NIL Naczelna Izba Lekarska

Komisja Etyki Lekarskiej
Naczelnej Rady Lekarskiej

STANOWISKO nr 2

KOMISJI ETYKI LEKARSKIEJ NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

z dnia 22.10.2026 r.

w sprawie dopuszczalności prezentowania przez lekarza poglądów odbiegających od aktualnej wiedzy medycznej, w szczególności w odniesieniu do homoseksualnej orientacji seksualnej oraz możliwości podejmowania działań terapeutycznych ukierunkowanych na jej zmianę

Podstawowym obowiązkiem lekarza jest wykonywanie zawodu zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, z poszanowaniem godności pacjenta oraz z uwzględnieniem jego dobra. Obowiązek ten wynika z podstawowych zasad Kodeksu Etyki Lekarskiej i znajduje szczególne odzwierciedlenie w art. 6 oraz art. 78 KEL.

Swoboda działań zawodowych lekarza, o której mowa w art. 4 KEL, nie ma charakteru nieograniczonego. Nie może być interpretowana jako uprawnienie do stosowania metod postępowania niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną ani do przedstawiania osobistych przekonań jako uznanych ustaleń naukowych.

Komisja wskazuje, że zgodnie z aktualną wiedzą medyczną homoseksualna orientacja seksualna nie stanowi zaburzenia psychicznego. Nie jest również klasyfikowana jako takie zaburzenie w obowiązujących międzynarodowych klasyfikacjach diagnostycznych Światowej Organizacji Zdrowia. W konsekwencji przedstawianie przez lekarza homoseksualnej orientacji seksualnej jako choroby lub zaburzenia wymagającego leczenia, w szczególności w kontakcie z pacjentem lub w wypowiedziach formułowanych z wykorzystaniem autorytetu zawodowego lekarza, pozostawałoby w sprzeczności z obowiązkiem opierania wypowiedzi i postępowania zawodowego na aktualnej wiedzy medycznej.

Komisja wskazuje, że sama homoseksualna orientacja seksualna nie stanowi wskazania do leczenia. Brak jest naukowych podstaw do uznania działań terapeutycznych ukierunkowanych na zmianę orientacji homoseksualnej na heteroseksualną za skuteczną i uzasadnioną metodę postępowania medycznego. Wyrażenie przez pacjenta oczekiwania zmiany orientacji seksualnej nie zwalnia lekarza z obowiązku

przestrzegania zasad etyki zawodowej, w tym stosowania metod zgodnych z aktualną wiedzą medyczną. Nie wyklucza to udzielania pacjentowi pomocy psychiatrycznej, psychologicznej lub psychoterapeutycznej w związku z doświadczanym cierpieniem psychicznym, trudnościami emocjonalnymi, konfliktami wewnętrznymi czy innymi problemami zgłaszanymi przez pacjenta, traktując każdą zgłaszająca się do lekarza osobę w sposób indywidualny. Celem takiej pomocy powinno być rozpoznanie i łagodzenie rzeczywistych trudności zdrowotnych, z poszanowaniem autonomii i godności pacjenta, a nie zmiana jego orientacji seksualnej.

Komisja podkreśla, że Kodeks Etyki Lekarskiej nie wyłącza możliwości prowadzenia przez lekarzy dyskusji naukowej, przedstawiania hipotez ani krytycznej oceny aktualnych poglądów medycznych. Krytyczna debata stanowi naturalny i niezbędny element rozwoju nauki.

Jednak wypowiedzi lekarza dotyczące zagadnień medycznych, zwłaszcza kierowane do pacjentów lub opinii publicznej, powinny odpowiadać wymaganiom określonym w art. 78 KEL. Przedstawianie stanowiska odmiennego od aktualnych ustaleń naukowych wymaga zachowania rzetelności, wskazania podstaw merytorycznych oraz wyraźnego odróżnienia osobistego poglądu lub hipotezy od wiedzy medycznej o potwierdzonym charakterze.

Samo przekonanie, że określone stanowisko naukowe zostało przyjęte z przyczyn politycznych lub światopoglądowych, nie stanowi wystarczającej podstawy do odstąpienia od aktualnych standardów wiedzy medycznej.

Wolność sumienia lekarza oraz poszanowanie autonomii pacjenta pozostają istotnymi wartościami chronionymi przez zasady etyki lekarskiej. Nie mogą być jednak interpretowane jako podstawa do odstępowania od obowiązku wykonywania zawodu zgodnie z aktualną wiedzą medyczną. Autonomia pacjenta nie oznacza obowiązku stosowania przez lekarza każdej metody postępowania, której pacjent oczekuje, niezależnie od jej skuteczności, bezpieczeństwa i uzasadnienia medycznego.

Komisja Etyki Lekarskiej stoi na stanowisku, że wolność wypowiedzi, swoboda działań zawodowych oraz wolność sumienia lekarza nie uchylają jego obowiązku opierania postępowania zawodowego i wypowiedzi dotyczących zagadnień medycznych na aktualnej wiedzy medycznej. W świetle tego obowiązku nie znajduje uzasadnienia przedstawianie homoseksualnej orientacji seksualnej jako zaburzenia psychicznego wymagającego leczenia ani proponowanie działań terapeutycznych, których celem jest zmiana tej orientacji.

Powyższe stanowisko ma charakter interpretacji ogólnych zasad Kodeksu Etyki Lekarskiej i nie stanowi oceny konkretnych wypowiedzi lub zachowań określonego lekarza ani rozstrzygnięcia w przedmiocie jego odpowiedzialności zawodowej.

Przewodniczący Komisji Etyki Lekarskiej NRL

Jarosław Stanisław Markowski

Elektronicznie podpisany przez Jarosław Stanisław Markowski
Data: 2026.10.28 13:35:16 +01'00'

Sekretarz Komisji Etyki Lekarskiej NRL

Warszawa, 31 maja 2021 r.

OPINIA W PRZEDMIOCIE KONSTYTUCYJNYCH GRANIC PRAWA LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW DO KORZYSTANIA Z WOLNOŚCI WYPOWIEDZI ORAZ POZYSKIWANIA I ROZPOWSZECHNIANIA INFORMACJI

Niniejsza opinia stanowi odpowiedź na następujące pytania zadane przez Naczelną Radę Lekarską:

1. *Czy w przypadku osoby wykonującej zawód zaufania publicznego, jakim jest zawód lekarza oraz zawód lekarza dentysty, konstytucyjna zasada wolności wypowiedzi (wolności słowa) może doznawać ograniczenia w zakresie dotyczącym publicznego wypowiadania się na tematy dotyczące ochrony zdrowia, w szczególności metod diagnozowania i leczenia chorób, niezgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej lub publicznego propagowania postaw, które mogą być uznane za postawy antyzdrowotne?;*

jeżeli odpowiedź na pytanie (1) jest twierdząca:

2. *Czy ograniczenia wolności wypowiedzi (wolności słowa) w stosunku do lekarzy i lekarzy dentystów można w szczególności wywodzić z przepisu art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz art. 71 zd. 2 Kodeksu Etyki Lekarskiej?;*

3. *Kto jest uprawniony do stwierdzenia, że konkretne wypowiedzi lekarza albo lekarza dentysty są niezgodne z aktualną wiedzą medyczną lub stanowią propagowanie postaw antyzdrowotnych?;*

4. *Jak wyznaczyć granicę pomiędzy swobodą dyskusji naukowej a przekraczaniem granic wolności wypowiedzi przez lekarza albo lekarza dentystę?.*

SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny
Instytut Prawa
ul. Chodakowska 19/31, 03-815 Warszawa
tel. 22 517 99 77, 22 517 97 77 | bdi@swps.edu.pl
www.swps.pl

1. UWAGI OGÓLNE

Zgodnie z art. 54 ust. 1 Konstytucji RP, *„każdemu zapewnia się wolność wyrażania swoich poglądów oraz pozyskiwania i rozpowszechniania informacji"*.

Przepis ten odpowiada treścią postanowieniom aktów będących ratyfikowanymi przez RP i ogłoszonymi w „Dzienniku Ustaw" umowami międzynarodowymi, które, zgodnie z art. 87 Konstytucji RP, są źródłem powszechnie obowiązującego prawa Rzeczypospolitej Polskiej, mając pierwszeństwo przed ustawami, jeżeli ustawy nie da się pogodzić z umową (art. 91 ust. 2 w związku z art. 241 ust. 1 Konstytucji RP):

- art. 19 ust. 2 Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych Organizacji Narodów Zjednoczonych[1] (dalej określanego jako „MPPO"): *„Każdy człowiek ma prawo do swobodnego wyrażania opinii; prawo to abejmuje swobodę poszukiwania, otrzymywania i rozpowszechniania informacji i poglądów wszelkiego rodzaju, bez względu na granice, słowem, pismem lub drukiem, w postaci dzieła sztuki bądź w jakikolwiek inny sposób według własnego wyboru"*;

- art. 10 ust. 1 zd. 1 i 2 Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności Rady Europy[2] (popularnie nazywanej Europejską Konwencją Praw Człowieka – dalej też będzie ona określana jako „EKPC"): *„Każdy ma prawo do wolności wyrażania opinii. Prawo to obejmuje wolność posiadania poglądów oraz otrzymywania i przekazywania informacji i idei bez ingerencji władz publicznych i bez względu na granice państwowe"*.

Powołany przepis Konstytucji RP odpowiada również treścią, redakcyjnie bardzo bliskiemu powołanemu postanowieniu EKPC, art. 11 ust. 1 Karty Praw Podstawowych Unii Europejskiej[3] (dalej określanej jako „KPPUE"), która nie jest wprawdzie umową międzynarodową ratyfikowaną i ogłoszoną w „Dzienniku Ustaw", której charakter prawny jednakże odpowiada w istocie takiej umowie[4]: *„Każdy ma prawo do wolności wypowiedzi. Prawo to obejmuje wolność posiadania poglądów oraz otrzymywania i przekazywania informacji i idei bez ingerencji władz publicznych i bez względu na granice państwowe"*.

[1] Dz.U. z 1971 r. Nr 38, poz. 167.
[2] Dz.U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284.
[3] Dz.Urz. UE C 326 z 26.10.2012 r., s. 2.
[4] Por. np. M. Szubska, *Geneza i znaczenie dla unijnego porządku prawnego Karty Praw Podstawowych Unii Europejskiej*, „Polski Rocznik Praw Człowieka i Prawa Humanitarnego" 2019.

SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny
Instytut Prawa
ul. Chodakowska 19/31, 03-815 Warszawa
tel. 22 517 99 77, 22 517 97 77 | bdi@swps.edu.pl
www.swps.pl

Omawianą wolność - która przysługuje każdemu, zatem jest prawem człowieka, a nie tylko obywatela - określa się, jak widać, redakcyjnie w różny sposób – przy czym w potocznym obrocie najczęściej stosuje się jeszcze inne określenie, przejęte przede wszystkim z I Poprawki do konstytucji USA („*Kongres nie będzie tworzyć przepisów* [...] *ograniczających wolność słowa bądź prasy* [...]") – mianowicie wolność słowa (*freedom of speech*).

Należy zaznaczyć, że amerykańskie rozumienie wolności słowa jest wyraźnie bardziej liberalne niż jej ujęcie w powołanych dokumentach europejskich i w MPPO, bowiem konstytucja USA nie zawiera klauzuli dotyczących możliwości ograniczania wolności słowa, a orzecznictwo Federalnego Sądu Najwyższego obszar korzystania z tej wolności zakreśla bardzo szeroko, choć i w USA nie dopuszcza się swobodnego głoszenia wszelkich poglądów we wszelkich okolicznościach, co dotyczy również lekarzy (będzie o tym mowa w punkcie 4 niniejszej opinii). W powołanych dokumentach zawarto natomiast istotne klauzule ograniczające – co powoduje, że, dla uniknięcia niejasności, w naszym kręgu prawnym i w naszym porządku prawnym lepiej jest używać określeń takich jak „wolność wypowiedzi".

Klauzule ograniczające, w zależności od stylu redakcji danego aktu, mogą albo odnosić się tylko do danej wolności lub prawa (w tym przypadku wolności wypowiedzi), albo być ogólne, obejmując różne wolności lub prawa (w tym wolność wypowiedzi).

Pierwszy typ klauzul znalazł zastosowanie w MPPO (art. 19 ust. 3: „*Realizacja praw przewidzianych w ust. 2 niniejszego artykułu pociąga za sobą specjalne obowiązki i specjalną odpowiedzialność. Może więc w konsekwencji tego podlegać pewnym ograniczeniom, które powinny być jednak wyraźnie przewidziane przez ustawę i które są niezbędne dla: (a) poszanowania praw i dobrego imienia innych, (b) ochrony bezpieczeństwa państwowego, porządku publicznego, zdrowia albo moralności publicznej*") i w EKPC (art. 10 ust. 2: „*Korzystanie z tych wolności pociągających za sobą obowiązki i odpawiedzialność może podlegać takim wymogom formalnym, warunkom, ograniczeniom i sankcjom, jakie są przewidziane przez ustawę i niezbędne w społeczeństwie demokratycznym w interesie bezpieczeństwa państwowego, integralności terytorialnej lub bezpieczeństwa publicznego ze względu na konieczność zapobieżenia zakłóceniu porządku lub przestępstwu, z uwagi na ochronę zdrowia i moralności, ochronę dobrego imienia i praw innych osób oraz ze względu na zapobieżenie ujawnieniu infarmacji poufnych lub na zagwarantowaniu powagi i bezstronności władzy sądowej*").

Klauzule drugiego typu zawarte są z kolei w KPPUE (art. 52 ust. 1: „*Wszelkie agraniczenia w korzystaniu z praw i wolności uznanych w niniejszej Karcie muszą być przewidziane ustawą*

i szanować istotę tych praw i wolności. Z zastrzeżeniem zasady proporcjonalności, ograniczenia mogą być wprowadzone wyłącznie wtedy , gdy są konieczne i rzeczywiście odpowiadają celom interesu ogólnego uznawanym przez Unię lub potrzebom ochrony praw i wolności innych osób" i ust. 3 („*W zakresie, w jakim niniejsza Karta zawiera prawa, które odpowiadają prawom zagwarantowanym w europejskiej Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności, ich znaczenie i zakres są takie same jak praw przyznanych przez tę konwencję*") – i przede wszystkim w Konstytucji RP. Zgodnie z art. 51 ust. 3 polskiej ustawy zasadniczej, „*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*".

Konstytucja stanowi ustawę zasadniczą, znajdując się na szczycie hierarchii źródeł prawa RP, jednakże MPPO i EKPC, a także KPPUE mają prawną moc ponadustawową – i, biorąc pod uwagę brzmienie art. 9 Konstytucji („*Rzeczpospalita Polska przestrzega wiążącego ją prawa międzynaradowego*"), tam, gdzie zawierają postanowienia bardziej szczegółowe niż Konstytucja RP, można je uznać za rodzaj dopełnienia, a zarazem materiał do wykładni Konstytucji.

Nie powinno przy tym ulegać wątpliwości, iż w odniesieniu do przedmiotu niniejszej opinii można stwierdzić daleko idącą zbieżność treści cytowanych klauzul – których wspólny mianownik jest następujący: ograniczenie wolności wypowiedzi jest prawnie dopuszczalne, jednakże jedynie gdy spełnia formalny wymóg wprowadzenia ustawą, a zarazem spełnia trzy wymogi materialnoprawne: jest konieczne w państwie demokratycznym, co oznacza konieczność kierowania się zasadą proporcjonalności[5], jego celem jest ochrona

[5] Za rodzaj podsumowania wcześniejszego orzecznictwa Trybunału Konstytucyjnego – przy przybywaniu dalszych orzeczeń rozważających zastosowanie zasady pomocniczości – uznać można wyrok z 28.07.2014 r., wyraźnie wiążący stosowanie tej zasady z wyważaniem konstytucyjnie chronionych wartości (K 16/12, OTK-A 2014 nr 7, poz. 78). Po skrótowym powtórzeniu dotychczasowych sposobów rozumienia zasady: „ustawodawca może ingerować w sferę wolności jednostki, o ile wprowadzane przezeń ograniczenia spełniają łącznie następujące wymogi (kryteria): przydatności – a więc adekwatności przedsiębranych kroków do osiągnięcia zamierzonych skutków; niezbędności – czyli konieczności z punktu widzenia ochrony, jak najmniej uciążliwymi środkami, konkretnego interesu publicznego (a więc chronienia określonych wartości w sposób nieosiągalny innymi środkami); proporcjonalności *sensu stricto* – to jest zachowania odpowiedniej proporcji między ciężarem nałożonym na jednostkę a przynoszona korzyścią" – Trybunał Konstytucyjny dodał: „badanie regulacji pod kątem spełnienia powyższych wymogów sprowadza się do dokonania «rachunku aksjologicznego» – oceny, czy zalety badanej regulacji przeważają nad jej wadami. Znaczy to, że im cenniejsze dobro jest naruszane określoną regulacją, i im wyższy jest stopień owego naruszenia, tym cenniejsza musi być wartość chroniona.

SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny
Instytut Prawa
ul. Chodakowska 19/31, 03-815 Warszawa
tel. 22 517 99 77, 22 517 97 77 | bdi@swps.edu.pl
www.swps.pl

bezpieczeństwa państwa lub ochrona zdrowia, nie może prowadzić do naruszenia istoty tej wolności; jednocześnie korzystający z wolności wypowiedzi musi mieć świadomość, że jego prawu odpowiadają określane w ten sposób obowiązki względem zbiorowości.

Udzielenie odpowiedzi na pytania zadane przez Naczelną Radę Lekarską, w szczególności odpowiedzi na pierwsze z pytań, będzie wymagało wyjścia, odpowiednio do treści pytań, od powyższych wymogów – w celu skonfrontowania tej treści i odpowiedniego materiału normatywnego z tymi wymogami.

2. SZCZEGÓLNA PROBLEMATYKA ZACHOWAŃ OSÓB WYKONUJĄCYCH ZAWODY ZAUFANIA PUBLICZNEGO POZA SFERĄ ICH CZYNNOSCI ZAWODOWYCH

Udzielanie odpowiedzi na pytania zadane przez Naczelną Radę Lekarską powinno być poprzedzone również ogólną analizą kwestii zasygnalizowanej w pierwszym pytaniu Rady, mianowicie dowolności publicznego wypowiadania się w materiach ściśle dotyczących wykonywanego zawodu przez osoby wykonujące zawód zaufania publicznego. Aczkolwiek pojęcie zawodu zaufania publicznego – nieznane gdzie indziej i wprowadzone do naszego porządku prawnego wraz z art. 17 ust. 1 Konstytucji RP – nie jest wystarczająco dookreślone, nie powinno ulegać wątpliwości, także w świetle materiałów Komisji Konstytucyjnej, że obejmuje ono, obok określonych zawodów prawniczych (adwokat, radca prawny, notariusz) określone zawody medyczne, w pierwszym rzędzie zawody lekarza i lekarza dentysty.

Zgodnie z art. 17 ust. 1 Konstytucji RP, ustawodawca może w drodze ustawy utworzyć odpowiedni samorząd zawodowy, reprezentujący osoby wykonujące dany zawód zaufania publicznego i *„sprawujący pieczę nad należytym wykonywaniem [tego zawodu] w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony"*. Nie ulega wątpliwości w świetle ustaw dotyczących poszczególnych zawodów zaufania publicznego, że istotnym elementem sprawowania pieczy nad należytym wykonywaniem zawodu zaufania publicznego jest ustalanie zasad etyki (deontologii) danego zawodu, a instrumentem sprawowania pieczy jest pociąganie do odpowiedzialności, ogólnie określanej jako dyscyplinarna, osób poddanych jurysdykcji danego samorządu zawodowego za naruszenie tychże zasad.

Z art. 31 ust. 3 Konstytucji wynika nakaz dążenia do optymalnego wyważenia kolidujących dóbr, tak by były one chronione w jak najwyższym stopniu".

Występuje tu jednak, niedostatecznie dostrzegany i w konsekwencji rozwiązywany w doktrynie prawa i w orzecznictwie, problem, na ile naruszenie samych zasad etyki zawodowej ustalonych na podstawie ustawowej – bez naruszenia powszechnie obowiązujących przepisów prawa, w szczególności przepisów ustawowych – przy ogólnym jedynie uczynieniu z nieprzestrzegania tych zasad przesłanki odpowiedzialności dyscyplinarnej, może stanowić, samoistną tym samym, podstawę takiej odpowiedzialności.

Jak będzie o tym dalej mowa, problem w istocie nie dotyczy jednak odpowiedzialności, tradycyjnie określanej jako zawodowa, lekarzy i lekarzy dentystów, bowiem z, powołanej w drugim pytaniu Naczelnej Rady Lekarskiej, ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty[6] (*„Lekarz 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"* – art. 4) w związku z art. 53 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich[7] (*„Członkowie izb lekarskich podlegają odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki lekarskiej oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza, zwane dalej ‚przewinieniem zawodowym'"*) można wywnioskować, że lekarz i lekarz dentysta są ustawowo obowiązani przestrzegać zasad etyki zawodowej pod sankcją zastosowania instrumentów odpowiedzialności zawodowej.

W każdym razie, lekarz i lekarz dentysta popełnia przewinienie zawodowe, w doktrynie i w orzecznictwie nazywane również „deliktem zawodowym", gdy narusza jednocześnie zasady etyki lekarskiej i powszechnie obowiązujące przepisy prawa związane z wykonywaniem zawodu lekarza.

Nie jest jednak także jasne, na ile zasady etyki zawodowej, których istotą jest unormowanie moralnych i technicznych materii wykonywania zawodu zaufania publicznego, a wobec tego i odpowiedzialność dyscyplinarną czy zawodową, mogą obejmować zachowania (działania i zaniechania) osoby objętej dyscyplinarną jurysdykcją danego samorządu zawodowego, lecz znajdujące się poza sferą wykonywania czynności swojego zawodu – w sferze prywatnej i, przede wszystkim, w sferze publicznej.

Należy zauważyć, że pomiędzy ustawami dotyczącymi poszczególnych zawodów zaufania publicznego występują różnice, które mogą rzutować na różne sposoby rozstrzygania tej kwestii. W ustawach odnoszących się do adwokatów czy radców prawnych[8] jako przesłanki

[6] Dz.U. z 2021 r. poz. 790.
[7] Dz.U. poz. 965, z późn.zm.

odpowiedzialności dyscyplinarnej wskazuje się postępowanie sprzeczne z prawem, zasadami etyki lub *godnością zawodu*, podczas gdy w powołanych ustawach dotyczących zawodów lekarza i lekarza dentysty nie występuje termin „godność zawodu", a zapewne również nieprzypadkowo mowa jest o odpowiedzialności zawodowej, a nie dyscyplinarnej.

Godność zawodu jest, co ma szczególne zastosowanie wobec sędziów (gdzie występuje kategoria „godności urzędu sędziego"), pojęciem wykraczającym poza „czystą" działalność zawodową polegającą na wykonywaniu czynności zawodowych właściwych dla danego zawodu – mieści się w niej godne zachowanie nie tylko w sferze zawodowej, ale także w życiu publicznym i w życiu prywatnym[9]. Pozostaje ona w ścisłym związku z powszechnie przyjmowaną w odniesieniu do tych zawodów zasadą integralności moralnej (*moral integrity*), która oznacza postulat zachowania jednolitych standardów w ocenie moralnych czynów swoich, jak i innych osób, oraz nakaz jednolitych zachowań w działalności zawodowej i pozazawodowej – i która stanowi nakaz, a więc postulat o charakterze prawnym, sformułowany w kodeksach etyki zawodów prawniczych, w najsilniejszym stopniu, co zrozumiałe, w kodeksie sędziowskim[10]. Z tego punktu widzenia, za oczywisty trzeba uznać także wymóg takiego formułowania publicznych wypowiedzi prawnika wykonującego zawód zaufania publicznego, aby nie pozostawał on w sprzeczności ze standardami określającymi wykonywanie czynności zawodowych; przykładem braku integralności, a wobec tego przesłanką odpowiedzialności dyscyplinarnej, może być publiczna wypowiedź adwokata o nonsensowności domniemania niewinności oskarżonego, czy wypowiedź sędziego o braku racjonalnych podstaw do stosowania zasad niezależności sądów i niezawisłości sędziego.

Tego rodzaju prostego przełożenia nadużycia wolności wypowiedzi na odpowiedzialność dyscyplinarną (ściślej, w tym przypadku zawodową), nie ma w odniesieniu do zawodów lekarza i lekarza dentysty. Brak jest bowiem odpowiednika ustawowego nakazu kierowania się przez lekarza i lekarza dentystę, w życiu zawodowym i pozazawodowym, względami godności zawodu – o „godności stanu lekarskiego" (w przyrzeczeniu lekarskim otwierającym Kodeks Etyki Lekarskiej) i „godności zawodu lekarskiego" (art. 1 ust. 2 i 3) mowa jest jedynie w Kodeksie Etyki Lekarskiej. Powoduje to konieczność poszukiwania podstaw prawnej oceny ich zachowań, w szczególności w ramach działalności, którą można kwalifikować jako

[9] Ustawy: z dnia 26 maja 1982 r. – Prawo o adwokaturze (Dz.U. z 2020 r. poz. 1651, z późn.zm., art. 80) i z dnia 6 lipca 1982 r. o radcach prawnych (Dz.U. z 2020 r. poz. 75, z późn.zm., art. 64).

[9] Por. np. M. Laskowski, *Uchybienie godności urzędu sędziego jako podstawo odpowiedzialności dyscyplinarnej*, Warszawa 2019, s. 35 i n., a w odniesieniu do samych tylko sędziów - s. 328 i n.

[10] Por. M. Smolak, *Integralność*, [w:] *Leksykon etyki prawniczej. 100 podstowowych pojęć*, red. P. Skuczyński, S. Sykuna, Warszawa 2013, s. 175 i n.

niewykonywanie wprost obowiązków zawodowych, w przepisach prawa o mocy powszechnie obowiązującej, czyli w przepisach powołanych ustaw.

W tym zakresie, podstawowe znaczenie należy przypisać, obok powołanego art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, sformułowaniom art. 2 tej ustawy określającym istotę wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty: „(1) *Wykonywanie zawodu lekarza polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, w szczególności: badaniu stanu zdrowia, rozpoznawaniu chorób i zapobieganiu im, leczeniu i rehabilitacji chorych, i udzielaniu porad lekarskich, a także wydawaniu opinii i orzeczeń lekarskich*; (2) *Wykanywanie zawadu lekarza dentysty polega no udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dakumentami, świadczeń zdrawotnych określonych w ust. 1 w zakresie* [...]. (3) *Za wykanywanie zawodu lekarza uważa się także: [1] prowadzenie przez lekarza badań naukowych lub prac rozwojowych w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu, lub promocji zdrowia* ".

Już zatem w przykładowym wyliczeniu składników, podstawowego dla określenia zakresu czynności zawodowych lekarza i lekarza dentysty, a w konsekwencji zakresu ich obowiązków zawodowych, pojęcia „świadczenia zdrowotne" znalazło się *zapabieganie* chorobom, a poza zakresem tego pojęcia wskazane zostało jako fakultatywne dla określenia zakresu czynności zawodowych prowadzenie badań naukowych lub prac rozwojowych, lub *promocji zdrowia* – jako, z istoty swojej skierowane na użytek publiczny, działania fakultatywne z punktu widzenia obowiązków lekarza i lekarza dentysty, jednakże będące, w razie ich podjęcia, wykonywaniem zawodu, a zatem podlegające ustawowym i ustalonym w Kodeksie Etyki Lekarskiej wymaganiom dotyczącym wykonywania obowiązków zawodowych.

Promocja zdrowia, należy dodać, nie jest zdefiniowana w omawianej ustawie, jednakże jej definicja zawarta w art. 2 ust. 1 pkt 7 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej[11] („*działania umożliwiające poszczególnym osobom i społeczności zwiększenie kontroli nad czynnikami warunkującymi stan zdrowia i przez to jego poprawę, promowanie zdrowego stylu życia oraz środowiskowych i indywidualnych czynników sprzyjających zdrowiu*") może być uznana za stosującą się także do analizowanych przepisów ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Jeżeli zatem lekarz podejmuje się działań w zakresie określanym jako promocja zdrowia, decyduje się na dokonywaną przez innych ocenę tych

[11] Dz.U. z 2021 r. poz. 711.

SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny
Instytut Prawa
ul. Chodakowska 19/31, 03-815 Warszawa
tel. 22 517 99 77, 22 517 97 77 | bdi@swps.edu.pl
www.swps.pl

działań także z punktu widzenia odpowiedzialności zawodowej – niezależnie od tego, że i tak ma on obowiązek zapobiegania chorobom w ramach udzielania świadczeń zdrowotnych.

Z tego powodu, nie ma podstaw do kwestionowania zgodności z ustawą postanowienia art. 71 zd. 2 Kodeksu Etyki Lekarskiej (dalej określanego jako „KEL"), zgodnie z którym *„Swoim postępowaniem, również pozo pracą zawodową, lekorz nie może propagować postaw antyzdrowotnych"*. Postanowienie to powinno być przy tym interpretowane w kontekście innych postanowień Kodeksu, które, nawiązując pośrednio do treści art. 4, zawierają takie określenia jak, w kategoriach pozytywnych: „aktualny stan wiedzy" (art. 6), „wiedza medyczna" (art. 38 ust. 2) i „zasady badań naukowych" (art. 45 ust. 1), a jako kategorię negatywną – „metody uznane przez naukę za szkodliwe, bezwartościowe lub niezweryfikowane naukowo" (art. 57 ust.1). To, czy „propagowanie" dotyczy „postaw antyzdrowotnych" i wobec tego stanowi naruszenie zasad etyki zawodowej, zależy od aktualnego stanu wiedzy naukowej na temat zdrowia i tym samym postaw zdrowotnych.

*

3. BEZPOŚREDNIE ODPOWIEDZI NA PYTANIA ZADANE PRZEZ NACZELNĄ RADĘ LEKARSKĄ

3.1. Już z powyższych stwierdzeń o charakterze ogólnym wynika konieczność udzielenia pozytywnej odpowiedzi na **pytanie (1)**. Wobec tego:

W przypadku osoby wykonującej zawód zaufania publicznego, jakim jest zawód lekarza oraz zawód lekarza dentysty, konstytucyjna zasada wolności wypowiedzi może, na podstawie i w zakresie wynikającym z art. 31 ust. 3 Konstytucji RP, doznawać ograniczenia ze względu na konieczność zapewnienia zdrowotnego bezpieczeństwa państwa, porządku publicznego lub ochrony zdrowia – także w zakresie dotyczącym publicznego wypowiadania się, w szczególności należącego do przedmiotowego zakresu promocji zdrowia, na tematy dotyczące ochrony zdrowia, w szczególności metod diagnozowania i leczenia chorób, niezgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, lub publicznego propagowania postaw, które mogą być uznane za postawy antyzdrowotne (czyli stanowią w istocie „antypromocję zdrowia").

W chwili obecnej, dotyczy to przede wszystkim głoszenia poglądów w sposób wyraźny (a nie jedynie na zasadzie wysuwania wątpliwości w oparciu o zweryfikowany materiał empiryczny) kwestionujących istnienie lub co najmniej występowanie niebezpieczeństw wynikających z pandemii COVID-19, zaprzeczających konieczności przeprowadzenia masowych szczepień przeciwko COVID-19, a tym bardziej uznających szczepienia za działanie niebezpieczne czy

wręcz skierowane przeciwko społeczeństwu, a zarazem propagujących w różnych aspektach nieufność do zwolenników szczepień. Są to poglądy, wraz z całą wcześniej już powstałą ideologią antyszczepionkową, wyraźnie sprzeczne z tym, co można uznać za aktualny stan wiedzy medycznej czyli zgodne z aktualnym stanem nauki; o kryteriach delimitacji wypowiedzi zgodnej i niezgodnej z aktualnym stanem nauki mowa będzie w odpowiedzi na pytanie (4).

W wyroku z dnia 23 kwietnia 2008 r. ze skargi konstytucyjnej na postanowienie art. 52 ust. 2 KEL[12], a więc w materii ograniczenia na podstawie ogólnego umocowania ustawowego wolności wypowiedzi lekarza na temat swoich kolegów (nakaz lojalności, zakaz publicznej dyskredytacji), Trybunał Konstytucyjny, nie zakwestionował, co istotne także z punktu widzenia przedmiotu niniejszej opinii, możliwości współkształtowania przez KEL normy prawnej wiążącej lekarza i lekarza dentystę. Za wartość podstawową Trybunał Konstytucyjny, uznał w tej materii zdrowie i życie osób. W związku z tym i ze względu na wynikającą z powołanego w wyroku art. 17 ust. 1 Konstytucji RP rolę samorządu lekarskiego i konieczność ochrony przez ten samorząd interesu publicznego, szczególnie w jego kwalifikowanych postaciach, które wskazane zostały w art. 31 ust. 3 Konstytucji, za właściwe w tej sprawie wartości i postacie interesu publicznego Trybunał uznał porządek publiczny i ochronę zdrowia.

Wyrok był zakresowy, tzn. dotyczył wyłącznie określonego, niewłaściwego, zdaniem Trybunału, sposobu rozumienia badanego postanowienia, jako naruszającego konstytucyjną zasadę proporcjonalności, dekodowaną z tegoż art. 31 ust. 3. Mimo częściowo odmiennego przedmiotu powyższy wyrok może mieć poważne znaczenie także przy rozważaniu kwestii ograniczenia wolności wypowiedzi lekarza w ramach przedmiotu niniejszej opinii. W szczególności, poważne znaczenie powinna mieć dyrektywa badania w postępowaniu z zakresu odpowiedzialności zawodowej prawdziwości (czyli zgodności z prawdą) twierdzeń obwinionego oraz celu, w jakim upublicznił on przekazywaną przez siebie informację, czyli nadał swojej wypowiedzi formę publiczną.

Godny uwagi może być także następujący wywód w sprawie, w której wydany został wyrok z 23 kwietnia 2008 r., przedstawiony przez Rzecznika Praw Obywatelskich: „Ramy debaty w kwestiach ochrony zdrowia, które wszak budzą powszechne zainteresowanie i są stale obecne w środkach masowego przekazu, powinny zostać wyznaczone w sposób uniwersalny

[12] SK 16/07, OTK-A 2008 nr 3, poz. 45.

dla ogółu społeczeństwa (lekarzy i nieprofesjonalistów) przez wymóg prawdy i dobra publicznego".

3.2. W takim razie – odpowiadając na pytanie (2) – stwierdzić należy, że:

Ograniczenia wolności wypowiedzi w stosunku do lekarzy i lekarzy dentystów można, w kontekście art. 31 ust. 3 Konstytucji RP oraz odpowiednich sformułowań aktów prawa międzynarodowego i europejskiego, wywieść z przepisu art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, przy czym postanowienie art. 71 zd. 2 KEL, jako mające w tym zakresie umocowanie również w art. 53 ustawy o izbach lekarskich, uznać należy za prawnie wiążące rozwinięcie materiału normatywnego, który łącznie służy do skonstruowania normy prawnej zawierającej treść ograniczenia.

3.3. W odpowiedzi na pytanie (3) należy dokonać odróżnienia między nieformalnymi i formalnymi mechanizmami stwierdzenia, że konkretne wypowiedzi lekarza albo lekarza dentysty są niezgodne z aktualną wiedzą medyczną lub stanowią propagowanie postaw antyzdrowotnych.

W układzie nieformalnym, takich stwierdzeń, dotyczących wypowiedzi publicznych, dokonuje się w ramach debaty publicznej – jako wyraz zarówno opinii publicznej, jak i opinii środowiskowej, przy czym **uznać należy za etyczny - deontologiczny obowiązek przedstawicieli zawodów lekarza i lekarza dentysty wskazywanie w debacie publicznej, że konkretne wypowiedzi lekarza albo lekarza dentysty są niezgodne z aktualną wiedzą medyczną lub stanowią propagowanie postaw antyzdrowotnych.** W świetle powołanego wyroku Trybunału Konstytucyjnego takie wskazywanie, jeżeli przemawiają za nim cechy prawdziwości (czyli naukowości – o czym mowa w odpowiedzi na pytanie (4)) a ich celem jest ochrona interesu publicznego, jest w pełni prawnie dopuszczalne – i nie może także być oceniane z punktu widzenia brzmienia art. 52 ust. 2 KEL jako publiczne dyskredytowanie lekarza (lekarza dentysty).

W kategoriach formalnych, **stwierdzenie w konkretnej sprawie na wyżej wskazanych podstawach prawnych, że wypowiedzi lekarza przekraczają granice wolności wypowiedzi i mogą pociągnąć za sobą jego odpowiedzialność zawodową, należy w początkowym stadium postępowania do właściwego rzecznika odpowiedzialności zawodowej, a następnie, ewentualnie do sądów lekarskich.**

Jednocześnie nie można teoretycznie wykluczyć **odpowiedzialności karnej za przestępstwo** (np. nieumyślne spowodowanie śmierci – art. 155 Kodeksu karnego) lekarza, który, działając

niezgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej, zniechęcił pacjenta do poddania się szczepieniu, a pacjent następnie zmarł na COVID-19. Należy jednak sądzić, że próby pociągnięcia lekarzy w takich przypadkach do odpowiedzialności nie byłyby częste, ponieważ skazanie za przestępstwo wymaga udowodnienia, obok winy lekarza, wystąpienia związku przyczynowo-skutkowego między werbalnym zachowaniem się lekarza i skutkiem w postaci śmierci pacjenta.

Odrębnie należy wskazać na ewentualną interwencję **Europejskiego Trybunału Praw Człowieka**. W przyszłości, można się spodziewać rozpatrywania przez ten Trybunał spraw ze skarg lekarzy, prawomocnie skazanych za przewinienia zawodowe lub za przestępstwa, na naruszenie, dotyczącego wolności wypowiedzi, art. 10 EKPC. Jak była o tym mowa, postanowienia Karty przewidują podstawy ograniczenia wolności wypowiedzi podobne do sformułowanych w Konstytucji RP, w związku z czym trudno wróżyć sukces tego rodzaju skargom, jeśli będą składane. Przytoczyć tu można przykład sprawy Palusiński przeciwko Polsce (sygnatura 62414/00). Skarżący (skądinąd nie lekarz) był autorem książki o tzw. miękkich narkotykach (marihuana, LSD, pewne rodzaje halucynogennych grzybów), w której bagatelizował szkodliwość narkotyków i podkreślał atrakcyjność przeżyć wywołanych ich zażywaniem. Skazany został w Polsce przez sąd rejonowy i okręgowy w Krakowie, z art. 32 ust. 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1985 r. o przeciwdziałaniu narkomanii[13], na 15 miesięcy pozbawienia wolności z warunkowym zawieszeniem na 2 lata i grzywnę. Jego kasacja do Sądu Najwyższego i następnie skarga do Trybunału w Strasburgu opierała się głównie na zarzucie, że, skazując go, sądy polskie naruszyły w stosunku do niego konstytucyjnie zagwarantowaną wolność wypowiedzi. Argumentacji tej nie podzielił jednak ani Sąd Najwyższy, ani Europejski Trybunał Praw Człowieka – uznając, że wypowiedzi skarżącego się wykraczały poza granice zastosowania zasady wolności wypowiedzi.

3.4. W **pytaniu (4)** wprowadzony został nowy wątek, mianowicie stosunku wolności wypowiedzi gwarantowanej przez art. 54 ust. 1 Konstytucji RP, którego treść była istotnym przedmiotem dotychczasowych rozważań, do art. 73 Konstytucji („*Każdemu zapewnia się wolność twórczości artystycznej, badań naukowych oraz ogłaszana ich wyników, wolność nauczania, a także wolność korzystania z dóbr kultury*").

Lekarz albo lekarz dentysta może bowiem wypowiadać się w debacie publicznej – w zakresie przedmiotu niniejszej opinii, reprezentując np. zdecydowane stanowisko

[13] Dz.U. Nr 4, poz. 15, z późn.zm. Ustawa ta została zastąpiona przez ustawę z dnia 24 kwietnia 1997 r. (Dz.U. z 2003 r. poz. 198, z późn.zm). W obecnie obowiązującej ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii z 29 lipca 2005 r. (Dz.U. z 2020 r. poz. 2050) odpowiednikiem art. 32 ust. 1 jest art. 59 ust. 1 i 2.

antyszczepionkowe, jako obywatel, choćby wskazując swój tytuł zawodowy, nie powołując się na profesjonalną wiedzę medyczną (co będzie jednak oznaczało wystąpienie braku *moral integrity*), lecz może również argumentować przedstawiając się jako profesjonalista posiadający tytuł zawodowy i, ewentualnie, również stopień naukowy i zajmujący dane stanowisko w debacie nie *stricte* publicznej, lecz naukowej, w oparciu o ustalenia nauki.

W takim razie, występuje problem wyznaczenia granicy pomiędzy swobodą dyskusji naukowej a przekraczaniem granic wolności wypowiedzi przez lekarza albo lekarza dentystę. Stanowi to zagadnienie szczególne w stosunku do ogólnego zakresu wolności wypowiedzi na forum publicznym – tak jak przepis art. 73 Konstytucji RP należy potraktować jako przepis szczególny w stosunku do art. 54 ust. 1 ustawy zasadniczej, wyróżniający przedmiot jego zastosowania – wypowiedź, w tym przypadku, naukową od wypowiedzi, od której nie można oczekiwać cech naukowości[14].

O ile każdemu przysługuje, z uwzględnieniem wskazanych już ograniczeń, prawo wyrażania swoich poglądów, choćby najbardziej odległych od ustaleń nauki, o tyle nie można korzystać z wolności przedstawiania wyników badań naukowych, jeżeli nie przedstawia się wyników badań *naukowych* – co więcej, z brzmienia, w szczególności, art. 73 Konstytucji RP, wynika, iż chodzi o wyniki własnych badań naukowych, a do tego w zakresie specjalności naukowej wypowiadającego się. Oznacza to potrzebę spełnienia wymogów, jakie prawo i dobre praktyki naukowe przypisują naukowości w badaniach i w ogłaszaniu ich wyników.

Kwestia, co jest, a co nie jest, naukowe, jest przedmiotem bardzo obszernej literatury, w której wyrażane są stosunkowo zróżnicowane poglądy[15]. Znakomitą większość ich można jednak sprowadzić do uznania, że istotę nauki stanowi „dążenie do poszukiwania prawdy"[16]. Prawda z kolei również może być rozumiana w różny sposób – tyle że punktem wyjścia rozważań będzie z reguły tzw. definicja klasyczna, wywodząca się od filozofów starożytnych, określana również jako korespondencyjna, zgodnie z którą prawdziwy jest sąd zgodny z rzeczywistym stanem jego przedmiotu; dopiero na tym tle, poszukując cech prawdy naukowej, można konstruować np. społeczną konstrukcję prawdy, sprowadzającą się do uznania za prawdziwe sądów reprezentowanych przez znaczącą większość środowiska naukowego danej specjalności.

---

[14] Por. H. Izdebski, *Kamentarz do Konstytucji RP. Art. 6, 70, 73*, Warszawa 2019, s. 71 i n. (oraz powołana tam literatura).

[15] Por. np. H. Izdebski, *Ile jest nauki w nauce?*, Warszawa 2018, s. 157 i n. (oraz powołana tam literatura).

[16] Jest to określenie preambuły ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz.U. z 2021 r. poz. 478, z późn.zm.).

O ile w toczącej się od dawna filozoficznej dyskusji na temat delimitacji nauki i nie-nauki (w tym pseudonauki i paranauki) konsensu nie osiągnięto – i można mieć poważne wątpliwości co do możliwości wypracowania takiego konsensu w odniesieniu do całości nauki (należy mieć na uwadze także ustalone przekonanie, że o prawdziwości można mówić jedynie w stosunku do twierdzeń opisowych, a nie normatywnych, czyli w istocie ocennych) – o tyle uznać można za ogólnie podzielane następujące stanowisko: „nie oznacza to, że jest nierozwiązywalny problem podziału wiedzy na wiarygodną – czyli w istocie naukową – i niewiarygodną. Kryterium podziału będzie zastosowanie środków właściwych ustalaniu prawdy naukowej – ale idzie przede wszystkim o prawdę w rozumieniu zastosowania odpowiednich standardów metodologicznych, przy poszukiwaniu jak największego prawdopodobieństwa bardziej niż prawdy w jej klasycznym, czyli korespondencyjnym rozumieniu, a zatem idzie o poszukiwanie <prawdy bezpiecznej>"[17].

W powołanym orzeczeniu Trybunału Konstytucyjnego mowa jest o prawdziwości twierdzeń, a w stanowisku Rzecznika Praw Obywatelskich o wymogu prawdy. W odniesieniu do wypowiedzi naukowych – także wypowiedzi pseudo- czy paranaukowych, bowiem kierowane są one do odbiorców z komunikatem o ich przynależności do nauki – jest to w oczywisty sposób tożsame ze spełnieniem kryteriów naukowości. Te są w zakresie nauk medycznych, opartych w ramach ustalonej metodologii na wiedzy, mającej z tego powodu charakter *evidence-based*, na tyle z jednej strony uznane środowiskowo, z drugiej strony skodyfikowane[18], że nie powinno być wątpliwości co do naukowości bądź nienaukowości głoszonych poglądów – przy wszelkiej możliwości zajmowania różnych stanowisk i wyrażania wątpliwości, ale jedynie w ramach standardów debaty naukowej, a tym samym spełniania wymogów naukowości.

W konsekwencji, odpowiedź na **pytanie (4)** Naczelnej Rady Lekarskiej można sprowadzić do stwierdzenia:

Granicę pomiędzy dopuszczalną swobodą dyskusji naukowej a przekraczaniem granic wolności wypowiedzi przez lekarza albo lekarza dentystę wyznacza profesjonalne dążenie do poszukiwania prawdy naukowej zgodnie z uznanymi standardami naukowości – i, z drugiej strony granicy, brak takiego dążenia.

*

4. UWAGI KOŃCOWE

[17] H. Izdebski, *ile...*, s. 200-201.

[18] Zaznaczyć trzeba, że w KEL znajduje się odwołanie do Zasad Prawidłowego Prowadzenia Badań Klinicznych (GCP) oraz do Deklaracji Helsińskiej Światowego Stowarzyszenia Lekarzy.

Powyższe stwierdzenia, mające na celu udzielenie odpowiedzi na pytania zadane przez Naczelną Radę Lekarską, zostały wypracowane w ramach tych sposobów, w jakie rozumie się dopuszczalny zakres wolności wypowiedzi i jej ograniczeń w prawie obowiązującym w Rzeczypospolitej Polskiej, odpowiadającym standardom przyjmowanych w prawach kontynentu europejskiego.

Konieczne jest jednak zwrócenie uwagi na to, że problem, w związku z którym zadane zostały pytania Naczelnej Rady Lekarskiej, tj. kwestia prawnej oceny publicznych wypowiedzi lekarzy „antyszczepionkowców", wystąpił również w krajach o, wprawdzie oczywiście zachodniej, lecz w znacznym stopniu odmiennej od kontynentalnej, kulturze prawnej, mianowicie w krajach *Common Law*, gdzie, o czym była mowa w odniesieniu do USA, używa się określenia „wolność słowa", które niesie ze sobą bardziej liberalne treści.

Odnotować zatem warto dyskusję, z głosami „za" i „przeciw", na temat karalności rozpowszechniania fałszywych informacji antyszczepionkowych, która bardzo niedawno temu toczyła się na łamach „British Medical Journal", a w której poruszony został także wątek trudności z zastosowaniem ustaw kryminalizujących dezinformację medyczną wydanych we Francji, Niemczech, Malezji, Rosji i Singapurze, w szczególności w odniesieniu do poglądów wyrażonych na platformach mediów społecznych. Przeciwnicy kryminalizacji bardziej niż na zasadę wolności słowa zwracają uwagę na konieczność, z jednej strony, dostrzeżenia różnicy między niewłaściwą informacją (*misinformation*) a w pełni intencjonalną dezinformacją (*disinformation*), z drugiej strony – uwzględnienia przy rozważaniu prawno-karnych aspektów problemu zróżnicowanego nastawienia w społeczeństwie do szczepień w skali od tych, którzy nie mają żadnych wątpliwości, do zdecydowanych przeciwników szczepień, a w związku z tym zróżnicowanych możliwości przypisania lekarzom „antyszczepionkowcom" odpowiedzialności za skutki niepoddawania się szczepieniom[19]. Należy przypomnieć, że nieco podobne – nie tyle zastrzeżenia, ile wątpliwości – co do możliwości stosowania w przedmiotowym zakresie mechanizmów odpowiedzialności karnej zostały przedstawione w punkcie 3.3. niniejszej opinii.

Przede wszystkim jednak celowe jest przedstawienie podstawowych tez artykułu, który – także bardzo niedawno temu – ukazał się w „Journal of the American Medical Association" a który dotyczy reakcji ciał odpowiadających organom polskiego samorządu lekarskiego na „antyszczepionkowe" działania nielicznych, co się podkreśla, lekarzy, polegające przede wszystkim na wypowiedziach publicznych, ale także i na działaniach i zaniechaniach w ramach pełnionych stanowisk publicznych[20]. Są to – wraz z powołaniem się na sankcje,

[19] M.C. Mills, J. Sivelä, *Should spreading anti-vaccine misinformation be criminalized?*, BMJ 2021; 372; n272.

zasadniczo mogące przybierać jedynie formę potępienia, nałożone już na lekarzy przez stowarzyszenia medyczne i medyczne organy licencyjne, jak również organy uniwersytetów – następujące tezy:

- „zawodowa samoregulacja służy za podstawowy instrument rozliczalności (*accountability*) i ma podstawowe znaczenie dla utrzymania zaufania do nauki i medycyny";
- „Przysięga Hipokratesa nakazuje lekarzom nieczynienie szkody, który to nakaz wykracza poza indywidualne stosunki pacjent-lekarz, odnosząc się również do sytuacji, w której lekarze kierują zalecenia medyczne do ludności";
- Kodeks Etyczny Amerykańskiego Stowarzyszenia Lekarzy stwierdza, iż „jest niewłaściwe dla lekarzy publiczne rekomendowanie zachowań lub działań, które nie są dobrze podparte naukowo";
- „zajęcie stanowiska, zgodnie z którym respektowanie wolności słowa wymaga milczenia instytucjonalnego tam, gdzie obala się naukę, oznacza niezrozumienie tego pojęcia. Dodanie słowa nie jest jego zniesieniem, wyrażanie słów protestu nie jest cenzurą ani odwetem. [...] Milczenie nie stanowi tu opcji, co można było tragicznie zaobserwować w toku dziejów";
- „lekarze i naukowcy mają zawodowy obowiązek reagowania, gdy nauka jest źle reprezentowana (*misrepresented*)"; chodzi się także o publiczne wypowiedzi lekarzy poza ich specjalizacją medyczną – „profesjonalizm wymaga uczciwości co do tego, na czym się oni znają, a na czym się nie znają";
- w takiej sytuacji, „lekarze muszą odważyć się zabrać głos albo ryzykują współsprawstwo".

Powyższe stanowisko, sprowadzające się do konieczności reakcji środowiskowej – z naszego punktu widzenia bardziej nieformalnej (o której również była mowa w punkcie 3.3. niniejszej opinii) niż formalnej – na publiczne wyrażanie poglądów „antyszczepionkowych" przez lekarzy w kulturze *freedom of speech*, może stanowić istotny argument za potrzebą takiej reakcji w przyjętej w Polsce kulturze wolności wypowiedzi i w przyjętych u nas uwarunkowaniach instytucjonalnych.

W warunkach polskich, obok możliwej i tak samo koniecznej jak w Stanach Zjednoczonych środowiskowej reakcji nieformalnej, występują mechanizmy instytucjonalne, do których w

[10] Ph. Pizzo, D. Spiegel, M.M. Mello, *When Physicians Engage in Practices That Threaten the Nation's Health*, JAMA 2021, t. 325 nr 8, s. 723-724.

przedmiotowym zakresie w pierwszej należy zaliczyć występowanie instytucji odpowiedzialności zawodowej, które powinny zatem działać odpowiednio do, zidentyfikowanych w niniejszej opinii, reguł materialnoprawnych i proceduralnych ustawowo ustalonych dla tej odpowiedzialności.

Opinie przygotował zespół:

kierownik:
prof. dr hab. Hubert Izdebski - prawo konstytucyjne

prof. dr hab. Lech Gardocki - prawo karne

prof. dr hab. Stanisław Hoc - prawo karne

dr hab. Teresa Gardocka - postępowanie karne i prawo medyczne

dr hab. Dariusz Jagiełło - prawo karne i kryminologia

SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny
Instytut Prawa
ul. Chodakowska 19/31, 03-815 Warszawa
tel. 22 517 99 77, 22 517 97 77 | bdi@swps.edu.pl
www.swps.pl