

KODEKS ETYKI LEKARSKIEJ

PRYZRZECZENIE LEKARSKIE

Przyjmuję z szacunkiem i wdzięcznością dla moich Mistrzów nadany mi tytuł lekarza i w pełni świadomy związanych z nim obowiązków przyrzekam:

- obowiązki te sumiennie spełniać;
- służyć życiu i zdrowiu ludzkiemu;
- według najlepszej mej wiedzy przeciwdziałać cierpieniu i zapobiegać chorobom, a chorym nieść pomoc bez żadnych różnic, takich jak: rasa, religia, narodowość, poglądy polityczne, stan majątkowy i inne, mając na celu wyłącznie ich dobro i okazując im należny szacunek;
- nie nadużywać ich zaufania i dochować tajemnicy lekarskiej nawet po śmierci chorego;
- strzec godności stanu lekarskiego i niczym jej nie splamić, a do kolegów lekarzy odnosić się z należną im życzliwością, nie podważając zaufania do nich, jednak postępując bezstronnie i mając na względzie dobro chorych;
- stale poszerzać swą wiedzę lekarską i podawać do wiadomości świata lekarskiego wszystko to, co uda mi się wynaleźć i udoskonalić.

PRYZRZEKAM TO UROCZYŚCIE!

CZĘŚĆ OGÓLNA

Art. 1.

1. Zasady etyki lekarskiej wynikają z ogólnych norm etycznych.
2. Zobowiązują one lekarza do przestrzegania praw człowieka i dbania o godność zawodu lekarskiego.
3. Naruszeniem godności zawodu jest każde postępowanie lekarza, które podważa zaufanie do zawodu.

Art. 1.

1. **Zasady etyki lekarskiej wynikają z ogólnych norm etycznych.**
2. **Zobowiązują one lekarza do przestrzegania praw człowieka i dbania o godność zawodu lekarskiego.**
3. **Naruszeniem godności zawodu jest każde postępowanie lekarza, które podważa zaufanie do zawodu.**

Artykuł 1 wskazuje na źródła etyki lekarskiej, określając jej cele oraz wpływając bezpośrednio na pozostałe postanowienia Kodeksu. Odwołanie do ogólnych norm etycznych w art. 1 ust.1 wyznacza ramy, w których funkcjonują zasady etyki lekarskiej. Ust. 2 artykułu stanowi uszczegółowienie ust. 1 i zobowiązuje lekarza do przestrzegania praw człowieka i dbania o godność zawodu lekarskiego w każdej sferze aktywności zawodowej. Zawarty w ust. 2 nakaz dbania o godność zawodu został wyeksplikowany w ust. 3, który wskazuje, że naruszeniem godności zawodu jest każde postępowanie lekarza, które podważa zaufanie do zawodu. Ust. 3 nie wyklucza przy tym, że naruszeniem godności zawodu mogą być też zachowania, które nie wiążą się bezpośrednio z podważeniem zaufania do zawodu, ale godzą w powołanie zawodu lekarza wskazane w art.2 KEL.

Etyka zawodowa jako zespół zasad moralnych, którymi powinni kierować się przedstawiciele danej profesji, jest szczególnie ważna w zawodach zaufania publicznego. Jedną z cech charakterystycznych profesji jest to, że występuje w nich możliwość zajścia konfliktu między interesem własnym profesjonalisty lub interesem społecznym a interesem osób, o których sprawy dba profesjonalista. Stąd w profesji występuje istotny potencjał wystąpienia dylematów moralnych. Kodeks etyki profesjonalnej zawiera wskazówki postępowania w obliczu takich konfliktów i dylematów. Art. 1 KEL wskazuje bezpośrednio ogólne normy etyczne, które (pomimo braku

ich definicji w KEL) są dobrze rozpoznane i opisane szeroko w literaturze specjalistycznej oraz wielowiekowej tradycji.

Prawa człowieka, do których przestrzegania zobowiązuje Kodeks Etyki Lekarskiej, to podstawowe normy przysługujące każdemu z nas. Ich moc wiążąca wynika z samego faktu bycia człowiekiem, są chronione w prawie regionalnym i międzynarodowym. Są one powszechne, przyrodzone, niezbywalne, naturalne i niepodzielne. Prawa pacjenta stanowią integralną część praw człowieka. Z tej racji znajomość i uwzględnienie postanowień traktatów międzynarodowych oraz aktów prawa krajowego dotyczących praw człowieka, jest konieczna w interpretacji Kodeksu Etyki Lekarskiej. Ze względu na powszechne uznanie i poszanowanie godności, równości i wolności każdego człowieka szczególnego znaczenia nabiera ochrona praw pacjenta wyrażająca się w ochronie i poszanowaniu jego prawa do decydowania o sobie, prywatności, prawa do opieki zdrowotnej, do informacji o stanie zdrowia i podejmowanych działaniach diagnostyczno-terapeutycznych. Ochrona i poszanowanie tych praw wyraża się w powinnościach profesjonalnych lekarza.

Zawód lekarza jest zawodem szczególnym. Jest profesją, przed której wykonawcami stawia się szczególnie wysokie wymagania moralne. Nacisk na aspekty etyczne profesji lekarskiej pojawia się począwszy od procesu kształcenia przeddyplomowego i specjalizacyjnego poprzez wymóg kształcenia ustawicznego i postępowania zgodnie ze standardami etycznymi zawodu i aktualną wiedzą medyczną. Dzięki odpowiednio wysokim kwalifikacjom etycznym lekarz jest zdolny do nawiązywania relacji z pacjentem opartych na wzajemnym zaufaniu w myśl zasady *salus aegroti suprema lex esto* (zob. art. 2).

Godność zawodu lekarza wynika z tego szczególnego charakteru pracy: powierzenie mu dobra pacjenta w połączeniu z wysokimi wymaganiami etycznymi adresowanymi do lekarzy. Na społeczne postrzeganie godności zawodu składa się też wizerunek lekarza, który zależy przede wszystkim od jego fachowości i przestrzegania norm etyki zawodowej. Istotne znaczenie ma w tym względzie także takt, kultura osobista, sposób bycia, wyrażania się, które należą wprawdzie do indywidualnych cech człowieka, jednak wpływają na odbiór lekarza jako jednostki jak i na opinię o całej grupie zawodowej.

Art.1 ust. 3 głosi, że naruszeniem godności zawodu lekarza jest każde postępowanie lekarza, które podważa zaufanie do zawodu. Ze względu na to, że normy etyki lekarskiej zawierają wskazówki dotyczące postępowania w obliczu rzeczywistych i potencjalnych konfliktów interesów i dylematów etycznych, postępowanie nieetyczne w szerokim pojęciu związane z wykonywaniem zawodu lekarza podaje w wątpliwość troskę lekarza o dobro pacjenta. Należy jednak wyraźnie zaznaczyć, że każde zachowanie lekarza niezgodne z zasadami etyki, zarówno w przestrzeni prywatnej jak i związane z wykonywaniem zawodu, będzie wpływało na negatywną ocenę społeczną całego środowiska lekarskiego. Nakaz dbania o godność zawodu lekarza to jedna z najstarszych i podstawowych zasad etyki. Od czasów starożytnych po współczesne liczne traktaty, kodeksy i uchwały podkreślały nierozzerwalność postawy etycznej z wykonywaniem zawodu lekarza „dbania o honor i godność swego stanu także kierowanie się tą zasadą we wszystkich czynnościach” (Ustawy Etyczne Wydziału Lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu, 1901). Kodeks deontologii lekarskiej przyjęty na X Zjeździe Lekarzy i Przyrodników Polskich we Lwowie w 1907 r., Zasady Deontologii Lekarskiej Wileńsko-Nowogrodzkiej Izby Lekarskiej czy wreszcie Zbiór Zasad Deontologii Lekarskiej Naczelnej Izby lekarskiej z 1935 r. zawierają nakaz sumiennego wykonywania zawodu lekarza, przestrzegania godności i honoru, dbałości o wspólne interesy moralne stanu lekarskiego, koleżeństwa w stosunkach z innymi lekarzami mając przede wszystkim na względzie dobro chorego.

Art. 2.

1. Powołaniem lekarza jest ochrona życia i zdrowia ludzkiego, zapobieganie chorobom, leczenie chorych oraz niesienie ulgi w cierpieniu; lekarz nie może posługiwać się wiedzą i umiejętnością lekarską w działaniach sprzecznych z tym powołaniem.
2. Najwyższym nakazem etycznym lekarza jest dobro chorego - *salus aegroti suprema lex esto*. Mechanizmy rynkowe, naciski społeczne i wymagania administracyjne nie zwalniają lekarza z przestrzegania tej zasady.

Art. 2.

1. **Powołaniem lekarza jest ochrona życia i zdrowia ludzkiego, zapobieganie chorobom, leczenie chorych oraz niesienie ulgi w cierpieniu; lekarz nie może posługiwać się wiedzą i umiejętnością lekarską w działaniach sprzecznych z tym powołaniem.**
2. **Najwyższym nakazem etycznym lekarza jest dobro chorego - *salus aegroti suprema lex esto*. Mechanizmy rynkowe, naciski społeczne i wymagania administracyjne nie zwalniają lekarza z przestrzegania tej zasady.**

Art. 2 określa najważniejsze cele jakim służy wykonywanie zawodu lekarza tj. zapobieganie chorobom, leczenie chorych oraz niesienie ulgi w cierpieniu. Pojęcie powołania odwołuje się tutaj do idei profesji i profesjonalizmu. Profesja to szczególny rodzaj zawodu. O ile zawód to zestaw czynności wykonywanych systematycznie w celu uzyskiwania środków utrzymania, o tyle profesję wyróżnia to, że składające się nań czynności, są podejmowane w celu ochrony i promowania jednych z najważniejszych dóbr człowieka, jakimi są zdrowie, życie i wolność od cierpienia.

Są to dobra fundamentalne przez to, że są niezbędne każdej istocie ludzkiej bez względu na jej cele życiowe, światopogląd czy przymioty moralne. Są one niezbędne każdemu człowiekowi zarówno jako warunki realizowania swoich planów jak i samodzielnie.

Aby realizować powołanie lekarskie, a więc aby realizować wymogi profesjonalizmu lekarskiego, lekarz ma obowiązek postępować zgodnie z posiadanymi kompetencjami zawodowymi, których nie wolno mu wykorzystywać w wykonywaniu czynności sprzecznych z tymi dobrami. Ponadto, profesjonalistom lekarzom nie wolno wykraczać poza swoje kompetencje zawodowe.

Ust. 2 artykułu wskazuje najważniejszy nakaz etyczny profesji lekarskiej, jakim jest dbanie o dobro chorego. Nakaz ten nie pozwala na podporządkowywanie celów specyficznych dla powołania lekarskiego – tj. dbałości o zdrowie i życie ludzkie oraz minimalizowanie cierpienia – mechanizmom rynkowym, naciskom społecznym, czy wymaganiom administracyjnym. Oznacza to, że w przypadku konfliktu między dbałością o zdrowie i życie ludzkie a korzyściami finansowymi (własnymi lub innych osób), naciskami społecznymi czy wymaganiami administracyjnymi, lekarz ma obowiązek przedkładać zdrowie i życie ludzkie.

Słowo powołanie ma wiele znaczeń. Między innymi oznacza specyficzne cechy człowieka, które sprawiają, że jego praca jest wykonywana dobrze i przynosi satysfakcję jemu oraz osobom, których dotyczy. W tym znaczeniu „powołanie” wprost odwołuje się do profesjonalizmu lekarskiego: według słownika języka polskiego powołanie to zdolność i zamiłowanie do czegoś oraz przeświadczenie o tym, że wybrany zawód jako droga życiowa są najwłaściwsze. Słowem bliskoznacznym względem „powołania” jest słowo misja. Słowo to pochodzi od łacińskiego *mittere* – posyłać. Oznacza posłanie osoby lub grupy osób w celu wykonania jakiegoś zadania. W tym też sensie powołanie lekarskie wiąże się z realizowaniem misji nadającej wartość życiu lekarza i stanowiącej o jego roli społecznej.

Ochrona życia i zdrowia ludzkiego, zapobieganie chorobom, leczenie chorych oraz niesienie ulgi w cierpieniu jest celem misji, w jakiej lekarz zostaje posłany, zadaniem jakie ma wykonać w odniesieniu do drogi zawodowej oraz wartości, którymi kieruje się w życiu.

Odpowiednikami łacińskiego *salus* mogą być oprócz „zdrowia” także „dobro” lub „powodzenie”. Jest to pojęcie szerokie, które umieszcza kwestie zdrowotne w szerokim kontekście rozmaitych dóbr, do których zmiernają ludzie. Zawiera ono konotacje właściwe dla rozumienia „dobrostanu” (*wellbeing*) obecnego w Konstytucji WHO. Zgodnie z tym pojęciem dobrostan człowieka to nie tylko brak choroby lub niepełnosprawności, ale także subiektywne odczuwanie przez człowieka zadowolenie ze swojego stanu fizycznego, psychicznego oraz sposobu funkcjonowania w społeczeństwie.

Art. 3.

Lekarz powinien zawsze wypełniać swoje obowiązki z poszanowaniem człowieka bez względu na wiek, płeć, rasę, wyposażenie genetyczne, narodowość, wyznanie, przynależność społeczną, sytuację materialną, poglądy polityczne lub inne uwarunkowania.

Art. 3.

Lekarz **wypełnia** swoje obowiązki z poszanowaniem człowieka bez względu na wiek, płeć, rasę, wyposażenie genetyczne, narodowość, wyznanie, przynależność społeczną, sytuację materialną, poglądy polityczne, **orientację seksualną** lub inne uwarunkowania.

Zamiana słowa „powinien” na sformułowanie bardziej dyrektywne niewymagające uzupełnienia poprzez „zawsze” ma jednoznacznie wskazywać na nakaz zachowania opisanego w artykule celem uniknięcia dylematu mniej konkretnego określenia jakim jest „powinność” oznaczająca, że jest wskazane, by jakaś osoba, rzecz lub jakieś wydarzenie spełniały określone warunki. Niezwykle istotne w kontekście odpowiedzialności zawodowej.

Uzupełnienie artykułu o dodanie do cech różnicujących ludzi i wymagających poszanowania orientacji seksualnej poszerza już zawartą w artykule definicję płci. Zapis zgodny z Międzynarodowym KEL WMA.

Art. 4.

Dla wypełnienia swoich zadań lekarz powinien zachować swobodę działań zawodowych, zgodnie ze swoim sumieniem i współczesną wiedzą medyczną.

Art. 4.

Dla wypełnienia swoich zadań lekarz zachowuje swobodę działań zawodowych, zgodnie ze swoim sumieniem, **aktualną** wiedzą medyczną.

Zamiana słowa „powinien” na sformułowanie bardziej dyrektywne ma jednoznacznie wskazywać na obowiązujące uprawnienie lekarza opisane w artykule celem uniknięcia dylematu mniej konkretnego określenia jakim jest „powinność” oznaczająca, że jest wskazane, by jakaś osoba, rzecz lub jakieś wydarzenie spełniały określone warunki.

Termin „aktualna wiedza medyczna” należy rozumieć jako wiedzę z zakresu nauk medycznych, która została wygenerowana i zweryfikowana w procesie badawczym zgodnym z najbardziej godnymi polegania metodami naukowymi i dzięki temu opiera się wiarygodnych na dowodach. W terminologii występują określenia „współczesna” (charakterystyczna dla dzisiejszej epoki) i „aktualna” wiedza medyczna (obowiązująca w danej chwili). Współczesna wiedza medyczna może, ale nie musi być aktualna.

Art. 5.

Izba lekarska jest obowiązana do czuwania nad przestrzeganiem zasad etyki i deontologii lekarskiej oraz zachowaniem godności zawodu przez wszystkich członków samorządu lekarskiego a także do starań, aby przepisy prawa nie naruszały zasad etyki lekarskiej.

Art. 5.

Samorząd lekarski dba o przestrzeganie zasad etyki oraz **zachowanie** godności zawodu przez **jego** wszystkich członków, a także o to, aby przepisy prawa **nie były sprzeczne** z zasadami etyki lekarskiej.

Samorząd lekarski to pojęcie szersze niż izba lekarska. Izby lekarskie są jednostkami organizacyjnymi samorządu zawodowego lekarzy i lekarzy dentyków i reprezentują samorząd lekarski na szczeblu naczelnym i okręgowym.

Dbałość samorządu o przestrzeganie zasad etyki i deontologii lekarskiej jest jego ustawowym obowiązkiem.

Samorząd lekarski opiniuje projekty aktów prawnych dotyczących ochrony zdrowia i wykonywania zawodu lekarza, ma też uprawnienia występowania o ich wydanie. Rolą samorządu jest dbałość o to by przepisy prawa nie były sprzeczne z zasadami etyki lekarskiej – jest to jednoznaczne wskazanie na konieczność podporządkowania prawa zasadom etycznym, gdyż relacje lekarz-pacjent stojące u podstaw postępowania lekarskiego nie powstały z ustanowienia prawnego.

Pojęcia „etyka i deontologia” znalazły się w Kodeksie (także w art. 61 i art. 65) dlatego, że sformułowanie to zostało wpisane w tekst ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich w pkt 3 art. 4 i w art. 41. W obowiązującej ustawie nie ma już słowa „deontologia” i mowa jest tylko o etyce, w pkt 1 art. 5 oraz art. 53. „Etyka i deontologia” ze spójnikiem „i” – co powinno oznaczać sprawy różne, jest sformułowaniem tautologicznym, gdyż rzeczy te są tożsame. Słowa te są używane zamiennie, choćby w komentarzu prof. M. Królikowskiego.

Termin „deontologia” ma znaczenie głównie historyczne. O deontologicznych podstawach etyki lekarskiej pisał m.in. R. Gillon (Etyka lekarska – problemy filozoficzne) i odróżniał je od poglądów konsekwencjalistycznych, charakterystycznych dla utilitaryzmu. Deontologia, jako nauka o obowiązku, opiera się na nakazach i zakazach obowiązujących bezwarunkowo i takie są zasady etyki lekarskiej. Konsekwencjalizm (nazywany przez B. Chyrowicz w „Bioetyce. Anatomii sporu” także teleologizmem) przyjmuje względność zasad a ocenę czynów uzależnia od ich skutków czy celów, nie zaś od zgodności czy niezgodności z nakazami (przykazaniami, imperatywami). Granice między tymi sposobami myślenia etycznego nie są ostre: możemy deontologicznie uznawać, że obowiązuje nas osiągnięcie tylko takich celów, doprowadzanie do takich skutków, które są zgodne z imperatywami. W praktyce lekarskiej dominuje myślenie deontologiczne, jest jednak obecne także liczenie się z przewidywanymi skutkami.

CZĘŚĆ SZCZEGÓŁOWA

ROZDZIAŁ I

Postępowanie lekarza wobec pacjenta

Art. 6.

Lekarz ma swobodę wyboru w zakresie metod postępowania, które uzna za najskuteczniejsze. Powinien jednak ograniczyć czynności medyczne do rzeczywiście potrzebnych choremu zgodnie z aktualnym stanem wiedzy.

Art. 6.

Lekarz ma swobodę wyboru w zakresie metod postępowania, które uzna za najbardziej efektywne. Powinien jednak ograniczyć czynności medyczne do rzeczywiście potrzebnych choremu zgodnie z aktualnym stanem wiedzy. Lekarzowi nie wolno posługiwać się metodami niezweryfikowanymi naukowo lub uznanymi przez naukę za szkodliwe bądź bezwartościowe. (z art. 57.1)

Pojęcie skuteczności w zawodzie lekarza ma znaczenie mniej praktyczne jak efektywność. Wysoka skuteczność danej metody postępowania oznacza, że została ona potwierdzona w randomizowanych badaniach klinicznych przeprowadzanych zgodnie z określonym protokołem. Po wprowadzeniu metody postępowania do terapii pacjentów nierzadko okazuje się, że działanie niektórych z nich jest znacznie gorsze niż udowodnione podczas randomizowanych badań, co może wynikać m.in. z niestosowania się pacjentów do zaleceń. Efektywność oznacza więc możliwość zrealizowania celu leczniczego związanego z określoną metodą postępowania w rzeczywistej praktyce klinicznej.

Do bieżącego brzmienia artykułu 6 przeniesiono ustęp 1 art. 57, który pozostaje w ścisłym związku z art. 6 KEL mówiąc o ograniczeniu czynności medycznych do rzeczywiście potrzebnych. Ta część nowego brzmienia art. 6 wskazuje na to, kiedy postępowanie lekarza należy uznać za niezgodne z aktualną wiedzą medyczną w kontynuacji rozważań art. 4. Lekarzowi nie wolno stosować metod, w których działania niepożądane przeważają nad korzyściami, nie wolno stosować metod bezwartościowych, czyli takich, co do których nie udowodniono pozytywnego wpływu na zdrowia pacjentów, a za ich stosowaniem mogą kryć się np. motywacje finansowe. Wartość stosowanej metody leczniczej należy oceniać w czasie, w którym metoda ta została przez lekarza zastosowana. Nie można stosować metod, których skuteczność nie została udowodniona, a proces badań nad daną metodą musi odbywać się zgodnie z uregulowaniami prawnymi dopuszczalności produktów / metod leczniczych.

Art. 6 stanowi rozwinięcie zasady swobody działań zawodowych lekarza unormowanej w części ogólnej KEL W art. 4 KEL wskazującym, że w zakresie tej swobody mieści się decyzja lekarza dotycząca wyboru metod postępowania. Postępowanie lekarza wobec chorego należy rozumieć jako podejmowanie czynności prowadzących do ochrony zdrowia i życia, niesienia ulgi w cierpieniu, prowadzenia czynności diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych, prowadzenia profilaktyki oraz czynności orzecznich.

W zakresie, w jakim art. 6. odnosi się do działań diagnostycznych i leczniczych, swoboda wyboru metod postępowania lekarza służy realizacji podstawowej normy zawodu lekarza, jaką jest dbanie o dobro chorego. Podleganie lekarza nadmiernym ograniczeniom o charakterze finansowym, administracyjnym lub presji otoczenia może powodować ograniczenie dbałości o pacjenta. Temu samemu celowi podporządkowany jest wymóg postępowania zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej. Wiedza ta stanowi najbardziej wiarygodną podstawę decyzji lekarskich i pozwala uzyskiwać najlepsze z osiągalnych w danym czasie wyników opieki nad pacjentem.

Swoboda decyzji zawodowych, wyboru metod postępowania lekarza podlega ograniczeniom. Jest podporządkowana ogólnej zasadzie troski o dobro chorego, postępowania zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej oraz wdrażaniu procesu diagnostyczno-leczniczego w sposób celowy, niezbędny i wystarczający. Swoboda wyboru działań diagnostycznych i terapeutycznych realizuje się w ramach tego, na co pacjent wyraził świadomą zgodę.

Wybór metody uznanej za najbardziej skuteczną lekarz powinien opierać na aktualnej wiedzy medycznej uzyskanej w toku kształcenia przed- i podyplomowego, studiowaniu piśmiennictwa naukowego, szkoleniach, konferencjach, warsztatach i doświadczeniu zawodowym. Wybór metody powinien uwzględniać indywidualne potrzeby zdrowotne pacjenta.

Termin „aktualny stan wiedzy” wobec braku definicji ustawowej „wiedzy medycznej” należy rozumieć jako wiedzę z zakresu nauk medycznych, która została wygenerowana i zweryfikowana w procesie badawczym zgodnym z najbardziej godnymi poleceniami metodami naukowymi i dzięki temu opiera się na wiarygodnych dowodach. W terminologii występują określenia „współczesna” (charakterystyczna dla dzisiejszej epoki) i „aktualna wiedza medyczna” (obowiązująca w danej chwili). Współczesna wiedza medyczna może, ale nie musi być aktualna. Dynamiczny postęp w wiedzy i technologiach medycznych, istnienie nowych, równoważnych i uznanych metod wymaga od lekarza niejednokrotnie dokonania wyboru postępowania. Swoboda wyboru metod diagnostycznych i leczniczych umożliwia lekarzowi dokonanie tego wyboru w odniesieniu do konkretnego pacjenta.

Postępowanie zgodne z aktualnym stanem wiedzy medycznej może odbywać się w ramach właściwie ukształtowanej relacji lekarz-pacjent, w której aktualna wiedza medyczna stanowi postawę troski o dobro pacjenta i niesienia ulgi w cierpieniach.

Relacje lekarz – pacjent winny opierać się na konsensusie etycznym wynikającym z wzajemnego poszanowania autonomii pacjenta i autonomii lekarza. Odejście od paternalizmu (nieliczenie się z opinią pacjenta) i uwzględnienie jego podmiotowości i autonomii stanowi pozytywny zwrot we współczesnej etyce lekarskiej. Autonomia jest najczęściej definiowana jako zdolność do świadomego i wolnego kierowania swoim postępowaniem a także jako prawo do formułowania i przyjmowania własnych zasad i kryteriów moralnych (Encyklopedia of Ethics, t. 1, wyd. II. Routledge, New York/London 200). Naczelnym instrumentem poszanowania autonomii pacjenta jest etyczna i prawna instytucja świadomej zgody, która umożliwia pacjentowi zaakceptowanie lub odmowę poddania się proponowanemu mu postępowaniu medycznemu. Poszanowanie autonomii pacjenta nie pociąga za sobą realizowania jego życzeń, które byłyby nieuzasadnione troską o jego

dobro, niezgodne z aktualną wiedzą medyczną i lekarskimi standardami etycznymi. W całkowitej zgodności z poszanowaniem autonomii pacjenta i swobody wyboru postępowania medycznego przez lekarza pozostaje niesprzeciwianie się zasięgnięciu opinii u innego lekarza o stanie zdrowia i postępowaniu lekarskim (art. 18; art. 54). Wzajemne zrozumienie, poszanowanie drugiej strony praw pozwalają zbudować właściwe relacje oparte na zaufaniu.

Art. 7.

W szczególnie uzasadnionych wypadkach lekarz może nie podjąć się lub odstąpić od leczenia chorego, z wyjątkiem przypadków nie cierpiących zwłoki. Nie podejmując albo odstępując od leczenia lekarz winien wskazać choremu inną możliwość uzyskania pomocy lekarskiej.

Art. 7.

W szczególnie uzasadnionych wypadkach lekarz może nie podjąć się lub odstąpić od leczenia chorego, z wyjątkiem przypadków niecierpiących zwłoki. Nie podejmując albo odstępując od leczenia lekarz wskazuje choremu inną możliwość uzyskania pomocy lekarskiej.

Uregulowano prawidłową pisownię słowa „niecierpiący” jako imiesłowu przymiotnikowego.

Zamieniono „winien wskazać” na „wskazuje” celem uniknięcia dylematu mniej konkretnego określenia jakim jest „powinność” oznaczająca, że jest wskazane, by jakaś osoba, rzecz lub jakieś wydarzenie spełniały określone warunki.

Najważniejszym nakazem etycznym lekarza jest maksyma: *Salus aegroti suprema lex esto*. Z tej powinności etycznej lekarza wynika obowiązek leczenia chorych i udzielania im pomocy w miarę posiadanych kompetencji zawodowych i niepozostawiania ich bez najlepszej dostępnej opieki. Wynika z niej również obowiązek minimalizowania szkód dla pacjenta wyrażony w zasadzie: *primum non nocere*.

W pewnych sytuacjach lekarz może nie podjąć się opieki nad pacjentem lub odstąpić od leczenia pod warunkiem, że pacjent nie znajduje się w stanie bezpośredniego zagrożenia życia. Sytuacje, w których lekarzowi wolno nie podjąć się opieki nad pacjentem można podzielić na dwa rodzaje.

Po pierwsze, lekarz może nie posiadać odpowiednich kompetencji, aby podjąć leczenie określonego rodzaju. W takim przypadku nie tylko ma prawo, ale wręcz obowiązek nie podjąć leczenia i zwrócić się do osoby kompetentnej o pomoc i przejęcie opieki o ile osoba taka jest dostępna. W oczekiwaniu na pomoc osoby bardziej kompetentnej powinien udzielać pacjentowi pomocy w zakresie swoich kompetencji. Postępowanie takie jest podyktowane bezwzględny obowiązkami minimalizowania szkód dla pacjenta. Po drugie, lekarz może nie podjąć leczenia ze względu na sprzeciw sumienia, o ile niepodjęcie leczenia nie spowoduje bezpośredniego zagrożenia dla życia pacjenta. Lekarz pozostający w stosunku podległości służbowej ma obowiązek poinformowania o zaistnieniu takiej kolizji sumienia swojego przełożonego, który ma obowiązek zapewnienia pacjentowi właściwej pomocy.

Jakość opieki medycznej

Art. 8.

Lekarz powinien przeprowadzać wszelkie postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze z należytą starannością, poświęcając im niezbędny czas.

Art. 8.

Lekarz przeprowadza i dokumentuje wszelkie postępowanie diagnostyczne, lecznicze lub zapobiegawcze z należytą starannością, poświęcając temu niezbędny czas.

Zamieniono „powinien przeprowadzać” na „przeprowadza” celem uniknięcia dylematu mniej konkretnego określenia jakim jest „powinność” oznaczająca, że jest wskazane, by jakaś osoba, rzecz lub jakieś wydarzenie spełniały określone warunki.

Nie ulega wątpliwości, że prawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej jest nie tylko ważnym elementem jakości świadczenia medycznego, ale także stanowi ono formę kontroli procesu leczniczego. Powinno umożliwić odtworzenie procesu diagnostyczno-leczniczego, co ma istotne znaczenia dla pacjenta, jak i dla lekarza. Wszystkie czynności medyczne, jak również zachowanie pacjenta winny być odnotowane w dokumentacji. Podstawą diagnostyki pozostaje zebranie pełnego wywiadu oraz staranne badanie fizykalne pacjenta, a następnie zlecenie dostępnych i koniecznych badań laboratoryjnych, obrazowych i konsultacji specjalistycznych.

Powoływanie się na art. 8 jest częste w odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Ocena postępowania lekarza wymaga uwzględnienia wszystkich okoliczności istniejących w danej chwili, kiedy lekarz podejmował określone działania. Ocena czy lekarz dochował należytej staranności wymaga oceny czy w danej konkretnej sytuacji mógł tej staranności dołożyć. Ocena staranności musi uwzględniać kwalifikacje i doświadczenie lekarza, a także wykorzystanie dostępnych możliwości technicznych i organizacyjnych w miejscu świadczenia z dbałością o zaangażowanie w podejmowane działania przygotowujące i realizujące świadczenie, dbałość o rzetelność i dokładność. Poświęcenie niezbędnego czasu buduje zaufanie pacjenta do lekarza, zapobiega poczuciu bycia traktowanym jak „przypadek” i bagatelizowaniu dolegliwości jakie zgłasza pacjent. Wysłuchanie pacjenta i poświęcenie mu uwagi bez zbędnego pośpiechu przeciwdziała ma niedopuszczalnej w postępowaniu lekarza opieszałości.

Art. 9.

Lekarz może podejmować leczenie jedynie po uprzednim zbadaniu pacjenta. Wyjątki stanowią sytuacje, gdy porada lekarska może być udzielona wyłącznie na odległość.

Art. 9.

Lekarz podejmuje się opieki nad pacjentem jedynie po uprzedniej ocenie jego stanu. Lekarz wybiera tylko taką formę konsultacji (wizyta stacjonarna, teleporada itp.), która zapewnia pacjentowi najwyższą dostępną jakość i ciągłość opieki medycznej. Lekarz odpowiada za prawidłowość doboru formy konsultacji.

Celem telemedycyny jest wsparcie, uzupełnienie lub rozszerzenie opieki nad pacjentem, której podstawą jest kontakt osobisty. Telemedycyna nie powinna skutkować ograniczeniem potrzebnego kontaktu osobistego. Świadczenia telemedyczne powinny być udzielane z uwzględnieniem potrzeb zdrowotnych oraz poszanowaniem praw pacjenta oraz w formie, która zapewnia dostępność do świadczenia osobom z niepełnosprawnościami i szczególnymi potrzebami.

Przed rozpoczęciem udzielania świadczenia telemedycznego lekarz ma obowiązek zweryfikować tożsamość pacjenta oraz upewnić się, w miarę dostępnych dla lekarza możliwości, że warunki przeprowadzenia świadczenia zabezpieczają prywatność pacjenta i poufność przetwarzanych informacji. W przypadku telekonsultacji lekarz orzeka o stanie zdrowia po zebraniu wywiadu od pacjenta w formie rozmowy synchronicznej, a także po analizie dokumentacji medycznej tej osoby. Komunikacja asynchroniczna (np. ankieta lub e-mail), jeżeli jest stosowana, powinna mieć charakter umożliwiający przygotowanie, uzupełnienie lub kontynuację leczenia.

Nie każde świadczenie zdrowotne może być udzielone w formie telemedycznej. O tym, która forma będzie właściwa dla rozwiązania problemu zdrowotnego, z którym zgłasza się pacjent, decyduje lekarz uwzględniając wskazania oparte o aktualną wiedzę medyczną, korzyści dla pacjenta wynikające z tej formy świadczenia oraz wolę pacjenta wyrażoną jego zgodą.

W przypadku konieczności wizyty osobistej, należy wskazać pacjentowi na potrzebę skorzystania z tej formy świadczenia wraz z wytycznymi wspierającymi w jego realizacji w placówce medycznej.

Przed rozpoczęciem udzielania świadczenia w formie teleporady lekarz ma obowiązek zweryfikować tożsamość pacjenta oraz zadbać o poufne warunki przeprowadzenia teleporady.

Obowiązkiem lekarza jest poinformowanie pacjenta o ograniczeniach teleporady w porównaniu z osobistym kontaktem z pacjentem, a w szczególności wskazanie objawów uzasadniających wizytę osobistą bądź, jeżeli zachodzi taka konieczność, zalecenie kontakt z placówką medyczną.

Nie zaleca się udzielania teleporad pacjentom dotąd nieleczonym przez danego lekarza, lub zgłaszającym nowy problem zdrowotny.

Art. 10.

1. Lekarz nie powinien wykroczać poza swoje umiejętności zawodowe przy wykonywaniu czynności diagnostycznych, zapobiegawczych, leczniczych i orzecznich.
2. Jeżeli zakres tych czynności przewyższa umiejętności lekarza, wówczas winien się zwrócić do bardziej kompetentnego kolegi. Nie dotyczy to nagłych wypadków i ciężkich zachorowań, gdy zwłoka może zagrażać zdrowiu lub życiu chorego.

Art. 10.

1. Lekarz **nie może** wykroczać poza swoje **kompetencje** zawodowe przy wykonywaniu czynności diagnostycznych, zapobiegawczych, leczniczych i orzecznich.
2. Jeżeli zakres tych czynności przewyższa **kompetencje** lekarza, wówczas winien się zwrócić do **innego** bardziej kompetentnego **lekarza**. Nie dotyczy to nagłych wypadków i ciężkich zachorowań, gdy zwłoka może zagrażać zdrowiu lub życiu chorego.

Zamieniono „nie powinien wykroczać” na „nie może wykroczać” celem uniknięcia dylematu mniej konkretnego określenia jakim jest „powinność” oznaczająca, że jest wskazane, by jakaś osoba, rzecz lub jakieś wydarzenie spełniały określone warunki.

Artykuł 10 określa jeden z kluczowych elementów profesjonalizmu lekarskiego, jakim jest postępowanie zgodne z posiadanymi kompetencjami zawodowymi. Podejmowanie czynności diagnostycznych, zapobiegawczych, leczniczych lub orzecznich, które wykraczają poza umiejętności zawodowe lekarza pozostaje w konflikcie z obowiązkiem dbania o dobro pacjenta. Podejmowanie przez lekarza czynności wykraczających poza jego kompetencje zawodowe zwiększa prawdopodobieństwo odniesienia przez pacjenta dających się uniknąć szkód. Ustęp 2 artykułu dopuszcza odstępstwo od tej zasady w nagłych sytuacjach zagrożenia życia chorego, a więc w sytuacjach, gdy udzielenie pacjentowi mniej niż optymalnej pomocy lekarskiej jest uzasadnione zagrożeniem życia pacjenta i pilnością jego potrzeby uzyskania tej pomocy. W takich przypadkach pomoc lekarza, która wykracza poza jego umiejętności, jest jedyną alternatywą wobec pozostawienia pacjenta bez żadnej pomocy medycznej.

Umiejętności wraz z wiedzą, cechami charakteru oraz innymi zdolnościami psychospołecznymi składają się na kompetencje zawodowe, które umożliwiają realizowanie zadań w danym zawodzie. Kwalifikacje natomiast to weryfikowalne kompetencje poświadczone odpowiednimi dokumentami (np. prawem wykonywania zawodu, świadectwem specjalizacji, zaświadczeniem, certyfikatem). Kompetencje zawodowe lekarza podlegają zmianie w czasie m.in. w wyniku rosnącego doświadczenia zawodowego, a także kształcenia ustawicznego, dzięki któremu lekarz aktualizuje swoje kompetencje stosownie do postępów w wiedzy i technologiach medycznych. Stąd m. in. art. 56 stanowi, że powinnością każdego lekarza jest stałe uzupełnianie i doskonalenie swej wiedzy i umiejętności, co można czynić w ramach kursów doskonalących lub poprzez praktykę.

Ponieważ na całokształt kompetencji lekarza składają się wiedza i umiejętności poświadczane „dyplomami” oraz nabyte w innym trybie, przystępując do wykonywania czynności diagnostycznych, zapobiegawczych, leczniczych lub orzecznich lekarz powinien samodzielnie i krytycznie ocenić, czy ma odpowiednie kompetencje i czy podejmując się opieki nad pacjentem w określonej sytuacji nie wykracza poza nie.

Powyższe nie dotyczy nagłych wypadków i ciężkich zachorowań, gdy zwłoka może zagrażać zdrowiu lub życiu chorego. Udzielenie pomocy w takim przypadku, przez lekarza, który ma wątpliwości co do swoich kompetencji jest mniejszym złem w porównaniu z pomocą medyczną udzielaną przez osobę przypadkową nie mającą żadnego wykształcenia medycznego. Należy też uwzględnić to, że udzielenie pomocy w sytuacjach, w których zwłoka może zagrażać zdrowiu lub życiu chorego, zwykle wymaga kompetencji z zakresu podstawowej pomocy medycznej. Kształcenie w tym zakresie należy do programu studiów medycznych, wobec czego można założyć, że praktycznie rzecz biorąc każdy lekarz jest kompetentny do udzielenia wówczas pomocy.

Art. 11.

Lekarz winien zabiegać o wykonywanie swego zawodu w warunkach, które zapewniają odpowiednią jakość opieki nad pacjentem.

Art. 11.

Lekarz winien zabiegać o wykonywanie swego zawodu w warunkach, które zapewniają odpowiednią jakość opieki nad pacjentem.

Wyrażony w tym zapisie nakaz należy rozumieć szeroko. Zapewnienie najlepszej opieki nad pacjentem jest celem każdego lekarza. Obowiązek wynikający z art. 11 KEL dotyczy zatem zarówno lekarza bezpośrednio leczącego pacjenta, jak i lekarza pełniącego funkcje kierownicze, o którym mowa w art. 53 ust. 3 KEL. Troskę o warunki opieki nad pacjentem powinni przejawiać wszyscy lekarze niezależnie od formy zatrudnienia i prowadzonej aktywności zawodowej.

Wypada przypomnieć, że aby zapewnić odpowiednią jakość opieki nad pacjentem należy rozpoznać oczekiwania pacjenta. Podstawowym zadaniem lekarza jest przyjęcie systemu „zorientowanego na pacjenta” i traktowanie go jako partnera w procesie diagnostyczno-leczniczym. Poprawa jakości opieki nad pacjentem, w tym zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych, jest procesem dynamicznym i powinna być dla lekarza najważniejsza. Istotnym jest, aby zwracać uwagę na jakość w każdym aspekcie opieki nad pacjentem.

Lekarz powinien odnieść się do oczekiwań pacjenta. Pacjent oczekuje od lekarza:

- 1) kompetencji i wysokich kwalifikacji, czyli profesjonalizmu;
- 2) staranności, rzetelności i udzielenia świadczenia w odpowiednim czasie;
- 3) wrażliwości i uprzejmości – co bezpośrednio wiąże się z osobowością lekarza i jego systemem wartości;
- 4) umiejętności komunikowania się z pacjentem;
- 5) dobrych relacji interpersonalnych w zespole zajmującym się pacjentem;
- 6) właściwego wyglądu i stosowanego ubioru, który świadczy o szacunku dla pacjenta.

Lekarz powinien starać się, aby personel medyczny zaangażowany w opiekę nad pacjentem miał właściwą postawę w stosunku do pacjenta. Dla zapewnienia właściwej opieki nad pacjentem lekarz powinien posiadać odpowiednią wiedzę, umiejętności praktyczne, empatię, umiejętność komunikowania się z pacjentem i zespołem oraz przestrzegać zasad etyki lekarskiej.

Lekarz powinien wykonywać swoją pracę w możliwie najlepszych warunkach organizacyjnych. Trudności organizacyjne nie powinny wymuszać przyzwolenia na obniżenie standardów wykonywania zawodu.

(Lekarz powinien dbać o zapewnienie odpowiednich warunków sprzętowych oraz lokalowych. Pomieszczenia, w których udzielane są świadczenia, powinny spełniać aktualne wymogi. Wyposażenie w sprzęt i aparaturę powinno umożliwić wykonywanie świadczeń zgodnych z umiejętnościami lekarza. Nieraz trudności finansowe nie pozwalają lekarzowi indywidualnie, a także podmiotowi, w którym lekarz wykonuje zawód, na unowocześnienie sprzętu. W takiej sytuacji lekarz powinien zadbać przede wszystkim o bezpieczeństwo pacjenta. Natomiast w celu diagnostyki powinien zgodnie z własną wiedzą kierować pacjenta do ośrodków o najlepszych możliwościach sprzętowych.

Współczesna opieka medyczna wymaga ścisłej współpracy z innymi zawodami medycznymi. Lekarz powinien posiadać umiejętności pracy w zespole, mając na uwadze dobro pacjenta. W pracy zespołowej lekarz powinien być koordynatorem procesu leczenia. Jakość opieki nad pacjentem zależy od wielu czynników, w tym od jakości

infrastruktury, jakości szkolenia, kompetencji personelu i wydajności systemów stosowanych w szeroko rozumianym leczeniu.

Lekarz powinien zabierać głos w debacie publicznej na temat opieki zdrowotnej.

Jeśli lekarz angażuje się w działalność polityczną, to zawsze powinien pamiętać, że w pierwszej kolejności jest nadal lekarzem, odpowiedzialnym za dobro pacjenta. Obowiązek dbałości o jakość opieki nad pacjentem wymaga też, aby lekarz zawsze pamiętał o swoim zdrowiu i odpowiedniej profilaktyce w kontekście psychicznym, a w szczególności o przeciwdziałaniu wypaleniu zawodowemu.

Poszanowanie praw pacjenta

Art. 12.

1. Lekarz powinien życzliwie i kulturalnie traktować pacjentów, szanując ich godność osobistą, prawo do intymności i prywatności.
2. Relacje między pacjentem, a lekarzem powinny opierać się na ich wzajemnym zaufaniu; dlatego pacjent powinien mieć prawo do wyboru lekarza.

Art. 12.

1. Lekarz **ma obowiązek** życzliwie i kulturalnie traktować pacjentów, szanując ich godność osobistą, prawo do intymności i prywatności.
2. Relacje między pacjentem, a lekarzem **opierają się na ich wzajemnym szacunku i zaufaniu z poszanowaniem zachowaniem prawa** pacjenta do wyboru lekarza.

Art. 13.

1. Obowiązkiem lekarza jest respektowanie prawa pacjenta do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących jego zdrowia.
2. Informacja udzielona pacjentowi powinna być sformułowana w sposób dla niego zrozumiały.
3. Lekarz powinien poinformować pacjenta o stopniu ewentualnego ryzyka zabiegów diagnostycznych i leczniczych i spodziewanych korzyściach związanych z wykonywaniem tych zabiegów, a także o możliwościach zastosowania innego postępowania medycznego.

Art. 13.

1. Obowiązkiem lekarza jest respektowanie prawa pacjenta do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących jego zdrowia.
2. Informacja udzielona pacjentowi powinna być sformułowana w sposób dla niego zrozumiały.
3. Lekarz powinien poinformować pacjenta o **wielkości** ryzyka zabiegów diagnostycznych i leczniczych **oraz o** spodziewanych korzyściach związanych z wykonywaniem tych zabiegów, a także o możliwościach zastosowania innego postępowania medycznego.

Art. 14.

Lekarz nie może wykorzystywać swego wpływu na pacjenta w innym celu niż leczniczy.

Art. 14.

Lekarzowi nie wolno wykorzystywać swego wpływu na pacjenta w innym celu niż leczniczy.

„Nie może” oznacza łagodny w brzmieniu zakaz, kojarzy się z „nie powinien” czyli wskazaniem, a nie zakazem lub z tym, że coś nie jest możliwe. „Nie wolno” oznacza zakaz.

Art. 15.

1. Postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze wymaga zgody pacjenta. Jeżeli pacjent nie jest zdolny do świadomego wyrażenia zgody, powinien ją wyrazić jego przedstawiciel ustawowy lub osoba faktycznie opiekująca się pacjentem.
2. W przypadku osoby niepełnoletniej, lekarz powinien starać się uzyskać także jej zgodę, o ile jest ona zdolna do świadomego wyrażenia tej zgody.
3. Wszczęcie postępowania diagnostycznego, leczniczego i zapobiegawczego bez zgody pacjenta może być dopuszczone tylko wyjątkowo w szczególnych przypadkach zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób.
4. Badanie bez wymaganej zgody pacjenta lekarz może przeprowadzić również na zlecenie organu lub instytucji upoważnionej do tego z mocy prawa, o ile nie stwarza ono nadmiernego ryzyka zdrowotnego dla pacjenta.
5. W razie nie uzyskania zgody na proponowane postępowanie, lekarz powinien nadal, w miarę możliwości, otaczać pacjenta opieką lekarską.

Art. 15.

1. **Lekarzowi wolno wszcząć postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze po uzyskaniu świadomej zgody pacjenta.**
2. **Jeżeli pacjent nie jest zdolny do świadomego wyrażenia zgody, powinna ją wyrazić osoba upoważniona z mocy prawa.**
3. **W przypadku osoby niepełnoletniej, lekarz powinien starać się uzyskać także jej zgodę, o ile jest ona zdolna do świadomego wyrażenia zgody odpowiednio do wieku i dojrzałości tej osoby.**
4. **Rozpoczęcie postępowania diagnostycznego, leczniczego i zapobiegawczego bez zgody pacjenta jest dopuszczalne** tylko wyjątkowo w szczególnych przypadkach zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób.
5. **Badanie bez wymaganej zgody pacjenta lekarz może przeprowadzić również na zlecenie organu lub instytucji upoważnionej do tego z mocy prawa, o ile nie stwarza ono nadmiernego ryzyka zdrowotnego dla pacjenta.**
6. **W razie nieuzyskania zgody na proponowane postępowanie, lekarz ma obowiązek nadal, w miarę możliwości, otaczać pacjenta opieką lekarską w zakresie, na jaki pacjent wyraża zgodę.**
7. **Jeżeli pacjent odzyska zdolność do podejmowania decyzji, lekarz musi uzyskać jego świadomą zgodę na dalsze leczenie.**

Zgoda pacjenta to jednostronne, odwołalne oświadczenie, mocą którego wyłączona zostaje bezprawność interwencji medycznej (w granicach prawnie dopuszczalnych) przy jednoczesnym przejęciu przez pacjenta (lub osoby wyrażającej zgodę w jego imieniu) ryzyka zwykłych następstw związanych z udzielanym świadczeniem.

Dla skuteczności zgody pacjenta na dokonanie zabiegu medycznego istotne znaczenie ma moment jej udzielenia – zgoda powinna poprzedzać planowane świadczenie zdrowotne. Zgoda następcza, tj. wyrażona już po udzieleniu świadczenia, nie ma mocy prawnej; podobnie zgoda wyrażona już w trakcie udzielania świadczenia dotyczy jedynie tej części świadczenia, która jeszcze nie została udzielona. Zgoda pacjenta ma charakter odwołalny. Pacjent może ją skutecznie cofnąć zarówno przed przystąpieniem do udzielenia świadczenia zdrowotnego, jak i w trakcie jego udzielania. Nie jest konieczne uzasadnianie przez pacjenta powodu braku zgody lub jej wycofania, jakkolwiek ta informacja może mieć znaczenie dla jakości dalej sprawowanej opieki zdrowotnej i w takiej sytuacji lekarz może zwrócić się z prośbą o uzasadnienie do pacjenta.

Warunki udzielenia zgody, o której mowa w art. 15 Kodeksu Etyki Lekarskiej, są następujące:

- 1) osoba udzielająca zgody musi być uprawniona do jej udzielenia,
- 2) wyrażenie zgody, musi być wynikiem swobodnej i świadomej decyzji osoby składającej oświadczenie,
- 3) zgoda powinna być wyrażona w przewidzianej prawem formie,

4) zgoda powinna być udzielona w odpowiednim czasie.

Rekomenduje się pobranie zgody od pacjenta przez lekarza, który będzie wykonywał później dane świadczenie. Jeżeli nie jest to możliwe lekarz wykonujący dane świadczenie powinien zadbać o to, aby inny lekarz odbierając świadomą zgodę posiadał wszystkie niezbędne informacje i kwalifikacje do przeprowadzenia tej procedury świadomej zgody.

Osoby uprawnione do wyrażania zgody:

- 1) **Pacjent** – każda osoba badana bądź której udzielane jest jakiegokolwiek świadczenie zdrowotne. Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego musi być udzielona przez osobę zdolną do jej wyrażenia, a zatem może ją wyrazić tylko pacjent, którego stan zdrowia pozwala na przyjęcie ze zrozumieniem informacji udzielanej mu przez lekarza i podjęcie decyzji co do poddania się określonym działaniom medycznym lub co do odmowy poddania się im. Na lekarzu ciąży obowiązek oceny stanu zdrowia fizycznego i psychicznego pacjenta, który wskazuje, czy może on wyrazić zgodę w sposób świadomy.
- 2) **Przedstawiciel ustawowy**, czyli osoba dokonująca czynności w cudzym imieniu, której źródłem umocowania jest bezpośrednio ustawa (rodzice są na mocy ustawy przedstawicielami ustawowymi niepełnoletniego dziecka) lub orzeczenie sądowe (opiekun ustanowiony osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie).
- 3) **Opiekun faktyczny**, czyli osoba sprawująca - bez obowiązku ustawowego – stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny opieki takiej wymaga. Uprawnienie opiekuna faktycznego do wyrażania zgody za pacjenta jest jednak ograniczone i dlatego zgodnie z przepisami prawa opiekun faktyczny może udzielić zgody jedynie na badanie pacjenta, który jest małoletni lub niezdolny do świadomego wyrażenia zgody.

Informacja udzielana przez lekarza przed planowanym świadczeniem powinna zawierać takie dane, które pozwolą pacjentowi podjąć decyzję o wyrażeniu zgody na zabieg z pełną świadomością tego, na co się godzi i czego może się spodziewać. Lekarz powinien poinformować pacjenta o rodzaju i celu świadczenia oraz o wszystkich jego następstwach, które są zwykle skutkiem świadczenia, tj. pożądanym - ze względu na jego cel - skutkach zabiegu, jak i o innych jego skutkach (tzw. skutkach ubocznych). Informacja powinna w szczególności obejmować dające się przewidzieć możliwe następstwa świadczenia, zwłaszcza jeżeli są to następstwa polegające na znacznym i istotnym uszczerbku na zdrowiu, które - jako skutek uboczny – wprawdzie występują rzadko, ale nie można ich wykluczyć, powinna także określać stopień prawdopodobieństwa ich wystąpienia. W tym wypadku nie można jednakże wymagać, by informacja wymieniała wszystkie możliwe objawy następstw świadczenia i zawierała ich opis. Wystarczające jest ogólne określenie rodzaju możliwych następstw zabiegu oraz wskazanie, czy zagrażają życiu pacjenta, ewentualnie jaki mogą mieć wpływ na prawidłowe funkcjonowanie organizmu. Koniecznym elementem informacji udzielanej pacjentowi powinno być również poinformowanie o innych możliwych metodach diagnostycznych i terapeutycznych. Jeżeli pacjent kwalifikuje się do leczenia (wykonania zabiegu operacyjnego) kilkoma różnymi metodami, to powinien zostać przez lekarza szczegółowo poinformowany o wszystkich konsekwencjach wynikających z zastosowania poszczególnych metod, w tym o stopniu i możliwym zakresie ryzyka powikłań tak, aby mógł w sposób w pełni świadomy uczestniczyć w wyborze najlepszej dla siebie metody.

Przekazanie informacji musi nastąpić w sposób zrozumiały dla pacjenta.

Uzyskanie od pacjenta zgody jest podstawą działania lekarza. Owa zgoda musi być zgodą świadomą, poza tym musi być złożona w odpowiedniej formie, czasie oraz przez uprawnioną osobę. Zgoda legalizuje w sensie prawnym działania lekarza skierowane na osobę i zdrowie pacjenta. Niepowodzenie medyczne objęte jest pojęciem dozwolonego ryzyka a poinformowany o nim pacjent, wyrażając zgodę na zabieg, przyjmuje je na siebie. Ryzykiem pacjenta, który wyraził świadomą zgodę nie są objęte komplikacje powstałe wskutek pomyłki, nieuwagi lub niezręczności lekarza, zwłaszcza uszkodzenia innego organu, także w sposób przypadkowy i niezamierzony.

W ustępie 1 podkreślono konieczność poszanowania autonomii pacjenta wyrażającą się koniecznością uzyskania zgody na proponowane czynności medyczne. KEL nie ma precyzować formy wyrażenia zgody – te kwestie uregulowane są ustawowo. Podobnie dopuszczalność wyrażenia zgody zastępczej jest uregulowana w ustawach, nie ma zatem konieczności precyzyjnego definiowania, że to przedstawiciel ustawowy lub osoba faktycznie opiekująca się pacjentem ma takie uprawnienia, wystarczające jest ogólne określenie osoby upoważnionej z mocy prawa, co daje możliwość utrzymania aktualności zapisów KEL w obliczu możliwych zmian w prawie. Ustęp 7 obliuguje lekarza do uzyskania zgody od pacjenta, który przy rozpoczęciu (vide ustęp 4) udzielania świadczeń nie był zdolny do świadomego wyrażania na nie zgody.

Art. 16.

1. Lekarz może nie informować pacjenta o stanie jego zdrowia bądź o leczeniu, jeśli pacjent wyraża takie życzenie. Informowanie rodziny lub innych osób powinno być uzgodnione z chorym.
2. W przypadku chorego nieprzytomnego lekarz może udzielić dla dobra chorego, niezbędnych informacji osobie, co do której jest przekonany, że działa ona w interesie chorego.
3. W przypadku pacjenta niepełnoletniego lekarz ma obowiązek informowania jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego.

Art. 16.

1. Lekarz może nie informować pacjenta o stanie jego zdrowia bądź o leczeniu, jeśli pacjent wyraża takie życzenie. Informowanie rodziny lub innych osób powinno **odbywać się za zgodą pacjenta**.
2. W przypadku pacjenta niepełnoletniego lekarz ma obowiązek informowania jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego **z pełnym poszanowaniem prawa do intymności i godności osobistej pacjenta**.
3. W przypadku chorego nieprzytomnego lekarz **udziela** niezbędnych informacji osobie, **co do której ma wystarczające podstawy, aby sądzić, że działa ona w interesie pacjenta**.

Zrezygnowano z pojęcia „chorego” na rzecz „pacjenta” gdyż nie każdy pacjent jest chory a KEL określa postępowanie lekarza wobec wszystkich osób jakimi zajmuje się lekarz.

Lekarz „udziela informacji”, a nie „może udzielić” – zapis „udziela informacji” zawarty jest w art. 31 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry.

Art. 17.

W razie niepomysłnej dla chorego prognozy, lekarz powinien poinformować o niej chorego z taktem i ostrożnością. Wiadomość o rozpoznaniu i złym rokowaniu może nie zostać choremu przekazana tylko w przypadku, jeśli lekarz jest głęboko przekonany, iż jej ujawnienie spowoduje bardzo poważne cierpienie chorego lub inne niekorzystne dla zdrowia następstwa; jednak na wyraźne żądanie pacjenta lekarz powinien udzielić pełnej informacji.

Art. 17.

W razie niepomysłnej dla **pacjenta** prognozy, lekarz **ma obowiązek** poinformować o niej chorego z taktem i ostrożnością. Wiadomość o rozpoznaniu i złym rokowaniu może nie zostać **pacjentowi** przekazana tylko w przypadku, **jeśli w ocenie lekarza** jej ujawnienie spowoduje bardzo poważne cierpienie **pacjenta** lub inne niekorzystne dla zdrowia następstwa; jednak na wyraźne żądanie pacjenta lekarz powinien udzielić pełnej informacji.

Zrezygnowano z pojęcia „chorego” na rzecz „pacjenta” gdyż nie każdy pacjent jest chory a KEL określa postępowanie lekarza wobec wszystkich osób jakimi zajmuje się lekarz.

Głębokie przekonanie ma zbyt duży wymiar subiektywizmu. Ocena lekarza dotyczy decyzji fachowej i obiektywnej.

„Ma obowiązek” podkreśla znaczenie obowiązku informacji i sposób realizacji, a dalsza część artykułu pokazuje wyjątek od tego obowiązku.

Art. 18.

Lekarz leczący nie może sprzeciwiać się, by chory zasięgał opinii o stanie swego zdrowia i postępowaniu lekarskim u innego lekarza. Na życzenie pacjenta powinien ułatwić mu taką konsultację.

Art. 18.

Pacjent może zasięgać opinii o stanie swego zdrowia i postępowaniu lekarskim u innego lekarza. Na życzenie pacjenta oraz w razie wątpliwości diagnostycznych lub leczniczych lekarz powinien w miarę możliwości zapewnić pacjentowi konsultację innego lekarza. Opinia konsultanta ma charakter doradczy, gdyż za opiekę nad pacjentem odpowiada lekarz prowadzący leczenie. (przeniesiony art. 54)

Pacjent zasięgając opinii innego lekarza korzysta z przysługującego mu w tym zakresie prawa, nie można tu mówić o nawet możliwości sprzeciwiania się lekarza, byłoby to nieposzanowanie praw pacjenta. Stąd inna konstrukcja brzmienia artykułu.

Przeniesiono art. 54 do art. 18 z uwagi na tożsamość problemu jakiego dotyczą – konsultacji stanu zdrowia pacjenta przez innego lekarza.

Art. 19.

Chory w trakcie leczenia ma prawo do korzystania z opieki rodziny lub przyjaciół a także do kontaktów z duchownym. Lekarz powinien odnosić się ze zrozumieniem do osób bliskich choremu wyrażających wobec lekarza obawy o zdrowie i życie chorego.

Art. 19.

Pacjent w trakcie leczenia ma prawo do korzystania z opieki rodziny lub przyjaciół a także do kontaktów z duchownym. Lekarz powinien odnosić się ze zrozumieniem do osób bliskich choremu wyrażających wobec lekarza obawy o zdrowie i życie chorego.

Zrezygnowano z pojęcia „chorego” na rzecz „pacjenta” gdyż nie każdy pacjent jest chory a KEL określa postępowanie lekarza wobec wszystkich osób jakimi zajmuje się lekarz.

Co do zasady opiekę nad pacjentem sprawuje personel medyczny oddziału posiadający wymagane do tego kompetencje i odpowiadający za skutki niewłaściwej albo braku należytej opieki. Uprawnienie pacjenta do korzystania z opieki rodziny lub innych osób bliskich oraz z opieki duszpasterskiej wynika z praw człowieka, a także z potrzeby zapewnienia pacjentowi możliwie najmniej uciążliwych warunków hospitalizacji lub minimalizowania ciężarów związanych z doświadczeniem choroby. Zapewnienie pacjentowi możliwości korzystania z tych praw może zatem mieć istotny wpływ na proces diagnostyczno-terapeutyczny. Wsparcie rodziny oraz przyjaciół należy traktować jako działanie dodatkowe, uzupełniające zaspokajanie potrzeb pacjenta (np. dostęp do określonych periodyków czy książek czy, za wiedzą i akceptacją personelu medycznego - dodatków do podstawowej diety szpitalnej). Opieka rodziny w postaci przekazywania informacji o wydarzeniach czy nowinkach z kręgu społecznego pacjenta może osłabiać poczucie izolacji spowodowaną pobytem w szpitalu. Pomocne w tej materii może być korzystanie, za wiedzą i zgodą lekarza, z komórkowego aparatu telefonicznego.

Ze względu na więzi społeczne i emocjonalne osób bliskich z chorym, niezbędne jest również uwzględnienie ich potrzeb w zakresie, w jakim nie narusza ono innych powinności lekarza (np. zapewnienia najlepszej dostępnej opieki, poszanowania tajemnicy lekarskiej czy prywatności pacjenta). Znajomość ich obaw lub przemyśleń może pomagać proces decyzyjny lekarza i tym samym pozytywnie przyczynić się do jakości opieki nad pacjentem.

W zakresie, w jakim przekonania religijne oraz wyznawana wiara stanowią istotny element życia dla wielu pacjentów, umożliwienie im kontaktów z duchownym może stanowić istotny element ułatwiający pobyt w szpitalu i mogący mieć pozytywny wpływ nad opieką nad chorym oraz proces powrotu do zdrowia. Istotne jest również wsparcie duchownych w okresach kryzysu lub w terminalnej fazie opieki nad pacjentem. Naturalnie, opieka duszpasterska winna być odpowiednia do wyznania chorego i zapewniana wyłącznie tym pacjentom,

którzy sobie takiego wsparcia życzą. Ważne jest przy tym uwzględnienie potrzeb innych pacjentów przebywających w tej samej sali chorych, którzy należą do innych wspólnot religijnych lub są bezwyznaniowami.

Zrozumienie lekarza dla wyrażania przez osoby bliskie choremu obaw o jego zdrowie i życie nie dopuszcza dyskusowania z tymi osobami o zawiłościach diagnostycznych i terapeutycznych pacjenta. Lekarz jest zobowiązany do zachowania tajemnicy lekarskiej co znajduje wyraz w art. 23 KEL w powiązaniu z art. 25 KEL. Z tego też względu i zgodnie z postanowieniem pkt 1 art. 16 KEL informowanie rodziny bądź innych osób o stanie zdrowia pacjenta powinno być wcześniej uzgodnione z chorym.

Art. 20.

Lekarz podejmujący się opieki nad chorym powinien starać się zapewnić mu ciągłość leczenia, a w razie potrzeby także pomoc innych lekarzy.

Art. 20.

Lekarz podejmujący się opieki nad chorym powinien zapewnić mu w miarę możliwości ciągłość leczenia, a w razie potrzeby także pomoc innych lekarzy.

Określenie „starać się” oznacza usiłowanie zrobienia czegoś, dążenie do uzyskania czegoś, zabieganie o coś niezależnie od efektu takich działań. Zwłaszcza w odpowiedzialności zawodowej trudno jest udowodnić, że ktoś się „nie starał”. Zapis ten nie jest jednoznacznym zakazem, wskazuje na powinność zapewnienia ciągłości opieki z zachowaniem uprawnień lekarza do skierowania pacjenta do innego specjalisty czy poinformowania go o innych możliwościach diagnostycznych i terapeutycznych, innych miejscach możliwości pozyskania świadczenia. Art. 20 nie pozwala lekarzowi pozostawić pacjenta bez opieki, gdy wymaga on konsultacji innego specjalisty, nie pozwala na odstąpienie od leczenia bez upewnienia się, że sprawowanie opieki będzie kontynuowana przez innego lekarza - nie można zejść z dyżuru przed przybiciem zmiennika czy nagle przerwać pracy z powodu upływu godzin pracy.

Art. 21.

W przypadku popełnienia przez lekarza poważnej pomyłki lub wystąpienia nieprzewidzianych powikłań w trakcie leczenia, lekarz powinien poinformować o tym chorego oraz podjąć działania dla naprawy ich następstw.

Art. 21.

W przypadku popełnienia przez lekarza poważnej pomyłki lub wystąpienia nieprzewidzianych powikłań w trakcie leczenia, lekarz ma obowiązek poinformować o tym chorego oraz podjąć działania dla naprawy ich następstw.

Zamieniono „powinien” na „ma obowiązek” celem uniknięcia dylematu mniej konkretnego określenia jakim jest „powinność” oznaczająca, że jest wskazane, by jakaś osoba, rzecz lub jakieś wydarzenie spełniały określone warunki.

Art. 22.

W przypadkach wymagających szczególnych form diagnostyki, terapii lub działań zapobiegawczych, które nie mogą być zastosowane równocześnie u wszystkich potrzebujących lekarz ustalający kolejność pacjentów powinien opierać się na kryteriach medycznych.

Art. 22.

W przypadkach wymagających diagnostyki, terapii lub działań zapobiegawczych, które nie mogą być zastosowane równocześnie u wszystkich potrzebujących lekarz ustalający kolejność udzielania świadczeń pacjentom opiera się na kryteriach medycznych.

Rezygnując z pojęcia „powinności” nadaje się brzmieniu artykułu bardziej konkretny wyraz nie dając do wyboru żadnych innych kryteriów jak medyczne, czego przykładem jest stosowany w medycynie ratunkowej TRIAGE.

Tajemnica lekarska

Art. 23.

Lekarz ma obowiązek zachowania tajemnicy lekarskiej. Tajemnicą są objęte wiadomości o pacjencie i jego otoczeniu uzyskane przez lekarza w związku z wykonywanymi czynnościami zawodowymi. Śmierć chorego nie zwalnia od obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej.

Art. 23.

Lekarz ma obowiązek zachowania tajemnicy lekarskiej. Tajemnicą są objęte informacje związane z pacjentem uzyskane przez lekarza w związku z wykonywanymi czynnościami zawodowymi. Śmierć chorego nie zwalnia od obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej.

Tajemnica lekarska jest jedną z najbardziej istotnych powinności związanych z wykonywaniem zawodu lekarza i lekarza dentystry i jej waga była rozpoznawana przez lekarzy już u zarania medycyny. Ochrona informacji związanych z pacjentem zapobiega wykorzystaniu ich przez osoby postronne wbrew dobru i uprawnionym oczekiwaniom pacjenta związanym m.in. z ochroną jego własności, prywatności, dobrego imienia, wolności, zdrowia, a nawet życia. Tajemnica lekarska pozwala ponadto na zbudowanie z lekarzem prawdziwej więzi opartej na zaufaniu. Wykluczenie z dostępu do informacji osób postronnych i nieuprawnionych pozwala na szczerą komunikację lekarza z pacjentem, która zmniejsza prawdopodobieństwo błędów diagnostycznych i terapeutycznych. Wartość poufności wykracza też poza ochronę dóbr i poprawę jakości poszczególnych relacji lekarzy i pacjentów. Zaufanie dla lekarzy, które opiera się na dochowywaniu tajemnicy lekarskiej, sprzyja również budowaniu zaufania dla grupy zawodowej lekarzy.

Artykuł 23 KEL mówi o obowiązku lekarza do zachowania tajemnicy lekarskiej, wskazuje na jej zakres (tu propozycja zmiany „wiadomości o pacjencie i jego otoczeniu” na „informacje związane z pacjentem” – brzmienie zgodne z ustawą o zawodach lekarza i lekarza dentystry, dające lekarzowi większą ochronę) i okoliczności ich uzyskania („w związku z wykonywaniem przez niego czynności zawodowych”). Pamiętać również należy, że tajemnicą objęte są nie tylko informacje nam powierzone przez pacjenta, ale też te, które lekarz samodzielnie ustali np. w toku badania przedmiotowego.

Artykuł 23 KEL mówi też o tym, że śmierć chorego nie zwalnia od dochowania tajemnicy lekarskiej. Postanowienie to jest zgodne z przyrzeczeniem lekarskim składanym przez adeptów medycyny – „dochować tajemnicy lekarskiej nawet po śmierci chorego”, a równocześnie jest bardziej restrykcyjne od wprowadzonych w 2016 r. i 2019 r. nowelizacji ustaw o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta oraz ustawy zawodach lekarza i lekarza dentystry, które mówią, że „lekarz jest związany tajemnicą również po śmierci pacjenta, chyba że zgodę na ujawnienie tajemnicy wyrazi osoba bliska”. Rozwiązanie to zostało skrytykowane przez środowiska prawnicze i lekarskie uznając, że czyni ono tajemnicę lekarską iluzoryczną. Aby zapobiec takim sytuacjom pacjent może zgłosić sprzeciw na ujawnienie tajemnicy lekarskiej, a sprzeciw ten należy dołączyć do dokumentacji medycznej pacjenta. Tym samym ważną rolą lekarza w kontekście zapewnienia pośmiertnej tajemnicy lekarskiej i nienarażenia się na utratę zaufania pacjentów jest ich rzetelne informowanie o obowiązującym prawie w tym zakresie i o możliwości złożenia za życia sprzeciwu na ujawnienie tajemnicy lekarskiej po śmierci celem ochrony pośmiertnej ochrony informacji związanych z pacjentem.

Art. 24.

Nie jest naruszeniem tajemnicy lekarskiej przekazanie informacji o stanie zdrowia pacjenta innemu lekarzowi, jeżeli jest to niezbędne dla dalszego leczenia lub wydania orzeczenia o stanie zdrowia pacjenta.

Art. 24.

Nie jest naruszeniem tajemnicy lekarskiej przekazanie informacji o stanie zdrowia pacjenta innemu lekarzowi, jeżeli jest to niezbędne dla dalszego leczenia lub wydania orzeczenia o stanie zdrowia pacjenta.

Art. 25.

Zwolnienie z zachowania tajemnicy lekarskiej może nastąpić:

- gdy pacjent wyrazi na to zgodę,
- jeśli zachowanie tajemnicy w sposób istotny zagraża zdrowiu lub życiu pacjenta lub innych osób, oraz
- jeśli zobowiązują do tego przepisy prawa.

Art. 25.

Zwolnienie z zachowania tajemnicy lekarskiej może nastąpić:

- **gdy pacjent wyrazi na to zgodę,**
 - **jeśli zachowanie tajemnicy w sposób istotny zagraża zdrowiu lub życiu pacjenta lub innych osób, oraz**
 - **jeśli zobowiązują do tego przepisy prawa.**
-

Art. 26.

Nie jest naruszeniem tajemnicy lekarskiej, jeśli po przeprowadzeniu badania lekarskiego na zlecenie upoważnionego z mocy prawa organu wynik badania zostanie przekazany zleceniodawcy; nieodzownym warunkiem jest jednak, aby lekarz przed rozpoczęciem badania poinformował o tym osobę, która ma być zbadana. Wszelkie informacje, które nie są konieczne dla uzasadnienia wniosków wynikających z badania, powinny być nadal objęte tajemnicą lekarską.

Art. 26.

Nie jest naruszeniem tajemnicy lekarskiej, jeśli po przeprowadzeniu badania lekarskiego na zlecenie upoważnionego z mocy prawa organu wynik badania zostanie przekazany zleceniodawcy; nieodzownym warunkiem jest jednak, aby lekarz przed rozpoczęciem badania poinformował o tym osobę, która ma być zbadana. Wszelkie informacje, które nie są konieczne dla uzasadnienia wniosków wynikających z badania **pozostają objęte tajemnicą lekarską.**

Art. 27.

Lekarz ma prawo do ujawnienia zauważonych faktów zagrożenia zdrowia lub życia w wyniku łamania praw człowieka.

Art. 27.

Lekarz ma prawo do ujawnienia zauważonych faktów zagrożenia zdrowia lub życia w wyniku łamania praw człowieka.

Artykuły 24 – 27 traktują o wyjątkach wskazując, kiedy dopuszczalne jest przekazanie informacji związanej z pacjentem innej osobie lub instytucji. Lekarz może przekazać informacje związane z pacjentem innemu lekarzowi przejmującemu opiekę nad nim lub też innym pracownikom ochrony zdrowia, których zaangażowanie jest niezbędne do prawidłowego przebiegu opieki nad pacjentem. Należy przy tym podkreślić, że informacje związane z pacjentem przekazywane innym osobom mogą być przekazywane tylko w zakresie niezbędnym do realizacji celu, w jakim zostają przekazane. Ponadto, sam pacjent może wyrazić zgodę na ujawnienie informacji objętych tajemnicą lekarską, przy czym należy zwrócić uwagę, iż zgoda pacjenta nie oznacza obowiązku udzielenia informacji przez lekarza.

Na jeden z wyjątków zwolnienia lekarza z tajemnicy lekarskiej wskazuje postanowienie art. 25 KEL „jeśli zobowiązują do tego przepisy prawa”, co bezpośrednio odnosi się np. do kwestii tajemnicy pośmiertnej omówionej powyżej. W orzeczeniu Trybunału Konstytucyjnego z 30.07.2014 (sygn. akt K 23/11) dotyczącym ochrony tajemnicy lekarskiej Trybunał podkreślił jej szczególną wagę i wskazał, że ograniczenie tajemnicy lekarskiej w drodze postanowień ustawowych może naruszać konstytucyjne prawo do prywatności, wolność komunikacji i autonomię informacyjną jednostki.

Lekarz ma prawo zgodnie z artykułem 27 KEL do ujawniania faktów zagrożenia zdrowia lub życia w wyniku łamania praw człowieka.

Art. 28.

Lekarz powinien czuwać nad tym, by osoby asystujące lub pomagające mu w pracy przestrzegały tajemnicy zawodowej. Dopuszczenie ich do tajemnicy powinno obejmować wyłącznie informacje w zakresie niezbędnym do prawidłowego wykonywania ich czynności zawodowych. Lekarz musi czuwać nad prawidłowym prowadzeniem dokumentacji lekarskiej oraz zabezpieczeniem przed jej ujawnieniem. Dokumentacja lekarska powinna zawierać wyłącznie informacje potrzebne do postępowania lekarskiego.

Art. 28.

Lekarz powinien czuwać nad tym, by osoby asystujące lub pomagające mu w pracy przestrzegały tajemnicy zawodowej. Dopuszczenie ich do tajemnicy powinno obejmować wyłącznie informacje w zakresie niezbędnym do prawidłowego wykonywania ich czynności zawodowych. Lekarz ma obowiązek czuwać nad prawidłowym prowadzeniem dokumentacji lekarskiej oraz zabezpieczeniem przed jej ujawnieniem. Dokumentacja lekarska powinna zawierać wyłącznie informacje potrzebne do postępowania lekarskiego.

Artykuł 28 KEL wskazuje rolę lekarza jako osoby czuwającej nad tym, by osoby mu asystujące w pracy i mające dostęp do informacji objętych tajemnicą lekarską przestrzegały jej dochowania. Dotyczy to studentów w trakcie nauki zawodu, personelu pomocniczego, personelu administracyjnego, a także innych zawodów medycznych asystujących lekarzowi. Pośrednio wiąże się z wymogiem ograniczenia zakresu udzielanych informacji do tego, który jest uzasadniony celem jej przekazywania. Artykuł 28 KEL wskazuje też na to, że tajemnica lekarska pociąga za sobą obowiązek ochrony dokumentacji medycznej.

Art. 29.

Lekarz i współpracujące z nim osoby są obowiązane do zabezpieczenia poufności informacji zawartych w materiale genetycznym pacjentów i ich rodzin.

Art. 29.

Lekarz i współpracujące z nim osoby są obowiązane do zapewnienia poufności informacji zawartych w materiale genetycznym pacjentów i ich rodzin.

Pomoc chorym w stanach terminalnych

Art. 30.

Lekarz powinien dolożyć wszelkich starań, aby zapewnić choremu humanitarną opiekę terminalną i godne warunki umierania. Lekarz winien do końca łagodzić cierpienia chorych w stanach terminalnych i utrzymywać, w miarę możliwości, jakość kończącego się życia.

Art. 30.

Lekarz **ma obowiązek** dolożyć wszelkich starań, aby zapewnić choremu humanitarną opiekę terminalną i godne warunki umierania. Lekarz **ma obowiązek** do końca łagodzić cierpienia chorych w stanach terminalnych i utrzymywać, w miarę możliwości, **jak najwyższą** jakość kończącego się życia.

Art. 31.

Lekarzom nie wolno stosować eutanazji, ani pomagać choremu w popełnieniu samobójstwa.

Art. 31.

Lekarzom nie wolno stosować eutanazji ani pomagać choremu w popełnieniu samobójstwa.

Art. 32.

1. W stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych.
2. Decyzja o zaprzestaniu reanimacji należy do lekarza i jest związana z oceną szans leczniczych.

Art. 32.

1. **W stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji. Nie wolno mu też stosować terapii daremnej.**
2. **Decyzja o zaprzestaniu reanimacji lub terapii daremnej należy do lekarza lub zespołu lekarzy i jest związana z definitywnie negatywną oceną szans leczniczych.**

Artykuł 32 dotyczy kluczowej decyzji co do podjęcia lub niepodjęcia reanimacji lub terapii daremnej u pacjentów w stanach terminalnych. Zagadnienie to jest częste w praktyce klinicznej.

Proces podejmowania decyzji powinien się opierać zarówno na rzetelnej i ciągłej ocenie stanu klinicznego pacjenta dokonywanej przez lekarza, przebiegu dotychczasowego postępowania oraz możliwości terapeutycznych, jak i na poznawaniu i uszanowaniu tego, co jest dla chorego ważne. Problem ten jest szczególnie ważny u schyłku życia, kiedy możliwości leczenia przyczynowego się wyczerpują, choroba postępuje, a śmierć staje się nieunikniona i coraz bliższa. W tym okresie istnieje ryzyko, że wdrożone postępowanie medyczne może się stać daremne. Tak określa się działania medyczne nieprzynoszące choremu korzyści, za to często będące dla niego lub jego bliskich źródłem cierpienia.

Pojęcie daremności jest zbliżone do pojęcia uporczywości. Za terapię uporczywą uważa się „stosowanie procedur medycznych w celu podtrzymania funkcji życiowych u nieuleczalnie chorego, które przedłuża jego umieranie, wiążąc się z nadmiernym cierpieniem lub naruszeniem godności pacjenta. Uporczywa terapia nie obejmuje podstawowych zabiegów pielęgnacyjnych, łagodzenia bólu i innych objawów oraz karmienia

i nawadniania, o ile służą dobru pacjenta”. Słowo „daremność” akcentuje niemożność osiągnięcia celu działania, a uporczywość określa (pejoratywnie) postawę osoby stosującej nieskuteczne interwencje medyczne.

Ograniczenie terapii daremnej może przybrać formę niepodjęcia (czyli niewdrażania nowej metody leczenia lub niezwiększania intensywności metody już stosowanej) lub formę odstąpienia od kontynuowania metody już wdrożonej.

Wstępna decyzja dotycząca ograniczenia terapii powinna zostać podjęta nie tylko zgodnie z dobrą praktyką kliniczną oraz z najlepszą wiedzą medyczną, ale także z uwzględnieniem wartości i preferencji chorego. Jeśli lekarz opiekujący się chorym wcześniej nie rozmawiał z nim o tym, co jest dla niego ważne, to w sytuacji braku kontaktu logicznego z pacjentem źródłem takich informacji są zwykle jego bliscy. Stąd bardzo istotne jest odpowiednio przeprowadzone spotkanie zespołu terapeutycznego z rodziną chorego lub innymi osobami uznanymi przez niego za bliskie, z wyjątkiem sytuacji, gdy chory wcześniej wyraźnie taką opcję wykluczył.

Transplantacja

Art. 33.

Lekarz może pobierać komórki, tkanki i narządy ze zwłok w celu ich przeszczepiania, o ile zmarły nie wyraził za życia sprzeciwu.

Art. 33.

Lekarz może pobierać komórki, tkanki i narządy ze zwłok w celu ich przeszczepiania, o ile zmarły nie wyraził za życia sprzeciwu.

Art. 34.

Lekarz, po stwierdzeniu śmierci mózgowej winien podtrzymywać funkcjonowanie komórek, tkanek i narządów, jeżeli mają one zostać przeszczepione.

Art. 34.

Lekarz, po stwierdzeniu śmierci mózgu winien podtrzymywać funkcjonowanie komórek, tkanek lub narządów, jeżeli mają one zostać przeszczepione.

Art. 35.

Lekarz nie może otrzymywać korzyści majątkowej lub osobistej za pobierane lub przeszczepiane komórki, tkanki i narządy.

Art. 35.

Lekarzom nie wolno przyjmować korzyści majątkowych lub osobistych za pobierane lub przeszczepiane komórki, tkanki lub narządy.

Art. 36.

Pobranie komórek, tkanek lub narządów od żyjącego dawcy dla celów transplantacji może być dokonane tylko od dorosłego za jego pisemną zgodą, w warunkach pełnej dobrowolności, po uprzednim poinformowaniu go o wszelkich możliwych następstwach związanych z tym zabiegiem. Pobranie od żyjącego dawcy narządu niezbędnego do życia jest niedopuszczalne.

Art. 36.

Pobranie komórek, tkanek lub narządów od żyjącego dawcy dla celów transplantacji może, **z zastrzeżeniem art. 37**, być dokonane tylko **od osoby pełnoletniej** za jej pisemną zgodą, w warunkach pełnej dobrowolności, po uprzednim poinformowaniu jej o wszelkich możliwych następstwach związanych z tym zabiegiem. Pobranie od żyjącego dawcy narządu niezbędnego do życia jest niedopuszczalne.

Art. 37.

Pobranie szpiku od dziecka jest dozwolone za zgodą jego przedstawiciela ustawowego. W przypadku osoby niepełnoletniej, o ile jest ona zdolna do wyrażania świadomej zgody, powinno się uzyskać również jej zgodę.

Art. 37.

Pobranie szpiku od dziecka jest dozwolone za zgodą jego przedstawiciela ustawowego. W przypadku osoby niepełnoletniej, o ile jest ona zdolna do wyrażania świadomej zgody, powinno się uzyskać również jej zgodę.

Prokreacja

Art. 38.

1. Lekarz powinien z poczuciem szczególnej odpowiedzialności odnosić się do procesu przekazywania życia ludzkiego.
2. Lekarz powinien udzielać zgodnych z wiedzą medyczną informacji dotyczących procesów zapłodnienia i metod regulacji poczęć, uwzględniając ich skuteczność, mechanizm działania i ryzyko.
3. Lekarz ma obowiązek zapoznać pacjentów z możliwościami współczesnej genetyki lekarskiej, a także diagnostyki i terapii przedurodzeniowej. Przekazując powyższe informacje lekarz ma obowiązek poinformować o ryzyku związanym z przeprowadzeniem badań przedurodzeniowych.

Art. 38.

1. Lekarz powinien z poczuciem szczególnej odpowiedzialności odnosić się do procesu przekazywania życia ludzkiego. **Podjmując działania lekarskie u kobiety w ciąży lekarz równocześnie odpowiada za zdrowie i życie jej dziecka.** (przeniesione z art. 39)
 2. Lekarz **ma obowiązek** udzielać zgodnych z wiedzą medyczną informacji dotyczących procesów zapłodnienia i metod regulacji poczęć, uwzględniając ich skuteczność, mechanizm działania i ryzyko.
 3. Lekarz ma obowiązek zapoznać pacjentów z możliwościami współczesnej genetyki lekarskiej, a także diagnostyki i terapii przedurodzeniowej. Przekazując powyższe informacje lekarz ma obowiązek poinformować o ryzyku związanym z przeprowadzeniem badań przedurodzeniowych.
-

Art. 39.

Dlatego obowiązkiem lekarza są starania o zachowanie zdrowia i życia dziecka również przed jego urodzeniem. Podejmując działania lekarskie u kobiety w ciąży lekarz równocześnie odpowiada za zdrowie i życie jej dziecka.

Art. 39.

skreślony

Art. 39a.

Lekarz nie może uczestniczyć w procedurach klonowania ludzi dla celów reprodukcyjnych lub terapeutycznych.

Art. 39.

Lekarzom nie wolno uczestniczyć, asystować lub udzielać wsparcia w wykonywaniu procedur klonowania ludzi dla celów reprodukcyjnych lub terapeutycznych.

Zaświadczenia lekarskie

Dokumentacja medyczna

Dokumentacja medyczna

Zmiana tytułu rozdziału z „zaświadczenia lekarskie” na „dokumentacja medyczna” podyktowane jest szerszym rozumieniem pojęcia dokumentacji medycznej, a zalecenia etyczne zawarte w art. 40-41 dotyczą wszelkich dokumentów medycznych. Jest to również zgodne z oczekiwaniami i propozycjami środowiska lekarskiego.

Art. 40.

Wydawanie zaświadczeń lekarskich jest dozwolone jedynie na podstawie aktualnego badania lub odpowiedniej dokumentacji.

Art. 40.

- 1. Lekarz ma obowiązek w rzetelny sposób prowadzić dokumentację medyczną.**
- 2. Wydawanie zaświadczeń lekarskich jest dozwolone jedynie na podstawie aktualnego badania lub odpowiedniej dokumentacji.**

Wykonywanie zawodu lekarza zdefiniowane w art. 2 ust.1 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry polega m.in. na wydawaniu opinii i orzeczeń lekarskich, a stosowane w KEL pojęcie „zaświadczenia” należy uznać zgodnie z pragmatyką stosowaną przez sądy lekarskie za ustawowe określenie „orzeczenia”. Lekarz wydaje zaświadczenie na podstawie aktualnego badania lub odpowiedniej dokumentacji. Oznacza to także możliwość wydania zaświadczenia zarówno na podstawie badania i jednocześnie dokumentacji medycznej.

W propozycji zmian do art. 40 zwróciliśmy uwagę na konieczność przeprowadzenia osobistego badania. Aktualność badania oznacza stan pacjenta na chwilę przed wydaniem zaświadczenia.

Oznacza to, że czas dzielący badanie od wydania zaświadczenia nie jest tak długi, aby można było mieć uzasadnione wątpliwości co do tego, że stan zdrowia pacjenta nie uległ w tym czasie istotnej zmianie.

Dokumentacja medyczna, która może stanowić wyłączną podstawę do wydania zaświadczenia musi być kompletna i wystarczająca do sporządzenia każdego z elementów składających się na zaświadczenie.

Współczesne warunki świadczenia opieki zdrowotnej istotnie zmieniły środki, za pomocą których lekarz może wykonać badanie będące podstawą zaświadczenia. Oznacza to, że w uzasadnionych przypadkach badanie może być wykonane przez lekarza zarówno w badaniu bezpośrednim, jak też za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności.

Art. 41.

Każde zaświadczenie lekarskie lub inny dokument medyczny powinien umożliwiać identyfikację lekarza, który go wystawił. Treść dokumentu powinna być zgodna z wiedzą i sumieniem lekarza. Nie może być ona formułowana przez lekarza pod presją lub w oczekiwaniu osobistych korzyści.

Art. 41.

Każde zaświadczenie lekarskie lub inny dokument medyczny musi umożliwiać identyfikację lekarza, który go wystawił. Treść dokumentu powinna być zgodna z wiedzą i kompetencjami lekarza oraz powinna zawierać rzetelne informacje o stanie zdrowia pacjenta. Nie może być ona formułowana przez lekarza pod presją lub w oczekiwaniu osobistych korzyści.

W art. 41 mowa jest o zaświadczeniu lekarskim lub innym dokumencie medycznym. Oznacza to tym samym całość dokumentacji medycznej jaką wypełnia lekarz opisując stan zdrowia pacjenta.

Lekarz wystawiając zaświadczenie ma obowiązek posługiwania się aktualną wiedzą medyczną, co oznacza zarazem zakaz opierania się na wiedzy nieaktualnej i niezwyfikowanej naukowo.

Lekarz nie może wystawić zaświadczenia pod presją pacjenta sugerującego jakiej treści zaświadczenia oczekuje. Lekarz wydający zaświadczenie niezgodne z prawdą a także wydając zaświadczenie w oczekiwaniu osobistych korzyści naraża się na odpowiedzialność zawodową, karną i cywilną.

W art. 41 mowa jest o zaświadczeniu lekarskim lub innym dokumencie medycznym niezależnie od tego, co jest nośnikiem informacji. Postanowienie to dotyczy więc wszelkich urządzeń dających możliwość utrwalenia i odtworzenia informacji, z zastrzeżeniem konieczności ich oznaczenia tak, by umożliwiły identyfikację lekarza. Dokumentację medyczną stanowią m.in. opinie, orzeczenia, historie choroby, wyniki badań, skierowania i recepty.

Poszerzenie proponowanej treści art. 41 o sformułowanie, że treść dokumentu powinna być zgodna z wiedzą i kompetencjami lekarza oraz powinna zawierać rzetelne informacje o stanie zdrowia pacjenta ma wskazywać na konieczność niewykraczania przez lekarza poza swoje umiejętności zawodowe jak opisano w art. 10 KEL, nadto lekarz winien mieć świadomość, że za wystawienie zaświadczenia niezgodnego z prawdą naraża się on na odpowiedzialność zawodową, karną i cywilną.

Należy mieć świadomość, że zaświadczenie lekarskie może zostać wykorzystane przez pacjenta w innych celach niż pierwotny cel jego wydania. Dobrą zasadą jest zatem zawarcie w zaświadczeniu informacji dla jakich celów jest ono wydawane i kto jest jego adresatem (np. dla lekarza medycyny pracy; celem przedłożenia w sądzie), o ile z samego charakteru zaświadczenia to nie wynika.

Art. 41a.

Lekarz przeprowadzający badania naukowe, a w szczególności eksperymenty medyczne, powinien przestrzegać norm i obowiązków wynikających z Kodeksu Etyki Lekarskiej oraz ogólnie przyjętych zasad etyki badań naukowych.

Art. 42

Lekarz przeprowadzający badania naukowe, a w szczególności eksperymenty medyczne, ma obowiązek przestrzegać zasad etyki badań naukowych.

Zamiana słowa „powinien” na sformułowanie bardziej dyrektywne „ma obowiązek” ma jednoznacznie wskazywać na nakaz zachowania opisanego w artykule celem uniknięcia dylematu mniej konkretnego określenia jakim jest „powinność” oznaczająca, że jest wskazane, by jakaś osoba, rzecz lub jakieś wydarzenie spełniały określone warunki.

Art. 42.

Eksperymenty medyczne z udziałem człowieka mogą być przeprowadzane przez lekarza, o ile służą poprawie zdrowia pacjenta biorącego udział w doświadczeniu lub wnoszą istotne dane poszerzające zakres wiedzy i umiejętności lekarskich. Lekarz przeprowadzający eksperyment leczniczy powinien być przeświadczony, że spodziewane korzyści dla pacjenta przeważają w istotny sposób nad nieuniknionym ryzykiem.

Art. 43.

Lekarzowi wolno przeprowadzać eksperymenty medyczne z udziałem człowieka, o ile służą one poprawie zdrowia pacjenta biorącego udział w eksperymencie lub wnoszą istotne dane poszerzające zakres wiedzy medycznej lub pozwalające doskonalić metody diagnostyczne lub terapeutyczne. Lekarz przeprowadzający eksperyment leczniczy ma obowiązek ustalić, że spodziewane korzyści dla pacjenta przeważają w istotny sposób nad nieuniknionym ryzykiem.

Określenie „przeświadczenie” ma charakter subiektywny, kwestia ustalenia oznacza wymóg szczególnej pewności lekarza co do dopuszczalności eksperymentu.

Art. 42a.

1. Lekarz przeprowadzając eksperyment leczniczy nie może narażać pacjenta na ryzyko w istotnym stopniu większe niż to, które grozi osobie nie poddanej temu eksperymentowi.
2. Lekarz przeprowadzając eksperyment badawczy może podejmować wyłącznie ryzyko minimalne.

Art. 42a.

skreślony

Art. 43.

1. Od osoby, która ma być poddana eksperymentowi medycznemu, lekarz musi uzyskać zgodę po uprzednim poinformowaniu jej o wszystkich aspektach doświadczenia, które mogą jej dotyczyć, oraz o prawie do odstąpienia w każdym czasie od udziału w eksperymencie.
2. Osoba wyrażająca zgodę na udział w eksperymencie nie może czynić tego pod wpływem zależności od lekarza czy pozostawania pod jakąkolwiek presją.
3. Lekarz nie może prowadzić eksperymentów badawczych z udziałem osób ubezwłasnowolnionych, żołnierzy służby zasadniczej oraz osób pozbawionych wolności z wyjątkiem badań prowadzonych dla dobra tych grup.

Art. 44.

1. **Lekarz ma obowiązek uzyskać świadomą zgodę potencjalnego uczestnika eksperymentu medycznego na udział w tym eksperymencie po uprzednim poinformowaniu go o wszystkich aspektach doświadczenia, które mogą go dotyczyć, oraz o prawie uczestnika do wycofania się z udziału w eksperymencie w każdym czasie.**
2. Osoba wyrażająca zgodę na udział w eksperymencie nie może czynić tego pod wpływem zależności od lekarza czy pozostawania pod jakąkolwiek presją.
3. Lekarzowi nie wolno prowadzić eksperymentów badawczych z udziałem osób ubezwłasnowolnionych, żołnierzy służby zasadniczej oraz osób pozbawionych wolności z wyjątkiem badań prowadzonych dla dobra tych grup.

Art. 44.

1. W przypadku pacjenta niezdolnego do świadomego podjęcia decyzji i wyrażania woli, lekarz powinien uzyskać na piśmie zgodę jego przedstawiciela ustawowego lub sądu opiekuńczego.
2. Warunkiem niezbędnym do podjęcia eksperymentu medycznego z udziałem osób wymienionych w ust. 1 jest brak możliwości przeprowadzenia badań o porównywalnej skuteczności z udziałem osób zdolnych do wyrażenia zgody.

Art. 45.

1. W przypadku pacjenta niezdolnego do **udzielenia świadomej zgody na udział w eksperymencie medycznym**, lekarz uzyskuje pisemną zgodę przedstawiciela ustawowego pacjenta lub sądu opiekuńczego.
2. **Warunkiem niezbędnym podjęcia eksperymentu medycznego z udziałem osób niezdolnych do udzielenia świadomej zgody jest brak możliwości przeprowadzenia badań o porównywalnej skuteczności z udziałem osób zdolnych do wyrażenia zgody.**

Art. 45.

1. Lekarz uczestniczący w eksperymentach medycznych musi je przeprowadzać zgodnie z zasadami badań naukowych. Eksperymenty z udziałem człowieka powinny być poprzedzone badaniami in vitro oraz in vivo na zwierzętach. Zwierzęta poddawane eksperymentom należy odpowiednio traktować i w miarę możliwości chronić przed cierpieniem.
2. Lekarzowi nie wolno przeprowadzać eksperymentów badawczych z udziałem człowieka w stadium embrionalnym.

3. Lekarz może przeprowadzać eksperymenty lecznicze z udziałem człowieka w stadium embrionalnym tylko wtedy, gdy, spodziewane korzyści zdrowotne w sposób istotny przekraczają ryzyko zdrowotne embrionów nie poddanych eksperymentowi leczniczemu.

Art. 46.

1. **Warunkiem przeprowadzenia eksperymentu medycznego z udziałem człowieka jest uzyskanie w badaniach in vitro oraz in vivo na zwierzętach wiarygodnych danych uzasadniających przeprowadzenie tego eksperymentu. Zwierzęta poddawane eksperymentom należy traktować zgodnie z aktualnymi standardami traktowania zwierząt i chronić przed dającym się uniknąć lub nadmiernym bólem lub cierpieniem.**
2. Lekarzom wolno przeprowadzać eksperymenty lecznicze z udziałem człowieka w stadium embrionalnym tylko wtedy, gdy spodziewane korzyści zdrowotne w sposób istotny przeważają nad ryzykiem zdrowotnym embrionów niepoddanych eksperymentowi leczniczemu.

Wraz z rozwojem cywilizacyjnym zmienia się stosunek człowieka do zwierząt, co znajduje odzwierciedlenie w systemie prawa. Poddawanie zwierząt eksperymentom budzi kontrowersje. Z jednej strony zdajemy sobie sprawę z tego, znaczna część dokonań w medycynie wynikała z badań na zwierzętach, z drugiej strony nie sposób jednoznacznie ocenić czy przełomy naukowe, osiągnięte dzięki pracy na zwierzętach nie nastąpiłyby inną drogą, bez ich udziału.

Zasady postępowania ze zwierzętami wykorzystywanymi w nauce na potrzeby badaczy i instytucji badawczych w niemieckim systemie prawnym opisano w tak zwanych 3 R. Według organizacji „Pro-Test Deutschland”, która lobbuje za eksperymentami na zwierzętach w Niemczech, stanowią one „zalecenia co do etycznego wykorzystywania zwierząt w nauce i badaniach”. Po pierwsze, jeśli to możliwe, należy wprowadzać metody alternatywne do doświadczeń na zwierzętach (*replace*). Po drugie, w każdym doświadczeniu należy maksymalnie ograniczyć liczbę zwierząt (*reduce*). I po trzecie, doświadczenia należy planować tak, by były one jak najmniej dotkliwe (*refine*).

Art. 46.

Projekt każdego eksperymentu z udziałem człowieka powinien być jasno określony i przedłożony do oceny niezależnej komisji etycznej w celu uzyskania jej akceptacji.

Art. 47.

Eksperyment medyczny z udziałem człowieka może zostać rozpoczęty tylko wtedy, gdy został zaprojektowany zgodnie z właściwymi wymaganiami metodologicznymi, a projekt tego eksperymentu uzyskał pozytywną opinię niezależnej komisji bioetycznej.

To komisje bioetyczne a nie etyczne są powoływane w celu sprawowania kontroli oraz wyrażania opinii nad prowadzonymi badaniami klinicznymi.

Art. 47.

Eksperyment medyczny z udziałem człowieka może być przeprowadzony wyłącznie pod nadzorem lekarza posiadającego odpowiednio wysokie kwalifikacje.

Art. 48.

Eksperymentem medycznym z udziałem człowieka kieruje lekarz posiadający odpowiednio wysokie kompetencje.

Zróznicowanie pojęć kwalifikacje a kompetencje dokonane zostało w omówieniu art. 10.

Art. 48.

Wszelkie odkrycia i spostrzeżenia związane z wykonywaniem zawodu lekarz winien przekazywać środowisku lekarskiemu i publikować przede wszystkim w prasie medycznej.

Art. 49.

Wszelkie odkrycia i spostrzeżenia związane z wykonywaniem zawodu lekarz winien przekazywać środowisku lekarskiemu i publikować przede wszystkim w profesjonalnych medycznych kanałach informacyjnych.

Kanał informacyjny można zdefiniować jako system techniczno-społeczno-gospodarczy, który spełnia funkcje gromadzenia, przechowywania, przekazywania i udostępniania informacji. Ewolucja techniczna powoduje, że pojawiają się coraz to nowsze media umożliwiające przekazywanie informacji, w tym fachowej informacji medycznej już nie tylko w prasie medycznej, ale też w internecie.

Art. 49.

Należy ściśle przestrzegać praw autorskich w publikacjach naukowych. Dopisywanie swego nazwiska do prac zespołów, w których się nie uczestniczyło lub pomijanie nazwisk osób, które brały w nich udział jest naruszeniem zasad etyki. Wykorzystanie materiału klinicznego do badań naukowych wymaga zgody kierownika kliniki lub ordynatora oddziału leczących pacjenta.

Art. 50.

Lekarz ma obowiązek ściśle przestrzegać praw autorskich w publikacjach naukowych. Dopisywanie swego nazwiska do prac zespołów, w których się nie uczestniczyło lub pomijanie nazwisk osób, które brały w nich udział jest naruszeniem zasad etyki.

Wykorzystywanie materiału może się odbyć za zgodą pacjenta.

Art. 50.

Wyniki badań przeprowadzonych niezgodnie z zasadami etyki lekarskiej nie powinny być publikowane.

Art. 51.

Niedopuszczalne jest publikowanie wyników badań przeprowadzonych niezgodnie z zasadami etyki lekarskiej.

Art. 51.

1. Wymagane jest uzyskanie zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego na udział w demonstracjach naukowych lub dydaktycznych.
2. Należy starać się o zachowanie anonimowości osoby demonstrowanej.

Art. 52.

1. **Udział w demonstracjach naukowych lub dydaktycznych jest dopuszczalny wyłącznie po uzyskaniu zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego.**
2. **Należy starać się o zachowanie anonimowości osoby demonstrowanej.**

ROZDZIAŁ II a

Związki lekarzy z przemysłem

ROZDZIAŁ III

Związki lekarzy z przemysłem

Art. 51a.

1. Lekarz nie powinien przyjmować korzyści od przedstawicieli przemysłu medycznego, jeżeli może to ograniczyć obiektywizm jego opinii zawodowych lub podważyć zaufanie do zawodu lekarza.
2. Lekarz może przyjąć zapłatę od producenta leków lub wyrobów medycznych (sprzętu i wyposażenia medycznego) za wykonaną pracę, prowadzenie szkoleń i badań, które pogłębiają wiedzę medyczną lub zawodową, jeżeli ta zapłata jest współmierna do wkładu pracy lekarza.

Art. 53.

1. **Lekarzowi nie wolno** przyjmować korzyści od przedstawicieli przemysłu medycznego, jeżeli może to ograniczyć obiektywizm jego opinii zawodowych lub podważyć zaufanie do zawodu lekarza.
2. **Lekarz może przyjąć zapłatę od producenta leków lub wyrobów medycznych (sprzętu lub wyposażenia medycznego) za wykonaną pracę, prowadzenie szkoleń i badań, które pogłębiają wiedzę medyczną lub zawodową, jeżeli ta zapłata jest współmierna do wkładu pracy lekarza.**

Zamiana „nie powinien” na sformułowanie bardziej dyrektywne „nie wolno” ma jednoznacznie wskazywać na nakaz zachowania opisanego w artykule celem uniknięcia dylematu mniej konkretnego określenia jakim jest „powinność” oznaczająca, że jest wskazane, by jakaś osoba, rzecz lub jakieś wydarzenie spełniały określone warunki.

Art. 51b.

Lekarzowi mającemu związki finansowe z przemysłem medycznym nie wolno w żaden sposób odstąpić od podejmowania w pełni obiektywnych decyzji klinicznych lub działania w najlepszym interesie pacjentów i osób biorących udział w badaniach.

Art. 54.

Lekarzowi mającemu związki finansowe z przemysłem medycznym nie wolno w żaden sposób odstąpić od podejmowania decyzji klinicznych **opartych na aktualnej wiedzy medycznej ani od działania w najlepszym interesie pacjentów i osób biorących udział w badaniach.**

Termin „aktualna wiedza medyczna” należy rozumieć jako wiedzę z zakresu nauk medycznych, która została wygenerowana i zweryfikowana w procesie badawczym zgodnym z najbardziej godnymi polegania metodami naukowymi i dzięki temu opiera się wiarygodnych na dowodach. W terminologii występują określenia „współczesna” (charakterystyczna dla dzisiejszej epoki) i „aktualna” wiedza medyczna (obowiązująca w danej chwili). Współczesna wiedza medyczna może, ale nie musi być aktualna.

W proponowanym zapisie uszczegółowiono, że „w pełni obiektywne opinie” to te, które oparte są na aktualnej wiedzy medycznej.

Art. 51c.

Lekarz powinien ujawniać słuchaczom wykładów oraz redaktorom publikacji wszelkie związki z firmami lub subwencje z ich strony, oraz inne korzyści mogące być przyczyną konfliktu interesów.

Art. 55.

Lekarz ma obowiązek ujawniać słuchaczom wykładów oraz redaktorom publikacji wszelkie związki z producentami leków lub wyrobów medycznych lub subwencje z ich strony, oraz inne korzyści mogące być przyczyną konfliktu interesów.

Zamiana „powinien” na sformułowanie bardziej dyrektywne „ma obowiązek” ma jednoznacznie wskazywać na nakaz zachowania opisanego w artykule celem uniknięcia dylematu mniej konkretnego określenia jakim jest „powinność” oznaczająca, że jest wskazane, by jakaś osoba, rzecz lub jakieś wydarzenie spełniały określone warunki.

Art. 51d.

Lekarz biorący udział w badaniach sponsorowanych przez producentów leków lub wyrobów medycznych (sprzętu i wyposażenia medycznego) musi się upewnić, że badania te są prowadzone zgodnie z zasadami etyki. Lekarz nie powinien uczestniczyć w badaniach naukowych, których celem jest promocja tych produktów.

Art. 56.

Lekarz biorący udział w badaniach sponsorowanych przez producentów leków lub wyrobów medycznych (sprzętu i wyposażenia medycznego) musi się upewnić, że badania te są prowadzone zgodnie z zasadami etyki. Lekarzom nie wolno uczestniczyć w badaniach naukowych, których wyłącznym celem jest promocja tych produktów.

Zamiana „nie powinien” na sformułowanie bardziej dyrektywne „nie wolno” ma jednoznacznie wskazywać na nakaz zachowania opisanego w artykule celem uniknięcia dylematu mniej konkretnego określenia jakim jest „powinność” oznaczająca, że jest wskazane, by jakaś osoba, rzecz lub jakieś wydarzenie spełniały określone warunki.

Art. 51e.

Lekarz powinien ujawniać swoje powiązania z producentem leków lub wyrobów medycznych (sprzętu i wyposażenia medycznego) pacjentom, którzy mają być poddani badaniom sponsorowanym przez tego producenta.

Art. 57.

Lekarz **ma obowiązek** ujawniać swoje powiązania z producentem leków lub wyrobów medycznych (sprzętu i wyposażenia medycznego) pacjentom, którzy mają być poddani badaniom sponsorowanym przez tego producenta.

Zamiana „powinien” na sformułowanie bardziej dyrektywne „ma obowiązek” ma jednoznacznie wskazywać na nakaz zachowania opisanego w artykule celem uniknięcia dylematu mniej konkretnego określenia jakim jest „powinność” oznaczająca, że jest wskazane, by jakaś osoba, rzecz lub jakieś wydarzenie spełniały określone warunki.

Art. 51f.

Lekarz nie może przyjmować wynagrodzenia za samo skierowanie pacjenta na badania prowadzone lub sponsorowane przez producenta leków lub wyrobów medycznych (sprzętu i wyposażenia medycznego).

Art. 58.

Lekarzowi **nie wolno** przyjmować wynagrodzenia **od producentów leków lub wyrobów medycznych** za samo skierowanie pacjenta na badania prowadzone lub sponsorowane przez producenta leków lub wyrobów medycznych (sprzętu i wyposażenia medycznego).

Zamiana „nie powinien” na sformułowanie bardziej dyrektywne „nie wolno” ma jednoznacznie wskazywać na nakaz zachowania opisanego w artykule celem uniknięcia dylematu mniej konkretnego określenia jakim jest „powinność” oznaczająca, że jest wskazane, by jakaś osoba, rzecz lub jakieś wydarzenie spełniały określone warunki.

Art. 51g.

Lekarz biorący udział w badaniach na zlecenie producentów leków lub wyrobów medycznych (sprzętu i wyposażenia medycznego) musi przeciwdziałać nieobiektywnemu przedstawianiu ich wyników w publikacjach.

Art. 59.

Lekarz biorący udział w badaniach na zlecenie producentów leków lub wyrobów medycznych (sprzętu i wyposażenia medycznego) musi przeciwdziałać **nierzetelnemu** przedstawianiu ich wyników w publikacjach.

ROZDZIAŁ II b

Ludzki genom

ROZDZIAŁ IV

Ludzki genom

Art. 51h.

1. Lekarzowi nie wolno dyskryminować osób ze względu na dziedzictwo genetyczne.

2. Lekarz uczestniczący w badaniach, których celem jest identyfikacja nosicielstwa genu choroby lub genetycznej podatności na zachorowania, może je przeprowadzać jedynie dla celów zdrowotnych lub badań naukowych z nimi związanych, po uzyskaniu zgody pacjenta oraz umożliwieniu mu konsultacji genetycznej.
3. Lekarz może dokonać interwencji w obrębie ludzkiego genomu wyłącznie w celach profilaktycznych lub terapeutycznych zgodnie z art. 46 Kodeksu Etyki Lekarskiej.
4. Lekarz nie może uczestniczyć w czynnościach mających na celu wywoływanie dziedzicznych zmian genetycznych u człowieka.

Art. 60.

1. Lekarzom nie wolno dyskryminować osób ze względu na dziedzictwo genetyczne.
2. Lekarz **może przeprowadzać badania jedynie** dla celów zdrowotnych lub badań naukowych z nimi związanych, po uzyskaniu zgody pacjenta oraz umożliwieniu mu konsultacji genetycznej.
3. Lekarz może dokonać interwencji w obrębie ludzkiego genomu wyłącznie w celach profilaktycznych lub terapeutycznych.
4. **Lekarzom nie wolno** uczestniczyć w czynnościach mających na celu wywoływanie dziedzicznych zmian genetycznych u człowieka **za wyjątkiem czynności przeprowadzanych w reżimie badań naukowych.**

ROZDZIAŁ III

Stosunki wzajemne między lekarzami

ROZDZIAŁ V

Stosunki wzajemne między lekarzami

Art. 52.

1. Lekarze powinni okazywać sobie wzajemny szacunek. Szczególny szacunek i względy należą się lekarzom seniorom, a zwłaszcza byłym nauczycielom.
2. Lekarz powinien zachować szczególną ostrożność w formułowaniu opinii o działalności zawodowej innego lekarza, w szczególności nie powinien publicznie dyskredytować go w jakikolwiek sposób.
3. Lekarz wszelkie uwagi o dostrzeżonych błędach w postępowaniu innego lekarza powinien przekazać przede wszystkim temu lekarzowi. Jeżeli interwencja okaże się nieskuteczna albo dostrzeżony błąd lub naruszenie zasad etyki powoduje poważną szkodę, konieczne jest poinformowanie organu izby lekarskiej
4. Poinformowanie organu izby lekarskiej o zauważonym naruszeniu zasad etycznych i niekompetencji zawodowej innego lekarza nie stanowi naruszenia zasad etyki.
5. Jeżeli dostrzeżony błąd, popełniony przez innego lekarza, ma niekorzystny wpływ na stan zdrowia pacjenta należy podjąć działania dla odwrócenia jego skutków.

Art. 61.

1. Lekarze powinni okazywać sobie wzajemny szacunek. Szczególny szacunek i **wdzięczność** należą się lekarzom seniorom, a zwłaszcza byłym nauczycielom.
2. Lekarz powinien zachować szczególną ostrożność w formułowaniu opinii o działalności zawodowej innego lekarza. **Lekarz nie powinien w jakikolwiek sposób publicznie dyskredytować innego lekarza. Nie wyklucza to możliwości merytorycznej krytyki w środowisku lekarskim.**
3. Lekarz wszelkie uwagi o dostrzeżonych błędach w postępowaniu innego lekarza powinien przekazać przede wszystkim temu lekarzowi. Jeżeli interwencja okaże się nieskuteczna albo dostrzeżony błąd lub naruszenie **zasad kodeksu etyki lekarskiej** powoduje poważną szkodę, konieczne jest poinformowanie **właściwego** organu izby lekarskiej

4. Poinformowanie **właściwego organu izby lekarskiej o zauważonym naruszeniu zasad kodeksu etyki lekarskiej lub niekompetencji zawodowej innego lekarza a także merytoryczna krytyka dokonana w środowisku lekarskim nie stanowią naruszenia zasad etyki.**
5. **Jeżeli błąd popełniony przez innego lekarza, ma niekorzystny wpływ na stan zdrowia pacjenta należy podjąć działania dla odwrócenia jego skutków.**

Art. 52 KEL stoi na straży trudnego zadania jakim w panującym czasie pogłębiającego się różnicowania poglądów i opinii oraz zauważalnej dehumanizacji medycyny jest dbałość o właściwe relacje w grupie zawodowej lekarzy polegające na wzajemnym szacunku, poczuciu wspólnoty i koleżeństwie między lekarzami. Równocześnie, artykuł ten zawiera wskazówki dotyczące uzasadnionej krytyki postępowania innych członków grupy zawodowej.

Przynależność do profesji lekarskiej wymaga od wszystkich jej członków zarówno posiadania odpowiednich kompetencji, jak i respektowania norm etycznych niezależnie od stopnia wykształcenia, pełnionej funkcji czy stażu pracy. Właściwe relacje między lekarzami służą budowaniu zaufania społecznego do grupy zawodowej lekarzy, a tym samym mogą mieć pozytywny wpływ na relacje pomiędzy poszczególnymi lekarzami a ich pacjentami.

Dbłość o właściwe relacje w grupie zawodowej nie oznacza bezkrytycznej lojalności wobec tej grupy i braku reakcji na błędy lub niedociągnięcia koleżanek i kolegów. Reakcje te podlegają określonym standardom etycznym. Zasadnicze znaczenie ma w tym kontekście rozróżnienie „dyskredytacji” i „krytyki”. Dyskredytowanie to rodzaj krytyki, która nie dotyczy meritum sprawy, w odniesieniu do której zgłaszane są zastrzeżenia, ale służy umniejszeniu autorytetu i kompromitacji osoby, której sprawa ta dotyczy. Krytyka z kolei jest merytoryczną analizą, której celem jest ocena prawidłowości danego zachowania. Dozwolone jest zatem krytyczne odniesienie się do działalności zawodowej innego lekarza, pod warunkiem, że krytyka nie będzie miała charakteru dyskredytacji. Interpretację taką potwierdził w swoim wyroku 23.04.2008 r. Trybunał Konstytucyjny (sygn. akt Sk 16/07).

Zasadnicze znaczenie w ocenie postępowania innych osób mają źródła, na których opiera się merytoryczna krytyka. Lekarz powinien wykazać daleko idącą ostrożność w formułowaniu sądów na temat wiedzy i umiejętności innego lekarza szczególnie jeśli informacje te pochodzą wyłącznie od pacjentów lub od osób nieposiadających profesjonalnej wiedzy medycznej oraz mogących wznosić element emocjonalny, pozamerytoryczny i nieobiektywny. W przypadku uzyskania informacji o niewłaściwym postępowaniu innego lekarza z wiarygodnego źródła, pierwszym krokiem powinna być rozmowa z lekarzem, którego sprawa dotyczy. Celem tej rozmowy winno być wyjaśnienie sprawy i rozwiązanie trudności. Jeśli nie da się rozwiązać sprawy w ten sposób, wówczas niezbędna jest rozmowa z przełożonym lekarza, którego dotyczy sprawa. Jeśli i te działania nie odniosą zamierzonego skutku, koniecznym będzie skierowanie sprawy do właściwego organu izby lekarskiej tj. do rzecznika odpowiedzialności zawodowej.

Art. 53.

1. Doświadczeni lekarze winni służyć radą i pomocą mniej doświadczonym kolegom, zwłaszcza w trudnych przypadkach klinicznych.
2. Lekarze pełniący funkcje kierownicze powinni traktować swoich pracowników zgodnie z zasadami etyki.
3. Lekarze pełniący funkcje kierownicze są zobowiązani do szczególnej dbałości o dobro chorego oraz o warunki pracy i rozwoju zawodowego podległych im osób.

Art. 62.

1. **Doświadczeni lekarze winni służyć radą i pomocą mniej doświadczonym kolegom, zwłaszcza w trudnych przypadkach klinicznych.**
2. **Lekarze pełniący funkcje kierownicze są zobowiązani traktować swoich pracowników zgodnie z zasadami etyki.**
3. **Lekarze pełniący funkcje kierownicze są zobowiązani do szczególnej dbałości o dobro chorego oraz o warunki pracy i rozwoju zawodowego podległych im osób.**

Artykuł 53 traktuje o relacjach między lekarzami i „rozwiąza zasadę koleżeński” zawartą w artykule 52. Dotyczy także współpracy między lekarzami o różnym zaawansowaniu i doświadczeniu zawodowym (np. krótszym stażu w zawodzie) lub pozostającymi w relacjach hierarchicznych (np. podległości służbowej). Posiadanie większego doświadczenia zawodowego i wiedzy profesjonalnej pociąga za sobą powinność dzielenia się doświadczeniem i wiedzą z młodszymi lekarzami. Relacje hierarchiczne polegają nie tylko na sprawowaniu nadzoru przez przełożonych nad pracą pracowników podległych, ale też na wspomaganii ich w wykonywaniu ich obowiązków. Powinności te uzasadnia troska o dobro pacjenta. Zapewnienie sprawnego i opartego na najlepszej dostępnej wiedzy funkcjonowania zespołu medycznego sprzyja minimalizacji występowania błędów medycznych, podejmowaniu trafnych decyzji diagnostycznych i terapeutycznych, a tym samym szeroko rozumianemu dobru pacjenta i prawidłowości kształcenia.

Obowiązek wspierania lekarzy o krótszym stażu lub pozostających w relacji podległości służbowej implikuje również obowiązek wspierania rozwoju zawodowego tych ostatnich, w tym kształcenia lekarzy stażystów. Należy tutaj zauważyć, że sprzyjanie rozwojowi zawodowemu innych lekarzy nie pociąga za sobą odpowiedzialności za jakość pracy innych osób, chyba, że wynika to z pełnionej funkcji (np. nadzoru nad stażystą). Tym samym powinnością lekarza pełniącego funkcje kierownicze jest dążenie do budowy zespołu terapeutycznego i współpracy między specjalnościami (zarówno medycznymi i niemedycznymi) na zasadach partnerskich, a nie systemu ściśle hierarchicznego.

Powinności lekarzy pełniących funkcje kierownicze pociągają za sobą zakaz wykorzystywania tych funkcji do działań niezgodnych z zasadami zawartymi w KEL. Oznacza to między innymi zakaz podejmowania działań mających charakter wykorzystywania tych funkcji do czerpania nienależnych korzyści osobistych (prestż, korzyści finansowe, osiągnięcia naukowe) oraz noszących znamiona prześladowania lub mobbingu.

Art. 54.

W razie wątpliwości diagnostycznych i leczniczych lekarz powinien, w miarę możliwości, zapewnić choremu konsultację innego lekarza. Opinia konsultanta ma charakter doradczy, gdyż za całość postępowania odpowiada lekarz prowadzący leczenie.

Art. 54.

przeniesiony do art. 18

Art. 55.

Lekarz kontrolujący pracę innych lekarzy powinien, w miarę możliwości, zawiadomić ich wcześniej, aby umożliwić im obecność w czasie kontroli i bezpośrednio przekazać uwagi o jej wynikach.

Art. 55.

Skreślony

Postępowania, w których lekarz może wstępować w roli kontrolującego jest bardzo wiele i są to kwestie opisane w odpowiednich przepisach prawa powszechnego uwzględniające opisane w skreślonym artykule kwestie.

ROZDZIAŁ IV

ROZDZIAŁ VI

Art. 56.

1. Powinnością każdego lekarza jest stałe uzupełnianie i doskonalenie swej wiedzy i umiejętności zawodowych, a także przekazywanie ich swoim współpracownikom.
2. Lekarze, w miarę możliwości, winni brać czynny udział w pracach towarzystw lekarskich.

Art. 63.

1. **Obowiązkiem** każdego lekarza jest stałe uzupełnianie, doskonalenie i przekazywanie swej wiedzy i umiejętności zawodowych.
2. **Lekarze winni brać czynny udział we wszystkich formach kształcenia.**

Zamiana „powinności” na sformułowanie bardziej dyrektywne „obowiązek” ma jednoznacznie wskazywać na nakaz zachowania opisanego w artykule celem uniknięcia dylematu mniej konkretnego określenia jakim jest „powinność” oznaczająca, że jest wskazane, by jakaś osoba, rzecz lub jakieś wydarzenie spełniały określone warunki.

Doskonalenie zawodowe to prawo i obowiązek każdego lekarza, obejmuje ono aktywność zawodową w ramach samokształcenia lub w zorganizowanych formach kształcenia podyplomowego. Dostępnych form kształcenia jest bardzo wiele, m.in.: realizowanie programu specjalizacji lub umiejętności, udział w kursie medycznym, udział w zjeździe, konferencji lub sympozjum naukowym, odbycie praktyki klinicznej w krajowym lub zagranicznym ośrodku specjalistycznym, udział w szkoleniu wewnętrznym organizowanym przez podmiot leczniczy, wykład lub wypowiedź w formie ustnej lub prezentacja w formie plakatowej na kongresie, zjeździe, konferencji lub sympozjum naukowym, uzyskanie stopnia naukowego, autorstwo lub współautorstwo artykułu opublikowanego w fachowym czasopiśmie medycznym, kierowanie specjalizacją indywidualną prenumeratę fachowego czasopisma medycznego, przynależność do kolegium specjalistów lub towarzystwa naukowego.

Art. 57.

1. Lekarzowi nie wolno posługiwać się metodami uznanymi przez naukę za szkodliwe, bezwartościowe lub nie zweryfikowanymi naukowo. Nie wolno mu także współdziałać z osobami zajmującymi się leczeniem, a nie posiadającymi do tego uprawnień.
2. Wybierając formę diagnostyki lub terapii lekarz ma obowiązek kierować się przede wszystkim kryterium skuteczności i bezpieczeństwa chorego oraz nie narażać go na nieuzasadnione koszty.
3. Lekarz nie powinien dokonywać wyboru i rekomendacji ośrodka leczniczego oraz metody diagnostyki ze względu na własne korzyści.

Art. 64.

1. **Lekarzowi nie wolno współdziałać z osobami zajmującymi się leczeniem, a nie posiadającymi do tego uprawnień.** *(pierwsze zdanie przeniesione do art.6)*
 2. **Wybierając formę diagnostyki lub terapii lekarz ma obowiązek kierować się przede wszystkim kryterium skuteczności i bezpieczeństwa pacjenta** oraz nie narażać go na nieuzasadnione koszty.
 3. **Lekarzowi nie wolno rekomendować ośrodka leczniczego lub metody diagnostyki ze względu na własne korzyści.**
-

Art. 58.

Lekarz powinien odnosić się z należyтым szacunkiem i w sposób kulturalny do personelu medycznego i pomocniczego. Powinien jednak pamiętać, że jedynie on ma prawo podejmowania decyzji związanych z prowadzonym przez niego leczeniem.

Art. 65.

Obowiązkiem lekarza jest odnosić się z należyтым szacunkiem i w sposób kulturalny do personelu medycznego i pomocniczego.

Art. 59.

Lekarze powinni solidarnie wspierać działalność swego samorządu, którego zadaniem jest zapewnienie lekarzom należnej pozycji w społeczeństwie. Podejmując krytykę działania organów samorządu lekarskiego winni przeprowadzić ją przede wszystkim w środowisku lekarskim lub na łamach pism lekarskich.

Art. 66.

Obowiązkiem lekarza jest orientowanie się w zadaniach i celach działania samorządu lekarskiego, solidarne wspieranie działalności samorządu oraz aktywny udział w pracach samorządu.

Rozwój samorządu zawodowego lekarzy zmierza do coraz szerszego reprezentowania lekarzy i lekarzy dentyistów i działania na ich rzecz nie tylko w zakresie przewidzianym ustawowo, ale także w zakresie ochrony praw lekarzy, kształcenia, informowania. Bez solidarnego wsparcia środowiska i aktywnego udziału lekarzy w pracach izb lekarskich głos samorządu nie będzie nośny dla werbalizowanych przez środowisko oczekiwań. Dotychczasowe akcje jednoczące środowisko lekarskie miały i mogą mieć ogromną siłę oddziaływania.

Art. 60.

Jeśli zostanie naruszone dobre imię lekarza, a rzecznik odpowiedzialności zawodowej lub sąd lekarski nie potwierdzą stawianych mu zarzutów, lekarz powinien uzyskać od izby lekarskiej wszelką możliwą pomoc w naprawieniu wyrządzonej mu szkody.

Art. 67.

Jeśli zostanie naruszone dobre imię lekarza, a rzecznik odpowiedzialności zawodowej lub sąd lekarski nie potwierdzą stawianych mu zarzutów, lekarz powinien uzyskać od izby lekarskiej wszelką możliwą pomoc w naprawieniu wyrządzonej mu szkody.

Zawód lekarza jest zawodem zaufania publicznego, stanowiącym profesję o wysokim znaczeniu społecznym. Wymaga nie tylko odpowiednich kwalifikacji zawodowych i zdrowotnych, ale także moralnych i etycznych. Pieczę nad właściwym wykonywaniem zawodu w drodze ustawy powierzono samorządowi zawodowemu, do którego przynależność jest obowiązkowa dla wszystkich lekarzy i lekarzy dentyistów.

Wykonywanie zawodu lekarza wymaga zbudowania odpowiedniej relacji z pacjentem opartej na zaufaniu i wzajemnym szacunku, co jest niezbędnym warunkiem do właściwego jego wykonywania. Bezpodstawne oskarżenie lekarza może doprowadzić do utraty zaufania pacjentów do tego lekarza. Samorząd zobowiązany jest do sprawdzenia każdego stawianego zarzutu, a jeśli okaże się nieprawdziwy, podjąć działanie dla zlikwidowania powstałych skutków i przywrócenia dobrego imienia lekarza.

Bezpodstawne zarzuty pod adresem lekarza, wniesione przez pacjentów, kolegów lekarzy lub media, mogą skutkować utratą zaufania pacjentów do tego lekarza lub do grupy zawodowej. Zaufanie dla poszczególnych lekarzy oraz dla całej grupy zawodowej stanowi natomiast warunek sine qua non właściwego wykonywania zawodu.

Art. 61.

Lekarz urzędu państwowego, samorządowego lub jakiejkolwiek instytucji publicznej lub prywatnej powinien rzetelnie wypełniać zobowiązania zaciągnięte wobec tych instytucji; jednak lekarz nie powinien spełniać poleceń pracodawcy sprzecznych z zasadami etyki i deontologii lekarskiej.

Art. 68.

Lekarz zatrudniony w urzędzie państwowym, samorządowym, instytucji publicznej lub prywatnej jest zobowiązany rzetelnie wykonywać obowiązki wynikające z zatrudnienia. Lekarzowi nie wolno wypełniać poleceń pracodawcy niezgodnych z zasadami Kodeksu Etyki Lekarskiej.

Artykuł dotyczy zachowań lekarzy pełniących funkcje w instytucjach państwowych, samorządowych lub prywatnych. Lekarzy posiadających czynne Prawo Wykonywania Zawodu obowiązują przepisy KEL. Nie mogą zatem w swojej pracy sprzeniewierzać się przestrzeganiu jego przepisów, a za ich nieprzestrzeganie podlegają odpowiedzialności zawodowej. Pracę winni wykonywać rzetelnie, zawsze pamiętając, że są lekarzami. Obowiązek przestrzegania zasad etyki lekarskiej zawartych w KEL obejmuje także lekarzy pełniących funkcje biegłego sądowego lub lekarza sądowego. Lekarze pełniący te funkcje zachowują swej pracy niezależność co do treści opinii wydawanych zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i zasadami etyki lekarskiej. Odmowa wykonania polecenia, którego realizacja stanowiłaby złamanie przepisu KEL, nie stanowi naruszenia obowiązków pracowniczych.

Pełnienie przez lekarzy obowiązków posła na Sejm RP, senatora, ministra, prezydenta miasta etc. nie stanowi wykonywania zawodu lekarza. Lekarz, który przewiduje, że w czasie pełnienia tych funkcji nie będzie przestrzegać zasad KEL, powinien zawiesić prawo wykonywania zawodu. Wówczas nie podlega odpowiedzialności zawodowej. Musi jednak pamiętać, że ponowne ubieganie się o PWZ może pociągać za sobą ocenę jego postępowania także w okresie zawieszenia uprawnień zawodowych.

Usunięto „deontologię lekarską” jako pojęcie historyczne (szczegóły - vide komentarz do art.5).

Art. 62.

Praktykę lekarską wolno wykonywać wyłącznie pod własnym nazwiskiem. Lekarzowi wolno używać tylko należnych mu tytułów zawodowych i naukowych.

Art. 69.

Praktykę lekarską wolno wykonywać wyłącznie pod własnym nazwiskiem. Lekarzowi wolno używać tylko należnych mu tytułów zawodowych i naukowych.

Art. 63.

1. Lekarz tworzy swoją zawodową opinię jedynie w oparciu o wyniki swojej pracy, dlatego wszelkie reklamowanie się jest zabronione.
2. Lekarz nie powinien wyrażać zgody na używanie swego nazwiska i wizerunku dla celów komercyjnych.

KONIECZNE DOSTOSOWANIE DO DYREKTYWY UNIJNEJ. Trwają prace nad artykułem. Poniżej propozycja wstępna - przed analizą wyników badań.

Art. 70.

- 1. Lekarz tworzy swoją zawodową opinię przede wszystkim w oparciu o wyniki swojej pracy.**
 - 2. Lekarz jest uprawniony do posługiwania się informacją handlową z zastrzeżeniem, że taka informacja handlowa będzie zgodna z zasadami Kodeksu Etyki Lekarskiej.**
 - 3. Informacja handlowa oznacza każdą formę komunikacji mającej na celu promowanie wizerunku lekarza lub usług związanych z wykonywaniem zawodu lekarza.**
 - 4. Informacja handlowa musi być wyraźnie oznaczona jako pochodząca od lekarza i umożliwiająca jednoznacznie jego identyfikację.**
 - 5. Lekarz jest odpowiedzialny za informację handlową opublikowaną przez osoby trzecie w jego imieniu lub na jego rzecz.**
 - 6. Niedopuszczalne jest wykorzystywanie autorytetu lekarza do reklamowania usług niezwiązanych z wykonywaniem zawodu lekarza.**
-

Art. 64.

W czasie wykonywania swej pracy lekarz musi zachować trzeźwość i nie podlegać działaniu jakichkolwiek środków uzależniających.

Art. 71.

W czasie wykonywania swej pracy lekarz musi zachować trzeźwość i nie podlegać działaniu jakichkolwiek środków odurzających.

Środki odurzające w rozumieniu art. 4 p. 26 Ustawy z 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii.

Art. 65.

Lekarzowi nie wolno narzucać swych usług chorym, lub pozyskiwać pacjentów w sposób niezgodny z zasadami etyki i deontologii lekarskiej oraz lojalności wobec kolegów.

Art. 72.

Lekarzowi nie wolno narzucać swych usług chorym lub pozyskiwać pacjentów w sposób niezgodny z zasadami etyki i deontologii lekarskiej oraz lojalności wobec kolegów. Lekarzowi nie wolno stosować metod nieuczciwej konkurencji, szczególnie w zakresie nierzetelnego informowania o oferowanych usługach, posiadanych kompetencjach, jak i kosztach leczenia.

Usunięto „deontologię lekarską” jako pojęcie historyczne (szczegóły - vide komentarz do art.5).

Art. 66.

1. Lekarz ma prawo umawiać się o wysokość honorarium przed rozpoczęciem leczenia.
2. Wyjątkiem od tej zasady jest pomoc w nagłych wypadkach. W razie braku stosownych cenników lekarz powinien brać pod uwagę wartość oddanej usługi, poniesione koszty własne, swoje kwalifikacje, a także w miarę możliwości, sytuację materialną pacjenta.
3. Lekarz może leczyć bezpłatnie.

4. Lekarzowi nie wolno stosować metod nieuczciwej konkurencji, szczególnie w zakresie nierzetelnego informowania o swoich możliwościach działania, jak i kosztach leczenia.

Art. 73.

1. Lekarz ma prawo umawiać się o wysokość **wynagrodzenia** przed rozpoczęciem leczenia.
2. Wyjątkiem od tej zasady jest pomoc w nagłych wypadkach. W razie braku stosownych cenników lekarz powinien brać pod uwagę wartość **udzielonej** usługi, poniesione koszty własne, swoje kwalifikacje, a także w miarę możliwości, sytuację materialną pacjenta.
3. Lekarz może leczyć bezpłatnie.
4. przeniesiony do art. 72. Dobrym zwyczajem jest leczenie bezpłatnie innych lekarzy **zwłaszcza lekarzy seniorów** i członków ich najbliższej rodziny, w tym wdów, wdowców i sierot po lekarzach. przeniesiony z art. 67

Art. 67.

Dobrym zwyczajem jest leczenie bezpłatnie innych lekarzy i członków ich najbliższej rodziny, w tym wdów, wdowców i sierot po lekarzach.

Art. 67.

Przeniesiony do art. 66.

Art. 68.

Jeżeli z zatrudnienia lekarza wynika, że winien on spełniać swe obowiązki wobec powierzonych jego opiece chorych bez świadczeń finansowych z ich strony, to nie może żądać od tych chorych wynagrodzenia w jakiegokolwiek formie, ani też uzależniać leczenia od uzyskania materialnych korzyści.

Art. 74.

Jeżeli z zatrudnienia lekarza wynika, że winien on spełniać swe obowiązki wobec powierzonych jego opiece chorych bez świadczeń finansowych z ich strony, to **nie wolno mu** żądać od tych chorych wynagrodzenia w jakiegokolwiek formie, ani też uzależniać leczenia od uzyskania korzyści **majątkowych lub osobistych**.

Użyte określenie jest szersze jak w zapisie pierwotnym. Korzyści materialne to każde dobro, które jest w stanie zaspokoić określoną potrzebę, a jego wartość da się wyrazić w pieniądzu. Może nią być nie tylko przyrost majątku, ale i wszystkie korzystne umowy. Korzyści osobiste zaspokajają potrzeby niematerialne.

ROZDZIAŁ V

Lekarz a społeczeństwo

ROZDZIAŁ VII

Lekarz a społeczeństwo

Art. 69.

Lekarz nie może odmówić pomocy lekarskiej w przypadkach nie cierpiących zwłoki, jeśli pacjent nie ma możliwości uzyskania jej ze strony instytucji powołanych do udzielania pomocy.

Art. 75.

Lekarzom nie wolno odmówić pomocy lekarskiej w przypadkach niecierpiących zwłoki, jeśli pacjent nie ma możliwości uzyskania jej ze strony instytucji powołanych do udzielania pomocy.

Art. 70.

Zadania, jakie spełnia lekarz, dają mu podstawę do żądania ochrony jego godności osobistej, nietykalności cielesnej oraz pomocy w wykonywaniu działań zawodowych.

Art. 76.

Lekarz ma prawo oczekiwać od społeczeństwa i władz publicznych ochrony jego dóbr osobistych nietykalności cielesnej oraz wsparcia w wykonywaniu działań zawodowych.

Jako lekarze sami nie możemy nadać sobie prawa do ochrony jak funkcjonariusza publicznego, wyrażamy więc takie oczekiwanie wobec społeczeństwa i władz publicznych.

Art. 71.

Lekarz ma obowiązek zwracania uwagi społeczeństwa, władz i każdego pacjenta na znaczenie ochrony zdrowia, a także na zagrożenie ekologiczne. Swoim postępowaniem, również poza pracą zawodową, lekarz nie może propagować postaw antyzdrowotnych.

Art. 77.

- 1. Lekarz ma obowiązek zwracania uwagi społeczeństwa, władz i każdego pacjenta na znaczenie ochrony zdrowia, a także na zagrożenie ekologiczne.**
- 2. Swoim postępowaniem i wypowiedziami publicznymi lekarz nie może propagować postaw antyzdrowotnych. Lekarz powinien być przykładem właściwych postaw zdrowotnych i dbać o własne zdrowie i dobrostan.**
- 3. Wypowiadając się na forum publicznym przy udziale osób niebędących lekarzami (także w mediach, internecie i w serwisach społecznościowych) na temat odkryć naukowych, technologii medycznych albo diagnostyki lub terapii, lekarz powinien mieć pewność, że jego wypowiedzi opierają się na aktualnej wiedzy medycznej i są sformułowane w sposób przystępny dla odbiorców.**
- 4. Działaniami i zachowaniem lekarza w internecie i mediach powinny kierować te same zasady etyczne, co przy bezpośrednim kontakcie z pacjentem, personelem medycznym czy z innymi lekarzami.**

Artykuł ma fundamentalne znaczenie w praktyce lekarskiej, ponieważ odnosi się do społecznej roli i oddziaływania lekarza, na co wskazuje pierwsze zdanie. Zdanie drugie artykułu donosi się do odpowiedzialności społecznej lekarza i oddziaływania jego autorytetu profesjonalnego. Propagowanie postaw antyzdrowotnych można rozumieć dwojako: szkodenie samemu sobie (np. lekarz palący papierosy poza miejscem pracy) lub wypowiedzi mogące mieć negatywny wpływ na decyzje odbiorców związane z ich zdrowiem (np. poddawanie w wątpliwość skuteczności szczepień). Zderzają się tutaj indywidualne prawa obywateli wynikające z Konstytucji RP (art. 47 prawo decydowania o swoim życiu osobistym oraz art. 54 zasada wolności poglądów) z powinnościami wynikającymi z roli społecznej i autorytetu osoby wykonującej zawód zaufania publicznego. Wypowiedzi profesjonalistów medycznych dotyczące zagadnień wchodzących w zakres ich kompetencji zawodowych podlegają wymogom rzetelności, na którą składa się kształtowanie swoich poglądów opinii w zgodzie i na podstawie aktualnej wiedzy medycznej oraz odpowiedzialność wobec społeczeństwa i wpływ na postawy pozostałych obywateli.

Wyniki badań wykazują, że stres, zmęczenie i wypalenie zawodowe wpływają niekorzystnie na system opieki zdrowotnej i jakość opieki nad pacjentami. Dbałość lekarzy o własne zdrowie i dobre samopoczucie ma zapewnić pacjentom opiekę na najwyższym poziomie. Lekarze, którzy potrafią poradzić sobie ze stresem, lepiej śpią, regularnie spożywają zdrowe posiłki i piją zdrowsze napoje w ciągu dnia pracy, wydajniej pracują, czują się lepiej i otaczają pacjentów opieką wyższej jakości. Lekarz winien być przykładem właściwych postaw zdrowotnych – nieprzekonujący jest lekarz palący papierosy edukujący pacjenta o szkodliwości palenia.

Odróżnienie roli zawodowej lekarza od roli obywatela może nastęrczać istotne trudności ze względu na to, że zawód lekarza wiąże się z autorytetem społecznym, który sprawia, że nawet wypowiedzi i zachowania przejawiane w sferze prywatnego życia lekarza mogą być odbierane jako kształtowane przez jego kompetencje zawodowe. Stąd potrzeba odpowiedzialnego postępowania lekarza także w sferze pozazawodowej. Dotyczy to również obecności lekarzy w wymianie poglądów w trakcie publicznych dyskusji, na forach internetowych, czy mediach społecznościowych

Ważną sferą oddziaływania lekarzy na społeczeństwo jest ich udział w propagowaniu nauki. Lekarz ma prawo prowadzić badania naukowe lub uczestniczyć w dyskusjach naukowych z innymi lekarzami także prezentując stanowiska lub hipotezy nowatorskie nieoparte do tej pory dowodami naukowymi. Jednak takie wypowiedzi muszą odbywać się na przeznaczonych do tego forach naukowych i profesjonalnych zgodnie z wymogami rzetelności badawczej.

Działaniami i zachowaniem lekarza i lekarza dentystry w internecie i mediach powinny kierować te same zasady, jak przy kontakcie bezpośrednim z pacjentem:

- **Poufność**
 - Lekarze muszą być świadomi standardów dotyczących prywatności i poufności pacjentów, których należy przestrzegać w codziennej pracy, jak i w przestrzeni internetu. Nie wolno publikować w internecie informacji umożliwiających identyfikację pacjenta.
 - Korzystając z Internetu w sieciach społecznościowych i z narzędzi teleinformatycznych lekarze powinni korzystać z ustawień prywatności, aby w miarę możliwości chronić dane osobowe i treści.
- **Profesjonalizm**
 - Lekarze kontaktujący się z pacjentami za pośrednictwem internetu muszą zachować odpowiednie granice w relacji pacjent–lekarz, zgodnie z wytycznymi dotyczącymi etyki zawodowej.
 - Należy zdawać sobie sprawę, że treść raz umieszczona w Internecie pozostaje tam na stałe.
- **Rzetelna wiedza**
 - Lekarz musi przykładać szczególną wagę do treści publikowanych przez siebie. Informacje te powinny być one oparte na aktualnej wiedzy medycznej. Nie powinny być oparte opinii własnej czy stereotypach.
 - Lekarz, który zauważy treści publikowane przez współpracowników, które są nieprofesjonalne, ma obowiązek zwrócić na nie uwagę danej osoby, aby mogła je usunąć i/lub podjąć inne odpowiednie działania. Jeżeli zachowanie w istotny sposób narusza normy zawodowe, a dana osoba nie podejmie odpowiednich działań w celu rozwiązania sytuacji, lekarz powinien zgłosić sprawę odpowiednim władzom.
 - Lekarz powinien zachować szacunek i odpowiedni język w swoich publicznych wypowiedziach, szczególnie w przypadku komentowania i odpowiadania na nierzetelne treści czy wiadomości lub by poprawić błędne interpretacje wiedzy medycznej.

- Korzystając z mediów społecznościowych w celach edukacyjnych czy w celu zawodowej wymiany informacji z innymi lekarzami, należy przestrzegać wskazówek etycznych dotyczących poufności, profesjonalizmu i świadomej zgody.
 - Prywatność i bezpieczeństwo lekarza
 - Korzystając z internetu w sieciach społecznościowych, lekarze muszą być świadomi zagrożeń dotyczących ich prywatności i w miarę możliwości chronić dane osobowe i treści własne i dotyczące osób bliskich.
 - Lekarze muszą być także świadomi możliwości reagowania na dotyczące ich negatywne treści, a także prawne konsekwencje tego typu działań.
 - Przejrzystość - aby zachować odpowiednie granice zawodowe, lekarze muszą oddzielić treści osobiste i związane z wykonywaniem zawodu lekarza w internecie.
 - Zaufanie publiczne - lekarze muszą zdać sobie sprawę, że działania w internecie i publikowane treści mogą negatywnie wpłynąć na ich reputację wśród pacjentów i współpracowników, mogą mieć konsekwencje dla ich kariery medycznej (szczególnie dla lekarzy stażystów i studentów medycyny) oraz mogą podważyć zaufanie społeczne do zawodów medycznych
 - Odpowiedzialność - lekarze powinni rutynowo monitorować swoją obecność w internecie, aby upewnić się, że informacje osobiste i zawodowe znajdujące się na ich własnych stronach internetowych oraz treści zamieszczane na ich temat przez inne osoby, są dokładne i odpowiednie.
-

Art. 72.

Lekarz przeprowadzający badania masowe o charakterze epidemiologicznym powinien mieć na celu uzyskanie wyników, które będą wykorzystane dla poprawy zdrowotności społeczeństwa. Badania te nie powinny stwarzać ryzyka zagrożenia zdrowia osób w nich uczestniczących.

Art. 72.

Skreślony

Kwestia ta zawiera się w art. 71.

Art. 73.

Lekarz decydujący się na uczestniczenie w zorganizowanej formie protestu nie jest zwolniony od obowiązku udzielania pomocy lekarskiej, o ile nie udzielenie tej pomocy może narazić pacjenta na utratę życia lub pogorszenie stanu zdrowia.

Art. 78.

Lekarz **uczestniczący** w zorganizowanej formie protestu nie jest zwolniony z obowiązku udzielania pomocy lekarskiej, o ile **nieudzielenie** tej pomocy może narazić pacjenta na utratę życia lub pogorszenie stanu zdrowia.

Art. 74.

Lekarz nie może uczestniczyć w akcie pozbawiania życia, asystować w torturowaniu lub innym poniżającym traktowaniu człowieka. Nie może też wykorzystywać swej wiedzy i umiejętności dla ułatwienia stosowania jakichkolwiek form okrutnego postępowania.

Art. 79.

Lekarz nie może nigdy brać udziału w zadawaniu tortur albo wykonywaniu innych okrutnych, nieludzkich bądź poniżających czynności lub kar, ani też ułatwiać takiego postępowania.

Bezpośrednia implementacja z Międzynarodowego KEL WMA.

Art. 75.

Lekarz nie może stosować środków i metod dopingowych w celach nielecniczych. Stosowanie środków i metod uznanych za dopingowe u osób uprawiających sport jest nieetyczne.

Art. 80.

Lekarz nie może stosować środków i metod dopingowych w celach nielecniczych. Stosowanie środków i metod uznanych za dopingowe u osób uprawiających sport jest nieetyczne.

ROZDZIAŁ VI

Zasady końcowe

ROZDZIAŁ VIII

Zasady końcowe

Art. 76.

W wypadkach nie przewidzianych w Kodeksie Etyki Lekarskiej należy kierować się zasadami wyrażonymi w uchwałach władz samorządu lekarskiego, w orzecznictwie sądów lekarskich oraz dobrymi obyczajami przyjętymi przez środowisko lekarskie.

Art. 81.

W wypadkach nie przewidzianych w Kodeksie Etyki Lekarskiej należy kierować się zasadami wyrażonymi w uchwałach władz samorządu lekarskiego i w orzecznictwie sądów lekarskich.

Art. 77.

Lekarze nauczający studentów powinni zaznajamiać ich z Kodeksem Etyki Lekarskiej. Studenci medycyny powinni zarówno przyswajać sobie jak i respektować zasady zawarte w niniejszym Kodeksie.

Art. 82.

Lekarze kształcący studentów mają obowiązek zaznajamiania ich z zasadami Kodeksu Etyki Lekarskiej oraz motywować do przyswajania i stosowania tych zasad.

Studenci medycyny powinni posiadać umiejętność rozpoznawania etycznego wymiaru decyzji medycznych. Mając zajęcia kliniczne z pacjentami, kontaktując się z lekarzami i innym personelem medycznym winni stosować zawarte w KEL zasady poszanowania pacjenta, relacji między lekarzami, wypracować utrwalony, oparty na KEL system wartości, który wniosą w późniejsze zawodowe życie.

Art. 78.

Lekarze, którzy nauczają studentów lub szkolą lekarzy powinni swoim postępowaniem stanowić przykład godny naśladowania dla studentów i młodych lekarzy będących pod ich opieką.

Art. 83.

Lekarze, którzy nauczają studentów lub szkolą lekarzy powinni swoim postępowaniem stanowić przykład godny naśladowania dla studentów i lekarzy będących pod ich opieką.
