

JAKUB PAWLIKOWSKI

PRAWO DO SPRZECIWU SUMIENIA W RAMACH LEGALNEJ
OPIEKI MEDYCZNEJ.
REZOLUCJA NR 1763 ZGROMADZENIA PARLAMENTARNEGO
RADY EUROPY Z DNIA 7 PAŹDZIERNIKA 2010 R.

WPROWADZENIE

Prawo do sprzeciwu sumienia (klauzula sumienia) w medycynie staje się w ostatnich latach coraz częściej przedmiotem debaty etycznej, społeczno-politycznej i prawnej. W roku 2010 kwestia ta stała się przedmiotem dyskusji na forum Zgromadzenia Parlamentarnego Rady Europy, które w czasie 35 posiedzenia w dniu 7 października 2010 przyjęło rezolucję nr 1763, zatytułowaną *Prawo do sprzeciwu sumienia w ramach legalnej opieki medycznej*¹. Dokument ten jest interesujący z punktu widzenia prawa medycznego i organizacji ochrony zdrowia, ale przede wszystkim dotyka prawa do wolności sumienia i religii, a więc jednego z najistotniejszych problemów pozostających w sferze zainteresowań prawa wyznaniowego. Rezolucja skierowana jest do wszystkich krajów zrzeszonych w Radzie Europy, w tym również do Polski, która jest członkiem tej międzynarodowej organizacji od dnia 26 listopada 1991 r.²

¹ Resolution 1763, *The right to conscientious objection in lawful medical care*, Assembly debate on 7 October 2010 (35th Sitting); <http://assembly.coe.int/Mainf.asp?link=/Documents/AdoptedText/ta10/ERES1763.htm>, dostęp: 6 marca 2011 r.

² Zgromadzenie Parlamentarne Rady Europy składa się z 636 członków, w tym 318 przedstawicieli parlamentów krajowych i 318 ich zastępców – Polska obecnie posiada 12 członków (i 12 zastępców).

Zgromadzenie Parlamentarne Rady Europy nie posiada uprawnień prawodawczych i ma status doradczy wobec Komitetu Ministrów Rady Europy. Jednak rezolucje, rekomendacje i opinie uchwalane przez ten organ mają duże znaczenie polityczne dla państw członkowskich. Dotyczy to zwłaszcza dokumentów odnoszących się do praw człowieka, ponieważ organ ten wpisał się w europejski pejzaż społeczno-polityczny jako ważny podmiot stojący na straży podstawowych praw i wolności – m.in. wybiera sędziów Europejskiego Trybunału Praw Człowieka oraz Komisarza Praw Człowieka Rady Europy.

Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie okoliczności powstania Rezolucji nr 1763 oraz zaprezentowanie ostatecznej wersji tekstu, który został przyjęty w dniu 7 października 2010 r. Przedmiotem analizy będą dokumenty dostępne na stronach internetowych Zgromadzenia Parlamentarnego Rady Europy, a przede wszystkim wniosok o przyjęcie rezolucji wraz z jej projektem, stanowiska Komisji ds. Społecznych, Zdrowia i Rodziny oraz Komisji ds. Równości Kobiet i Mężczyzn, w których przedstawione zostały argumenty za przyjęciem rezolucji wraz z poprawkami do pierwotnej wersji tego dokumentu, a także końcowy tekst dokumentu, przed końcowym głosowaniem istotnie zmieniony w stosunku do projektu. Na początku artykułu przypomniane zostaną źródła prawa do sprzeciwu sumienia oraz prawa do ochrony zdrowia, ponieważ dyskusja wokół treści rezolucji wynikała z napięcia pomiędzy treścią tych dwóch praw człowieka.

1. ŹRÓDŁA PRAWA DO SPRZECIWU SUMIENIA ORAZ PRAWA DO OCHRONY ZDROWIA

Prawo do sprzeciwu sumienia (nazywane niekiedy „klauzulą sumienia”) jest prawną propozycją rozwiązania sytuacji, w której dochodzi do kolizji norm prawa stanowionego z normami światopoglądowymi lub religijnymi i przejawia się w prawnie zagwarantowanej możliwości „odmowy wykonania obowiązku nałożonego zgodnie z prawem z powołaniem się na przekonania religijne lub moralne”⁷³. Prawo do sprzeciwu sumienia wyrasta z prawa do wolności myśli, sumienia i religii. W większości współczesnych państw europejskich prawo do sprzeciwu

sumienia uważane jest za prawo o charakterze fundamentalnym, a jego ograniczenie może nastąpić jedynie w sytuacjach wyjątkowych.

Spośród aktów prawa międzynarodowego gwarantujących wolność sumienia wymienić należy Europejską Konwencję Praw Człowieka (art. 9)⁴, Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych (art. 18)⁵ oraz Powszechną Deklarację Praw Człowieka (art. 18)⁶. Prawodawstwo polskie gwarantuje wolność sumienia i religii w Konstytucji RP z dnia 2 kwietnia 1997 r.⁷, a w niektórych ustawach legalizuje także prawo do sprzeciwu sumienia w określonych dziedzinach życia. Ustawa zasadnicza zapewnia prawo do wolności sumienia i religii, a zgodnie ze stanowiskiem Trybunału Konstytucyjnego 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 z dnia 15 stycznia 1991 r. Trybunał uznał prawo lekarza do uchylenia się od wydania orzeczenia o dopuszczalności przerwania ciąży oraz od przeprowadzenia takiego zabiegu)⁸. Prawo lekarzy, lekarzy dentyistów i personelu pomocniczego (pielęgniarek i położnych) do powstrzymania się od wykonania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z zasadami, które przyjęli w swoim sumieniu, jest uregulowane w art. 39 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty⁹ oraz art. 23 ustawy z 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej¹⁰. Odniesienia do wolności sumienia zawiera również Kodeks Etyki Lekarskiej. Zgodnie z art. 4 kodeksu, „dla wypełnienia swoich zadań lekarz

³ P. Stanisławski, *Klauzula sumienia*, w: A. Mezglewski, H. Misztal, P. Stanisławski, *Prawo wyznaniowe*, Warszawa 2008, s. 104.

⁴ Dz. U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284.

⁵ Dz. U. z 1977 r. Nr 38, poz. 167.

⁶ Tekst w: *Prawo międzynarodowe publiczne. Wybór dokumentów*, opr. A. Przyborowska-Klimczak, Lublin 1995, s. 184-190.

⁷ Dz. U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.

⁸ Orzeczenie z dnia 15 stycznia 1991 r., U 8/90, OTK 1991, nr 1, poz. 8. Zob. J. Oniszczyk, *Orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego w latach 1986-1996*, Warszawa 1998, s. 279-280.

⁹ Tekst jedn. Dz. U. z 2005 r. Nr 226, poz. 1943 z późn. zm.

¹⁰ Tekst jedn. Dz. U. z 2001 r. Nr 57, poz. 602 z późn. zm.

powinien zachować swobodę działań zawodowych, zgodnie ze swoim sumieniem i współczesną wiedzą medyczną”¹¹.

Prawo do ochrony zdrowia posiada również szereg gwarancji prawnych. W art. 25 Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka stwierdza się, iż „każdy człowiek ma prawo do stopy życiowej zapewniającej zdrowie i dobrobyt jego i jego rodziny, włączając w to wyżywienie, odzież, mieszkanie, opiekę lekarską i konieczne świadczenia socjalne, oraz prawo do ubezpieczenia na wypadek bezrobocia, choroby, niezdolności do pracy, wdowieństwa, starości lub utraty środków do życia w inny sposób od niego niezależny”. Spośród innych aktów prawa międzynarodowego można wskazać na art. 12 Międzynarodowego Paktu Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych („Państwa Strony niniejszego paktu uznają prawo każdego do korzystania z najwyższego osiągalnego poziomu ochrony zdrowia fizycznego i psychicznego”). Od czasu uchwalenia tego Paktu prawo do ochrony zdrowia zostało wpisane do wielu aktów prawa międzynarodowego i krajowego. Polska Konstytucja w artykule 68 gwarantuje każdemu prawo do ochrony zdrowia. Wszystkim obywatelom zapewnia się równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Zgodnie z przepisem konstytucyjnym władze mają otaczać szczególną opieką dzieci, kobiety ciężarne, osoby niepełnosprawne i osoby w podeszłym wieku.

2. WNIOSEK O PRZYJĘCIE REZOLUCJI

Prace na forum Zgromadzenia Parlamentarnego Rady Europy, których końcowym rezultatem była rezolucja nr 1763, zostały zainicjowane w dniu 14 października 2008 r. Grupa 21 posłów złożyła wówczas wniosek dotyczący przyjęcia rezolucji mającej na celu zwiększenie dostępu kobiet do legalnych świadczeń medycznych oraz ograniczenie prawa do sprzeciwu sumienia w systemie opieki zdrowotnej¹². Wniosek został zaprezentowany przez szwedzką posłankę Carinę Hägg należącą

¹¹ Naczelna Izba Lekarska, *Kodeks etyki lekarskiej*, Warszawa 2004.

¹² *Women's access to lawful medical care: the problem of unregulated use of conscientious objection. Motion for a Resolution*, Mrs Hägg and others. Doc. 11757, 14 October 2008.

do Grupy Socjalistycznej i był zatytułowany: *Women's access to lawful medical care: the problem of unregulated use of conscientious objection* (*Dostęp kobiet do legalnej opieki medycznej: problem nieuregulowanego korzystania ze sprzeciwu sumienia*).

We wniosku zawarty został projekt rezolucji składający się z czterech punktów. W punkcie pierwszym stwierdzono, że sprzeciw sumienia w opiece zdrowotnej może przejawiać się w odmowie wykonania niektórych procedur medycznych przez pojedynczego pracownika ochrony zdrowia lub zakład opieki zdrowotnej na podstawie przekonań religijnych, moralnych lub filozoficznych. Uznając jednostkowe prawo do sprzeciwu sumienia wobec niektórych świadczeń medycznych, zauważono jednocześnie wzrastające i nieuregulowane rozszerzanie się tej praktyki w państwach członkowskich Rady Europy, zwłaszcza w dziedzinie ochrony tzw. zdrowia reprodukcyjnego (*reproductive health care*)¹³. W punkcie drugim projektu zwrócono uwagę na potrzebę zrównoważenia prawa pracowników ochrony zdrowia do wyrażania sprzeciwu sumienia oraz prawa pacjenta gwarantującego mu dostęp do legalnych świadczeń opieki medycznej. Wyrażono również obawy, że korzystanie z prawa do sprzeciwu sumienia może spowodować poważne konsekwencje wynikające z utrudnień w dostępie kobiet do gwarantowanych prawnie świadczeń medycznych. W punkcie trzecim podkreślono, że w większości państw członkowskich praktyka wyrażania sprzeciwu sumienia przez pracowników ochrony zdrowia jest słabo

<http://assembly.coe.int/Main.asp?link=/Documents/WorkingDocs/Doc08/EDOC11757.htm>,
dostęp: 8 marca 2011 r.

¹³ Według WHO „zdrowie reprodukcyjne” jest to stan całkowitego fizycznego, psychicznego i społecznego dobrego samopoczucia, a nie tylko braku choroby lub niemocy, we wszystkich sprawach związanych z układem rozrodczym oraz jego funkcjami i procesami (http://www.who.int/topics/reproductive_health/en/, dostęp: 9 marca 2011 r. Należy zauważyć, że w języku polskim termin „zdrowie reprodukcyjne” jest rzadko używany w literaturze fachowej i jest często zabarwiony ideologicznie, tzn. używany w kontekście propagowania szerokiego dostępu kobiet do aborcji, środków antyimplantacyjnych, wczesnoporonnych i różnych metod regulacji poczęć, w tym również sterylizacji (analogicznie zresztą funkcjonuje anglojęzyczny termin *reproductive health*, który jednak pojawia się częściej w anglojęzycznej literaturze fachowej). W polskiej literaturze fachowej dotychczas częściej pojawiał się termin „zdrowie prokreacyjne” lub „zdrowie seksualne” albo treści te omawiane były w ramach „opieki nad kobietą”. W niniejszym artykule autor będzie używał jednak terminu „zdrowie reprodukcyjne”, ponieważ jest on bliższy angielskiemu oryginałowi.

uregulowana, co powoduje poważne zagrożenie dla zdrowia i życia kobiet, szczególnie biednych i pochodzących z terenów wiejskich. Natomiast w punkcie czwartym zaapelowano do państw członkowskich o opracowanie wyczerpujących regulacji dotyczących sprzeciwu sumienia w odniesieniu do świadczeń opieki medycznej oraz zapewnienia mechanizmów nadzorujących korzystanie z tego prawa, w celu zrealizowania obowiązku zapewnienia obywatelom dostępu do zalegalizowanych i pożądaných przez nich świadczeń, których potrzebują. Ponaglono również państwa członkowskie, aby nadzorowały przestrzeganie przez pracowników, korzystających z klauzuli sumienia, obowiązku niezwłocznego odsyłania kobiet do innego specjalisty, który jest gotów wykonać określoną procedurę. Na końcu wezwano państwa członkowskie do uniemożliwienia korzystania z prawa do sprzeciwu sumienia przez zakłady opieki zdrowotnej, takie jak szpitale lub kliniki.

Wniosek został podpisany przez grupę 21 posłów, którzy reprezentowali 5 ugrupowań politycznych (Group of the European People's Party, Socialist Group, European Democratic Group, Alliance of Liberals and Democrats for Europe, Group of the Unified European Left) i jednego posła niezrzeszonego. Wniosek wraz z projektem rezolucji trafił pod obrady Komisji ds. Społecznych, Zdrowia i Rodziny oraz Komisji ds. Równości Kobiet i Mężczyzn.

3. RAPORT CHRISTINE MCCAFFERTY Z KOMISJI DS. SPOŁECZNYCH, ZDROWIA I RODZINY

W dniu 20 lipca 2010 r. brytyjska poseł Christine McCafferty (Socialist Group) z Komisji ds. Społecznych, Zdrowia i Rodziny (Social, Health and Family Affairs Committee) przedstawiła raport z prac komisji dotyczący ograniczeń w dostępie kobiet do świadczeń medycznych z powodu nieuregulowanego korzystania z prawa do sprzeciwu sumienia przez pracowników ochrony zdrowia. Wraz z raportem przedstawiony został poprawiony projekt rezolucji oraz projekt rekomendacji dla Komitetu Ministrów¹⁴.

¹⁴ *Women's access to lawful medical care: the problem of unregulated use of conscientious objection. Report of Social, Health and Family Affairs Committee, rapporteur: Ms*

Poseł McCafferty podkreśliła, że Komisja ds. Społecznych, Zdrowia i Rodziny, uznając indywidualne prawo do sprzeciwu sumienia wobec niektórych świadczeń medycznych, zauważa jednocześnie niekontrolowane rozszerzanie się tej praktyki w państwach członkowskich Rady Europy, zwłaszcza w dziedzinie tzw. zdrowia reprodukcyjnego. Komisja zauważa potrzebę zrównoważenia prawa pracowników ochrony zdrowia do wyrażania sprzeciwu sumienia oraz prawa pacjenta gwarantującego dostęp do legalnych świadczeń opieki medycznej. W związku z tym Komisja uznała, że należy zachęcić państwa członkowskie do wprowadzenia wyczerpujących i przejrzystych regulacji prawnych w zakresie korzystania z prawa do sprzeciwu sumienia w praktyce medycznej oraz do wdrożenia odpowiednich mechanizmów nadzorczych i kontrolnych, w tym możliwości zaskarżania decyzji personelu medycznego. Stwierdzono, że Zgromadzenie powinno zwrócić się do Komitetu Ministrów, aby odpowiednie organy i instytucje współpracujące z Radą Europy pomogły państwom członkowskim wdrożyć odpowiednie procedury w tym zakresie.

Projekt rezolucji, który został przedstawiony przez Komisję, nie odbiegał istotnie w swojej treści od projektu zawartego we wniosku złożonym 14 października 2008 r. Pojawiło się jednak kilka zmian. Obok wezwania do wprowadzenia odpowiednich mechanizmów nadzorczych pojawiło się również wezwanie do stworzenia możliwości wnoszenia skarg przez pacjentów. W punkcie czwartym mocniej wyeksponowano jednostkowy charakter prawa do sprzeciwu sumienia (i zakaz korzystania z niego przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej) oraz ograniczono to prawo jedynie do pracowników bezpośrednio zaangażowanych w wykonanie określonej procedury. Dodano do tego punktu również zobowiązanie świadczeniodawców do informowania pacjenta o wszystkich możliwych sposobach postępowania i dodano obowiązek upewnienia się, że pacjent otrzyma właściwe świadczenie ze strony osoby, do której został odesłany. W przepracowanym projekcie znalazły się również sformułowania zobowiązujące pracowników służby zdrowia do wykonania świadczenia, do którego uprawniony jest pacjent, w sytuacji nagłe-

go zagrożenia życia lub zdrowia oraz kiedy odesłanie do innego specjalisty nie jest możliwe (w szczególności, jeśli inny specjalista nie przebywa w rozsądnej odległości). Pozostałe zmiany miały charakter korekt językowych, nie przydając dokumentowi nowych istotnych treści. Natomiast w projekcie rekomendacji nawiązano dodatkowo do rezolucji Rady Europy nr 1607 z 16 kwietnia 2008 r. dotyczącej dostępu do bezpiecznej i legalnej aborcji w Europie. Projekt rezolucji i rekomendacji został przyjęty przez Komisję ds. Społecznych, Zdrowia i Rodziny 22 lipca 2010 r.

W swoim raporcie poseł McCafferty poinformowała, że komisja w trakcie prac nad projektem rezolucji dwukrotnie zasięgała opinii ekspertów: po raz pierwszy na spotkaniu w Paryżu w dniu 13 listopada 2009 r. (zaproszonymi ekspertami byli: dr Chrystian Fiala z Austrii, President of the International Federation of Professional Abortion and Contraception Associates, oraz Christina Zampas z USA/Szwecji, Senior Regional Manager and Legal Adviser for Europe of the Center for Reproductive Rights), a następnie na spotkaniu w Paryżu w dniu 4 czerwca 2010 r. (zaproszonymi ekspertami byli: Eugenia Roccella z Włoch, Undersecretary of State, Ministry of Labour, Health and Social Policies, oraz dr Joanna Mishtal z USA, Assistant Professor, Department of Anthropology, University of Central Florida). Na treść raportu wpływ miała także osobista wizyta autorki w Austrii i Republice Czeskiej oraz uwagi p. Christiny Zampas z Center for Reproductive Rights.

Poseł McCafferty rozpoczęła swoje sprawozdanie od zarysowania problemu sprzeciwu sumienia w medycynie. Zwróciła uwagę, że wynika on z osobistych przekonań moralnych, często powiązanych z przekonaniami religijnymi, pracowników różnych specjalności i różnych sektorów ochrony zdrowia, na podstawie których odmawiają oni wykonania określonych procedur medycznych lub przekazania informacji o możliwych sposobach postępowania. Przede wszystkim chodzi o świadczenia z zakresu szeroko pojętego planowania rodziny i zdrowia prokreacyjnego (*family planning services and reproductive technologies*), bezpieczną aborcję w krajach, gdzie jest ona legalna, oraz, w dosłownym tłumaczeniu, procedury mające na celu „łagodzenie cierpienia środkami skracającymi życie w przypadku osób termi-

nalnie chorych” (*pain-relief by life-shortening means for terminally ill patients*), czyli eutanazję i samobójstwo wspomagane medycznie.

W raporcie zauważono, że dyskusja wokół problemu sprzeciwu sumienia w medycynie wynika z dążenia do zrównoważenia dwóch ważnych praw: prawa lekarza do postępowania w zgodzie z własnym sumieniem oraz prawa pacjenta do dostępu do zalegalizowanych procedur medycznych. Przeciwnicy klauzuli sumienia uważają, że odgrywa ona niewielką rolę we współczesnej opiece zdrowotnej i że osoby, które z powodu swoich przekonań nie są gotowe do wykonywania legalnych świadczeń, nie powinny wykonywać zawodu lekarza lub innych zawodów w systemie ochrony zdrowia. W ich przekonaniu medycyna oparta na wartościach (*value-driven medicine*) prowadzi do dyskryminacji. Najbardziej zagorzali przeciwnicy klauzuli sumienia postulują, aby odbierać prawo wykonywania zawodu osobom, które odmawiają wykonywania zalegalizowanych świadczeń, np. aborcji¹⁵. Z kolei obrońcy prawa do sprzeciwu sumienia uważają, że jego ograniczanie uderza w autonomię pracowników ochrony zdrowia. Większość osób jednak podziela przekonanie, że pracownicy korzystający z prawa do sprzeciwu sumienia nie powinni być marginalizowani ani dyskryminowani. W celu realizacji przysługującego każdemu prawa dostępu do zalegalizowanych świadczeń medycznych powinni być oni jednak zobligowani do odesłania pacjenta do innego pracownika, który nie będzie miał wątpliwości sumienia.

W dalszej części swojego raportu poseł McCafferty przytoczyła akty prawa międzynarodowego gwarantujące indywidualną wolność myśli, sumienia i religii oraz zobowiązujące państwa do zapewnienia obywatelom dostępu do zalegalizowanych procedur medycznych (Powszechna Deklaracja Praw Człowieka, Międzynarodowy Pakt Praw Politycznych i Obywatelskich, Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych, Europejska Konwencja Praw Człowieka, Konwencja w sprawie likwidacji wszelkich form dyskryminacji kobiet oraz rekomendacje Komitetu ds. Likwidacji Dyskryminacji Kobiet). Zwróci-

¹⁵ McCafferty nie cytuje w swoim wystąpieniu autorów tych stanowisk i nie przytacza źródeł, ale wśród reprezentantów takiego stanowiska można wymienić np. J. Savulescu, *Conscientious objection in medicine*, „British Medical Journal” 2006, nr 332, s. 294-297.

ła również uwagę na przykłady międzynarodowych regulacji z zakresu etyki medycznej, ogłoszone przez Światową Organizację Zdrowia (World Health Organization) i Międzynarodową Federację Ginekologii i Położnictwa (International Federation of Gynaecology and Obstetrics). Zaleca się w nich, aby lekarz korzystający z prawa do sprzeciwu sumienia odesłał pacjenta do innego świadczeniodawcy, który nie będzie miał obiekcji moralnych związanych z wykonaniem danego zabiegu¹⁶. Nie powinien jednak odmawiać pomocy w sytuacji nagłego zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta. W odniesieniu do szpitali i innych zakładów opieki zdrowotnej przypomniano, że Światowa Organizacja Zdrowia zobowiązuje kadrę zarządzającą do zapewnienia obecności specjalistów na wypadek powikłań poaborcyjnych¹⁷ oraz nienarażania zdrowia i życia kobiet poprzez odmowę procedur dopuszczonych przez prawo¹⁸.

W kolejnej części swojego wystąpienia referująca raport opisała stan prawny obowiązujący w poszczególnych państwach członkowskich w zakresie regulacji prawa do sprzeciwu sumienia. Z tego opisu wyłania się zróżnicowany i niejednorodny obraz unormowań prawnych. Niektóre państwa gwarantują prawo do sprzeciwu sumienia w aktach najwyższej rangi, tj. w konstytucjach. Inne mają je zapisane jedynie w poszczególnych ustawach. Jeszcze inne nie mają żadnych regulacji prawnych w zakresie sprzeciwu sumienia (m.in. Andora, Łotwa, Malta, Czarnogóra i Szwecja – w przypadku tej ostatniej zaznaczono jednak, że kwestia sprzeciwu sumienia nie rodzi wielu problemów, ponieważ lekarze rzadko odmawiają pacjentom pomocy z powołaniem się na własne przekonania). Wśród krajów, które niedostatecznie wdrożyły odpowiednie przepisy w tym względzie, wymieniona została Polska (obok Słowacji i Włoch). Poseł McCafferty zwróciła również uwagę, że niekiedy sprzeciw sumienia wiąże się z nadużyciami ze strony lekarzy, którzy na tej podstawie odmawiają wykonania aborcji w szpitalu publicznym, ale przeprowadzają ten zabieg w gabinecie prywatnym

¹⁶ FIGO, *Resolution on Conscientious Objection*, 2006. <http://www.figo.org/projects/conscientious>, dostęp: 7 marca 2011 r.

¹⁷ WHO, Department of Reproductive Health and Research, *Technical and Managerial Guidelines for Prevention and Treatment of Abortion Complications* (1995).

¹⁸ WHO, *Safe Abortion Guidance* (2003).

za odpowiednim wynagrodzeniem (przypadki tego typu miały miejsce w Chorwacji). Niektóre państwa regulują prawo do sprzeciwu sumienia jedynie, albo przede wszystkim, w odniesieniu do aborcji (np. Chorwacja, Norwegia). W chwili obecnej nie ma to już jednak uzasadnienia, ponieważ zwiększa się liczba procedur medycznych, które mogą być przedmiotem sprzeciwu. Należą do nich m.in. metody wspomaganej prokreacji (zwłaszcza dla par homoseksualnych) lub sposoby postępowania wobec osób terminalnie chorych (eutanzja, samobójstwo wspomagane medycznie, leczenie przeciwbólowe z uwzględnieniem ryzyka skrócenia życia, zaprzestanie uporczywej terapii).

Wśród najważniejszych czynników powodujących utrudnienie w dostępie do świadczeń medycznych dopuszczonych przez prawo w raporcie wymieniono brak mechanizmów kontroli i nadzoru nad przestrzeganiem obowiązujących przepisów, nieprzestrzeganie obowiązku informowania pacjenta o wszystkich możliwych procedurach, brak regulacji zobowiązujących do działania bez zbędnej zwłoki oraz brak precyzyjnego określenia zakresu podmiotowego i przedmiotowego prawa do sprzeciwu sumienia. Szczególne utrudnienia w dostępie do legalnej aborcji – zdaniem autorów raportu – istnieją we Włoszech i Austrii. Około 70% włoskich ginekologów odmawia bowiem wykonania aborcji, powołując się na prawo do sprzeciwu sumienia, a w okresie od roku 2003 do 2007 ich odsetek wzrósł z 58,7% do 69,2% (w południowej części kraju jest on nawet wyższy). Wzrósł również odsetek anestezyjologów odmawiających udziału w przeprowadzeniu aborcji, (z 45,7% do 50,4%)¹⁹. Natomiast w odniesieniu do Austrii poseł McCafferty stwierdziła, że na terenach wiejskich w zachodniej części kraju, z powodu braku ginekologów gotowych dokonać aborcji, kobiety muszą ponosić koszty podróży do innych regionów kraju lub do innych państw²⁰. Na utrudnienia wskazano również w Polsce, zwracając uwagę na częste powoływanie się na klauzulę sumienia przez szpitale oraz na decyzje kierownictwa

¹⁹ Republic of Italy, Ministry of Health, *Report of the Ministry of Health on the Performance of the Law Containing Rules for the Social Care of Maternity and Voluntary Interruption of Pregnancy*, 2007-2008.

²⁰ International Planned Parenthood Federation European Network, *Abortion Legislation in Europe*.

szpitali zakazujące przeprowadzania niektórych zabiegów (w szczególności aborcji i sterylizacji), niezależnie od poglądów zatrudnionego tam personelu²¹ (w raporcie wskazano, że podobna sytuacja ma miejsce na Słowacji; aborcji nie przeprowadza się tam w jednym z dużych szpitali w Bratysławie oraz w żadnym ze szpitali w Trnawie)²².

Zdaniem McCafferty regulacje dotyczące sprzeciwu sumienia powinny być przejrzyste, powinny nakazywać uzasadnienie swojego sprzeciwu i wskazanie, że wypływa on z przekonań moralnych lub religijnych, a decyzja podejmowana jest w dobrej wierze. Klarownie powinny zostać określone również obowiązki lekarzy, którzy korzystają z prawa do sprzeciwu sumienia (chodzi o obowiązek poinformowania pacjenta o możliwych sposobach postępowania oraz obowiązek odesłania pacjenta do innego specjalisty, który będzie gotów wykonać określoną procedurę). Zarówno poinformowanie pacjenta o alternatywnych sposobach postępowania, jak i odesłanie go do innego specjalisty powinny odbyć się bez zbędnej zwłoki (najlepiej w trakcie pierwszej wizyty, na której pacjent wyrazi wolę poddania się zabiegowi kontrowersyjnemu moralnie dla sumienia danego lekarza). W raporcie podkreślono, że szczegółowe i niezwłoczne informowanie pacjentki o możliwych sposobach postępowania ma na celu umożliwienie jej przeprowadzenia legalnej aborcji przed upływem ustawowo określonych terminów (np. 12 tygodni). Przytoczono tutaj przykład regulacji portugalskich. W tamtejszym kodeksie etyki lekarskiej jest mowa o obciążającym lekarza obowiązku natychmiastowego poinformowania pacjenta o swoich obiekcjach, a w ustawie (Law 16/2007) nakazuje się to uczynić bez zbędnej zwłoki (*timely fashion*). We Francji lekarz, który sprzeciwia się wykonaniu aborcji, ma obowiązek podania nazwiska innego specjalisty, który przeprowadzi ten zabieg. Wytyczne wydane przez brytyjskie towarzystwa lekarskie (British Medical Association i Royal College of Obstetricians and Gynecologists) zobowiązują lekarzy, którzy zgłaszają wątpliwości sumienia dotyczące wykonania aborcji, do podjęcia działań przygotowawczych do tego zabiegu oraz

²¹ Federation for Woman and Family Planning, *Reproductive Rights in Poland, the effects of the anti-abortion law*, edited by Wanda Nowicka (2008).

²² Na podstawie informacji *Slovak Family Planning Association*, 2010.

odesłania pacjenta bez zbędnej zwłoki do innego specjalisty, który wykona zabieg (przy czym nie wystarczy pacjenta jedynie poinformować, że powinien poszukać innego specjalisty, ale należy mu konkretnie takowego wskazać)²³. Autorzy wytycznych wydanych przez brytyjską Narodową Służbę Zdrowia (National Health Service) stoją na stanowisku, że niedokonanie tego obowiązku jest naruszeniem zasad wykonywania zawodu²⁴. Z kolei Polska, Chorwacja i Węgry, choć zobowiązują lekarza do poinformowania pacjenta o swoim sprzeciwie i odesłania do innego specjalisty, to jednak nie mają mechanizmów nadzorujących wykonanie tych przepisów, co może powodować ich nieprzestrzeganie z powodu braku konsekwencji prawnych. Poseł McCafferty wyraziła pogląd, że państwa mają obowiązek zapewnić dostęp do odpowiedniej jakości świadczeń opieki zdrowotnej, m.in. poprzez stworzenie sieci specjalistów, którzy będą gotowi udzielać wszystkich legalnych świadczeń bez niepotrzebnej zwłoki czasowej i bez narażania pacjentów na pokonywanie znacznych odległości. Niektóre kraje wdrożyły specjalne mechanizmy rekrutacji personelu w celu zapewnienia odpowiedniej liczby specjalistów gotowych do przeprowadzenia wszystkich legalnych procedur. Na przykład brytyjska Narodowa Służba Zdrowia nakazuje informować pracowników w czasie rekrutacji, że w zakresie ich obowiązków wchodzi wykonanie aborcji w sytuacji, gdy nie jest możliwe inne rozwiązanie²⁵. Bazując na tych informacjach, w raporcie zaproponowano ustanowienie rejestru lekarzy, którzy nie chcą wykonywać określonych procedur, aby informacja na ten temat mogła być szeroko dostępna.

W opinii poseł McCafferty nie można nadmiernie rozszerzać prawa do sprzeciwu sumienia. Odnosząc się do obowiązku poinformowania pacjen-

²³ BMA's Handbook of Ethics and Law, RCOG Guidelines; oparte są one na przepisach brytyjskiej ustawy regulującej aborcję (Abortion Act, 1967).

²⁴ Doctors „should quickly refer a woman who seeks their advice about termination to a different [general practitioner]. [...] If doctors fail to do so, they could be alleged to be in breach of their terms of service”. United Kingdom National Health Service Executive, *Guidance on fundholder purchase of terminations of pregnancy*, „Health Service Guidelines” 1995, nr 37.

²⁵ United Kingdom National Health Service Executive, *Appointment of doctors to hospital posts*, „Health Service Guidelines” 1994, nr 39.

ta o możliwych sposobach postępowania, referująca raport stwierdziła, że prawo do sprzeciwu sumienia obejmuje jedynie wykonanie określonych procedur i nie odnosi się do przekazywania informacji, nawet jeśli spowodowałoby to skorzystanie przez pacjenta z opcji niezgodnej z sumieniem lekarza. W ramach prawa do informacji pacjent powinien mieć również dostęp do badań prenatalnych, nawet jeśli na podstawie ich wyniku podejmie decyzję niezgodną z przekonaniem lekarza²⁶. Prawo do sprzeciwu sumienia według McCafferty nie powinno też obejmować sytuacji nagłych lub przypadków, gdy nie jest możliwe odesłanie pacjenta do innego specjalisty (np. z powodu odległości) – w takich okolicznościach lekarz powinien mieć obowiązek wykonania określonej procedury (na takim stanowisku stoi również Międzynarodowa Federacja Ginekologii i Położnictwa – International Federation of Gynaecology and Obstetrics²⁷). Powołano się tu na przykład Norwegii, gdzie lekarz nie może odmówić wykonania procedury z powołaniem się na swoje sumienie, jeśli dostęp do innego specjalisty byłby utrudniony. W chwili obecnej tylko część państw członkowskich Rady Europy ma prawnie uregulowany zakaz powoływania się na prawo do sprzeciwu sumienia w przypadkach nagłego zagrożenia życia lub zdrowia (wśród tych państw wymienia się Polskę oraz Chorwację, Bośnię i Hercegowinę, Czechy, Litwę, Włochy, Portugalię, San Marino, Węgry, Wielką Brytanię – w przypadku dwóch ostatnich państw uregulowano tę kwestię tylko w odniesieniu do aborcji).

Zdaniem McCafferty również zakres podmiotowy prawa do sprzeciwu sumienia wymaga doprecyzowania. Referując raport, wyraziła ona pogląd, że przysługuje ono tylko lekarzom, a rozciąganie jego zakresu na innych pracowników ochrony zdrowia jest problematyczne. W Wielkiej Brytanii zakres ten został nieco doprecyzowany przez Izbę Lordów w 1988 r. poprzez określenie, że obejmuje on jedynie osoby uczestniczące bezpośrednio w wykonywaniu danej procedury²⁸. McCaf-

²⁶ W Wielkiej Brytanii w 2003 r. orzeczono, że lekarz (katolik) dopuścił się przewinienia, nie informując pacjentki, że z powodu jej wieku występuje podwyższone ryzyko wad genetycznych płodu oraz że istnieją możliwości wykonania badań prenatalnych (High Court of England and Wales, *Enright and another v. Kwun and another*, 2003).

²⁷ FIGO, *Resolution on Conscientious Objection*.

²⁸ Rozpatrywany przypadek dotyczył sekretarki, która powołując się na prawo do sprzeciwu sumienia, odmówiła podpisania wniosku dotyczącego skierowania pacjentki na zabieg

ferty wyraziła opinię, że omawiane prawo może przysługiwać jedynie tym pracownikom, którzy są bezpośrednio zaangażowani w wykonanie określonej procedury, natomiast nie obejmuje osób zaangażowanych pośrednio (np. dyrektorów szpitali, pracowników administracji i pielęgniarek). Takie rozwiązanie obowiązuje w Norwegii i Włoszech, których regulacje przewidują korzystanie z prawa do sprzeciwu sumienia jedynie przez osoby bezpośrednio przeprowadzające lub asystujące przy wykonaniu zabiegu aborcji, natomiast nie obejmują personelu, który świadczy opiekę przed i po zabiegu. Wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w sprawie *Pichon and Sajous v. France* miałby wskazywać, że prawo do sprzeciwu sumienia nie obejmuje farmaceutów, jeśli leki są dostępne jedynie w aptekach i na receptę²⁹. Za nieuzasadnione uznała McCafferty korzystanie z prawa do sprzeciwu sumienia przez zakłady opieki zdrowotnej, ponieważ akty prawa międzynarodowego gwarantują prawo do wolności myśli, sumienia i religii jednostkom, a nie instytucjom. Przytoczyła również przykład Francji i Niemiec, gdzie sądy wyższej instancji potwierdziły, że wolność sumienia ma charakter indywidualny (a nie instytucjonalny) i zakłady publiczne muszą zapewniać kobietom możliwość przeprowadzenia aborcji.

Referująca raport podkreśliła również, że państwa powinny wdrożyć odpowiednie sposoby monitorowania i nadzorowania przestrzegania regulacji prawnych w zakresie prawa do sprzeciwu sumienia oraz pociąganie do odpowiedzialności za działanie niezgodne z przepisami. Większość krajów ma odpowiednie procedury zaskarżania decyzji lekarskich, które naruszają prawa pacjentów. Takie procedury nie są przewidziane jednak wszędzie. Zdaniem McCafferty nie ma potrzeby tworzenia takich procedur jedynie w odniesieniu do klauzuli sumienia,

aborcji (BMA's Handbook of Ethics and Law; za: *Women's access to lawful medical care*, rapporteur: Ms McCafferty).

²⁹ Zdaniem Trybunału „as long as the sale of contraceptives is legal and occurs on medical prescription nowhere other than in a pharmacy, the applicants cannot give precedence to their religious beliefs and impose them on others as justification for their refusal to sell such products” (Application No. 49853/99, admissibility decision). Zob. A. Lamacková, *Conscientious Objection in Reproductive Healthcare: Analysis of Pichon and Sajous v. France*, „European Journal of Health Law” 2008, nr 15, s. 7-43.

ponieważ decyzje lekarskie w tym zakresie mogą podlegać zwykłym procedurom zaskarżania, obowiązującym w innych sytuacjach związanych z praktyką medyczną. Przykładem państwa, które posiada taką procedurę szybkiego odwołania i skargi w odniesieniu do odmowy wykonania aborcji, są Czechy. Z kolei Polskę wymieniono jako przykład kraju, gdzie brak jest odpowiednich procedur nadzorowania i zaskarżania decyzji lekarskich, czego przejawem miał być *casus* Alicji Tysiąc, która rzekomo uniknęłaby konsekwencji w postaci pogorszenia wzroku, gdyby mogła się odwołać od decyzji lekarza odmawiającego jej przeprowadzenia aborcji³⁰.

W podsumowaniu poseł McCafferty jeszcze raz podkreśliła potrzebę wezwania krajów członkowskich do całościowego i precyzyjnego uregulowania prawa do sprzeciwu sumienia (zwłaszcza w odniesieniu do jego zakresu podmiotowego i przedmiotowego), tak aby zapewnić pacjentom dostęp do zalegalizowanych procedur medycznych. Za ważne uznała również wdrożenie w poszczególnych państwach mechanizmów pozwalających na kontrolowanie i nadzorowanie przestrzegania tych regulacji. Po raz kolejny uwypukliła obowiązki, które należy nałożyć na lekarzy pragnących skorzystać z prawa do sprzeciwu sumienia. Do tych obowiązków zaliczyła: poinformowanie pacjenta o wszystkich legalnych sposobach postępowania, odesłanie pacjenta do innego specjalisty i upewnienie się, że zapewni on świadczenie na odpowiednim poziomie, a także zakaz powoływania się na klauzulę sumienia w przypadkach nagłych oraz gdy niemożliwe jest odesłanie do innego specjalisty. Postulowała ponownie stworzenie rejestru specjalistów zgłaszających sprzeciw sumienia i wprowadzenie zakazu korzystania z klauzuli sumienia przez zakłady opieki zdrowotnej.

Należy zwrócić uwagę na dość emocjonalny ton raportu wyrażający się używaniem określonych przymiotników wobec osób reprezentu-

³⁰ Należy w tym miejscu jednak zaznaczyć brak rzetelności w raporcie poseł McCafferty. Europejski Trybunał Praw Człowieka nie wypowiedział się na temat wskazań medycznych do wykonania aborcji w przypadku Alicji Tysiąc (żaden z polskich specjalistów ginekologii ani okulistyki nie potwierdził wskazań medycznych do wykonania aborcji w tym przypadku, a późniejsze pogorszenie wzroku nie było następstwem ciąży i porodu). Zob. K. Szewczyk, *Tysiąc przeciwko Polsce*, <http://www.incet.uj.edu.pl/dzialy.php?l=pl&p=31&i=3&m=27&n=1&z=&kk=110&k=1> – dostęp: 8 marca 2011 r.

jących odmienny światopogląd (np. *devout catholic* w odniesieniu do lekarza, który jest przeciwnikiem aborcji) oraz bardzo wyraźną tendencję do postrzegania autonomii pacjenta i jego prawa dostępu do świadczeń jako wartości wyższej aniżeli prawo lekarza do wolności myśli, sumienia i religii. Choć autorzy projektu rezolucji używali eufemizmów w postaci określeń „zdrowie reprodukcyjne kobiet”, to jednak treść raportu wyraźnie wskazuje na dążenie do zapewnienia szerszego dostępu do aborcji kosztem ograniczenia prawa do sprzeciwu sumienia pracowników ochrony zdrowia. Wskazuje na to wielokrotne wspomnianie o świadczeniach zdrowia reprodukcyjnego i jedynie marginalne uwzględnienie innych kontrowersyjnych procedur, a także nader częste akcentowanie obowiązków lekarzy w zapewnieniu dostępu do wszystkich zalegalizowanych świadczeń. Wydaje się, że autorzy nie zachowali równowagi w poszanowaniu autonomii obu podmiotów tworzących relację lekarz – pacjent, przeakcentowując autonomię pacjenta i sprowadzając lekarzy i innych pracowników ochrony zdrowia do roli urzędowych usługodawców. Zatem dobrze się stało, że na dalszych etapach prac projekt rezolucji uległ istotnym zmianom, co potwierdziło fundamentalne znaczenie prawa do wolności myśli, sumienia i religii.

4. STANOWISKO KOMISJI DS. RÓWNOŚCI KOBIEI I MĘŻCZYŹN

Stanowisko Komisji ds. Równości Kobiet i Mężczyzn wobec projektu rezolucji przedstawione zostało dnia 6 października 2010 r. przez posła Ingrid Circene (jedną z wnioskodawczyń rezolucji) z Łotwy z Group of the European People's Party³¹. Komisja reprezentowana przez posła Circene pogratulowała Komisji ds. Społecznych, Zdrowia i Rodziny przedstawionego przez nią projektu rezolucji oraz poparła go, proponując siedem poprawek.

Pierwsza z poprawek podkreślała, że ograniczenie dostępu kobiet do legalnej i bezpiecznej aborcji przez korzystanie z prawa do sprze-

³¹ *Opinion of the Committee on Equal Opportunities for Women and Men*, rapporteur: Mrs Circene, Doc. 12389. <http://assembly.coe.int/Main.asp?link=/Documents/Working-Docs/Doc10/EDOC12389.htm> – dostęp: 8 marca 2011 r.

ciwu sumienia spowoduje wzrost niechcianych ciąży, potajemnych aborcji i wtórnych powikłań zdrowotnych, w tym również śmierci. Druga poprawka rozszerzała zakaz korzystania z prawa do sprzeciwu sumienia na instytucje prywatne (wcześniej mówiono w tym kontekście tylko o instytucjach publicznych), przynajmniej w sytuacjach nagłych. Kolejna propozycja zmiany miała na celu rozszerzenie zobowiązania świadczeniodawców do udzielania pacjentowi informacji na temat nowoczesnych sposobów planowania rodziny i zapobiegania poczęciom. W poprawce czwartej zaproponowano, aby państwa wprowadziły sankcje i odszkodowania w przypadkach, gdy korzystanie z prawa do sprzeciwu sumienia naruszałoby prawo dostępu do legalnych usług medycznych, szczególnie jeśli zostałyby zagrożone zdrowie lub życie pacjenta. Poprawka piąta wprowadzała wymóg kształcenia pracowników ochrony zdrowia w taki sposób, aby potrafili wykonywać wszystkie legalne zabiegi, niezależnie od zgłaszanego sprzeciwu ze strony studenta lub stażysty. Miałyby to na celu zapewnienie dostępu do świadczeń w sytuacjach nagłych i innych, gdy nie można korzystać z prawa do sprzeciwu sumienia. Szósta poprawka zalecała ulepszenie szkolenia pracowników ochrony zdrowia w zakresie standardów etycznych i prawnych związanych ze sprzeciwem sumienia i zapewnieniem dostępu do świadczeń. Ostatnia poprawka wzywała do zapewnienia ochrony przed wrogością i niechęcią w miejscu pracy wobec lekarzy i innych pracowników ochrony zdrowia, którzy są gotowi wykonać zabiegi będące przedmiotem sprzeciwu sumienia ze strony innych świadczeniodawców.

W swoim komentarzu poseł Circene podkreśliła, że prawo do sprzeciwu sumienia niekiedy mocno ingeruje w prawo dostępu do legalnych świadczeń medycznych, szczególnie w odniesieniu do świadczeń z zakresu tzw. opieki reprodukcyjnej. Wyraziła głębokie zaniepokojenie statystykami przytoczonymi przez poseł McCafferty, które wskazują, że większość ginekologów i anestezjologów we Włoszech nie chce wykonywać aborcji. W jej opinii trudność w dostępie do świadczeń medycznych dla kobiet zamieszkujących regiony wiejskie jest wyrazem dyskryminacji z powodów geograficznych. Zgadza się ze stanowiskiem, że korzystanie z prawa do sprzeciwu sumienia musi być ograniczone precyzyjnymi przepisami i nadzorowane, aby nie narusza-

ło prawa do opieki zdrowotnej. Poparła rozwiązanie zobowiązujące do odsyłania pacjenta do innego ośrodka (świadczeniodawcy), który zapewni wykonanie legalnej procedury, wspierając się w tej materii także zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia z 2007 r.³² Wyraziła przekonanie, że korzystanie z prawa do sprzeciwu sumienia powinno być znacznie ograniczone, ponieważ prawo do wolnego wyboru zawodu medycznego oraz specjalizacji lekarskiej obejmuje zgodę na wykonywanie procedur medycznych przypisanych tym rolom zawodowym. Posunęła się nawet do stwierdzenia, że ten, kto decyduje się na ginekologię, położnictwo, a nawet chirurgię i nie zamierza przeprowadzać aborcji, powołując się na prawo do sprzeciwu sumienia, podobny jest do żołnierza, który na podstawie tego prawa nie chciałby uczestniczyć w operacjach militarnych. Podkreśliła potrzebę szkolenia pracowników ochrony zdrowia w taki sposób, aby przeprowadzali wszystkie zalegalizowane procedury. Wyakcentowała potrzebę chronienia przed wrogością i dyskryminacją nie tylko tych, którzy odmawiają wykonania świadczeń niezgodnych z ich sumieniem, ale również tych, którzy wykonują świadczenia będące przedmiotem sprzeciwu ze strony ich zawodowych kolegów. Nawiązała również do poprawki zobowiązującej wszystkie zakłady opieki zdrowotnej, zarówno publiczne, jak i prywatne, do zachowania tych samych standardów postępowania w odniesieniu do prawa do sprzeciwu sumienia. Taka zasada powinna dotyczyć przynajmniej sytuacji nagłych, kiedy kobieta musi skorzystać z pomocy najbliższej placówki i nie ma czasu na poszukiwanie zakładu publicznego. Na końcu przypomniała rezolucję nr 1607 Zgromadzenia Parlamentarnego Rady Europy, w której wzywano państwa członkowskie do stworzenia kobietom możliwości wyboru oraz zapewnienia dostępu do bezpiecznej i legalnej aborcji. Według niej jest to kolejny argument za tym, aby uregulować prawo do sprzeciwu sumienia w taki sposób, aby nie ograniczało ono dostępu do bezpiecznej i legalnej aborcji.

³² WHO, *The WHO Strategic Approach to strengthening sexual and reproductive health policies and programmes*, http://whqlibdoc.who.int/hq/2007/WHO_RHR_07.7_eng.pdf – dostęp: 8 marca 2011 r.

Analizując powyższe wystąpienia i projekt rezolucji, nasuwa się kilka uwag natury filozoficznej i prawnej. Wnioskodawcy i zwolennicy ograniczenia prawa do sprzeciwu sumienia nie odróżniają motywów sprzeciwu ze strony lekarzy, które oparte są często nie tyle na przesłankach religijnych, ile bardziej na podstawowych wartościach etyki medycznej (zwłaszcza w odniesieniu do aborcji czy eutanazji). Brak jest również głębszej refleksji nad zróżnicowaniem świadczeń medycznych, zdefiniowaniem ich zakresu i celu (można bowiem dyskutować, czy świadczeniem medycznym jest aborcja wykonywana z powodów socjalnych albo czy świadczenia z zakresu regulacji poczęć mają cel terapeutyczny). W powyższych wystąpieniach można zauważyć podobne postrzeganie od strony aksjologiczno-moralnej każdego zalegalizowanego świadczenia medycznego, tak jakby akt legalizacji zmieniał wartość moralną działania. Nie próbuje się np. uzasadniać od strony etycznej prawa dostępu do aborcji, powołując się jedynie na fakt legalizacji tego zabiegu, i wyciąga się z tego wniosek o obowiązku jego świadczenia. Trudno zgodzić się na taki tok rozumowania, ponieważ np. w Polsce w ustawie z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży prawodawca zrezygnował jedynie z wymierzania kary za dokonanie zabiegu aborcji w ściśle określonych okolicznościach (penalizując ten zabieg w pozostałych wypadkach), natomiast nigdzie nie zobowiązuje lekarzy do jego wykonania. Jedynie sytuacja zagrożenia życia lub ciężkiego rozstroju zdrowia kobiety ciężarnej mogą być rozważane jako wchodzące w zakres obowiązku pomocy pacjentowi, a więc uniemożliwiające odmowę zabiegu. W świetle tych regulacji nie można twierdzić, że kobiecie przysługuje „prawo do aborcji”, i wyciągać z tego wniosku o obowiązku państwa w zakresie realizacji tego prawa. Można co najwyżej wnioskować o „prawie kobiety do niekaralności” za wykonanie aborcji, ale z tego w żaden sposób nie wynika obowiązek świadczenia tego zabiegu. Zauważalny jest również brak głębszej refleksji nad wzajemnymi stosunkami pomiędzy prawami człowieka i różnicowaniem pomiędzy prawami podstawowymi, jak prawo do życia, oraz prawami społecznymi czy obywatelskimi, jak prawo dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Rodzi się bowiem pytanie, czy słuszne jest stawianie tych praw na tej samej płaszczyz-

nie aksjologicznej. W prezentowanych stanowiskach i w projekcie rezolucji trudno dostrzec jakikolwiek szacunek dla życia ludzkiego w fazie prenatalnej i nie ma mowy o jakiegokolwiek podmiotowości dziecka poczętego. Głównymi wartościami, jakie podlegałyby ochronie w świetle tak sformułowanego dokumentu, są wolność i autonomia kobiety oraz prawo dostępu do zalegalizowanych świadczeń z zakresu opieki zdrowotnej. Natomiast zawężona zostałaby autonomia pracowników ochrony zdrowia, ponieważ ich indywidualne prawo do sprzeciwu sumienia byłoby mocno ograniczone. Zatem dobrze się stało, że projekt rezolucji uległ na końcowym etapie postępowania istotnym zmianom.

5. OSTATECZNA TREŚĆ REZOLUCJI

Ostateczny tekst rezolucji nr 1763, zatytułowanej *Prawo do sprzeciwu sumienia w ramach legalnej opieki medycznej*, został przyjęty 7 października 2010 r. w czasie 35 posiedzenia Zgromadzenia Parlamentarnego Rady Europy. Dokument przyjęto niewielką większością głosów – poparło ją 56 posłów, a 51 było przeciwko. Wersja ostateczna rezolucji istotnie odbiega od pierwotnej, na co wpływ miały liczne poprawki posłów. Na zmianę niewątpliwym wpływ miało również nagłośnienie sprawy w mediach i liczne protesty stowarzyszeń lekarskich (w tym polskiej Naczelnej Rady Lekarskiej)³³ oraz organizacji i środowisk pro-life (m.in. Światowej Federacji Katolickich Stowarzyszeń Medycznych, Międzynarodowej Federacji Katolickich Farmaceutów i Międzynarodowego Katolickiego Komitetu Pielęgniarek i Asystentów Społeczno-Medycznych)³⁴.

Przyjęty tekst rezolucji składa się z czterech punktów. W pierwszym z nich stwierdzono, że żadna osoba, szpital ani inna instytucja nie może

³³ List Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej do Polskiej Delegacji do Zgromadzenia Parlamentarnego Rady Europy z 5 października 2010 r. (<http://www.nil.org.pl/xml/nil/tematy/archiwum/2010> – dostęp: 8 marca 2011 r.).

³⁴ Zob. <http://www.naszdziennik.pl/index.php?dat=20101007&typ=sw&id=sw21.txt> – dostęp: 8 marca 2011 r.

być przymuszona lub w żaden sposób dyskryminowana z powodu odmowy przeprowadzenia lub asystowania w zabiegu aborcji, eutanazji lub innym działaniu powodującym śmierć ludzkiego płodu lub embrionu. W punkcie drugim Zgromadzenie Parlamentarne potwierdziło zarówno lekarskie prawo do sprzeciwu sumienia, jak i odpowiedzialność państwa za zapewnienie pacjentom dostępu do legalnych świadczeń medycznych. Wyraziło również obawę, że brak regulacji w zakresie prawa do sprzeciwu sumienia może szczególnie dotknąć kobiety o niskich dochodach i żyjące na terenach wiejskich. Punkt trzeci informuje, że w większości państw członkowskich Rady Europy praktyka sprzeciwu sumienia jest odpowiednio uregulowana, zapewniając poszanowanie praw pacjenta. Natomiast w punkcie czwartym, uwzględniając obowiązek państw związany z zapewnieniem dostępu do legalnej opieki medycznej oraz respektowaniem prawa do wolności myśli, sumienia i religii, Zgromadzenie Parlamentarne Rady Europy zachęca państwa członkowskie do przyjęcia regulacji gwarantujących prawo do sprzeciwu sumienia w odniesieniu do procedur medycznych, a także zapewniających, że pacjent uzyska informację o sprzeciwie bez zbędnej zwłoki i zostanie odesłany do innego specjalisty, a w przypadkach nagłych otrzyma właściwe leczenie³⁵.

Należy zauważyć istotne zmiany treściowe w tekście rezolucji w porównaniu z wcześniejszymi jej wersjami. Punkt pierwszy rozszerza perspektywę spojrzenia na problem sprzeciwu sumienia, nie ograniczając go jedynie do aborcji i zdrowia reprodukcyjnego. Zauważa również podmiotowość embrionu i płodu. Ważną zmianą jest brak zakazu korzystania z prawa do sprzeciwu sumienia przez zakłady opieki zdrowotnej, czego chcieli projektodawcy (poseł Circene chciała tego nawet zakazać instytucjom prywatnym). Co więcej, posłowie ostatecznie nie tylko nie zakazali takiego sprzeciwu, ale nawet zakazali dyskryminacji instytucji, które odmawiają wykonania niektórych kontrowersyjnych moralnie zabiegów. Należy zauważyć różnicę w ocenie regulacji dotyczących sprzeciwu sumienia w państwach członkowskich – projekt rezolucji podkreślał braki w tym zakresie, natomiast w wersji ostatecznej stwier-

³⁵ Pełny tekst rezolucji w języku polskim (w tłumaczeniu autora) zamieszczony jest na końcu artykułu.

dono, że większość państw posiada odpowiednie przepisy w tym zakresie. Rezolucja nie mówi nic o wdrożeniu mechanizmów nadzoru i kontroli (w tym możliwości wnoszenia skarg przez pacjentów) przestrzegania przepisów regulujących korzystanie z prawa do sprzeciwu sumienia, czego domagali się projektodawcy. Obowiązek informowania pacjenta ograniczono jedynie do niezwłocznego poinformowania o sprzeciwie, natomiast zrezygnowano z obligowania świadczeniodawców do udzielania informacji o wszystkich możliwych sposobach postępowania. Utrzymano natomiast wymóg odesłania do innego specjalisty, ale zrezygnowano z obowiązku upewnienia się, że pacjent otrzyma właściwe świadczenie ze strony osoby, do której został odesłany. Zobowiązano państwo do zapewnienia właściwego leczenia w przypadkach nagłych (w projekcie zobowiązywano do tego konkretnego świadczeniodawcę). Natomiast wśród ograniczeń prawa do sprzeciwu sumienia nie wymienia się przypadku, gdy odesłanie do innego specjalisty nie jest możliwe, co znajdowało się w projekcie. Rezolucja nie określa również ściśle zakresu podmiotowego prawa do sprzeciwu sumienia, jak miało to miejsce w propozycji ograniczającej to prawo jedynie do pracowników bezpośrednio zaangażowanych w wykonanie świadczenia.

W ostatecznej wersji nie uwzględniono również większości poprawek zgłoszonych przez poseł Circene z Komisji ds. Równości Kobiet i Mężczyzn. Zrezygnowano z podkreślania negatywnych następstw ograniczenia dostępu do legalnej i bezpiecznej aborcji przez korzystanie z prawa do sprzeciwu sumienia (wzrost niechcianych ciąż, potajemnych aborcji i powikłania zdrowotne). Nie uwzględniono poprawki dotyczącej wprowadzenia sankcji i odszkodowań w przypadkach, gdy korzystanie z prawa do sprzeciwu sumienia naruszałoby prawo dostępu do legalnych usług medycznych, szczególnie w sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia pacjenta. W głosowaniu nie zyskała także akceptacji propozycja wprowadzenia obowiązku uczestnictwa w okresie kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego w zabiegach będących przedmiotem sprzeciwu ze strony studenta lub stażysty. W ostatecznym tekście nie znalazły się również propozycje dotyczące zapewnienia ochrony przed wrogością i niechęcią w miejscu pracy lekarzom, którzy są gotowi wykonać zabiegi będące przedmiotem sprzeciwu sumienia ze strony innych lekarzy.

PODSUMOWANIE

W podsumowaniu należy stwierdzić, że w swoim ostatecznym kształcie omawiany dokument bardziej potwierdza, aniżeli ogranicza fundamentalne prawo do sprzeciwu sumienia. Choć wydaje się, że taka zmiana odbiega od intencji projektodawców, to jednak trzeba zauważyć, że ostateczny tekst rezolucji wprowadza większą równowagę pomiędzy prawem do wolności sumienia a prawem do ochrony zdrowia. Nie można tego było powiedzieć o pierwotnej wersji, która zdecydowanie wyżej stawiała prawo dostępu do legalnych świadczeń medycznych, aniżeli prawo do sprzeciwu sumienia. Rezolucja nie niesie jednak przełomowych rozwiązań ani nowych propozycji, dlatego można przewidywać, iż wraz z legalizowaniem coraz większej liczby moralnie kontrowersyjnych świadczeń medycznych będzie narastać konflikt pomiędzy prawem do sprzeciwu sumienia a prawem dostępu do legalnych świadczeń.

REZOLUCJA NR 1763 ZGROMADZENIA PARLAMENTARNEGO RADY EUROPY
Z DNIA 7 PAŹDZIERNIKA 2010 R.

*PRAWO DO SPRZECIWU SUMIENIA W RAMACH LEGALNEJ OPIEKI MEDYCZNEJ*³⁶

1. Żadna osoba, szpital ani instytucja nie może być przymuszona, pociągana do odpowiedzialności ani w żaden sposób dyskryminowana z powodu odmowy przeprowadzenia, udzielenia, asystowania lub podporządkowania się wykonaniu aborcji, spowodowania poronienia lub przeprowadzenia eutanazji albo jakiegokolwiek innego czynu, który mógłby spowodować śmierć ludzkiego embrionu lub płodu z jakiegokolwiek przyczyny.
2. Zgromadzenie Parlamentarne podkreśla potrzebę potwierdzenia prawa do sprzeciwu sumienia razem z odpowiedzialnością państwa za zagwarantowanie pacjentom dostępu do zalegalizowanych świadczeń medycznych bez zbędnej zwłoki. Zgromadzenie wyraża obawę, że nieograniczone korzystanie z prawa do sprzeciwu

³⁶ Resolution 1763, *The right to conscientious objection in lawful medical care*.

- sumienia może szczególnie dotknąć kobiety, zwłaszcza te o niskich dochodach lub żyjące na terenach wiejskich.
3. W ogromnej większości państw członkowskich Rady Europy prawo do wyrażania sprzeciwu sumienia jest właściwie uregulowane. Istnieją wyczerpujące i przejrzyste rozwiązania polityczne i prawne regulujące praktykę sprzeciwu sumienia wśród pracowników ochrony zdrowia i zapewniające, że interesy i prawa jednostek pragnących skorzystać z zalegalizowanych świadczeń medycznych są szanowane, chronione i zaspokajane.
 4. Z uwagi na zobowiązanie państw członkowskich do zapewnienia dostępu do legalnych świadczeń opieki medycznej i zabezpieczenia prawa do ochrony zdrowia, jak również mając na uwadze obowiązek poszanowania prawa do wolności myśli, sumienia i religii pracowników ochrony zdrowia, Zgromadzenie zachęca państwa członkowskie Rady Europy do opracowania wyczerpujących i przejrzystych rozwiązań definiujących i regulujących prawo do sprzeciwu sumienia w odniesieniu do zdrowia i świadczeń medycznych, które:
 - 4.1. Zagwarantują prawo do sprzeciwu sumienia wobec udziału w kwestionowanym świadczeniu;
 - 4.2. Zapewnią, że pacjenci zostaną poinformowani o sprzeciwie bez zbędnej zwłoki oraz odesłani do innego świadczeniodawcy;
 - 4.3. Zapewnią, że pacjenci otrzymają właściwe leczenie, szczególnie w przypadkach nagłych.

THE RIGHT TO CONSCIENTIOUS OBJECTION
IN LAWFUL MEDICAL CARE. RESOLUTION 1763 OF THE PARLIAMENTARY
ASSEMBLY OF THE COUNCIL OF EUROPE OF 7 OCTOBER 2010

Summary

This paper elaborates on the origin of Resolution 1763, The right to conscientious objection in lawful medical care, adopted by the Parliamentary Assembly of the Council of Europe on 7 October 2010. The draft resolution

was prepared by the socialist and leftist MPs and aimed to curtail the right to conscientious objection by medical personnel and to increase the availability of legal, yet morally controversial, medical services, especially abortion. The work on the document began on 14 October 2008 when a group of MPs put forward a motion containing the draft resolution. The draft was later submitted to deliberations of the Committee on Social, Health and Family Affairs and the Committee on Equal Opportunities for Women and Men. Adoption of the document was preceded by a stormy debate on the nature of the right to conscientious objection and its subjective and objective scope as regards the medical care system and the right to health care. The adopted amendments significantly altered the original text. The final draft laid a strong emphasis on the fundamental nature of the right to freedom of conscience, including the right to conscientious objection, but also stressed the responsibility of the state for providing patients with access to lawful medical services. The Polish translation of Resolution 1763 has been attached at the end of the paper.

Translated by Konrad Szulga