



SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 5 lutego 2015 r.

Sygn. akt K 12/14

BAS-WPTK-1499/14

TRYBUNAŁ KONSTYTUCYJNY KANCELARIA	
wpl. dnia	06. 02. 2015
L.dz.	L. zał.

Trybunał Konstytucyjny

I. Na podstawie art. 34 ust. 1 w związku z art. 27 pkt 2 ustawy z dnia 1 sierpnia 1997 r. o Trybunale Konstytucyjnym (Dz. U. Nr 102, poz. 643 ze zm.), w imieniu Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej przedkładam wyjaśnienia w sprawie wniosku Naczelnej Rady Lekarskiej z 11 marca 2014 r. (sygn. akt K 12/14), jednocześnie wnosząc o stwierdzenie, że:

1) art. 39 zdanie pierwsze ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (t.j. Dz. U. z 2011 r. Nr 227, poz. 1634 ze zm.) w części obejmującej wyrażenie „z zastrzeżeniem art. 30”, w zakresie, w jakim lekarz nie może powstrzymać się od wykonania świadczenia zdrowotnego niezgodnego z jego sumieniem podczas realizacji obowiązku pomocy lekarskiej „w innych przypadkach niecierpiących zwłoki”, **jest zgodny** z zasadą poprawnej legislacji wywodzoną z art. 2 Konstytucji, art. 53 ust. 1, art. 65 ust. 1 w związku z art. 31 ust. 3 Konstytucji i z art. 18 ust. 1 Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych otwartego do podpisu w Nowym Jorku dnia 19 grudnia 1966 r. (Dz. U. z 1977 r. Nr 38, poz. 167) oraz **nie jest niezgodny** z art. 18 ust. 2 Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych;

2) art. 39 zdanie pierwsze ustawy wskazanej w punkcie 1 w zakresie, w jakim zobowiązuje lekarza powstrzymującego się od wykonania świadczenia zdrowotnego niezgodnego z jego sumieniem do wskazania pacjentowi realnej możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym, **jest zgodny** z zasadą poprawnej

legislacji wywodzoną z art. 2 Konstytucji oraz art. 53 ust. 1 w zw. z art. 31 ust. 3 Konstytucji;

3) art. 39 zdanie pierwsze ustawy wskazanej w punkcie 1 w zakresie, w jakim zobowiązuje lekarza powstrzymującego się od wykonania świadczenia zdrowotnego niezgodnego z jego sumieniem do uzasadnienia i odnotowania tego faktu w dokumentacji medycznej, oraz art. 39 zdanie drugie ustawy wskazanej w punkcie 1 **są zgodne** z art. 53 ust. 7 i art. 53 ust. 1 w związku z art. 31 ust. 3 Konstytucji.

II. Ponadto wnoszę o **umorzenie postępowania** na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 1 ustawy o Trybunale Konstytucyjnym w pozostałym zakresie, ze względu na niedopuszczalność wydania wyroku.

Uzasadnienie

I. Przedmiot kontroli i jej zakres

1. Naczelna Rada Lekarska (dalej: wnioskodawczyni lub NRL) przedmiotem kontroli uczyniła art. 39 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (t.j. Dz. U. z 2011 r. Nr 227, poz. 1634 ze zm.; dalej: u.z.l.), zgodnie z którym: „Lekarz może powstrzymać się od wykonania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego sumieniem, z zastrzeżeniem art. 30, z tym że ma obowiązek wskazać realne możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym oraz uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej. Lekarz wykonujący swój zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby ma ponadto obowiązek uprzedniego powiadomienia na piśmie przełożonego”.

Zważywszy, że zakwestionowany przepis u.z.l. odsyła do art. 30 tej ustawy, z czym wiążą się również wątpliwości konstytucyjne NRL, dla jasności wyводу należy przytoczyć także jego treść: „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, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki”.

2. Zdaniem Sejmu, w świetle uzasadnienia wniosku, pewnej korekty i doprecyzowania wymaga zakres zaskarżenia określony przez Naczelną Radę Lekarską.

Jakkolwiek wnioskodawczyni powołuje jeden przepis u.z.l. jako przedmiot kontroli, to dostrzegając jego bogatą zawartość normatywną, sformułowała kilka wątpliwości odnoszących się do jego zgodności ze standardami konstytucyjnymi. Swoje zastrzeżenia NRL wyraziła w ramach czterech zakresów zaskarżenia odzwierciedlonych w *petitum* wniosku:

- I. „art. 39 zdanie pierwsze ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2011 r. Nr 227, poz. 1634 ze zm.) w części określonej słowami «z zastrzeżeniem art. 30», w zakresie,

w jakim wynika z niego obowiązek lekarza wykonania niezgodnego z jego sumieniem świadczenia zdrowotnego, mimo że zwłoka w udzieleniu tego świadczenia nie spowodowałaby niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia”, przy czym złożono jednocześnie postulat alternatywny, w wypadku nieuwzględnienia wniosku w przywołanym zakresie, o zbadanie zgodności „art. 30 w zw. z art. 39 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2011 r. Nr 227, poz. 1634 ze zm.) w zakresie, w jakim nakłada na lekarza obowiązek wykonywania niezgodnych z jego sumieniem świadczeń zdrowotnych, niebędących świadczeniami leczniczymi (służącymi zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia)”;

- II. „art. 39 zdanie pierwsze ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2011 r. Nr 227, poz. 1634 ze zm.) w części określonej słowami «z tym że ma obowiązek wskazać realne możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym»”;
- III. „art. 39 zdanie drugie ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2011 r. Nr 227, poz. 1634 ze zm.) w zakresie, w jakim zobowiązuje lekarza wykonującego zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby, korzystającego z prawa do odmowy wykonania świadczenia zdrowotnego niezgodnego z sumieniem, do uprzedniego powiadomienia na piśmie przełożonego”;
- IV. „art. 39 zdanie pierwsze ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2011 r. Nr 227, poz. 1634 ze zm.) w zakresie, w jakim zobowiązuje lekarza, korzystającego z prawa do odmowy wykonania świadczenia zdrowotnego niezgodnego z sumieniem, do uzasadnienia i odnotowania tego faktu w dokumentacji medycznej”.

3. Odnosząc się do tak skonstruowanego zakresu zaskarżenia art. 39 u.z.l., Sejm pragnie wyrazić wątpliwość co do merytorycznej zasadności poglądów, które skłoniły NRL do sformułowania alternatywnego wniosku w ramach 1 zakresu zaskarżenia. Kwestia ta ma zasadnicze znaczenie, bowiem istotna część

argumentacji wnioskodawczyń na rzecz niekonstytucyjności rozwiązań zawartych w art. 39 u.z.l. zasadza się na błędnym, zdaniem Sejmu, założeniu, że *de lege lata* można wyróżnić świadczenia zdrowotne lecznicze i nielecznicze.

Z tego względu należy stwierdzić, co następuje. Zgodnie z treścią art. 39 u.z.l., „lekarz może powstrzymać się od wykonania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego sumieniem”. Kluczowe znaczenie ma w tym miejscu doprecyzowanie pojęcia „świadczenie zdrowotne”. W świetle art. 2 ust. 1 u.z.l., wykonywanie zawodu lekarza polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, w szczególności na badaniu stanu zdrowia, rozpoznawaniu chorób i zapobieganiu im, leczeniu i rehabilitacji chorych, udzielaniu porad lekarskich, a także wydawaniu opinii i orzeczeń lekarskich. Wyliczenie przywołanych świadczeń zdrowotnych ma przy tym charakter przykładowy, na co wskazuje użycie w omawianym przepisie określenia „w szczególności”. Jednocześnie u.z.l. nie zawiera definicji projektującej pojęcie „świadczenie zdrowotne”. Z uwagi na fakt, że udzielanie świadczeń zdrowotnych stanowi działalność leczniczą, a zasady jej wykonywania reguluje ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2013 r., poz. 217 ze zm.; dalej: u.d.l.), rekonstruując znaczenie pojęcia „świadczenie zdrowotne”, należy sięgnąć do jej art. 2 ust. 1 pkt 10, zgodnie z którym świadczenie zdrowotne to działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania (na systemowy charakter przywołanej ustawy uwagę zwraca E. Zielińska, zob. też, *Komentarz do art. 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry*, 2014 LEX/el. nr 164006). Nieco poszerzoną definicję świadczenia zdrowotnego (o działania służące profilaktyce) prezentuje art. 5 pkt 40 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1327 ze zm.; dalej jako: u.ś.o.z.), zgodnie z którym świadczenie zdrowotne to działanie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania. Definicja ta przydatna jest w wypadku realizacji świadczeń finansowanych ze środków publicznych w ramach kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia (dalej: NFZ), czyli nie w każdym wypadku prowadzenia działalności leczniczej.

Sejm pragnie podkreślić, że ani u.d.l., ani u.ś.o.z., ani u.z.l. nie posługuje się pojęciem świadczenia nieterapeutycznego czy nielecniczego. Tymczasem wnioskodawczyni przeprowadza autorytatywnie linię demarkacyjną między pojęciami „świadczenie lecznicze” i „świadczenie nielecnicze”, stwierdzając, że: „na użytek tego wniosku świadczenia zdrowotne nielecnicze to te, które nie należą do kategorii świadczeń służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia” (wniosek, s. 11), przyjmując tym samym, iż fragment definicji pojęcia „świadczenie zdrowotne” z u.d.l., który obejmuje „inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania” odnosi się do nielecniczych świadczeń zdrowotnych. W opinii Sejmu, zaprezentowane stanowisko jest nie do przyjęcia, gdyż godzi w racjonalność ustawodawcy, której respektowanie wymaga odrzucenia oceny, że dany przepis prawa lub użyte w nim wyrażenie jest zbyteczne. W przepisach prawa nie ma bowiem nic niepotrzebnego, nie można zatem dokonywać egzegezy prawa w ten sposób, aby pewne jego fragmenty okazały się normatywnie nieistotne. W konsekwencji należy uznać, że NRL naruszyła zakaz wykładni *per non est*. Z tak obranej ścieżki interpretacyjnej wnioskodawczyni wywodzi konsekwencję prawną w postaci niezgodności z wzorcami konstytucyjnymi i konwencyjnymi bezwzględnego obowiązku udzielenia świadczenia zdrowotnego nielecniczego w innych przypadkach niecierpiących zwłoki, o których mowa w art. 30 u.z.l., do którego odsyła art. 39 u.z.l.

Wnioskodawczyni podkreśla przy tym, że Konstytucja nie wymaga legalizacji świadczeń nielecniczych, które co do zasady nie są przedmiotem praw pacjenta (wniosek, s. 24-25). Z takim poglądem trudno się jednak zgodzić, gdyż świadczenie zdrowotne (nawet „nielecnicze”) jest możliwe do realizacji, jeśli nie jest nielegalne (brak delegalizacji).

Reasumując, zakres przedmiotowy uprawnienia wynikającego z art. 39 u.z.l., ze względu na pojemność pojęcia „świadczenie zdrowotne”, jest bardzo szeroki i w świetle obowiązującego brzmienia tego przepisu brakuje podstawy wyłączenia jakiegokolwiek kategorii świadczeń zdrowotnych z zakresu jego treści. Dla kompletności wywodu należy odnotować, że w doktrynie pojawiają się poglądy postulujące zawężenie zakresu art. 39 u.z.l. do czynności leczniczych w ścisłym ich rozumieniu (E. Zielińska, *Klauzula sumienia*, „Prawo i Medycyna” 2003, nr 13, s. 25-29) czy ograniczenie prawa do odmowy udzielenia świadczenia niezgodnego z sumieniem lekarza „w odniesieniu do czynności nieterapeutycznych o charakterze

«diagnostyczno-administracyjnym», jak np. wydanie zaświadczenia o wskazaniach do aborcji bądź skierowania na badania prenatalne, czy też wypisanie recepty na tabletki antykoncepcyjne” (E. Zatyka, *Lekarski obowiązek udzielania pomocy w świetle prawa karnego*, 2011, LEX/el. nr 124051).

Dla porządku trzeba także odnotować niekonsekwencję NRL, która z jednej strony wskazuje, że w doktrynie prawa i orzecznictwie konstytucyjnym „dychotomiczny logiczny podział czynności lekarskich (świadczeń zdrowotnych) [na czynności lecznicze i nielecznicze – uwaga własna] uznawany jest za utrwalony” (wniosek, s. 10; Sejm abstrahuje od tego, że wnioskodawczyni powołuje się na uchwałę TK z 17 marca 1993 r., sygn. akt W 16/92, dotyczącą dopuszczalności prowadzenia nieleczniczego eksperymentu na człowieku bez jego osobiście wyrażonej zgody), z drugiej zaś wyraża pogląd, że: „Podział czynności lekarskich na czynności lecznicze i nielecznicze może w konkretnych okolicznościach rodzić wątpliwości. Poszczególne czynności lekarskie nawet jeśli mogłyby być generalnie kwalifikowane (w przeważającym stopniu) jako czynności o celu leczniczym, mogą zawierać elementy nielecznicze, których wartość społeczna jest wątpliwa” (wniosek, s. 10, por. także s. 13).

Jednocześnie Sejm pragnie dodać, że nie kwestionuje potrzeby wyodrębnienia pojęcia czynności leczniczych i pozostałych (czyli nieleczniczych) na gruncie prawa karnego. Jest to niezbędne dla rekonstrukcji treści normatywnej art. 192 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553 ze zm.; dalej: k.k.) (M. Filar, *Lekarskie prawo karne*, Kraków 2000, s. 90; P. Daniluk, *O pojęciach „zabieg leczniczy” i „pacjent” w rozumieniu art. 192 § 1 k.k.*, „Prawo i Medycyna” 2011, nr 4, s. 66-79) czy art. 157a § 2 k.k.

Warto zresztą nadmienić, że wedle reprezentatywnych poglądów przedstawicieli doktryny prawa karnego, pojęcie „zabieg leczniczy” obejmuje: zarówno działania o charakterze terapeutycznym, jak i nieterapeutycznym (M. Filar, *op. cit.* s. 245); „zarówno zabiegi dokonywane w ramach rutynowych świadczeń medycznych, jak i zabiegi eksperymentalne zarówno lecznicze, jak i badawcze” (A. Zoll [w:] *Kodeks karny. Część szczególna. Komentarz do art. 117-277*, red. A. Zoll, Kraków 1999, s. 447); „działania polegające na badaniu stanu zdrowia, tzn. najszerzej rozumianą diagnostykę, całokształt działalności profilaktycznej, wszelkie postępowanie terapeutyczne (w tym pobranie przeszczepu od osoby zdrowej), rehabilitacyjne, jak też postępowania związane z pracami badawczymi

w dziedzinie medycyny, farmakologii, fizjologii i biologii, także badania połączone z eksperymentem. Zabiegiem «leczniczym» – w rozumieniu omawianego przepisu – jest także taki zabieg medyczny niespełniający funkcji leczniczej *sensu stricte* (jak np. zabieg z zakresu chirurgii kosmetycznej, czy też dopuszczalny prawnie zabieg przerwania ciąży dokonywany z innych wskazań, niż medyczne), który uznawany jest w obowiązującym systemie prawnym za czynność o charakterze medycznym” (L. Kubicki, *Nowy rodzaj odpowiedzialności karnej lekarza (przestępstwa z art. 192 k.k.)*, „Prawo i Medycyna” 2000, nr 8, s. 43).

Konkludując powyższe rozważania, Sejm zwraca uwagę, że na gruncie analizowanego wniosku mamy do czynienia z sytuacją, w której – zdaniem NRL (interpretatora przepisu) – w przepisie brak rozróżnienia między możliwymi stanami faktycznymi, które – według wnioskodawczynie – powinny być regulowane w odmienny od siebie sposób. Pomijając kwestię kryteriów, jakimi kieruje się wnioskodawczynie w swojej ocenie tego faktu, istotna w sprawie jest możliwość ustalenia, czy *de lege* lata mamy do czynienia z kategorią świadczeń zdrowotnych nieleczniczych, których szczególny charakter wymaga odrębnego normowania w perspektywie zasad wykonywania zawodu lekarza. W tym miejscu należy podkreślić, że ani u.z.l. w art. 2, który wyraźnie wskazuje, że wykonywanie zawodu lekarza polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, ani art. 2 ust. 1 pkt 10 u.d.l., zawierający definicję pojęcia „świadczenie zdrowotne”, nie wprowadzają podziału na świadczenia zdrowotne lecznicze i nielecznicze i w konsekwencji różnych zasad wykonywania zawodu lekarza w odniesieniu do nich. Sejm, posługując się, uznawaną w pełni w orzecznictwie trybunalskim (zob. np. wyroki TK z: 22 czerwca 2002 r., sygn. akt K 14/02; 4 kwietnia 2006 r., sygn. akt K 11/04; 17 listopada 2009 r., sygn. akt SK 64/08; postanowienie TK z 9 stycznia 2012 r., sygn. akt SK 9/11), zasadą *lege non distinguente nec nostrum est distinguere*, której doniosłość NRL zdaje się ignorować, wyraża pogląd, że niedopuszczalne jest różnicowanie świadczeń zdrowotnych, w perspektywie możliwości powstrzymania się od ich wykonania ze względu na sprzeczność z sumieniem lekarza, na świadczenia lecznicze i nielecznicze, a w konsekwencji nie powinien być brany pod uwagę alternatywny wniosek NRL wyrażony w pkt 1 *petitum* jej pisma procesowego. Jednocześnie podczas analizy zgodności nie mogą być uwzględniane te argumenty na rzecz niezgodności art. 39 u.z.l. ze wzorcami konstytucyjnymi i konwencyjnymi, w których wnioskodawczynie odnosi się do tego podziału.

Odczytując intencję (wyrażoną skądinąd we wniosku, zob. s. 9) zaskarżenia przez NRL normy, zgodnie z którą lekarz nie może powołać się na tzw. klauzulę sumienia, realizując obowiązek pomocy lekarskiej w „innych przypadkach niecierpiących zwłoki”, o których mowa w art. 30 u.z.l., Sejm skłania się ku zmianie formuły dotyczącej zakresu zaskarżenia kwestionowanej regulacji w pkt 1 *petitum* wniosku na: „w części obejmującej wyrażenie «z zastrzeżeniem art. 30», w zakresie, w jakim lekarz nie może powstrzymać się od wykonania świadczenia zdrowotnego niezgodnego z jego sumieniem podczas realizacji obowiązku pomocy lekarskiej «w innych przypadkach niecierpiących zwłoki»”.

4. Odnosząc się natomiast do wskazanego we wniosku „zakresu zaskarżenia” art. 39 zdanie 2 u.z.l. (wniosek, pkt 3 *petitum*, s. 2-3, a także s. 14-15, 33), Sejm stwierdza, iż dokonana przez wnioskodawczynię próba doprecyzowania przedmiotu zaskarżenia jest w istocie odzwierciedleniem jego treści normatywnej i z tego względu należy uznać, że wątpliwości konstytucyjne NRL są skierowane wobec wskazanego jako przedmiot kontroli zdania 2 art. 39 u.z.l. *in extenso*.

Jednocześnie, z uwagi na tożsamość wzorców kontroli przywołanych przez wnioskodawczynię względem norm zakwestionowanych w pkt 3 i 4 *petitum* wniosku oraz zbieżną argumentację, jaką posłużyła się NRL, uzasadniając ich niekonstytucyjność, dla czytelności wyводу Sejm proponuje przeprowadzenie łącznej analizy zgodności w tym zakresie.

Postulowane modyfikacje zakresu kontroli w odniesieniu do przywołanego jej przedmiotu znajdują odzwierciedlenie w *petitum* niniejszego pisma oraz jego uzasadnieniu.

II. Analiza formalnoprawna

1. Przed przystąpieniem do oceny merytorycznej zaskarżonej regulacji konieczne jest, zdaniem Sejmu, odniesienie się do dwóch kwestii: po pierwsze, legitymacji czynnej inicjatora postępowania i po drugie, możliwości badania zgodności zakwestionowanej regulacji – w świetle deficytów w warstwie argumentacyjnej wniosku – z niektórymi wzorcami kontroli.

Należy bowiem przypomnieć, że w myśl utrwalonego poglądu Trybunału, sąd konstytucyjny – będąc zobligowanym na podstawie art. 7 Konstytucji do działania na

podstawie i w granicach prawa – w toku całego postępowania, aż do wydania wyroku w sprawie, kontroluje, czy nie zachodzą ujemne przesłanki procesowe nakazujące umorzenie postępowania (por. postanowienia TK z: 25 października 1999 r., sygn. akt SK 22/98; 16 października 2002 r., sygn. akt K 23/02; 8 kwietnia 2008 r., sygn. akt SK 80/06; 18 marca 2009 r., sygn. akt P 13/08; 30 czerwca 2009 r., sygn. akt P 34/07; 15 października 2009 r., sygn. akt P 120/08; 26 czerwca 2012 r., sygn. akt K 8/12; 8 stycznia 2013 r., sygn. akt SK 15/10).

2. Przechodząc do pierwszej z ww. kwestii, trzeba podkreślić, że NRL jest podmiotem wyposażonym w tzw. legitymację ograniczoną (por. L. Garlicki [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, red. L. Garlicki, t. V, Warszawa 2007, komentarz do art. 191, s. 7-10). Podmioty wyposażone w tego typu legitymację procesową wymienia enumeratywnie art. 191 ust. 1 pkt 2-6 Konstytucji, zaliczając do nich m.in. ogólnokrajowe organy związków zawodowych oraz ogólnokrajowe władze organizacji pracodawców i organizacji zawodowych (art. 191 ust. 1 pkt 4 Konstytucji). W świetle ugruntowanego orzecznictwa sądu konstytucyjnego uprawniony jest wniosek, że Naczelna Rada Lekarska, będąc organem Naczelnej Izby Lekarskiej – jednostki organizacyjnej samorządu zawodowego lekarzy, działającej na podstawie ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219, poz. 1708 ze zm.; dalej: u.i.l.), posiada status ogólnokrajowej władzy organizacji zawodowej w rozumieniu art. 191 ust. 1 pkt 4 Konstytucji (zob. wyrok TK z 23 czerwca 2005 r., sygn. akt K 17/04 – wydany na wniosek Naczelnej Rady Lekarskiej; por. wyroki TK z: 6 marca 2012 r., sygn. akt K 15/18 oraz 30 listopada 2011 r., sygn. akt K 1/10 – wydane na wniosek Krajowej Rady Notarialnej; 7 marca 2012 r., sygn. akt K 3/10 – wydany na wniosek Krajowej Rady Radców Prawnych).

W świetle art. 191 ust. 2 Konstytucji, podmioty o ograniczonej legitymacji są uprawnione do wystąpienia z wnioskiem do Trybunału Konstytucyjnego w sprawie abstrakcyjnej kontroli norm tylko wtedy, gdy akt normatywny objęty wnioskiem dotyczy spraw związanych z ich zakresem działania (w przypadku Krajowej Rady Sądownictwa – spraw określonych w art. 186 ust. 2 Konstytucji). Odnosząc się do tego zagadnienia, Trybunał Konstytucyjny wielokrotnie podkreślał, że w sprawach inicjowanych przez podmioty wyposażone w legitymację ograniczoną zarówno przedmiot kontroli, jak i powołane wzorce muszą mieścić się w konstytucyjnie

i ustawowo określonym katalogu spraw należących do zakresu ich działania (por. wyrok TK z 14 grudnia 2010 r., sygn. akt K 20/08 oraz wskazane tam orzecznictwo).

Zakwestionowana przez wnioskodawczynię regulacja, pomieszczona w rozdziale 5 u.z.l. „Zasady wykonywania zawodu lekarza”, wyznacza sposób wykonywania zawodu lekarza, wskazując ramy prawne możliwości powstrzymania się od wykonania przez lekarza świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego sumieniem. Zasady te są wiążące dla wszystkich praktykujących lekarzy, niezależnie od formy organizacyjno-prawnej, w jakiej wykonują swój zawód (indywidualnej bądź grupowej praktyki lekarskiej, jako pracownik podmiotu leczniczego czy też pełniąc służbę).

W świetle art. 5 pkt 14 u.i.l., do zadań samorządu zawodowego lekarzy należy podejmowanie działań na rzecz ochrony zawodu lekarza, w tym występowanie w obronie godności zawodu lekarza oraz interesów indywidualnych i zbiorowych członków samorządu lekarzy, a członkowie tego samorządu podlegają odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki lekarskiej oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza (art. 53 u.i.l.).

Objęte wnioskiem przepisy u.z.l. normują więc obowiązki i uprawnienia zawodowe lekarzy. Z tego względu należy uznać, że NRL, korzystając ze statusu organizacji zawodowej, występuje w celu ochrony interesów zawodowych osób fizycznych, które zrzesza (por. wyrok TK z 11 marca 2014 r., sygn. akt K 6/13) i w tym zakresie posiada legitymację wnioskową.

Jednocześnie należy podkreślić, że podstawą złożenia wniosku w niniejszej sprawie była uchwała NRL nr 3/14/VI podjęta 21 lutego 2014 r., w której wnioskodawczyni postuluje objęcie kontrolą trybunalską kontestowanej regulacji z perspektywy wzorców konstytucyjnych oraz konwencyjnych. Tym samym zrealizowana została proceduralna przesłanka prawidłowego wyrażenia woli zainicjowania postępowania przed Trybunałem Konstytucyjnym przez ogólnokrajową władzę organizacji zawodowej.

3. Niezależnie od oceny formalnoprawnej przedmiotu kontroli i konkluzji o zasadności badania zakwestionowanej regulacji jedynie w zakresie wskazanym w *petitum* niniejszego pisma, analiza argumentacji przedstawionej przez wnioskodawczynię na poparcie zarzutu naruszenia niektórych wzorców kontroli

nasuwa wątpliwości co do dopuszczalności merytorycznego orzekania w przywołanych poniżej zakresach.

Trybunał Konstytucyjny związany jest zarzutami sformułowanymi w piśmie procesowym (wniosku, pytaniu prawnym, skardze konstytucyjnej), pochodzącym od podmiotu uprawnionego do inicjowania postępowania. Niemniej zarzuty te mogą podlegać rozpatrzeniu tylko wtedy, jeżeli zostały należycie uzasadnione. Zgodnie z art. 32 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 1 sierpnia 1997 r. o Trybunale Konstytucyjnym (Dz. U. Nr 102, poz. 643 ze zm.; dalej: ustawa o TK), wniosek albo pytanie prawne powinny zawierać „uzasadnienie postawionego zarzutu, z powołaniem dowodów na jego poparcie”. Jak podkreślił Trybunał Konstytucyjny: „Przesłanka odpowiedniego uzasadnienia zarzutów nie powinna być traktowana powierzchownie i instrumentalnie. Przytaczane w piśmie procesowym argumenty mogą być mniej lub bardziej przekonujące [...], lecz zawsze muszą być argumentami «nadającymi się» do rozpoznania przez Trybunał Konstytucyjny” (wyrok TK z 19 października 2010 r., sygn. akt P 10/10).

Konieczność uzasadnienia zarzutu sformułowanego we wniosku związana jest z domniemaniem konstytucyjności norm prawnych oraz z zasadą skargowości. Zgodnie z wypowiedziami Trybunału Konstytucyjnego: „Kontrola konstytucyjności ustaw przebiega w oparciu o domniemanie, że badane normy są zgodne z konstytucją. Ciężar dowodu spoczywa na podmiocie kwestionującym zgodność ustawy z konstytucją i dopóki nie powoła on konkretnych i przekonujących argumentów prawnych na rzecz swojej tezy, dopóty Trybunał Konstytucyjny uznawać będzie kontrolowane przepisy za konstytucyjne. W przeciwnym razie naruszeniu uległaby zasada kontrydiktoryjności postępowania przed Trybunałem Konstytucyjnym, a Trybunał przekształciłby się w organ orzekający z inicjatywy własnej” (zob. np. orzeczenia TK z: 26 kwietnia 1995 r., sygn. akt K 11/94; 31 stycznia 1996 r., sygn. akt K 9/95; wyrok TK z 27 czerwca 2008 r., sygn. akt K 51/07). Jak wskazuje się w literaturze, wymóg uzasadnienia powołanych zarzutów oznacza konieczność przedstawienia argumentów, które przemawiają za stwierdzeniem niezgodności zaskarżonych norm prawnych z normami powołanymi jako podstawa kontroli. Wymóg ten odnosi się do każdego z podniesionych zarzutów niezgodności danej normy (Z. Czeszejko-Sochacki, L. Garlicki, J. Trzciniński, *Komentarz do ustawy o Trybunale Konstytucyjnym*, Warszawa 1999, s. 114-115 wraz ze wskazanym tam orzecznictwem; zob. także K. Wojtyczek, *Ciężar dowodu*

i argumentacji w procedurze kontroli norm przed Trybunałem Konstytucyjnym, „Przegląd Sejmowy” 2004, nr 1, s. 14 i n.; P. Radzewicz, *Wzruszenie „domniemania konstytucyjności” aktu normatywnego przez Trybunał Konstytucyjny*, „Przegląd Sejmowy” 2008, nr 5, s. 66 i n.).

4. Trzeba przy tym wskazać, że niezrealizowanie przez wnioskodawczynię powyższego obowiązku skutkowałoby koniecznością umorzenia postępowania (art. 39 ust. 1 pkt 1 w zw. z art. 32 ust. 1 pkt 4 ustawy o TK). Jeżeli brakuje uzasadnienia co do naruszenia określonego wzorca kontroli, pomimo że został on wymieniony w *petitum*, Trybunał powinien w stosownym zakresie umorzyć postępowanie. Dopuszczenie do merytorycznego rozpatrzenia sprawy w tym zakresie oznaczałoby bowiem przerzucenie ciężaru dowodu na sąd konstytucyjny, co z kolei pozostawałoby w sprzeczności z – nawet szeroko rozumianą – zasadą skargowości, na której oparte jest postępowanie przed Trybunałem Konstytucyjnym (por. art. 66 ustawy o TK). Jak wskazał Trybunał: „Zarzut niezgodności przepisu stanowiącego przedmiot zaskarżenia z Konstytucją, ratyfikowaną umową międzynarodową lub ustawą powinien być poparty przytoczeniem argumentów podważających domniemanie konstytucyjności przepisu” (wyrok TK z 8 września 2005 r., sygn. akt P 17/04).

5. W świetle powyższych ustaleń, trzeba sformułować zastrzeżenia co do dopuszczalności rozstrzygnięcia wniosku w aspekcie kontroli zgodności art. 39 u.z.l. z zasadą demokratycznego państwa prawnego. Dla porządku należy dodać, że NRL wskazuje art. 2 Konstytucji jako wzorzec kontroli, wydobywając z niego zasadę poprawnej legislacji i określoności prawa (w ramach zarzutu związanego z odesłaniem do art. 30 u.z.l. zawartym w art. 39 u.z.l. oraz w odniesieniu do wynikającego z art. 39 u.z.l. obowiązku wskazania realnej możliwości uzyskania świadczenia zdrowotnego u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym), i w tych wypadkach można zrekonstruować uzasadnienia zarzutów jej naruszenia (analiza zgodności w tym zakresie jest przeprowadzona w dalszej części pisma). Jednocześnie jednak wnioskodawczyni wskazuje generalnie na zasadę demokratycznego państwa prawnego (art. 2 Konstytucji) jako wzorzec kontroli w wypadku wszystkich norm poddanych ocenie trybunalskiej, ograniczając się przy tym do przywołania wzorca kontroli konstytucyjności oraz stwierdzenia, że:

„omawiane normy [art. 39 u.z.l. odsyłający w pełnym zakresie do art. 30 u.z.l. – uwaga własna] godzą poważnie w wolność sumienia i wykluczają *de facto* z zawodu lekarza osoby kierujące się w praktyce takimi systemami wartości, które leżą u podstaw etosu lekarskiego, naruszają w ten sposób sam fundament pluralistycznego i demokratycznego społeczeństwa i państwa, są niezgodne z art. 2 Konstytucji” (wniosek, s. 27-28); „obowiązek ten [wskazania realnej możliwości uzyskania świadczenia u innego lekarza lub podmiocie leczniczym – uwaga własna] godzi w fundament pluralistycznego i demokratycznego państwa, a więc także art. 2 Konstytucji” (wniosek, s. 32); „[p]rzepis [art. 39 zd. 2 u.z.l. – uwaga własna] godząc w istotę wolności sumienia, wprowadzając wprost dyskryminację bezpośrednią ze względu na wyznaczenie [*sic!* – uwaga własna] w stosunkach pracy, narusza fundament demokratycznego państwa prawnego, a tym samym jest niezgodny z art. 2 Konstytucji” (wniosek, s. 34); „[p]rzepis art. 39 ustawy [w zakresie, w jakim nakłada obowiązek odnotowania i uzasadnienia w dokumentacji medycznej faktu powstrzymania się przez lekarza od wykonania świadczenia zdrowotnego niezgodnego z jego sumieniem – uwaga własna] godząc w istotę wolności sumienia, wprowadzając rozwiązania mogące prowadzić do dyskryminacji ze względu na wyznawane poglądy, rozszerzając krąg podmiotów mających dostęp do wiedzy o światopoglądzie lekarza, narusza fundament demokratycznego państwa prawnego, a tym samym jest niezgodny z art. 2 Konstytucji” (wniosek, s. 36).

Sejm stwierdza, że przytoczonych konkluzji NRL w przywołanym zakresie nie sposób zakwalifikować jako stosownego uzasadnienia naruszenia przez zaskarżoną regulację art. 2 Konstytucji. Jednocześnie należy podkreślić, że z uwagi na publicystyczny charakter wykorzystanej przez wnioskodawczynię argumentacji, „nie nadaje się” ona do rozpoznania przez Trybunał Konstytucyjny.

Konkludując, w opinii Sejmu, postępowanie w zakresie badania zgodności z generalnie ujmowaną zasadą demokratycznego państwa prawnego (art. 2 Konstytucji) powinno zostać **umorzone**, ze względu na niedopuszczalność wydania wyroku.

6. Zdaniem Sejmu, obowiązek uzasadnienia wniosku nie został zrealizowany przez NRL także względem zarzutu naruszenia przez kwestionowaną regulację art. 30 Konstytucji. Jakkolwiek zasada godności ludzkiej została przywołana w *petitum* wniosku jako wzorzec kontroli w zakresie zarzutów sformułowanych w pkt 1 i 2, to ani

w części poświęconej uzasadnieniu zarzutu 1 (wniosek, s. 24-30), ani w argumentacji na rzecz słuszności zarzutu 2 (wniosek, s. 30) wnioskodawczynie nie odnosi się do tego wzorca kontroli. Dla porządku należy dodać, że w części poświęconej rekonstrukcji wzorców kontroli NRL wyraziła pogląd, zgodnie z którym: „[z]muszanie do aktywnego postępowania wbrew religii czy sumieniu stanowi z reguły naruszenie istoty wolności sumienia (art. 31 ust. 3 zd. 2 Konstytucji), a często bywa utożsamiane z naruszeniem godności ludzkiej (art. 30 Konstytucji)”, popierając go cytatem z literatury (wniosek, s. 19), jednak trudno uznać, że w ten sposób wnioskodawczynie uczyniła zadość obowiązkowi uzasadnienia zarzutu, o którym mowa w art. 32 ust. 1 pkt 4 ustawy o TK.

Jednocześnie Sejm pragnie podkreślić, iż nawet gdyby wnioskodawczynie rozbudowała warstwę argumentacyjną w odniesieniu do naruszenia zasady godności człowieka, jako emanacji pogwałcenia wolności sumienia, to w świetle wypowiedzi Trybunału Konstytucyjnego (por. wyroki TK z: 5 marca 2003 r., sygn. akt K 7/01 oraz 4 listopada 2014 r., sygn. akt SK 55/13) – który zanegował możliwość utożsamiania naruszenia każdego prawa i wolności z naruszeniem godności, gdyż zabieg taki pozbawiałby gwarancje zawarte w art. 30 Konstytucji samodzielnego pola zastosowania i otwierałby drogę do zastosowania względem tego postanowienia ustawy zasadniczej zasady proporcjonalności wynikającej z art. 31 ust. 3 Konstytucji – kontrola w tym zakresie byłaby nieuprawniona.

Z powyższych względów Sejm wnosi o **umorzenie postępowania** w zakresie badania zaskarżonej regulacji z art. 30 Konstytucji.

7. Analogicznie negatywnie wypada ocena realizacji przez NRL obowiązku uzasadnienia zarzutu naruszenia przez art. 39 u.z.l. – w zakresie wskazanym w pkt I.2 *petitum* niniejszego pisma – standardu wynikającego z art. 65 ust. 1 Konstytucji. Wnioskodawczynie poprzestała bowiem na ogólnikowym stwierdzeniu, że: „[e]gzekwowanie tego obowiązku [wskazania realnej możliwości uzyskania świadczenia zdrowotnego u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym – uwaga własna] w dłuższej perspektywie prowadzi do wykluczenia z zawodu osób kierujących się w praktyce wartościami najbardziej predestynującymi do wykonywania wolnego zawodu lekarza” (wniosek, s. 32), czego nie można zakwalifikować jako dostatecznego uzasadnienia zarzutu naruszenia art. 65 ust. 1 Konstytucji.

Wobec powyższego, Sejm wnioskuję o **umorzenie postępowania** względem badania art. 39 u.z.l., w zakresie wskazanym w pkt I.2 *petitum* niniejszego pisma, z art. 65 ust. 1 Konstytucji.

III. Wzorce kontroli

1. Wolność sumienia (art. 53 ust. 1 w zw. z art. 31 ust. 3 oraz art. 53 ust. 7 Konstytucji, art. 18 ust. 1 i ust. 2 Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych)

1. Artykuł 53 ust. 1 Konstytucji stanowi: „Każdemu zapewnia się wolność sumienia i religii”, wystawiając dwie odrębne wolności. Trzeba podkreślić, akceptując w tym zakresie pogląd doktryny, że przywołane wolności „z osobna» zachowują swój w pełni samodzielny status, a ich sekwencyjne wyliczenie w jednym przepisie należy uznać jedynie za «techniczny» sposób ich wyartykułowania” (J. Szymanek, *Wolność sumienia i religii w Konstytucji RP*, „Przegląd Sejmowy” 2006, nr 2, s. 56). Wnioskodawczynie, przywołując art. 53 ust. 1 Konstytucji, wskazuje na wyrażoną w tym przepisie wolność sumienia. Trzeba zauważyć, że ustrojodawca nie dookreślił tego pojęcia, tak jak ma to miejsce w wypadku wolności religii (art. 53 ust. 2 Konstytucji). Jeżeli idzie o wolność sumienia, wskazuje się, że polega ona „na możliwości przyjmowania dowolnego światopoglądu, rozciągającego się na sferę bytu i sferę świadomości, poglądu dotyczącego ich powstania, wzajemnych relacji, rozwoju i celu, z czym łączy się również przyjęcie określonego systemu wartości. Światopogląd to – nawiązując [...] do sformułowania Wstępu do konstytucji – przekonanie co do metafizycznej struktury oraz źródła «prawdy, sprawiedliwości, dobra i piękna»” (P. Sarnecki [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, red. L. Garlicki, t. III, Warszawa 2003, komentarz do art. 53, s. 4).

W takim ujęciu wolność sumienia ma charakter pierwotny względem wolności religijnej, a co istotne, swoim działaniem ochronnym obejmuje wszystkie, a zatem nie tylko, czy też nie wyłącznie, religijne poglądy. Przez wolność sumienia rozumiałoby się wówczas „swobodę przyjmowania i wyznawania przekonań filozoficzno-światopoglądowych o religijnym, areligijnym lub antyreligijnym zabarwieniu” (P. Winczorek, *Komentarz do Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku*, Warszawa 2000, s. 73; jak wskazuje się w literaturze przedmiotu, taka

interpretacja pojęcia „wolność sumienia” jest dominująca w doktrynie, zob. J. Szymanek, *op. cit.*, s. 58).

Podobnie ujmują istotę wolności sumienia inni przedstawiciele nauki prawa, wskazując, że: „oznacza [ona – uwaga własna] autonomię jednostki w sferze poglądów filozoficznych, aksjologicznych, moralnych, a także politycznych i religijnych umożliwiającą jej określenie własnej tożsamości intelektualnej” (B. Banaszak, *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, Warszawa 2009, s. 271). Odmienne natomiast ujmuje wolność sumienia W. Skrzydło, którego zdaniem wolność sumienia to możliwość przyjęcia innego światopoglądu niż religijny (W. Skrzydło, *Komentarz do art. 53 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej*, 2013 LEX/el. nr 144799). Warto zaznaczyć, że przyjmowany przez poszczególnych komentatorów zakres pojęciowy wolności sumienia determinuje relację, w jakiej omawiana wolność konstytucyjna pozostaje do wolności religii. Można w tym wypadku mówić, że wolność religii jest jednym z przejawów wolności sumienia (zob. P. Sarnecki, *op. cit.*, s. 3; B. Banaszak, *op. cit.*, s. 271), albo przyjąć, że wolność sumienia stanowi niejako „drugą stronę” wolności religii (W. Skrzydło, *op. cit.*).

Przy dekodowaniu zawartości normatywnej art. 53 ust. 1 Konstytucji pomocniczo można odwołać się również do ustaleń nauki prawa cywilnego, bowiem wśród dóbr osobistych w art. 23 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (t.j. Dz. U z 2014 r., poz. 121 ze zm.; dalej: k.c.) ustawodawca wymienił m.in. swobodę sumienia. Owo dobro osobiste oznacza „stan wolny od ingerencji w sferę przekonań, poglądów i wyobrażeń [...] swobodę wyznawania lub niewyznawania religii, wykonywania lub niewykonywania praktyk religijnych” (M. Pazdan [w:] *Kodeks cywilny. Tom I. Komentarz do art. 1-449¹*, red. K. Pietrzykowski, Warszawa 2008, s. 120). Z kolei zdaniem Sądu Najwyższego: „Swoboda sumienia to wolne, wynikające z własnego przekonania wyrażanie określonego światopoglądu, w tym także wybór i praktykowanie określonej religii, wybór systemu wartości, według którego dokonuje się oceny swoich zachowań, czynów, myśli i uczuć. Chroniąc sferę sumienia, chroni się tym samym sferę pojęć, wyobrażeń i przekonań jednostki w tym i takich, które wiążą się z odpowiedzią na podstawowe pytania egzystencjalne” (wyrok SN z 20 września 2013 r., sygn. akt II CSK 1/13). W tym miejscu należy jednak poczynić dwie uwagi. Po pierwsze, ustaleń doktryny prawa cywilnego w przedmiocie dóbr osobistych nie można odnosić wprost do gwarancji wolności sumienia statuowanych na poziomie konstytucyjnym. Zgodnie z ugruntowanym

stanowiskiem Trybunału Konstytucyjnego, znaczenie terminów przyjęte w ustawach „nie może przesądzać o sposobie interpretacji przepisów konstytucyjnych”, zaś ów proces „powinien przebiegać w odwrotnym kierunku, tzn. przepisy konstytucyjne winny narzucać sposób i kierunek wykładni postanowień zawartych w innych aktach normatywnych” (zob. wyrok TK z 19 lipca 2011 r., sygn. akt P 9/09; por. wyroki TK z: 14 marca 2000 r., sygn. akt P 5/99; 7 lutego 2001 r., sygn. akt K 27/00). Po drugie, jak stwierdza Sąd Najwyższy, dobra osobiste rozumiane jako „pewne wartości niematerialne, uznane powszechnie w społeczeństwie i łączące się ściśle z człowiekiem, decydujące o jego indywidualności i odrębności [...] nie są [...] tożsame z prawami i wolnościami człowieka i obywatela ani też z publicznymi prawami podmiotowymi” (wyrok SN z 20 września 2013 r., sygn. akt II CSK 1/13).

2. Przed dokonaniem rekonstrukcji zasad rządzących ograniczaniem wolności sumienia i religii, należy wskazać, że w nauce prawa wyróżnia się sferę wewnętrzną (obejmującą posiadanie określonego systemu wartości, niezależnie od tego, czy jest on inspirowany religijnie) oraz sferę zewnętrzną (dotyczącą postępowania zgodnie z własnym sumieniem) wolności sumienia i religii.

Jeżeli idzie o sferę wewnętrzną funkcjonowania wolności sumienia i religii, zwraca się uwagę, że skoro obejmuje ona przemyślenia jednostki, to „w tym wymiarze trudno nawet sobie wyobrazić jakiegokolwiek ograniczenia prawne, czy ingerencje ze strony państwa. Dopuszczalne są one wtedy, gdy efekty wolności sumienia zostają uzewnętrznione w postaci wyrażanych poglądów lub innych działań [...] bądź praktyk religijnych. Wówczas jednak chodzić może już nie tylko o wolność sumienia, ale także inne wolności, mające wprowadzić swoje źródło w wolności sumienia, ale wobec niej autonomiczne (np. wolność słowa)” – B. Banaszak, *op. cit.*, s. 271.

Podobne ujęcie wolności sumienia znaleźć można również w ustawie z dnia 17 maja 1989 r. o gwarancjach wolności sumienia i wyznania (t.j. Dz. U. z 2005 r. Nr 231, poz. 1965; dalej: u.g.w.s.w.). Zgodnie z art. 1 ust. 2 u.g.w.s.w.: „Wolność sumienia i wyznania obejmuje swobodę wyboru religii lub przekonań [sfera wewnętrzna – uwaga własna] oraz wyrażania ich indywidualnie i zbiorowo, prywatnie i publicznie [sfera zewnętrzna – uwaga własna]”.

W konsekwencji należy uznać, że wolność zarówno sumienia, jak i religii w wymiarze wewnętrznym nie może podlegać ze swej istoty żadnym ograniczeniom

ze strony państwa. „W tym sensie jest to wolność, która pozostaje poza zakresem oddziaływania ustawodawcy, ponieważ poglądy, które nie są uzewnętrznione, nie mogą być normowane za pomocą przepisów prawnych” (A. Mezglewski, H. Misztal, P. Stanisławski, *Prawo wyznaniowe*, Warszawa 2011, s. 89-90).

Inaczej natomiast przedstawia się kwestia ograniczeń wolności sumienia i religii w ujęciu zewnętrznym. Warto w tym miejscu zauważyć, że art. 53 ust. 5 ustawy zasadniczej stanowi, iż: „Wolność uzewnętrzniania religii może być ograniczona jedynie w drodze ustawy i tylko wtedy, gdy jest to konieczne do ochrony bezpieczeństwa państwa, porządku publicznego, zdrowia, moralności lub wolności i praw innych osób”, co czyni zeń klauzulę limitacyjną dla wolności uzewnętrzniania religii. Natomiast zgodnie z art. 31 ust. 3 Konstytucji: „Ograniczenia w zakresie korzystania z konstytucyjnych wolności i praw mogą być ustanawiane tylko w ustawie i tylko wtedy, gdy są konieczne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego, bądź dla ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej, albo wolności i praw innych osób. Ograniczenia te nie mogą naruszać istoty wolności i praw”. Przywołany przepis Konstytucji dotyczy wszystkich wolności i praw, które zostały ujęte w jej rozdziale II, chyba że szczegółowe unormowanie dotyczące poszczególnej wolności bądź prawa wyłączałoby zastosowanie tego przepisu w całości lub w części. Zważywszy poczynione ustalenia, w opinii Sejmu, przesłanki ograniczenia wolności religii (jako wolności odrębnej od wolności sumienia) wynikają *expressis verbis* z art. 53 ust. 5 Konstytucji oraz – w zakresie nieunormowanym przez ten przepis – z art. 31 ust. 3 Konstytucji. Natomiast niezamieszczenie klauzul ograniczających wolność sumienia w ujęciu zewnętrznym w art. 53 Konstytucji pozwala na wniosek, że w tym zakresie ustrojodawca odsyła do art. 31 ust. 3 Konstytucji (por. wyrok TK z 9 lipca 2009 r., sygn. akt SK 48/05).

Artykuł 31 ust. 3 Konstytucji określa uniwersalne kryteria, których spełnienie jest konieczne do wprowadzenia ograniczeń praw i wolności konstytucyjnych jednostki. Przepis ustanawia trzy przesłanki: a) formalną – wymóg ustawowej formy ograniczeń; b) materialną – konieczność ograniczeń w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego bądź dla ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej albo wolności i praw innych osób; c) limitacyjną – zakaz naruszania istoty wolności i praw. Jak wskazuje L. Garlicki: „Artykuł 31 ust. 3 dopuszcza ustanawianie ograniczeń korzystania z wolności i praw tylko pod

warunkiem, że jest to konieczne dla realizacji jednej z sześciu wartości w nim wymienionych. Łączna analiza tych wartości prowadzi do wniosku, że wyrażają one koncepcję interesu publicznego jako ogólnego wyznacznika granic wolności i praw jednostki” (L. Garlicki [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, red. L. Garlicki, t. III, Warszawa 2003, komentarz do art. 31, s. 22; zob. też wyroki TK z: 12 stycznia 1999 r., sygn. akt P 2/98; 6 lipca 1999 r., sygn. akt P 2/99; 30 października 2006 r., sygn. akt P 10/06). W orzecznictwie Trybunału panuje pogląd, że: „[...] dla oceny, czy doszło do naruszenia zasady proporcjonalności (zakazu nadmiernej ingerencji) konieczne jest udzielenie odpowiedzi na trzy pytania:

- a) czy wprowadzona regulacja ustawodawcza jest w stanie doprowadzić do zamierzonych przez nią skutków;
- b) czy regulacja ta jest niezbędna dla ochrony interesu publicznego, z którym jest powiązana;
- c) czy efekty wprowadzanej regulacji pozostają w proporcji do ciężarów nakładanych przez nią na obywatela”.

3. Zgodnie z art. 53 ust. 7 Konstytucji, wskazanym jako samodzielny wzorzec kontroli w odniesieniu do treści normatywnej wskazanej w pkt I.3 *petitum* niniejszego pisma, „Nikt nie może być obowiązany przez organy władzy publicznej do ujawnienia swojego światopoglądu, przekonań religijnych lub wyznania”. Przepis ten należy traktować jako bezwzględny zakaz konstytucyjny. Z przywołanego zastrzeżenia konstytucyjnego wynika bowiem zakaz wkraczania przez ustawodawcę zwykłego, którego aktywność trzeba postrzegać jako emanację „władzy publicznej”, o której mowa w art. 53 ust. 7 ustawy zasadniczej, w sferę wolności nieujawniania światopoglądu.

4. Obok wzorców kontroli zakwestionowanej regulacji wynikających z Konstytucji, wnioskodawczyni powołuje także wzorce konwencyjne – art. 18 ust. 1 i ust. 2 Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych otwartego do podpisu w Nowym Jorku dnia 19 grudnia 1966 r. (Dz. U z 1977 r. Nr 38, poz. 167; dalej: MPPOP).

Zgodnie z art. 18 ust. 1 MPPOP, „Każdy ma prawo do wolności myśli, sumienia i wyznania. Prawo to obejmuje wolność posiadania lub przyjmowania wyznania lub przekonań według własnego wyboru oraz do uzewnętrzniania

indywidualnie czy wspólnie z innymi, publicznie lub prywatnie, swej religii lub przekonań przez uprawianie kultu, uczestniczenie w obrzędach, praktykowanie i nauczanie”.

Natomiast ust. 2 art. 18 MPPOP obowiązuje w brzmieniu: „Nikt nie może podlegać przymusowi, który stanowiłby zamach na jego wolność posiadania lub przyjmowania wyznania albo przekonań według własnego wyboru”.

Gwarantowana w postanowieniach MPPOP wolność sumienia nie ma waloru nieograniczonego. Treść art. 18 ust. 3 MPPOP stawia granice wolności uzewnętrzniania religii lub światopoglądu, co oznacza, że wewnętrzna sfera posiadania lub przyjmowania przekonań nie podlega ograniczeniom (zob. art. 18 ust. 2 MPPOP). W art. 18 ust. 3 MPPOP wyraźnie wyliczono powody, dla których mogą być wprowadzone ograniczenia wolności uzewnętrzniania światopoglądu, przy czym wyliczenie to ma charakter enumeratywny i zakłada, że mogą być to tylko limitacje ustawowe, konieczne do ochrony bezpieczeństwa, porządku lub zdrowia publicznego, moralności lub podstawowych praw i wolności innych osób.

Zważywszy zawartość normatywną art. 18 ust. 1 i ust. 3 MPPOP, Sejm skłania się ku uznaniu, że stanowi ona „bliźniaczą” regulację art. 53 ust. 1 w zw. z art. 31 ust. 3 Konstytucji. Uwzględniając natomiast, że wnioskodawczyni, jakkolwiek zrekonstruowała treść art. 18 ust. 1 i ust. 3 MPPOP, to nie wskazała żadnych dodatkowych argumentów przemawiających za niezgodnością kwestionowanej regulacji z wzorcem konwencyjnym, należy założyć, że jej intencją było „objęcie” skutkami oceny zgodności, dokonanej w perspektywie wzorca wynikającego z art. 53 ust. 1 w zw. z art. 31 ust. 3 Konstytucji, również wzorców konwencyjnych.

Jednocześnie Sejm pragnie zauważyć, że z uwagi na brak symetrii przedmiotowej między zaskarżoną regulacją, która bezspornie odnosi się do zewnętrznej sfery wolności sumienia (wolność działania w zgodzie ze swoim sumieniem), a wzorcem wynikającym z art. 18 ust. 2 MPPOP, chroniącym wewnętrzną sferę wolności „posiadania lub przyjmowania przekonań”, należy uznać, że przywołany przepis konwencji jest nieadekwatnym wzorcem kontroli i w związku z tym Sejm wnosi o stwierdzenie, że art. 39 u.z.l. w zakresie wskazanym w pkt I.1 *petitum* niniejszego pisma **nie jest niezgodny** z art. 18 ust. 2 MPPOP.

2. Wolność wykonywania pracy (art. 65 ust. 1 Konstytucji)

Wskazany jako wzorzec art. 65 ust. 1 ustawy zasadniczej statuuje konstytucyjne zasady odnoszące się do indywidualnego prawa pracy. Do rudymenarnych zasad tej gałęzi prawa powołany przepis zalicza wolność wyboru i wykonywania zawodu, wolność wyboru miejsca pracy. Treść zasady wyrażonej w analizowanym wzorcu kontroli zdekodował Trybunał Konstytucyjny, stwierdzając, że obejmuje ona: „trzy rodzaje praw pozostających w funkcjonalnym związku: prawo do wyboru i wykonywania zawodu, prawo do wyboru miejsca pracy [i] prawo do ochrony przed pracą przymusową”, zaś: „pełna wolność pracy to nie tylko brak przymusu, ale również brak ograniczeń, polegających na uniemożliwieniu podmiotom prawnym wykonywania określonego zawodu, czy zatrudnienia, nie przymuszając ich jednocześnie do robienia czegoś innego” (wyrok TK z 26 kwietnia 1999 r., sygn. akt K 33/98).

Z kolei w wyroku z 24 stycznia 2001 r. (sygn. akt SK 30/99) Trybunał Konstytucyjny stwierdził, że: „Konstytucyjna wolność pracy łączy się z adresowanym do władz publicznych generalnym zakazem wprowadzania ograniczeń w swobodnym decydowaniu przez jednostkę o podjęciu, kontynuowaniu i zakończeniu pracy w określonym zawodzie, o miejscu i rodzaju wykonywanej pracy oraz o wyborze pracodawcy”. Zauważył również, że ingerencja w sferę tej wolności jednostki jest dopuszczalna, a granice tej ingerencji, ze względu na treść zdania drugiego art. 65 ust. 1 Konstytucji, są szersze, niż wynikałoby to z art. 31 ust. 3 Konstytucji (wyrok TK z 19 marca 2001 r., sygn. akt K 32/00).

Jakkolwiek wnioskodawczyni, rekonstruując zawartość normatywną, stwierdza, że w niniejszej sprawie znaczenie ma aspekt wolności związany zarówno z wyborem pracy, jak i z jej wykonywaniem, to Sejm uważa za stosowne zgłosić do takiego stanowiska niezbędne zastrzeżenie, skutkujące ograniczeniem analizowanego aspektu wolności dekodowanej z art. 65 ust. 1 Konstytucji jako wzorca kontroli w niniejszej sprawie.

W opinii Sejmu, jeśli NRL obstawałaby przy tezie o naruszeniu „prawa do swobodnego wyboru wykonywanej pracy”, co oznaczałoby wystąpienie w obronie prawa do wyboru zawodu lekarza osób, które nie należą do samorządu zawodowego lekarzy, wówczas należałoby umorzyć postępowania w tym zakresie, gdyż nie

zostałaby spełniona przesłanka wynikająca z art. 191 ust. 1 pkt 4 ustawy zasadniczej.

Z tego względu, w opinii Sejmu, analiza zgodności art. 39 u.z.l. może odbywać się jedynie w perspektywie wolności wykonywania zawodu.

3. Zasada poprawnej legislacji i określoności przepisów prawa (art. 2 Konstytucji)

Zasada przyzwoitej legislacji i określoności prawa, powołana jako wzorzec kontroli w odniesieniu do badania norm zakwestionowanych w pkt 1 i 2 *petitum* wniosku, wywodzone są z fundamentalnej zasady demokratycznego państwa prawnego, zawartej w art. 2 Konstytucji.

Nakaz określoności przepisów prawnych, rozumiany jako wymaganie formułowania tychże w sposób zapewniający dostateczny stopień precyzji, jeśli chodzi o ustalenie ich znaczenia i skutków prawnych, traktuje się jako jeden z elementów zasady ochrony zaufania obywatela do państwa, wynikający z art. 2 Konstytucji (zob. orzeczenia TK z: 19 czerwca 1992 r., sygn. akt U 6/92; 1 marca 1994 r., sygn. akt U 7/93; 26 kwietnia 1995 r., sygn. akt K 11/94 oraz wyroki TK z: 17 października 2000 r., sygn. akt SK 5/99; 24 lutego 2003 r., sygn. akt K 28/02; 21 września 2011 r., sygn. akt SK 6/10).

W orzecznictwie sądu konstytucyjnego „przez precyzyjność regulacji prawnej należy rozumieć możliwość dekodowania z przepisów jednoznacznych norm prawnych (a także ich konsekwencji) za pomocą reguł interpretacji przyjmowanych na gruncie określonej kultury prawnej. Innymi słowy, nakaz określoności przepisów prawnych powinien być rozumiany jako wymóg formułowania przepisów w taki sposób, aby zapewniały dostateczny stopień precyzji, jeśli chodzi o ustalenie ich znaczenia i skutków prawnych.

Jasność przepisu ma gwarantować jego komunikatywność względem adresatów. Innymi słowy, chodzi o zrozumiałość przepisu na gruncie języka powszechnego. Wymóg jasności oznacza nakaz tworzenia przepisów zrozumiałych dla ich adresatów, którzy od racjonalnego prawodawcy mają prawo oczekiwać stanowienia norm niebudzących wątpliwości co do nakładanych obowiązków lub przyznawanych praw” (wyrok TK z 21 września 2011 r., sygn. akt SK 6/10).

Jednocześnie Trybunał w swoim orzecznictwie wyraził pogląd, zgodnie z którym „[p]ozbawienie mocy obowiązującej określonego przepisu z powodu jego niejasności winno być traktowane jako środek ostateczny, stosowany dopiero wtedy, gdy inne metody usuwania skutków niejasności treści przepisu, w szczególności przez jego interpretację w orzecznictwie sądowym, okażą się niewystarczające. Z reguły niejasność przepisu powodująca jego niekonstytucyjność musi mieć charakter «kwalifikowany», przez wystąpienie określonych dodatkowych okoliczności z nią związanych, które nie mają miejsca w każdym przypadku wątpliwości co do rozumienia określonego przepisu. Dlatego tylko daleko idące, istotne rozbieżności interpretacyjne albo już występujące w praktyce, albo – jak to ma miejsce w przypadku kontroli prewencyjnej – takie, których z bardzo wysokim prawdopodobieństwem można się spodziewać w przyszłości, mogą być podstawą stwierdzenia niezgodności z Konstytucją określonego przepisu prawa. Ponadto skutki tych rozbieżności muszą być istotne dla adresatów i wynikać z niejednolitego stosowania lub niepewności co do sposobu stosowania. Dotykać one winny prawnie chronionych interesów adresatów norm prawnych i występować w pewnym nasileniu” (wyrok TK z 3 grudnia 2002 r., sygn. akt P 13/02).

IV. Wyłączenie możliwości powstrzymania się od wykonania świadczenia niezgodnego z sumieniem lekarza w warunkach konieczności udzielenia pomocy lekarskiej w przypadkach niecierpiących zwłoki (art. 39 w zw. z art. 30 u.z.l.)

1. Zarzuty wnioskodawczyni

Wnioskodawczyni zasadnie dekoduje z łącznego odczytania art. 39 i art. 30 u.z.l. normę, zgodnie z którą na lekarzu ciąży bezwzględny obowiązek wykonania świadczenia zdrowotnego niezgodnego z jego sumieniem w każdym przypadku niecierpiącym zwłoki, w zakresie wykraczającym poza konieczność udzielania pomocy w sytuacji zagrożenia życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała czy ciężkiego rozstroju zdrowia.

Pod adresem zakwestionowanej regulacji wnioskodawczyni formułuje zarzut naruszenia zasady dostatecznej określoności przepisów wywodzonej z zasady demokratycznego państwa prawnego (art. 2 Konstytucji).

Zdaniem NRL, zaskarżony przepis uniemożliwia „precyzyjne ustalenie sposobu wymaganego i sankcjonowanego zachowania” (wniosek, s. 28). Z całości wypowiedzi wnioskodawczynie wynika, że kontestowana „nieokreśloność” polega na zastosowaniu, przez odesłanie do art. 30 u.z.l., pojęcia nieostrego „inne przypadki niecierpiące zwłoki”.

W ocenie wnioskodawczynie, zakwestionowana regulacja, przez to, że „w sposób bezwzględny” zawiesza wolność sumienia lekarza, również „w przypadkach niecierpiących zwłoki”, „deformuje wymóg symetrii dóbr”, czym narusza art. 53 ust. 1 w zw. z art. 31 ust. 3 Konstytucji.

Kontestowana przez NRL norma, wynikająca z łącznego odczytania art. 39 i art. 30 u.z.l. w zakresie analizowanym w tej części pisma, narusza według inicjatorki postępowania także wolność wykonywania zawodu lekarza (art. 65 ust. 1 Konstytucji).

2. Analiza zgodności

1. Analizę poddanego rozważeniu Trybunału problemu należy poprzedzić zwięzłą charakterystyką instytucji tzw. klauzuli sumienia, uregulowanej w art. 39 u.z.l.

Przede wszystkim trzeba zauważyć, że wolność sumienia została zagwarantowana w art. 53 ust. 1 Konstytucji. Z uwagi na fakt, że nieuchronną konsekwencją funkcjonowania jednostek w pluralistycznym społeczeństwie, którego istnienie Konstytucja zakłada i w pełni akceptuje w swej preambule, jest możliwość powstania konfliktu wartości, które jednostki pragną chronić, ustawodawca unormował w art. 39 u.z.l. sposób rozstrzygnięcia kolizji konstytucyjnej wolności sumienia lekarza (art. 53 ust. 1 Konstytucji) oraz prawa podmiotowego każdego człowieka do ochrony zdrowia (art. 68 ust. 1 Konstytucji; w dalszej części pisma nastąpi eksplikacja tego zagadnienia, zob. W. Chańska, *Klauzula sumienia jako wyraz moralnego kompromisu*, „Prawo i Medycyna” 2013, nr 3-4, s. 29; M. Świeca, *Klauzula sumienia – jako rozwiązanie kolizji norm prawa stanowionego z normami światopoglądowymi*, „Prawo i Medycyna” 2013, nr 3-4, s. 47).

Umożliwiając lekarzowi legalne powstrzymanie się od wykonania świadczenia medycznego niezgodnego z jego sumieniem, ustawodawca zastrzegł konieczność spełnienia kilku przesłanek. Pierwszą z nich, przez odesłanie do art. 30 u.z.l., jest przesłanka o charakterze negatywnym. Innymi słowy, w wypadku aktualizacji

obowiązku pomocy lekarskiej na podstawie art. 30 u.z.l., lekarz nie ma prawa powstrzymania się od realizacji świadczenia zdrowotnego niezgodnego z jego sumieniem (ten aspekt stał się podstawą do sformułowania zarzutu w pkt 1 *petitum* wniosku). Kolejne przesłanki warunkujące skorzystanie z klauzuli sumienia mają charakter pozytywny i są to:

- a) niezgodność świadczenia zdrowotnego z sumieniem lekarza;
- b) obowiązek wskazania realnych możliwości uzyskania objętego odmową świadczenia u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym;
- c) uzasadnienie i odnotowanie faktu powstrzymania się od udzielenia świadczenia w dokumentacji medycznej;
- d) w odniesieniu do lekarza wykonującego swój zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby – uprzednie powiadomienie na piśmie przełożonego.

2. Jednocześnie należy wskazać, że ani Konstytucja, ani u.z.l. nie definiują pojęcia „sumienie”. Próby takie są podejmowane w doktrynie. Z racji tego, że termin „sumienie” wywodzi się z dziedziny nauki, jaką jest etyka, należy wskazać na ustalenia etyków w tym zakresie. „Najprostsza definicja sumienia stwierdza, że jest ono moralną samoświadomością człowieka. Definicja jest krótka, ale wskazuje na to, co w fenomenie sumienia najważniejsze. Najpierw na fakt jego rozumności – świadomość wiąże się wprost z rozeznaniem, a więc sumienie to nie «odczuwanie słuszności», tylko jej rozeznawanie, po wtóre zaś: jest to «świadomość samego siebie» pod względem moralnym, czyli sumienie dotyczy wprost moralnej autonomii człowieka” (B. Chyrowicz, *Moralna autonomia i klauzula sumienia*, „Medycyna Praktyczna” 2014, nr 1, s. 120). Sumienie zawsze będzie więc miało charakter indywidualny i autonomiczny. Rozeznanie tego, co jest słuszne, pozostaje w gestii dysponenta sumienia, w analizowanej przestrzeni normatywnej – lekarza.

Pojęcie „sumienie” stanowi jednocześnie kategorię prawną, ponieważ normy prawne dotyczące wykonywania zawodu lekarza uwzględniają pojęcie sumienia lekarza jako jedno z kryteriów oceny legalności jego zachowania (L. Kubicki, *Sumienie lekarza jako kategoria prawna*, „Prawo i Medycyna” 1999, nr 4, s. 5).

Jak wskazuje się w literaturze przedmiotu, „ujęcie klauzuli sumienia lekarza w art. 39 u.z.l. wyraźnie w nawiązaniu do indywidualnego lekarza (wszak bowiem nie ma sumienia zbiorowego) oraz indywidualnego przypadku pacjenta – nakazuje

uznać za niedopuszczalne w świetle obowiązującego prawa oświadczenia niektórych dyrektorów szpitali lub ordynatorów oddziałów ginekologiczno-położniczych o niewykonywaniu – co do zasady – legalnych zabiegów przerywania ciąży podyktowanych ochroną zdrowia kobiety lub faktem, że ciąża wynika z przestępstwa. Taka odmowa może mieć bowiem miejsce tylko w przypadku indywidualnego lekarza, w odniesieniu do konkretnego przypadku” (E. Zielińska, *Wzajemne relacje w zespołowym działaniu medycznym w aspekcie odpowiedzialności karnej i zawodowej*, „Prawo i Medycyna” 2001, nr 9, s. 38).

Co istotne, treść art. 39 u.z.l. nie determinuje tego, czy klauzula sumienia wykorzystywana przez konkretnego lekarza ma charakter generalny, dotyczy świadczeń określonego rodzaju czy też jest to każdorazowo decyzja indywidualnie podjęta w odniesieniu do konkretnego świadczenia wobec konkretnego pacjenta. Jak wskazuje się w doktrynie, w praktyce lekarskiej może występować odwoływanie się przez lekarza do klauzuli sumienia zarówno w postaci abstrakcyjnej (przy określeniu świadczeń rodzajowo), jak i zindywidualizowanej (tak np. E. Zatyka, *Lekarski obowiązek udzielania pomocy w świetle prawa karnego*, 2011, LEX/el. nr 124051; M. Kobak, *Konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia a klauzula sumienia lekarza* [w:] *Odpowiedzialność administracji i w administracji*, red. M. Stahl, Z. Duniewska, 2013 LEX/el. nr 184153), naturalnie przy zastrzeżeniu, że nie zachodzą przesłanki z art. 30 u.z.l. Takie podejście można uzasadnić także funkcjonowaniem zasady *in dubio pro libertate* (w tym ujęciu – na rzecz wolności sumienia).

Jednocześnie warto zauważyć, że klauzula sumienia upoważnia wyłącznie do powstrzymania się od wykonania świadczenia, ale nie upoważnia do jego podjęcia. Z tego względu nie można, powołując się na art. 39 u.z.l., dokonać interwencji medycznej, która byłaby sprzeczna z prawem lub zasadami etyki zawodowej.

Jak wskazano w pkt I.3 niniejszego pisma, zakres przedmiotowy tzw. klauzuli sumienia z art. 39 u.z.l. jest niezwykle szeroki, obejmuje bowiem wszelkie świadczenia zdrowotne, oczywiście z zastrzeżeniem ich legalności.

3. Przesłanką, której aktualizacja wyłącza możliwość powstrzymania się przez lekarza od wykonania świadczenia zdrowotnego, są okoliczności wskazane w art. 30 u.z.l. Ma to miejsce wtedy gdy zwłoka w udzieleniu świadczenia mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki.

Wykładnia literalna art. 30 u.z.l. prowadzi do wniosku, że lekarz nie może powstrzymać się od wykonania świadczenia zdrowotnego wywołującego u niego sprzeciw sumienia w dwóch typach sytuacji: „Na pierwszą składają się takie okoliczności, w których temporalne przesunięcie momentu skorzystania przez pacjenta ze świadczenia zdrowotnego wiązałoby się ze sprowadzeniem potencjalnego zagrożenia, które mogłoby mieć krytyczne skutki dla jego życia lub zdrowia. Wyłączenie możliwości skorzystania z klauzuli sumienia w tym wypadku uzasadnia się zatem już samą ewentualnością zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta” (M. Kobak, *op. cit.*). Warto w tym miejscu przypomnieć, że wątpliwości konstytucyjne wnioskodawczyni nie obejmują tego przypadku.

Do drugiej grupy okoliczności, w których lekarz nie może skorzystać z uprawnienia, o którym mowa w art. 39 u.z.l., należą z kolei wszystkie zdarzenia określane jako „inne przypadki niecierpiące zwłoki”. Jak wskazuje się w doktrynie, „[s]ą to okoliczności, w których przesunięcie w czasie momentu udzielenia pacjentowi świadczenia zdrowotnego z powodu skorzystania przez lekarza z klauzuli sumienia bezpośrednio przekładałoby się negatywnie na stan jego [pacjenta – uwaga własna] zdrowia. W tym wypadku ustawodawca nie zastrzega już, że chodzi o samą potencjalną możliwość wystąpienia niebezpieczeństwa negatywnego oddziaływania na zdrowie pacjenta; tego rodzaju ewentualne następstwa powstrzymania się od wykonania świadczenia ograniczono wyłącznie do niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, lecz o rzeczywistą szkodę na zdrowiu pacjenta. W swej intensywności szkoda ta powinna być niższa niż utrata życia, ciężkie uszkodzenie ciała lub ciężki rozstrój zdrowia, ponieważ szkody o takim charakterze – jak wyżej stwierdzono – kwalifikują się do pierwszej grupy przesłanek wykluczających skorzystanie z klauzuli sumienia” (M. Kobak, *op. cit.*; podobnie M. Żelichowski, *Obowiązek leczenia – przypadek niecierpiący zwłoki*, „Medycyna Praktyczna” 2007, nr 2, s. 171-172). Innymi słowy, przez „inne przypadki niecierpiące zwłoki” należy rozumieć sytuacje, w których powstrzymanie się przez lekarza od wykonania świadczenia zdrowotnego na podstawie art. 39 u.z.l. prowadziłoby do negatywnych następstw w zdrowiu pacjenta, przy czym nie byłyby to konsekwencje tak poważne, jak śmierć, ciężkie uszkodzenia ciała lub ciężki rozstrój zdrowia (zob. T. Dukiet-Nagórska, *O potrzebie nowelizacji prawa medycznego*, „Prawo i Medycyna” 2002, nr 1, s. 11). „Co istotne, sama możliwość

wystąpienia niebezpieczeństwa takich skutków nie mieści się w grupie przesłanek wyłączających skorzystanie z klauzuli sumienia” (M. Kobak, *op. cit.*).

Jednocześnie, jak wskazuje się w literaturze przedmiotu, do przesłanek wyłączających legalne skorzystanie z klauzuli sumienia należy kwalifikować również takie okoliczności, w których „opóźnienie tej pomocy [lekarskiej – uwaga własna] może pacjentowi zaszkodzić” (P. Konieczniak, *Udział w proteście zbiorowym jako przewinienie zawodowe lekarza*, „Prawo i Medycyna” 1999, nr 2, s. 88), np. gdyby upływ czasu spowodowany odmową wykonania świadczenia i koniecznością poszukiwania innego lekarza skutkowałby tym, że samo świadczenie przestałoby już być zgodne z prawem lub przestałoby być, w perspektywie czasu, dostępne (M. Kobak, *op. cit.*), co naruszałoby prawa pacjenta zagwarantowane w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2012 r., poz. 159 ze zm.; dalej jako: u.p.p.).

4. Odnosząc się do zarzutów NRL, trzeba przyjąć, że skoro unormowanie wynikające z art. 39 u.z.l. jest gwarancją zachowania wolności sumienia w przypadku kolizji sumienia z konstytucyjnymi prawami innych osób, w tym przypadku – pacjentów, to wprowadzenie warunków ograniczających skorzystanie z klauzuli sumienia limituje w konsekwencji wolność sumienia lekarzy. Jednocześnie wypada skorygować poczynione ustalenie o stwierdzenie, że ten zabieg normatywny jest usprawiedliwiony koniecznością respektowania prawa do ochrony zdrowia, o którym mowa w art. 68 ust. 1 Konstytucji, lub prawa do prywatności, chronionego przez art. 47 Konstytucji, co jednocześnie realizuje przesłankę konieczności ograniczenia wolności sumienia w perspektywie art. 31 ust. 3 Konstytucji. Specyfika przestrzeni normatywnej regulującej wykonywanie zawodu lekarza pozwala na stwierdzenie, że najczęściej wartościami, z którymi wchodzi w kolizję wolność sumienia lekarzy, są prawo do ochrony zdrowia (art. 68 ust. 1 Konstytucji) i prawo do prywatności (art. 47 Konstytucji).

Przechodząc się do pierwszego z wymienionych praw jednostki, należy podkreślić, że rekonstruując treść normatywną art. 68 ust. 1 ustawy zasadniczej, w wyroku z 7 stycznia 2004 r. (sygn. akt K 14/03) Trybunał Konstytucyjny wywiódł, iż: „zdrowie w swym wymiarze jednostkowym i publicznym jest [...] wartością konstytucyjną, a władza publiczna jest zobowiązana zabezpieczyć każdemu możliwość realizacji prawa do jego ochrony. Konstytucja konstruuje więc *explicite*

publiczne prawo podmiotowe, którego urzeczywistnienie sprowadza się do możliwości domagania się od władzy publicznej stworzenia warunków, w których jednostka będzie miała zagwarantowaną instytucjonalnie sposobność chronić – *par excellence* – swoje zdrowie”. Istnienie publicznego prawa podmiotowego do ochrony zdrowia uznaje się także w doktrynie (zob. np. Ch. Byk, *Prawo do zdrowia jako prawo konstytucyjne*, „Państwo i Prawo” 2000, nr 9, s. 26; A. Surówka, *Ochrona zdrowia w systemie praw i wolności*, „Jurysta” 2005, nr 8, s. 7; na art. 68 ust. 1 Konstytucji jako autonomiczne źródło rekonstrukcji publicznego prawa podmiotowego do ochrony zdrowia wskazuje J. Trzcіński, *Konstytucyjne prawo do zdrowia na tle art. 35 Karty Podstawowych Praw Unii Europejskiej [w:] Sześć lat Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Doświadczenia i inspiracje*, red. L. Garlicki, A. Szmyt, Warszawa 2003, s. 302-302).

W przywoływanym już wyroku w sprawie o sygn. akt K 14/03 Trybunał Konstytucyjny wywiódł, że z art. 30 i art. 38 Konstytucji wręcz nierozzerwalnie związany jest art. 68 Konstytucji. Ochrona zdrowia ściśle koresponduje z ochroną życia, a prawo do życia – z godnością człowieka (tak również A. Zoll, *Problemy służby zdrowia w świetle doświadczeń RPO*, „Prawo i Medycyna” 2000, nr 8, s. 8).

W doktrynie wyraźnie zwraca się uwagę na to, że art. 68 ust. 1 Konstytucji nie ma charakteru deklaratywnego (tak np. H. Izdebski, *Podstawy prawne ustroju zdrowia publicznego w Polsce*, „Zdrowie Publiczne” nr 5-6/2001, s. 377). Trybunał Konstytucyjny, odwołując się do poglądów w piśmiennictwie, w wyroku w sprawie o sygn. akt K 14/03 podkreślił, że art. 68 ust. 1 Konstytucji stanowi normę prawną, z której wynikają określone obowiązki władzy publicznej.

Z unormowania tego przepisu Konstytucji wynika, że państwo powinno utworzyć i utrzymać warunki niezbędne do zrealizowania prawa do ochrony zdrowia.

Taka interpretacja jest uprawniona w kontekście aktów prawa międzynarodowego ratyfikowanych przez Rzeczpospolitą Polską, które zaostrzają jeszcze obowiązki państwa w tym zakresie. Warto w tym miejscu przywołać zwłaszcza: a) Konstytucję Światowej Organizacji Zdrowia z dnia 22 lipca 1946 r. (Dz. U. z 1948 r. Nr 61, poz. 477), w świetle której: „korzystanie z najwyższego osiągalnego poziomu zdrowia jest jednym z podstawowych praw każdej istoty ludzkiej”, przy czym „zdrowie jest stanem zupełnej pomyślności fizycznej, umysłowej i społecznej, a nie jedynie brakiem choroby”; b) MPPOP, stwierdzający w swoim art. 12 ust. 1, że: „każdy ma prawo do korzystania z najwyższego osiągalnego

poziomu ochrony zdrowia fizycznego i psychicznego”; c) Europejską Kartę Socjalną z dnia 18 października 1961 r. (Dz. U. z 1999 r. Nr 8, poz. 67), która formułuje we wstępie prawo każdego do „korzystania z wszelkich środków umożliwiających mu osiągnięcie możliwie najlepszego stanu zdrowia”.

Ograniczenie możliwości korzystania z wolności sumienia w razie konieczności świadczenia pomocy lekarskiej w przypadku niecierpiącym zwłoki stanowi konsekwencję uznania przez państwo prymatu gwarancji uzyskania świadczenia zdrowotnego, a więc działania związanego z realizacją prawa do ochrony zdrowia.

Warto przy tym podkreślić, że obowiązek pomocy lekarskiej z art. 30 u.z.l., odczytywany w świetle art. 2 k.k., czyni z lekarza gwaranta realizacji świadczeń zdrowotnych w wypadkach niecierpiących zwłoki. Założenie to koresponduje z treścią art. 3 ust. 2 u.g.w.s.w., zgodnie z którym „[k]orzystanie z wolności sumienia i wyznania nie może prowadzić do uchylania się od wykonywania obowiązków publicznych nałożonych przez ustawy”.

Drugim prawem, które może kolidować z wolnością sumienia lekarskiego, jest prawo jednostki do prywatności, zakotwiczone w art. 47 Konstytucji. Przywołane postanowienie ustawy zasadniczej określa prawo każdego do ochrony życia prywatnego i rodzinnego, czci i dobrego imienia oraz do decydowania o swoim życiu osobistym. To znaczy, że państwo z jednej strony zobowiązuje się do nieingerowania w konstytucyjnie określony zakres życia jednostki, a z drugiej strony zapewnia jej w tym zakresie stosowną ochronę (zob. wyrok TK z 2 kwietnia 2001 r., sygn. akt SK 10/00). Prywatność, rozumiana jako prawo „do życia własnym życiem, układanym według własnej woli z ograniczeniem do niezbędnego minimum wszelkiej ingerencji zewnętrznej”, odnosi się między innymi do życia osobistego (a więc także zdrowia jednostki) i bywa nazywana „prawem do pozostawienia w spokoju” (zob. B. Banaszak, *op. cit.*, s. 246). W opinii Trybunału, „Konstytucja, mówiąc o prawie do ochrony życia prywatnego, rodzinnego, czci i dobrego imienia oraz decydowania o swoim życiu osobistym, ustanawia zakaz ingerencji państwa w życie prywatne jednostki, ale nakłada też na państwo obowiązki pozytywne” (wyrok TK z 4 listopada 2014 r., sygn. akt SK 55/13). Jak podniesiono również w orzecznictwie trybunalskim, w sferze życia osobistego jednostki mieści się również prawo do decydowania o ochronie własnego życia i zdrowia (zob. wyroki TK z: 9 lipca 2009 r., sygn. akt SK 48/05 i 26 lutego 2014 r., sygn. akt K 22/10). Przywołane prawo będzie

miało znaczenie w szczególności w tych wypadkach, w których jego podmiot będzie uprawniony do uzyskania świadczenia zdrowotnego, które jest innym działaniem medycznym wynikającym z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania; dla zobrazowania tej sytuacji, będzie to dotyczyło np. wykonania zabiegu aborcji, gdy zachodzi uzasadnione podejrzenie, że ciąża pochodzi z czynu zabronionego. W takich okolicznościach kobieta jest bowiem wyłącznym dysponentem zgody na zabieg terminacji ciąży.

Konkludując poczynione ustalenia, aby ocenić konstytucyjność ograniczenia wolności sumienia lekarza w sytuacji realizacji obowiązku pomocy lekarskiej, konieczne jest ustalenie, czy jest ono dopuszczalne w świetle warunków określonych w art. 31 ust. 3 Konstytucji. W szczególności, czy wskazane w art. 31 ust. 3 zasady konstytucyjne usprawiedliwiają taką ingerencję oraz czy jest ona ingerencją proporcjonalną.

Analizowane ograniczenie zostało pomieszczone w akcie rangi ustawowej, stąd spełniona została formalna przesłanka, o której mowa w art. 31 ust. 3 Konstytucji. Wprowadzone w art. 39 u.z.l. ramy korzystania z wolności sumienia wyznaczone były bez wątplenia koniecznością ochrony praw konstytucyjnych (do ochrony zdrowia, do prywatności) innych osób.

Oceniając kwestionowane ograniczenie z perspektywy zasady proporcjonalności *sensu stricto*, należy podkreślić, że w opinii Trybunału Konstytucyjnego, „zasada proporcjonalności jest ściśle związana z założeniem racjonalnego działania prawodawcy, które stanowi punkt wyjścia oceny zgodności kwestionowanych przepisów z Konstytucją. Jak podkreśla się w doktrynie prawa konstytucyjnego, racjonalny prawodawca stanowi prawo, kierując się najlepszą dostępną wiedzą naukową (postulat racjonalności prakseologicznej) i spójnym, uznanym w danym społeczeństwie systemem wartości (postulat racjonalności aksjologicznej) oraz wybierając środki najbardziej adekwatne do realizacji założonych celów” (wyrok TK z 4 listopada 2014 r., sygn. akt SK 55/13). „Cel podjęcia działania przez prawodawcę nie ogranicza się jedynie do wskazania pożądanego stanu faktycznego, ale wymaga odwołania się do wartości, które prawodawca obowiązany jest chronić, a zatem do systemu wartości wyrażonego w Konstytucji” (wyrok TK z 12 lutego 2014 r., sygn. akt K 23/10).

W świetle poczynionych ustaleń, Sejm uznaje, że ingerencja ustawodawcy w wolność sumienia spełnia wymóg przydatności (adekwatności). Zakwestionowana

regulacja nadaje się bowiem do realizacji celów deklarowanych przez ustawodawcę, służąc ochronie wartości, jaką stanowi prawo do ochrony zdrowia i prawo do prywatności, realizowane przez dostępność do świadczeń zdrowotnych.

Jednocześnie Sejm pragnie podkreślić, że w wypadku kwestionowanej normy nie sposób było w pełni uwzględnić postulatu aksjologicznego, opartego na obiektywnie akceptowalnych wartościach moralnych, gdyż przesłanką skorzystania z wolności sumienia nie są „obiektywnie akceptowalne normy moralne”, ale normy moralne autonomicznie przyjęte przez każdą jednostkę. Norma kolizyjna zamieszczona w art. 39 u.z.l. realizuje natomiast postulat pragmatyczny związany z dążeniem do stworzenia skutecznego instrumentu oddziaływania na zachowania adresatów przyjętych norm, co w dalszej perspektywie ma na celu zagwarantowanie dostępności do legalnych świadczeń zdrowotnych.

Na tle zasady proporcjonalności należy także podkreślić, że ustawodawca, ograniczając konstytucyjne prawo lub wolność, ma obowiązek preferować środki najmniej uciążliwe dla adresatów. Zdaniem Sejmu, w wypadku zakwestionowanej regulacji, ustawodawca miał prawo założyć, że bez zastosowania odesłania w art. 39 u.z.l. do art. 30 u.l. nie osiągnąłby konstytucyjnie uzasadnionego celu, jakim jest ochrona prawa do ochrony zdrowia oraz prawa do prywatności.

Rozstrzygając kolizję wolności i praw konstytucyjnych, należy brać pod uwagę zarówno okoliczności prawne (miejsce i *ratio* konfrontowanych zasad w Konstytucji), jak i okoliczności faktyczne, które mają wpływ na dobór środków przez ustawodawcę. W tym kontekście trzeba wskazać, że wolność sumienia (art. 53 ust. 1 Konstytucji) została zadekretowana jako wolność osobista, podobnie jak prawo do prywatności (art. 47 Konstytucji), natomiast prawo do ochrony zdrowia stanowi jedno z praw socjalnych. W takim układzie trudno, posługując się argumentem *a rubrica*, jednoznacznie wskazać, któremu z praw (wolności) należałoby przyznać prymat, w szczególności, co wykazano wcześniej, że Trybunał z prawa do prywatności wywodzi prawo do decydowania o ochronie swojego zdrowia i życia. Pomocne natomiast w tym wypadku będzie wskazanie okoliczności faktycznych, które przemawiają za „podporządkowaniem” wolności sumienia lekarza w sytuacji konieczności pomocy lekarskiej w innym przypadku niecierpiącym zwłoki. Trzeba przede wszystkim podkreślić, że ustawodawca przyjął obowiązek pomocy lekarskiej ze względu na profesjonalizm lekarza, wykształconego po to, aby udzielać świadczeń zdrowotnych, czyniąc go gwarantem uzyskania świadczenia

zdrowotnego. Jedynymi przesłankami dezaktualizującymi obowiązek pomocy lekarskiej są: brak zdolności lekarza do działania (*ultra posse nemo obligatur*) oraz brak możliwości pomocy, ze względu na pomoc lekarską niesioną w warunkach art. 30 u.z.l. innej osobie (L. Kubicki, *Obowiązek udzielenia pomocy lekarskiej*, „Prawo i Medycyna” 2003, nr 13, s. 6). Lekarz, z racji wykonywania szczególnego zawodu, obok konieczności działania wbrew swojemu sumieniu podczas niesienia pomocy lekarskiej w warunkach określonych w art. 30 u.z.l., musi ponadto liczyć się z innymi ograniczeniami własnych praw i wolności, dla przykładu: ma obowiązek realizacji pomocy lekarskiej nawet w przypadku, gdy stan chorobowy osoby, której udzielana jest pomoc, może narazić go na niebezpieczeństwo osobiste (inaczej niż w przypadku powszechnego obowiązku pomocy z art. 162 k.k.). Wykonywanie zawodu lekarza jest związane bowiem z pewnymi ryzykami, także z ryzykiem konieczności działania wbrew swojemu sumieniu. Przywołane ograniczenia wydają się zrozumiałe, zważywszy zastrzeżoną przepisami prawa wyłączność lekarską w realizacji niektórych świadczeń zdrowotnych.

Sejm pragnie także dodać, że jakkolwiek normę zawartą w art. 30 u.z.l., ze względu na jej zakres, rzeczywiście uznaje się za zbyt radykalną i nadmiernie rygorystyczną i z tego względu rodzącą krytykę, na co uwagę zwraca wnioskodawczyni, przywołując poglądy przedstawicieli doktryny (wniosek, s. 9), to jednocześnie wypada zauważyć, że poglądy te są aktualne w wypadku analizowania obowiązku pomocy lekarskiej w ogólności, rozpatrywanego autonomicznie od innych obowiązków zawodowych lekarza. Natomiast norma wysłowiona w art. 30 u.z.l. posiada także inną funkcję w analizowanej ustawie i w tym zakresie wydaje się adekwatna. Chodzi o funkcję limitującą granice prawa lekarza do niepodjęcia lub odstąpienia od leczenia (art. 38 u.z.l.) oraz prawa do powstrzymania się od wykonania świadczenia zdrowotnego niezgodnego z sumieniem lekarza (art. 39 u.z.l.). Zgodnie z poglądem L. Kubickiego, „w odniesieniu do tej funkcji przepis art. 30 ustawy o z.l. nie powinien [...] nasuwać zastrzeżeń, gdyż właściwie wyznacza ramy uprawnienia lekarza. Ale też sytuacja, w której ma zastosowanie jest zgoła różna. W tym przypadku bowiem mamy do czynienia z pacjentem, który **sam** [podkreślenie Autora] zgłasza się do lekarza po pomoc lekarską lub jest **już** [podkreślenie Autora] przez lekarza leczony, w związku z tym powstała określona relacja: lekarz – pacjent, w której lekarz jest zorientowany (a przynajmniej powinien i mógł być zorientowany) co do stanu zdrowia pacjenta i miał dostateczną podstawę do podjęcia decyzji, czy

ten stan pozwala mu na skorzystanie z uprawnień, określonych w art. 38 i 39 ustawy o z.i.” (L. Kubicki, *Obowiązek...*, s. 6).

Konkludując poczynione ustalenia, Sejm wyraża pogląd, że w wypadku kontestowanej regulacji nie zostały przekroczone ramy wyznaczone treścią zasady proporcjonalności przewidzianej w art. 31 ust. 3 Konstytucji.

5. Przechodząc do kwestii oceny kwestionowanej regulacji z perspektywy posłużenia się przez ustawodawcę pojęciem „przypadki niecierpiące zwłoki”, pod względem wymogu precyzji i jasności unormowania, Sejm pragnie przede wszystkim podkreślić, że wnioskodawczyni nie wskazała, na czym miałyby polegać możliwość dowolnej interpretacji sformułowania „w innych przypadkach niecierpiących zwłoki”, zakładając, że: „[zaskarżone przepisy, w ujęciu NRL: art. 39 w zw. z art. 30 u.z.i. – uwaga własna] uniemożliwiają ustalenie sposobu wymaganego i sankcjonowanego zachowania” (wniosek, s. 28).

Należy zgodzić się z NRL, że sformułowanie „przypadki niecierpiące zwłoki” można klasyfikować jako pojęcie nieostre, niedookreślone. Jednocześnie jednak warto odnotować, że w świetle wypowiedzi Trybunału Konstytucyjnego, choć zasada określoności nakazuje z dużą ostrożnością posługiwać się w stanowionym prawie zwrotami niedookreślonymi, nie da się zupełnie ich wyeliminować (zob. uchwałę TK z 6 listopada 1991 r., sygn. akt W 2/91 oraz wyroki TK z: 15 września 1999 r., sygn. akt K 11/99; 14 grudnia 1999 r., sygn. akt SK 14/98 i 17 października 2000 r., sygn. akt SK 5/99). Już w przywoływanym wyroku w sprawie o sygn. akt W 2/91 Trybunał stwierdził, że: „posługiwania się w prawie [...] pojęciami nieostrymi nie można *a priori* traktować jako uchybienia legislacyjnego. Często bowiem skonstruowanie określonej normy prawnej przy ich pomocy stanowi jedyne rozsądne wyjście. Na straży właściwego zastosowania takiej normy stoją przede wszystkim normy procesowe, nakazujące wykazanie przesłanek, jakie legły u podstaw zastosowania w konkretnej sprawie normy prawnej skonstruowanej przy użyciu tego rodzaju nieostrego pojęcia”.

W wydanym w pełnym składzie wyroku z 28 października 2009 r., sygn. akt Kp 3/09, podsumowującym dorobek orzeczniczy, Trybunał Konstytucyjny zauważył, że: „Norma konstytucyjna nakazująca zachowanie odpowiedniej określoności regulacji prawnych ma charakter zasady prawa. Nakłada to na ustawodawcę obowiązek jej optymalizacji w procesie stanowienia prawa. Ustawodawca powinien

dążyć do możliwie maksymalnej realizacji wymogów składających się na tę zasadę. Tym samym stopień określoności konkretnych regulacji podlega każdorazowej relatywizacji w odniesieniu do okoliczności faktycznych i prawnych, jakie towarzyszą podejmowanej regulacji. Relatywizacja ta stanowi naturalną konsekwencję nieostrości języka, w którym redagowane są teksty prawne oraz różnorodności materii podlegającej normowaniu. Z powyższych względów na ustawodawcy ciąży obowiązek tworzenia przepisów prawa możliwie najbardziej określonych w danym wypadku, zarówno pod względem ich treści, jak i formy. Na oba wymiary określoności prawa składają się kryteria, które były wielokrotnie wskazywane w orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego, mianowicie: precyzyjność regulacji prawnej, jasność przepisu oraz jego legislacyjna poprawność. Kryteria te składają się na tzw. test określoności prawa, który każdorazowo powinien być odnoszony do badanej regulacji”.

Na tle przytoczonych ustaleń Trybunału Konstytucyjnego, Sejm pragnie wyrazić pogląd, że w analizowanym przypadku ustawodawca – w sposób założony – posłużył się pojęciem niedookreślonym, aby lekarz *a casu ad casum* mógł konkretyzować, czy w danej sytuacji doszło do aktualizacji przesłanki „innego przypadku niecierpiącego zwłoki”, wyłączającej skorzystanie przez niego z klauzuli sumienia.

Ocena, czy rzeczywiście zachodzą takie okoliczności, będzie dokonywana przez lekarza w świetle aktualnej wiedzy medycznej oraz doświadczenia zawodowego. Obowiązek ciążyący na lekarzu w przypadku niecierpiącym zwłoki polega bowiem na udzieleniu pacjentowi nie jakiegokolwiek pomocy (np. wsparcia finansowego), lecz – jak wskazuje art. 30 u.z.l. – pomocy lekarskiej, a więc świadczenia zdrowotnego (na tym bowiem polega wykonywanie zawodu lekarza w świetle art. 2 ust. 1 u.z.l.). Zgodnie z art. 4 u.z.l., „[l]ekarz ma obowiązek wykonywać zawód zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością”, co oznacza, że ustawodawca sformułował dyrektywy, które lekarz winien uwzględnić, aby ustalić, czy w danym wypadku ma do czynienia z „przypadkiem niecierpiącym zwłoki”.

Zdaniem Sejmu, kwestionowane przepisy nie zawierają pojęć niedookreślonych w tak znaczącym stopniu, który aktualizowałby konieczność sięgnięcia przez Trybunał po „środek ostateczny” w postaci stwierdzenia

niekonstytucyjności tego unormowania. Powszechnie przyjęte metody wykładni przepisów prawa pozwalają bowiem na usunięcie ewentualnych niejasności wynikających z zaskarżonych przepisów, a zróżnicowanie okoliczności faktycznych podlegających profesjonalnej ocenie lekarza nie pozwala ustawodawcy na posłużenie się wyrażeniem cechującym się wyższym poziomem określoności.

Z tego względu należy uznać że kontestowane rozwiązanie legislacyjne nie narusza zasady określoności i w tym aspekcie jest zgodne z art. 2 Konstytucji.

6. Odnosząc się do zarzutu niekonstytucyjnej ingerencji przez kwestionowaną regulację w zasadę wolności wykonywania zawodu (art. 65 ust. 1 Konstytucji), trzeba przypomnieć, że na poparcie tego zarzutu wnioskodawczynie twierdzi, iż: „[n]aruszenie w tym przypadku wynika przede wszystkim z tego, że norma określona tymi przepisami zobowiązuje lekarza do działań sprzecznych z istotą zawodu lekarza”. Jak następnie wskazuje NRL, „[j]ego istotą jest ratowanie życia i zdrowia chorego w sposób zgodny z wymaganiami aktualnej wiedzy medycznej oraz zgodnie z sumieniem lekarza” (wniosek, s. 26).

W opinii Sejmu zarzuty te są nieuzasadnione z kilku powodów.

Po pierwsze, posługując się argumentem *a rubrica*, trzeba podkreślić, że art. 30 u.z.l. (podobnie jak art. 39 u.z.l.) został pomieszczony w rozdziale 5 u.z.l., zatytułowanym „Zasady wykonywania zawodu lekarza”. Tym samym obowiązek pomocy lekarskiej został zaliczony do zasad wykonywania zawodu lekarza. Ponadto warto zauważyć, że art. 30 u.z.l. otwiera rozdział 5 tej ustawy, co uzasadnia tezę, że ustawodawca obowiązkowi pomocy lekarskiej – jako zasadzie wykonywania zawodu lekarza – nadał priorytetowe znaczenie w pracy zawodowej lekarzy.

Po drugie, wnioskodawczynie, odwołując się do Kodeksu Etyki Lekarskiej (dalej: KEL), jako norm wyznaczających „istotę zawodu lekarza”, zdaje się postulować kontrolę aktu normatywnego (u.z.l.) z perspektywy norm o charakterze deontologicznym, co oczywiście pozostaje poza kognicją Trybunału Konstytucyjnego.

Po trzecie wreszcie, gdyby nawet uznać, że „istotę wykonywania zawodu lekarza” konstituują zasady przyjęte w KEL, należy wskazać, że podstawowym powołaniem lekarza jest nie tylko ochrona życia i zdrowia ludzkiego, ale także zapobieganie chorobom, leczenie chorych oraz niesienie ulgi w cierpieniu, natomiast najwyższym nakazem etycznym lekarza jest dobro chorego – *salus aegroti suprema lex esto* (zob. art. 2 KEL). Nie bez znaczenia ma także treść art. 69 KEL, który

stanowi, że: „Lekarz nie może odmówić pomocy lekarskiej w przypadkach niecierpiących zwłoki, jeśli pacjent nie ma możliwości uzyskania jej ze strony instytucji powołanych do udzielania pomocy”.

Tym samym Sejm stoi na stanowisku, że nakaz niesienia pomocy lekarskiej w przypadku niecierpiącym zwłoki, z wykluczeniem możliwości skorzystania z klauzuli sumienia, wbrew twierdzeniom wnioskodawczyni, nie tylko nie zmusza do działań sprzecznych z powołaniem lekarza, ale wręcz wpisuje się w istotę tego zawodu. Z powyższych względów nie sposób uznać, że kwestionowana regulacja narusza wolność wykonywania zawodu. Przyjmując optykę NRL, należałoby uznać, że także powszechny obowiązek pomocy zakotwiczony w art. 162 k.k. stanowi zamach na wolność człowieka, gdyż wymusza określone zachowanie.

7. W opinii Sejmu, na rzecz niezgodności art. 39 u.z.l. – w badanym w tym punkcie zakresie – nie przemawiają argumenty przywołane przez wnioskodawczynię. Twierdzi ona, że zbyt szeroko zakreślony katalog przypadków, w których art. 30 u.z.l. wymaga, aby lekarz udzielał pomocy, działając w kolizji z własnym sumieniem, nie koresponduje z tradycją legislacyjną oraz z założeniami systemowymi (wniosek, s. 12). Inicjatorka postępowania wskazuje przy tym, że obecny zakres obowiązku pomocy lekarskiej jest bardziej restrykcyjny niż w poprzednich regulacjach tego zagadnienia oraz że art. 15 u.d.l. ogranicza ustawowe obowiązki podmiotu leczniczego do świadczeń niezbędnych „ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia”. Sejm wyraża pogląd, że argumenty te nie mogą być brane pod uwagę przy ocenie konstytucyjności badanego przepisu, bowiem odstępienie od wcześniejszej normatywnej koncepcji zakresu przedmiotowego obowiązku pomocy lekarskiej nie stanowi *per se* o naruszeniu Konstytucji. Natomiast zarzut braku poziomej zgodności między przepisami u.z.l. oraz u.d.l. pozostaje poza zakresem kontroli Trybunału, który nie bada horyzontalnej niezgodności i niespójności w systemie źródeł prawa. Zgodnie ze stanowiskiem Trybunału Konstytucyjnego, zabieg taki wymagałby bowiem „oceny nie tyle z punktu widzenia konstytucyjności, ile udatności (sprawności, adekwatności wobec założonego celu) regulacji” (wyrok TK z 13 marca 2007 r., sygn. akt K 8/07). Sąd konstytucyjny, kontrolując konstytucyjność zaskarżonych norm, nie obejmuje swoją kognicją rozwiązywania kwestii poziomej niespójności przepisów ustawowych (zob. Z. Czeszejko-Sochacki, L. Garlicki, J. Trzeciński, *Komentarz do ustawy o Trybunale Konstytucyjnym*, Warszawa 1999,

s. 16-17, a także np. wyroki TK z: 24 maja 1999 r., sygn. akt P 10/98; 14 grudnia 1999 r., sygn. akt SK 14/98). Sprzeczność, o której mowa, nie ma takiego charakteru, który uniemożliwiałby jej usunięcie za pomocą dopuszczalnych reguł wykładni prawa. Kwestie wykładni należą do organów stosujących prawo, a nie do Trybunału Konstytucyjnego. Należy podkreślić, że Trybunał uznaje za konstytucyjnie dopuszczalną, nawet zdiagnozowaną w toku kontroli konstytucyjności, niezgodność poziomą między przepisami, jeżeli „możliwe jest zrekonstruowanie precyzyjnych norm prawnych wskutek prawidłowo przeprowadzonej wykładni przepisów” (wyrok TK z 28 października 2009 r., sygn. akt Kp 3/09).

Posługując się metodą wykładni systemowej, bez nadmiernej trudności można wykazać, że zarzucana interferencja normowania ma charakter pozorny. Trzeba bowiem zauważyć, że o ile art. 15 u.d.l odnosi się wszystkich podmiotów leczniczych, to zaskarżona regulacja normuje jedynie zakres obowiązku lekarzy.

8. Z powyższych względów Sejm wnosi o uznanie, że art. 39 u.z.l. w zakresie wskazanym w pkt I.1 niniejszego pisma **jest zgodny** z zasadą poprawnej legislacji wywodzoną z art. 2 Konstytucji, art. 53 ust. 1, art. 65 ust. 1 w związku z art. 31 ust. 3 Konstytucji i z art. 18 ust. 1 Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych oraz **nie jest niezgodny** z art. 18 ust. 2 Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych.

V. Obowiązek wskazania realnej możliwości uzyskania świadczenia zdrowotnego niezgodnego z sumieniem lekarza u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym

1. Zarzuty wnioskodawczyni

Zdaniem NRL, nałożony w zakwestionowanej regulacji obowiązek wskazania przez lekarza korzystającego z klauzuli sumienia realnej możliwości uzyskania świadczenia u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym jest w istocie prawnym obowiązkiem pomocnictwa w zakresie wykonania świadczenia uznanego za niegodziwe. Przepis ten, w opinii wnioskodawczyni, która powołuje się w tym zakresie na poglądy niektórych przedstawicieli doktryny, zmusza lekarza do czynnej, konkretnej i realnej pomocy w uzyskaniu świadczenia niezgodnego z sumieniem

lekarza (wniosek, s. 12-13). W związku z tym, że z przywołanego obowiązku informacyjnego lekarz nie może się zwolnić, NRL stoi na stanowisku, że przepis w zaskarżonym zakresie iluzorycznie chroni wolność sumienia lekarza, co uzasadnia tezę o jego niezgodności z art. 53 ust. 1 w zw. z art. 31 ust. 3 Konstytucji. Nałożony na lekarza obowiązek wskazania realnych możliwości wykonania świadczenia zdrowotnego u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym jest również, w opinii wnioskodawczynie, niemożliwy do realizacji, bowiem lekarz odmawiający udzielenia świadczenia zdrowotnego niezgodnego z jego sumieniem nie ma wiedzy o światopoglądzie innych lekarzy, do których miałby ich kierować. Z tego względu kontestowany przepis narusza także wywodzoną z art. 2 Konstytucji zasadę poprawnej legislacji.

2. Analiza zgodności

1. Przystąpienie do merytorycznej analizy zasadności zarzutów wnioskodawczynie należy poprzedzić przypomnieniem, że powstrzymanie się przez lekarza od wykonania świadczenia ze względu na jego konflikt sumienia rodzi sytuację, kiedy prawo pacjenta do uzyskania świadczenia zdrowotnego zostaje ograniczone (D. Ponczek, *Prawa pacjenta w Polsce*, Łódź 2000, s. 22).

Ustawodawca wykreował więc zastrzeżenie do możliwości skorzystania z klauzuli sumienia, polegające na tym, że odmawiając realizacji świadczenia, lekarz ma jednocześnie obowiązek „wskazać realne możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym”.

2. Ustosunkowując się do zarzutów NRL, Sejm zauważa, że wbrew twierdzeniom wnioskodawczynie, art. 39 u.z.l. nie czyni z lekarza „gwaranta” realizacji świadczenia zdrowotnego niezgodnego z jego sumieniem, natomiast obowiązek informowania o realnej możliwości uzyskania świadczenia u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym nie obciąża sumienia lekarza, ani go nie łamie.

W analizowanym przepisie posłużono się frazą „wskazać realne możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym”, co oznacza, że na lekarza nałożono dodatkowy obowiązek informacyjny dotyczący możliwości uzyskania świadczenia, do którego pacjent ma prawo, bowiem dąży do

zachowania lub poprawy swojego zdrowia, a więc działa pod ochroną art. 68 ust. 1 Konstytucji.

W świetle ustaleń językoznawców, słowo „możliwość” oznacza „to, co może się zdarzyć lub może istnieć” (*Wielki Słownik Języka Polskiego* opracowany przez Instytut Języka Polskiego PAN, wydanie internetowe http://www.wsjp.pl/index.php?id_hasla=8585&ind=0&w_szukaj=mo%C5%BCliwo%C5%9B%C4%87), art. 39 u.z.l. nie zakłada więc, że przesłanką skorzystania z klauzuli sumienia jest zagwarantowanie uzyskania czy nawet „możliwości realnego uzyskania”, ale informacja o realnej możliwości uzyskania świadczenia.

Sejm uznaje za stosowne podkreślić przy tym, że z perspektywy lekarza, na którym ciąży obowiązek informacyjny, informacja jest aksjologicznie neutralna, a jej wykorzystanie dla sumienia lekarskiego ambiwalentne (zob. stanowisko Komitetu Bioetyki przy Prezydium PAN z 12 listopada 2013 r. nr 4/2013 w sprawie tzw. klauzuli sumienia, „Prawo i Medycyna” 2013, nr 3-4, s. 26-27, s. 7-25 oraz – jednoznacznie akceptując tę tezę – B. Chyrowicz, Zdanie odrębne dotyczące Stanowiska Komitetu Bioetyki przy Prezydium PAN nr 4/2013, „Prawo i Medycyna” 2013, nr 3-4, s. 26-27). Podstawą takiej konkluzji Komitetu Bioetyki PAN było podzielane przez Sejm założenie, że art. 39 u.z.l., wskazując, że lekarz może powstrzymać się od wykonania świadczenia, zakłada, iż lekarz, łamiąc swoje sumienie realizacją świadczenia, działałby osobiście i bezpośrednio (osobiste działanie lekarza stanowi skądinąd istotę pojęcia „wolny zawód”, które odnosi się do lekarzy; zob. R. Kubiak, *Prawo medyczne*, Warszawa 2010, s. 28). Z tego względu Komitet Bioetyki przy Prezydium PAN wskazał, że lekarz ma prawo powstrzymać się od wykonania świadczenia wówczas, gdy jego działanie „bezpośrednio narusza bądź stwarza bezpośrednie i realne zagrożenie dla dobra, które wedle ich przekonań moralnych powinno podlegać bezwzględnej ochronie”.

Z perspektywy praw pacjenta, uzyskanie informacji od lekarza stanowi zabezpieczenie możliwości uzyskania świadczenia zdrowotnego, co istotne – uzyskania go w odpowiednim czasie. Trzeba zwrócić uwagę, że – inaczej niż w wypadku odstąpienia lub niepodjęcia leczenia na podstawie art. 38 u.z.l., kiedy na lekarzu ciąży obowiązek dostatecznie wczesnego uprzedzenia o tym pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna faktycznego i jednocześnie wskazania realnej możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym – w sytuacji, w której lekarz powstrzymuje się od wykonania

świadczenia zdrowotnego niezgodnego z jego sumieniem, pacjent dostaje tę informację w trakcie wizyty lekarskiej, najczęściej po przeprowadzonym wywiadzie (lekarz musiał się bowiem wpieryw rozeznać co do sytuacji zdrowotnej pacjenta), przeprowadzonym osobistym badaniu (art. 42 ust. 1 u.z.l., tylko bowiem taki sposób pozwoli lekarzowi ustalenie stanu zdrowia pacjenta i ewentualne wykluczenie aktualizacji przesłanek bezwzględnego obowiązku pomocy lekarskiej).

Brak kontestowanego przez NRL obowiązku oznaczałby, że łamane jest prawo pacjenta do informacji, gwarantowane mu przez art. 9 u.p.p. Jak podnosi się w literaturze, prawo to nie przewiduje wyjątków ani ograniczeń (J. Szpara, *Prawo do informacji medycznej w relacjach pacjenta z lekarzem*, „Prawo i Medycyna” 1999, nr 4, s. 135), co stanowi naturalną konsekwencję poszanowania autonomii pacjenta i prawa do decydowania o sobie. Korelatem prawa pacjenta do informacji jest obowiązek jej udzielenia przez lekarza, wyartykułowany w art. 31 u.z.l. Zgodnie z tym przepisem, „lekarz ma obowiązek udzielać pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu”. Warto zwrócić uwagę na fakt, że konstrukcja tego przepisu świadczy o tym, iż katalog informacji jest wyczerpujący, zatem nie podlega swobodnemu uznaniu przez lekarza (wyjątek stanowi tzw. przywilej terapeutyczny, jednak nie ma on znaczenia z perspektywy analizowanego zagadnienia). Co istotne, „bliźniacze” rozwiązanie zakłada także art. 13 KEL, zobowiązując lekarza do respektowania „prawa pacjenta do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących jego zdrowia”. Zgodnie z art. 13 ust. 3 KEL, lekarz powinien poinformować o: stopniu ewentualnego ryzyka zabiegów diagnostycznych i leczniczych, spodziewanych korzyściach związanych z wykonywaniem tych zabiegów, możliwościach zastosowania innego postępowania medycznego.

Pozyskanie informacji przez pacjenta niejako przenosi na niego odpowiedzialność moralną za dalsze działanie. Pacjent może bowiem nigdy nie udać się do innego lekarza lub podmiotu leczniczego wskazanego przez lekarza, albo, po wizycie we wskazanym ośrodku, nie wyrazić zgody na wykonanie świadczenia. Lekarz nie ponosi więc żadnej odpowiedzialności za sposób wykorzystania otrzymanej przez pacjenta informacji. W tym miejscu Sejm pragnie jednocześnie zauważyć, że na tle analizowanego problemu wyłania się dodatkowa perspektywa

odpowiedzialności moralnej lekarzy. W sytuacji odmowy przez lekarza świadczenia niezgodnego z jego sumieniem i braku wskazania realnej możliwości uzyskania tego świadczenia u innego profesjonalisty, pacjent, który jest zdeterminowany, by otrzymać świadczenie, będzie szukał innych ku temu sposobów, abstrahując od ich legalności, niekoniecznie bezpiecznych dla jego życia lub zdrowia.

3. Przechodząc następnie do odpowiedzi na zarzut braku możliwości realizacji obowiązku wskazania innego lekarza lub podmiotu leczniczego, z uwagi na deficyt instrumentów prawnych, którymi dysponuje lekarz, Sejm stwierdza co następuje.

Posłużenie się przez ustawodawcę spójnikiem „lub” oznacza, że lekarz, chcąc spełnić ustawowy obowiązek, może wskazać jeden z podmiotów w nim wskazanych.

Wskazanie przez lekarza „realnej możliwości uzyskania świadczenia” oznacza, że lekarz powinien przekazać pacjentowi informację, która jest „konkretna, aktualna i sprawdzona co do jej ścisłości” (L. Kubicki, *HIV/AIDS – odmowa leczenia i nieudzielenie pomocy medycznej*, Poznań 2001, s. 20), co zakłada, że lekarz powinien sprawdzić, gdzie pacjent będzie mógł uzyskać świadczenie, którego dotyczy odmowa (L. Kubicki, *Sumienie...*, s. 6).

Wbrew twierdzeniom wnioskodawcy, lekarz nie ma przy tym obowiązku poznania światopoglądu lekarzy, do których odsyła pacjenta.

Kwestią natury technicznej jest ustalenie źródła informacji o lekarzach czy podmiotach leczniczych, i można ją rozwiązać na płaszczyźnie organizacyjnej.

W tym miejscu Sejm zauważa, że każdy z lekarzy, podejmując decyzję o wykonywaniu zawodu lekarza i konkretnej specjalizacji w medycynie, będąc autonomicznym podmiotem określającym granice swojego postępowania, jest w stanie przygotować się na sytuacje, w których jego integralność moralna będzie zagrożona. Z tego względu powinien on, po zapoznaniu się z ustawowym obowiązkiem wynikającym z art. 39 u.z.l., uwzględnić konieczność jego realizacji. Dla przypomnienia, wystarczy, że wskaże podmiot leczniczy, w którym wykonuje się świadczenia budzące jego sprzeciw. W tej perspektywie lekarz może zrealizować obowiązek przez to, że zwróci się do NFZ o stosowną informację. Pozyskanie jej będzie proste i można je przyrównać do zdobywania i uaktualniania przez lekarza danych dotyczących listy leków refundowanych, co jest mu przydatne przy wykonywaniu zawodu.

Ponadto lekarze pracujący w podmiocie wykonującym działalność leczniczą mają do dyspozycji regulamin organizacyjny tego podmiotu, przyjmowany przez jego kierownika na podstawie art. 23 u.d.l. W świetle art. 24 ust. 1 u.d.l., regulamin organizacyjny powinien regulować m.in. przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w jednostkach lub komórkach organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu; organizację i zadania poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu oraz warunki współdziałania tych jednostek lub komórek dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania podmiotu pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno-gospodarczym oraz warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych.

Z powyższego wynika, że w regulaminie organizacyjnym podmiotu realizującego świadczenia zdrowotne powinny znaleźć się procedury określające paradygmat postępowania w sytuacji konieczności wskazania realnej możliwości uzyskania świadczenia zdrowotnego u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym.

4. Nie przekonują poglądy NRL, że lekarz powinien mieć możliwość zwolnienia się z obowiązku informacyjnego, a ten „ciężar” należałoby przenieść na inne podmioty, ewentualnie stworzyć rejestry lekarzy wykonujących świadczenia budzące wątpliwości w świetle klauzuli sumienia.

Sejm pragnie podnieść, że zobowiązanie innych podmiotów do przekazania informacji przesunęłoby w czasie jej uzyskanie przez pacjenta, co mogłoby spowodować np. ograniczenie dostępności świadczenia czy nawet delegalizację jego udzielenia.

Co więcej, to właśnie stworzenie postulowanych rejestrów pozostawałoby nie do pogodzenia z konstytucyjnym zakazem zmuszania do ujawniania swojego światopoglądu, przekonań religijnych lub wyznania, zakotwiczonym w art. 53 ust. 7 Konstytucji.

W opinii Sejmu, zwolnienie lekarzy od kwestionowanego obowiązku wydatnie osłabiłoby pozycję pacjenta w relacji z lekarzem, w szczególności w kontekście dostępu do świadczeń zdrowotnych, co podawałoby w wątpliwość słuszność takiego

rozwiązania z perspektywy art. 68 ust. 1 Konstytucji. Jak trafnie wywiedziono w doktrynie, naruszeniem prawa do ochrony zdrowia byłoby stworzenie pewnych gwarancji dla korzystania z prawa do ochrony zdrowia, ale poniżej minimum wyznaczonego samym prawem, np. w sytuacji, gdy prawodawca nie wykreowałby „żadnych regulacji, które tworzyłyby system gwarancji umożliwiających uzyskanie świadczenia medycznego” (A. Surówka, *op. cit.*, s. 11-12).

5. Zważywszy poczynione ustalenia, Sejm wnosi o uznanie, że art. 39 zd. 1 u.z.l. w zakresie wskazanym w pkt 1.2 *petitum* niniejszego pisma **jest zgodny** z zasadą poprawnej legislacji wywodzoną z art. 2 Konstytucji oraz art. 53 ust. 1 w zw. z art. 31 ust. 3 Konstytucji.

VI. Obowiązek uzasadnienia i odnotowania faktu powstrzymania się od wykonania świadczenia niezgodnego z sumieniem lekarza w dokumentacji medycznej oraz obowiązek uprzedniego powiadomienia o tym na piśmie przełożonego lekarza

1. Zarzuty wnioskodawczyni

Wątpliwości konstytucyjne wnioskodawczyni ogniskują się wokół naruszenia bezwzględnego zakazu nakładania przez organy władzy publicznej obowiązku ujawnienia swojego światopoglądu, przekonań religijnych lub wyznania, wynikającego z brzmienia art. 53 ust. 7 Konstytucji.

Ustawowy nakaz, jak ujmuje to NRL, „samooskarżenia” (wniosek, s. 34-35) może prowokować przełożonego, którego lekarz informuje o zamiarze skorzystania z klauzuli sumienia oraz inne osoby mające dostęp do dokumentacji medycznej pacjenta, w której należy utrwalić i uzasadnić fakt powstrzymania się od udzielenia świadczenia ze względu na jego niezgodność z sumieniem lekarza, do szykan i – wywierając „efekt mrożący” – może zniechęcać do korzystania z wolności sumienia, przez co naruszony jest także art. 53 ust. 1 w zw. z art. 31 ust. 3 Konstytucji.

Zgodnie z intencją NRL, wyrażoną we wniosku (s. 34 i 36), niezgodność zakwestionowanego przepisu z art. 53 ust. 7 Konstytucji ma rodzić również sprzeczność z art. 53 ust. 1 w zw. z art. 31 ust. 3 Konstytucji.

2. Analiza zgodności

1. Odnosząc się do zarzutów sformułowanych przez wnioskodawczynię w zakresie analizowanym w tym punkcie pisma, Sejm pragnie wyrazić pogląd, że są one oparte na nieporozumieniu. Naczelna Rada Lekarska wywodzi bowiem z zakwestionowanej regulacji obowiązek ujawnienia przełożonemu (w wypadku lekarza wykonującego zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby) i w dokumentacji medycznej pacjenta swojego światopoglądu, który nie pozwala lekarzowi na wykonanie danego świadczenia zdrowotnego. Dodatkowo, wnioskodawczyni interpretuje kontestowane postanowienia u.z.l. w ten sposób, że nakazują one uzasadnienie skorzystania z wolności sumienia.

Tymczasem, zdaniem Sejmu, posługując się metodą wykładni językowej – która zarówno w opinii Trybunału Konstytucyjnego (zob. np. orzeczenia TK z: 3 marca 1987 r., sygn. akt P 2/87; 25 stycznia 1995 r., sygn. akt W 14/94 oraz wyroki TK z: 12 stycznia 2000 r., sygn. akt P 11/99; 28 czerwca 2000 r., sygn. akt K 25/99), jak i SN powinna mieć pierwszeństwo przed zastosowaniem innych metod egzegezy normy prawnej z przepisu (zob. np. uchwała SN z 7 czerwca 2001 r., sygn. akt III CZP 29/01) – kwestionowanej regulacji, należy wywieść wniosek, że obowiązek uzasadnienia i odnotowania w dokumentacji medycznej dotyczy faktu powstrzymania się przez lekarza od wykonania świadczenia niezgodnego z jego sumieniem. Użyte w art. 39 zd. 1 u.z.l. słowo „ten” jest bowiem zastosowanym w pierwszym przypadku zaimkiem wskazującym, odnoszącym się do słowa „fakt” (powstrzymania się od świadczenia, o którym mowa *ab initio* analizowanego przepisu).

W konsekwencji, w dokumentacji medycznej lekarz ma obowiązek odnotować, iż wstrzymuje się od wykonania świadczenia zdrowotnego, oraz uzasadnić przyczynę swojej decyzji, przy czym kontrolowana norma w żadnym wypadku, wbrew twierdzeniom wnioskodawczyni, nie obliguje do uzasadnienia swojego światopoglądu, ten bowiem jest indywidualny i autonomiczny. Uzasadnieniem, o jakim mowa w kontestowanym przepisie, jest wskazanie, że lekarz powstrzymuje się od wykonania konkretnego świadczenia zdrowotnego z uwagi na jego sprzeczność z przekonaniami etycznymi lekarza. Zważywszy odesłanie w art. 39 u.z.l. do art. 30 u.z.l., uzasadnienie, o którym mowa, powinno także zawierać informację o braku aktualizacji przesłanek warunkujących bezwzględny obowiązek pomocy lekarskiej.

2. Zgodnie z opinią wnioskodawczynie, „nałożenie na lekarza obowiązku wytworzenia dokumentacji medycznej osoby, z którą nie łączy go żaden stosunek prawny i uzasadnienia w tej dokumentacji powodów moralnych lub religijnych (światopoglądowych), które uniemożliwiają mu wykonanie czynności lekarskiej jest wprost sprzeczne z art. 53 ust. 7 Konstytucji” (wniosek, s. 16). Sejm stoi na stanowisku, że taki pogląd nie może się ostać w konfrontacji z istotą zawodu lekarza i relacji pacjent-lekarz, a także prawami pacjenta.

Przede wszystkim należy podkreślić, że nieporozumieniem jest twierdzenie, że art. 39 u.z.l., w analizowanym w tym punkcie zakresie, nakłada obowiązek wytworzenia dokumentacji medycznej. Konieczność taka wynika bowiem bezpośrednio z art. 41 u.z.l., zgodnie z którym: „Lekarz ma obowiązek prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta”, natomiast wszystkie aspekty prowadzenia takiej dokumentacji uregulowane zostały w u.p.p., do której art. 41 u.z.l. odsyła w ust. 2. Przywołany obowiązek lekarza skorelowany jest z prawem pacjenta do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych (art. 23 ust. 1 u.p.p.). Jak podkreśla się w literaturze, z perspektywy pacjenta, dokumentacja medyczna jest instytucjonalną gwarancją jego praw i interesów w zakresie jakości oraz bezpieczeństwa leczenia (M. Boratyńska, *Wolny wybór. Gwarancje i granice prawa pacjenta do samodecydowania*, Warszawa 2012, s. 408).

Szczególny sprzeciw Sejmu budzi określanie przez Naczelną Radę Lekarską, w cytowanym wyżej fragmencie wniosku, pacjenta mianem „osoby”, z którą nie łączy lekarza żaden stosunek prawny. Taki zabieg erystyczny miał zapewne wywołać efekt odarcia „osoby” ze statusu pacjenta i przysługujących mu praw. Tymczasem wnioskodawczynie zdaje się nie dostrzegać, że zgodnie z legalną definicją zawartą w art. 3 ust. 1 pkt. 4 u.p.p., pacjentem jest osoba (choćby tylko – uwaga własna) zwracająca się o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub korzystająca ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub osobę wykonującą zawód medyczny. Przepisy u.p.p. nie wymagają zatem żadnego szczególnego „stosunku prawnego”, który miałby uzasadniać powstanie i istnienie relacji lekarz-pacjent, obwarowanej systemem praw i obowiązków jej uczestników. Jak wynika z analizowanego przepisu, już bowiem samo zwrócenie się o udzielenie świadczenia zdrowotnego powoduje nawiązanie tej relacji.

Ujawnienie w dokumentacji medycznej pacjenta informacji, że lekarz powstrzymał się od świadczenia zdrowotnego w związku z konfliktem sumienia (bez konieczności ujawniania światopoglądu lekarza), ma istotne znaczenie w kontekście realizacji prawa pacjenta do informacji o udzielonych mu świadczeniach (art. 23 ust. 1 u.p.p.), możliwości wykorzystania dokumentacji medycznej jako środka dowodowego w różnych postępowaniach z udziałem lekarza (art. 26 u.p.p.), dla przykładu w postępowaniu przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych czy w postępowaniu dyscyplinarnym toczącym się wobec lekarza.

3. Oprócz wskazania przyczyny powstrzymania się od realizacji świadczenia niezgodnego z jego sumieniem, lekarz wykonujący swój zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby ma obowiązek uprzedniego powiadomienia na piśmie przełożonego. Powiadomienie takie nie jest powiązane (inaczej niż w wypadku art. 38 u.z.l.) z koniecznością oczekiwania na aprobatę przełożonego, ma ono charakter czysto informacyjny i obejmuje wyłącznie dane dotyczące zamiaru („obowiązek [...] uprzedniego powiadomienia” – *verba legis*) powstrzymania się przez lekarza od wykonania świadczenia zdrowotnego w związku z koniecznością ochrony jego integralności moralnej. Bezpodstawne są więc obawy NRL, że przełożony lekarza gromadzi informacje o światopoglądzie podległego mu pracownika, bowiem kierowany do niego komunikat ma na celu wyłącznie zawiadomienie o zamiarze powstrzymania się od realizacji świadczenia zdrowotnego. Informacja taka, wbrew twierdzeniom NRL, ma znaczenie dla wykonywania obowiązków przełożonego lekarza. Będąc bowiem zobowiązany do kontroli wykonywania pracy osób mu podporządkowanych i jednocześnie odpowiedzialnym za realizację obowiązków pracowniczych, przełożony otrzymuje istotną informację o tym, dlaczego określone świadczenie nie będzie wykonane przez tego lekarza – że w konkretnym wypadku nie chodzi o względy np. braku wiedzy lekarza, braku wyrobów medycznych niezbędnych dla realizacji świadczenia, aktualizacji przesłanki art. 38 u.z.l., która umożliwia lekarzowi odstąpienie od leczenia, faktycznej niemożliwości wykonania świadczenia.

Jednocześnie informacja o zamiarze powstrzymania się od wykonania świadczenia zdrowotnego pozwala przełożonemu lekarza korzystającego ze sprzeciwu sumienia na poinformowanie go o sposobie realizacji obowiązku

wskazania realnej możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym. W świetle ustaleń poczynionych w pkt V.2 niniejszego pisma, warunki sprawnej i ciągłej realizacji świadczeń zdrowotnych w danym podmiocie leczniczym określa regulamin organizacyjny, który powinien zawierać konkretne procedury postępowania w przypadkach odmowy świadczenia ze względów moralnych.

Siłą argumentu wnioskodawczynie, jakoby konieczność ujawnienia światopoglądu przełożonemu oraz utrwalenia przesłanek skorzystania klauzuli sumienia „mroziła” korzystanie z wolności sumienia w obawie przed szykanami i dyskryminującym traktowaniem przez przełożonego i współpracowników mających dostęp do dokumentacji medycznej, wydatnie osłabia unormowanie art. 94 pkt 2b ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (t.j. Dz. U. z 2014 r., poz. 1502), zgodnie z którym pracodawca ma obowiązek „przeciwdziałać dyskryminacji w zatrudnieniu, w szczególności ze względu na płeć, wiek, niepełnosprawność, rasę, religię, narodowość, przekonania polityczne, przynależność związkową, pochodzenie etniczne, wyznanie, orientację seksualną, a także ze względu na zatrudnienie na czas określony lub nieokreślony albo w pełnym lub w niepełnym wymiarze czasu pracy”.

4. Zważywszy poczynione ustalenia, Sejm wnosi o stwierdzenie, że art. 39 zdanie pierwsze u.z.l. w zakresie skazanym w pkt I.3 *petitum* niniejszego pisma oraz art. 39 zdanie drugie u.z.l. **są zgodne** z art. 53 ust. 7 i art. 53 ust. 1 w związku z art. 31 ust. 3 Konstytucji.

MARSZAŁEK SEJMU



Radosław Sikorski