

**Z medycznej wokandy**

# Prawo do krytyki lekarzy w kodeksie etyki lekarskiej



JĘDRZEJ  
SKRZYPCZAK

Warto raz jeszcze powrócić do kwestii art. 52 kodeksu etyki lekarskiej, tym bardziej, że jest ku temu doskonała okazja. Najpierw bowiem 23 kwietnia 2008 r. zajmował się nim polski Trybunał Konstytucyjny, a 16 grudnia 2008 r. Europejski Trybunał Praw Człowieka.

Przypomnijmy, iż w pierwotnym brzmieniu KEL (tj. od 1991 do 2003 r.) przepis, który formułował wspomnianą powyżej regułę (art. 52 KEL), uzyskał następujące brzmienie: „Lekarze powinni okazywać sobie wzajemny szacunek. Lekarz nie powinien wypowiadać wobec chorego i jego otoczenia, a także wobec personelu asystującego lub publicznie, niekorzystnej oceny działalności zawodowej innego lekarza lub dyskredytować go w jakikolwiek sposób. Wszelkie uwagi o dostrzeżonych błędach w postępowaniu innego lekarza powinien przede wszystkim przekazać zainteresowanemu lekarzowi. Poinformowanie organu izby lekarskiej o zauważonym naruszeniu zasad etycznych i niekompetencji zawodowej innego lekarza nie godzi w zasady solidarności zawodowej”. W tej wersji przepisu zakazywano więc wypowiadania publicznie jakiegokolwiek niekorzystnej oceny działalności innego lekarza. Dodatkowo piętnowano wypadki dyskredytowania innego lekarza. Na Krajowym Zjeździe Lekarzy w 2003 r. dokonano istotnej zmiany KEL, w tym art. 52. I tak od 1 stycznia 2004 r. obowiązuje on w następującym brzmieniu: „Art. 52. Lekarze powinni okazywać sobie wzajemny szacunek. Szczególny szacunek i względy należą się lekarzom seniorom, a zwłaszcza byłym nauczycielom. Lekarz powinien zachować szczególną ostrożność w formułowaniu opinii o działalności zawodowej innego lekarza, w szczególności nie powinien publicznie dyskredytować go w jakikolwiek sposób. Lekarz wszelkie uwagi o dostrzeżonych błędach w postępowaniu innego lekarza powinien przekazać przede wszystkim temu lekarzowi. Jeżeli interwencja ta okaże się nieskuteczna albo dostrzeżony błąd lub naruszenie zasad etycznych powodują poważną szkodę, konieczne jest poinformowanie organu izby lekarskiej. Poinformowanie organu izby lekarskiej o zauważonym naruszeniu zasad etycznych i niekompetencji zawodowej innego lekarza nie stanowi naruszenia zasad etyki. Jeżeli błąd popełniony przez innego lekarza ma niekorzystny wpływ na stan zdrowia pacjenta, należy podjąć działania dla odwrócenia jego skutków”. Jak wynika z powyższego, redakcja tego przepisu uległa „złagodzeniu”. Mowa jest o konieczności zachowania szczególnej ostrożności w prezentowaniu sądów o innych członkach samorządu lekarskiego, ale już nie

zabrania się wypowiadania się o innych kolegach. Ciągłe natomiast przepis uniemożliwia dyskredytowanie innych lekarzy. Wyjaśnić należy, iż pojęcie „dyskredytowanie” należy rozumieć jako pomniejszanie czyjegoś autorytetu, czyjejs wartości, podważanie zaufania do kogoś lub czegoś, albo jako skompromitowanie, zdyskwalifikowanie lub psucie komuś opinii. Określenie „publiczny” użyte w art. 52 KEL należy rozumieć w taki sposób, jaki temu pojęciu nadaje doktryna i judykatura na gruncie art. 216 kk. Zatem przesłanka publicznego zdyskredytowania będzie spełniona wówczas,

**W tej wersji tego przepisu zakazywano wypowiadania publicznie jakiegokolwiek niekorzystnej oceny działalności innego lekarza. Dodatkowo piętnowano tu przypadki dyskredytowania innego lekarza**

gdy wypowiedź lub gest może być rzeczywiście odebrany przez bliżej nieokreśloną liczbę osób. Jak słusznie zauważył Trybunał Konstytucyjny w uzasadnieniu wyroku z 23 kwietnia 2008 r., zakresy znaczeniowe pojęcia „dyskredytować” i „krytykować” krzyżują się, ale nie pokrywają. Wskazano, że „krytyka w ścisłym znaczeniu tego słowa zakłada zawsze element analizy i oceny prawidłowości zachowania podmiotu krytykowanego, co z kolei umożliwiła późniejszą obiektywną ocenę jej prawidłowości i prawdziwości. Krytyka nie musi ponadto – przynajmniej z pojęciowego punktu widzenia – angażować uwagi osób trzecich, ale może ograniczać się do wymiany poglądów pomiędzy krytykującym a krytykowanym. Tymczasem istota dyskredytacji (...) wiąże się ze skutkiem w postaci podważenia autorytetu, spowodowania ujemnej oceny postawy lub działalności określonej osoby w oczach innych. Wskazany negatywny skutek może być związany z obiektywną uzasadnioną albo nieuzasadnioną, albo w każdym razie weryfikowalną oceną czyjegoś działania, albo ze sposobem traktowania danej osoby”. Podsumowując ten wątek, TK stwierdził, iż dyskredytacją będzie „krytyka dla samej krytyki”, albo reakcja nieadekwatna do wykniętego błędu oraz zamierzonych pozytywnych skutków społecznych.

Warto tu odnotować, że podobne regulacje zawierały np. przedwojenne kodeksy etyki lekarskiej. I tak „Zbiór zasad deontologii lekarskiej” z 16 czerwca 1935 r. (zasada nr 18)

stanowił, iż: „Lekarzowi nie wolno wypowiadać wobec chorego lub jego otoczenia niekorzystnej oceny działalności zawodowej kolegi. Lekarzowi nie wolno zachowywać się w sposób, który może zdyskredytować poprzedniego lekarza”. Podobne zasady funkcjonowały w „Kodeksie deontologii lekarsko-dentystycznej” z 1 maja 1948 r. (zasada nr 16). Z kolei w zasadzie 39 „Zbioru zasad etyczno-deontologicznych polskiego lekarza” z 22 czerwca 1984 r. stanowiono: „Stosunki między lekarzami powinny opierać się na wzajemnym szacunku, lojalności i koleżeństwie, wynikających ze wspólnych celów i poszanowania trudu, wysiłku oraz odpowiedzialności, jaką lekarz ponosi w swojej działalności zawodowej”, a w art. 40 przewidziano: „Lekarz nie powinien nigdy pochopnie oceniać działalności i umiejętności innego lekarza, a zwłaszcza opierać swych sądów na informacjach pochodzących od chorych i osób postronnych, gdyż informacje takie bywają często wynikiem nieporozumienia lub ubocznych względów”, a w art. 41: „Jeżeli zachodzi konieczność wydania opinii o pracy zawodowej innego lekarza, opinia taka może być wydana tylko na pisemne żądanie powołanych do tego władz, a także może być wyrażona w dyskusji naukowej lub na prośbę zainteresowanego lekarza. Opinia taka powinna być zgodna z zasadami etyczno-deontologicznymi i wydana w sposób bezstronny” oraz w art. 42: „Lekarz powołany do wydania urzędowej opinii o postępowaniu innego lekarza powinien dokładnie zapoznać się ze wszystkimi materiałami i okolicznościami koniecznymi do wyjaśnienia sprawy, a swą opinię kształtować i wyrażać w sposób obiektywny i ostrożny. Opinie te powinny być w miarę możliwości opracowywane kolektywnie z udziałem właściwych specjalistów”.

Z kolei podobne europejskie zbiory zasad deontologii lekarskiej zawierają nieco inne rozwiązania. I tak w art. 28 „Europejskich zasad etyki lekarskiej” z 6 stycznia 1987 r. stanowi się: „Obowiązujące lekarzy reguły koleżeństwa są ustanowione w interesie pacjentów i mają na celu zapobieżenie sytuacji, w której pacjenci staną się ofiarami nieuczciwej konkurencji między lekarzami”, a w art. 30: „Nie uchybia obowiązkowi koleżeństwa zgłoszenie przez lekarza właściwemu organowi zawodowemu faktu uchybienia regułom etyki lekarskiej i uprawnień zawodowych, o których lekarz się dowiedział”, a w punkcie B6 załącznika do tego dokumentu: „Lekarz może uczestniczyć w reportażach publicznych w prasie, radiu i telewizji w zakresie, w jakim służą one informowaniu społeczeństwa w dziedzinie zdrowia. Lekarz, który uczestniczy w akcji informowania opinii publicznej o charakterze edukacyjnym lub bez względu na środek komunikacji, powinien powoływać się jedynie na potwierdzone dane, wykazywać ostrożność i troskę o konsekwencje swoich wypowiedzi do opinii publicznej”.

Przy tej okazji warto podkreślić, że prawo do krytyki i wolność wypowiedzi gwarantują oprócz oczywiście Konstytucji Rzeczypospolitej z 2 kwietnia 1997 r. (art. 54) także akty rangi międzynarodowej. Wymienić tu należy chociażby Europejską Konwencję Praw Człowieka i Podstawowych Wolności z 4 listopada 1950 r., ratyfikowaną przez Polskę 15 grudnia 1992 r.

Przypomnieć w tym miejscu należy, że zgodnie z art. 54 ust. 1 Konstytucji: „Każdemu zapewnia się wolność wyraża-

nia swoich poglądów oraz pozyskiwania i rozpowszechniania informacji”. Zarówno w doktrynie, jak i w judykaturze panuje ugruntowany pogląd, iż przepis ten normuje trzy odrębne, choć powiązane ze sobą wolności, a mianowicie wolność rozpowszechniania informacji, wolność wyrażania poglądów oraz wolność pozyskiwania informacji. Linia orzecznicza TK jest w tym punkcie zgodna z judykaturą Europejskiego Trybunału Praw Człowieka, która podkreśla szczególne znaczenie, jakie wolność słowa ma dla kształtowania się postaw i opinii w sprawach budzących publiczne

Warto tu odnotować, że podobne regulacje zawierały np. przedwojenne kodeksy etyki lekarskiej. I tak „Zbiór zasad deontologii lekarskiej” z 16 czerwca 1935 r. (zasada nr 18) stanowił, iż „Lekarzowi nie wolno wypowiadać wobec chorego lub jego otoczenia niekorzystnej oceny działalności zawodowej kolegi. Lekarzowi nie wolno zachowywać się w sposób, który może zdyskredytować poprzedniego lekarza”

zainteresowanie i z troską. TK podkreślił, że problematyka ochrony zdrowia i funkcjonowania służby zdrowia – zwłaszcza w zakresie, w jakim dotyczą kwestii istotnych dla bezpieczeństwa pacjentów – należą do tego typu spraw. Należy zatem z całą mocą podkreślić, iż granicami legalności krytyki jest rzetelność i zgodność z prawem oraz zasadami współżycia społecznego. Nie będzie zatem uchodzić za dopuszczalną krytykę postępowanie, wpływające z chęci zniesławienia lub naruszenia godności osoby napiętnowanej. W doktrynie podkreśla się przy tym zasadnie, iż przyznanie prawa do krytyki nie oznacza zwolnienia z konieczności dochowania odpowiedniej formy krytyki. Dlatego też niezasadny wydaje się pogląd zakładający, iż krytyka niezgodna z prawdą pozostaje w ramach dozwolonych przez prawo. Podawanie bowiem nieprawdy, zwłaszcza w sposób świadomy i celowy, na pewno nie może uchodzić za postępowanie zgodne z zasadami współżycia społecznego, a zarazem będące rzetelnym.

Zważywszy na powyższe, należy podkreślić, że w obecnym kształcie art. 52 KEL piętnuje tylko publiczne dyskredytowanie innego lekarza, a więc pomniejszanie, podważanie czyjegoś autorytetu, kompromitowanie kolegi z korporacji zawodowej. Przy czym, co należy podkreślić, przewiduje jednocześnie stosowny tryb zmierzający do wykrycia i ukarania błędów w postępowaniu innego lekarza, stąd też obowiązek poinformowania organów izby lekarskiej. Analogicznie, mimo istnienia art. 54 Konstytucji, kodeks karny penalizuje zniesławienie i znieważenie.

W konsekwencji Trybunał Konstytucyjny w wielokrotnie tu cytowanym wyroku z 23 kwietnia 2008 r. podkreślił, iż:

„Trybunał uznaje potrzebę istnienia pewnych ograniczeń wolności słowa i prawa do krytyki w relacjach pomiędzy lekarzami, ze względu na konieczność ochrony zaufania pacjentów do służby zdrowia, niezbędnego do prawidłowego funkcjonowania tej profesji jako całości, specyfikę relacji pacjent–lekarz, oparte na zaufaniu pacjenta do lekarza, wreszcie specyfikę decyzji diagnostycznych i terapeutycznych, podejmowanych z reguły w warunkach braku pełnego rozeznania wszelkich uwarunkowań danego przypadku. Uzgodnieniu tych konkurujących z sobą wartości służy procedura informacyjna usytuowana w art. 52 ust. 3 KEL. Nie znaczy to jednak, że opisany tam mechanizm zawsze będzie wystarczający i dostatecznie skuteczny, aby zapewnić ochronę wartości podstawowej w analizowanym zakresie – tj. zdrowia i życia pacjentów. W granicach podyktowanych ochroną tej wartości oraz – co oczywiste – prawdziwością formułowanych twierdzeń, może zaistnieć konieczność wystąpienia z publiczną krytyką innego lekarza. Interpretacja zakwestionowanego art. 52 ust. 2 KEL zgodna z aprobowanym konstytucyjnie systemem wartości nie może zatem zmierzać w kierunku uznania całkowitej niedopuszczalności publicznej krytyki lekarza przez innego lekarza i zwolnienia sądów lekarskich z przeprowadzania dowodu prawdy przy dokonywaniu ocen wartościujących konkurujące ze sobą w konkretnym wypadku interesy”. W konsekwencji TK przesądził, że nie ma konieczności zmiany ani aktów normatywnych, ani kodeksu etyki lekarskiej (art. 52). Jak stwierdził TK „osiągnięcie pożądanego rezultatu może nastąpić przez zmianę wykładni art. 52 ust. 2 KEL, dokonywanej w orzecznictwie sądów lekarskich (...), tj. uznania, że pojęcie *dyskredytowanie* oznacza publiczną wypowiedź niezgodną z prawdą lub bez związku z ochroną interesu publicznego, wyłącznie lub przede wszystkim w celu podważenia autorytetu (zaufania do) innego lekarza”.

Z kolei 16 grudnia 2008 r. kwestią zgodności art. 52 KEL z art. 10 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka i Podstawowych Wolności zajmował się Europejski Trybunał Praw Człowieka. Sprawa została wytoczona Polsce przez dr. Frankowicza – ginekologa, prezesa Stowarzyszenia Ochrony Prawa Pacjenta (dane osobowe są tu jawne), który wydał na zlecenie pacjenta w 1996 r. krytyczną pisemną opinię o postępowaniu innego lekarza. Stwierdził w niej, że szpital w Tarnowie przyczynił się do pogorszenia stanu jego zdrowia, odmawiając wykonania biopsji, przez co w porę nie zdiagnozowano, że ma marskość wątroby i jego zdaniem nie rozpoczęto prawidłowego leczenia. Doktor został ukarany przez sądy lekarskie (I i II instancji) naganą, co jego zdaniem uniemożliwiło mu przez kilka lat awans zawodowy. Europejski Trybunał Praw Człowieka podkreślił wprawdzie w uzasadnieniu, iż relacja lekarza z pacjentem powinna bazować na wzajemnym zaufaniu, co może się wiązać z koniecznością zachowania solidarności członków samorządu zawodowego lekarzy, ale pacjent ma prawo do informacji na temat postępowania lekarskiego, które jego dotyczyło. Podkreślono, iż nie można za rzetelne opinie o postępowaniu innego lekarza karać, bo w ten sposób odstraszy się innych lekarzy od wydawania opinii o rzeczywistym stanie zdrowia i prawidłowości leczenia pacjenta.

Zdaniem ETPCz, opinia wydana przez lekarza była rzetelna (choć był ginekologiem, a wypowiadał się o postępowaniu innego specjalisty) i nie była publicznym dyskredytowaniem, ponieważ sporządził ją na zlecenie pacjenta i przekazał mu bezpośrednio, a nie podał do wiadomości publicznej. Nie miał przy tym na celu dyskredytowania lekarzy i działał w obronie interesu publicznego, a sąd lekarski nawet nie zbadał słuszności opinii sporządzonej przez lekarza. Dlatego ukaranie lekarza za taką opinię stanowi naruszenie art. 10 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka.

Europejski Trybunał Praw Człowieka w rezultacie zasądził 3000 euro od Polski na rzecz lekarza. Na koniec warto odnotować jednak dwie kwestie. Mianowicie stan faktyczny w tej sprawie dotyczył roku 1996 r. i nieaktualnego dziś brzmienia KEL, natomiast trybunał nie podzielił zarzutu skarżącego, że postępowanie przed sądem lekarskim nie spełnia wymogów prawa do rzetelnego sądu. I to ma dla sądów lekarskich ogromne znaczenie. W ten sposób Europejski Trybunał przesądził w istocie legalność funkcjonowania tego „lekarskiego wymiaru sprawiedliwości”, co niektórzy w Polsce kwestionowali.