

Zasady postępowania w praktyce lekarskiej

Punktem wyjścia do analizy etycznych zasad wykonywania praktyki lekarskiej jest objaśnienie dwóch charakterystycznych cech zawodu lekarza, pierwsza z nich, to konieczność ustawicznego kształcenia; a druga to zakwalifikowanie go do zawodu zaufania publicznego². Z obydwu tych cech wynika obowiązek uzupełniania i doskonalenia wiedzy medycznej. Obowiązek ten jest też obowiązkiem prawnym na podstawie ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry, wynikającym z art. 4, który określa go jako wykonywanie zawodu zgodnie z aktualną wiedzą medyczną. Sam Kodeks Etyki Lekarskiej natomiast w art. 4 zawiera określenie niezbędnej wiedzy lekarza jako „współczesnej”. Zapisy zarówno ustawy, jak i Kodeksu wskazują na konieczność nieustannego doksztalcania i doskonalenia zawodowego. Medycyna jest jedną z najdynamiczniejszych dziedzin nauki, gdyż na tempo jej rozwoju wpływa wprost proporcjonalnie rozwój niemalże każdej innej dziedziny. Wykorzystywanie wszelkich osiągnięć myśli technicznej w ochronie zdrowia sprawia, że wykonywanie zawodów medycznych wymaga wszechstronnych umiejętności i coraz szerszych kwalifikacji. Drogę do doskonalenia zawodowego wskazuje **art. 56**, poprzez wzajemne dzielenie się zdobytym doświadczeniem i wiedzą ze współpracownikami (podobnie do zapisu art. 53 pkt 1, wskazującego na powinność dzielenia się z mniej doświadczonymi kolegami) oraz udzielanie się w działalności towarzystw lekarskich. Efektem ich działalności jest przede wszystkim rozpowszechnianie aktualnej wiedzy medycznej w formie organizacji szkoleń i udostępniania aktualnych standardów medycznych. Odnośnie dzielenia się wiedzą, należy wymienić informatyzację w ochronie zdrowia jako narzędzie realizacji tego postulatu. Posługiwanie się elektronicznymi sposobami przekazu pozwala na powszechne i sprawne publikowanie wytycznych czy organizowanie konsyliów lekarskich i konsultacji między specjalistami różnych dziedzin w szybki sposób, poprzez telekonferencje. Internet otwiera niewyobrażalne możliwości rozpowszechniania wiedzy, a zarazem dostępu do naj-

¹ Mgr prawa, doktorantka na Wydziale Prawa Uniwersytetu Humanistycznospołecznego SWPS w Warszawie.

² R. Kubiak *Prawo medyczne*, Warszawa, 2010, s. 26.

nowszych osiągnięć myśli medycznej. Pozwala również zaoszczędzić bezcenny czas, który jest potrzebny pacjentom. Godzenie obowiązków w placówkach leczniczych i powinności doskonalenia zawodowego jest bez wątpienia łatwiejsze. Jednocześnie elementem doskonalenia wiedzy lekarza stały się umiejętności korzystania z technologii informatycznych. Poza nimi wiele specjalizacji medycznych, w których wymagane jest posługiwanie się wieloma produktami medycznymi, wymaga od lekarzy poszerzania wiedzy dotyczącej specyfiki tych produktów, np. znajomości obsługi i działania sprzętu medycznego³.

Rozważania nad obowiązkiem doskonalenia wiedzy należy prowadzić w kontekście praw pacjenta. Wynika on bowiem z prawa pacjenta do jakości w ochronie zdrowia, gwarantowanej również regulacjami prawa międzynarodowego⁴. Na ważkość tego obowiązku wskazuje również orzecznictwo sądów. W orzeczeniu z 13 października 2005 r. Sąd Najwyższy podkreślił, że obowiązek podnoszenia kwalifikacji zawodowych oraz śledzenia postępów nauki i techniki medycznej wynika z UoZLD i KEL, a ignorancja w tym zakresie stanowi winę lekarza⁵. Powinność doskonalenia wiedzy jest zarazem prawem lekarza, które może egzekwować od pracodawców. Naruszenie tego prawa jest nie tylko naruszeniem prawa pracy, ale prawa podmiotowego, wynikającego z przepisów ustawy o zawodzie lekarza i zasad deontologii medycznej, związanego z zasadą prawidłowego wykonywania zawodu⁶.

Korelatywnie do obowiązku uaktualniania wiedzy **art. 57 pkt 1** Kodeksu wprowadza zakaz posługiwania się metodami leczniczymi zaliczanymi do niezweryfikowanych naukowo lub zweryfikowanymi jako szkodliwe. Metody te nie są elementem wiedzy medycznej, zatem zakaz ten ma również wymiar normy prawnej, której łamanie jest zagrożone konsekwencjami w zakresie prawa cywilnego (odpowiedzialność odszkodowawcza), jak i karnego (odpowiedzialność karna), ale są one nieuchronne w przypadku wystąpienia negatywnych skutków. Na podstawie Kodeksu natomiast, stosowanie tych metod, wiąże się z poniesieniem konsekwencji – odpowiedzialności zawodowej, nawet przy braku wystąpienia niepożądanych skutków. Stosowanie ich jest podsta-

³ Zob. więcej: D. Michalska-Sieniawska, B. Węgrzynowski, *Informatyzacja w ochronie zdrowia*, [w:] *Prawne aspekty reformy systemu ochrony zdrowia w Polsce*, red. K.F. Bolt, D. Michalska-Sieniawska, B. Węgrzynowski, Gdynia 2012, s. 219–235.

⁴ M. Śliwka, *Prawa pacjenta w prawie polskim na tle prawnopórownaczym*, Toruń 2008, s. 89.

⁵ www.portaldentystyczny.pl – artykuł z dnia 8.06.2010 r., *Leczyć według wskazań aktualnej wiedzy medycznej* [dostęp: 15.04.2015].

⁶ S. Mołoda, *Prawo dla lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej*, Warszawa 2007, s. 33.

wą do pozbawienia prawa do wykonywania zawodu. Elementem posługiwania się metodami wyżej wymienionymi jest również współpraca z osobami nieuprawnionymi do leczenia. Analogicznie do obowiązku wynikającego z poprzedniego artykułu, dotyczącego dzielenia się wiedzą, współpraca z osobami stosującymi metody niemedyczne jest drogą do zdobywania wiedzy nie tyle nieużytecznej co szkodliwej, przeczącej metodom sprawdzonym naukowo, oznacza to, że są one nieuprawnione do przekazywania wiedzy dotyczącej leczenia. W tym miejscu dotknięte jest zagadnienie źródła aktualnej wiedzy medycznej, które nie zostało nigdzie określone. Powyżej wspomniany zapis art. 57 przybliżył nas do określenia tego źródła, określając co na pewno nim nie jest. Niemałym problemem jest dokładne rozgraniczenie między metodami udowodnionymi naukowo, a nieudowodnionymi. Rozwój nauk biomedycznych i przeprowadzane badania naukowe są sprawą międzynarodową. Międzynarodowy przepływ informacji związanych z tym rozwojem i wynikami badań nie jest jednak uregulowany na tyle, żeby równocześnie wprowadzać te same standardy medyczne w wielu krajach, zwłaszcza że wiąże się to z problemem różnorodności systemów zdrowia i sytuacji ekonomicznej. Problemem w tej kwestii jest też brak dostatecznych regulacji, zwłaszcza międzynarodowych, dotyczących zasad uznania określonych metod leczniczych za udowodnione. Przykładem tego dylematu jest homeopatia, uznana za dziedzinę medycyny przez Światową Organizację Zdrowia⁷ 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 Medycznym⁸.

Dalsza część omawianego artykułu w **pkt 1 i 2** wskazuje na obowiązek kierowania się dobrem pacjenta w wyborze metod diagnostyki i terapii za-

⁷ Zob. więcej: <http://www.who.int/en/> – hasło: homeopaty oraz zobacz materiał filmowy: [www.youtube.com:](http://www.youtube.com/) „The Living Matrix: The New Science of Healing – Official Trailer”, zawierający wywiady z naukowcami z wielu dziedzin w kwestii podstaw rozwoju współczesnej medycyny, które według wielu specjalistów są uznane za błędne z powodu preferowania chemii jako dziedziny nauki w badaniach medycznych przy równoczesnym braku uznania fizyki jako dziedziny podstawowej, pozwalającej na naukowe udowodnienie skuteczności działania preparatów homeopatycznych (program ten był również tematem reportażu Ewy Ewart emitowanego kilkakrotnie w TVN 24.

⁸ Zob. więcej: <http://www.nil.org.pl/aktualnosci/studia-homeopatyczne-odpowiedza-na-pismo-rektora-sum>.

stosowanej wobec niego. Dobrem tym jest przede wszystkim stan zdrowia, który powinien być chroniony jak najskuteczniej, ale również z uwzględnieniem ochrony jego dóbr finansowych, przy równoczesnym zastrzeżeniu nie kierowania się przez lekarza własnymi korzyściami finansowymi. Powodzenie w postępowaniu medycznym zależy od wielu czynników. Jednym z nich jest cena jaką trzeba zapłacić za poszczególne jego etapy, tj. za produkt leczniczy. Jeśli pacjenta nie będzie stać np. na zakupienie leków na całość zalecanej terapii, to cel leczniczy nie zostanie osiągnięty⁹. Należy jednak podkreślić, że nawet jeśli koszty leczenia nie odgrywają szczególnej roli dla pacjenta, to nie zwalnia to lekarza z obowiązku nienarażania go na koszty nieuzasadnione. Wobec powyższego chodzi tu o dobro szerzej rozumiane niż tylko w zakresie skuteczności leczenia. Wymiar tych nakazów leży u podstaw moralności. Intencje skierowane na własne dobro, a nie innych leżą w sferze myśli człowieka i nie są ewidentne w takim wymiarze, jak zasady etyczne, których przestrzeganie przejawia się głównie w czynach. Jednak wymóg ten nie jest utopijny, choćby ze względu na istnienie społecznego przekonania, że osoba wykonująca zawód zaufania publicznego kierowała się *powołaniem*¹⁰ wybierając swój zawód oraz zdobywając wiedzę i umiejętności, kształtowała swoją postawę moralną w kierunku pełnienia ważnej roli w społeczeństwie. Można uznać również, że niejako wynagrodzeniem za pełnione ważne funkcje społeczne są satysfakcja, uznanie i spełnienie. Takie walory nie są udziałem osób kierujących się przede wszystkim wysokością dochodów przy dokonywaniu wyboru zawodu.

W **art. 58** znajdujemy zapis określający etyczny i prawny wymiar *odpowiedzialności kierowniczej* – za kierownictwo pracami zespołu¹¹. Lekarz jest zawsze osobą prowadzącą postępowanie lecznicze, podejmując decyzje co do metod i kierując podejmowanymi czynnościami przez personel medyczny, co nadaje mu funkcje kierowniczą. Kierowanie zespołem ludzi wiąże się z takimi zadaniami, jak skoordynowanie działań różnych osób i ponoszenie od-

⁹ S. Molęda *Prawo dla lekarzy...*, s. 74–75.

¹⁰ *Powołanie* według encyklopedii PWN odwołuje się do norm religijnych, ze względu na powiązanie zrozumienia tego słowa jako synonimu kompilacji cech człowieka – przyrodzonych niejako w darze od Boga, choć według niewierzących można je określić jako przyrodzone w darze od natury (niezależne od woli), warunkujących predyspozycje do wykonywania określonych funkcji społecznych.

¹¹ Nawet jeżeli lekarz nie pełni wprost funkcji kierowniczej, o której jest mowa w art. 53 pkt 2 i 3, polegającej na kierowaniu pracą w placówkach leczniczych, to jest kierownikiem w zakresie wszystkich czynności związanych z przeprowadzeniem procedury leczniczej wobec pacjenta, który pozostaje pod jego opieką.

powiedzialności za sumę tych działań – wyniki pracy zespołowej oraz wiąże się z podejmowaniem decyzji strategicznych, których nie można scedować na pozostałych członków zespołu. Podstawą odpowiedzialności są posiadane specjalistyczne kompetencje. Dobra współpraca ludzi zawsze zależy od wzajemnego szacunku i kultury osobistej. Zaprowadzenie odpowiedniej kultury pracy zależy w pierwszym rzędzie od osoby kierującej, która wyznacza standardy postępowania¹². W nauce zarządzania relacje interesariuszy w danym podmiocie są jednym z istotnych elementów dobrego zarządzania wpływającego na jakość usług¹³. Relacje interesariuszy to inaczej odpowiednia atmosfera w miejscu pracy i przede wszystkim dobre relacje pomiędzy poszczególnymi osobami, zwłaszcza w relacjach zwierzchnik – podwładny. Znaczenie norm etycznych wzrasta we współczesnych przedsiębiorstwach¹⁴, w tym w podmiotach leczniczych, które zaczęły być postrzegane jak przedsiębiorstwa, od wejścia w życie ustawy o działalności podmiotów leczniczych¹⁵.

Jak już wcześniej było wspomniane, zawód lekarza jest zawodem zaufania publicznego oraz zawodem zaliczanym do zawodów wolnych¹⁶. Obydwie te cechy są ze sobą powiązane. Zawód wolny, będący zarazem zawodem zaufania publicznego podlega, większej kontroli państwa, zwłaszcza poprzez odpowiednie regulacje prawne¹⁷, chroniące te zawody przed powszechnym dostępem osób *niepowołanych*¹⁸, w szczególności nieposiadających odpowiednich kwa-

¹² Organizowanie pracy zespołu medycznego poprzez wyznaczanie odpowiednich standardów postępowania jest elementem odpowiedniego zarządzania w placówce leczniczej, wpływającego na jakość usług leczniczych.

¹³ K. Jasik, *Relacje interesariuszy jako podstawa jakości przedsiębiorstwa*, „Problemy Zarządzania” 2012, vol. 10, nr 2 (37).

¹⁴ E. Gołębiowska, *Wartości etyczne we współczesnym zarządzaniu*, [w:] *Relacje przedsiębiorstwa z interesariuszami*, red. E. Magier-Łakomy, M. Boguszewicz-Kreft, J. Dworak, „Prace Naukowe WSB” Gdańsk 2014, s. 47–50.

¹⁵ Ustawa z działalności podmiotów leczniczych z dnia 15 kwietnia 2011 r. (Dz.U. 2011, nr 112, poz. 654).

¹⁶ R. Kubiak, *Prawo...*, s. 27–29 oraz S. Poździoch, *Prawo zdrowia publicznego*, Kraków 2004, s. 53.

¹⁷ Zob. K. Wojtczak *Administracyjnoprawna reglamentacja wolnych zawodów*, [w:] *Rola materialnego prawa administracyjnego a ochrona praw jednostki*, red. Z. Leoński, Poznań 1998, s. 97–122.

¹⁸ Określając zawód lekarza jako zawód wymagający powołania – szczególnych predyspozycji osobowościowych, możemy również mówić o osobach niepowołanych w znaczeniu nie tylko braku kompetencji zawodowych – wyuczonych, ale również w znaczeniu braku odpowiednich predyspozycji osobowościowych.

lifikacji. Kontrola państwa przejawia się również w zapewnieniu konstytucyjnych podstaw do istnienia samorządów zawodowych¹⁹, które kontrolują przestrzeganie zasad etyki zawodowej – deontologii z równoczesnym obowiązkiem pociągania do odpowiedzialności zawodowej w przypadku nieprzestrzegania tych zasad. Jest to gwarancja należytego wykonywania zawodu. Podstawą istnienia zaufania do zawodu jest posiadanie odpowiedniej pozycji w społeczeństwie, budowanej w dużej mierze poprzez działania samorządów. Dlatego też obowiązkiem każdego przedstawiciela takiego rodzaju zawodu, wyrażonym w **art. 58 i 59**, jest wspieranie działań swojego samorządu również powstrzymaniem się od publicznej krytyki wobec niego, co mogło by podważyć zaufanie do zawodu wykonywanego przez krytykującego. Elementem wspierania swojego samorządu jest wyłączenie przestrzeganie zasad etyki zawodowej wytyczanych przez niego, a nie przez jakiegokolwiek innego zwierzchnika, nawet gdyby był nim urząd państwowy, na co wyraźnie wskazuje **art. 61**. Dobre postrzeganie przedstawicieli sztuki medycznej jest sprawą ogromnej wagi, ze względu na ważkość dóbr, których ochrona im podlega – zgodnie ze wstępnymi zapisami kodeksu w art. 1 i 2 – ochrona podstawowych praw człowieka: godności, życia i zdrowia. Jeśli człowiek powierza swoje najcenniejsze dobra osobiste w ręce drugiego człowieka, który jest do tego uprawniony i powołany, a brakuje zaufania ze strony powierzającego, ze względu na niewłaściwe postępowanie uprawnionego, to niewłaściwe postępowanie uprawnionego jest swoistym naruszeniem praw człowieka. Tym niewłaściwym postępowaniem jest również tworzenie złego pjaru wobec własnego samorządu i przedstawicieli swojego zawodu. Z tego względu zapis **art. 60** wprost zachęca pokrzywdzonych lekarzy, których „dobra opinia zawodowa” została nadszarpnięta, do egzekwowania naprawienia wyrządzonej im szkody, a samorządom nakazuje ułatwianie pociągania do odpowiedzialności prawnej osób, które próbowały bezpodstawnie naruszyć dobre imię lekarza. Osobami, które bezpodstawnie naruszyły dobro osobiste lekarza mogą być nie tylko pacjenci, gdyż podstawą do wysuwania oskarżeń wobec lekarza jest zawsze opinia innego lekarza. Kolejna zasada wykonywania zawodu zaufania publicznego, obciążonego szczególną odpowiedzialnością za powierzone dobra osobiste, została sprecyzowana w **art. 62**. Kto ma ponosić odpowiedzialność za wykonywane osobiście czynności musi je wykonywać pod własnym nazwiskiem i na podstawie osobiście zdobytych kwalifikacji. Osobista odpowiedzialność polega również na nakazie unikania tworzenia zafałszowanego wizerunku zawodowego, którego

¹⁹ Art. 17 Konstytucji RP otwierający drzwi do tworzenia samorządów zawodowych jest jednym z zapisów stanowiących o ustroju Rzeczypospolitej Polskiej.

tworzeniu sprzyja reklamowanie swojej osoby lub firmowanie swoim nazwiskiem i wizerunkiem przedsięwzięć komercyjnych. Zasada ta wyrażona jest w formie zakazu reklamy i wspierania celów komercyjnych w **art. 63**. Cele te oznaczają, że chodzi również o inne formy wspierania reklamy i promocji określonych firm i produktów, tj. korzystanie ze sponsoringu, czego wyrazem jest np. noszenie logo sponsora na fartuchu czy posługiwanie się przez lekarza przedmiotami (np. długopis, notes itp.) z logo. Niestety są to działania dosyć powszechne ze strony lekarzy, gdyż może się wydawać, że przyjmowanie gadżetów o nieznaczej wartości jest mało szkodliwe i nie wpisuje się w formułę reklamy, ale w cele komercyjne na pewno. Ze względu na niekierowanie reklamy wprost i w sposób oczywisty, takie działanie nosi wszelkie znamiona kryptorekamy. Może się wydawać, że jest to zbyt rygorystyczny zapis kodeksu. Jednak lekarze muszą mieć świadomość, że do gabinetów lekarskich trafia bliżej nieokreślone grono ludzi, dla których reklama określonego produktu poprzez rozmieszczanie jego logo na poszczególnych przedmiotach wtapiających się w całość, w której również funkcjonuje wizerunek określonego lekarza, jest prezentowaniem przez niego tego produktu²⁰. Budowanie zaufania do osób pełniących odpowiedzialne funkcje polega również na zachowaniu nieposzlakowanej opinii. Rzutować na dobrą opinię może uczestniczenie w działaniach marketingowych, które podlegają zasadom rynkowym, często stojącym przeciwko ochronie wyższych wartości, do której jest powołany lekarz. Niestety w ostatnich latach opinia publiczna na temat współpracy środowiska lekarskiego z firmami farmaceutycznym, stała się niekorzystna dla budowania zaufania i szacunku do zawodu lekarza. Powszechnie krążące anegdoty o korzyściach materialnych odnoszonych przez środowisko lekarskie z tytułu przepisywania pacjentom zbyt dużej ilości leków, w celu generowania większych zysków koncernom farmaceutycznym, świadczą o znacznym nadszarpnięciu dotychczasowego dorobku moralnego przez to środowisko²¹. Należy również w tym kontekście pamiętać o przykrych doświadczeniach medycyny w XX w., odnośnie

²⁰ S. Molęda, *Prawo lekarzy...*, s. 83–84.

²¹ Powszechnie stało się publikowanie żartów w tym temacie o odnoszonych różnych korzyściach przez lekarzy, które niekoniecznie są korzyściami pieniężnymi, i tak np. w gazecie „Angora” z 2011 r., nr 8 ukazała się anegdota, w której pacjent zwracający się z pytaniem do lekarza: „na co to lekarstwo?”, otrzymuje odpowiedź, że „na Bahamy. Jeszcze tylko 48 recept...”. Rozpowszechnianie takiego wizerunku medyka przez media, w sposób choćby żartobliwy, jest wyrazem upadku, w znacznym stopniu, respektu do zawodu, który był dorobkiem przedstawicieli tego zawodu od tysięcy lat. Warto alarmować o większe poszanowanie zasad etyki pomagających unikać wszelkich działań marketingowych, które stoją w sprzeczności do misji tego zawodu.

niezachwianej wiary wielu lekarzy i pacjentów do medycyny konwencjonalnej, która spowodowała przeantybitykowanie społeczeństwa światowego²². Duże ilości spożywanego środków farmaceutycznych, których użycie zawsze może się wiązać z wystąpieniem skutków niepożądanych na pewno nie podnosi poziomu zdrowia społeczeństwa. Dla wszechobecnej komercji promującej leki na wszystko, lekarze powinni stanowić przeciwwagę!

Powodem uszczerbku na nieposzlakowanej opinii i utraty zaufania może stać się słabość do nałogów. Jednakże najgorszą rzeczą, która może się zdarzyć pacjentowi, to znalezienie się w sytuacji zagrożenia życia lub doznania ciężkiego uszczerbku na zdrowiu równocześnie będąc pod opieką lekarską osoby znajdującej się w stanie odurzenia, niepozwalającego na podejmowanie właściwych decyzji terapeutycznych. O ile odurzenie alkoholowe jest łatwe do zauważenia i zidentyfikowania jego znamion, o tyle odurzenie różnego rodzaju środkami, choćby farmaceutycznymi, nie jest już tak łatwe. W takich sytuacjach udowodnienie po wystąpieniu szkody, że jej przyczyną jest wprowadzenie się w pewien stan odurzenia przez lekarza, nie jest sprawą oczywistą. Wobec powyższego, zapobieganie takim niepożądanym zdarzeniom znajduje swój wyraz w zakazie etycznym w **art. 64**, mającym na celu uczulanie na różne możliwości spowodowania niebezpieczeństwa na podopiecznych z powodu użycia środków, często szczególnie łatwo dostępnych dla lekarzy.

Po wprowadzeniu zasad wolnorynkowych, również w dziedzinie usług leczniczych, łatwo jest poddać się im przez przedstawicieli wolnych zawodów. Podlegają oni bowiem tym samym obciążeniom finansowym, w tym ze strony państwa, którym podlega każdy prowadzący działalność gospodarczą na własny rachunek. Każda działalność tego typu wymaga promocji w celu pozyskania klientów. Jednakże wykonywanie wolnych zawodów, zwłaszcza podlegających pod zakwalifikowanie ich do zawodów zaufania publicznego, wymaga rezygnacji z zastosowania większej części zabiegów wolnego rynku. Zawód lekarza wymagający pozyskania szczególnego zaufania, wymaga również stosowania jeszcze większych rygorów w tych ograniczeniach opisanych w **art. 65 do 68**. Podstawowymi metodami promocji usług lekarskich, zgodnie z treścią artykułów już omówionych, są: fachowe przygotowanie, ustawiczne dokształcanie się, również w zakresie jakości usług leczniczych pod kątem zadowolenia pacjenta z jego relacji z personelem medycznym, skuteczność w rozwiązaniu problemu terapeutycznego, niewygórowane koszty terapii oraz nieposzlakowana opinia. Dobra opinia, szeroko rozumiana, budująca autorytet do tradycyjnie postrzeganego

²² A. Wyke, *Medycyna przyszłości. Telemedycyna, cyberchirurgia i szanse na nieśmiertelność*, Warszawa 2003, s. 18.

zawodu medyka, głównie poprzez wyniki własnej pracy (zgodnie z art. 63 pkt 1), jest często czynnikiem najbardziej decydującym o konkurencyjności. Ograniczeniem, którego przekroczenie może narazić na utratę zaufania i szacunku, jest zakaz łamania zasad deontologii względem pacjentów w tym wyłudzenia większego honorarium niż pacjent się spodziewa lub w ogóle się nie spodziewa, gdyż usługa powinna być bezpłatna (art. 66 i art. 68). Świadczenie w pewnym zakresie usług bezpłatnie jest też formą promocji, preferowaną etycznie na podstawie zapisu **art. 66 pkt 3**. Zakaz nierzetelnego informowania, innymi słowy wprowadzania w błąd co do kosztów lub własnych możliwości, w tym posiadanych kompetencji jest absolutną podstawą w zachowaniu zasad uczciwej konkurencji w udzielaniu usług leczniczych (art. 66 pkt 4).

Ponownie nawiązując do omawianych już artykułów w zakresie budowania autorytetu do zawodu i samorządu lekarskiego (art. 58 i art. 60) trzeba połączyć powinności w nich wskazane z zasadą zachowania lojalności wobec kolegów. Lojalność wskazana w art. 65 obejmuje zasady uczciwej konkurencji we współuczestniczeniu na rynku usług, ale również wzajemną pomoc lekarską, gdyż każdy lekarz jest też pacjentem, tak jak członkowie jego rodziny. Głęboki moralny przekaz w tym względzie mieści się w zapisie **art. 67**, dotyczącym udzielania bezpłatnej opieki lekarskiej względem wdów, wdowców i sierot po lekarzach. Znajduje on głębsze podstawy w kulturze chrześcijańskiej, poparte nakazami biblijnymi, odwołującymi się do sumienia. Przesłanie tego zapisu kodeksowego z pewnością ma trafiać w sferę emocjonalną, określając taką praktykę jako dobry zwyczaj.

Zakończenie

Efektom rozwoju cywilizacji jest rosnące zapotrzebowanie na normowanie stosunków społecznych, coraz bardziej skomplikowanych, a standaryzacja we wszystkich dziedzinach gospodarki stała się synonimem poziomu jej rozwoju. Równoległe do norm prawnych, istnieją systemy norm etycznych i moralnych, mających swoje źródło w prawie naturalnym, pozwalających na odróżnienie dobra od zła²³. Systemy te stanowią uzupełnienie i uszczegółowienie przepisów prawa. Często są prawnie obowiązujące, gdy przepisy prawa przywołują obowiązek ich przestrzegania. Dotyczy to w szczególności zasad deontologii – zasad etycznych dla konkretnego zawodu, na podstawie których przedstawiciele ta-

²³ A. Łopatką, *Prawo natury a świadomość prawna*, [w:] *Powrót do prawa ponadustawowego*, red. M. Szyszkowska, Warszawa 1999, s. 110.

kiego zawodu ponoszą odpowiedzialność, wiążącą się ściśle z konsekwencjami prawnymi²⁴. W obliczu stanu rozwoju praw człowieka i nowego wymiaru demokracji XXI w., przestrzeganie etyki zawodowej względem pacjenta jest przestrzeganiem wyższego prawa niż Konstytucja czy ustawy krajowe. Jest elementem prawa międzynarodowego w tym prawa Unii Europejskiej, które są nadrzędne względem prawa krajowego. Jest również elementem prawa ponadustawowego, którym jest prawo naturalne, stanowiącego źródło wszelkiej myśli prawnej. Rodzący się nurt w filozofii prawa w ostatnich latach, to indywidualizm. Jest to doktryna przyznająca jednostce nadrzędną pozycję do społeczeństwa, gdyż według niej to społeczeństwo służy jej do samorealizacji²⁵. Prawo do ochrony godności, życia i zdrowia jest podstawą wszystkich państw demokratycznych, a współczesna demokracja jest skierowana głównie na ochronę praw jednostki. Odzwierciedleniem tego nurtu w kwestii ochrony zdrowia są zapisy Europejskiej konwencji o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej w kontekście zastosowań biologii i medycyny, zwana krócej konwencją bioetyczną (art. 2), w której jedną z podstawowych zasad jest prymat jednostki nad dobrem ogółu lub nauki²⁶. Wszelkie nowożytnie zachodzące zmiany w ochronie praw człowieka afirmują człowieka, jego dobro i szczęście jako wartość najwyższą²⁷. Znajdują one odzwierciedlenie zarówno w naczelnym akcie prawa krajowego – Konstytucji RP, jak i w unormowaniach etycznych. Nacisk na ochronę praw jednostki znajduje swój wyraz w omawianych w niniejszym artykule normach, nie tylko względem pacjentów, ale i lekarzy oraz ich rodzin. Ze względu na szczególną rolę jaką pełni współcześnie medycyna w realizacji dobrostanu człowieka, Kodeks Etyki Lekarskiej ma równie doniosłe znaczenie jak akty prawa międzynarodowego, tj. Deklaracja Praw Pacjenta Światowej Organizacji Zdrowia (WHO)²⁸ i jest jednym ze źródeł norm prawa medycznego.

²⁴ Zob. więcej na temat normatywnego charakteru *Kodeksu Etyki Lekarskiej*, [w:] S. Poździejch, M. Gibiński, *Prawa Lekarzy. Zarys problematyki*, Warszawa 2012, s. 205–220.

²⁵ G.L. Seidler, *Kilka uwag o prawie natury*, [w:] *Powrót do prawa ponadustawowego*, op.cit., s. 14.

²⁶ T. Jasudowicz, J. Czepek, J. Kapelańska-Pręgowska, *Międzynarodowe standardy bioetyczne. Dokumenty i orzecznictwo*, Warszawa 2014, s. 14–15.

²⁷ D. Tanalski, *Wartości Konstytucji i Konkordatu*, [w:] *Powrót do prawa ponadustawowego*, red. M. Szyszkowska, Warszawa 1999, s. 122.

²⁸ Zob. więcej: M. Nestorowicz, *Prawo medyczne*, Toruń 2013, s. 13–35.

Summary

The increasing demand for regulating social relations which are becoming more complicated is an effect of developing civilization, including in it the level of protection of human rights in XXI century. Standardization is a synonym of the nowadays developing world economy. Apart of the legal rules there are other regulation systems like moral standards, ethical standards, deontological norms or customs. These regulation systems are the complementary systems to the law regulations. Their origin is the natural law. Deontological principles mostly are legally binding like plenty of ethical standards in medicine. The reason of the legal power of ethics in medicine is liability for human life. Code of Medical Ethics is also the source of legal norms in medical law. The most important legal norm for medical practice is the doctor's obligation to treat patients according to the current medical knowledge. Besides doctors should conduct their practice in a socially acceptable way as working in a profession of public trust.

Keywords: Code of Medical Ethics, medical practise, medical profession, doctor, patient, ethics, deontology, morality, profession of public trust, independent profession, medical services, medicine, professional self-governmet, professional liability, current medical knowledge, advertisement, patient rights

Słowa kluczowe: Kodeks Etyki Lekarskiej, praktyka lekarska, zawód medyczny, doktor, pacjent, etyka, deontologia, moralność, zawód zaufania publicznego, zawód niezależny, usługi medyczne, medycyna, samorządność zawodowa, odpowiedzialność zawodowa, aktualna wiedza medyczna, reklama, prawa pacjenta