



Klauzula sumienia jest konstrukcją prawną konieczną w państwach demokratycznych, z której jednakże należy korzystać w ostateczności i po wyczerpaniu wszystkich innych możliwości, odwołując się wyłącznie do osądu własnego sumienia

Kazimierz Szewczyk

Moja wypowiedź nawiązując przede wszystkim do ostatniego tekstu polemicznego Włodzimierza Galewicza¹, wchodzi w spór ze stanowiskiem Jakuba Pawlikowskiego. Budują ją trzy części, pierwsza – w której zgadzam się z poglądami W. Galewicza, druga – wyrażająca niepewność co do racji stojących za krytyką poglądów Juliana Savulescu na klauzulę sumienia, przeprowadzoną przez W. Galewicza i trzecia, będąca zakończeniem rozważań. W częściach tych umieszczam też „wkład własny” w toczącą się dyskusję.

W czym się zgadzam

1. Zgadzam się z Autorem, że „podobnego typu argumenty”, które przywołuje Edmund Pellegrino na uzasadnienie swoich poglądów, „wspierają też stanowisko, jakie zajmuje dr Pawlikowski”, odróżniając świadczenia medyczne jako kategorię procedur obowiązkowych dla społeczności lekarskiej, od świadczeń niemedycznych (ostatni tekst, s. 5). Klauzula sumienia „w formie nakładającej obowiązek odesłania” pacjenta „do innego specjalisty”, postuluje J. Pawlikowski, dotyczyłaby „jedynie

¹ W. Galewicz, *Jakie świadczenia zdrowotne powinny być obowiązkowe*, dalej jako ostatni tekst; http://www.ptb.org.pl/pdf/galewicz_klauzula_5.pdf

świadczeń medycznych a świadczenia niemedyczne, jeśli są zalegalizowane, byłyby jedynie dozwolone” (drugi tekst, s. 5)².

Przypomnę, że E. Pellegrino reprezentuje radykalnie esencjalistyczną wersję koncepcji opowiadających się za wewnętrzną moralnością medycyny. Oznacza to, że tzw. cele wewnętrzne medycyny (*ends*) wyrastają z samej jej natury (esencji) jako praktyki medycznej. Ta własność odróżnia je od celów zewnętrznych (*goals*)³. Cele wewnętrzne – odmiennie niż zewnętrzne – nie są więc w żadnej mierze konstruowane przez społeczeństwa, ani nie ulegają zmianie w historii – moralne dzieje profesji lekarskiej w istocie nie mają na nie liczącego się wpływu. Proponowana przez E. Pellegrino etyka medyczna zbudowana jest na podstawach „etyki Arystotelesa i św. Tomasza” oraz „szeroko pojętej etyki chrześcijańskiej”⁴.

Tadeusz Biesaga analizując w świetle poglądów E. Pellegrino (i Leona Kassa) wspomniany przez W. Galewicza w ostatnim tekście raport *The Goals of Medicine. Setting New Priorities*, dochodzi do wniosku, że za „główny cel medycyny należy uznać opiekę nad chorymi z różnymi dolegliwościami i ich leczenie oraz opiekę nad tymi, którzy nie mogą być wyleczeni”⁵. W raporcie inaczej uporządkowano priorytety medycyny. Cel wymieniony przed chwilą znalazł się w nim na trzecim miejscu. Natomiast na pierwszym, z pewnymi wahaniami, autorzy umieścili zapobieganie chorobom oraz promocję i utrzymanie zdrowia, na drugim łagodzenie (usuwanie) bólu i cierpienia spowodowanego chorobami, na czwartym zaś unikanie przedwczesnej śmierci i dążenie do spokojnej śmierci.

² J. Pawlikowski, *W poszukiwaniu równowagi pomiędzy prawem pacjenta do opieki zdrowotnej a prawem lekarza do sprzeciwu sumienia*, dalej jako drugi tekst; http://www.ptb.org.pl/pdf/pawlikowski_klauzula_2.pdf

³ E. Pellegrino, *The Goals and Ends of Medicine. How Are They to be Defined?*, w: *The Goals of Medicine. The Forgotten Issues in Health Care Reform*, red. M.J. Hanson, D. Callahan, Georgetown University Press, Washington 1999, s. 55-68.

⁴ T. Biesaga, *Edmunda D. Pellegrino filozofia medycyny*, w. *Systemy bioetyki*, red. T. Biesaga, Wydawnictwo Naukowe PAT; Kraków 2003, s. 3; <http://biesaga.info/wp-content/uploads/2009/12/Biesaga-T.-E.-D.-Pellegrino-filozofia-medycyny-w-Systemy-bioetyki-2003.pdf>

⁵ T. Biesaga, *Właściwe i niewłaściwe cele medycyny*, „Medycyna Praktyczna” 2004, nr 5 s. 21. <http://biesaga.info/wp-content/uploads/2009/11/II.-2.-Biesaga-T.-W%C5%82a%C5%9Bciwe-i-niew%C5%82a%C5%9Bciwe-cele-medycyny-wydruk-MP-5-2004-s.-20-25.pdf>

Nadrzędny priorytet esencjalisty i zadania z niego wynikające są właściwymi celami medycyny. T. Biesaga wymienia także (odwołując się do Pellegrino i Kassa) cele „niewłaściwe”. Tytułem ilustracji podam za autorem kilka ich przykładów: angażowanie się medycyny w usuwanie „zjawisk szkodliwych dla społeczności” takich jak „eugeniczna i eutanatyczna prenatalna selekcja aborcyjna”, eliminacja „embrionów ludzkich obciążonych genetycznymi predyspozycjami do poważnych chorób czy pewnych zachowań”, kontrola rozwoju demograficznego poprzez „antykoncepcję, sterylizację mężczyzn i kobiet, aborcję i odpowiednią antynatalistyczną propagandę” (s. 22).

Jakub Pawlikowski – w odróżnieniu od E. Pellegrino – bazą swoich poglądów na powinności lekarza nie czyni natury medycyny, lecz jak pisze w drugim tekście, przede wszystkim opiera je „na zasadach i tradycjach etyki medycznej” (s. 2). Jawnie wymienia *Przyrzeczenie lekarskie* i artykuł 2. par. 1 *Kodeksu etyki lekarskiej* – KEL („Powołaniem lekarza jest ochrona życia i zdrowia ludzkiego, zapobieganie chorobom, leczenie chorych oraz niesienie ulgi w cierpieniu; lekarz nie może posługiwać się wiedzą i umiejętnością lekarską w działaniach sprzecznych z tym powołaniem”). Wnoszę ze sformułowania o „zasadach i tradycjach”, że Autor traktuje oba dokumenty, jak coś w rodzaju zbiorowego, skodyfikowanego wyrazu i wytworu dziejów moralnych profesji lekarskiej, a *Przyrzeczenie* jak współczesny odpowiednik *Przysięgi Hipokratesa*.

Jeśli moje przypuszczenia są słuszne, mamy tu do czynienia z formą poglądu na wewnętrzną moralność medycyny, różną od esencjalizmu. Uznaje ona wagę moralnej tradycji profesji lekarskiej jako czynnika właściwej moralności medycznej⁶. Zasadnicze podobieństwo argumentów między E. Pellegrino i J. Jakubowskim polega więc przede wszystkim na tym, że obaj odrzucają możliwość społecznego konstruowania celów medycyny. Nie wyczerpuje ono jednak wszystkich analogii.

I tak, podział świadczeń na medyczne i niemedyczne bardzo przypomina rozróżnienie celów medycyny na wewnętrzne i zewnętrzne. J. Pawlikowski w pierwszym tekście polemicznym działania medyczne związał „bezpośrednio z

⁶ Por. W. Galewicz, *W sprawie odrębności etyk zawodowych*, w: *Spór o pozycję etyk zawodowych*, red. W. Galewicz, Universitas, Kraków 2010, s.101.

ochroną życia lub zdrowia drugiego człowieka". Nakazy ochrony wymienionych dóbr należą do „fundamentalnych zasad etycznych, na jakich opiera się etos tej grupy zawodowej”. Natomiast „[d]ziałania niemedyczne, to takie, które z różnych powodów są na lekarzy nakładane lub żąda się ich realizacji ze strony lekarzy, ale nie dotyczą bezpośrednio ochrony zdrowia lub życia ludzkiego” (s. 6)⁷.

Wszystkie procedury medyczne stanowią także odpowiednik celów właściwych medycyny. Analogonem celów niewłaściwych jest przede wszystkim ta część działań niemedycznych, która stoi w sprzeczności z „fundamentami aksjologicznymi etosu” lekarskiego. Autor ilustruje te działania głównie przykładami naruszeń normy fundamentalnej ochrony życia, jak aborcja czy procedury „uderzające w życie istoty ludzkiej na etapie embrionalnym” z jednego krańca życia, a z drugiego – eutanazja i samobójstwo medycznie wspomagane. Identyczność przykładów przytaczanych przez T. Biesagę – nawiązującego do esencjalizmu Pellegrino – i przez J. Pawlikowskiego (najprawdopodobniej) internalistę uwzględniającego tradycję moralną, jest kolejnym świadectwem na podobieństwo argumentacji między tymi etykami, zauważone przez W. Galewicza.

2. Podzielam pogląd Włodzimierza Galewicza z ostatniego tekstu polemicznego, że podane przez J. Pawlikowskiego „medyczne” kryterium przynależności do świadczeń obowiązkowych czy właściwych „nie wydaje się zadowolające”. Wzmocniłbym go jeszcze zamieniając „nie wydaje się” na zdecydowane „jest” niezadowolające. Zgadzam się też w pełni z tezą Dyskutanta, że zakres „obowiązkowych lub ‘gwarantowanych’ świadczeń zdrowotnych nie może zostać ustalony raz na zawsze, lecz musi stanowić rezultat ciągnących się przez lata negocjacji pomiędzy szerszą społecznością a profesją” (ostatni tekst polemiczny, s. 4). W taki sam sposób powinny być negocjowane priorytety medycyny i szerzej – cele systemu opieki zdrowotnej. Moja aprobata wynika z respektu dla pryncypiów światopoglądowo zróżnicowanego, demokratycznego państwa prawnego. Do najważniejszych należą:

⁷ J. Pawlikowski, *Klauzula sumienia – ochrona czy ograniczenie wolności sumienia lekarza*, dalej pierwszy tekst polemiczny;
http://www.ptb.org.pl/pdf/pawlikowski_klauzula_1.pdf

- poszanowanie autonomii światopoglądowej (religijnej, filozoficznej) obywateli,
- tolerancja dla dokonywanych przez nich wyborów i odmienności światopoglądowych,
- zasada afirmacji zróżnicowania światopoglądowego, które dla demokracji nie jest wadą lecz zaletą,
- poszanowanie prawa stanowionego i praworządności,
- zasada sprawiedliwości, jako bardzo ważna norma także dla systemu opieki zdrowotnej,
- zasada partycypacji, czyli możliwie pełnego uczestnictwa obywateli w dotyczących ich procesach decyzyjnych. W ustalaniu priorytetów jest to wręcz norma fundamentalna.

Identyfikowanie celów opieki zdrowotnej i zależnego od nich koszyka procedur gwarantowanych stanowić powinno jedno z najważniejszych zadań bioetyki pojmowanej jako aksjologiczny wyraz tak definiowanej demokracji. Jak uzasadniałem w innym miejscu, raport *The Goals of Medicine. Setting New Priorities* jest (niemal) wzorcowym przykładem bioetycznego dyskursu społecznego⁸.

Hipotetyczne opowiedzenie się całości profesji lekarskiej za wewnętrzną moralnością medycyny czy to w postaci esencjalizmu E. Pellegrino, czy w formie akcentującej wagę moralnej tradycji jest i mało prawdopodobne, i – co gorsza – (byłoby) sprzeczne z zasadami demokracji, jako *de facto* narzucenie przez korporację medyków wszystkim obywatelom jednolitego światopoglądu (a w ramach korporacji wszystkim jej członkom). Koncepcja Pellegrino jest ugruntowana na metafizycznym obrazie świata i ma ściśle związki z personalizmem chrześcijańskim (a jak pokazują analizy T. Besagi w praktycznych konsekwencjach wielokroć jest identyczna z nauczaniem Kościoła katolickiego).

Z perspektywy bioetyki definiowanej jako aksjologiczny wyraz demokracji, ma ona wiele innych bardziej szczegółowych wad. Z braku miejsca wspomnę o dwóch. Pierwsza to nadmiernie rozbudowany paternalizm wyrażający się w kwestionowaniu bioetyki akcentującej prawa pacjenta i odpowiadające tym prawom

⁸ K. Szewczyk, *Bioetyka. Medycyna na granicach życia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009, s. 45-47.

obowiązki lekarzy⁹. Druga to skupianie się głównie na relacji lekarz – pacjent, co sprawia, że w mniejszym lub większym stopniu zapoznaje swoistość etyczną wyższych poziomów organizacji systemu opieki zdrowotnej. Ich pomijanie prowadzi do następstw niekorzystnych z punktu widzenia sprawiedliwego (i sprawnego) zarządzania systemami opieki.

Jak pokazują podane przez J. Pawlikowskiego przykłady świadczeń niemedycznych, akcentowanie tradycji moralnej (etosu) lekarskiego jest bardzo bliskie w konsekwencjach praktycznych esencjalizmowi (szczególnie w interpretacji T. Biesagi). Nadto, rozumienie przez Dyskutanta fundamentalnych norm moralnych, na których opiera się etos, wydaje się niezwykle statyczne, raz na zawsze dane i niezmiennie. Takie ich pojmowanie zbliża bardzo stanowisko Autora do metafizyki esencjalizmu E. Pellegrino. Tymczasem istnieją różne spojrzenia na historię, w tym i na dzieje etyki medycznej. Jedną z możliwych historiozofii jest antykumulatywizm, podkreślający (nawet rewolucyjną) nieciągłość etyki lekarskiej¹⁰. Powiada się, że nie ma historii, są tylko historycy, tak różne są ujęcia dziejów. Dobrym prawem J. Pawlikowskiego jest argumentacja za jedną z (sensownych) interpretacji historii, jednak nie powinien swojego wyboru dogmatycznie narzucać wszystkim obywatelom korzystającym ze świadczeń medycznych (i całości profesji lekarskiej).

Autor pomija także historyczną zmienność rozumienia terminów w fundamentalnych normach ochrony życia i zdrowia. Problem, kiedy zaczyna się życie osobowe nie znalazł i – ze względu na światopoglądowy charakter – nigdy nie znajdzie ostatecznego rozstrzygnięcia. Podobnie zdrowie jest terminem niejednoznacznym i „obciążonym” aksjologicznie. Nie istnieje również jakiś oryginalny czy jedynie kanoniczny tekst *Przysięgi Hipokratesa*. Dla przykładu Janusz Gula zakaz podstawowy dla przeciwników aborcji łączy z zakazem podania trucizny, tłumacząc następująco odnośny fragment *Przysięgi*: „Nigdy nikomu, także na żądanie, nie dam zabójczego środka, ani też nawet nie udzielę w tym względzie

⁹ E.D. Pellegrino, D.C. Thomasma, *For the Patient's Good. The Restoration of Beneficence in Health Care*, Oxford University Press, New York 1988..

¹⁰ Por.: K. Szewczyk, *Bioetyka i kodeksy*, Konferencja, *Filozoficzne i prawne aspekty kodeksów etyki lekarskiej*, „Diametros”, maj 2007;
<http://www.diametros.iphils.uj.edu.pl/?l=1&p=cnf4&m=44&jh=1&ih=80>

radę; podobnie nie dam żadnej kobiecie *dopochwowego* [kursywa – K. Sz.] środka poronnego”¹¹. Jakże tu otwierają się możliwości interpretacyjne!

Czy rzeczywiście w rzeczonyj normie tradycja hipokratyczna ma na celu ochronę życia płodu, czy też w zakazie tym wyraża się przede wszystkim dbałość o zdrowie i życie kobiety brzemiennej, gdyż tampony dopochwowe były nasycane trującą substancją. J. Pawlikowski przyjmuje interpretację współczesnego katolicyzmu bądź bardzo mu bliską i – powtórzę – ma do tego prawo, ale nie ma prawa twierdzić, iż teza, że życie prenatalne ma taki sam status moralny, jaki mają ludzie już urodzeni, powinna być normą kanoniczną dla całości profesji.

Mam również odmiennie wrażenie co do przeważających motywów odmowy świadczeń przez lekarzy (pierwszy tekst, s. 5). Z moich kontaktów z lekarzami i z ich wypowiedzi (także na wielu konferencjach) wnioskuję, że przesłanki religijne kierują dużą częścią odmów, np. wykonania aborcji, i nie są „zjawiskiem marginalnym” (Autor ułatwił sobie sprawę odwołując się do lekarzy świadków Jehowy, których jest rzeczywiście niewielu). Być może źródłem jakiejś części odmów nie jest autentyczna wiara lekarzy, lecz konformizm i obawa narażenia się (hierarchicznemu) Kościołowi katolickiemu, ale to już inna sprawa. Nie znam żadnych badań na ten temat i nie chcę dalej brnąć w spekulacje.

Dokonane przez Polemistę zamknięcie etosu na historyczne zmiany prowadzi na drogę ku samozadowoleniu i bezrefleksyjnej łatwości podejmowania decyzji i ferowania wyroków w trudnych moralnie sprawach dotyczących pacjentów. „Przysięga lekarska” metafizycznie pojmowana i „indywidualne sumienie” stają się dla lekarza „wartością nadrzędną” (pierwszy tekst, s. 6), co trzeba czytać – dla *każdego* lekarza. Poszanowanie hierarchii wartości chorego mało bądź wcale się tu nie liczy. Nie liczą się też jego ewentualne cierpienia, jak pokazuje przywołana przez W. Galewicza świeża sprawa *R.R. przeciwko Polsce*¹², czy jeszcze świeższa *P. i S. przeciwko Polsce*¹³. Ważny jest kodeks etyki lekarskiej.

¹¹ J. Gula, *Przysięga Hipokratesa* (nota od tłumacza i tekst), w: *W imieniu dziecka poczętego*, red. J. Gałkowski, J. Gula, Rzym 1991, s. 197.

¹² <http://www.diametros.iphils.uj.edu.pl/?l=1&p=cnf4&m=44&jh=1&ih=80>

¹³ <http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/pages/search.aspx?i=001-114098>

Odklejenie indywidualnego sumienia od etosu sprawia według J. Pawlikowskiego, że „głównym punktem odniesienia” moralnie osieroconego lekarza stają się..... „regulacje prawne” (pierwszy tekst s. 6). Prawo stanowione przez wszystkich obywateli i będące fundamentem demokratycznego państwa prawnego jest w rozumieniu Polemisty podrzędne wobec „nadrzędnych” regulacji kodeksowych i opierającego się na nich indywidualnego sumienia lekarzy. Moim zdaniem mamy tu ewidentny przykład anachronicznego już korporacjonizmu, wręcz cechowości profesji lekarskiej, nie przystającej do warunków kulturowych, etycznych i prawnych charakteryzujących obecne demokracje.

Skodyfikowany wyraz anachronizm ten znalazł w osławionym art. 5 KEL („Izba lekarska jest zobowiązana do [...] starań, aby przepisy prawa nie naruszały zasad etyki lekarskiej”). Obliguje on i upoważnia izbę – a więc reprezentację jednej bardzo ważnej, ale jednak partykularnej grupy obywateli – do cenzurowania praw tworzonych przez reprezentację nas wszystkich. Jest on w gruncie rzeczy powtórzeniem w wymiarze publicznym art. 9 *Zasad obowiązków i praw lekarzy* Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego z 1884 roku („Z natury swego stosunku do chorego lekarz zyskuje nad nim przewagę moralną. Wpływu tego lekarzowi nadużywać nie wolno”).

Skutkiem takiego wyobcowania profesjonalnego i towarzyszącego mu poczucia wyższości moralnej nad nielekarzami, w tym pacjentami, są na przykład takie budzące zażenowanie wypowiedzi¹⁴.

3. Włodzimierz Galewicz w obu tekstach wyraża obawę, czy bardzo wąskie – „zatrważająco ciasne”, jak pisze w pierwszym tekście polemicznym (s. 6) – rozumienie świadczeń medycznych proponowane przez Jakuba Pawlikowskiego nie spowoduje lekceważenia przez lekarzy leczenia bólu. J. Pawlikowski temu usilnie zaprzecza. Ja jednak podzielam lęk W. Galewicza. Z właściwą analgezją są kłopoty nie tylko w Polsce. I tak badania pacjentów chorych na raka przeprowadzone w 11 krajach Europy (Polska nie była nimi objęta) i w Izraelu pokazały, że ból nowotworowy jest „często leczony niewłaściwie”. Aż „23% chorych cierpiących ból

¹⁴ K. Marczewski, *O sumieniu filozofów*;
http://www.ptb.org.pl/pdf/marczewski_klauzula_1.pdf

umiarkowany do ciężkiego nie otrzymywało żadnego leczenia”¹⁵. W naszym kraju „[w]ypromowana przez Polskie Towarzystwo Badania Bólu moda na posiadanie tytułu ‘Szpital bez bólu’” – zdaniem części komentatorów – „sprawia wrażenie jakby walka z bólem przestała być szeroko praktykowana, a stała się usługą luksusową”¹⁶. Zaniedbania na tym polu są tym dotkliwsze, że w Polsce bólem przewlekłym dotkniętych jest 27% pacjentów, co sytuuje nas na drugim miejscu w Europie¹⁷.

Każdy czynnik zwiększający niebezpieczeństwo niedocenia wagi leczenia bólu musi być, moim zdaniem, bezwzględnie usuwany. Tymczasem ze strony interpretatorów nauczania Kościoła i etyków katolickich dobiegają niepokojące sygnały. Bodaj najsilniejszym jest zawężenie nauki o środkach proporcjonalnych do kategorii uporczywego leczenia. W jej charakterystyce jako wyróżniki uporczywości używane są takie sformułowania, jak „bardzo bolesna agonia” i „ogromne cierpienia”¹⁸. Jeśli nie ma tych ekstremalnie negatywnych doznań – leczenie nie jest jeszcze uporczywe.

Niepokojącym sygnałem jest także stosunek Kościoła do sztucznego nawadniania i karmienia. Pacjentom w stanie wegetatywnym powinno się wdrażać i kontynuować te procedury wyłączając – zdaniem komentatora – „sytuacje, gdy pożywienie nie może być przyswojone oraz gdy podawanie pożywienia/płynów wiąże się ze znacznymi dolegliwościami fizycznymi (nie ma tu mowy o dolegliwościach psychicznych, niechęci pacjenta itp.)”¹⁹. Na marginesie, czy chory w stanie wegetatywnym może doświadczać dolegliwości fizycznych, a nawet psychicznych? Takie warunki tym bardziej, jak sądzę, obowiązują pacjentów

¹⁵ Research International, *European Pain in Cancer Survey*, London 2007, s. 3;

http://www.paineurope.com/fileadmin/user_upload/Issues/EPIC_Survey/EPIC_Report_Final.pdf

¹⁶ P. Walewski, *Uwięzieni w cierpieniu*, „Polityka” 2011, nr 38, s. 66.

¹⁷ NFO WorldGroup, *Pain in Europe: A Survey*, London 2003, s.12;

http://www.paineurope.com/fileadmin/user_upload/Issues/Pain_In_Europe_Survey/PainInEuropeSurvey_2.pdf

¹⁸ J. Tomczak, *Gdzie jesteśmy jako Kościół*, „Nasz Dziennik” z 27. lutego 2007;

<http://info.wiara.pl/index.php?grupa=4&cr=0&kolej=0&art=1172557989>

¹⁹ M. Machinek, *Zagadnienie terapii uporczywej w świetle wypowiedzi Magisterium Kościoła*, „Medycyna Paliatywna w Praktyce” 2008, nr 3, s. 97;

<http://www.mpp.viamedica.pl/wydanie.phtml?id=28&VSID=b63d159e06cf43cd6373a3d9bd996e66>

świadomych. Nawet jeśli umierają, nie powinni domagać się wycofania sztucznego karmienia i pojenia, jeśli nie powoduje ono *znacznych* dolegliwości fizycznych.

Za taki sygnał uznaję również analizę *The Goals of Medicine. Setting New Priorities* przeprowadzoną przez T. Biesagę z pozycji esencjalizmu. Brzmi w niej rezerwa w stosunku do *drugiego* (podkreślam wysokie miejsce tego zadania w hierarchii celów) priorytetu, jakim jest łagodzenie (usuwanie) bólu i cierpienia spowodowanego chorobami. Autor niepokoi się, że zmierzając do jego urzeczywistnienia medycyna może zostać „zepchnięta do realizacji celów pozamedycznych”²⁰.

Czego nie jestem pewien?

Nie jestem pewien, dla jakich racji Włodzimierz Galewicz uważa proponowany przez Juliana Savulescu zakres świadczeń obowiązkowych za „zbyt obszerny” (ostatni tekst, s. 1). Moim zdaniem J. Savulescu kreśli normy postępowania lekarzy, które powinny obowiązywać w dobrze zorganizowanym, sprawnie zarządzanym, skierowanym na pacjenta i sprawiedliwym systemie opieki zdrowotnej²¹. Podaje też coś w rodzaju wzoru osobowego medyka odpowiadającego takiej charakterystyce systemu „Być lekarzem – pisze – to być gotowym i zdolnym do wykonywania stosownych interwencji medycznych, które są legalne, korzystne dla pacjenta, pożądane przez niego i stanowią część sprawiedliwego systemu opieki zdrowotnej” (To be a doctor is to be willing and able to offer appropriate medical interventions that are legal, beneficial, desired by the patient, and a part of a just healthcare system).

Nie sądzę, aby to był postulat niemożliwy do spełnienia bądź zagrażający etosowi profesji. Przeciwnie, myślę, że taki „wzór osobowy” powinien przyświecać kształceniu lekarzy (i pielęgniarek) w państwach demokratycznych.

J. Savulescu stawiając powyższy wymóg, jest jednocześnie pragmatyczny w żądaniu jego realizacji. Dopuszcza powoływanie się lekarzy na klauzulę sumienia w odmowie świadczeń. Może być ono tolerowane aż do poziomu, na którym

²⁰ T. Biesaga, *Właściwe i niewłaściwe cele medycyny*, op. cit., s. 22.

²¹ J. Savulescu, *Conscientious Objection in Medicine*, „British Medical Journal” 2006, nr 332, s. 294-297.

odwołanie się do sumienia „zagroza jakości i efektywności świadczeń lub równemu dostępowi do nich”. Autor ten zdecydowanie i jasno przedstawia swoje poglądy. „Lekarze, którzy na podstawie sumienia zagrażają świadczeniu pacjentom usług medycznych, muszą być ukarani odebraniem uprawnień do wykonywania zawodu lub dyscyplinowani innymi mechanizmami prawnymi”.

Radykalizm prezentacji nie oznacza automatycznie błędu zbyt szerokiego definiowania zakresu świadczeń medycznych. Przywoływane już wyroki Europejskiego Trybunału Praw Człowieka *R.R. przeciwko Polsce* i *P. i S. przeciwko Polsce* pokazują, że jego sędziowie kierują się bardzo podobnymi poglądami na miejsce klauzuli sumienia we współczesnym systemie opieki. W przypadku pani R.R. krakowski Sąd Apelacyjny skorzystał ze stosownych „mechanizmów prawnych” i zasądził tytułem zadośćuczynienia od lekarza oraz dwu szpitali, karę pieniężną na rzecz powódki.

Nie są też dla mnie jasne podstawy zarzutu automatycznego i nieusprawiedliwionego „przejścia od prawnej możliwości do prawnej konieczności” świadczenia usług gwarantowanych prawem, skierowanego pod adresem J Savulescu (ostatni tekst, s. 2). Krytykowanemu autorowi nie chodzi bowiem o zapewnienie dostępu do wszystkich legalnych usług medycznych, lecz wyłącznie – jak mierniam – do legalnych i jednocześnie takich, które są częścią sprawiedliwego systemu opieki zdrowotnej. Stąd też dopiero włączenie medycznie wspomaganego samobójstwa w ten system „automatycznie” umożliwiłoby pacjentowi (spełniającemu warunki sformułowane w odpowiednich przepisach prawnych) domaganie się „od lekarzy, aby któryś z nich udzielił mu pożądanej pomocy”.

Zakończenie - korzystanie z klauzuli sumienia wiąże się z opuszczeniem pacjenta

Jednym z ważnych powodów, dla których należy poważnie potraktować propozycję J. Savulescu, jest ekspansywność klauzuli sumienia, zauważona przez omawianego bioetyka. Widoczna jest także w naszym kraju. I tak, orzecznictwo rozciągnęło klauzulę na odmowę wydania skierowania na genetyczne badania

prenatalne. Chcą z niej korzystać lekarze mający moralne obiekcje w stosunku do środków antykoncepcyjnych. Domaga się jej część farmaceutów. W tej sytuacji trzeba zbudować odpowiednio mocne hamulce ekspansji, utrudniającej coraz szerszej grupie pacjentów dostęp do świadczeń medycznych.

Nadużywanie klauzuli sumienia nie sprzyja praworządności. A jest to bardzo ważna dla demokracji wartość, niezbędna w budowaniu społecznego klimatu zaufania do prawa. Daje ona obywatelom pewność, że ich prawa będą należycie wypełniane i chronione. Stąd też odwoływanie się do sumienia należy traktować jak ostateczność, z której można korzystać dopiero po wyczerpaniu wszystkich innych możliwości. Jednocześnie jest to rozwiązanie prawne konieczne w demokracji. Wynika ono – tu podzielam zdanie Tristrama Engelhardta – z rozpoznania faktu, że lekarze i pielęgniarki częstokroć przebywają w dwu moralnie odmiennych światach: w świecie wartości uznawanych przez siebie i w uniwersum moralnym pacjenta²². Szanując pluralizm światopoglądowy i sprzyjając różnorodności światopoglądów, musimy tym samym pogodzić się z obecnością klauzuli sumienia.

Lekarz i pielęgniarka korzystając z omawianej instytucji prawnej rezygnują tym samym z roli opiekuna i terapeuty w stosunku do tego oto podopiecznego. Jaśniej rzecz ujmując, użycie klauzuli sumienia wiąże się zawsze z opuszczeniem pacjenta, czyli ze złamaniem zasady towarzyszenia choremu. Jest to według mnie jedna z najważniejszych zasad moralnych profesji lekarza i pielęgniarki. Zawsze ważna – wszak już dzieje Hioba pokazują, że jednostka w chorobie i cierpieniu jest samotna, opuszczona przez przyjaciół – dziś jednak nabiera szczególnego znaczenia, a to z powodu skomplikowania organizacyjnego systemu opieki zdrowotnej, w którym dla sprawnego poruszania się potrzebny jest troskliwy i kompetentny przewodnik, a także z przyczyny rosnącego osamotnienia społecznego jednostek (fenomen singla), którym coraz rzadziej w trudnych chwilach może towarzyszyć rodzina i bliscy.

Należy bezwzględnie dbać, aby opuszczenie – kiedy musi już do niego dojść – nie wyrodniało w odrzucenie pacjenta przez system opieki. Dbalność ta jest jednym z najistotniejszych argumentów za obarczeniem lekarza (ewentualnie zatrudniającego

²² H.T. Engelhardt Jr., *The Foundation of Bioethics*, Oxford University Press, New York 1966, s. 81-82.

go podmiotu) obowiązkiem wskazania miejsca w systemie, w którym zostanie wykonane świadczenie budzące sprzeciw moralny medyka. T. Engelhardt mówi, że lekarz wychodzący z funkcji opiekuna i terapeuty z powodów sumienia, powinien wejść z biurokratyczną sumiennością w rolę urzędnika. Jego zadania nie wyczerpują się na wskazaniu miejsca wykonania spornej światopoglądowo procedury. Musi on nadto skierować pacjenta do tego miejsca i upewnić się czy świadczenie rzeczywiście będzie w nim wykonane. Organizacja systemu opieki powinna mu to ułatwiać, a regulacje prawne wymuszać „biurokratyczną sumiennosc”.

Za rezygnacją z funkcji opiekuna i terapeuty, za opuszczeniem pacjenta muszą przemawiać rzeczywiście ważne racje, co jest kolejnym argumentem za traktowaniem tego rozwiązania jako ostatecznej instancji odwoławczej. Sumienie powinno być – zgodnie z nazwą – sumieniem indywidualnym każdego konkretnego lekarza i każdej konkretnej pielęgniarki. Nie mówimy wszakże o sumieniu profesji medycznej, czy klauzuli etosu lekarskiego.

Nie będę z braku miejsca i (zapewne) kompetencji, podejmował „problemu Daniela Sulmasy’ego”, przywołanego przez W. Galewicza²³. Zasygnalizuję tylko, że w przypadku szpitali wyznaniowych raczej powinniśmy mówić o ich misji niż o sumieniu, więc lepsza byłaby nazwa „klauzula misji”, do której realizacji czuje się powołany dany podmiot. Pozostawiam otwarte pytanie, czy po podpisaniu kontraktu z ubezpieczycielem publicznym, u nas z NFZ, dany podmiot (np. szpital), mógłby w dalszym ciągu korzystać z klauzuli misji.

Na zakończenie przypomnę, że *Kodeks etyki lekarskiej* daje członkom profesji szersze gwarancje odmowy leczenia, niż przewiduje to klauzula sumienia. W art. 7 stwierdza się: „W szczególnie uzasadnionych wypadkach lekarz może nie podjąć lub odstąpić od leczenia chorego, z wyjątkiem przypadków nie cierpiących zwłoki”. Obiekcje sumienia należą do tych „szczególnych przypadków”²⁴.

²³ W. Galewicz, *Trzy wątpliwości co do zakresu stosowania klauzuli sumienia*; http://www.ptb.org.pl/pdf/galewicz_klauzula_4.pdf

²⁴ Por.: K. Pawlikowska, *Klauzula sumienia – rozważania prawnomoralne*, Portal „Prawo i Medycyna”; <http://www.prawoimedycyna.pl/?str=artykul&id=176>