

INTERDYSCYPLINARNE CENTRUM ETYKI UJ (INCET)

ARTYKUŁ PRZEGLĄDOWY

DATA WYDANIA: 10.09.2014

DOI: 10.26106/QJF9-HW70

JAKUB PAWLIKOWSKI

Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

## PRAWO DO WYRAŻANIA SPRZECIWU SUMIENIA PRZEZ PERSONEL MEDYCZNY – PROBLEMY ETYCZNO-PRAWNE

**Słowa kluczowe:** klauzula sumienia, koncepcja sumienia, konflikt sumienia, odmowa świadczeń medycznych, problemy etyczne początku życia, etyczne problemy aborcji, autonomia sumienia lekarza, klauzula sumienia prawo polskie.

**Abstrakt:** Klauzula sumienia (nazywana niekiedy „sprzeciwem sumienia”) jest prawną propozycją rozwiązania sytuacji, w której dochodzi do kolizji norm prawa stanowionego z normami światopoglądowymi lub religijnymi. Przejawia się w prawnie zagwarantowanej możliwości „odmowy wykonania obowiązku nałożonego zgodnie z prawem z powołaniem się na przekonania religijne lub moralne”. Wraz z legalizacją kontrowersyjnych moralnie procedur medycznych prawo to znalazło zastosowanie przede wszystkim do wyrażania sprzeciwu wobec wykonania procedur niezgodnych z sumieniem przez członków personelu medycznego. Autor przedstawia w artykule argumenty za i przeciw sprzeciwom sumienia, kwestie relacji na linii autonomia pacjenta a autonomia lekarza. Opisuje również jak klauzula sumienia przedstawia się w prawodawstwie Polskim.

### Spis treści:

Wprowadzenie

1. Sumienie a prawo stanowione
2. Argumenty za i przeciwko klauzuli sumienia
3. Konflikt sumienia lekarskiego
4. Prawa pacjenta a autonomia lekarza – konflikt wartości i modele jego rozwiązania
5. Klauzula sumienia w świetle prawodawstwa polskiego
6. Problemy etyczno-prawne wynikające z obecnych regulacji dotyczących klauzuli sumienia

Podsumowanie

## WPROWADZENIE

Klauzula sumienia (nazywana niekiedy „sprzeciwem sumienia”) jest prawną propozycją rozwiązania sytuacji, w której dochodzi do kolizji norm prawa stanowionego z normami światopoglądowymi lub religijnymi. Przejawia się w prawnie zagwarantowanej możliwości „odmowy wykonania obowiązku nałożonego zgodnie z prawem z powołaniem się na przekonania religijne lub moralne”<sup>1</sup>.

Początkowo klauzula sumienia była wykorzystywana przede wszystkim w odmowie wykonywania bezpośredniej służby wojskowej dając możliwość spełnienia tego obowiązku w formie zastępczej<sup>2</sup>. Prawo do sprzeciwu sumienia stało się ponownie aktualne i żywo dyskutowane w związku z rozwojem współczesnej medycyny i prawa biomedycznego. Wraz z legalizacją kontrowersyjnych moralnie procedur medycznych prawo to znalazło zastosowanie przede wszystkim do wyrażania sprzeciwu wobec wykonania procedur niezgodnych z sumieniem przez członków personelu medycznego. Przedstawiciele zawodów medycznych dotychczas korzystali z klauzuli sumienia najczęściej w odniesieniu do wykonania aborcji, ale w ostatnich latach jest ona wykorzystywana również w przypadku antykoncepcji (zwłaszcza tzw. antykoncepcji postkoitalnej), sterylizacji, zapłodnienia pozaustrojowego (np. związku poza-mażeńskiego, par lesbijskich), macierzyństwa zastępczego, produkcji embrionów i selekcji preimplantacyjnej, stosowania leków i szczepionek, których produkcja oparta jest na wykorzystaniu komórek embrionalnych i tkanek płodowych, eutanazji i samobójstwa wspomaganego, stosowania terapii przeciwbólowej, która może skrócić życie pacjenta w stanie terminalnym, odmowy zaprzestania uporczywej terapii, czy nawet stosowania hormonu wzrostu (i innych leków anabolicznych) w celach pozaterapeutycznych. Niektóre z tych procedur (np. aborcja, środki postkoitalne) mogą wiązać się z sytuacją nagłą, a zwłoka w ich realizacji może spowodować pojawienie się okoliczności, których pacjent żądający wykonania usługi chciał uniknąć (np. ciąża). Niekiedy może przejawiać się także w odmowie współpracy pośredniej w wykonaniu danej czynności (choć w niektórych tradycjach etycznych dopuszczano współdziałanie materialne, które polega na współuczestniczeniu w czynie, na który nie wyraziło się wewnętrznej zgody, np. asysta chirurgowi dokonującemu sterylizacji lub aborcji).

W ostatnich latach wzmógł się także nacisk na zapisanie prawa do korzystania z klauzuli sumienia przez farmaceutów, głównie z powodu oporu wobec sprzedaży środków antyimplantacyjnych i wczesnoporonnych. Nierzadko są to sprawy o dużym wydzźwięku społecznym i klauzula sumienia staje się wtedy przedmiotem publicznej debaty, jak miało to miejsce np. w 2005 roku stanie Wisconsin (USA), gdzie, jak podaje Alto Chiaro, farmaceuta odmówił zrealizowania recepty na tzw. pigułkę „dzień po” zgwałconej kobiecie, która w następstwie tego zaszła w ciążę, a w stanie Illinois sanitariusz odmówił przetransportowania pacjentki do kliniki aborcyjnej powołując się na swoje przekonania antyaborcyjne<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Stanisz P. (2008), s.104.

<sup>2</sup> W chwili obecnej możliwość wypełnienia obowiązku wojskowego w formie zastępczej dla tych, którym nie pozwalają na bezpośrednią służbę „przekonania religijne lub wyznawane zasady moralne”, gwarantuje polska Konstytucja (art. 85 ust. 3) i ustawa z 28.11.2003 r. o służbie zastępczej (Dz.U. nr 223, poz.2217 ze zm.), a przewidywała je także ustawa z 17.5.1989 r. o gwarancjach wolności sumienia i wyznania (art.3, ust.3). W aktach prawa międzynarodowego prawo do odmowy służby wojskowej ze względów sumienia, zgodnie z odpowiednimi przepisami krajowymi, uznaje Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej, a Europejska Konwencja Praw Człowieka z 1950 roku uwzględniła tę problematykę w kontekście zakazu pracy przymusowej lub obowiązkowej wyrażając *explicite*, że nie obejmuje on służby o charakterze wojskowym lub zastępczej (art.4, ust.3 lit.b).

<sup>3</sup> Charo R.A. (2005).

## 1. SUMIENIE A PRAWO STANOWIONE

Dylemat moralny, który pojawia się na styku prawa stanowionego i osobistych przekonań moralnych zauważany był już w starożytności. Opis takiego konfliktu znaleźć można w *Antygonie* Sofoklesa, gdzie tytułowa bohaterka, powołując się na odwieczne prawa boskie, odmawia wykonania rozkazu władcy zakazującego grzebania ciała jej zabitego brata:

Nie Zeus przecież obwieścił to prawo,/ Ni woła Diki, podziemnych bóstw siostry,  
A nie mniemałam, by ukaz twój ostry/ Tyle miał wagi i siły w człowieku,  
Aby mógł łamać święte prawa boże,/ Które są wieczne i trwają od wieku/  
Że ich początku nikt zbadać nie może [i]<sup>4</sup>.

Dyskusja wokół posłuszeństwa prawu stanowionemu pojawia się również w dialogach Platona, przede wszystkim w *Obronie Sokratesa* i w *Kritonie*. Podczas swojej przemowy do sędziów w trakcie obrony Sokrates stwierdza: „Szanuję was, mężowie ateńscy, i kocham, lecz bardziej posłuszny jestem bogu niż wam.” (Platon, *Obrona Sokratesa*, 29d) [ii]. Ów głos boga Sokrates nazywał daimonionem, a wielu interpretatorów widzi w tym pojęciu sumienie [iii]. Z drugiej strony w *Kritonie*, z szacunku dla wyroku wydanego zgodnie z prawem, nie chce korzystać z możliwości ucieczki. Sokrates wyróżnia kilka hierarchicznie uporządkowanych władz, którym człowiek powinien się podporządkować: najwyżej stoi *daimonion*, potem jest bóg, bogowie, lepsi moralnie ludzie i – w końcu – prawa oraz instytucje polityczne. Człowiek sprawiedliwy ma słuchać wszystkich tych władz, ale jeśli nakazy władzy niższej są sprzeczne z nakazami władzy wyższej, należy słuchać tej drugiej<sup>5</sup>.

Sumienie (gr. syneídesis, łac. conscientia – „być zaznajomionym z czymś”) potocznie określane jest jako świadomość moralna lub intuicja moralna, która uzdalnia do moralnej oceny czynów, zwłaszcza własnego postępowania. Zazwyczaj pojęcie sumienia łączy się z pojęciem odpowiedzialności („niesumiennosc” to nieodpowiedzialność). Jego obecność jest odczuwana najsilniej przez osoby wrażliwe i o wyrobionym charakterze, które starają się sprostać wyznawanym normom moralnym.

W refleksji teoretycznej nie ma jednolitej koncepcji sumienia, dlatego działaniu zgodnemu z sumieniem przypisuje się różną wartość. Może ono być sądem rozumu, wiedzą (o tym, co powinniśmy zrobić), głosem prawdy, wołą Bożą, naturalną zdolnością intelektu uzdatniającą do poznania dobra i zła, świadomością moralną, intuicją moralną, formą samowiedzy i samooceny, albo *superego* tłumiącym popędy i pragnienia *id*<sup>6</sup>. Istnieją więc zarówno interpretacje religijne, np. Sobór Watykański II określa sumienie jako „najintymniejszy ośrodek i sanktuarium człowieka, gdzie przebywa on sam z Bogiem, którego głos w jego wnętrzu rozbrzmiewa” i według niego człowiek będzie sądzony<sup>7</sup>, jak i psychologiczne, jak wspomniana koncepcja psychoanalityczna. W etycznej dyskusji nad sumieniem najczęściej rozważa się koncepcję Tomasza z Akwinu, który rozumie je jako osąd praktycznego rozumu, który uwzględniając wszystkie okoliczności i punkty widzenia, wskazuje słuszne działanie w danym czasie i miejscu. Nakłania do dobra i odwodzi od zła (sumienie przeduczynkowe) oraz aprobejuje czyny

<sup>4</sup> Sofokles (2000), *Epeisodion 2*.

<sup>5</sup> Problem stosunku Sokratesa do prawa szerzej rozważył Kuniński T. (2008).

<sup>6</sup> Pieniążek-Samek M. (2007).

<sup>7</sup> Sobór Watykański II (1965), 16.

dobrze i osądza złe (sumienie pouczynkowe). Tomasz odróżnia od sumienia zasadę synderezy, tzn. osąd rozumu praktycznego, który mówi, że należy czynić dobro, a zła unikać, a sumienie to akt zastosowania tej zasady do konkretnego działania. Sumienie, może się mylić<sup>8</sup>, ale według Tomasza z Akwinu woła powinna zawsze podążać za sumieniem, nawet jeśli jest ono błędne, ponieważ człowiek nie ma żadnej innej instancji, która mogłaby za niego stwierdzić, za jakie działanie może wziąć odpowiedzialność<sup>9</sup>. Przykładem współczesnego rozumienia sumienia jest propozycja D. Sulmasy'ego, który uważa, że sumienie łączy poznawcze, motywacyjne i emocjonalne aspekty życia moralnego prowadząc do moralnej integracji i pełni fundamentalną rolę w sferze życia moralnego<sup>10</sup>.

Z kolei Beauchamp i Childress nie zgadzają się, że sumienie jest ostateczną instancją (czy władzą), do której odwołujemy się chcąc uzasadnić nasze postępowanie, a tym samym, że zawsze powinniśmy postępować zgodnie z nim. Ponieważ sumienie może się mylić, to nie powinno się w nim widzieć źródła poznania prawdy moralnej. Ma ono charakter formalny i samo w sobie jest puste, dlatego jeśli wymyka się zewnętrznym uzasadnieniom, to może stać się ślepą i niebezpieczną siłą. Według nich sumienie jest raczej formą autorefleksji i osądu, jakie działania trzeba uznać za obowiązkowe albo zakazane, słuszne bądź niesłuszne, złe lub dobre. Stoi ono na straży integralności moralnej osoby i ma charakter indywidualny – jego wskazania stosujemy do siebie, nawet jeśli uważamy, że normy do jakich się odwołuje powinny obowiązywać wszystkich. Dzielą sumienie na obciążające, które powoduje poczucie winy, wyrzuty sumienia, wstyd, oraz nagradzające, które objawia się w poczuciu spełnienia i uspokojenia (określa się je wtedy często jako sumienie „lekkie”, „czyste” czy „spokojne”)<sup>11</sup>. Choć nie podkreślają absolutnej wartości wskazań sumienia, to jednak w odniesieniu do klauzuli sumienia w medycynie uważają, że prawo pacjenta do autonomii nie może liczyć się bardziej niż analogiczne prawo lekarza<sup>12</sup>. Niektórzy wydają się traktować wartości światopoglądowe, zwłaszcza religijne, jako wynik arbitralnych i mało racjonalnych wyborów. Nie uwzględniają oni w ten sposób faktu, iż dla wielu osób wrażliwych moralnie istnieje niezależna od nich hierarchia wartości, którą odkrywają, a nie tworzą. W sytuacjach moralnego konfliktu, przy dostatecznie silnej woli, ich sumienie najprawdopodobniej zwróci się w kierunku wartości bardziej absolutnych, świętszych i trwalszych, zwłaszcza, jeśli będzie to dotyczyć osoby religijnej. Może to doprowadzić do niepodporządkowania się niektórym regułom w miejscu pracy, czy nawet przepisom prawa stanowionego.

W etyce medycznej od dawna przywiązywano wagę do sumienia lekarskiego i podkreślano jego istotną rolę w procesie podejmowania decyzji lekarskiej. Na przykład Warszawskie Towarzystwo Lekarskie już w 1884 roku przyjęło regułę, że „nie powinno się bez słusznej przyczyny odmówić nikomu pomocy lekarskiej. Ocenę słuszności przyczyny pozostawia się sumieniu lekarza<sup>13</sup>”. Do sumienia nawiązuje art. 4 współczesnego polskiego *Kodeksu etyki lekarskiej* („Dla wypełnienia swoich zadań lekarz powinien zachować swobodę działań zawo-

<sup>8</sup> Na przykład, aby uzgodnić ze swoim sumieniem fakt niewolnictwa, uzasadniano je tym, że niewolnik nie potrafi sobą kierować, albo że jest niższej rasy. Według scholastyków błędy sumienia ogólnie dzieliły się na przewyciężalne (np. niepełna informacja) i nieprzewyciężalne (irracjonalny upór) oraz zawinione (brak otwartości na dyskusję z innym punktem widzenia) i niezawinione (niemożność uzyskania informacji); por. Ricken F. (2001), s.187-188.

<sup>9</sup> Styczeń T. (1995); Ricken F. (2001).

<sup>10</sup> Sulmasy D. (2008).

<sup>11</sup> Beauchamp T.L., Childress J.F. (1996), s. 494-502.

<sup>12</sup> Tamże, s. 499.

<sup>13</sup> Brzeziński T. (2002), s.89.

dowych, zgodnie ze swoim sumieniem i współczesną wiedzą medyczną”<sup>14</sup>). O roli sumienia w profesji lekarskiej pisał również W. Szumowski [iv]:

Żaden kodeks nie jest w stanie przewidzieć wszystkich powikłań życia. Najwyższą instancją powinno być sumienie lekarskie, w którym nad wszystkim górowałaby szlachetność. Lekarz na chorego powinien patrzeć jak na bliźniego, któremu pomoc jest jego szlachetnym ludzkim zadaniem<sup>15</sup>.

W przeszłości celem ochrony sumienia lekarza było zapewnienie mu przede wszystkim swobody działania celem realizowania najlepszego dobra pacjenta, a nie ochrona przekonań moralnych lekarza. Jednak z czasem, kiedy wcześniej niezalegalizowane procedury stały się przedmiotem żądań pacjentów, ten drugi aspekt ochrony sumienia stał się ważniejszy i częściej podnoszony.

## 2. ARGUMENTY ZA I PRZECIWKO KLAUZULI SUMIENIA

Według niektórych autorów instytucja sprzeciwu sumienia narusza demokratyczne zasady równości i sprawiedliwości, dlatego powinno się to prawo ograniczyć ze względu na dobro wspólne (np. w celu zaoszczędzenia środków marnotrawionych na niepotrzebną kontynuację uporczywej terapii). J. Savulescu posuwa się nawet do stwierdzenia, że ci, którzy ze względu na swoje sumienie nie chcą wykonywać niektórych prawnie dopuszczalnych procedur medycznych, nie powinni być lekarzami, ponieważ wykonanie dla pacjenta usługi, która jest dopuszczalna prawnie jest obowiązkiem lekarza. Według niego klauzula sumienia powoduje

1. nierówne traktowanie pacjentów (jedni mogą otrzymać żadaną usługę, inni nie),
2. niewydolność w systemie (pacjenci szukają innego lekarza, tracąc czas i środki),
3. jest niespójna z zasadą pomagania pacjentowi i ze zobowiązaniami, które podjął ten, kto chciał zostać lekarzem,

Podaje przykłady, że lekarz na izbie przyjęć mógłby stwierdzić, że osoby po 70 roku życia już przeżyły dobrze swoje życie i zgodnie ze swoim sumieniem pozwoliłyby im umrzeć; albo w czasie epidemii lekarz w swoim sumieniu stwierdziłby, że będzie chronił życie własne i rodziny, a nie pacjentów i przestałby leczyć chorych<sup>16</sup>. Wydaje się jednak, że te przykłady są niezbyt trafne, ponieważ zgodnie z obserwacją i wynikami wielu badań, lekarze bardziej religijni (a tacy najczęściej mają wątpliwości sumienia związane z niektórymi procedurami) częściej są gotowi narażać swoje życie ratując pacjentów. Savulescu w tym wypadku myli sprzeciw sumienia wynikający z wynawania jakiejś zasady moralnej ze sprzeciwem wolnej woli dążącej do ochrony egoistycznego interesu. Poza tym odnośnie do drugiego przykładu, nawet w świetle prawa jest cały czas dyskusyjne, czy lekarz ma obowiązek podejmować działania, które narażają jego życie.

Savulescu uważa, że dopuszczenie, aby religijne wartości były powodem sprzeciwu sumienia jest dyskryminacją wartości laickich (np. interesu własnego i ochrony swojej oso-

---

<sup>14</sup> Naczelna Izba Lekarska (2004).

<sup>15</sup> Szumowski W. (2007).

<sup>16</sup> Savulescu J. (2006).

by). Stwierdza, że jedynym w pełni usprawiedliwionym przypadkiem odmowy jest duże ryzyko dla dobrostanu fizycznego lekarza, natomiast w ostateczności klauzula sumienia może być wykorzystywana tylko w sytuacji, kiedy odmowa nie narusza zasad efektywności, jakości i równości w systemie opieki zdrowotnej [v]. Można tolerować kilku położników, którzy nie wykonują aborcji, jeśli większość jest gotowa ją wykonać, podobnie jak można się zgodzić na odmowę uczestnictwa w pomocy medycznej w czasie epidemii kilku lekarzy (z powodu obawy przed utratą własnego zdrowia lub życia), jeśli reszta była gotowa się poświęcić ratując chorych. Twierdzi, że miejscem wyrażania różnych wartości jest forum publiczne, gdzie w trakcie dyskusji kształtuje się polityka zdrowotna i prawo odnoszące się do zdrowia publicznego, a w jednostkowych sytuacjach powinno się opierać na prawie, a nie na obiekcjach sumienia. Odnosi to do wszystkich pracowników państwowego sektora w ochronie zdrowia. Według niego jedynym w pełni usprawiedliwionym przypadkiem odmowy jest duże ryzyko dla dobrostanu fizycznego lekarza, natomiast w ostateczności klauzula sumienia może być wykorzystywana tylko w sytuacji, kiedy odmowa nie narusza zasad efektywności, jakości i równości w systemie opieki zdrowotnej. Więcej swobody przyznaje pracownikom prywatnych instytucji w ochronie zdrowia, którzy mogą powołać się na klauzulę sumienia, ale muszą poinformować pacjenta o możliwych sposobach terapii w sposób nie budzący wątpliwości. R. Rhodes uważa, że wyrażanie sprzeciwu sumienia jest sprzeczne z zasadą altruizmu, lekarz bowiem wyżej stawia spokój własnego sumienia niż pomoc pacjentowi<sup>17</sup> [vi].

Jest jednak kilka słabych punktów stanowiska negującego prawo do wyrażania sprzeciwu sumienia przez personel medyczny. Jest ono niezgodne ze standardami ochrony praw człowieka (w tym prawa do wolności religii i wyznania). Stammers, w odpowiedzi na argumenty Savulescu, podkreśla, że medycyna oparta nie na sumieniu, ale na prawie może niezauważalnie stać się elementem działania systemu totalitarnego (takie podporządkowanie sumienia prawu miało miejsce chociażby w nazizmie, a sam Hitler uważał, że „sumienie jest wynalazkiem Żydów”). Jeśli obowiązki lekarza mielibyśmy wywodzić przede wszystkim z obowiązującego prawa to, czy np. w Texasie którykolwiek z medyków mógłby otrzymać nakaz uśmiercenia skazanego na śmierć, a w krajach, gdzie legalne jest torturowanie, lekarze powinni również wziąć udział w tym procederze? Brak możliwości wyrażania sprzeciwu sumienia może też doprowadzić do kryzysu osobowego w niektórych gałęziach medycyny (np. na ginekologię i położnictwo nie będą szły osoby zainteresowane opieką nad matką i dzieckiem, które nie chcą brać udziału w procederze aborcji). Savulescu nie uwzględnia faktu, że nie wszyscy lekarze nawet pod względem umiejętności zawodowych nie są przygotowani do świadczenia wszystkich legalnych procedur. Nie rozróżnia także sprzeciwu sumienia wpływającego z wyznawanych zasad moralnych ze sprzeciwem wolnej woli dążącej do ochrony egoistycznego interesu<sup>18</sup>. J. Savulescu nie zauważa też, że to, co on klasyfikuje jako sprzeciw z przyczyn religijnych, przez samych zainteresowanych często jest postrzegane jako sprzeciw ze względów etycznych (używają oni najczęściej argumentacji, że nie chcą zabijać istoty ludzkiej, a początek życia ludzkiego przyjmują w oparciu o dane naukowe, a nie wartości religijne) [vii]. Trudno natomiast byłoby znaleźć bardzo religijnego lekarza katolickiego, który by pacjentom zalecał wstrzymywanie się od jedzenia mięsa w piątek, albo żydowskiego, który radziłby wykluczenie z diety wieprzowiny lub nie przepisywał preparatów z zawartością

---

<sup>17</sup> Rhodes R. (2006).

<sup>18</sup> Stammers T.G. (2006).

tłuszczu wieprzowego (a dopiero takie motywacje byłyby czysto religijne). Próbuje on więc rozmyć rzeczywisty problem manipulując pojęciem sprzeciwu sumienia poprzez włączenie w jego zakres obiekty związane z chęcią lub niechęcią, czy egoizmem lub altruizmem. Nie wiadomo także, dlaczego miałyby być szanowana autonomia pacjenta kosztem autonomii lekarza.

M. Wicclair uważa, że prawo lekarza do wyrażania sprzeciwu sumienia można obronić zarówno z pozycji etyki konsekwencjonalistycznej, kontraktariańskiej, jak i opartej na prawach (*right-bases theory*)<sup>19</sup> [viii]. Wskazuje on, że nie można uzasadnić zakazu powoływania się na klauzulę sumienia, tym, że powoduje to niedogodności dla pacjenta i zwiększa jego wydatki finansowe. Po pierwsze integralność moralna po stronie lekarza jest wartością wyższą niż wspomniane utrudnienia po stronie pacjenta, a poza tym, idąc wspomnianym tokiem rozumowania niewłaściwe byłoby pobieranie opłat od pacjentów z problemami finansowymi, albo należałoby lekarzy zobligować do przyjmowania nocą i w weekendy pacjentów, którzy w ciągu dnia i w tygodniu pracują. Prawa tego broni również Pellegrino stając w obronie integralności moralnej lekarza i argumentując, że pacjent i lekarz powinni oboje respektować swoją godność i wyznawane wartości, więc lekarz ma prawo wycofać się z relacji z pacjentem, jeśli uważa, że życzenia wyrażane przez pacjenta nie są zgodne z wyznawanymi przez niego wartościami<sup>20</sup> [ix].

D. Sulmasy, analizując granice powoływania się na klauzulę sumienia, proponuje, aby rozważyć trzy momenty: 1) czy korzystanie z klauzuli sumienia nie jest wyrazem nietolerancji dla konkretnego pacjenta? 2) Czy niesie ze sobą istotne ryzyko poważnej choroby, utraty zdrowia lub życia dla tych, którzy nie podzielają wierzeń będących podstawą odwołania się do klauzuli sumienia? 3) Czy jest to podjęcie działania czy jego odmowa na podstawie sumienia? W pierwszym przypadku powoływanie się na klauzulę sumienia nie powinno być tolerowane. W drugim przypadku, jeśli odmowa wiąże się jedynie z niedogodnościami dla pacjenta (np. przejazd do innego szpitala) czy niewielkim stresem psychicznym, to jest dopuszczalna, natomiast do przełamania sprzeciwu sumienia upoważniałoby poważne zagrożenie zdrowia lub życia pacjenta. Jeśli chodzi o trzeci element, to należy pamiętać, że przełamanie sprzeciwu lekarza w celu zmuszenia go do podjęcia czynności niezgodnej z sumieniem (np. obrzezania kobiet) wymaga silniejszego uzasadnienia niż zakazanie mu powstrzymania się od wykonania zamierzonego działania zgodnego z sumieniem (np. nawracania pacjentów w ramach relacji lekarz–pacjent) [x].

Bywają sytuacje, że przekonania religijne mogą doprowadzić do łamania innych praw człowieka (np. prawa do życia, wolności czy zdrowia). W takiej sytuacji może być dopuszczalne ograniczenie prawa do wolności sumienia. Na tej podstawie odróżnia się niekiedy przeszkodzenie w działaniu zgodnym z sumieniem (kiedy np. członkowie sekty nie chcą wezwać lekarza pozwalając na śmierć swoich dzieci) oraz przymuszenie do działania niezgodnego z sumieniem (np. wezwanie do wojska, wykonanie aborcji). Niektórzy tylko w tym pierwszym wypadku dopuszczają ograniczenie wolności sumienia<sup>21</sup>.

---

<sup>19</sup> Wicclair M. (2008).

<sup>20</sup> Pellegrino E.D. (2006).

<sup>21</sup> Freeman M. (2007).

### 3. KONFLIKT SUMIENIA LEKARSKIEGO

Konflikt sumienia występuje wtedy, gdy osoba doświadcza dwóch sprzecznych ze sobą nakazów, z których jeden może być zrealizowany tylko poprzez częściowe naruszenie drugiego. Powstają one często, gdy ludzie uznają za nieetyczne pewne obowiązki wynikające z pełnionej roli, czy pochodzące z wyższego szczebla władzy.

W literaturze z zakresu etyki medycznej konflikt sumienia próbuje się niekiedy postrzegać jako konflikt pomiędzy różnymi modelami relacji lekarz-pacjent: modelem paternalistycznym oraz modelem opartym na poszanowaniu autonomii pacjenta<sup>22</sup>. Wydaje się jednak, że sprawa jest o wiele głębsza. W przypadku paternalizmu mamy sytuację, kiedy lekarz uważa, że pewna terapia, procedura będzie dla pacjenta lepsza i próbuje różnymi sposobami (np. przez zatajenie innych możliwości) wpłynąć na poddanie się pacjenta tej terapii. Natomiast w przypadku odmowy wykonania jakiejś procedury ze względu na wątpliwości sumienia lekarz nie myśli bezpośrednio o leczeniu pacjenta, ale o wartościach, których naruszeniu sprzeciwia się w swoim sumieniu. Jest także możliwa sytuacja, że lekarz uważa, iż to, co jest niezgodne z jego sumieniem, czyli złe dla niego, będzie również w dalszej perspektywie złe dla pacjenta. Perspektywa jest tu jednak nie medyczna, ale moralna i religijna, dlatego można w tej sytuacji mówić, co najwyżej, o paternalizmie moralnym, ale raczej nie medycznym (terapeutycznym).

W polskiej sytuacji sprzeciw sumienia z powodu przekonań religijnych może wynikać najczęściej z rozbieżności pomiędzy państwowymi normami prawnymi a zasadami głoszonymi przez kościół katolicki (KK). Dotyczy to zwłaszcza problemów związanych z początkiem ludzkiego życia (aborcja, środki wczesnoporonne i antyimplantacyjne, zapłodnienie pozaustrojowe, selekcja preimplantacyjna embrionów, nienaturalne metody regulacji poczęć). Katolicycy członkowie personelu medycznego mogą być w niektórych sytuacjach zobligowani do wyrażania sprzeciwu sumienia poprzez oficjalne wezwania skierowane do lekarzy zawarte w wypowiedziach papieża lub dokumentach Kongregacji Nauki Wiary. Osoby religijnie zaangażowane mogą się więc znaleźć w sytuacji konieczności wyboru pomiędzy wiernością swoim zasadom moralnym (czy religijnym) z jednej strony, a uległością wobec żądań pacjenta, lojalnością wobec prawa czy wobec swoich zwierzchników z drugiej strony.

KK często przypomina, że pracownicy służby zdrowia powinni strzec ludzkiego życia i służyć mu, także korzystając z prawa do sprzeciwu sumienia zwłaszcza wobec aborcji, eutanazji, stosowania środków wczesnoporonnych oraz zapłodnienia pozaustrojowego. Jan Paweł II w encyklice *Evangelium vitae* odpowiedzialnością za aborcję obarcza nie tylko matkę i ojca dziecka, ale również lekarzy i pracowników służby zdrowia, którzy oddają na służbę śmierci swoją wiedzę i umiejętności zdobyte po to, by bronić życia (EV 59). Krytykuje również relatywizm etyczny skłaniający ludzi do stosowania innych norm moralnych publicznie, a innych prywatnie, kierowanie się wolą większości w sprawach moralnych czy przyznawania absolutnej autonomii jednostce. Wskazuje, że prawo cywilne nie może zastąpić sumienia i narzucić norm, które przekraczają jego kompetencje (a takimi są normy moralne) (EV 68-71). Jan Paweł II przypomina słowa Jana XXIII, który pisał, iż jeśli sprawujący władzę wydają akty prawne przeciwne „porządkowi duchowemu” i prawu naturalnemu, to takie prawa „nie zobowiązują obywateli”<sup>23</sup>. Jan Paweł II dodaje, że takie ustawy nie tylko nie są wiążące dla

<sup>22</sup> Curlin F.A. et al. (2007); Savulescu J. (2006).

<sup>23</sup> Jan XXIII (1963), za: EV 72.



sumienia, ale „stawiają wręcz człowieka wobec poważnej i konkretnej powinności przeciwstawienia się im poprzez sprzeciw sumienia (EV 73)”. Świadomy jest także, że takie decyzje mogą wymagać rezygnacji z osiągniętej pozycji zawodowej, albo wyrzeczenia się słusznych oczekiwań związanych z przyszłą karierą [xi].

Stanowczy nakaz sumienia zabrania chrześcijanom, podobnie jak wszystkim ludziom dobrej woli, formalnego współdziałania w praktykach, które zostały co prawda dopuszczone przez prawodawstwo państwowe, ale są sprzeczne z Prawem Bożym. Z moralnego punktu widzenia nigdy nie wolno formalnie współdziałać w czynieniu zła. Takie współdziałanie ma miejsce wówczas, gdy dokonany czyn – już to z samej swej natury, już to ze względu na określony kontekst kształtujących go okoliczności – ma charakter bezpośredniego uczestnictwa w działaniu przeciwko niewinnemu życiu ludzkiemu albo też wyraża poparcie dla niemoralnej intencji głównego sprawcy. Takiego współdziałania nie można nigdy usprawiedliwiać ani powołując się na zasadę poszanowania wolności drugiego człowieka, ani też wykorzystując fakt, że prawo cywilne je przewiduje i nakazuje: za czyny dokonane osobiście przez każdego istnieje bowiem odpowiedzialność moralna, od której nikt nie może się uchylić i z której będzie sądzony przez samego Boga. (...) Oznacza to, że lekarze, personel pomocniczy i pielęgniarski oraz osoby kierujące instytucjami służby zdrowia, klinik i ośrodków leczniczych powinny mieć zapewnioną możliwość odmowy uczestnictwa w planowaniu, przygotowywaniu i dokonywaniu czynów wymierzonych przeciw życiu. Kto powołuje się na sprzeciw sumienia nie może być narażony na sankcje karne, ale także na żadne inne ujemne konsekwencje prawne, dyscyplinarne, materialne czy zawodowe (EV 74).

Do wyrażenia nieposłuszeństwa wobec niemoralnego prawa wzywają także autorzy deklaracji *Questio de abortu* (p. 22). Bardziej stanowczo o sprzeciwie sumienia mówi Watykańska Karta Pracowników Służby Zdrowia (KPSZ), która stwierdza, że lekarze i pielęgniarki są zobowiązani moralnie do wyrażenia sprzeciwu sumienia wobec bezpośredniej współpracy w działaniu aborcyjnym (KPSZ 143). Dla chrześcijan w takim wypadku aktualne pozostaje świadectwo apostołów z Dziejów Apostolskich, że „bardziej trzeba słuchać Boga niż ludzi” (Dz 5,29). Ponadto sprzeciw sumienia pracownika służby zdrowia, oprócz wierności zawodowej, ma głębokie znaczenie społeczne, jako obnażenie niesprawiedliwości prawa dopuszczającego działanie przeciwko niewinnej istocie ludzkiej (KPSZ 144). Działaniem aborcyjnym jest także używanie różnych środków przeciwdziałających zagnieżdzeniu się embrionu (antyimplantacyjnych), jak również powodujących jego przedwczesne poronienie (wczesnoporonnych). Lekarz, który świadomie przepisuje lub stosuje takie środki, przejawia działanie aborcyjne (KPSZ 142), a Papieska Akademia Życia wzywa w takiej sytuacji lekarzy do wyrażania obiekcji sumienia [xii].

Kodeks Prawa Kanonicznego nakłada karę ekskomuniki na wszystkich, którzy dopuszczają się aborcji, albo współpracują w jej zorganizowaniu lub dokonaniu. Jest to ekskomunika *latae sententiae* (tzn. wiążąca mocą samego prawa), co oznacza, że kompetentna władza nie musi ogłaszać ekskomuniki w każdym pojedynczym przypadku, ale zaciąga ją automatycznie każda osoba, która dopuszcza się tego czynu ze świadomością, że jego skutkiem jest zaciągnięcie ekskomuniki (KPSZ 145, EV 62). Deklaracja *Donum vitae* wzywa lekarzy i uczonych katolickich, a także kierowników szpitali katolickich, aby dawali świadectwo szacunku należnego embrionowi ludzkiemu (DV II, 7), a jeśli to konieczne, lekarze powinni nawet uciekać się do klauzuli sumienia (DV III).

Z problemem aborcji i szacunku dla życia poczętego związana jest również kwestia stosowania szczepionek powstałych przy użyciu tkanek z płodów dobrowolnie abortowanych

(m.in. Meruvax – szczepionka przeciw różyczce, VAQTA, HAVRIX – szczepionka przeciwko wzw typu A). Z tego powodu w USA niektórzy lekarze odmawiali stosowania tych szczepionek. W tej sprawie KK stoi na stanowisku, że dopuszczalne jest ich stosowanie, kiedy nie ma alternatywnej szczepionki, a ich niezastosowanie niesie ryzyko zdrowotne dla pacjenta lub dla populacji. Natomiast nie powinno się brać udziału w produkcji i rozprowadzaniu tego typu szczepionek, ponieważ takie działanie może przyczynić się do kolejnych aborcji w celu uzyskania tkanek płodowych<sup>24</sup>.

#### **4. PRAWA PACJENTA A AUTONOMIA LEKARZA – KONFLIKT WARTOŚCI I MODELE JEGO ROZWIĄZANIA**

W regulacjach dotyczących systemu opieki zdrowotnej problem klauzuli sumienia jest o tyle skomplikowany, że z jednej strony lekarz ma prawo odmówić wykonania procedury niezgodnej z jego sumieniem, ale z drugiej strony państwo jest zobowiązane do zapewnienia pacjentowi usług, które zostały legalnie dopuszczone. Z tego powodu wyrażenie sprzeciwu sumienia może być przyczyną licznych konfliktów, np. pomiędzy lekarzem a pacjentem, pomiędzy lekarzem a jego kolegami, pomiędzy lekarzem a jego bezpośrednim zwierzchnikiem, pomiędzy lekarzem, a dyrekcją instytucji, w której jest zatrudniony, i w końcu może mieć reperkusje w relacjach pomiędzy usługodawcami w ochronie zdrowia a politykami, przy czym najważniejszy z tych konfliktów wydaje być usytuowany w relacji lekarz-pacjent. Dodatkowo, prawo do sprzeciwu sumienia może nieść ze sobą pewne zagrożenia, np. instrumentalne usprawiedliwianie tym prawem działań (lub ich niepodejmowanie), których motywem jest dyskryminacja lub interes własny kosztem dobra wspólnego.

A. Antommara uważa, że konflikt wokół kontrowersyjnych moralnie procedur jest nierozwiązywalny, ponieważ pomiędzy jego stronami istnieje zbyt wiele istotnych różnic.<sup>25</sup> Obie strony nie zgadzają się co do faktów (np. statusu embrionu), różnią się w ocenie wielkości szkód i możliwych do uzyskania korzyści, w koncepcji ludzkiej natury i ludzkiego społeczeństwa (np. odnośnie potrzeby i szybkości rozprzestrzeniania się procedur uznawanych za kontrowersyjne), w interpretacji reguł moralnych i zakresie moralności. Istnieją jedynie różne możliwości złagodzenia tego konfliktu.

Niektórzy sugerują, aby sprzeciwiający się lekarz wyraził i obronił swoją odmowę przed specjalną komisją etyczną, która miałaby ocenić legalność i zasadność sprzeciwu sumienia (ciężar wartości kolidujących ze sobą, np. wolność sumienia lekarza, poszanowanie autonomii pacjenta, obowiązki i skuteczność działania instytucji oferującej usługi zdrowotne). Za takim modelem opowiadają się K. Martinez<sup>26</sup> oraz T.L. Beauchamp i J.F. Childress. Dwaj ostatni autorzy podkreślają, że prawo pacjenta do autonomii nie może liczyć się bardziej niż analogiczne prawo lekarza. Przyznają również, że proponowany model nie jest w pełni zadowalający zwłaszcza w sytuacjach, które dotyczą ochrony wartości najwyższych związanych ze świętością i absolutem, a takimi są wartości religijne<sup>27</sup>.

<sup>24</sup> Catholic Medical Association (2005).

<sup>25</sup> Antommara A.M. (2008).

<sup>26</sup> Martinez K. (2007).

<sup>27</sup> Beauchamp T.L., Childress J.F. (1996).

Z kolei inni wskazują, że należy chronić autonomię sumienia lekarskiego w obliczu coraz większego znaczenia zasady poszanowania autonomii pacjenta i wskazują, że lekarz powinien mieć prawo do sprzeciwu sumienia zawsze, gdy żądanie pacjenta lub społeczeństwa narusza w jego opinii fundamentalne ludzkie wartości<sup>28</sup>. W niektórych stanach USA (np. Illinois, Wisconsin, Pensylwania) przyjęto prawo chroniące pracowników ochrony zdrowia przed wszelkimi formami dyskryminacji ze względu na odmowę „przeprowadzenia, asystowania, doradzania, sugerowania, rekomendowania, skierowania lub uczestniczenia w jakiegokolwiek formie w świadczeniu, które jest niezgodne z ich sumieniem”<sup>29</sup>. E. Pellegrino uważa, że szacunek dla autonomii pacjenta nie wymaga od lekarza, by ten skierował go do kogoś innego, w celu przeprowadzenia zabiegu, o którym jest przekonany, że jest poważnym złem. Taka formalna współpraca jest niedopuszczalna dla świadomego swych zasad lekarza i spowodowałaby pogwałcenie jego integralności<sup>30</sup>.

Niektórzy proponują, aby lekarz na początku swojej pracy klinicznej złożył oświadczenie, których procedur nie będzie wykonywał, aby zainteresowane nimi osoby od razu mogły pójść do innego lekarza. Niektórzy autorzy sugerują, że lekarz na początku zawiązywania relacji z pacjentem powinien poinformować go o swoich przekonaniach, jeśli wpływają one na niektóre procedury medyczne<sup>31</sup>. Ewentualnie ustawodawca mógłby rozważyć możliwość wprowadzenia rejestrów zawierających informacje wskazujące, jakich świadczeń medycznych dany lekarz nie wykonuje, bo są niezgodne z jego sumieniem<sup>32</sup>. Hardt uważa, że takie rozwiązanie pozwala uniknąć niepotrzebnych rozczarowań i sporów, nie niszczy relacji lekarz–pacjent oraz chroni jednocześnie integralność moralną lekarza, jak i prawo pacjenta do wykonania legalnych procedur [xiii]. Jednak ten model nie sprawdza się w przypadkach nagłych i w sytuacjach, kiedy nie ma innego profesjonalisty mogącego udzielić danego świadczenia<sup>33</sup>.

Najczęstszym rozwiązaniem jest zobligowanie lekarza wyrażającego sprzeciw sumienia do skierowania pacjenta do innego lekarza, który będzie gotów wykonać dane świadczenie. Taki model obowiązuje w Polsce i np. w Wielkiej Brytanii, z tym, że w Anglii lekarz musi złożyć pisemną deklarację odmowy, a w Szkocji może być to forma oświadczenia słownego<sup>34</sup>. Trzeba jednak zauważyć, że nawet takie rozwiązanie łamie w pewnym stopniu sumienie lekarza, ponieważ poprzez wskazanie wykonawcy zmusza go do współdziałania w procedurze, która jest niezgodna z jego sumieniem. Jeśli jest katolikiem, to może się w sumieniu czuć uwikłany w tzw. grzech cudzy. Poza tym, podobnie jak poprzedni, nie rozwiązuje sytuacji nagłych i związanych z brakiem innego specjalisty.

W piśmiennictwie z zakresu etyki medycznej cały czas stawia się pytania, czy lekarz powinien wyrażać przed pacjentem swoje zastrzeżenia i wątpliwości sumienia, czy powinien informować pacjenta o moralnie kontrowersyjnym dla niego rozwiązaniu, czy powinien odsyłać go do innego lekarza i jak uregulować prawnie takie sytuacje. Według badań przeprowadzonych w USA, 86% tamtejszych lekarzy uważa, że doktor powinien poinformować pacjenta o wszystkich możliwych opcjach (także tych, które są dla niego kontrowersyjne moralnie), choć ma również prawo do wyrażenia swoich zastrzeżeń przed pacjentem (tak uważa 63%

---

<sup>28</sup> Gambino G., Spagnolo A.G. (2002).

<sup>29</sup> „his or her refusal to perform, assist, counsel, suggest, recommend, refer or participate in any way in any particular form of health care service which is contrary to the conscience of such physician or health care personnel” (*Health Care Right of Conscience Act*, 745 Ill. Comp. Stat. 70/1-14).

<sup>30</sup> Pellegrino E.D. (2000).

<sup>31</sup> Wenger N.S., Carmel S. (2004).

<sup>32</sup> Zielińska E. (2003).

<sup>33</sup> Martinez K. (2007).

<sup>34</sup> Mason J.K., McCall Smith R.A. (1994).

respondentów). W sytuacji, gdy sumienie nie pozwala lekarzowi zrealizować żądania pacjenta, 71% lekarzy jest zdania, że powinien on skierować go do innego lekarza, który będzie gotów wykonać kontrowersyjną procedurę. Lekarze bardziej religijni w większym odsetku niż nie-religijni, opowiadali się za tym, że lekarz może przedstawić swoje wątpliwości pacjentowi, natomiast w mniejszym stopniu opowiadali się za tym, że powinien on przedstawić wszystkie możliwe opcje terapeutyczne i odesłać do innego lekarza. Zauważono, że lekarze starsi częściej byliby skłonni przedstawić swoje wątpliwości pacjentowi. Zauważono także różnicę w odpowiedziach pomiędzy płciami. Mężczyźni częściej niż kobiety deklarowali, że lekarz powinien przedstawić pacjentowi swoje wątpliwości, ale rzadziej byliby skłonni przedstawić pacjentowi wszystkie możliwe opcje i skierować go do innego lekarza. Kobiety okazały się bardziej skłonne do poszanowania autonomii w takich sytuacjach. Amerykańscy autorzy uważają, że wynika to z tego, iż kobiety są bardziej narażone na problemy związane ze zdrowiem reprodukcyjnym (a najczęściej tych kwestii dotyczy sprzeciw sumienia), a więc i bardziej wrażliwe na los swoich pacjentek w takich sytuacjach. Znacząca jest liczba lekarzy, którzy nie czują się zobligowani do przedstawienia pacjentowi informacji o medycznie i prawnie dopuszczalnych procedurach, co do których mają zastrzeżenia moralne – jak obliczają autorzy tego badania, taka sytuacja może dotknąć 14% pacjentów (ponad 40 milionów Amerykanów). W dodatku 29% pacjentów (ok. 100 milionów Amerykanów) może zetknąć się z lekarzem, który nie czuje się zobligowany do odesłania pacjenta do innego lekarza w celu uzyskania kontrowersyjnego świadczenia<sup>35</sup>. Cały czas więc dość duży odsetek profesjonalistów (ok. 1/3) nie akceptuje w pełni rozwiązania nakazującego odsyłać pacjenta żądającego kontrowersyjnej procedury do innego specjalisty. Wydaje się zatem, że powinno to być bodźcem do szerszego przedyskutowania i lepszego uregulowania tych kwestii.

## 5. KLAUZULA SUMIENIA W ŚWIETLE PRAWODAWSTWA POLSKIEGO

Pojęcie „sumienia lekarza” w literaturze uważane jest nie tylko za kategorię etyczną, ale również za kategorię prawną<sup>36</sup>. Wynika to z faktu, że ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentysty oraz Kodeks etyki lekarskiej posługują się tym wyrażeniem dla oceny legalności zachowania lekarza. W literaturze wyrażono też odmienne stanowisko zakładające, że sumienie nie jest ani kategorią etyczną, ani prawną, ale psychologiczną, aczkolwiek doniosłą prawnie. Nie jest bowiem możliwe utożsamianie terminu „sumienie lekarza” ze zbiorem norm zakazujących lub nakazujących określone zachowanie w oparciu o uniwersalnie pojęte dobro lub zło, dlatego samo powołanie się na sumienie nie musi stanowić o legalności jego zachowania<sup>37</sup>.

W orzecznictwie większości współczesnych państw europejskich klauzula sumienia uważana jest za prawo o charakterze fundamentalnym, a jej ograniczenie może nastąpić jedynie w sytuacjach wyjątkowych<sup>38</sup>. Różny jest jednak status tego prawa – niekiedy wyrażane jest

---

<sup>35</sup> Curlin F.A. et al. (2007).

<sup>36</sup> Kubicki L. (1999).

<sup>37</sup> Świdarska M. (2007).

<sup>38</sup> Z powodu fundamentalnego charakteru tego prawa np. hiszpański Sąd Konstytucyjny uznał, że analizowany przez niego projekt ustawy o aborcji jest sprzeczny z Konstytucją, gdyż nie było w nim możliwości powoływania się na klauzulę sumienia przez personel medyczny. Por. Johann W., Lewaszkiwicz-Petrykowska B. (1999).

ono w konstytucji zyskując status prawa powszechnego (np. Portugalia i Słowenia – jest tam ono ograniczone jednak do przypadków regulowanych ustawą), ale często, tak jak w Polsce, ma oparcie jedynie w ustawach (m. in. z tego powodu, aby nie ograniczać możliwości innych praw, np. prawa kobiety do aborcji)<sup>39</sup>.

Polska Konstytucja zapewnia prawo do wolności sumienia i religii. Zgodnie ze stanowiskiem Trybunału Konstytucyjnego (orzeczenie z 15.1.1991 r.)<sup>40</sup> prawo to obejmuje nie tylko możliwość reprezentowania swobodnie wybranego światopoglądu, ale również prawo do postępowania zgodnie z własnym sumieniem, w tym wolność od przymusu postępowania wbrew swemu sumieniu i możliwość odmowy takiego postępowania (w orzeczeniu tym trybunał uznał prawo lekarza do uchylenia się od wydania orzeczenia o dopuszczalności przerwania ciąży oraz od przeprowadzenia takiego zabiegu)<sup>41</sup>. Warto nadmienić, że teza ta została sformułowana jeszcze pod rządami Konstytucji Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej z 22.7.1952 roku<sup>42</sup>, ale zachowuje swoją aktualność również na gruncie obecnie obowiązującej ustawy zasadniczej.

Wolność sumienia gwarantują także umowy międzynarodowe ratyfikowane przez Polskę, np. art. 9 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka (ratyfikowana 15.12.1992), art. 18 Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych (ratyfikowany 3.07.1977) oraz deklaracje i rezolucje organizacje międzynarodowych nie podlegające ratyfikacji, ale mające wpływ na prawodawstwo, np. Powszechna Deklaracja Praw Człowieka i Obywatela (dalej PDPPrCzł) proklamowana przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w dn. 10.12.1948 roku (art. 18 głosi, że każdy człowiek ma prawo do „wolności myśli, sumienia i wyznania” oraz swobodę głoszenia swojej wiary przez „nauczanie, praktykowanie, uprawianie kultu i przestrzeganie obyczajów”). Z kolei art. 25 PDPPrCzł stwierdza, że każdy ma prawo do stopy życiowej zapewniającej dobrobyt jemu i rodzinie, włączając w to między innymi opiekę lekarską i konieczne świadczenia socjalne. Z jednej strony mamy zatem prawo lekarza do postępowania zgodnie z sumieniem, a z drugiej strony prawo pacjenta do opieki lekarskiej, co może powodować konflikty, jeśli nie wprowadzi się przejrzystej hierarchii praw.

Klauzulę sumienia w aspekcie pozytywnym należy rozumieć jako etyczne poczucie powinności podejmowania pewnych działań w imię dobra chorego, nawet bez jego zgody. W ujęciu negatywnym pojęciem tym określamy prawo lekarza do powstrzymania się od wykonania takiego świadczenia zdrowotnego, którego dokonanie byłoby sprzeczne z jego sumieniem<sup>43</sup>.

Zastosowanie klauzuli w aspekcie pozytywnym może mieć miejsce w dwóch przypadkach. Pierwszy dotyczy sytuacji uregulowanej w art. 34 ust. 7 UZawL (ustawy o zawodzie lekarza), który stanowi, iż lekarz może wykonać zabieg operacyjny albo zastosować metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta bez zgody jego przedstawiciela ustawowego, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. Drugi przypadek to tzw. wyjątek terapeutyczny uregulowany w art. 35 UZawL. W myśl tego przepisu, jeżeli w trakcie wykonywania zabiegu operacyjnego albo stosowania metody leczniczej, lub diagnostycznej wystąpią okoliczności, których nieuwzględnienie groziłoby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkim uszkodzeniem ciała lub

---

<sup>39</sup> Grzeškowiak A. (2007).

<sup>40</sup> U8/90, OTK 1991, Nr 1, poz. 8.

<sup>41</sup> Oniszczyk L. (1998).

<sup>42</sup> Dz.U. Nr 19, poz.156 ze zm.

<sup>43</sup> Kubicki L. (1999).

ciężkim rozstrojem zdrowia, a nie ma możliwości niezwłocznie uzyskać zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, lekarz ma prawo, bez uzyskania tej zgody, zmienić zakres zabiegu bądź metody leczenia, lub diagnostyki w sposób umożliwiający uwzględnienie tych okoliczności. W takim działaniu trzeba przede wszystkim mieć na względzie dobro pacjenta i jego uprzednią wolę.

Powoływanie się na klauzulę sumienia jest niedopuszczalne w celu dyskryminacji jakiegokolwiek grupy pacjentów ze względu na rasę, narodowość, poglądy polityczne, przekonania religijne czy orientację seksualną, bowiem konflikt z sumieniem może dotyczyć jedynie danego świadczenia zdrowotnego, a nie osoby pacjenta. W opinii E. Zielińskiej lekarz nie może także odmówić wykonania badań prenatalnych powołując się na klauzulę sumienia z tego względu, że w opinii lekarza pacjentka chce dokonać aborcji. Najpierw należy bowiem zbadać, czy w ogóle istnieją przesłanki do wykonania zabiegu i dopiero, jeśli one zaistnieją można odmówić wykonania aborcji<sup>44</sup>.

Prawo lekarzy, dentystów i personelu pomocniczego (pielęgniarek i położnych) do powstrzymania się od wykonania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z zasadami, które przyjęli w sumieniu jest uregulowane w art. 39 ustawy z 5.12.1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (dalej: UZawLek)<sup>45</sup> oraz art. 23 ustawy z 5.7.1996r. o zawodach pielęgniarki i położnej (dalej:UZawP)<sup>46</sup>. Również Kodeks Etyki Lekarskiej w artykule 4 stwierdza: „Dla wypełnienia swoich zadań lekarz powinien zachować swobodę działań zawodowych, zgodnie ze swoim sumieniem i współczesną wiedzą medyczną”<sup>47</sup>.

Powołanie się na klauzulę sumienia wymaga jednak spełnienia kilku warunków. Osoby zamierzające powstrzymać się od wykonania świadczenia zdrowotnego niezgodnego z ich sumieniem są zobowiązane do uprzedniego powiadomienia o tym przełożonego (w przypadku lekarzy obowiązek ten dotyczy osób wykonujących swój zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby). Lekarz jest również zobowiązany do uzasadnienia i odnotowania tego faktu w dokumentacji medycznej i powinien „wskazać realne możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w innym zakładzie opieki zdrowotnej” (nie dotyczy to pielęgniarki i położnej – ta różnica wynika prawdopodobnie z faktu, że pielęgniarka nie posiada na tyle fachowej wiedzy i wąskiej specjalizacji, żeby w ramach danej placówki nikt nie mógł jej zastąpić).

Najważniejszym warunkiem ograniczającym wyrażanie sprzeciwu sumienia jest ustawowy i deontologiczny obowiązek udzielania pomocy lekarskiej. Art. 30 ustawy o zawodzie lekarza stanowi, że „lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała, lub ciężkiego rozstroju zdrowia oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki”. Podobny obowiązek nakłada na pielęgniarki i położne art. 19 UZawP, z tym że nie obejmuje on *expressis verbis* przypadków niecierpiących zwłoki. Do takiego działania zobowiązują lekarza również przepisy Kodeksu etyki lekarskiej (art. 69: „Lekarz nie może odmówić pomocy lekarskiej w przypadkach niecierpiących zwłoki, jeśli pacjent nie ma możliwości uzyskania jej ze strony instytucji powołanych do udzielenia pomocy”). Art. 30 UZawLek (i art. 19 ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej) ograniczają zatem prawo do sprzeciwu sumienia w sytuacji, gdy zwłoka w udzieleniu świadczenia, któremu sprzeciwia

<sup>44</sup> Zielińska E. (2003).

<sup>45</sup> tekst jedn. Dz.U. z 2005 r. Nr 226, poz. 1943 ze zm.

<sup>46</sup> tekst jedn. Dz.U. z 2001 r. nr 57 poz. 602 ze zm.

<sup>47</sup> Naczelna Izba Lekarska (2004).

się dana osoba, mogłaby spowodować niebezpieczeństwo powstania groźnych konsekwencji dla zdrowia i/lub życia pacjenta. Według M. Nesterowicza lekarz zatrudniony w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej nie może odmówić dokonania zabiegu przerwania ciąży w przypadku zagrożenia dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej<sup>48</sup>.

Bezwzględny obowiązek pomocy w razie zagrożenia zdrowia lub życia chorego ma zakład opieki zdrowotnej zarówno publiczny jak i niepubliczny, i to niezależnie od posiadania przez pacjenta ubezpieczenia czy niekorzystnego rokowania (art.7 ustawy z 30.8.1991 o zakładach opieki zdrowotnej, Dz.U. nr 91, poz.408). Z tego przepisu Nesterowicz wywodzi o niemożności powołania się na klauzulę sumienia przez Zakład Opieki Zdrowotnej, ponieważ ma on „realizować politykę Państwa w systemie opieki zdrowotnej”<sup>49</sup>, a inni uzasadniają to dodatkowo tym, że jako jednostka organizacyjna „nie posiada on sumienia”<sup>50</sup>.

Uregulowania dotyczące klauzuli sumienia znajdują się także w Kodeksie etyki lekarskiej (KEL). Zgodnie z treścią art. 7, w szczególnie uzasadnionych wypadkach lekarz może nie podjąć się lub odstąpić od leczenia chorego, jednakże z wyjątkiem przypadków nie cierpiących zwłoki. Nie podejmując albo odstępując od leczenia lekarz powinien jednak wskazać choremu inną możliwość uzyskania pomocy lekarskiej. Przepis ten jest ściśle powiązany z art. 4, w myśl którego dla wypełnienia swoich zadań lekarz powinien zachować swobodę działań zawodowych, zgodnie ze swoim sumieniem i współczesną wiedzą medyczną. Lekarz może odstąpić od leczenia, jeżeli jest ono niezgodnie z jego sumieniem, co niewątpliwie stanowi szczególnie uzasadniony wypadek. Regulacja zawarta w KEL jest więc odmienna od przepisów ustawy. Praktyka zaś dowodzi, że lekarze powołują się na nią chętniej niż na ustawę<sup>51</sup>. W piśmiennictwie podkreśla się, że rozwiązanie zawarte w KEL jest bardziej ekonomiczne, ponieważ określenie „w szczególnie uzasadnionych przypadkach” obejmuje także przypadki niezgodne z sumieniem<sup>52</sup>. KEL stanowi jednak o odmowie leczenia, a nie o udzielaniu innych świadczeń. Zakres tych dwóch pojęć jest różny, bowiem pojęcie świadczenia zdrowotnego wydaje się znacznie szersze i może objąć swoim zakresem więcej przypadków<sup>53</sup>. Według J. Haberko, jeżeli na przykład lekarz odmówi wypisania recepty na tabletki antykoncepcyjne powołując się jedynie na KEL, może zostać pociągnięty do odpowiedzialności zawodowej, ponieważ wypisanie recepty nie jest leczeniem, a więc kodeks nie zwalnia lekarza od takiego działania<sup>54</sup>. Trudno się jednak zgodzić z tą interpretacją, ponieważ nie wydaje się, aby była ona zgodna z celem tych regulacji. Jeśli kodeks zapewnia lekarzowi prawo do odmowy leczenia, a więc czynności najważniejszej, stanowiącej istotę jego zawodu, do której świadczenia

---

<sup>48</sup> Nesterowicz M. (2005), s. 194.

<sup>49</sup> Nesterowicz M. (2005), s. 195.

<sup>50</sup> Pawlikowska K. (b.d).

<sup>51</sup> Haberko J. (2008), s.27.

<sup>52</sup> Świdarska M. (2007), s.190.

<sup>53</sup> Świadczenie zdrowotne zgodnie z art. 3 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408) to działanie służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania, w szczególności związane z: badaniem i poradą lekarską, leczeniem, badaniem i terapią psychologiczną, rehabilitacją leczniczą, opieką nad kobietą ciężarną i jej płodem, porodem, położeniem oraz nad noworodkiem, opieką nad zdrowym dzieckiem, badaniem diagnostycznym, w tym z analityką medyczną, pielęgnacją chorych, pielęgnacją niepełnosprawnych i opieką nad nimi, opieką paliatywno-hospicyjną orzekaniem i opiniowaniem o stanie zdrowia, zapobieganiem powstawaniu urazów i chorób poprzez działania profilaktyczne oraz szczepienia ochronne, czynnościami technicznymi z zakresu protetyki i ortodoncji, czynnościami z zakresu zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

<sup>54</sup> Haberko J. (2007), s.27.

przede wszystkim jest on powołany, to tym bardziej ma prawo do odmowy wykonania innego świadczenia zdrowotnego, nawet jeśli nie jest ono leczeniem. Poza tym przymus takich świadczeń sprzeciwiałby się art. 4 kodeksu postulującemu swobodę działań zawodowych zgodnie ze swoim sumieniem.

Zatem z jednej strony lekarz jest zobowiązany do udzielania pomocy, a z drugiej ma prawo do odmowy wykonania niektórych zalegalizowanych procedur, które uznaje za sprzeczne ze swoim sumieniem. Sytuacja ta może niekiedy powodować konflikty i wymaga ona zrównoważenia prawa personelu medycznego do sprzeciwu sumienia z prawem pacjenta do uzyskania usług medycznych gwarantowanych przez państwo.

## 6. PROBLEMY ETYCZNO-PRAWNE WYNIKAJĄCE Z OBECNYCH REGULACJI DOTYCZĄCYCH KLAUZULI SUMIENIA

Warunki ustawowe związane możliwością skorzystania z klauzuli sumienia wymagają szerszego przedyskutowania. Dotyczy to zarówno przepisów dotyczących zakresu obowiązku udzielania pomocy przez lekarza (art.30 UZawLek) jak również warunków wiążących się ze skorzystaniem z prawa do klauzuli sumienia (art.39 UZawLek).

Należy zauważyć problemy wynikające z niejasności przepisów art. 30 ZawLekU, który nakłada na lekarza obowiązek udzielania pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy „zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki”. Szczególną niejasność i dowolność interpretacyjną stwarza sformułowanie: „inny przypadek niecierpiący zwłoki”. A. Zoll uważa, że zastrzeżenie to jest niespójne z normami Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych, w którym zawarto m. in. zakaz poddawania kogokolwiek przymusowi stanowiącemu zamach na jego wolność posiadania lub przyjmowania swobodnie wybranego wyznania lub przekonań (art. 18 ust.2). Uważa on, że jedynie bezpośrednie zagrożenie życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (a nie tylko możliwość takiego zagrożenia) mogą w hierarchii dóbr wyprzedzać indywidualną wolność sumienia lekarza<sup>55</sup>.

Zasada uprzedniego powiadomienia przełożonego nie uwzględnia skomplikowania klinicznego sytuacji, w której może znaleźć się lekarz. Bo może on godzić się na aborcję ze względów eugenicznych, a odmawiać jej wykonania, gdy ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego – czy zatem tak szczegółowe sytuacje powinien on opisywać? Czy raczej powinien sformułować tę informację w sposób ogólny (np., że „odmawia wykonania aborcji”)? Ale z drugiej strony w przypadku zagrożenia życia matki, nawet lekarz chcący pozostać w zgodzie z nauczaniem kościoła katolickiego może wziąć udział w procedurze medycznej mającej na celu ratowanie życia matki, a której możliwą i niechcianą konsekwencją będzie śmierć płodu.

Kolejną kwestią, na którą należy zwrócić uwagę jest nakładanie na lekarzy obowiązku uzasadniania swojego sprzeciwu w przypadku, gdy wynika on z pragnienia nieniszczenia życia ludzkiego. Taka regulacja stawia na pierwszym miejscu prawo a nie ochronę sumienia i podważa jedną z najważniejszych zasad etyki medycznej – zasadę poszanowania życia

---

<sup>55</sup> Za: Stanisław P. (2008).



ludzkiego. Sprzeciw sumienia lekarskiego wynika być może bardziej z hipokratejskiej tradycji etycznej niż z przekonań religijnych<sup>56</sup>. Lekarz może więc odmawiać wykonania aborcji odwołując się do zasady poszanowania życia ludzkiego na każdym etapie jego rozwoju, a nie do konotacji religijnych (traktowania embrionu jako stworzenia Bożego czy obawy popełnienia grzechu i narażenia się na potępienie). Fakt obecności żyjącego embrionu lub płodu jest faktem obiektywnym, dlatego powołanie się na ten fakt nie musi wpływać z subiektywnych przekonań religijnych. Ochrona ludzkiego życia na każdym etapie jego rozwoju jest jednym z najistotniejszych i koniecznych elementów hipokratejskiej tradycji lekarskiej i tradycyjnej etyki medycznej. Obowiązek uzasadniania postawy, która wynika z powołania się na zasadę będącą jedną z najbardziej fundamentalnych i najstarszych reguł etyki zawodowej, stawia pod znakiem zapytania status prawny i etyczny nie tylko wymienionej zasady, ale również całej etyki na niej opartej. Czy w takiej sytuacji reguły etyki zawodowej nie sprowadzą się jedynie do zwyczajowych reguł o statusie podobnym do zasad rządzących zachowaniem się przy stole? Co więcej, zasada ochrony ludzkiego życia na każdym etapie rozwoju obecna jest również w polskim orzecznictwie, np. Sąd Najwyższy w orzeczeniu z 17.2.1989<sup>57</sup> roku orzekł, że „życie każdego człowieka, niezależnie od wieku, stanu zdrowia, reprezentowanego poziomu wiedzy, stanu rodzinnego i realnej społecznej przydatności, jest wartością powszechną i podlega jednakowej ochronie prawnej”.

Obowiązek wskazania możliwości uzyskania przez pacjenta świadczenia niezgodnego z sumieniem lekarza pozostaje w sprzeczności z zasadą wolności sumienia i jego ochrony. Powoduje on w rzeczywistości „złamanie” sprzeciwu sumienia lekarskiego, zmuszając do pośredniego udziału w nieakceptowanej procedurze, pod względem teologiczno-moralnym naraża lekarza na popełnienie tzw. „grzechu cudzego”, a pod względem prawno-kanonicznym nawet na karę ekskomuniki (jeśli dotyczy to np. pośredniego udziału w aborcji), a te perspektywy mogą być istotne dla lekarza, który czuje się członkiem określonej społeczności religijnej<sup>58</sup>. Niepełna ochrona sumienia lekarskiego w polskim rozwiązaniu jest jeszcze bardziej widoczna, jeśli porówna się je z rozwiązaniami przyjętymi w niektórych stanach USA (np. Illinois, Wisconsin, Pensylwania), gdzie przyjęto prawo chroniące pracowników ochrony zdrowia przed wszelkimi formami dyskryminacji ze względu na odmowę „przeprowadzenia, asystowania, doradzania, sugerowania, rekomendowania, skierowania lub uczestniczenia w jakiegokolwiek formie w świadczeniu, które jest niezgodne z ich sumieniem”<sup>59</sup>. Tak szerokie prawo może jednak spotkać się z zarzutem, że konsekwencją takiego myślenia powinno być również udzielenie immunitetu lekarzowi – świadkowi Jehowy, który nie chce przetoczyć pacjentowi krwi ze względów religijnych<sup>60</sup>. W tym przypadku przeciwnicy takiego rozwiązania zrównują jednak motywy religijne, oparte na wierzeniach (że krew jest siedliskiem duszy), z motywami etycznymi opartymi na racjonalnym uzasadnieniu (sami zainteresowani używają najczęściej argumentacji, że nie chcą zabijać istoty ludzkiej, a początek życia ludzkiego

---

<sup>56</sup> Mason J.K., McCall Smith R.A. (1994).

<sup>57</sup> OSNKW5-6/1989, poz.42.

<sup>58</sup> Również P. Stanisław pisze, że „obciążenie lekarza takim obowiązkiem nie wydaje niewłaściwe, ponieważ uznając jego prawo do powstrzymania się do udzielenia świadczenia zdrowotnego sprzecznego z jego sumieniem nie powinno się go jednocześnie obligować do pośredniego udziału w dokonaniu takiego zabiegu przez innego lekarza” (Stanisław P., 2008, s. 107; por. także s. 104-111).

<sup>59</sup> “his or her refusal to perform, assist, counsel, suggest, recommend, refer or participate in any way in any particular form of health care service which is contrary to the conscience of such physician or health care personnel” (Health Care Right of Conscience Act, 745 Ill. Comp. Stat. § 70/1-14).

<sup>60</sup> Bumsted B. (2008).

przyjmują w oparciu o dane obserwacyjne, a nie wartości religijne). Trudno natomiast byłoby znaleźć bardzo religijnego lekarza katolickiego, który by pacjentom zalecał wstrzymywanie się od jedzenia mięsa w piątek, albo żydowskiego, który radziłby wykluczenie z diety wieprzowiny lub nie przepisywał preparatów z zawartością tłuszczu wieprzowego (a dopiero takie motywacje byłyby czysto religijne).

Dyskusyjna pod względem etycznym jest także interpretacja, że zakład opieki zdrowotnej nie może odmówić wykonania aborcji. Oznacza to, że dyrektor szpitala lub ordynator oddziału ginekologicznego w sposób pośredni musi wziąć udział w procedurze niezgodnej z jego sumieniem. Może to powodować dylematy moralne związane z obejmowaniem wymienionych funkcji przez osoby religijnie zaangażowane. Pogląd o niemożności składania deklaracji i niewykonywaniu niektórych procedur wynika z wspomnianego wcześniej stanowiska, że szpital jako instytucja nie posiada sumienia. Przeciwnego zdania jest jednak Sulmasy, który uważa, że szpitale nie są tylko sumą swoich pracowników, ale posiadają także własną tożsamość, misję i cele, które trwają, pomimo zmian kadrowych, a więc mogą również, jako instytucje, korzystać z prawa do sprzeciwu sumienia<sup>61</sup>[xiv].

Trzeba zauważyć, że w wielu dyskusjach i publikacjach rozumienie sumienia jest niejednoznaczne – czasem pojęcie to wyraża przekonania moralne, innym razem religijne, a niekiedy światopoglądowe (rozdzielenie pomiędzy tymi kategoriami także nie jest do końca ścisłe). Należy zatem wprowadzić tu kilka uściśleń.

Po pierwsze należy odróżnić odmowę wykonania pewnej procedury z racji sprzeciwu wobec jej istoty, od odmowy jej wykonania w ściśle określonym przypadku<sup>62</sup>. Przykładem mogą być sytuacje, kiedy chirurg z powodów emocjonalnych odmawia zoperowania zabójcy swojego syna, albo lekarz odmawia zapłodnienia pozaustrojowego dla pary lesbijek z powodu swojego sprzeciwu wobec takiej formy relacji. Chirurg z powyższego przykładu nie odmawia świadczenia medycznego z powodu jego niezgodności ze swoim sumieniem (zazwyczaj je wykonuje), ale z powodu specyficznego uwikłania emocjonalnego w relację z chorym (mogłoby ono zostać wykonane niewłaściwie, ponieważ trudno byłoby mu zdystansować się do swoich emocji). Logiczne zatem jest w tej sytuacji, że powinien on wskazać kogoś innego, kto nie będzie w takim stopniu uwikłany emocjonalnie i wykona to świadczenie. W drugiej sytuacji może to być już sprzeciw, który dotyczy pewnej zasady – nieakceptowania związków homoseksualnych i posiadania przez nie dzieci – taka sytuacja bardziej spełniałaby kryteria klauzuli sumienia, choć według I. Kennedy'ego sprzeciw sumienia w takim wypadku nie powinien obowiązywać, ponieważ jest on bardziej wynikiem uprzedzeń niż wyznawanych zasad i nie dotyczy wykonywanej procedury, ale jej zastosowania u konkretnego pacjenta<sup>63</sup>. Nie wyjaśnia on jednak, co rozumie pod pojęciem uprzedzeń, ani dlaczego akurat takie przekonania uważa za uprzedzenia.

Odróżnić należy także przekonania religijne od przekonań etycznych, politycznych czy estetycznych. O ile jednak wartości religijne dla wielu osób są bardzo ważne, to wydaje się, że jako wartości abstrakcyjne oraz kulturowo i jednostkowo zmienne nie mogą być w prawie ważniejsze od wartości fundamentalnych, np. życia ludzkiego. Należy w tym miejscu jeszcze raz podkreślić, że sprzeciw sumienia przez samych zainteresowanych często jest postrzegany jako sprzeciw ze względów etycznych a nie religijnych (używają oni najczęściej argumentacji,

---

<sup>61</sup> Sulmasy D. (2008).

<sup>62</sup> Kennedy I., Grubb A. (2000).

<sup>63</sup> Kennedy I., Grubb A. (2000).

że nie chcą zabijać istoty ludzkiej, a początek życia ludzkiego przyjmują w oparciu o dane obserwacyjne i naukowe, a nie o wartości religijne). Oparty jest on najczęściej na racjonalnych, obiektywnych przesłankach, które nie wymagają wiary religijnej, dzięki czemu mogą być intersubiektywnie komunikowalne. Można zatem zaproponować rozróżnienie przekonań w oparciu o wartości subiektywne i obiektywne (fundamentalne, intersubiektywnie zauważalne). Do tych drugich będzie należeć np. życie ludzkie, ale już w nieco mniejszym stopniu zdrowie ludzkie (ponieważ w różnej mierze może się na nie składać subiektywne poczucie zdrowia lub choroby). Wydaje się zatem, że sprzeciw sumienia oparty o wartości fundamentalne czy obiektywne powinien spotykać się z większą akceptacją i nie powinien podlegać ograniczeniu ze względu na subiektywne pragnienia czy oczekiwania pacjenta. Jego bezwzględny ograniczeniem może być jedynie zagrożenie życia pacjenta.

W literaturze pojawia się też rozróżnienie pomiędzy działaniem medycznym i działaniem niemedyчным, które niekiedy jest także wykonywane przez pracowników ochrony zdrowia. Za uzasadnione medycznie działanie można wtedy uważać opatrzenie ran u zbrodniarza, czy złożenie kości u mężczyzny, który połamał je sobie bijąc żonę (nawet, gdyby lekarz emocjonalnie wzdrażał się przed pomocą takiej osobie), natomiast działania związane z kontrolą poczęć, większością przypadków aborcji, zapłodnieniem pozaustrojowym uważają za wybory światopoglądowe związane ze stylem życia, a nie działania ściśle medyczne ukierunkowane na leczenie chorób czy pomoc w stanie zagrożenia życia lub zdrowia<sup>64</sup>. Choć powołaniem lekarza jest pomoc ludziom, którzy się do niego o to zwracają, to jednak granicą dla działań związanych z pomocą jednemu człowiekowi powinno być poszanowanie życia drugiego. Skoro lekarz nie powinien rodzinie zmęczonej opieką nad niedołążną starszą osobą pomagać w jej zabójstwie, ani na prośbę paranoika pomagać w pozbawieniu życia osób, które ten podejrzewa o niszczenie jego życia i zdrowia, to wydaje się, że również ma prawo odmówić matce współuczestnictwa w działaniu mającym na celu zniszczenie rozwijającego się w niej życia ludzkiego.

## PODSUMOWANIE

Dyskusja nad autonomią sumienia lekarskiego nabiera dodatkowej wartości w obliczu coraz większego znaczenia zasady poszanowania autonomii pacjenta. Jej stopniowe poszerzanie, przy jednoczesnym ograniczaniu praw lekarza mogłoby przewartościować partnerską relację lekarz-pacjent w cechujący się dominacją pacjenta model relacji „filialnej” (jako przeciwieństwo relacji paternalistycznej). Wydaje się, że regulacje prawne nie powinny dopuszczać do sytuacji, aby prawo pacjenta do wykonania kontrowersyjnego moralnie świadczenia miało większe gwarancje prawne niż prawo do odmowy tego świadczenia przez lekarza.

Polski model prawny klauzuli sumienia nie odbiega istotnie od modeli w innych państwach demokratycznych, choć rozwiązania prawne dotyczące zakresu obowiązku świadczenia pomocy i okoliczności jej odmowy wymagają precyzacji zapisów. Tak uważa również większość pracowników służby zdrowia (według jednego z badań 62% pracowników służby zdrowia – ginekologów, pielęgniarek i położnych, uważa, że istnieje potrzeba uregulowania sytuacji,

---

<sup>64</sup> Charo R.A. (2005).

gdy kobieta ma prawo do jakiejś procedury, np. aborcji, a lekarz odmawia jej wykonania)<sup>65</sup>. Także niedawna sprawa Alicji Tysiąc przeciwko Rzeczypospolitej Polskiej przed Europejskim Trybunałem Praw Człowieka, choć związana tylko w sposób pośredni ze sprawą klauzuli sumienia, również skłania do ulepszenia regulacji prawnych w tej materii<sup>66</sup>.

Należy jednak podkreślić, że w obecnym modelu integralność moralna lekarza i jego sumienie nie są w pełni chronione – prawo przymusza go do pośredniego udziału w procedurze, której moralnie nie akceptuje, poprzez nałożenie obowiązku wskazania lekarza gotowego ją wykonać. Należałoby zastanowić się, czy takie rozwiązanie jest konieczne i czy jest możliwość rozszerzenia granic autonomii sumienia lekarskiego bez naruszania dobra pacjenta. We współczesnym informacyjnym i pluralistycznym społeczeństwie istnieją być może możliwości przeniesienia obowiązku dostarczenia informacji o osobie wykonującej pożądaną przez pacjenta, kontrowersyjną moralnie, ale zalegalizowaną procedurę, np. na organizację pozarządową działającą w tym celu (np. typu pro-choice) i nie wikłania w to sumienia lekarza.

---

<sup>65</sup> Nowicka W., Zielińska A. (2000).

<sup>66</sup> Orzeczenie Europejskiego Trybunału Praw Człowieka: Sprawa Alicja Tysiąc przeciwko Rzeczypospolitej Polskiej, skarga nr 5410/03, orzeczenie z dnia 20 marca 2007 r.

[i]:

Nie Zeus przecież obwieścił to prawo,  
Ni wola Diki, podziemnych bóstw siostry,  
A nie mniemałam, by ukaz twój ostry  
Tyle miał wagi i siły w człowieku,  
Aby mógł łamać święte prawa boże,  
Które są wieczne i trwają od wieku,  
Ze ich początku nikt zbadać nie może.  
Ja więc nie chciałam ulęknąć się człeka  
I za złamanie praw tych kiedyś bogom  
Zdawać tam sprawę. Bom śmierci ja pewna  
Nawet bez twego ukazu; a jeśli  
Wcześniej śmierć przyjdzie, za zysk to poczytam.  
Bo komu przyszło żyć wśród nieszczęść tylu,  
Jakżeby w śmierci zysku nie dopatrył?  
Tak więc nie mierzi mnie śmierci ta groźba,  
Lecz mierzyłoby mnie braterskie ciało  
Nie pogrzebane. Tak, śmierć mnie nie straszy;  
A jeśli głupio działać ci się zdaje,  
Niech mój nierozum za nierozum staje.

(Sofokles, *Antygona*, Epeisodion 2, przeł. K. Morawski)

[ii]:

Toteż nawet jeśli mnie teraz puścicie i nie dacie wiary Anytosowi, który mówił, że albowiem się tu w ogóle nie powinienem był znaleźć, albo skorom się już tu znalazł, niepodobna mnie na śmierć nie skazać, bo jeśli, powiada, ujdę kary, to już wasi synowie, postępując wedle nauk Sokratesa, zepsują się do reszty i ze szczętem – więc gdybyście mi na to powiedzieli: Sokratesie, my teraz nie posłuchamy Anytosa, tylko cię uwolnimy, pod tym jednakże warunkiem, abys się nigdy więcej takimi poszukiwaniami nie bawił ani nie filozofował dalej, a jeśli by cię znowu na tej robocie schwytano, to zginiesz – jeśli byście mnie, jak mówię, pod tymi a warunkami puścić mieli, tobym wam powiedział, że ja was, obywatele, kocham całym sercem, ale posłucham boga raczej aniżeli was i póki mi tchu starczy, póki sił, bezwarunkowo nie przestanę filozofować i was pobudzać, i pokazywać drogę każdemu, kogo tylko spotkam, mówiąc, jak to zwykle, że ty, mężu zacny, obywatelem będąc Aten, miasta tak wielkiego i tak sławnego z mądrości i siły, nie wstydzisz się dbać i troszczyć o pieniądze, abys ich miał jak najwięcej, a o sławę, o cześć, o rozum i prawdę, i o duszę, żeby była jak najlepsza, ty nic dbasz i nie troszczysz się o to?

I jeżeli by mi ktoś z was zaprzeczał i mówił, że dba, ja go nie puszcę i nie dam mu odejść, ale go będę pytał i badał, i przekonywał, i jeśli dojdę do przekonania, że on nie ma dzielności naprawdę, a tylko tak mówi, to będę go poniewierał, że o najwyższe wartości najmniej dba, a rzeczy lichsze wyżej stawia. I tak będę robił młodym i starym, i kogo tylko spotkam, i swoim, i obcym, a tym bardziej swoim, boście mi bliżsi krwią. Tak rozkazuje bóg, dobrze sobie to pamiętajcie, a mnie się zdaje, że wy w ogóle nie macie w państwie nic cenniejszego niż ta moja służba boża. Bo przecież ja nic innego nie robię, tylko chodzę i namawiam młodych spośród was i starych, żeby się ani o ciało, ani o pieniądze nie troszczył jeden z drugim przede wszystkim, ani tak bardzo jak o duszę, aby była jak najlepsza: i mówię im, że nie z pieniędzy dzielność rośnie, ale z dzielności pieniądze i wszelkie inne dobra ludzkie i prywatne, i publiczne. Więc jeśli tak mówię i tym młodzież psuję, to może być, że to są rzeczy szkodliwe; ale jeśli ktoś twierdzi, że ja cokolwiek innego mówię, a nie to właśnie – ten kłamie. Wobec tego, Ateńczycy – czy wy posłuchacie Anytosa, czy nie, i czy mnie wypuścicie, czy nie wypuścicie, ja nie będę postępował inaczej; nawet gdybym miał nie jeden, ale sto razy umrzeć.

(Platon, *Obrona Sokratesa*, tłum. W. Witwicki)

[iii]:

To pochodzi stąd, że jakeście to nieraz ode mnie słyszeli, mam jakieś bóstwo, jakiegoś ducha, o czym i Meletos na żart w swoim oskarżeniu pisze. To u mnie tak już od chłopięcych lat: głos jakiś się odzywa, a ilekroć się zjawia, zawsze mi coś odradza, cokolwiek bym przedsiębrał, a nie doradza mi nigdy.

(Platon, *Obrona Sokratesa*, tłum. W. Witwicki)

[iv]:

Przy łóżku pacjenta odbywa się sympozjum z udziałem trzech: lekarz, chory i Bóg. Lekarz, który chce uzyskać maksimum sprawności medycyny, którą uprawia, winien wpływać równocześnie na ciało i na duszę chorego. Życie wymaga przepisów szczegółowych, paragrafów, kodeksów, sankcji. To wolno, a tego nie wolno. Jednakże życie jest nader skomplikowane. Żaden kodeks nie jest w stanie przewidzieć wszystkich powikłań życia. Najwyższą instancją powinno być sumienie lekarskie, w którym nad wszystkim górowałaby szlachetność. Lekarz na chorego powinien patrzeć jak na bliźniego, któremu pomoc jest jego szlachetnym ludzkim zadaniem.”

(Szumowski, 2007)

[v]:

## ARGUMENTS AGAINST CONSCIENTIOUS OBJECTION

### **Inefficiency and inequity**

In public medicine, conscientious objection introduces inequity and inefficiency. In a survey I conducted several years ago,<sup>6</sup> around 80% of clinical geneticists and obstetricians specialising in ultrasonography believed termination of pregnancy should be available for a normal 13 week pregnancy if the woman wants it for career reasons. However, only about 40% were prepared to facilitate it. This implied that less than half of doctors whose primary job is to deal with termination of pregnancy would facilitate a termination at 13 weeks if the woman wanted it for career reasons. The service that patients receive depends on the values of the treating doctor. Not only does this imply that patients must shop among doctors to receive the service to which they are entitled, introducing inefficiency and wasting resources, it also means some patients, less informed of their entitlements, will fail to receive a service they should have received. This inequity is unjustifiable.

### **Inconsistency**

Imagine an intensive care doctor refusing to treat people over the age of 70 because he believes such patients have had a fair innings. This is a plausible moral view,<sup>7</sup> but it would be inappropriate for him to conscientiously object to delivering such services if society has deemed patients are entitled to treatment. Or imagine in an epidemic of bird flu or other infectious disease that a specialist decided she valued her own life more than her duty to treat her patients. Such a set of values would be incompatible with being a doctor. If there is any justification for compromising the care of patients, it must be a grave risk to a doctor's physical welfare. But if self interest and self preservation are not generally deemed sufficient grounds for conscientious objection, how can religious or other values be?

### **Commitments of a doctor**

These examples show that people have to take on certain commitments in order to become a doctor. They are a part of being a doctor. Someone not prepared on religious grounds to do internal examinations of women should not become a gynaecologist. 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.

If we do not allow moral values or self interest to corrupt the delivery of the just and legal delivery of health services, we should not let other values, such as religious values, corrupt them either.

### **Discrimination**

Sometimes religious values are considered special. However, to treat religious values differently from secular moral values is to discriminate unfairly against the secular, a practice not uncommon in medical ethics.<sup>8</sup> Other values can be as closely held and as central to conceptions of the good life as religious values.

(Savulescu, 2006)



[vi]:

When a physician chooses to act on his own values instead of honoring his patient's, the physician puts his own interests in ease of conscience above the altruism that Pellegrino otherwise recognizes as a defining feature of medicine...Someone who places his own interests above his patients' departs from medicine's standard of altruism and violates a crucial tenet of medical ethics that every physician is duty bound to observe.

(Rhodes, 2006)

[vii]:

Savulescu has several fatal flaws in his case against conscientious objection in medicine. First, he assumes that what is legal is just; a moment's thought shows this is not so. The Nazis would have applauded his assertion that we should not "allow moral values to corrupt the delivery of a just and legal health service" It was doctors' compliance with the law they saw as just, that facilitated the Holocaust. I wonder if Savulescu has carried out a survey to determine how many patients would prefer to be treated by his ideal doctors whose "conscience has little place in the delivery of „care”?

Secondly, he appears to conflate conscientious objection with religious belief. There are many medical students and doctors today with no religious belief who consider euthanasia and abortion are intentional killing of the innocent and should have no place in the delivery of medical care. The recently launched "Care Not Killing" alliance makes the point powerfully enough.

Third, he fails to recognise the irony of his reluctant acceptance of conscientious objection only in situations where there are enough other doctors to do the killing (or whatever is objected to). I believe the current recruitment crisis in obstetrics is in part due to the fact that an increasing number of young doctors do not want participate in the abortion industry. If, as Savulescu suggests, they don't become gynaecologists, then the crisis will just deepen. Some patients only want to be cared for by obstetricians who will not do abortions. It is surely not paternalism to allow them that choice where possible?

Fourth, it is because conscientious objectors share Savulescu's belief that "the primary goal of a health service is to protect the health of its recipients" that they are objectors. I can't see how the abortionist's curette benefits the recipient fetus.

Fifth, if objectors have to openly declare their hand to their patients should not those doctors willing to carry out euthanasia or assist their patients' suicide also have a notice in the waiting room to this effect in countries where this is legal?

Finally, if values have no place in determining medical care, on what basis does Savulescu attempt to impose his own moral values on conscientious objectors? The paternalism he so despises is only matched by Savulescu's own and his ideal of "statute-driven medicine" seems to me more 'idiosyncratic, bigoted and discriminatory' than the moral values he is so intolerant of.

(Stammers, 2006)

[viii]:

I will use consequentialism, contractarianism, and rightsbased theories to illustrate my contention that no general ethical theory offers unequivocal support for the incompatibility thesis (“incompatibility thesis”, tu: prawny zakaz wyrażania sprzeciwu sumienia).

From a consequentialist perspective, one might compare two conceptions of a physician’s professional obligations: one that permits conscientious objection and one that does not, and attempt to determine which, if adopted, will promote better overall outcomes. Suppose outcomes are assessed on the basis of well-being and an outcome with more overall well-being is better than one with less overall wellbeing. Supporters of the incompatibility thesis might claim that more overall wellbeing will result if physicians are not allowed to refuse to provide medical services for reasons of conscience. However, those who reject the incompatibility thesis might advance the opposite claim. It is doubtful that empirical evidence is available to confirm decisively or disconfirm either claim. Moreover, it is overly simplistic to talk about comparing a conception of professional obligations that permits conscientious objection with one that does not, for there are a variety of conditions that might be placed on conscientious objection, such as requirements to notify in advance and refer. In addition, the calculation can become even more complex if an ideal or pluralistic conception of well-being is adopted, and intrinsic value is ascribed to moral integrity, the primary value underlying claims of conscience.

From a contractarian perspective, one might imagine patients and physicians choosing a policy concerning conscientious objection from behind a “veil of ignorance” that prevents each person from knowing whether he or she is a patient or a physician. In addition, although it might be stipulated that each person has an interest in access to health care and appreciates the value of protecting one’s moral integrity, the veil of ignorance precludes knowledge of the individual’s distinctive moral and religious beliefs. Now, suppose that the choice is between two principles specifying the professional obligations of health care professionals. One principle, P1, permits conscientious objection by physicians when it does not place an undue burden on patients’ access to medical services. The other principle, P2, prohibits conscientious objection. It is at least arguable that P1 would be preferred to P2.

1. This response to conscience-based refusals by physicians is echoed by a New York Times editorial directed at pharmacists: “Any pharmacist who cannot dispense medicines lawfully prescribed by a doctor should find another line of work.” In support of this conclusion, it can be said that choosing P1 would protect a very important interest (moral integrity) without significantly threatening another very important interest (access to health care).

From a rights-based perspective, it might be claimed that there are two important rights at stake: rights of conscience and a right of access to health care without undue burdens. Consider, once again, two principles: P1 permits conscientious objection by health care professionals when it does not place an undue burden on patients’ access to health care services. P2 prohibits conscientious objection. Since only P1 protects both rights, it might be argued that from a rights perspective, P1 is preferable to P2.

None of these illustrative and admittedly incomplete arguments is intended as an ethical justification of conscientious objection in health care. The aim is the considerably more modest one of casting doubt on the claim that one or more general ethical theories provide an unequivocal basis for the incompatibility thesis.

(Wicclair, 2008)

[ix]:

Remember, however, that the physician too is a moral agent. Therefore, the patient cannot ask the physician to override his values. To respect the patient's moral agency does not mean submitting to whatever he wishes if it violates the physician's moral beliefs...We have in the medical relationship two interacting moral agents, each of whom must respect the dignity and values of the other. A logical consequence is that at times the physician is morally impelled to remove himself or herself from the relationship when he or she differs on a matter of moral principle with the values the patient expresses.

(Pellegrino, 2006)

[x]:

I have suggested that there are at least three important questions to ask in sketching the boundaries of tolerance in health care. For the purposes of this discussion, a ‘practice’ will be taken to mean a policy of action or of refraining from action with respect to some particular aspect of health care, based upon fundamental religious beliefs or other deeply held, self-identifying moral beliefs. The three questions are: (1) Does the practice undermine or contradict the principle of tolerance itself? (2) Does the practice entail a substantial risk of serious illness, injury, or death for those who do not share the belief that is said to justify the practice? (3) Is the practice an action or a refraining from action? These questions deserve some further explanation.

1. Any practice that claims a conscientious exemption but contradicts the underlying basis of tolerance for conscientious differences can, it seems, be forbidden by a just and tolerant society. By undermining or contradicting the basis of tolerance, I mean that the practice for which defenders are seeking tolerance is itself intolerant—e.g., if it is based upon antipathy towards a person’s fixed characteristics (such as race or gender) or mere dislike or disagreement with a competent person’s deeply held, selfidentifying beliefs and affiliations unrelated to the practice at issue. So, for example, it would be intolerant to refuse to treat a Jehovah’s Witness for pneumonia simply because of an antipathy towards the Jehovah’s Witness religion. It would not, however, contradict the basis of tolerance if a surgeon were to refuse to operate on a patient who would not allow blood transfusions. It would seem unjust for a person to ask for tolerance for an intolerant belief. A moral system that tolerated intolerance would seem internally inconsistent. This, I think, establishes one firm boundary for tolerance.

2. If a practice entails a substantial risk of serious illness, injury, or death to the party that disagrees with the practice, there are grounds for considering whether the practice can justifiably be tolerated. However, since conscience, as I argued above, is so fundamental to morality, the grounds for contravening someone’s conscientious disagreement must be very strong. Therefore, it would seem, in general, that inconvenience, psychological distress, or mild symptoms would not be sufficient grounds to compel conscience. Rather, one would need to demonstrate a likely and imminent risk of actual illness or injury to the party that disagrees with the practice. So, for example, the fact that a patient might need to be transferred to another institution; might be upset that the doctor or nurse disagrees; or might continue to experience some amount of dizziness while attempting to find someone who agreed with his or her request would not seem to be sufficient grounds to compel the consciences of physicians and nurses. Symptoms should be treated symptomatically while awaiting the resolution of any conflict of conscience, provided that the symptomatic treatment is not itself a problem for conscience. But deep mutual respect for conscience demands that we ought to be willing to be inconvenienced, if necessary, for each other’s sake. (...) A serious risk of injury or death, by contrast, likely would constitute grounds to compel conscience. This standard is analogous to that needed to forgo confidentiality under the Tarasoff precedent. Respect for conscience, I suggest, is at least as important as the maintenance of patient confidentiality.

3. Finally, asking whether the practice at issue is an action or a refraining from action also seems morally important. As a general rule, substantially greater moral justification should be required to compel someone to perform an action in the name of tolerance than should be required to compel someone to refrain from an action in the name of tolerance. For example, less justification should be required to prohibit physicians who feel a conscientious obligation

to do so from proselytizing patients in the setting of the physician–patient relationship than should be required to compel physicians to perform female circumcision (“genital mutilation”) on young girls in violation of their consciences. No one should object to a prohibition on physicians using the physician–patient relationship as a pretext for proselytizing patients. Far more moral justification should be required, however, to compel the performance of an action that an individual finds conscientiously objectionable. Suppose that 50.1% of the population of the Netherlands were to adopt a form of Islamic belief that included support for female circumcision. Suppose that the judiciary of that society were to find that its constitution guaranteed a right to female circumcision, while not finding constitutional grounds to require the minority to perform this procedure on themselves or on their children. Ought such a society to therefore compel the conscientiously objecting individual physicians that it licenses to perform that procedure simply because that society has determined that there is a legal right to have it performed? Or ought that society to compel conscientiously objecting physicians to refer those who seek this procedure to clinicians who would be willing to do so? This seems beyond the bounds of true mutual respect for conscience. It would therefore seem that tolerant societies would set a very high threshold for compelling the performance of a practice in violation of conscience. Conscientious refraining from actions, when such restraint does not risk illness, injury, or death, and does not constitute traditional tort claims such as battery, assault, or libel, would not seem to rise to the level of sufficient grounds for compelling conscience.

(Sulmasy, 2008)

[xi]:

### **„Trzeba bardziej słuchać Boga niż ludzi” (Dz 5, 29): prawo cywilne a prawo moralne**

68. Jak już powiedzieliśmy kilkakrotnie, jednym z charakterystycznych zjawisk towarzyszących współczesnym zamachom na ludzkie życie jest tendencja do żądania ich *uznania prawnego*, jak gdyby chodziło tu o prawa, które państwo — przynajmniej w określonych warunkach — zobowiązane jest przyznać obywatelom; w konsekwencji wymaga się też, aby były one wykonywane przy fachowej i bezpłatnej pomocy lekarzy i pracowników służby zdrowia.

Nierzadko uważa się, że życie człowieka jeszcze nie narodzonego lub głęboko upośledzonego jest dobrem tylko względnym: w myśl logiki proporcjonalistycznej lub z czystego wyrachowania należałoby je porównać z innymi dobrami i ocenić w odniesieniu do nich. Utrzymuje się także, że tylko człowiek znajdujący się w konkretnej sytuacji i osobiście w nią zaangażowany może dokonać poprawnej oceny dóbr, z jakimi ma do czynienia: w konsekwencji, tylko on sam mógłby orzekać o moralności swojej decyzji. Państwo zatem, mając na uwadze zgodne współżycie i harmonię społeczną powinno by uszanować tę decyzję posuwając się nawet do dopuszczenia przerywania ciąży i eutanazji.

Kiedy indziej znów uważa się, że prawo cywilne nie może żądać od wszystkich obywateli, aby moralny poziom ich życia był wyższy niż ten, który oni sami uważają za właściwy. Dlatego prawo powinno wyrażać zawsze opinię i wolę większości obywateli i przyznawać im — przynajmniej w pewnych skrajnych wypadkach — także prawo do przerywania ciąży i eutanazji. W takich przypadkach zresztą — argumentuje się — wprowadzenie zakazu i karalności przerywania ciąży i eutanazji doprowadziłoby nieuchronnie do rozpowszechnienia się praktyk nielegalnych, te zaś wymykałyby się spod koniecznej kontroli społecznej i byłyby wykonywane bez należytego zabezpieczenia medycznego. Zadaje się też pytanie, czy utrzymywanie prawa, którego nie można wyegzekwować w praktyce, nie prowadzi ostatecznie do podważenia autorytetu wszelkich innych praw.

Wreszcie, według opinii najbardziej radykalnych, nowoczesne i pluralistyczne społeczeństwo powinno pozostawiać każdej osobie pełną autonomię w dysponowaniu życiem własnym oraz życiem tego, który się jeszcze nie narodził: nie jest zatem rzeczą prawa dokonywanie wyboru pomiędzy różnymi poglądami moralnymi, a tym bardziej nie powinno ono dążyć do narzucenia jednej szczególnej opinii na niekorzyść innych.

69. W każdym razie, we współczesnej kulturze demokratycznej szeroko rozpowszechnił się pogląd, wedle którego porządek prawny społeczeństwa powinien ograniczać się do utrwalania i przyswajania sobie przekonań większości i w konsekwencji winien być zbudowany wyłącznie na tym, co większość obywateli stosuje i uznaje za moralne. Jeśli następnie uważa się wręcz, iż prawda wspólna i obiektywna jest w rzeczywistości niedostępna, to szacunek dla wolności obywateli — którzy w systemie demokratycznym uchodzą za prawdziwych suwerenów — nakazywałby w zakresie prawnym uznanie autonomii sumienia jednostki, to znaczy, że ustanawiając te normy, które w każdym przypadku są niezbędne dla współżycia społecznego, należałoby kierować się wyłącznie wolą większości, jakakolwiek by ona była. W ten sposób każdy polityk w swojej działalności powinien by wyraźnie oddzielać sferę osobistego sumienia od sfery aktywności publicznej.

W konsekwencji można zaobserwować dwie tendencje, na pozór diametralnie sprzeczne. Z jednej strony pojedyncze osoby roszczą sobie prawo do całkowitej autonomii moralnego

wyboru i żądają od państwa, aby nie opowiadało się po stronie żadnej określonej koncepcji etycznej i nie narzucało jej innym, ale by ograniczyło się do zapewnienia każdemu możliwie jak największej przestrzeni wolności, której jedynym ograniczeniem zewnętrznym jest zasada nienaruszania przestrzeni autonomii, do jakiej ma prawo każdy inny obywatel. Z drugiej strony uważa się, że szacunek dla wolności wyboru innych wymaga, aby w sprawowaniu funkcji publicznych i zawodowych nikt nie kierował się własnymi przekonaniem, ale każdy starał się spełniać wszelkie żądania obywateli, uznawane i gwarantowane przez ustawy prawne, przyjmując jako jedyne kryterium moralne w wypełnianiu swoich funkcji to, co zostało określone w tychże ustawach. W ten sposób odpowiedzialność osoby zostaje powierzona prawu cywilnemu, co oznacza rezygnację z własnego sumienia przynajmniej w sferze działalności publicznej.

70. (...) W rzeczywistości demokracji nie można przeceniać, czyniąc z niej namiastkę moralności lub „cudowny środek” na niemoralność. Jest ona zasadniczo „porządkiem” i jako taka środkiem do celu, a nie celem. Charakter „moralny” demokracji nie ujawnia się samoczynnie, ale zależy od jej zgodności z prawem moralnym, któremu musi być podporządkowana podobnie jak każda inna działalność ludzka: zależy zatem od moralności celów, do których zmierza, i środków, jakimi się posługuje jeśli wartość demokracji jest dziś prawie powszechnie uznawana, to należy w tym widzieć pozytywny „znak czasów”, co również stwierdził wielokrotnie Urząd Nauczycielski Kościoła<sup>88</sup>. Ale wartość demokracji rodzi się albo zanika wraz z wartościami, które ona wyraża i popiera: do wartości podstawowych i koniecznych należy z pewnością godność każdej ludzkiej osoby, poszanowanie jej nienaruszalnych i niezbywalnych praw, a także uznanie „dobra wspólnego” za cel i kryterium rządzące życiem politycznym.

Podstawą tych wartości nie mogą być tymczasowe i zmienne „większości” opinii publicznej, ale wyłącznie uznanie obiektywnego prawa moralnego, które jako „prawo naturalne”, wpisane w serce człowieka, jest normatywnym punktem odniesienia także dla prawa cywilnego. Gdyby na skutek tragicznego zagłuszenia sumienia zbiorowego sceptycyzm podał w wątpliwość nawet fundamentalne zasady prawa moralnego, zachwiałyby to samymi podstawami ładu demokratycznego, tak że stałby się on jedynie mechanizmem empirycznej regulacji różnych i przeciwstawnych dążeń.

Mógłby ktoś pomyśleć, że również taka funkcja demokracji, z braku czegoś lepszego, ma swoją wartość, jako że służy pokojowi społecznemu. Nawet uznając pewien element prawdy w takiej ocenie, trudno nie zauważyć, iż bez zakorzenienia w obiektywnej moralności nawet demokracja nie może zapewnić trwałego pokoju, tym bardziej, że pokój, jeśli jego miarą nie są wartości takie jak godność każdego człowieka i solidarność wszystkich ludzi, nierzadko okazuje się pozorny. W systemach władzy opartych na zasadzie uczestnictwa regulowanie interesów odbywa się często na korzyść silniejszych, gdy potrafią oni skuteczniej sterować nie tylko mechanizmami władzy, ale także procesem kształtowania się zgodnej opinii. W takiej sytuacji demokracja łatwo staje się pustym słowem.

71. (...) Nie ulega wątpliwości, że *zadanie prawa cywilnego* jest inne niż prawa moralnego, a zakres jego oddziaływania węższy. Jednak „w żadnej dziedzinie życia prawo cywilne nie może zastąpić sumienia ani narzucać norm, które przekraczają jego kompetencje”, do których należy ochrona wspólnego dobra osób poprzez uznanie i obronę ich podstawowych praw, umacnianie pokoju i moralności publicznej. Zadaniem prawa cywilnego jest bowiem

ochrona ładu społecznego opartego na prawdziwej sprawiedliwości, tak abyśmy „mogli prowadzić życie ciche i spokojne z całą pobożnością i godnością” (1 Tm 2, 2). Właśnie dlatego prawo cywilne musi zapewnić wszystkim członkom społeczeństwa poszanowanie pewnych podstawowych praw, które należą do natury osoby i które musi uznać i chronić każde prawo stanowione. Wśród nich pierwszym i podstawowym jest nienaruszalne prawo do życia każdej niewinnej ludzkiej istoty. Chociaż władza państwowa może niekiedy powstrzymać się od zakazania czegoś, co — gdyby zostało zabronione — spowodowałoby jeszcze poważniejsze szkody, nigdy jednak nie może uznać, że jest prawem jednostek — nawet jeśli stanowiłyby one większość społeczeństwa — znieważanie innych osób przez łamanie ich tak podstawowego prawa, jakim jest prawo do życia. Prawna tolerancja przerywania ciąży lub eutanazji nie może więc w żadnym przypadku powoływać się na szacunek dla sumienia innych właśnie dlatego, że społeczeństwo ma prawo i obowiązek bronić się przed nadużyciami dokonywanymi w imię sumienia i pod pretekstem wolności.

W Encyklice *Pacem in terris* Jan XXIII pisał na ten temat: „Podkreśla się dzisiaj, że prawdziwe dobro wspólne polega przede wszystkim na poszanowaniu praw i obowiązków ludzkiej osoby. Wobec tego głównym zadaniem sprawujących władzę w państwie jest dbać z jednej strony o uznawanie tych praw, ich poszanowanie, uzgadnianie, ochronę i stały ich wzrost, z drugiej zaś strony to, aby każdy mógł łatwiej wypełniać swoje obowiązki. Albowiem «podstawowym zadaniem wszelkiej władzy publicznej jest strzec nienaruszalnych praw człowieka i dbać o to, by każdy mógł z większą łatwością wypełniać swe obowiązki». Dlatego, jeśli sprawujący władzę nie uznają praw człowieka, albo je gwałcą, to nie tylko sprzeniewierzają się powierzonemu im zadaniu; również wydawane przez nich zarządzenia pozbawione są wszelkiej mocy obowiązującej” [wyróżn. – J.P.].

72. W ciągłości z całą Tradycją Kościoła pozostaje także nauczanie o koniecznej *zgodności prawa cywilnego z prawem moralnym*, jak to przedstawia cytowana Encyklika Jana XXIII: „Władzy rozkazywania domaga się porządek duchowy i wywodzi się ona od Boga. Jeśli więc sprawujący władzę w państwie wydają prawa względnie nakazują coś wbrew temu porządkowi, a tym samym wbrew woli Bożej, to ani ustanowione w ten sposób prawa, ani udzielone kompetencje nie zobowiązują obywateli (...). Wtedy w rzeczywistości kończy się władza, a zaczyna potworne bezprawie”. Takie też jest jednoznaczne nauczanie św. Tomasza z Akwinu, który pisze między innymi: „Prawo ludzkie jest prawem w takiej mierze, w jakiej jest zgodne z prawym rozumem, a tym samym wypływa z prawa wiecznego. Kiedy natomiast jakieś prawo jest sprzeczne z rozumem, nazywane jest prawem niegodziwym; w takim przypadku jednak przestaje być prawem i staje się raczej aktem przemocy”. A w innym miejscu: „Każde prawo ustanowione przez ludzi o tyle ma moc prawa, o ile wypływa z prawa naturalnego. Jeśli natomiast pod jakimś względem sprzeciwia się prawu naturalnemu, nie jest już prawem, ale wypaczeniem prawa”.

Otóż to nauczanie odnosi się przede wszystkim i bezpośrednio do ludzkiego ustawodawstwa, które nie uznaje podstawowego i pierwotnego prawa każdego człowieka do życia. Tak więc ustawy, które dopuszczają bezpośrednio zabójstwo niewinnych istot ludzkich, poprzez przerywanie ciąży i eutanazję, pozostają w całkowitej i nieusuwalnej sprzeczności z nienaruszalnym prawem do życia, właściwym wszystkim ludziom, i tym samym zaprzeczają równości wszystkich wobec prawa. Można by wysunąć zastrzeżenie, że nie dotyczy to eutanazji, gdy zostaje ona dokonana na w pełni świadome żądanie zainteresowanego. Jednakże państwo, które uznałoby takie żądanie za prawomocne i zezwoliłoby na jego spełnienie, usankcjonowa-



łoby swoistą formę samobójstwa-zabójstwa, wbrew podstawowym zasadom, które zabraniają rozporządzać życiem i nakazują ochraniać każde niewinne życie. W ten sposób zmierza się do osłabienia szacunku dla życia i otwiera drogę postawom niszczącym zaufanie w relacjach społecznych. Prawa, które dopuszczają oraz ułatwiają przerywanie ciąży i eutanazję, są zatem radykalnie sprzeczne nie tylko z dobrem jednostki, ale także z dobrem wspólnym i dlatego są całkowicie pozbawione rzeczywistej mocy prawnej. Nieuznanie prawa do życia, właśnie dlatego, że prowadzi do zabójstwa osoby, której społeczeństwo ma służyć, gdyż to stanowi rację jego istnienia, przeciwstawia się zdecydowanie i nieodwracalnie możliwości realizacji dobra wspólnego. Wynika stąd, że gdy prawo cywilne dopuszcza przerywanie ciąży i eutanazję, już przez ten sam fakt przestaje być prawdziwym prawem, moralnie obowiązującym.

73. Przerywanie ciąży i eutanazja są zatem zbrodniami, których żadna ludzka ustawa nie może uznać za dopuszczalne. Ustawy, które to czynią, nie tylko nie są w żaden sposób wiążące dla sumienia, ale stawiają wręcz człowieka wobec *poważnej i konkretnej powinności przeciwstawienia się im poprzez sprzeciw sumienia*. Od samych początków Kościoła przepowiadanie apostoelskie pouczało chrześcijan o obowiązku posłuszeństwa władzom publicznym prawnomocnie ustanowionym (por. Rz 13, 1-7; 1 P 2, 13-14), ale zarazem przestrzegało stanowczo, że „trzeba bardziej słuchać Boga niż ludzi” (Dz 5, 29). Już w Starym Testamencie znajdujemy wymowny przykład oporu wobec niesprawiedliwego rozporządzenia władz — i to właśnie takiego, które było wymierzone przeciw życiu. Żydowskie położne sprzeciwiły się faraonowi, który nakazał zabijać wszystkie nowo narodzone dzieci płci męskiej: „nie wykonały rozkazu króla egipskiego, pozostawiając przy życiu [nowo narodzonych] chłopców” (Wj 1, 17). Trzeba jednak zwrócić uwagę na głęboki motyw takiej postawy: „położne bały się Boga” (*tamże*). Właśnie z posłuszeństwa Bogu — któremu należy się bojaźń, wyrażająca uznanie Jego absolutnej i najwyższej władzy — człowiek czerpie moc i odwagę, aby przeciwstawiać się niesprawiedliwym ludzkim prawom. Jest to moc i odwaga tego, kto gotów jest nawet iść do więzienia lub zginąć od miecza, gdyż jest przekonany, że „tu się okazuje wytrwałość i wiara świętych” (Ap 13, 10).

Tak więc w przypadku prawa wewnętrznie niesprawiedliwego, jakim jest prawo dopuszczające przerywanie ciąży i eutanazję, nie wolno się nigdy do niego stosować „ani uczestniczyć w kształtowaniu opinii publicznej przychylniej takiemu prawu, ani też okazywać mu poparcia w głosowaniu” [wyróżn. – J.P.].

Szczególny problem sumienia mógłby powstać w przypadku, w którym głosowanie w parlamencie miałyby zdecydować o wprowadzeniu prawa bardziej restryktywnego, to znaczy zmierzającego do ograniczenia liczby legalnych aborcji, a stanowiącego alternatywę dla prawa bardziej permissywnego, już obowiązującego lub poddanego głosowaniu. Takie przypadki nie są rzadkie. Można bowiem zauważyć, że podczas gdy w niektórych częściach świata nadal prowadzi się kampanie na rzecz wprowadzenia ustaw dopuszczających przerywanie ciąży, popierane nierzadko przez potężne organizacje międzynarodowe, w innych natomiast krajach — zwłaszcza tych, które doświadczyły już gorzkich konsekwencji takiego permissywnego ustawodawstwa — pojawia się coraz więcej oznak ponownego przemyślenia sprawy. W omawianej tu sytuacji, jeśli nie byłoby możliwe odrzucenie lub całkowite zniesienie ustawy o przerywaniu ciąży, parlamentarzysta, którego osobisty absolutny sprzeciw wobec przerywania ciąży byłby jasny i znany wszystkim, postąpiłby słusznie, udzielając swego poparcia propozycjom, których celem jest *ograniczenie szkodliwości* takiej ustawy i zmierzających

w ten sposób do zmniejszenia jej negatywnych skutków na płaszczyźnie kultury i moralności publicznej. Tak postępując bowiem, nie współdziała się w sposób niedozwolony w uchwalaniu niesprawiedliwego prawa, ale raczej podejmuje się słuszną i godziwą próbę ograniczenia jego szkodliwych aspektów.

74. Wprowadzenie niesprawiedliwych ustaw prawnych stawia często ludzi moralnie prawych przed trudnymi problemami sumienia dotyczącymi kwestii współpracy, a wynikającymi z obowiązku obrony własnego prawa do odmowy uczestnictwa w działaniach moralnie złych. Decyzje, które trzeba wówczas podjąć, są nieraz bolesne i mogą wymagać rezygnacji z osiągniętej pozycji zawodowej albo wyrzeczenia się słusznym oczekiwaniom związanych z przyszłą karierą. W innych przypadkach może się zdarzyć, że wykonywanie pewnych działań, ze swej natury obojętnych albo wręcz pozytywnych, przewidzianych przez ustawy prawne globalnie niesprawiedliwe, pozwala na ratowanie zagrożonego życia ludzkiego. Z drugiej jednak strony można się słuszenie obawiać, że gotowość do wykonywania tych działań nie tylko wywoła zgorszenie i przyczyni się do osłabienia niezbędnego sprzeciwu wobec zamachów na życie, ale doprowadzi niepostrzeżenie do coraz powszechniejszego ulegania permissywnej logice.

Aby wyjaśnić tę trudną kwestię moralną, należy przypomnieć ogólne zasady dotyczące *współdziałania w złych czynach*. Stanowczy nakaz sumienia zabrania chrześcijanom, podobnie jak wszystkim ludziom dobrej woli, formalnego współdziałania w praktykach, które zostały co prawda dopuszczone przez prawodawstwo państwowe, ale są sprzeczne z Prawem Bożym. Z moralnego punktu widzenia nigdy nie wolno formalnie współdziałać w czynieniu zła. Takie współdziałanie ma miejsce wówczas, gdy dokonany czyn — już to z samej swej natury, już to ze względu na określony kontekst kształtujących go okoliczności — ma charakter bezpośredniego uczestnictwa w działaniu przeciwko niewinnemu życiu ludzkiemu albo też wyraża poparcie dla niemoralnej intencji głównego sprawcy. Takiego współdziałania nie można nigdy usprawiedliwić ani powołując się na zasadę poszanowania wolności drugiego człowieka, ani też wykorzystując fakt, że prawo cywilne je przewiduje i nakazuje: za czyny dokonywane osobiście przez każdego istnieje bowiem odpowiedzialność moralna, od której nikt nie może się uchylić i z której będzie sądzony przez samego Boga (por. Rz 2, 6; 14, 12).

Odmowa współdziałania w niesprawiedliwości to nie tylko obowiązek moralny, ale także podstawowe ludzkie prawo. Gdyby tak nie było, człowiek byłby zmuszony popełniać czyny z natury swojej uwłaczające jego godności i w ten sposób jego wolność, której autentyczny sens i cel polega na dążeniu do prawdy i dobra, zostałaby radykalnie naruszona. Chodzi tu zatem o prawo podstawowe, które właśnie z tego względu powinno być przewidziane w ustawodawstwie państwowym i przez nie chronione. Oznacza to, że lekarze, personel medyczny i pielęgniarski oraz osoby kierujące instytucjami służby zdrowia, klinik i ośrodków leczniczych powinny mieć zapewnioną możliwość odmowy uczestnictwa w planowaniu, przygotowywaniu i dokonywaniu czynów wymierzonych przeciw życiu. Kto powołuje się na sprzeciw sumienia, nie może być narażony nie tylko na sankcje karne, ale także na żadne inne ujemne konsekwencje prawne, dyscyplinarne, materialne czy zawodowe [wyróżn. – J.P.]

(Jan Paweł II, *Evangelium vitae*, 68-75)

[xii]:

Kobieta, która ucieka się do stosowania tego rodzaju specyfiku, nie czyni tego w obawie przed ewentualnym poczęciem nowego życia ludzkiego (...), ale dlatego, że intencjonalnie zakłada unicestwienie nowego, rozwijającego się życia ludzkiego. (...) Wzywamy wszystkich pracowników służby zdrowia, aby wyrażali obiekcje sumienia wobec sytuacji, gdy będą zmuszani do podawania kobietom pigułki „dzień po”. Niech taka postawa będzie ich odważnym świadectwem na rzecz wartości i nienaruszalności życia ludzkiego”.

(Papieska Akademia Życia, Komunikat, 2000).

[xiii]:

The imbalance of power that characterizes the physician–patient relationship, the threat of perceived illness, and the patient’s surprise at an unexpected denial of a socially accepted prescription or treatment should give conscientious physicians pause as they negotiate the clinical encounter. Patients deserve reasons for physicians’ refusals to participate in legally and socially sanctioned interventions. Likewise, physicians have an authentic claim to preserving their moral integrity. Open and forthright conversation about physicians’ moral reluctance to participate in a particular course of care can be a valuable and welcome occurrence. Regrettably, this opens the door to potential abuses of power by physicians who handle this exchange poorly. Yet it seems that these undesirable—and arguably rare—outcomes are a necessary risk in preserving the moral agency of physicians and patients alike in a morally plural context.

Given the possibility that some patients would rather avoid such a conversation, it also seems appropriate that patients be given advance warning of how particular moral commitments constrain physician practice. Advance warning will mitigate unnecessary surprise, embarrassment, and argument. It will also help to preserve trust in the physician–patient encounter. Outside of the clinical encounter itself, there is an identifiable need to devise means to both protect physician moral integrity and preserve the social good of making legally sanctioned prescriptions and interventions available to the public. This, too, is a requirement of a morally plural society in which medicine and its ends are rightly open for debate and ongoing discussion. Devising means to accommodate the moral integrity of both physicians and patients while simultaneously preserving a vibrant morally plural society is the next task of the conscience debate.

(Hardt, 2008)

[xiv]:

Further, health care institutions are much more than mere “aggregates” of persons. They are not random collections of doctors, nurses, social workers, and other professionals thrown together in a building without a common purpose and identity that transcends each of them. In organizations that qualify as moral agents, the identity of the organization is not exhausted by merely tallying up the identities of the individuals. Organizations have an identity that is much more than the sum of their constituent parts. For example, when the nursing shift changes, the University of Chicago Hospital is still the University of Chicago Hospital. If the entire Section of Dermatology suddenly quits, entering private practice to do nothing but give botox injections, the University of Chicago loses something, to be sure, but it is still the University of Chicago. The institution has an overriding identity and purpose that goes beyond its members.

Health care institutions seem to qualify as moral agents because they have this overriding purpose and identity. They exist to help the sick. They do this through the agency of persons who have sworn oaths to put their skills at the service of patients, thus sealing a common purpose for the institution with all the moral binding force that these oaths carry. The common purpose of a health care institution is specifically to satisfy the moral obligations of the actors who play the central role in the institution, namely, the health care professionals. Health care institutions are thus true moral agents. They have an identity that is greater than the sum of the identities of constituent members of the group. Some have religious identities. Almost all have explicit mission statements. They act intentionally. They make decisions for which they may receive praise or blame. They have recognized institutional structures by which the decisions of some (e.g., the Board of Trustees, the CEO, the Dean of the School of Nursing, or the Chair of Medicine) count as the decisions of the institution. We can appropriately criticize any of these leaders for acting in their own best interests rather than the interests of the institution. They are authorized to make decisions on behalf of an institution that is greater than any one of them, and their decisions must not undermine the fundamental self-identifying commitments of the institution.

Moreover, if health care institutions are moral agents, they must also be understood to have consciences. Institutional conscience, like the conscience of individuals, is Janus-faced. The conscience of an institution is rooted in the fact that it professes a set of fundamental moral commitments and it must act in accord with them. The conscience of an institution is exercised in making the moral judgment that a decision that it has made or is considering would violate those fundamental moral commitments. Health care institutions act intentionally as institutions. They receive praise or blame for the decisions they make. They must reason about these What is conscience and why is respect for it so important? decisions. They must sort through the emotional experiences of their individual members in making decisions. They must make moral judgments. In so doing, the institution, if it is to be a truly moral institution, should pursue its goals, decisions, and actions with a fundamental commitment to moral integrity.

Like individuals, institutions can fail conscientiously through faulty reasoning, misplaced emotions, or poor judgment. In so doing, a hospital would join the ranks of other human institutions struggling for integrity in the midst of all the ambiguity of the moral world. Institutions can also fail to act upon their own conscientious judgments, either through reasoning by expediency, or by being overwhelmed by emotions such as panic or greed, or by weakness of the will. This is how institutions become caught in the web of evil in the world.

All this would imply that health care institutions have consciences, at least by a strong analogy if not also in fact. Conscience is a fundamental moral commitment on the part of a moral agent to moral integrity, involving a commitment to uphold fundamental moral precepts and moral identity and, based upon these fundamental moral commitments, to make use of reason, emotion, and will to arrive at proper moral judgments and to act on these judgments. By these criteria, health care institutions have consciences.

(Sulmasy, 2008)

## Bibliografia

- Antommara A.M. (2008), *Adjudicating rights or analyzing interests: ethicists' role in the debate over conscience in clinical practice*, "Theor Med Bioeth" 29(3), 201-212.
- Beauchamp T.L., Childress J.F. (1996), *Zasady etyki medycznej*, KiW, Warszawa.
- Brzeziński T. (2002), *Etyka lekarska*, PZWL, Warszawa.
- Bumsted B. (2008), *State bill would shield anti-abortion doctors*. Pittsburgh Tribune-Review.
- Catholic Medical Association (2005), *Vaccines Prepared from Cells Derived from Aborted Human Fetuses*, Pontifical Academy for Life.
- Charo R.A. (2005), *The celestial fire of conscience – refusing to deliver medical care*, "N Engl J Med" 352(24), 2471-2473.
- Curlin F.A. et al. (2007), *Religion, Conscience, and Controversial Clinical Practices*, "N Engl J Med" 356(6), 593-600.
- Freeman M. (2007), *Prawa człowieka*, Warszawa, Sic!.
- Gambino G. Spagnolo A.G. (2002), *Ethical and juridical foundations of conscientious objection for health care workers*, "Med Etika Bioet" 9(1-2), 3-5.
- Grześkowiak A. (2007), *Sprzeciw sumienia w odniesieniu do różnych kategorii zawodów związanych z ochroną życia*, "Naturalne Planowanie Rodziny" 1(2), 20-24.
- Haberko J. (2008), *Sumienie medycyny i litera prawa w obronie życia i zdrowia ludzkiego* [w:] J. Haberko, R. Kocyłowski, B. Pawelczyk (red.), *Lege Artis. Problemy prawa medycznego*, Poznań.
- Jan Paweł II (1998), *Encyklika Evangelium vitae* [w:] K. Szczygieł (red.), *W trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*, Biblos, Tarnów, 41-136.
- Jan XXIII (1963), *Encyklika „Pacem in terris”*, Watykan.
- Johann W., Lewaszkiwicz-Petrykowska B. (1999), *Wolność sumienia i wyznania w orzecznictwie konstytucyjnym – status jednostki*, Biul. TK.
- Kennedy I. Grubb A. (2000), *Medical Law*, Butterworths, London-Dublin..
- Kongregacja Nauki Wiary (1998a), *Questio de abortu. Deklaracja o przerywaniu ciąży* [w:] K. Szczygieł (red.), *W trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*, Biblos, Tarnów, 303-315.
- Kongregacja Nauki Wiary (1998b), *Donum Vitae. Instrukcja o szacunku dla rodzącego się życia ludzkiego i o godności jego przekazywania* [w:] K. Szczygieł (red.), *W trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*, Biblos, Tarnów, 360-385.
- Kubicki L. (1999), *Sumienie lekarza jako kategoria prawna*, "PiM" 4.
- Kuniński T. (2008), *Stosunek Sokratesa do prawa w świetle Obrony i Kritona*, "Diametros" 17, 30-44.
- Martinez K. (2007), *Medicina y objeción de conciencia*, "An Sist Sanit Navar" 30(2), 215-223.
- Mason J.K., McCall Smith R.A. (1994), *Law and Medical Ethics*, Butterworths, London-Dublin.
- Naczelna Izba Lekarska (2004), *Kodeks etyki lekarskiej*, Warszawa.
- Nesterowicz M. (2005), *Prawo medyczne*, TNOiK, Toruń.
- Nowicka W., Zielińska A. (2000), *Badanie ankietowe federacji wśród lekarzy, pielęgniarek i położnych na temat skutków ustawy antyaborcyjnej* [w:] W. Nowicka (red.), *Ustawa antyaborcyjna w Polsce. Funkcjonowanie, skutki społeczne, postawy i zachowania. Raport – Wrzesień 2000*, Federacja na Rzecz Kobiet i Planowania Rodziny, Warszawa.
- Oniszczyk L. (1998), *Orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego w latach 1986-1996*, Wyd. Sejmowe, Warszawa, 279-280.
- Papieska Akademia Życia (2000), *Komunikat dotyczący wprowadzenia do powszechnej sprzedaży pigułki „dzień po” na terenie Republiki Włoskiej (2000)* [w:] A.J. Katolo (red.), *Bezdroża antykoncepcji*, Gaudium, Lublin, 13-17.

- Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia (1998), *Karta Pracowników Służby Zdrowia* [w:] K. Szczygieł (red.), *W trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*, Biblos, Tarnów, 549-627.
- Pawlikowska K. (b.d), *Klauzula sumienia: rozważania prawno-moralne*, "Prawo i medycyna".
- Pellegrino E.D. (2000), *Commentary: value neutrality, moral integrity and physician*, "J. Law Med. Ethics" 28(1), 78-80.
- Pellegrino E.D. (2006), *Toward a reconstruction of medical morality*, "American Journal of Bioethics" 6(2), 65-71.
- Pieniążek-Samek M. (2007), *Serce ma swój porządek, rozum ma swój. Kilka pytań do mojego sumienia* [w:] J. Jagiełło, W. Zuziak (red.), *Sumienie w świecie wolności*, Znak, Kraków, 52-61.
- Platon (2004), *Obrona Sokratesa*, tłum. W. Witwicki, Unia Wydawnicza Verum, Warszawa.
- Rhodes R. (2006), *The ethical standard of care*, "American Journal of Bioethics" 6(2), 76-78.
- Ricken F. (2001), *Etyka ogólna*, Antyk, Kęty.
- Savulescu J. (2006), *Conscientious objection in medicine*, "BMJ" 332, 294-297.
- Sobór Watykański II (1965), *Konstytucja duszpasterska o Kościele w świecie współczesnym „Gaudium et spes”*, Watykan.
- Sofokles (2000), *Antyгона*, przeł. K. Morawski, Tower Press, Gdańsk.
- Stammers T.G. (2006), *Six objections to Savulescu's salvos. (Rapid responses to: Savulescu J. Conscientious objection in medicine)*, "BMJ" 332, 294-297.
- Stanisz P. (2008), *Klauzula sumienia* [w:] A. Mezglewski, H. Misztal, P. Stanisz, *Prawo wyznaniowe*, C.H. Beck, Warszawa, 104-111.
- Styczeń T. (1995), *Wprowadzenie do etyki*, TN KUL, Lublin.
- Sulmasy D. (2008), *What is conscience and why is respect for it so important?*, "Theor Med Bioeth" 29(3), 135-149.
- Szumowski W. (2007), *Filozofia medycyny*, Wyd. Marek Derewiecki, Kęty.
- Świdarska M. (2007), *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny*, TNOiK, Toruń.
- Wenger N.S., Carmel S. (2004), *Physicians' Religiosity and End-of-Life Care Attitudes and Behaviors*, "Mt Sinai J Med" 71(5), 335-343.
- Wicclair M. (2008), *Is conscientious objection incompatible with a physician's professional obligations?*, "Theor Med Bioeth" 29(3), 171-185.
- Zielińska E. (2003), *Klauzula sumienia*, "PiM" 1.