

Stanowisko Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w sprawie debaty publicznej dotyczącej postulowanych zmian w zakresie prawnej dopuszczalności wykonywania zabiegu przerywania ciąży

Szanowni Państwo,
W imieniu Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego (dalej także: „PTG” lub „Towarzystwo”), w trosce o bezpieczeństwo zdrowotne pacjentek oraz bezpieczeństwo prawne lekarzy ginekologów-położników pragniemy zająć stanowisko w zakresie niektórych aspektów toczącej się obecnie debaty publicznej na temat regulacji prawnych dotyczących przerywania ciąży.

Charakter i zakres stanowiska

Towarzystwo nie jest zainteresowane udziałem w dyskusji o charakterze obyczajowym, ideologicznym lub religijnym. Każda osoba obdarzona sumieniem, rozsądkiem i doświadczeniem życiowym ma prawo do własnych refleksji w tym zakresie. Intencją Towarzystwa nie jest prezentowanie jakichkolwiek ogólnych wniosków zmierzających do potencjalnego zaostrzenia lub liberalizacji prawa aborcyjnego w Polsce. Członkowie PTG szanują prawo i będą stosować się do jego wymagań, z uwzględnieniem zobowiązań wynikających z przysięgi Hipokratesa. Żadna uwaga szczegółowa przedstawiona w niniejszym tekście nie powinna być interpretowana jako ciążąca ku określonej tezie lub postulatowi ugruntowanemu ideologicznie, obyczajowo lub religijnie. Przeciwnie, naszym jedynym celem jest zwrócenie uwagi dyskutantów oraz decydentów na poważne wątpliwości oraz nieprawidłowości zauważalne w publicznym dyskursie, towarzyszącym debacie na temat unormowania dopuszczalności wykonywania zabiegu terminacji ciąży.

Praktyka medycyny dostarcza lekarzom i pacjentkom dostatecznie dużo dylematów etycznych i pragmatycznych. Zbędne jest naszym zdaniem tworzenie dodatkowych wątpliwości wynikających z przepisów prawnych. Wszelkie takie niejasności uderzają bezpośrednio w lekarzy, którzy zamiast koncentrować się wyłącznie na celu, jakim jest dobro pacjenta, zmuszeni będą do kalkulowania, która decyzja kliniczna wiązać się będzie z mniejszym ryzykiem poniesienia odpowiedzialności karnej. W ocenie PTG tworzenie regulacji prawnych, które prowadzą do konfliktu między bezpieczeństwem praw-

nym lekarza a bezpieczeństwem zdrowotnym pacjentów, jest niezwykle szkodliwe dla tych ostatnich.

Konsekwencją stanu niepewności co do treści obowiązku lekarskiego może być naruszenie zaufania do decyzji lekarskiej, obniżenie jakości świadczeń zdrowotnych udzielanych w polskich szpitalach, wzrost liczby niepowodzeń położniczych, w tym przypadków śmiertelnych, a także zmniejszenie zaufania obywateli do stanowionego prawa. Należy przy tym z całą stanowczością zaznaczyć, że ochrona wynikająca z zasady pewności prawa wyrażonej w art. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej obejmuje wszystkich, w tym także lekarzy. Podkreślamy, że pacjenci będą prawdziwymi poszkodowanymi konsekwencjami wahania się i obaw lekarzy co do oczekiwanego przez prawo postępowania.

Kluczowe tezy

W opinii Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego wprowadzenie zmian prawnych dotyczących terminacji ciąży powinno być poprzedzone gruntowną analizą prawną, która uwzględni różnorodność i stopień skomplikowania (pod kątem medycznym i etycznym) występujących w praktyce przypadków klinicznych.

Towarzystwo pragnie zwrócić szczególną uwagę na następujące z proponowanych w debacie publicznej zmian prawnych, **które zostały szczegółowo omówione w dalszej części niniejszego opracowania:**

– **wprowadzenie zakazu zabiegów przerywania ciąży za wyjątkiem sytuacji „bezpośredniego niebezpieczeństwa dla życia matki” w praktyce klinicznej skutkować będzie niepewnością co do zgodności z prawem decyzji lekarskiej**

W debacie publicznej pojawiały się ostatnio propozycje ograniczenia dopuszczalności terminacji ciąży do sytuacji „bezpośredniego niebezpieczeństwa” dla życia matki. Przesłanka „bezpośredniości” jest w polskim prawie rozumiana w sposób niejednolity (patrz dalsze uwagi), a przenoszenie dyskusji prawniczych na sale szpitalne

uważamy za niedopuszczalne i niebezpieczne dla zdrowia oraz życia pacjentów. Lekarz w sytuacji podejmowania kluczowych decyzji klinicznych nie może zastanawiać się, czy w języku prawnym „bezpośrednie” zagrożenie oznacza niebezpieczeństwo natychmiastowe, nieuchronne, wysoce prawdopodobne lub inne.

Przepis art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry stanowi, że wyznacznikiem prawnego standardu działania lekarza (za zgodą pacjenta) są wzorce o charakterze pozaprawnym – tj. zasady etyki oraz aktualna wiedza medyczna. Wprowadzenie niejasnych regulacji prawnych w zakresie wytycznych wyznaczających pożądane postępowanie lekarza jest działaniem niewskazanim z punktu widzenia bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów.

– **ograniczenie przesłanek wyłączających bezprawność przerywania ciąży wyłącznie do czynności leczniczych bez wyraźnego uwzględnienia diagnostyki i profilaktyki spowoduje istotne wątpliwości co do dopuszczalności prowadzenia określonych procedur medycznych (w tym badań prenatalnych, ze względu na immanentne ryzyko z nimi związane)**

W pojawiających się w debacie publicznej propozycjach zmian prawnych w zakresie zaostrzenia prawa aborcyjnego obecny jest postulat ograniczenia zakresu kontraktynu wyłącznie do „działań leczniczych, koniecznych dla uchylenia bezpośredniego niebezpieczeństwa dla życia matki” (por. uwagi dot. obowiązującego art. 157a § 2 Kodeksu karnego w dalszej części stanowiska). W ocenie PTG wskazane jest jednoznaczne uwzględnienie w treści kontraktynu również działań diagnostycznych i profilaktycznych odnoszących się do płodu. Zdaniem Towarzystwa, takie działanie zagwarantowałoby pacjentkom efektywny dostęp do terapii i diagnostyki dziecka przed urodzeniem. Badania prenatalne są warunkiem koniecznym dla prowadzenia działań leczniczych w tej fazie rozwoju.

W przedmiotowym zakresie pewność prawa i intencji ustawodawcy ma kluczowe znaczenie dla podejmowania przez lekarzy decyzji klinicznych. Wynika to z faktu, że w przypadku badań prenatalnych zawsze istnieje ryzyko (0,5–2%) wywołania poronienia, niezależnie od poprawności wykonanego działania¹. Z prowadzeniem badań prenatalnych wiąże się jednak wiele niekwestionowanych korzyści dla zdrowia i życia dziecka (o konkretnych sytuacjach klinicznych piszemy w dalszej części niniejszego opracowania). Dlatego postulujemy uwzględnienie tego aspektu w proponowanych w ramach debaty zmianach prawnych.

– **propozycja zmiany polegająca na usunięciu z przepisów klarownych odniesień do prawa do**

swobodnego dostępu do informacji i diagnostyki prenatalnej spowoduje niepewność co do jej dopuszczalności

Towarzystwo z niepokojem obserwuje wszelkie propozycje zmian prawnych, w wyniku których z systemu prawnego zostałyby usunięte jasne odniesienia do prawa do prowadzenia diagnostyki (a w konsekwencji terapii) płodu. Tego rodzaju referencje obecne są przykładowo w art. 2 ust. 2a Ustawy o planowaniu rodziny, który nakłada na organy administracji rządowej i samorządowej obowiązek zapewnienia pacjentom swobodnego dostępu do informacji i badań prenatalnych.

Pragniemy wskazać, że system prawny należy analizować jako spójną całość złożoną z niesprzecznych ze sobą norm, a każde działanie ustawodawcy jako celowe i intencjonalne (zgodnie z powszechnie przyjętą w doktrynie prawa koncepcją racjonalnego prawodawcy, o czym szerzej w dalszej części opracowania). Mając to na uwadze, usuwanie przepisów prawnych odnoszących się do prawa do informacji i badań prenatalnych należałoby rozważać jako zamierzone korekty systemu prawnego, odzwierciedlające preferencje aksjologiczne ustawodawcy. Powyższe działania mogłyby zatem wpłynąć na wyniki wykładni prawa dokonywanej przez sądy (zwłaszcza na poziomie systemowym) i prowadziłyby do istotnych wątpliwości interpretacyjnych w zakresie dozwolonych i niedopuszczalnych działań medycznych.

W dalszej części opracowania prezentujemy szczegółowe omówienie zaprezentowanych powyżej tez.

Uwagi w przedmiocie postulatu zmiany prawa, polegającej na wprowadzeniu zakazu zabiegu przerywania ciąży połączonego z ustanowieniem kontraktynu opartego na przesłance „bezpośredniego niebezpieczeństwa dla życia pacjentki”

Niepewność co do treści prawa jako poważne zagrożenie dla bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentek oraz bezpieczeństwa prawnego lekarzy

Niepokój Towarzystwa wiąże się z dyskusją na temat zakresu omawianego kontraktynu „bezpośredniego niebezpieczeństwa dla życia matki” jako okoliczności pozbawiającej zabieg terminacji ciąży cech bezprawności. W ocenie PTG wprowadzanie jakichkolwiek zmian do regulacji dotyczących przerywania ciąży powinno być poprzedzone gruntowną i przemyślaną analizą sposobu budowy przepisów chroniących lekarzy działających w interesie pacjenta, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną.

¹ Borowski D., Wielgoś M., Węgrzyn P. (red.), Diagnostyka prenatalna w praktyce. Warszawa 2015: 87, 91, 95.

Niejednolitość rozumienia przesłanki „bezpośredniego niebezpieczeństwa”

Należy zauważyć, że przesłanka „bezpośredniości” w polskim prawie karnym jest rozumiana w sposób skrajnie niejednolity². Różnorodność i chwiejność podejść prezentowanych w doktrynie oraz orzecznictwie w zakresie interpretowania tej przesłanki jest istotnym zagrożeniem dla profesjonalizmu decyzji lekarskiej. Jest całkowicie niedopuszczalne, by niepewność prawa w omawianym zakresie była czynnikiem wpływającym na wahanie lekarza co do podjęcia lub zaniechania działania medycznego, zwłaszcza w sytuacjach naglących lub atypowych.

Rozbieżne rozumienie „bezpośredniego niebezpieczeństwa lub zagrożenia w literaturze prawa oraz orzecznictwie sądowym: „bezpośredniość” jako synonim „bliskości czasowej”

W wielu orzeczeniach³ i wypowiedziach przedstawicieli doktryny prawa⁴ dotyczących przesłanki „bezpośredniości” uwypukla się znaczenie elementu czasowego, tj. natychmiastowości wystąpienia przewidywanego skutku. W tym kontekście semantycznym o bezpośrednim niebezpieczeństwie dla życia pacjentki można mówić wyłącznie wówczas, gdy zagrożenie jest zdolne do zrealizowania się w krótkim czasie, liczonemu w minutach i godzinach raczej niż w dniach lub tygodniach.

Rozbieżne rozumienie „bezpośredniego niebezpieczeństwa lub zagrożenia w literaturze prawa oraz orzecznictwie sądowym: „bezpośredniość” jako synonim „nieuchronności skutku”

Niezależnie od powyższego, w doktrynie⁵ i orzecznictwie⁶ występują również wypowiedzi wskazujące, że przesłanka „bezpośredniości” powinna być rozumiana odmiennie, jako synonim „nieuchronności” (a nie „natychmiastowości”) grożącego niebezpieczeństwa.

Poglądy te z pewnością zasługują na uwagę, jednak nie mogą stanowić podstawy, by zakładać, że stosując przedmiotowy kontratyp w sprawach dot. przerywania ciąży, sądy będą skłaniać się wyłącznie ku takiemu rozumieniu pojęcia bezpośredniego zagrożenia czy niebezpieczeństwa. Warto przywołać w tym kontekście stanowisko P. Daniluka, który słusznie zauważył, że czynnik nieuchronności nastąpienia zdarzenia nie może być rozpatrywany w izolacji od innych i traktowany jako samoistnie wyznaczający wysoki stopień prawdopodobieństwa⁷.

W ocenie PTG koncepcja „bezpośredniości” jako „nieuchronności” nie jest wystarczająco precyzyjna i utrwalona w orzecznictwie, by można było mówić o jej funkcji ochronnej względem lekarzy. Warto również zwrócić uwagę, że wypowiedzi w tym zakresie są poddawane krytyce⁸ i prezentowane jako przykład niespójności w procesie wykładni⁹. Prawnicy zgodnie przyznają, iż „znamię

² Por. Kokot R. Komentarz do art. 160 Kodeksu karnego. W: Stefański R. Kodeks karny. Komentarz. Legalis 2016, nb. 24.

³ Przykładowo, w kontekście przestępstwa nieudzielenia pomocy, Sąd Najwyższy w uchwale z dnia 19 stycznia 1961 r., sygn. akt VI KO 43/60, stwierdził, iż „bezpośrednie zagrożenie życia oznacza taką sytuację, w której przy normalnym toku rzeczy człowiek musi umrzeć w najbliższym czasie, jeżeli pomoc nie przerwie procesu nieuchronnie prowadzącego do śmierci”. Podobnie Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 29 listopada 1973 r., sygn. akt Rw 902/73, dotyczącym narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo m.in. utraty życia, uznał, że „bezpośredniość realnie grożącego niebezpieczeństwa oznacza, iż w sytuacji przez sprawcę już stworzonej, a więc bez dalszej akcji z jego strony, istnieje duże prawdopodobieństwo nastąpienia w najbliższej chwili wymienionych skutków”. Również Sąd Apelacyjny w Katowicach w wyroku z dnia 20 marca 2003 r., sygn. akt II AKa 18/03, podkreślił, że „chodzi wyłącznie o takie działania, które stwarzają konkretne, realne i natychmiastowe zagrożenie dla życia ofiary”. Ponadto szczegółową wykładnię znaczenia bezpośredniości zaprezentował Sąd Najwyższy w postanowieniu z dnia 28 listopada 2003 r., sygn. akt IV KK 23/03, w którym wskazano, że „bezpośrednie niebezpieczeństwo w rozumieniu art. 164 Kodeksu karnego to niebezpieczeństwo grożące wprost, bez konieczności włączenia się dalszego impulsu ze strony sprawcy, bądź dodatkowej przyczyny, co oznacza tak zaawansowaną sytuację, że można w zasadzie mówić o bliskim skutku”. W tym samym postanowieniu Sąd Najwyższy podkreślił, że z językowej wykładni wynika, iż „bezpośredni” to znaczy „nie mający ogniw pośrednich, dotyczący kogoś lub czegoś wprost, znajdujący się bardzo blisko, niczym nieprzedzielony”. W innym orzeczeniu, z dnia 4 lutego 2002 r., sygn. akt V KKN 507/99, Sąd Najwyższy stwierdził, iż „bezpośredniość zamachu wchodzi w grę również wtedy, gdy istnieje wysoki stopień prawdopodobieństwa, że zagrożone atakiem dobro zostanie zaatakowane w najbliższej chwili”. Podobnie Sąd Apelacyjny w Krakowie, w wyroku z dnia 11 lutego 2015 r., sygn. akt II AKa 247/14, odnosząc się do instytucji obrony koniecznej uznał, że „o bezpośrednim zamachu można mówić jedynie wtedy, gdy stwarza on takie niebezpieczeństwo dla dobra prawnego, które może się natychmiast zaktualizować.”

⁴ Przykładowo, Marek A., analizując przesłanki legalności obrony koniecznej, wskazuje, że bezpośredniość zamachu polega w istocie na niezwłoczności zagrożenia. Również Zontek W., komentując warunki legalności tej samej instytucji prawnej, podkreśla, iż „polski ustawodawca przesądził wyraźny aspekt jego [zamachu – przyp. PTG] bliskości czasowo-przestrzennej”. Odnosząc się natomiast do stanu wyższej konieczności, akcentuje się, że „zagrożenie musi być bezpośrednie, co oznacza, że w chwili czynu istnieje natychmiastowa groźba dla określonego dobra prawnego, a więc niebezpieczeństwo grozi w najbliższej chwili, jest aktualne”. Podjęcie takie eliminuje ochronę lekarza dokonującego terminacji ciąży w celu uchylenia niebezpieczeństwa, które może przerodzić się lub na pewno przerodzi się w naruszenie dobra prawnego (śmierć pacjentki) na późniejszym etapie ciąży.

⁵ Zob. np. Daniluk P. Komentarz do art. 25 Kodeksu karnego. W: Stefański R. Kodeks karny. Komentarz. Legalis 2016, nb. 18.

⁶ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 30 maja 1973 r. sygn. akt III KR 6/73.

⁷ Daniluk P. Komentarz do art. 26 Kodeksu karnego. W: Stefański R. Kodeks karny. Komentarz. Legalis 2016, nb. 4 i powołana tam literatura.

⁸ Lachowski J. Stan wyższej konieczności w polskim prawie. Legalis 2005.

⁹ Grześkowiak A. Komentarz do art. 26 Kodeksu karnego. W: Grześkowiak A. Kodeks karny. Komentarz. Legalis 2016, nb. 6; Daniluk P. Komentarz do art. 26 Kodeksu karnego. W: Stefański R. Kodeks karny. Komentarz. Legalis 2016, nb. 4.

bepośredniości ma charakter ocenny i konstruowanie precyzyjnych definicji w tym zakresie skazane może być na niepowodzenie¹⁰. Wskazuje się, że „niedookreśloność pojęcia bezpośredniości daje różne możliwości interpretacyjne, a wybór treści pojęcia zależy od przyjmowanego poglądu¹¹”.

„Bezpośredniość” zagrożenia lub niebezpieczeństwa a rachunek prawdopodobieństwa

Niezależnie od wskazanych powyżej wątpliwości semantycznych na gruncie przesłanki „bezpośredniego niebezpieczeństwa” podkreślamy, że termin ten może być odczytywany w praktyce jako synonim „wysokiego prawdopodobieństwa”. Na ryzyko takie wskazują niektóre wypowiedzi w orzecznictwie¹² i nauce prawa¹³.

W polskim prawie nie sprecyzowano, jak oceniać wysoki stopień prawdopodobieństwa. W szczególności brak jest wytycznych, od jakiej wartości procentowej prawdopodobieństwa ryzyko zaczyna być „wysokie”. Przedstawiciele nauki prawa podejmowali liczne próby stworzenia koncepcji oceny stopnia prawdopodobieństwa, jednak żadna z nich nie doczekała się powszechnego uznania¹⁴.

Pojęcie „niebezpieczeństwa” na gruncie prawa karnego interpretuje się najczęściej jako stan, w którym zachodzi prawdopodobieństwo (jakikolwiek) nastąpienia ujemnego skutku¹⁵. Przesłanka „bezpośredniości” modyfikuje jednak powyższą definicję, dodając element wysokiego stopnia prawdopodobieństwa przerodzenia się niebezpieczeństwa w zjawisko naruszenie dobra prawnego¹⁶. Jak zauważa P. Daniluk, „o stopniu jego [niebezpieczeństwa – przyp. PTG] natężenia decydują nie tylko cechy zjawisk zbiegających się, ale także pewne cechy wzajemnych relacji pomiędzy nimi. Dopiero ogół tych cech waży na ocenie stopnia prawdopodobieństwa, który odpowiada, bądź nie, elementowi bezpośredniości¹⁷”. Wskazuje się, że czynnikami wpływającymi na wysoki stopień prawdopodobieństwa może być bliskość czasowa, usytuowanie w ciągu przyczynowym czy nie-

uchronność nastąpienia zdarzenia (a więc w zasadzie stuprocentowa pewność)¹⁸.

Ze względu na brak powszechnej zgody między prawnikami, jak mierzyć stopień prawdopodobieństwa, w doktrynie zaczęto podnosić głosy, iż prawidłowe oszacowanie stopnia prawdopodobieństwa możliwe jest tylko po wzięciu pod uwagę wszystkich okoliczności danego przypadku¹⁹. W ocenie Towarzystwa brak możliwości wyznaczenia jednoznacznych kryteriów, które gwarantowałyby lekarzom pewność konsekwencji związanych z wyborem określonego zachowania, w sposób negatywny będzie oddziaływał na fachowość, szybkość i skuteczność podejmowanych decyzji klinicznych. Co więcej, posłużenie się przesłanką „bezpośredniości” (która może być interpretowana jako wymaganie „wysokiego prawdopodobieństwa”), doprowadzi do stawiania lekarzy w niezwykle trudnej, z perspektywy etycznej, sytuacji.

Prosimy o rozważenie tego w oparciu o następujący przypadek kliniczny: pacjentka choruje na powikłaną chorobę wieńcową i jest w kilkutygodniowej ciąży. Zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, ryzyko jej zgonu wynosi jeden do pięciu (20%). Należy wątpić, czy jakkolwiek standard prawny jest w stanie określić, czy jest to ryzyko wystarczające do dokonania zabiegu terminacji ciąży, bez referencji do norm dotyczących ocen i postępowania wypracowanych w społeczności lekarskiej oraz bez uwzględnienia woli osoby narażonej na tak wysokie ryzyko zgonu — pacjentki.

Postulowane zmiany prawne a praktyka kliniczna

Zauważalna wielość interpretacji doktrynalno-orzecznicych jest argumentem przemawiającym za rezygnacją ze stosowania w analizowanym przypadku przesłanki „bezpośredniości”.

Należy zgodzić się z poglądem, że „przesłanki kontratywu muszą być na tyle precyzyjne, by zminimalizować ryzyko błędu²⁰”. W niezwykle wymagającej i trudnej dla

¹⁰ Giezek J. Komentarz do art. 25 Kodeksu karnego. W: Giezek J. Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz. Wyd. II, LEX 2012, teza 9; Zontek W. Komentarz do art. 25 Kodeksu karnego. W: Zawłocki R. Kodeks karny. Część ogólna. Tom I. Komentarz do art. 1-31, Legalis 2015, nb. 8.

¹¹ Grześkowiak A. Komentarz do art. 26 Kodeksu karnego. W: Grześkowiak A. Kodeks karny. Komentarz. Legalis 2016, nb. 6.

¹² Zob. np. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 29 maja 2012 r., III KK 87/12; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 3 grudnia 1999 r., II KKN 377/97.

¹³ Zob. np. Daniluk P. Komentarz do art. 25 Kodeksu karnego. W: Stefański R. Kodeks karny. Komentarz. Legalis 2016, nb. 17.

¹⁴ Daniluk P. Komentarz do art. 26 Kodeksu karnego. W: Stefański R. Kodeks karny. Komentarz. Legalis 2016, nb. 5.

¹⁵ Daniluk P. Komentarz do art. 26 Kodeksu karnego. W: Stefański R. Kodeks karny. Komentarz. Legalis 2016, nb. 1.

¹⁶ Daniluk P. Komentarz do art. 26 Kodeksu karnego. W: Stefański R. Kodeks karny. Komentarz. Legalis 2016, nb. 4; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 3 grudnia 1999 r., sygn. akt II KKN 377/99; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 grudnia 2011 r., sygn. akt II KK 177/11.

¹⁷ Daniluk P. Komentarz do art. 26 Kodeksu karnego. W: Stefański R. Kodeks karny. Komentarz. Legalis 2016, nb. 4.

¹⁸ Daniluk P. Komentarz do art. 26 Kodeksu karnego. W: Stefański R. Kodeks karny. Komentarz. Legalis 2016, nb. 4; Grześkowiak A. Komentarz do art. 26 Kodeksu karnego. W: Grześkowiak A. Kodeks karny. Komentarz. Legalis 2016, nb. 6; Warylewski J. Przepięstwa przeciwko dobrom indywidualnym. Legalis 2016: 1267.

¹⁹ Daniluk P. Komentarz do art. 26 Kodeksu karnego. W: Stefański R. Kodeks karny. Komentarz. Legalis 2016, nb. 4.

²⁰ Zontek W. Komentarz do art. 25 Kodeksu karnego. W: Zawłocki R. Kodeks karny. Część ogólna. Tom I. Komentarz do art. 1-31, Legalis 2015, nb. 7.

lekarza sytuacji, jaką jest podejmowanie decyzji klinicznych dotyczących życia i śmierci, przesłanka „bezpośredniości” nie spełnia tego kryterium. Konstruowanie okoliczności wyłączającej bezprawność czynu lekarza za pomocą analizowanej przesłanki może mieć tragiczne konsekwencje praktyczne.

Celem skonkretyzowania powyższych obaw konieczne jest rozważenie poniższych przypadków klinicznych:

Przypadek nr 1: ciąża ektopowa

Ciąża ektopowa (pozamaciczna) to sytuacja kliniczna, w której do implantacji (zagnieżdżenia) zapłodnionej komórki jajowej dochodzi poza jamą macicy. Według dostępnych danych około 2% rozpoznanych ciąż stanowią właśnie ciążę ektopową²¹. Obecnie zauważa się wzrost liczby pacjentek z ciążami ektopowymi, co prawdopodobnie ma związek z większą liczbą pacjentek z licznymi czynnikami ryzyka starających się zająć w ciążę. Dzięki postępowi w zakresie diagnostyki i leczenia śmiertelność związana z ciążą ektopową w ostatnich kilkudziesięciu latach zmniejszyła się kilkakrotnie. Jednak wciąż pozostaje jedną z głównych przyczyn umieralności kobiet w pierwszym trymestrze ciąży. Aby ciąża mogła rozwinąć się prawidłowo, niezbędne jest środowisko jamy macicy. W pewnym odsetku rozwijająca się w nieprawidłowym miejscu ciąża obumiera samoistnie na bardzo wczesnym etapie, nie powodując tym samym zagrożenia dla pacjentki. Wiele ciąż ektopowych rozwija się do pewnego stopnia, pomimo nieprawidłowej lokalizacji poza macicą. Warto zwrócić w tym miejscu uwagę, że w ogromnej większości przypadków ciąży ektopowej nie stwierdza się obecności zarodka, a jedynie trofoblast (tkanki łożyska). Ciąża ektopowa, w której obserwujemy obecność zarodka i możemy potwierdzić czynność jego serca, jest stosunkowo rzadkim zjawiskiem. Niezależnie od tego, opisywany stan jest zawsze zagrożeniem życia dla pacjentki, ponieważ rosnąca ciąża w pewnym (niemożliwym do przewidzenia) momencie powoduje uszkodzenie narządu, w którym się znajduje. W konsekwencji dochodzi zwykle do krwawienia do jamy brzusznej, którego następstwem może być wstrząs hipowolemiczny będący – niewątpliwie bezpośrednim – zagrożeniem życia pacjentki. W przypadku ciąży ektopowej rozwijającej się w jajowodzie, bliżnie po cięciu cesarskim lub szyjce macicy zagrożenie życia pacjentki graniczy z pewnością. Niemożliwe jest jednak precyzyjne ustalenie, kiedy do zagrożenia dojdzie, tj. w jakim momencie należy spodziewać się bezpośredniego zagrożenia życia kobiety. Leczenie polega na usunięciu zagrażającej krwotokiem i wstrząsem hipowolemicznym ciąży ektopowej. Zwykle niezbędna jest operacja lub podanie leku, który zatrzyma wzrost ciąży o nieprawidłowej lokalizacji. Zabieg operacyjny powinien być wykonany, oczywiście za zgodą pacjentki, zanim dojdzie do pęknięcia ciąży ektopowej, czyli przed wystąpieniem bezpośredniego zagrożenia

życia pacjentki, gdyż wówczas jest z oczywistych względów bezpieczniejszy dla jej zdrowia i życia.

Mając na uwadze zaprezentowane wyżej skrajnie niejednolite podejście do rozumienia przesłanki „bezpośredniości”, należy stwierdzić, że z perspektywy bezpieczeństwa prawnego lekarza zachowaniem minimalizującym ryzyko odpowiedzialności karnej byłoby zatem zwlekanie z leczeniem farmakologicznym lub operacyjnym do momentu wystąpienia u pacjentki krwotoku do jamy otrzewnej. Dopiero bowiem krwotok do jamy brzusznej stanowi niewątpliwie bezpośrednie niebezpieczeństwo dla zdrowia kobiety i trudno wyobrazić sobie odmienną interpretację prawną. W innym przypadku lekarz działający zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, tj. usuwający ciążę pozamaciczną, ryzykuje uznanie przez sąd, że bezpośrednio niebezpieczeństwo jeszcze nie nastąpiło, bowiem przewidywany skutek był dość odległy w czasie, a ponadto istniała (minimalna) szansa, że do krwotoku by nie doszło.

Przypadek nr 2: nadciśnienie płucne matki

Ciąża jest stanem mogącym nasilać schorzenia występujące u pacjentki jeszcze przed ciążą lub powodować ujawnienie się nowych chorób. Na szczególne uwzględnienie zasługują choroby kardiologiczne. Przykładem dobrze obrazującym ryzyko związane z zastosowaniem przesłanki „bezpośredniości” jest nadciśnienie płucne – stan, w którym dochodzi do podwyższonego ciśnienia w tętnicach płucnych. Choroba prowadzi do rozwinięcia się duszności, niejednokrotnie o bardzo dużym nasileniu (także w spoczynku), bólów w okolicy klatki piersiowej oraz niewydolności serca, wątroby, wodobrzusza i obręzków. U kobiet z nadciśnieniem płucnym ryzyko zgonu w okresie ciąży sięga ponad 50%²². Należy stanowczo podkreślić, że w świetle aktualnej wiedzy medycznej nie da się przewidzieć, która pacjentka cierpiąca na ww. schorzenie wytrzyma obciążenie związane z ciążą, a która umrze, mimo zapewnienia opieki zespołu najlepszych specjalistów w danej dziedzinie. Zgodnie z rekomendacjami Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego²³ u tych pacjentek ciąża jest przeciwwskazana i ze względu na duże ryzyko zgonu należy poinformować pacjentkę o możliwości wcześniejszego jej zakończenia.

Wprowadzając do kontraktacji czynności lekarskiej przesłankę „bezpośredniości”, ustawodawca nie zapewni kobietom efektywnej możliwości podjęcia świadomej i samodzielnej decyzji odnośnie do dalszej kontynuacji ciąży lub jej terminacji, narażając je niekiedy na bezpośrednie zagrożenie życia.

Wnioski

Powyższe zdaniem Towarzystwa stanowi ważny argument przemawiający przeciwko posługiwaniu się przesłanką „bezpośredniości” w ramach kontraktacji do zakazu zabiegu przerywania ciąży.

²¹ Lozeau A.M., Potter B. Diagnosis and management of ectopic pregnancy. Am. Fam. Physician. 2005; 72 (9): 1707–1714.

²² Bassily-Marcus A.M., Yuan C., Oropello J., Manasia A., Kohli-Seth R., Benjamin E. Pulmonary hypertension in pregnancy: critical care management. Pulm. Med. 2012; 2012: 709407.

Oczywiście nie ma niczego niezwykłego w ścieraniu się różnych poglądów i narracji interpretacyjnych w praktyce stosowania prawa. Jest to zjawisko wspólne dla wszystkich systemów prawnych. Towarzystwo dostrzega różnorodność funkcji, jakie może pełnić w prawie karnym przesłanka „bezpośredniości” (w kontekście używania jej w różnego rodzaju przepisach). Nie jest intencją Towarzystwa obrona któregośkolwiek z opisanych powyżej konfliktujących stanowisk interpretacyjnych. **Pragniemy jednak z całą mocą podkreślić, że niedopuszczalne jest przeniesienie sporów prawnych do praktyki medycznej poprzez użycie terminów prawnych skazujących adresatów nowego prawa (w szczególności lekarzy) do podejmowania tych samych debat interpretacyjnych w sytuacji zagrożenia dla życia i zdrowia pacjentek.** Trudno bowiem obecnie przesądzić, jakie rozumienie przesłanki „bezpośredniości” stosowałyby sądy w przypadku użycia tego terminu do regulacji prawnej zabiegu terminacji ciąży.

Decyzje kliniczne oparte na ustaleniach co do prawdopodobieństwa określonych powikłań, a tym samym co do ryzyka dla życia i zdrowia pacjentek, powinny być oparte o standardy aktualnej wiedzy medycznej, indywidualnie dla każdej pacjentki, z uwzględnieniem jej woli i osobistych preferencji. Nierzadko są to decyzje bardzo trudne i należy podkreślić, że wymagają one w każdym przypadku indywidualnego podejścia. Poważnym błędem jest założenie, że ocena relacji pomiędzy decyzją kliniczną a prawdopodobieństwem powikłań może być wytyczana autonomicznie przez system prawny. **Zadaniem systemu prawnego jest kontrola decyzji lekarza względem aktualnej wiedzy medycznej, nie zaś zastępowanie tej wiedzy i substytuowanie jej innym systemem odniesień, w szczególności niejasnym i niepewnym.** Jedynie oparcie decyzji lekarskiej na rzetelnej i aktualnej wiedzy medycznej gwarantuje optymalny charakter decyzji lekarskiej, a zarazem optymalny poziom bezpieczeństwa pacjentek.

Konieczność uwzględnienia badań diagnostycznych w treści kontraktu

Niezależnie od wskazanych powyżej dylematów, związanych z przesłanką „bezpośredniości niebezpieczeństwa” jako elementu kontraktu wyłączającego bezprawność terminacji ciąży, na uwagę zasługuje również postulowane w debacie publicznej ograniczenie zakresu okoliczności wyłączających bezprawność czynu lekarza wyłącznie do „czynności leczniczych”.

Towarzystwo zauważa oczywiście, że takiego zabiegu dokonał ustawodawca na gruncie obowiązującego obecnie art. 157a § 2 Kodeksu karnego, którego treść z tego względu oceniana jest przez nas negatywnie. Ważniejszy jednak jest fakt, że w toczącej się ostatnio dyskusji publicznej pojawiały się głosy za posługiwaniem się podobną konstrukcją także w odniesieniu do przepisów całkowicie zakazujących terminacji ciąży.

Niewykluczone, że w praktyce orzeczniczej sądy dążyłyby do szerokiej wykładni sformułowania „czynność lecznicza”, tzn. jako obejmujące **każdą** czynność związaną z procesem leczenia (w tym diagnostykę i profilaktykę). Pragniemy jednak zwrócić uwagę, że ograniczenie kontraktu czynności lekarskiej wyłącznie do działań o charakterze „leczniczym” budzić będzie zawsze istotne wątpliwości, czy objęte są nim czynności diagnostyczne (a więc nie: lecznicze *sensu stricto*). Wątpliwości te stanowią będą z kolei istotne zagrożenie dla diagnostyki prenatalnej, bez której niemożliwe stają się działania lecznicze prowadzone na tym etapie rozwoju. Należy również mieć na uwadze, że w debacie publicznej pojawiał się postulat ograniczenia dopuszczalnych działań leczniczych wyłącznie do tych, które służą uchyleniu bezpośredniego niebezpieczeństwa **dla życia matki.**

Przy inwazyjnych badaniach prenatalnych zawsze istnieje ryzyko związane z nieprzewidywalną reakcją organizmu, która może doprowadzić do przedwczesnego odplynięcia płynu owodniowego, wzniesienia przedwczesnej czynności skurczowej macicy lub nawet obumarcia płodu. Tymczasem diagnostyka prenatalna jest pierwszym, koniecznym krokiem do podjęcia leczenia wewnątrzmacicznego, które często warunkuje przeżycie dziecka zarówno w prenatalnej, jak i postnatalnej fazie rozwoju.

Prosimy o rozważenie następujących przypadków, wskazujących na niezwykle ważną diagnostykę prenatalną, a co za tym idzie – konieczność dostosowania przepisów prawnych do modeli decyzji lekarskich:

Przypadek nr 3: diagnostyka przepukliny przeponowej u płodu

W bardzo zaawansowanych przypadkach tego schorzenia 90% dzieci umiera od razu po porodzie. Zastosowanie terapii prenatalnej polegającej na fetoskopowej okluzji tchawicy płodu przyczynia się do około dwukrotnego zwiększenia ich szans na przeżycie (normalnie wynoszą 10–20%, a więc dzięki działaniom lekarzy mogą wzrosnąć do 20–40%)²⁴. Niestety, nawet przy dochowaniu najwyższej staranności i przeprowadzeniu tego zabiegu zgodnie z najlepszą aktualną wiedzą medyczną

²³ Wytoczne Grupy Roboczej Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) do spraw postępowania w chorobach sercowo-naczyniowych u kobiet w ciąży. *Kardiologia Polska* 2011; 69 (supl. 7): 341–400.

²⁴ Jani J., Nicolaidis K.H., Keller R.L. et al. Observed to expected lung area to head circumference ratio in the prediction of survival in fetuses with isolated diaphragmatic hernia. *Ultrasound in obstetrics & gynecology: the official journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology* 2007; 30: 67–71.

możliwe jest wystąpienie szeregu powikłań — takich jak: poród przedwczesny, oddzielenie łożyska czy nawet wewnątrzmaciczne obumarcie płodu.

Przypadek nr 4: zespół przetoczenia między bliźniętami

Innym przykładem może być zespół przetoczenia między bliźniętami. To powikłanie typowe dla ciąży bliźniaczej jednokosmówkowej dwuowodniowej. U około 20% kobiet w takiej ciąży powikłanie wynika z obecności w łożysku nieprawidłowych połączeń naczyniowych między dwoma płodami. W celu uratowania płodów możliwe jest zastosowanie terapii wewnątrzmacicznej polegającej na laserowym zamknięciu nieprawidłowych naczyń krwionośnych.

W zaawansowanych postaciach zespołu przetoczenia między bliźniętami płody są skazane niemal na pewną śmierć (szanse przeżycia są minimalne). Po przeprowadzeniu zabiegu istnieje około 66% szans, że przynajmniej jeden płód przeżyje i 33% szans, że przeżyją oba. Sam zabieg jest jednak ingerencją zabiegową w środowisko wewnątrzmaciczne i jak każda operacja wiąże się nie tylko z korzyściami, ale także z potencjalnym ryzykiem zarówno dla płodów, jak i kobiety ciężarnej (krwawienie, odpłynięcie płynu owodniowego, przedwczesny poród). Jest prawdopodobne, że w wyniku zabiegu dojdzie do powikłania w postaci śmierci jednego lub nawet obydwu płodów²⁵.

Przypadek nr 5: leczenie choroby hemolitycznej wywołanej konfliktem serologicznym

Warto zwrócić także uwagę na leczenie innego bardzo poważnego powikłania ciąży — choroby hemolitycznej wywołanej konfliktem serologicznym. Jest to choroba płodu, w przebiegu której kobieta ciężarna wytwarza przeciwciała przeciwko krwinkom czerwonym płodu. Efektem tego jest uszkodzenie niezbędnych do wymiany gazowej krwinek czerwonych. Zaawansowane postaci konfliktu serologicznego prowadzą do znacznego stopnia anemii u płodu, obrzęku oraz wewnątrzmacicznego obumarcia płodu. Metodą ratującą dzieci są transfuzje dokonywane w łonie matki. Po zastosowaniu tej terapii prawie wszystkie dzieci przeżywają. Zabieg może wiązać się jednak z ryzykiem wystąpienia zaburzeń rytmu serca płodu, wywołania czynności skurczowej macicy oraz porodu przedwczesnego lub nawet wewnątrzmacicznego obumarcia płodu — ryzyko wynosi około 5%. Brak zastosowania leczenia wewnątrzmacicznego w zaawansowanych przypadkach anemii płodu wywołanej konfliktem serologicznym prowadzi nieuchronnie do wewnątrzmacicznego obumarcia płodu.

Przypadek nr 6: wewnątrzmaciczne zabiegi na sercach płodów

Jeszcze innym przykładem może być prenatalna terapia wad serca płodów. Istnieją takie wady serca, których obraz bardzo dynamicznie zmienia się w czasie życia płodowego. Najczęściej

operowana prenatalnie wada — krytyczne zwężenie zastawki aortalnej — w połowie ciąży może wyglądać jedynie na zwężenie zastawki, a pod jej koniec przekształcić się w zespół niedorozwoju lewego serca (tzw. HLHS). Obecnie dziecko z krytycznym zwężeniem zastawki aortalnej może przeżyć dzięki wdrożeniu po urodzeniu intensywnej terapii medycznej oraz przeprowadzeniu kilku (zwykle czterech) operacji kardiologicznych w ciągu pierwszych lat życia. Operacje te wiążą się z istotnym ryzykiem powikłań, a serce dziecka zawsze pozostaje sercem jednokomorowym, nieprawidłowym.

Istnieje jednak alternatywna metoda postępowania w takich przypadkach. Obecnie w Polsce wykonywane są prenatalne zabiegi poszerzenia zastawki aortalnej, które mają na celu zatrzymanie postępu wady i zapobieganie rozwojowi serca jednokomorowego. Ryzyko zgonu płodu podczas takiego zabiegu wynosi około 10% i jest znacznie niższe niż ryzyko zgonu dziecka podczas operacji kardiologicznych po porodzie. Wskazane wyżej niejasności interpretacyjne wynikające z zastosowania przesłanki „bezpośredniości” postawią pod znakiem zapytania możliwość wykonywania czynności medycznych na etapie prenatalnym w celu minimalizowania zagrożenia dla zdrowia i życia dziecka, które może pojawić się w mniej lub bardziej odległej przyszłości, jak również czynności podejmowanych w celu poprawy jakości przyszłego życia dziecka. Pragniemy wskazać, że wraz z rozwojem terapii prenatalnej medycyna będzie poznawać coraz więcej analogicznych metod działania dla dobra dziecka.

Waga prawa pacjentki do diagnostyki i terapii prenatalnej

Źródło wątpliwości

Wobec rozważań przedstawionych w pkt. 4 powyżej, Towarzystwo odbiera jako niepokojące wszelkie koncepcje zmierzające do usunięcia z aktualnego ustawodawstwa klarownych odniesień do prawa do wykonywania badań prenatalnych. Dotyczy to przede wszystkim art. 2 ust. 2a Ustawy o planowaniu rodziny, który stanowi, że organy administracji rządowej i samorządu terytorialnego są zobowiązane zapewnić swobodny dostęp do informacji i badań prenatalnych wszystkim kobietom ciężarnym, a zwłaszcza (choć nie tylko) wtedy, gdy istnieje podwyższone ryzyko bądź podejrzenie wystąpienia wady genetycznej lub rozwojowej płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej życiu płodu.

Potencjalne skutki zmian prawnych w obszarze diagnostyki i terapii prenatalnej

Wykonywanie diagnostyki i terapii wewnątrzmacicznej należy zaliczyć do jednych z najważniejszych zdobyczy medycyny ostatnich dekad i zakwalifikować jako nie-

²⁵ Bejar R., Vigliocco G., Gramajo H. et al. Antenatal origin of neurologic damage in newborn infants. II. Multiple gestations. Am. J. Obstet. Gynecol. 1990; 162: 1230–1236.

odłączny element aktualnej wiedzy medycznej, której przestrzeganie jest naczelnym obowiązkiem każdego lekarza. Usuwanie z systemu prawnego odniesień do badań prenatalnych budzi uzasadnione wątpliwości i obawy społeczności lekarskiej odnośnie do intencji ustawodawcy. Zgodnie z zasadą racjonalnego prawodawcy, zmiany polegające na usunięciu przepisu o dostępie do badań prenatalnych muszą być traktowane jako intencjonalne oraz istotne korekty systemu prawnego. Zmiany takie oddziałują zatem w ramach wykładni systemowej prawa na interpretację wszelkich innych przepisów prawa, w tym w szczególności przepisów dotyczących dopuszczalności terminacji ciąży. Wzięcie pod uwagę omawianej zmiany wymagać musi zatem przypisania ustawodawcy pewnych preferencji aksjologicznych, które mogą następnie oddziaływać na rozwiązywanie dylematów interpretacyjnych w obszarze znamion przestępstw lub kontratypów przez sądy lub inne organy. To z kolei w krytycznym przypadku może doprowadzić do decyzji lekarza o wstrzymaniu się z konkretnym działaniem diagnostycznym, zwłaszcza w sytuacji klinicznej, w której relacja korzyści i ryzyka zdrowotnego będzie niejednoznaczna lub wręcz niemożliwa do ustalenia.

W aktualnym dyskursie na temat zmian prawa dotyczącego terminacji ciąży pojawiają się wciąż głosy o dalszej możliwości, po ewentualnym zaostrzeniu prawa aborcyjnego, prowadzenia diagnostyki i terapii wewnątrzmacicznej. Bez względu na to, czy ustawodawca zdecyduje się na wprowadzenie zmian prawnych, jak również bez względu na ich charakter, nie powinno ulegać wątpliwości, że lekarz ma prawo i obowiązek korzystać ze zdobyczy aktualnej wiedzy medycznej w interesie pacjentów.

Waga praktyczna rozważanego zagadnienia

Przywołane powyżej obawy są w pełni uzasadnione – zwłaszcza w kontekście rozważań o penalizacji nieumyślnego spowodowania zgonu płodu. Nie wolno zapominać, że w przypadku badań prenatalnych zawsze istnieje ryzyko (0,5–2%) wywołania poronienia, niezależnie od poprawności wykonanej procedury²⁶. W praktyce medycznej omawiane ryzyko uważa się jednak za akceptowalne, ze względu na korzyści, jakie niesie ze sobą podjęcie lub zaplanowanie wczesnej terapii dziecka, jak również w aspekcie dostarczenia pacjentce informacji na temat rozwoju płodu w trudnych przypadkach klinicznych. W związku z tym prosimy o rozważenie następującego przypadku:

Przypadek nr 7: zastosowanie leczenia wewnątrzmacicznego z powodu wysięku w opłucnej płodu

Do wysięku w opłucnej płodu dochodzi, gdy w klatce piersiowej płodu gromadzi się płyn uniemożliwiający prawidłowy rozwój płuc. Śmiertelność w zawnoszonych przypadkach jest wysoka. Zabieg odciągnięcia płynu z klatki piersiowej za pomocą specjalnego drenu w znaczącym stopniu (o ok. 60%) poprawia rokowanie dla płodu²⁷. W celu zakwalifikowania płodu do zabiegu niezbędne jest jednak wykonanie diagnostyki inwazyjnej i wykluczenie wad genetycznych płodu. Ryzyko związane z wykonaniem diagnostyki inwazyjnej (pobranie płynu owodniowego lub krwi płodu) jest wielokrotnie mniejsze niż korzyści z dalszych etapów terapii (założenie drenu). Niemniej jednak każda z tych procedur wiąże się z ryzykiem dla samej ciąży i płodu, dlatego nie wykonuje się tych zabiegów w sytuacji, gdy u płodu występują poważne wady genetyczne. W takich przypadkach prowadzenie terapii prenatalnej stanowiłoby nieuzasadnione ryzyko dla kobiety ciężarnej przy braku korzyści dla płodu (brak możliwości wyleczenia).

W obliczu działań zmierzających do usuwania z systemu prawnego odniesień do diagnostyki prenatalnej uzasadnione jest pytanie, czy takie zmiany prawne nie doprowadzą do uznania, że każde inicjowanie i przeprowadzanie badań oraz terapii w łonie matki jest niezachowaniem ostrożności wymaganej w danych okolicznościach (w rozumieniu art. 9 § 2 Kodeksu karnego). Przyjęcie takiej interpretacji przez sądy – co nie jest wykluczone, biorąc pod uwagę różnorodność poglądów na temat granicy ryzyka dopuszczalnego przy podejmowaniu ww. działań – doprowadziłoby do ponoszenia przez lekarzy odpowiedzialności karnej za postępowanie zgodne z wytycznymi aktualnej wiedzy medycznej.

Uwagi końcowe

Wszystkich czytających te słowa prosimy o zrozumienie, że rzeczywista praktyka medycyny stwarza trudności i dylematy, o których nie mają pojęcia prawnicy, parlamentarzyści i legislatorzy, niezależnie od ich najlepszych intencji, wycucia etycznego, rozległej wiedzy prawniczej i umiejętności politycznych.

W obszarze położnictwa dylematy te są szczególnie trudne do rozwiązania, ponieważ często dotyczą dwóch istot ludzkich jednocześnie, a w interakcję pomiędzy lekarzem a pacjentem zaangażowane są wielkie oczekiwania i emocje, a także konieczność ważenia konfliktujących dóbr o wyjątkowym wymiarze społecznym i indywidualnym. Medycyna jest dziedziną o ogromnej złożoności, której zgłębianie trwa latami i nie da się

²⁶ Borowski D., Wielgoś M., Węgrzyn P. (red.). Diagnostyka prenatalna w praktyce. Warszawa 2015: 87, 91, 95.

²⁷ Blaicher W., Häusler M., Gembruch U. et al. Feto-amniotic shunting experience of six centres. *Ultraschall. Med.* 2005; 26 (2): 134–141.

jej ująć w uproszczone wypowiedzi normatywne. Może o tym świadczyć fakt, że pomimo dynamicznego rozwoju bioetyki, której przedmiotem jest refleksja nad etycznym wymiarem medycyny, wiele kwestii pozostaje nierozstrzygniętych, a proponowane odpowiedzi na niektóre dylematy wciąż budzą liczne kontrowersje.

Fundamentalny przepis art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty stanowi, że wyznacznikiem prawnego standardu działania lekarza są wzorce o charakterze pozaprawnym – tj. zasady etyki oraz aktualne wytyczne wiedzy medycznej. Podejście regulacyjne przedstawione w tym przepisie jest słuszne – nauka

medycyny jest tym właśnie systemem, z którego czerpać należy oceny co do tego, co jest najlepsze dla pacjenta, pacjentki oraz dziecka. Wprowadzanie prawnych rozwiązań substytuujących standardy wynikające z aktualnej wiedzy medycznej oraz etyki medycznej (lub konfliktogennych w tym obszarze) prowadzić będzie do rozwiązań niekorzystnych dla pacjentów.



Prof. dr hab. n. med. Mirosław Wielgoś
Prezes Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego

Zespół biorący udział w opracowaniu tekstu stanowiska:

Przewodniczący zespołu:

Prof. dr hab. n. med. Mirosław Wielgoś – Prezes Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego

Grupa Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego:

Dr hab. n. med. Dorota Bomba-Opoń – Sekretarz Zarządu Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego

Dr hab. n. med. Piotr Laudański – Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego

Prof. dr hab. n. med. Wojciech Rokita – Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego

Prof. dr hab. n. med. Robert Spaczyński – Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego

Grupa prawników:

Magdalena Kołodziej – Kancelaria DFL LEGAL

Rafał Lorent – Kancelaria DFL LEGAL

Mec. Oskar Luty – Kancelaria DFL LEGAL

Zaproszeni eksperci:

Dr n. med. Marzena Dębska – Centrum Kształcenia Podyplomowego

Prof. CMKP dr hab. n. med. Romuald Dębski – Centrum Kształcenia Podyplomowego

Dr n. med. Przemysław Kosiński – Warszawski Uniwersytet Medyczny

Stanowisko zostało wysłane do następujących osób:

Marek Kuchciński – Marszałek Sejmu RP; Stanisław Karczewski – Marszałek Senatu RP;

Bartosz Arłukowicz – Przewodniczący Sejmowej Komisji Zdrowia; Konstanty Radziwiłł – Minister Zdrowia
oraz opublikowane w oficjalnych czasopismach PTG i zamieszczone na stronie internetowej Towarzystwa.