



W poszukiwaniu równowagi pomiędzy prawem pacjenta do opieki zdrowotnej a prawem lekarza do sprzeciwu sumienia

Jakub Pawlikowski

Prof. Galewicz w swojej odpowiedzi wyakcentował prawo pacjenta do opieki zdrowotnej i zwrócił uwagę, że klauzula sumienia powinna służyć także do ograniczenia wolności sumienia lekarza. Zgadzam się z takim postulatem i w swoim tekście wskazywałem, że ograniczenia wolności sumienia są potrzebne (zresztą obecne prawo przewiduje takowe), ale uważam, że muszą mieć solidną podstawę etyczną i prawną. Mój głos dotyczył przede wszystkim braku przekonujących racji w odniesieniu do kategorii świadczeń obowiązkowych w wymiarze zbiorowym oraz w odniesieniu do obowiązku odesłania do innego specjalisty w przypadku korzystania z prawa do sprzeciwu sumienia. W odpowiedzi prof. Galewicza nadal nie znajduję argumentów za wydzieleniem kategorii świadczeń obowiązkowych dla społeczności medycznej. Procedury, które wyobrażam sobie, że mogłyby się znaleźć w tym zbiorze, można bowiem zaliczyć do świadczeń obowiązkowych w wymiarze jednostkowym (jeśli sytuacja jest nagła, niecierpiąca zwłoki oraz niosąca zagrożenie dla życia lub zdrowia), albo do świadczeń nieobowiązkowych (w pozostałych przypadkach).

Czy lekarz ograniczając swój obowiązek do świadczeń medycznych może odmówić łagodzenia bólu?

Odniosę się najpierw do zarzutu prof. Galewicza, że lekarz powołując się na klauzulę sumienia w oparciu o zaproponowany przeze mnie podział na świadczenia medyczne i niemedyczne mógłby odmówić pacjentowi leczenia przeciwbólowego. Celem mojego wcześniejszego przedłożenia nie było ściśle zdefiniowanie świadczeń medycznych, ani wytyczenie ich zakresu, ale jedynie wskazanie istoty podziału. Ta

nieściskość została wychwycona i krytykę mojego stanowiska sformułowano w oparciu o wąskie rozumienie tego terminu. Swój głos w obronie sumienia lekarza opierałem przede wszystkim na zasadach i tradycjach etyki medycznej, dlatego próbując precyzyjniej zdefiniować świadczenia medyczne również odwołam się do Kodeksu Etyki Lekarskiej (KEL). Artykuł 2 KEL zawiera stwierdzenie, że „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”. Z tego punktu widzenia obawa prof. Galewicza, że lekarz, kierując się swoim sumieniem, mógłby odmówić środków znieczulających w bolesnej agonii wydaje się nieuzasadniona. Łagodzenie cierpień chorego jest bowiem jednym z fundamentalnych zadań lekarza.

Zgadzam się, że dla niejednego lekarza zasada podwójnego skutku będzie filozoficzną abstrakcją, ale uważam, że bardziej prawdopodobne jest, iż ów „zwykły” lekarz będzie jednak kierował się troską o dobro pacjenta (w tym wypadku łagodząc jego cierpienia) niż poszukiwaniem informacji co na temat stosowania środków znieczulających mówi Kościół Katolicki (a gdyby nawet ich poszukiwał, to znalazłby stanowisko spójne z etyką lekarską oparte o zasadę podwójnego skutku). Mam jednak przekonanie (oparte na rozmowach z klinicystami), że odmowa stosowania środków przeciwbólowych z powodów moralnych w chwili obecnej nie stanowi poważnego problemu w praktyce lekarskiej. Kwestia ta była żywo dyskutowana kilka dekad wcześniej, ale obecne postępy wiedzy w zakresie farmakokinetyki i farmakodynamiki środków znieczulających, zwłaszcza opioidowych, oraz rozwój anestezjologii i medycyny paliatywnej przyczyniły się do istotnego zmniejszenia dylematu etycznego, który towarzyszył lekarzom wcześniej. Należy podkreślić, że lekarz, który kieruje się nakazem działania dla dobra chorego, będąc nawet zaangażowanym katolikiem, nie powinien w tym przypadku przeżywać dylematu. Zatem zarzut, że lekarz korzystający z wolności sumienia może swoim postępowaniem przyczynić się do cierpień pacjenta uważam za nietrafiony.

Czy potrzebujemy kategorii świadczeń obowiązkowych w sensie zbiorowym?

W odpowiedzi prof. Galewicza nadal nie znajduję uzasadnień dla wydzielenia kategorii działań obowiązkowych w sensie zbiorowym, czyli dla całej społeczności medycznej. Pan profesor przyznaje, iż „nie ma jasności” czy w zakres prawa do sprzeciwu sumienia wchodzi świadczenia nakładające zbiorowy obowiązek czy jedynie dopuszczalne a nieobowiązkowe, czy też oba rodzaje”. Przyznaje również, że „jest niewątpliwie trudną normatywnie kwestią, na jakiej zasadzie spośród świadczeń zdrowotnych dopuszczalnych w pewnym porządku prawnym wyodrębnić te, które mają być nie tylko dozwolone, lecz także obowiązkowe – które zatem nakładają zbiorowy obowiązek na społeczność lekarską.” Pomimo niejasności tego podziału większość swojego wyводу opiera właśnie na nim. Warto postawić pytanie, na jakim kryterium opiera się podział na świadczenia obowiązkowe w sensie zbiorowym i nieobowiązkowe, czyli jedynie dozwolone? Czym taki podział jest dyktowany: czy pragnieniem ochrony wartości życia i zdrowia lub integralności moralnej osoby narażonej na dylemat sumienia, czy może raczej pragnieniem zapewnienia dostępu do wszystkich zalegalizowanych świadczeń (niezależnie od tego czy mają one cel medyczny czy niemedyczny) i zobowiązania lekarzy do posłuszeństwa wobec prawa? Prof. Galewicz unika wskazania racji uzasadniających ten podział wyrażając jedynie nadzieję, że porozumienie w tej kwestii może nastąpić w wyniku konsensusu opartego o „ciągnące się przez lata negocjacje pomiędzy szerszą społecznością a profesją lekarską”. Intuicja podpowiada mi (być może błędnie), że trudność w uzasadnieniu podziału na świadczenia obowiązkowe w sensie zbiorowym i nieobowiązkowe wynika z chęci ocalenia zabiegu aborcji z przesłanek niemedycznych i innych tego typu zalegalizowanych procedur, jako świadczeń, które z całą pewnością zostaną przez lekarzy zrealizowane. Zatem podstawowym uzasadnieniem dla kategorii świadczeń obowiązkowych w wymiarze zbiorowym byłaby wola ustawodawcy nakładająca na społeczność lekarską obowiązek podejmowania wybranych działań nawet jeśli są one sprzeczne z tradycją lekarską i etyką zawodową. Taki kierunek w myśleniu ustawodawcy należałoby jednak uznać za dość niebezpieczny i uważam, że przedstawiciele etyki powinni się do niego odnosić krytycznie.

Poważnym problemem jest zakwalifikowanie do określonej kategorii świadczeń pojedynczej procedury medycznej, np. aborcji. Warto podkreślić, że do klauzuli sumienia odwołują się nie tylko przeciwnicy aborcji, którzy podkreślają prawo wyrażenia sprzeciwu, ale również zwolennicy aborcji, którzy akcentują obowiązek skierowania pacjentki do innego specjalisty lub obowiązki państwa w zakresie zapewnienia dostępu do legalnych świadczeń medycznych. W swoim tekście wprowadzającym wydaje się, że prof. Galewicz kwalifikował aborcję z przesłanek niemedyceńskich do świadczeń obowiązkowych w sensie zbiorowym (wspomniał, że kobieta ciężarna „ma pewien tytuł do roszczeń wobec polskiej wspólnoty lekarskiej, która na mocy społecznej umowy jest zobowiązana umożliwić jej uzyskanie wymaganego świadczenia.”) W swoim drugim tekście wydaje się jednak, że łagodzi swoje stanowisko nie mając pewności czy jest ona świadczeniem gwarantowanym i powołując się na orzecznictwo. Moim zdaniem również w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych trudno zaliczyć aborcję do świadczeń gwarantowanych. Problem kwalifikacji konkretnych świadczeń do określonej kategorii dotyczy nie tylko aborcji, ale również innych kontrowersyjnych procedur naruszających wartość życia istoty ludzkiej. A sprzeciw sumienia lekarzy wynika przede wszystkim z nakładania na nich obowiązku realizacji działań (bezpośrednich lub pośrednich) zmierzających do przerywania, skracania, czy niszczenia życia ludzkiego w fazie początkowej (prenatalnej) lub końcowej (terminalnej). Nakładanie na lekarzy zbiorowego obowiązku realizowania takich świadczeń narusza bowiem fundamenty aksjologiczne etosu zawodowego.

W poszukiwaniu równowagi pomiędzy prawami pacjenta a prawami lekarza

W jaki sposób zagwarantować prawo pacjenta do ochrony zdrowia oraz prawo lekarza do wolności sumienia? Być może jednym z rozwiązań mógłby być model oparty o podział zaproponowany przez prof. Galewicza, ale uzupełniony o podział na świadczenia medyczne i niemedyceńskie. Kategoria świadczeń obowiązkowych dla społeczności medycznej mogłaby obejmować jedynie świadczenia medyczne. Świadczenia medyczne rozumiem za KEL jako działania

mające na celu ochronę życia i zdrowia ludzkiego, zapobieganie chorobom, leczenie chorych oraz niesienie ulgi w bólu. Obowiązek odesłania pacjenta do innego świadczeniodawcy dotyczyłby wtedy jedynie świadczeń medycznych a świadczenia niemedyce, jeśli są zalegalizowane, byłyby jedynie dozwolone. W sytuacji bowiem, gdy ustawodawca decyduje się na legalizację świadczeń sprzecznych z etosem lekarskim, to nie powinien nakładać obowiązku ich realizacji na społeczność lekarską.

Klauzula sumienia w formie nakładającej obowiązek odesłania do innego specjalisty byłaby do zaakceptowania, gdyby odnosiła się jedynie do świadczeń medycznych. W takiej sytuacji zbiorowość lekarska miałaby obowiązek zagwarantowania wszystkich legalnych świadczeń medycznych (co niekoniecznie pokrywa się ze zbiorem wszystkich świadczeń zalegalizowanych w danym kraju), a lekarz, który sprzeciwiałby się ich wykonaniu z przesłanek religijnych musiałby wskazać innego specjalistę. Wydaje się, że odmowa nawet pośredniego udziału w jakiejś procedurze z przesłanek, które nazywam etycznymi (bez odwołania się do wiary religijnej, a raczej do podstawowych wartości etosu zawodowego lub wartości powszechnych) jest łatwiej zaakceptować, niż sprzeciw z przesłanek, które nazywam religijnymi (kiedy lekarz odwołuje się do wierzeń religijnych lub nauczania swojej wspólnoty religijnej). Moim zdaniem takie rozwiązanie nie wzbudzałoby dużego oporu indywidualnego ani zbiorowego, ponieważ osoba chcąca wykonywać zawód lekarza musi akceptować w znacznym stopniu etos lekarski oraz postępowanie współczesnej medycyny.

W przypadku nałożenia na społeczność lekarską obowiązku wykonywania działań medycznych wydaje się, że każdy pacjent poszukujący pomocy zawsze otrzyma ją od jakiegoś lekarza. Trudno natomiast zobowiązywać lekarzy do działań niezgodnych ze swoim powołaniem nawet w sposób pośredni. Lekarz kierujący się zasadami etyki medycznej, czyli przede wszystkim dobrem pacjenta, będzie z pewnością umiał właściwie zrównoważyć swoje indywidualne prawo do sprzeciwu sumienia z prawem pacjenta do opieki zdrowotnej.