



*Razem w obronie
życia, rodziny, wolności
i suwerenności!*

Warszawa, 15 lutego 2024 r.

Sz. P. dr n. med. Artur de Rosier
Przewodniczący
Komisji Etyki Lekarskiej
Naczelnej Rady Lekarskiej
ul. Jana III Sobieskiego 110
00-764 Warszawa

Uwagi do projektu nowelizacji Kodeksu Etyki Lekarskiej

Szanowny Panie Doktorze,

w związku z udostępnieniem do konsultacji społecznych projektu nowego Kodeksu Etyki Lekarskiej (dalej: „KEL” lub „Kodeks”), Fundacja Instytut na rzecz Kultury Prawnej Ordo Iuris (dalej jako: „Instytut”, „Ordo Iuris” lub „Instytut Ordo Iuris”) przedstawia następujące merytoryczne uwagi, wnosząc o ich rozpatrzenie i uwzględnienie w finalnej wersji Kodeksu.

- W pierwszej kolejności Ordo Iuris pragnie odnieść się do najistotniejszych – w ocenie Instytutu – propozycji zmian przepisów Kodeksu, mianowicie dotyczących art. 38 i art. 39 KEL oraz aktualnego art. 45 KEL:

I. Art. 38.

*1. Lekarz powinien z poczuciem szczególnej odpowiedzialności odnosić się do procesu przekazywania życia ludzkiego. **Podejmując działania lekarskie u kobiety w ciąży lekarz równocześnie odpowiada za zdrowie i życie jej dziecka.** (przeniesione z art. 39)*

2. (...).



*Razem w obronie
życia, rodziny, wolności
i suwerenności!*

3. (...).

~~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.~~

Wątpliwości budzi zaproponowana zmiana w części, w której proponuje się wykreślenie zdania: **Dlatego obowiązkiem lekarza są starania o zachowanie zdrowia i życia dziecka również przed jego urodzeniem.** Wprawdzie przeniesione do art. 38 zdanie: *Podejmując działania lekarskie u kobiety w ciąży lekarz równocześnie odpowiada za zdrowie i życie jej dziecka* zasadniczo wyczerpująco określa zobowiązanie lekarza do podejmowania działań terapeutycznych względem kobiety w ciąży uwzględniających jednakowo ochronę dóbr prawnych dziecka - życia i zdrowia, jednak zdanie pierwsze aktualnie obowiązującego art. 39 stanowi niewątpliwie **dotatkową wskazówkę interpretacyjną**, istotną z perspektywy praktyki lekarskiej. Zawiera ono dodatkowo wskazania dotyczące postępowania lekarza względem dziecka poczętego¹, co stanowi swoiste doprecyzowanie obowiązków lekarza wynikających z przepisów powszechnie obowiązujących.

Podkreślić trzeba, że obowiązek ochrony i poszanowania każdego życia ludzkiego, w tym życia rozwijającego się w fazie prenatalnej, wynika z przywołanych przez Autorów nowelizacji przepisów międzynarodowych, w szczególności art. 6 ust. 1 Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych², art. 2 ust. 1 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka³, czy art. 2 ust. 1 Karty Praw Podstawowych Unii Europejskiej⁴ oraz znalazł odzwierciedlenie w ustawodawstwie krajowym – w tym w art. 38 Konstytucji RP i przepisach art. 152 – 154 Kodeksu karnego⁵. Warto zwrócić uwagę, że także w myśl art. 30 ustawy o zawodach lekarza i

¹ Pojęciem „dziecko poczęte” posłużono się ze względu na taką terminologię przyjętą przez ustawodawcę w ustawie Kodeks karny.

² „Każda istota ludzka ma przyrodzone prawo do życia. Prawo to powinno być chronione przez ustawę. Nikt nie może być samowolnie pozbawiony życia”.

³ „Prawo każdego człowieka do życia jest chronione przez ustawę. Nikt nie może być umyślnie pozbawiony życia, wyjąwszy przypadki wykonania wyroku sądowego skazującego za przestępstwo, za które ustawa przewiduje taką karę”.

⁴ „Każdy ma prawo do życia”.

⁵ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz.U. z 2024 r. poz. 17).



*Razem w obronie
życia, rodziny, wolności
i suwerenności!*

lekarza dentystry⁶, lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, która to zasada – wobec braku wyraźnego wyłączenia ustawowego – odnosi się do każdej jednostki, która te dobra (życie lub zdrowie) może utracić w wyniku zaniechania lekarza. Ponadto, art. 2 ust. 1 KEL stanowi na pierwszym miejscu, że powołaniem lekarza jest ochrona życia i zdrowia ludzkiego jako takiego, bez ograniczenia podyktowanego długością trwania tego życia. Na marginesie warto dodać, że z perspektywy komentowanych przepisów nie ma znaczenia terminologia stosowana wobec organizmu rozwijającego się (żyjącego) na etapie prenatalnym (płód czy dziecko poczęte), bowiem **przedmiotem ochrony jest życie ludzkie** jako stan biologiczny, który nie sposób w przypadku tej jednostki zakwestionować.

Obowiązek ochrony życia dziecka przed narodzinami wynika zatem z przepisów powszechnie obowiązującego prawa oraz wymogów etyki zawodowej, mających swe źródło w innych niż aktualny art. 39 Kodeksu Etyki Lekarskiej. W świetle tych przepisów istniejący obowiązek lekarza w postaci „starania o zachowanie zdrowia i życia dziecka również przed jego urodzeniem” nie budzi żadnych wątpliwości. Jego wyartykułowanie w formie odrębnego przepisu KEL stanowić może jednak dodatkową praktyczną wskazówkę dla wykonujących zawód lekarzy. Proponowane wykreślenie zapisu o konieczności podejmowania starania o zachowanie zdrowia i życia dziecka poczętego, **nie będzie skutkowało ograniczeniem odpowiedzialności karnej czy zawodowej**, dlatego też nie znajduje ono żadnego merytorycznego uzasadnienia. W związku z powyższym należy zaproponować następujące brzmienie art. 38:

Art. 38.

1. Lekarz powinien z poczuciem szczególnej odpowiedzialności odnosić się do procesu przekazywania życia ludzkiego.

2. Podejmując działania lekarskie u kobiety w ciąży lekarz równocześnie odpowiada za zdrowie i życie jej dziecka. Dlatego obowiązkiem lekarza są starania o zachowanie zdrowia i życia dziecka również przed jego urodzeniem. (przeniesione z art. 39)

⁶ Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2023 r. poz. 1516).



*Razem w obronie
życia, rodziny, wolności
i suwerenności!*

3. Lekarz ma obowiązek udzielać zgodnych z wiedzą medyczną informacji dotyczących procesów zapłodnienia i metod regulacji poczęć, uwzględniając ich skuteczność, mechanizm działania i ryzyko.

4. 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.

.....

II. 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. *Lekarzowi 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.*

Proponowany art. 46 Kodeksu Etyki Lekarskiej zastąpić ma obowiązujący art. 45 KEL, jednakże z jedną istotną zmianą, polegającą na usunięciu z treści tego przepisu aktualnego ust. 2, stanowiącego: Lekarzowi nie wolno przeprowadzać eksperymentów badawczych z udziałem człowieka w stadium embrionalnym. Należy przypomnieć, że zgodnie z art. 21 ust. 3 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty eksperyment badawczy nie stanowi działania mającego na celu osiągnięcie bezpośredniej korzyści dla zdrowia osoby chorej (który to warunek zakłada definicja „eksperymentu leczniczego” z art. 21 ust. 2 u.z.l.), co w określonych okolicznościach mogłoby jeszcze uzasadniać ingerencję w delikatny organizm embrionu. Natomiast definicja ustawowa **eksperymentu badawczego** wskazuje, że jego przeprowadzenie „jest dopuszczalne, gdy uczestnictwo w nim nie jest związane z ryzykiem albo też ryzyko jest minimalne i nie pozostaje w dysproporcji do możliwych pozytywnych rezultatów takiego eksperymentu”. Przytoczona definicja ustawowa w kontekście brzmienia nowego art. 46 KEL zdaje się nie zawęzać spodziewanych pozytywnych rezultatów eksperymentu do korzystnego wpływu na stan embrionu ludzkiego, lecz bliżej niezdefiniowanego „rozszerzenia wiedzy medycznej”. Należy



*Razem w obronie
życia, rodziny, wolności
i suwerenności!*

przypomnieć, że w pierwotnej wersji ustawy o zawodzie lekarza⁷ znajdował się przepis art. 26 ust. 2, który stanowił: „kobiety ciężarne i karmiące mogą uczestniczyć wyłącznie w eksperymentach badawczych pozbawionych ryzyka lub związanych z niewielkim ryzykiem”. Nie ulega wątpliwości, że podmiotem ochrony sformułowanego przepisu było dziecko poczęte (embrion).

Podkreślenia wymaga, że art. 39 Konstytucji RP ustanawia pewną generalną zasadę, zgodnie z którą „nikt nie może być poddany eksperymentom naukowym, w tym medycznym, bez dobrowolnie wyrażonej zgody”. Jak wskazuje piśmiennictwo, powołując się na orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego: „«Brak jest [...] jakichkolwiek prawnych podstaw aby w przypadku eksperymentu badawczego, a więc, gdy nie jest on przeprowadzony w celu ratowania życia lub zdrowia osoby poddanej eksperymentowi, uznać za dopuszczalne prowadzenie takich eksperymentów bez osobiście wyrażonej zgody poddanego eksperymentowi». Podobnie w wyr[oku] z 17.3.1993 r. Trybunał wyraźnie zaznaczył, że „Dopuszczenie [...] eksperymentu badawczego bez zgody osoby, na której eksperyment jest dokonywany, narusza zasadę demokratycznego państwa prawa poprzez pogwałcenie godności człowieka spowodzonego w takim przypadku do roli obiektu doświadczalnego. Przeprowadzenie eksperymentu badawczego zagrażającego dobrom prawnie chronionym jednostki, na której eksperyment jest dokonywany, może być w świetle określonych warunków dopuszczalne z uwagi na spodziewane korzyści z przeprowadzonego eksperymentu dla wzbogacenia wiedzy. Nie może być jednak nigdy w takim przypadku naruszona wolność biorącego udział w eksperymencie. Osoby, które nie są zdolne do swobodnego podejmowania decyzji i wyrażenia woli nie mogą być przedmiotem eksperymentów badawczych [wyr. TK z 17.3.1993 r., W 16/92, OTK 1993/1, poz. 16]”⁸. Z tych ustaleń jasno wynika zasada prymatu jednostki nad interesem nauki i społeczeństwa, obecna wyraźnie również w prawie międzynarodowym [tak Kodeks Norymberski, Deklaracja Helsińska, Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny]. Ponadto oczywiste jest uwarunkowanie prowadzenia eksperymentów badawczych z udziałem człowieka uzyskaniem jego dobrowolnej i świadomej zgody”⁹.

Mając na uwadze powyższe argumenty należy stwierdzić, że konieczne jest pozostawienie w przepisach Kodeksu Etyki Lekarskiej przepisu o treści ujętej aktualnie w art. 45 ust. 2 KEL:

⁷ Ustawa z 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza (Dz.U. 1997 Nr 28, poz. 152).

⁹ M. Świdarska, A. Wnukiewicz-Kozłowska, Komentarz do art. 21 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry [w:] System Prawa Medycznego, red. J. Haberko 2019, nb. 13.



*Razem w obronie
życia, rodziny, wolności
i suwerenności!*

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. Lekarzowi nie wolno przeprowadzać eksperymentów badawczych z udziałem człowieka w stadium embrionalnym.

3. Lekarzowi 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.

.....

- Odnosząc się do innych, wybranych propozycji zmian w Kodeksie Etyki Lekarskiej, Instytut Ordo Iuris przedstawia następujące uwagi i sugestie:

III. 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.

Jakkolwiek należy w pełni zgodzić się ze zmianą, mającą na celu wyrażenie jednoznacznego nakazu wykonywania obowiązków lekarza zawsze z poszanowaniem godności każdego człowieka, z prawnego punktu widzenia nie znajduje uzasadnienia dodanie do przepisu sformułowania „orientacja seksualna”. Omawiany przepis zawiera ogólny nakaz poszanowania godności każdej jednostki, która przynależy do gatunku ludzkiego, wskazując, że obowiązek ten obejmuje – poza wymienionymi **obiektywnymi** cechami różnicującymi ludzi jak wiek, płeć czy sytuację materialną – także „inne uwarunkowania”. W tym pojęciu mieści się więc także subiektywne przekonanie jednostki dotyczące jej orientacji seksualnej, przy czym przekonanie



*Razem w obronie
życia, rodziny, wolności
i suwerenności!*

to, niejednokrotnie niezgodne z cechami biologicznymi pacjenta, nie może uzasadniać ignorowania faktów w pracy lekarza i kierowania się ideologicznymi koncepcjami „tożsamości płciowej” czy „gender”. Innymi słowy - lekarz zobowiązany jest szanować godność każdego pacjenta niezależnie od tego, w jaki sposób pacjent postrzega i definiuje własną osobę, nie może jednak ignorować w swojej pracy przesłanek obiektywnych, wynikających z biologicznych cech jednostki. W konsekwencji należy wykreślić dodane sformułowanie: „orientację seksualną”.

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

.....

IV. Art. 4.

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

Termin „aktualna wiedza medyczna” jest pojęciem niezdefiniowanym, nieostry, dającym szerokie spektrum możliwości interpretacyjnych, a przez to nacisków na lekarzy, w celu ogranicza ich swobody decyzyjnej poprzez odgórne narzucanie wytycznych określonego działania. Sformułowanie „współczesna wiedza medyczna” nie jest terminem wadliwym, brak więc uzasadnionych podstaw do jego zmiany i przez to limitacji swobody decyzyjnej lekarzy. W tym zakresie należy pozostawić aktualne brzmienie przepisu art. 4 KEL:

Art. 4

Dla wypełnienia swoich zadań lekarz **zachowuje swobodę działań zawodowych, zgodnie ze swoim sumieniem i **współczesną wiedzę medyczną.****

.....



*Razem w obronie
życia, rodziny, wolności
i suwerenności!*

V. 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.

Przepis art. 9 KEL został zmodyfikowany w sposób znaczący, koncentrując się zasadniczo na możliwości udzielania pomocy lekarskiej w formie zdalnej jako swoistego „standardu” usług a nie wyjątku – jak to jest obecnie („Lekarz może podejmować leczenie jedynie po uprzednim zbadaniu pacjenta. Wyjątki stanowią sytuacje, gdy porada lekarska może być udzielona wyłącznie na odległość”). Zapis ten budzi zastrzeżenia z perspektywy bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów – wyraźnie koncentruje się na szeroko rozumianej „opiece”, której – jak się wydaje – „leczenie” stanowi jeden z elementów. Należy zauważyć jednak, że „leczenie” stanowi przejaw działalności lekarza najbardziej ingerujący w stan pacjenta, a osobisty kontakt z pacjentem przed wdrożeniem lub kontynuacją leczenia najpełniej spełnia wymóg z art. 4 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty¹⁰ - wykonywania zawodu z należytą starannością. W związku z tym należy postulować następującą modyfikację proponowanego zapisu art. 9:

Art. 9

Lekarz może podejmować leczenie jedynie po uprzednim zbadaniu pacjenta. Wyjątki stanowią sytuacje, gdy porada lekarska może być udzielona wyłącznie na odległość. Lekarz odpowiada za prawidłowość doboru formy konsultacji.

.....

VI. Art. 16.

I. (...).

¹⁰ Dz.U. z 2023 r. poz. 1516.



*Razem w obronie
życia, rodziny, wolności
i suwerenności!*

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. (...).

Proponowanie sformułowanie wydaje się być zbędne i stwarzać potencjalne ryzyko naruszenia przez lekarzy przepisów ustawowych. Wątpliwości nie budzi sam obowiązek poszanowania prawa do intymności i godności osobistej pacjenta, w tym pacjenta małoletniego. Wynika to wprost z art. 20 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta¹¹, zgodnie z którym „pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych”.

Wydaje się jednak, że propozycja poszerzenia art. 16 ust. 2 KEL o analogiczny zapis w odniesieniu do **informowania** przedstawicieli ustawowych pacjentów niepełnoletnich idzie nieco dalej niż przywołany wyżej zapis ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. **Stwarza bowiem błędne wrażenie, że lekarz, według własnej oceny może zataić przed przedstawicielem ustawowym małoletniego pacjenta pewne informacje związane z procesem leczenia lub diagnostyką małoletniego.**

Projektowane zmiany art. 16 ust. 2 KEL mogą tym samym rodzić wątpliwości interpretacyjne, skutkujące ryzykiem naruszenia przez lekarza obowiązku uzyskania zgody przedstawiciela ustawowego małoletniego pacjenta na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych, który to obowiązek wynika z art. 17 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, a także z art. 34 ust. 3 o ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. To z kolei może narażać lekarza na odpowiedzialność karną z art. 192 Kodeksu karnego, zgodnie z którym „kto wykonuje zabieg leczniczy bez zgody pacjenta, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2”. Na uwagę należy mieć także art. 95 § 1 i 2 Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego¹², nakładający na rodziców prawo i obowiązek wykonywania władzy rodzicielskiej. Władza ta obejmuje zaś pieczę nad osobą dziecka, co

¹¹ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2023 r. poz. 1545).

¹² Ustawa z dnia 25 lutego 1964 r. Kodeks rodzinny i opiekuńczy (Dz.U. z 2023 r. poz. 2809).



*Razem w obronie
życia, rodziny, wolności
i suwerenności!*

dotyczy także troski o jego zdrowie, połączone z prawem do pełnej informacji o stanie zdrowia dziecka. Ewentualne ograniczenie władzy rodzicielskiej, w tym powyższego uprawnienia rodziców, może nastąpić dopiero w drodze orzeczenia sądu rodzinnego i opiekuńczego. W związku z powyższym należy pozostawić aktualne brzemienne przepisu:

Art. 16.

1. (...).

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. (...).

.....

VII. Art. 60.

1. (...).

2. (...).

3. (...).

4. *Lekarzowi nie wolno uczestniczyć w czynnościach mających na celu wywoływanie dziedzicznych zmian genetycznych u człowieka za wyjątkiem czynności przeprowadzanych w reżimie badań naukowych.*

Z perspektywy prawnej nie jest dopuszczalne wprowadzenie proponowanego w tym przepisie zezwolenia na wywoływanie dziedzicznych zmian genetycznych u człowieka. W przypadku tego rodzaju aktywności lekarza bez znaczenia pozostaje iluzoryczne ograniczenie jej zakresu do badań naukowych. Legalna definicja badań naukowych zawiera szerokie spektrum czynności kwalifikowanych jako naukowe i potencjalnie dających możliwość modyfikacji genetycznych u człowieka. Zgodnie z art. 4 ust. 2 ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce¹³, **badania naukowe** to działalność obejmująca: „badania podstawowe rozumiane jako prace empiryczne lub teoretyczne mające przede wszystkim na celu zdobywanie nowej wiedzy o podstawach zjawisk i obserwowalnych faktów bez nastawienia na bezpośrednie zastosowanie komercyjne” ale także „badania aplikacyjne rozumiane jako prace mające na celu zdobycie nowej wiedzy oraz

¹³ Ustawa z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz.U. z 2023 r. poz. 742).



*Razem w obronie
życia, rodziny, wolności
i suwerenności!*

umiejętności, nastawione na opracowywanie nowych produktów, procesów lub usług lub wprowadzanie do nich znaczących ulepszeń”. Z powyższego wynika, że w ramach przyjętej definicji legalnej pojęcia „badania naukowe” mieści się wiele przejawów ludzkiej działalności, także tej, której celem jest możliwość praktycznego zastosowania wyników badań. Innymi słowy, uznanie możliwości podejmowania przez lekarzy działań mających na celu wywoływanie dziedzicznych zmian genetycznych u człowieka zdaje się stanowić wyraz akceptacji i wsparcia dla niebezpiecznego procederu ich szerokiego, niekontrolowanego komercyjnego wykorzystywania, przynajmniej pośrednio w drodze praktycznego zastosowania wyników badań naukowych.

Podkreślić trzeba, że art. 3 ust. 2 lit. b Karty Praw Podstawowych Unii Europejskiej¹⁴ wyraźnie **zakazuje wszelkich praktyk eugenicznych**, wskazując w szczególności na te, których celem jest selekcja osób. Także art. 13 tzw. Konwencji Bioetycznej w Oviedo¹⁵ stanowi, że „interwencja mająca na celu dokonanie zmian w genomie ludzkim może być przeprowadzona wyłącznie w celach profilaktycznych, terapeutycznych lub diagnostycznych tylko wtedy, gdy jej celem **nie jest wywołanie dziedzicznych zmian genetycznych u potomstwa**”. Wyrażona w projekcie KEL akceptacja dla praktyki ingerencji w ludzki genom w celu wywołania dziedzicznych zmian należy uznać również za naruszającą przepisy ustanawiające ochronę godności człowieka – w szczególności art. 30 Konstytucji RP i art. 1 Karty Praw Podstawowych UE. W związku z tym należy usunąć proponowany zapis umożliwiający udział w czynnościach nieetycznych i przyjąć następującą formę art. 60 KEL:

Art. 60

Lekarzom nie wolno uczestniczyć w czynnościach mających na celu wywoływanie dziedzicznych zmian genetycznych u człowieka.

Mając na uwadze wyrażone w szczególności w art. 2 Kodeksu Etyki Lekarskiej podstawowe nakazy etyczne związane z wykonywaniem zawodu lekarza – poszanowanie, ochrona życia i zdrowia ludzkiego oraz dbałość o dobro chorego, zwracamy się z prośbą o uwzględnienie

¹⁴ Dz. Urz. UE C 202 z 7.6.2016.

¹⁵ Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny, sporządzona w Oviedo 4 kwietnia 1997 r.,

https://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/texts_and_documents/ETS164Polish.pdf.



*Razem w obronie
życia, rodziny, wolności
i suwerenności!*

przedstawionych w piśmie uwag i wprowadzenie stosownych zmian w znowelizowanej wersji KEL.

Z poważaniem,

Adw. Jerzy Kwaśniewski
Prezes Fundacji Instytut na rzecz Kultury Prawnej Ordo Iuris

R.pr. Katarzyna Gęsiak
Dyrektor Centrum Prawa Medycznego i Bioetyki Ordo Iuris