

# Kodeks Etyki Lekarskiej

prof. PAT dr hab. Tadeusz Biesaga SDB  
Katedra Bioetyki Papieskiej Akademii Teologicznej  
w Krakowie

## Kontekst historyczny

Kodeksy etyki lekarskiej zaczęły się kształtować w XIX wieku jako rozwinięcie zasad etycznych „Przysięgi Hipokratesa” czy też innych, podobnych przyrzeczeń składanych przez lekarzy. W historii polskiej etyki medycznej najwcześniej znana przysięga pochodzi z XV wieku i składana była na Akademii Krakowskiej przez licencjuszy ubiegających się o stopień doktora medycyny. Odzwierciedlała ona wiernie treść „Przysięgi Hipokratesa”, wprowadzała jedynie na początku w miejsce odniesienia do bogów wezwanie Boga w duchu religii chrześcijańskiej. „Biorąc na świadków Boga Ojca, Syna i Ducha Świętego, że będę przestrzegał tego wszystkiego, co jest tą przysięgą objęte – na ile to będzie w mojej mocy, w takim stopniu, w jakim mi moje zdolności pozwolą. Wiedzę tę: wszystkie jej przepisy przekazywać będę otwarcie i rzetelnie uczniom moim, mojemu mistrza i pozostałym, którzy zwiążali się moralnie przepisami medycyny.”<sup>1</sup>

W dalszych modyfikacjach przysięgi dokonywanych w XIX wieku w postaci tzw. „Obietnicy fakultetowej”, drukowanej na odwrocie dyplomu lekarskiego przez Akademię Medykochirurgiczną i Szkołę Główną Warszawską, oraz w postaci „Przyrzeczenia lekarskiego”, pominięto na początku przywołanie Boga, sytuując przysięgę jedynie w kontekście stanu lekarskiego i wypływających z tego obowiązków. „Obietnica fakultetowa” rozpoczynała się słowami: „Przyjmując z głębokim poszanowaniem prawa, na mnie z nauki lekarskiej płynące, przyrzekam, iż w ciągu całego życia niczym nie splamię zacności stanu mego (...)”. W podobnych słowach rozpoczynało się „Przyrzeczenie lekarskie”: „Przyjmując z czcią

i głęboką wdzięcznością nadany mi stopień lekarza i podejmując całą wagę związanych z nim obowiązków, przyrzekam i ślubuję, że w ciągu całego życia będę spełniał prawem nałożone obowiązki, strzegł godności stanu lekarskiego i niczym jej nie splamię (...)”.<sup>2</sup> Przyrzeczenie to drastycznie przekształciło treść „Przysięgi Hipokratesa”, ponieważ podporządkowywało postępowanie lekarzy prawu stanowionemu w danym kraju, a więc również dyktaturom i ideologiom totalitarnego państwa. Tego typu legalizm mógł ułatwiać znanym z historii reżymom wykorzystanie lekarzy do eliminacji „życia niewartego życia”.

Cechą charakterystyczną różnych form przysięgi lekarskiej była zawsze zwięzłość w przywołaniu fundamentalnych zobowiązań profesji medycznej. „W miarę komplikowania się stosunków społecznych, pracy i działania lekarzy w coraz większych zespołach i wyodrębniania się nowych specjalności – stwierdza A. Tulczyński – przysięgi stały się niewystarczającym drogowskazem w coraz to nowych sytuacjach w działalności zawodowej lekarzy. W XIX w. w różnych krajach, również na ziemiach polskich, rozpoczął się proces tworzenia kodeksów deontologicznych, czyli zbiorów ogólnych i szczegółowych zasad postępowania zawodowego”.<sup>3</sup>

Na kształt kodeksów lekarskich zasadniczy wpływ miały powstające na ziemiach polskich w czasie zaborów towarzystwa oraz izby lekarskie. Pierwsze z nich jako organizacje naukowe dbały o rozwój naukowy swoich członków oraz interesowały się problemami społecznymi swej profesji. Drugie szły w kierunku coraz lepszej organizacji samorządowej społeczności lekarskiej. Za pierwszy kodeks etyki lekarskiej powstały na ziemiach polskich uznaje się „Uchwały Towarzystwa Lekarzy galicyjskich w przedmiocie obowiązków lekarzy względem swych kolegów i zawodu lekarskiego w ogóle”, ogłoszone drukiem w 1876 roku w zaborze austriackim. Za drugi w kolejności kodeks uchodzą „Zasady obowiąz-

ków i praw lekarzy” ogłoszone drukiem na terenie zaboru rosyjskiego w 1884 roku przez Towarzystwo Lekarskie Warszawskie. W roku 1907 na X Zjeździe Lekarzy i Przyrodników Polskich we Lwowie opracowano i zaakceptowano wspólny dla lekarzy polskich wszystkich trzech zaborów „Kodeks Deontologii Lekarskiej”. Powtórnie został on ogłoszony drukiem już w niepodległej Polsce w 1925 roku.<sup>4</sup>

Za pierwszy kodeks opracowany w niepodległej Polsce uchodzi „Zbiór zasad deontologii lekarskiej” przyjęty na Walnym Zebraniu Naczelnej Izby Lekarskiej 16 VI 1935 roku. Zbiór ten ogłoszony powtórnie po drugiej wojnie światowej w 1947 roku obowiązywał do 1950 roku, czyli do rozwiązania przez władze komunistyczne Izb Lekarskich. „Od momentu likwidacji Izb Lekarskich do 1967 roku w Polsce przez siedemnaście lat nie funkcjonował formalnie żaden kodeks deontologiczny, żaden zbiór profesjonalnych norm powinności zawodowej”.<sup>5</sup>

W 1959 roku powstał projekt „Kodeksu Polskiej Służby Zdrowia” opracowany przez prof. Tadeusza Kielanowskiego. W przygotowaniu ostatecznej wersji uczestniczyło Polskie Towarzystwo Lekarskie, Polskie Towarzystwo Stomatologiczne i ówczesne Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej. Dnia 3 VI 1967 roku Walne Zgromadzenie Delegatów Polskiego Towarzystwa Lekarskiego z udziałem przedstawicieli innych towarzystw zatwierdziło ów kodeks zatytułowany „Zasady Etyczno-Deontologiczne PTL”. Kodeks ten znowelizowano w 1977 roku i nadano mu nazwę: „Zbiór Zasad Etyczno-Deontologicznych Polskiego Lekarza”. Wraz z upadkiem rządów komunistycznych, na mocy ustawy o izbach lekarskich z 17 V 1989 roku, lekarze w Polsce odzyskali swój samorząd czyli właściwie umocowanie Izb Lekarskich. Po przedłożeniu przez komisję powołaną do opracowania kodeksu etyki lekarskiej stosownego projektu oraz po burzliwych dyskusjach na Nadzwyczajnym II Krajowym Zjeździe Izb Lekarskich, 13–14 XII 1991 został przyjęty „Kodeks Etyki Lekarskiej”. Znowelizowano go 12–14 XII 1993 roku na III zjeździe oraz ostatnio 20 IX 2003 roku na Nadzwyczajnym VII Krajowym Zjeździe Lekarzy. Dyskusje dotyczące pierwszej wersji kodeksu były gwałtowną konfrontacją światopoglądową i etyczną. W trakcie następnych nowelizacji kodeksu konfrontacja ta w jakimś stopniu przekształcała

się w dialog odrzucający polityczne uwikłania na rzecz konsolidacji środowiska lekarskiego w poszukiwaniu własnej tożsamości etycznej. Dobrze odzwierciedlają to słowa uczestnika tych przemian, przewodniczącego Komisji Etyki Naczelnej Rady Lekarskiej (NRL) Jerzego Umiastowskiego, który na Ogólnopolskiej Konferencji w Warszawie poświęconej sprawom ostatecznej nowelizacji kodeksu stwierdził: „W ciągu ostatnich kilkunastu lat przeżyliśmy ogromne zmiany historyczne. W 1991 roku na Krajowym Zjeździe Lekarzy w Bielsku-Białej, kiedy powstawał Kodeks Etyki Lekarskiej, była (i musiała być) atmosfera konfrontacji wynikająca z upadku totalitaryzmu ideologicznego. Dziś ten etap mamy za sobą. Dziś jako demokratyczny kraj wchodzimy do Unii Europejskiej. Dziś nie potrzebujemy konfrontacji – potrzebujemy dialogu, racjonalnego, logicznego, rzetelnego dialogu. (Oczywiście wtedy, w Bielsku-Białej, ten dialog był także potrzebny, ale nieuchronnie zakłócały go nieuniknione napięcia społeczne i psychologiczne.)”.<sup>6</sup>

Krótki szkic historyczny uzmysławia, że polski „Kodeks Etyki Lekarskiej” (KEL) kształtował się w trudnej sytuacji politycznej i społecznej. Rodził się on najpierw w czasie zaborów, następnie w krótkim okresie międzywojennym, później w czasach długotrwałej dominacji ideologii komunistycznej, a następnie w trudnych początkach III Rzeczypospolitej. Do ważnych kart rozwoju polskiej etyki lekarskiej okresu zaborów należą osiągnięcia polskiej szkoły filozofii medycyny zapoczątkowanej przez Tytusa Chałubińskiego (1820–1889) i rozwijanej w pracach takich lekarzy jak: Edmund Biernacki (1866–1911), Władysław Biegański (1850–1917), Zygmunt Kramsztyk (1849–1920), Henryk Nussbaum (1849–1937) czy Ludwik Fleck (1896–1961).<sup>7</sup> Do sukcesów należy również zaliczyć kształtowanie się towarzystw i izb lekarskich oraz ich obecną reaktywację. Umożliwia to dziś większe oddziaływanie świata lekarskiego nie tylko na etos medyczny, ale na prawodawstwo i ekonomię związaną ze służbą zdrowia. Etyka medyczna w Polsce rozwijana jest nie tylko przez filozofów, teologów, ale w dużej mierze przez przedstawicieli świata medycznego, którzy oprócz prac poświęconych medycynie publikują książki i artykuły poświęcone etyce medycznej. Na tym tle w 12 lat od opublikowania KEL w III Rzeczypospolitej w 1991 roku, trzecia



jego nowelizacja w roku 2003 jest dużym osiągnięciem w rozwoju etosu medycznego w Polsce.

„Mieliśmy dobry Kodeks, obecny jest jeszcze lepszy – stwierdził już po jego uchwaleniu prezes NRL Konstanty Radziwiłł. (...) Można powiedzieć, że wśród nowości znalazły się w Kodeksie takie sprawy jak: wzmocnienie podmiotowości chorego, zakaz pomocy w samobójstwie, całkowity zakaz klonowania człowieka, nakaz daleko idącej ostrożności (szczegółowo opisany) w stosunkach z przemysłem farmaceutycznym i sprzętu medycznego, w celu zachowania obiektywizmu decyzji medycznych i godności zawodu oraz zakaz praktykowania fałszywej solidarności wśród lekarzy i lekarzy stomatologów, zwłaszcza przy podejrzeniu o błąd popełniony przez kolegę”.<sup>8</sup>

## Etyczne linie KEL

Polski KEL rodził się nie tylko w skomplikowanej sytuacji społecznej, ale w trudnej sytuacji aksjologicznej. Pół wieku indoktrynacji komunistycznej wpłynęło na myślenie i mentalność wielu. Marksistowskie myślenie aksjologiczne kategoriami klasy bez trudu mogło się przekształcić u wielu w liberalne i utylitarystyczne myślenie kategoriami dobrobytu ludzkości, rozwoju nauki i techniki. Uderzało to szczególnie w najsłabszych i niezrzeszonych, podważało prawa człowieka w okresie prenatalnym, podkopywane nie tylko przez proaborcyjne organizacje i ruchy wyzwolenia kobiet, ale przez nowoczesne techniki klonowania człowieka w celu pozyskania embrionalnych komórek macierzystych oraz przez możliwość użycia badań prenatalnych w celach selekcji eugenicznej. Podkreślał to list papieża Jana Pawła II skierowany na Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy, na którym miano przyjąć nowelizację kodeksu. „Zdajemy sobie sprawę – pisał papież – jak wiele świat zawdzięcza ludzkiej dociekliwości i zdobywanej wiedzy. Doświadczenie jednak uczy, że ta sama wiedza może stać się źródłem wielorakiego cierpienia, a nawet zagłady. (...) Dziś kwestia etyki ma szczególną wagę w odniesieniu do wszelkich badań i konkretnych działań na polu biologii i medycyny.”<sup>9</sup>

Przy powstawaniu KEL największy spór toczył się o kształt norm etyki prenatalnej. Dotknął on nawet znajdującego się na początku kodeksu przy-

rzeczenia lekarskiego. Nie zaakceptowano w nim zgłoszonego przez Okręgowe Izby Lekarskie z Krakowa i z Lublina, zaproponowanego przez Zespół ds. Nowelizacji Kodeksu Etyki Lekarskiej sformułowania: „Przyrzekam (...) służyć zdrowiu i życiu ludzkiemu od chwili poczęcia do naturalnej śmierci”,<sup>10</sup> lecz przyjęto w jego miejsce ogólne stwierdzenie: „Przyrzekam (...) służyć zdrowiu i życiu ludzkiemu”. Pominięta propozycja wywodziła się z etosu „Przysięgi Hipokratesa” i „Deklaracji genewskiej” uchwalonej przez Światowe Stowarzyszenie Medyczne w 1948 roku. W przyrzeczeniu przyjętym w wymienionej deklaracji znajduje się bowiem sformułowanie: „Zachowam najwyższy respekt dla życia ludzkiego od chwili jego poczęcia”.<sup>11</sup>

Mimo ucieczki w przyrzeczeniu lekarskim w ogólności KEL 2003 w swych różnych zaleceniach chroni życie ludzkie od jego początku.<sup>12</sup> W artykule 39 czytamy: „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”. Artykuł 39a zabrania uczestnictwa w klonowaniu embrionów ludzkich, i to nie tylko w celach reprodukcyjnych, ale również w tzw. celach terapeutycznych. „Lekarz nie może uczestniczyć w procedurach klonowania ludzi dla celów reprodukcyjnych lub terapeutycznych”. Embrion ludzki chroni również artykuł 45 rozdziału II zajmującego się kwestią eksperymentów. Artykuł 45, punkt 2 stwierdza: „Lekarzowi nie wolno przeprowadzać eksperymentów badawczych z udziałem człowieka w stadium embrionalnym. Następny punkt tego artykułu dopuszcza tylko takie eksperymenty terapeutyczne na embrionach, które zgodnie z zasadą ryzyka proporcjonalnego przynoszą embrionom korzyść zdrowotną: „Lekarz może przeprowadzać eksperymenty lecznicze z udziałem człowieka w stadium embrionalnym tylko wtedy, gdy spodziewane korzyści zdrowotne w sposób istotny przekraczają ryzyko zdrowotne embrionów nie poddanych eksperymentowi leczniczemu” (art. 45, pkt 3). Podobnie chronią ludzki embrion normy podane w rozdziale IIb zajmującym się ludzkim genomem. W artykule 51h punkt 1 czytamy: „Lekarzowi nie wolno dyskryminować osób ze względu na dziedzictwo genetyczne”.

Tak więc zakazy: eksperymentowania na embrionach ludzkich, eliminowania ich z powodów wad genetycznych, ich klonowania w celach reprodukcyjnych lub terapeutycznych – potwierdzają opowiedzenie się KEL 2003 za ochroną życia ludzkiego od jego początku. Wraz z zakazem stosowania eutanazji oraz pomocy w popełnieniu samobójstwa (art. 31) kodeks ten prezentuje uniwersalną etykę służby życiu ludzkiemu od jego początku do naturalnej śmierci.

Ważnym osiągnięciem etycznym KEL 2003 jest również zajęcie stanowiska wobec nowo powstałych problemów wynikłych z szybkiego rozwoju biotechnologii. Chodzi o uregulowania etyczne kwestii klonowania, zarówno reprodukcyjnego, jak i tzw. terapeutycznego; sprawy tzw. predykcji genetycznej, czyli przewidywania przyszłości zdrowotnej człowieka na podstawie jego zapisu genetycznego, kwestii przeprowadzania eksperymentów leczniczych czy badawczych z udziałem człowieka, dokonywania przeszczepów oraz przeciwdziałania uzależnieniu lekarzy od korporacji przemysłu medycznego.

W tej ostatniej sprawie skorzystano zgodnie z sugestią prof. Andrzeja Szczeklika<sup>13</sup> ze wskazań normatywnych „Karty Lekarza” opracowanej przez Europejską Federację Towarzystw Medycyny Wewnętrznej, Amerykańskie Kolegium Lekarzy oraz Amerykańskie Towarzystwo Medycyny Wewnętrznej<sup>14</sup> oraz z dokumentu zatytułowanego „Związki lekarzy z przemysłem”, wydanego przez dwie ostatnie, wymienione wyżej organizacje<sup>15</sup>.

W duchu tego ostatniego dokumentu dodano do KEL całkiem nowy rozdział (IIa) regulujący związki lekarza z przemysłem. Wobec występujących w tej dziedzinie zagrożeń, już na początku kodeksu w normach ogólnych do dotychczasowego sformułowania: „Największym nakazem etycznym dla lekarza jest dobro chorego – *salus aegroti suprema lex esto*”, dla zabezpieczenia dobra pacjenta dodano następujące wzmocnienie: „Mechanizmy rynkowe, naciski społeczne i wymagania administracyjne nie zwalniają lekarza z przestrzegania tej zasady” (art. 2, pkt 2).

W siedmiu artykułach (51a–51g) podano zalecenia chroniące decyzje lekarzy przed wpływem przemysłu medycznego w kwestiach skierowań na badania, w wyborze terapii, sprzętu i wyposażenia medycznego oraz przepisywania leków. Jawność w tych kwestiach ma być dodatkowym

zabezpieczeniem. Artykuł 51c zaleca: „Lekarz powinien ujawniać słuchaczom wykładów oraz redaktorom publikacji wszelkie związki z firmami lub subwencje z ich strony oraz inne korzyści mogące być przyczyną konfliktu interesów. Podobne ujawnienie obowiązuje go przy sponsorowanych badaniach pacjentów. „Lekarz powinien ujawniać swoje powiązania z producentem leków lub wyrobów medycznych (sprzętu i wyposażenia medycznego) pacjentom, którzy mają być poddani badaniom sponsorowanym przez tego producenta” (art. 51e).

Porównując polski KEL z kodeksami innych państw w Unii Europejskiej, podkreśla się jego humanistyczne korzenie środkowoeuropejskiej tradycji moralnej, zgodność z zasadniczymi ideami tych kodeksów, wyróżniające go wśród innych szczegółowe i nowoczesne uregulowania sprawy związków lekarzy z przemysłem.<sup>16</sup> Polski kodeks różni się na przykład od francuskiego głębszą perspektywą etyczną, czyli świadomością pierwszeństwa i niezależności norm etycznych względem norm prawnych. Kodeks francuski zbytnio ulega perspektywie prawa stanowionego i w wielu sprawach podporządkowuje postępowanie lekarza aktualnemu prawu państwowemu.<sup>17</sup> Polski kodeks lepiej w tym względzie wyraża niezależność etosu lekarskiego. Dobrze wykorzystuje orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego uznającego pierwszeństwo norm etycznych Kodeksu względem norm prawnych. Ujawnia tożsamość etyczną środowiska medycznego, które nie uległo wysuwaniom przez niektórych prawników propozycjom neutralizacji swej aksjologii na rzecz prawa stanowionego. Kierunek ten jeszcze przed nowelizacją kodeksu wyraźnie wyartykułował Prezes NRL K. Radziwiłł: „Nie ma zatem wątpliwości, że «ekspertami» w dziedzinie etyki lekarskiej mogą być przede wszystkim członkowie samorządu, a rola prawników musi ograniczyć się w tym zakresie do pomocy w zapisaniu zasad postępowania ustalonych przez lekarzy i lekarzy stomatologów. Podobnie jak etyki zawodowe pielęgniarek, adwokatów, notariuszy i innych zawodów zaufania publicznego mogą formułować tylko samorządy tych zawodów. Trzeba przy tym stwierdzić, że kodeks nie stanowi przepisów prawa w takim samym stopniu, jak ustawy i rozporządzenia. Będąc zbiorem zasad etycznych, adresowany jest nie do instytucji, ale przede wszystkim do sumień poszczegól-

gólnych lekarzy i lekarzy stomatologów. To do nich ostatecznie należy rozważenie, jak te wytyczne należy zastosować w konkretnej, często niepowtarzalnej sytuacji praktycznej. Także rzecznicy odpowiedzialności zawodowej i sędziowie lekarscy, stwierdzając, że postępowanie danej osoby jest «sprzeczne z zasadami etyki i deontologii zawodowej», korzystać muszą bardziej z własnego doświadczenia zawodowego i wycucia moralnego niż z wiedzy prawniczej. Kodeks Etyki Lekarskiej nie jest i być nie może traktowany jako kodeks karny”<sup>18</sup>.

Taka interpretacja umożliwi kierowanie się normami etycznymi KEL również wtedy, gdy prawo szczegółowo jeszcze pewnych spraw nie reguluje, lub kiedy samo, jak znamy to z historii, ulega degeneracji. Normy moralne zapisane w naturze ludzkiej, rozwijane i przekazywane przez tradycję chrześcijańską oraz przez tradycję poszczególnych wspólnot zawodowych, w tym również przez tradycję medyczną – powinny inspirować prawodawstwo do budowania cywilizacji życia, a nie cywilizacji śmierci.

## Przypisy

1. Tulczyński A.: Historia i ewolucja kodeksów etycznych. W: Kielanowski T., red.: Etyka i deontologia lekarska. Warszawa, PZWL, 1985: 195
2. Tamże: 196–197
3. Tamże: 197
4. Tamże: 199
5. Tamże: 201
6. Umiałowski J.: Wypowiedź na Ogólnopolskiej Konferencji: „Medycyna – etyka – ekonomia”, 16 VI 2003. Puls, 2003; 7; <http://www.nil.org.pl/xml/oil/oil68/gazeta/numery/n2003/n200307/n20030707#1>
7. Löwy I.: Polska szkoła filozofii medycyny: od Tytusa Chałubińskiego do Ludwika Flecka. Wrocław, Kraków, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, 1992
8. Radziwiłł K.: Okiem Prezesa. Gaz. Lek., 2003; 10; <http://www.nil.org.pl/xml/nil/gazeta/numery/n2003/n200310/n20031003>
9. Jan Paweł II do polskich lekarzy. Gaz. Lek., 2003; 10; <http://www.nil.org.pl/xml/nil/gazeta/numery/n2003/n200310/n20031005>
10. Przrzeczenie lekarskie – projekt. Gaz. Lek., 2003; 5; <http://www.nil.org.pl/xml/nil/gazeta/numery/n2003/n200305/n20030515>
11. Brzeziński T.: Etyka lekarska. Warszawa, PZWL, 2002: 37
12. Kodeks Etyki Lekarskiej. Tekst jednolity z dnia 2 stycznia 2004 r., zawierający zmiany uchwalone w dniu 20 września 2003 r. przez Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy, Warszawa, NRL 2004 (dalej cyt. jako KEL)
13. Zob. Szczeklik A.: Wypowiedź na Ogólnopolskiej Konferencji: „Medycyna – etyka – ekonomia”, 16 VI 2003, dz. cyt.
14. Karta Lekarza. Zasady wykonywania zawodu lekarza w nowym tysiącleciu. Tłum. Gajewski P. i in. Med. Prakt. wyd. specj. 4/2002
15. Związki lekarzy z przemysłem. Stanowisko American College of Physicians–American Society of Internal Medicine. Tłum. Brożek J. i in. Med. Prakt. wyd. specj. 5/2002
16. Krajewski R.: Polski Kodeks Etyki Lekarskiej w Unii Europejskiej. Gaz. Lek., 2004; 6; <http://www.nil.org.pl/xml/nil/gazeta/numery/n2004/n200406/n20040613>
17. Tamże
18. Radziwiłł K.: Wypowiedź na Ogólnopolskiej Konferencji: „O nowelizacji Kodeksu Etyki Lekarskiej”, 8 IX 2003. Puls, 2003; 9; <http://www.nil.org.pl/xml/oil/oil68/gazeta/numery/n2003/n200309/n20030912>