiniony podniósł, iż „samorząd lekarski powinien bardziej dbać o interesy zawodu lekarza i całego środowiska [...]. Sformułowanie, które znalazło się w tytule przelewu dotyczyło działania samorządu, a nie miało służyć do krytyki działania lekarzy”.

Okręgowy Sąd Lekarski uznał, że ww. lekarz naruszył zasady etyczne wynikające z KEL. W uzasadnieniu orzeczenia OSK podkreślił, że użyte przez lekarza sformułowanie „Dla Darmozjadów Izbowych” jest powszechnie uznawane za obraźliwe, bowiem odnosi się do osób, które żyją na cudzy koszt. Zdaniem Sądu „określanie w ten sposób członków samorządu lekarskiego, a w szczególności osób pełniących funkcję w jego organach, należy uznać za obelgę czy wręcz zniesławienie. Taka forma krytyki

<sup>55</sup> T.j. Dz. U. 2016, poz. 522 ze zm.

<sup>56</sup> J. Berezowski, P. Malinowski, *Komentarz do art. 9 ustawy o izbach lekarskich*, w: *Ustawa o izbach lekarskich. Komentarz*, tychże, LexisNexis 2013, nb. 1.

<sup>57</sup> Sygn. akt. 10/WU/2014 (niepubl.).

nie przystoi lekarzowi, któremu z uwagi na wykonywanie zawodu zaufania publicznego stawia się szczególne wymagania dotyczące zarówno wykonywania zawodu, jak i postawy osobistej. Szczególne wymagania etyczne stawiane lekarzom dotyczą również sposobu wyrażania swoich poglądów i wypowiedzi odnoszących się do innych medyków”. Ponadto w uzasadnieniu orzeczenia OSL podkreślił, że samorząd lekarski dąży do przestrzegania demokratycznych zasad i otwarty jest na krytykę, jednak powinna ona przybierać formę rzeczowego dyskursu opartego na zasadach poprawnej i logicznej argumentacji, a nie na obraźliwych i nie popartych w żaden sposób wypowiedziach”.

**Art. 60. Jeśli zostanie naruszone dobre imię lekarza, a rzecznik odpowiedzialności zawodowej lub sąd lekarski nie potwierdzą stawianych mu zarzutów, lekarz powinien uzyskać od izby lekarskiej wszelką możliwą pomoc w naprawieniu wyrządzonej mu szkody.**

Praktycznym przejawem realizacji obowiązku płynącego z art. 60 KEL jest utworzona w 2010 r. instytucja Rzecznika Praw Lekarza. Podstawowym zadaniem Rzecznika Praw Lekarza jest występowanie w obronie godności zawodu lekarza i obrona zbiorowych interesów lekarzy. Natomiast w sprawach indywidualnych właściwe są biura praw lekarza lub rzecznicy praw lekarza w okręgowych izbach lekarskich. W uzasadnionych przypadkach Rzecznik Praw Lekarza podejmuje też interwencje na rzecz indywidualnego lekarza, szczególnie, gdy naruszenie jego praw może mieć konsekwencje dla całego środowiska. Do zadań Rzecznika należy również koordynowanie wspólnych działań pełnomocników do spraw zdrowia lekarzy i lekarzy dentyistów powołanych przez okręgowe rady<sup>58</sup>.

Innym narzędziem mającym na celu zapewnienie lekarzom pomocy w naprawieniu wyrządzonej im szkody związanej z naruszeniem ich dobrego imienia są biura pomocy prawnej funkcjonujące przy poszczególnych okręgowych izbach lekarskich. Dobrą praktyką izb lekarskich jest zapewnianie ich członkom darmowych porad prawnych, co niewątpliwie stanowi istotną pomoc w zabezpieczeniu praw lekarzy przed różnego rodzaju naruszeniami<sup>59</sup>.

## Streszczenie

Niniejszy artykuł stanowi część pierwszą rozważań nad rozdziałem IV Kodeksu etyki lekarskiej zatytułowanym „Zasady postępowania w praktyce lekarskiej” (art. 56–68 KEL). W pracy podjęto analizę nad artykułami 56–60 KEL. Zgodnie z art. 56 KEL, powinnością każdego lekarza jest stałe uzupełnianie i doskonalenie swej wiedzy i umiejętności zawodowych, a także przekazywanie ich swoim współpracownikom. Art. 57 KEL nakłada na lekarzy zakaz postępowania się metodami uznanymi przez naukę za szkodliwe, bezwartościowe lub nie zweryfikowane naukowo. Ponadto, przepis ten zabrania lekarzowi współdziałać z osobami zajmującymi się

<sup>58</sup> Strona internetowa Rzecznika Praw Lekarza, dostępna on-line w dniu 29.01.2017 r., <http://www.nil.org.pl/dzialalnosc/agresja-w-ochronie-zdrowia>.

<sup>59</sup> Jako przykład biura porad prawnych można wskazać biuro funkcjonujące przy Wielkopolskiej Izbie Lekarskiej: <https://wil.org.pl/dyzury-prawnikow>.

leczeniem, a nie posiadającymi do tego uprawnień. Art. 58 KEL określa zasady odnoszenia się lekarza do personelu medycznego. W rozdziale czwartym zawarto także ogólne wytyczne dotyczące sposobu postępowania lekarza wobec samorządu lekarskiego (art. 59 KEL). Wreszcie, art. 60 KEL określa obowiązki izby lekarskiej w sytuacji, gdy zostanie naruszone dobre imię lekarza, a rzecznik odpowiedzialności zawodowej lub sąd lekarski nie potwierdzą stawianych mu zarzutów.

**Słowa kluczowe:** Kodeks etyki lekarskiej, praktyka lekarska, aktualna wiedza medyczna, swoboda wyboru w zakresie metod postępowania, leczenie niemedyczne, standardy współpracy lekarza z personelem medycznym

***Standard of conduct of the medical practice. Commentary to the chapter IV of the Code of Medical Ethics (part I)***

***Summary***

*The present article forms the first part of the considerations on the Chapter IV of the Code of Medical Ethics, entitled „Standard of conduct of the medical practice (art. 56–68 CME). This paper contains an analysis of the articles 56–60 CME. According to the art. 56 KEL, the duty of every physician is constant updating and improvement of their knowledge and skills, as well as transferring them to their colleagues. Art. 57 CME prohibits physicians to use methods recognised by science as harmful, useless or not scientifically verified. Moreover, this provision prohibits a physician to interact with people providing treatment, and not having the authority to do so. Art. 58 CME regulates the rules of treating the medical staff by physicians. The fourth chapter also contains general guidelines on conduct of a physician towards the medical self-government (Art. 59 CME). Finally, art. 60 CME defines the duties of medical chamber, in the case of violation of the good name of the doctor when the screener for professional liability and medical court did not confirm the charges against them.*

**Key words:** *Code of Medical Ethics, medical practise, current medical knowledge, freedom to choose the mode of conduct the patient, non-medical healthcare, standards of cooperation the doctor with medical staff*