

Etyczne konsekwencje komercjalizacji medycyny

prof. PAT dr hab. Tadeusz Biesaga SDB
Katedra Bioetyki Papieskiej Akademii Teologicznej
w Krakowie

Presja wolnego rynku na funkcjonowanie opieki zdrowotnej

Wraz z sukcesami wolnego rynku, uznanego za najwłaściwszy mechanizm regulujący przepływ towarów, rozszerza się tendencja komercjalizacji wszelkich dziedzin ludzkiej aktywności, w tym również opieki zdrowotnej. Za najbardziej skomercjalizowaną uchodzi medycyna w Stanach Zjednoczonych, a w dalszej kolejności medycyna europejska.¹ W Ameryce dość mocno ograniczono rolę rządu w systemie opieki zdrowotnej na rzecz instytucji i organizacji ubezpieczeniowych i zarządzających opieką zdrowotną, w Europie zaś odpowiedzialność za tę opiekę dalej spoczywa na instytucjach państwowych, które kierują powołanymi do tego instytucjami ubezpieczeniowymi. Widoczna jest obecnie w USA tendencja krytyczna względem nadmiernego skomercjalizowania medycyny,² gdy tymczasem w Europie wzrasta tendencja do większego podporządkowania systemu opieki zdrowotnej mechanizmom wolnego rynku.³ Wiąże się to m.in. z trudnościami poradzenia sobie z gwałtownym wzrostem kosztów leczenia i z kłopotami finansowymi systemów zdrowotnych. Jak dotąd komercjalizacja medycyny w USA nie tylko nie zmniejszyła kosztów opieki zdrowotnej, ale spowodowała ich gwałtowny wzrost. „I tak, w latach czterdziestych udział budżetu narodowego (Gross National Product – GNP) przeznaczanego na opiekę zdrowotną wynosił 4%, w latach sześćdziesiątych 6%, w latach osiemdziesiątych 9 do 11%, a w pierwszych latach ostatniej dekady XX wieku udział ten wzrastał średnio pół procenta na rok. (...) jeśli ten trend się utrzyma, to

w 2062 roku dokładnie 100% dochodu narodowego brutto przypadłoby na służbę zdrowia”.⁴ Nic dziwnego, że stan ten wymusił w latach 90. XX wieku reformy, w których zrewidowano dotychczasową wiarę w samoregulację wolnego rynku. Krytyczna refleksja nad skutkami etycznymi komercjalizacji w USA może zapobiec podobnym błędom.

„Począwszy od końca lat 60. XX wieku nowy duch komercjalizacji – pisze o USA Arnold S. Relman (były redaktor naczelny «The New England Journal of Medicine») – rozpoczął penetrację systemu opieki zdrowotnej. Zaczęło się to od szpitali, ale wkrótce szybko rozszerzyło się w praktyce na pozostałe elementy systemu”.⁵ Za główne czynniki sprzyjające komercjalizacji opieki zdrowotnej uważa się gwałtowny rozwój technicznych urządzeń medycznych, wzrost specjalizacji i zwiększone koszty leczenia. Jednocześnie powiększała się liczba personelu medycznego oraz koszty własne zdobycia wykształcenia lekarskiego. Wszystko to sprzyjało ostrej konkurencji lekarzy i szpitali walczących o płatnych i w pełni ubezpieczonych pacjentów. Motorem przemian stała się możliwość nieograniczonych zysków dla prywatnych ubezpieczycieli i inwestorów systemu opieki zdrowotnej. Powstał nowego typu biznes (*investor-owned health care business*), polegający na przejęciu w celach osiągnięcia zysku nie tylko instytucji ubezpieczeniowych, ale szpitali i innych ośrodków medycznych.⁶ „Obecnie około 15% wszystkich prywatnych szpitali ogólnych oraz większość prywatnych domów opieki, szpitali psychiatrycznych, samodzielnych przychodni i laboratoriów diagnostycznych jest własnością dążących do zysku korporacji handlowych (*for-profit corporations*)”.⁷ Proces ten posuwa się dalej poprzez inwestowanie i zawłaszczanie pozaszpitalnych ambulatoriów, specjalistycznych urządzeń medycznych oraz medycznych usług domowych. Można przypuszczać, że co najmniej $\frac{1}{3}$ wszystkich niepublicznych pla-

cówek opieki zdrowotnej funkcjonuje w rękach inwestorów, posiadaczy tego biznesu.⁸

Kolejne rządy Stanów Zjednoczonych wspierały współzawodnictwo i wolny rynek w medycynie, licząc się, że w ten sposób zmniejsza się wydatki na leczenie. „Na początku XXI stulecia większa część prywatnych programów ubezpieczeń zdrowotnych stała się własnością inwestujących spółek (*investor-owned companies*). To samo stało się ze spółkami odszkodowań zdrowotnych i z większością usług menedżerskich i konsultingowych. Razem z nowymi i gwałtownie rozwijającymi się firmami biotechnologicznymi, farmaceutycznymi oraz przemysłem urządzeń medycznych biznes ten dysponuje szeroką siecią komercyjną i wywiera w celach zysku wszechobecny i potężny wpływ na system ochrony zdrowia w Stanach Zjednoczonych”.⁹

Wpływ ten ogarnia wszystkie instytucje ochrony zdrowia: zarządy szpitali, samych lekarzy i pacjentów. Generalna linia działania jest jedna: zmniejszyć dotychczasowe wydatki na leczenie określonych chorób, i zwiększyć zyski. W ramach służących temu różnorodnych programów zmusza się zarząd szpitala i samych lekarzy do ekonomicznego przeliczania swych administracyjnych i klinicznych decyzji na pieniądze. Wciąga się ich do generowania zysku przez współzawodnictwo między sobą, przez zdobywanie dobrze ubezpieczonych pacjentów, inwestowanie w wyposażenie szpitali, klinik czy laboratoriów świadczących różnorodne usługi medyczne. Mnożenie różnorodnych badań jest lukratywnym źródłem dodatkowych dochodów. Lekarz staje się przedsiębiorcą, jego własne korzyści finansowe i korzyści finansowe instytucji, w której pracuje, stają się ważnym, jeśli nie zasadniczym motywem jego myślenia i działania. Atrakcyjne finansowo stają się dla lekarzy inwestowanie w wyposażenie różnych ośrodków opieki zdrowotnej, do których kierują oni swoich pacjentów. Jedni otwierają własne, płatne laboratoria diagnostyczne, inni, np. chirurdzy, inwestują w chirurgiczne wyposażenie szpitala, w którym pracują i które wykorzystują w swej pracy, czerpiąc z tego posiadania zyski. „Badanie niedawno przeprowadzone na Florydzie ujawniło, że około 40% pracujących w tym stanie lekarzy ma udziały finansowe w placówkach medycznych, do których kierują swych pacjentów”.¹⁰

Lekarze praktykujący prywatnie sprzedają swoim pacjentom leki, protezy i inne medyczne

środki, które otrzymują po obniżonych cenach lub w ramach reklamy od różnych producentów. Również klinicyści w swych badaniach są wciągani w korzystne finansowo układy z firmami w celu testowania ich produktów. W ten sposób przeprowadzający badania ma interes w pozytywnej ocenie owego produktu. Ci, którzy podjęli się takich badań, są następnie płatnymi konsultantami, doradcami owych spółek czy producentów. Znani i wyspecjalizowani klinicyści bardzo często są wciągani przez firmy farmaceutyczne i inne do prowadzenia sponsorowanych wykładów lub publikowania artykułów o ich produktach. Firmy te dość powszechnie organizują szkolenia, sympozja, na których zapraszani lekarze otrzymują informacje o wyprodukowanych przez nich nowych lekach.

Komercjalizację opieki zdrowotnej dopełnia reklama. W latach 80. XX wieku nastąpiły w tym względzie radykalne zmiany w USA. W wyniku tzw. antymonopolowej polityki rządu USA i nacisków Federalnej Komisji Handlu (Federal Trade Commission) Amerykańskie Towarzystwo Medyczne (AMA) ugięło się i usunęło ze swego kodeksu etycznego zakaz reklamy usług medycznych, wprowadzając nawet pochwałę tej procedury poprzez zapis, że „medyczna praktyka lepiej się rozwija etycznie w warunkach wolnego rynku, kiedy przyszli pacjenci otrzymują dokładne informacje i mają możliwość wolnego wyboru między konkurującymi lekarzami i alternatywnymi systemami opieki medycznej”.¹¹ „Do niedawna większość towarzystw medycznych uznawała autoreklamę za nieetyczną. Nastawienie to uległo jednak zmianie i obecnie konkurencja lekarzy widziana jest jako konieczna, a nawet korzystna cecha nowego rynku medycznego”.¹² W wyniku tak radykalnej zmiany zasad etycznych reklamują się dziś w USA nie tylko firmy produkujące urządzenia medyczne i leki, ale również szpitale i lekarze.

Wszystkie te zjawiska budzą coraz większy niepokój etyczny. Jeśli weźmie się pod uwagę handel w celach transplantacji narządami ludzkimi z żywych czy zmarłych dawców, biznes prenatalny związany z bankami żeńskich i męskich gamet do produkcji embrionów ludzkich, zyski z patentów biotechnologicznych produktów – to zagrożenia w tym względzie stają się jeszcze wyraźniejsze.¹³

Czy ochrona zdrowia jest towarem podległym prawom wolnego rynku?

Zwolennicy komercjalizacji medycyny traktują opiekę zdrowotną jako taki sam towar, jak inne towary i usługi wolnego rynku. Sądzą, że podporządkowanie jej mechanizmom rynku obniży koszty opieki zdrowotnej i podniesie jakość medycznych produktów i usług. Konkurencja i współzawodnictwo zwiększy dostęp do opieki zdrowotnej i zredukuje zarówno marnotrawstwo środków medycznych, jak i błędy lekarzy. Ci ostatni, zatrudnieni przez przedsiębiorstwa medyczne, będą oszczędnie stosować środki medyczne w celu zwiększenia zysków swych spółek.

Wobec tych propozycji trzeba jednak zapytać, czy uprawnione etycznie jest traktowanie czegoś zdrowia, leczenia i całej opieki zdrowotnej jako towarów, którymi się handluje na wolnym rynku? Czy wiedza i usługi lekarza, szpitala, hospicjum są produktami na sprzedaż dla satysfakcji konsumentów tak samo jak inne towary? „Jeśli opieka zdrowotna jest towarem, to jest czyjąś własnością, którą można handlować, sprzedawać lub rozdać według własnej woli. Znaczy to, że tak jak wszelki towar również wiedza medyczna, od której zależna jest opieka zdrowotna, jest własnością fachowców lub tych, którzy ich zatrudniają lub w nich inwestują”.¹⁴ Jeśli tak, to wtedy ani chory pacjent, ani społeczeństwo nie może wysuwać roszczeń moralnych wobec użycia czy nieużycia tej wiedzy, jej lokalizacji i dystrybucji. Jest ona bowiem czyjąś własnością. Właściciel według swej woli może nią dysponować.

Tymczasem opieka zdrowotna, jako osobowa relacja między służbą zdrowia a chorymi szukającymi pomocy, nie jest towarem tak jak przedmioty techniczne podwyższające standard życia, mieszkania czy podróżowania. Traktowanie chorego pacjenta tak jak klienta i konsumenta, przebiegającego w różnych towarach w supermarkecie jest błędnym uproszczeniem. Zdrowie i życie nie jest takim samym dobrem, jak zdobycie lepszych mebli, telewizora czy samochodu. Określony standard życia jest pewnym wytworem i stereotypem społecznym; każdy może wybrać jakiś standard wygód, jakieś towary albo z nich zrezygnować. Człowiek ciężko chory nie ma takiego wyboru. Jego choroba nie jest wytworem obyczajów społecznych, kultury lub techniki, lecz narzuconą mu

sytuacją egzystencjalną. Staje on oko w oko z kruchością swego istnienia, z zagrożeniem swego życia. „Niezależnie od tego, czy choroba jest poważna, jeśli chcemy być wyleczeni, jesteśmy zmuszeni szukać pomocy, zwrócić się do lekarza i upoważnić obcego nam profesjonalistę, aby odkrył tajemnice naszego ciała, umysłu i nawet duszy”.¹⁵

Zdrowie, podobnie jak inne dobra fundamentalne i osobiste, które pomagają nam chronić na przykład prawnicy, czy dobra duchowe, rozwijane w nas przez przewodników moralnych i religijnych – nie mogą być traktowane tylko jako towary. Ich komercjalizacja prowadzi bowiem do komercjalizacji osoby ludzkiej, do przekreślenia jej godności, do jej urzeczowienia. Etyka powstałych w tym celu profesji chroni je przed ich degradacją. W porównaniu z radami prawników czy duchowych lekarzy mają najszerzy dostęp do naszych osobistych sekretów. Dotyczy to nie tylko biologicznej, ale psychologiczno-społecznej i duchowej strony naszego życia. Bez zaufania i podzielenia się z lekarzem wiedzą o nas samych nie da się nam pomóc. Cierpiący chory nie jest w sytuacji racjonalnego klienta, który wybiera u sprzedawcy niekonieczne, ale przydatne dla niego przedmioty. To sytuacja egzystencjalna zmusza go do szukania pomocy, leczenia i przywrócenia tego, co utracił, czyli zdrowia. Jest on zdany na lekarza. Trudno się zgodzić z tym, żeby pacjent w doświadczeniu ciężkiej choroby fizycznej czy psychicznej, w doznaniu cierpienia i niepewności, miał studiować reklamy towarów medycznych w celu kupna. Obietnica wolności wyboru jest w tym wypadku iluzją. Chory jest skazany na lekarza i z zaufaniem chce mu się powierzyć. Dla lekarza przedsiębiorcy byłby on łatwym łupem w celach zdobycia zysku. Chory człowiek oddałby mu wszystko, co ma, byle się uwolnić od nieznośnego cierpienia i bólu.

„Biorąc pod uwagę specyficzną naturę choroby i leczenia, ochrona zdrowia nie może być towarem. Nie jest ona produktem wytworzonym z takiego czy innego materiału przez lekarza dla konsumpcji przez pacjenta. Chora osoba «konsumuje» wprawdzie leki i inne medyczne produkty oraz wydaje na nie pieniądze, ale nie konsumuje «opieki» zdrowotnej”.¹⁶ To właśnie specyficzna sytuacja egzystencjalna pacjenta, choroba zagrażająca jego osobowemu rozwojowi, specyficzna osobowa, intymna natura leczenia zapewnia opiece zdrowotnej inne, specyficzne miejsce wśród pozostałych, służących człowiekowi zawodów.

Wyraźna różnica między opieką zdrowotną a produktami wolnego rynku ujawnia się, gdy weźmiemy pod uwagę prawa własności. Towary są własnością producenta, właściciela. Wiedza medyczna nie jest wyłączną własnością prywatną lekarza. Jest ona równocześnie dobrem społecznym, dobrem ludzkości. Przekracza ona granice państw i kontynentów. Lekarze mają przywilej korzystania z dorobku naukowego wielu stuleci, z obserwacji klinicznych swoich poprzedników. Mają dostęp do wiedzy innych, pochodzącej wielokrotnie z własnego doświadczenia, a nawet z kontrolowanych eksperymentów na pacjentach. Jest to bezcenne dziedzictwo, na które składa się wysiłek poprzednich pokoleń lekarzy i ryzykujących życie pacjentów. Dziedzictwo to jest przekazywane w publicznych instytucjach za publiczne pieniądze. Wspierane jest przez licznych filantropów. „Wykształcenie lekarza zależy od zdobycia tego rodzaju wiedzy i doświadczenia. Nie można go zdobyć bez etycznego przyzwolenia społeczności. Na przykład studenci medycyny w pierwszych latach mogą dokonywać sekcji zwłok, za co bez społecznego przyzwolenia byłoby pociągnięci do odpowiedzialności karnej”.¹⁷ Mimo że uczą się pod okiem doświadczonych lekarzy, to jednak zdobywając wiedzę praktyczną, uczą się również na pacjentach. Przywileje te są dane przez społeczeństwo w przeświadczeniu, że nabyte w praktyce zdolności medyczne będą służyć wszystkim ludziom. Nabytej w ten sposób wiedzy i sprawności lekarskich nie można sobie zawłaszczyć dla własnych potrzeb i korzyści. Są one również własnością pokoleń pacjentów, na których praktykowano, lekarzy, którzy je rozwijali, własnością społeczną i ogólnoludzką.

„Studenci medycyny i pielęgniarstwa, akceptując przywileje edukacji medycznej, zaciągają wobec społeczności zobowiązanie używania swej wiedzy dla dobra chorych. W tym zobowiązaniu są oni raczej stróżami wiedzy medycznej niż jej właścicielami”.¹⁸ Komercjalizacja medycyny chce zawłaszczyć to, co nie jest prywatnym dobrem, co nie należy do żadnej partykularnej grupy społecznej. Redukując opiekę medyczną do towaru na wolnym rynku, niszczy właściwe, osobowe więzi, zobowiązania społeczne i solidarność międzyludzką.

Pacjent czy klient?

Od samego początku powstania profesji medycznej nieustannie utrzymywano, że dobro pacjenta, jego zdrowie jest pierwszorzędnym celem medycyny. Z tradycji tej wyrosła zasada etyki medycznej: *salus aegroti suprema lex*. W najstarszych i późniejszych kodeksach etycznych przestrzegano, aby inne cele, takie jak korzyści lekarza czy też względy społeczne, ekonomiczne, czy polityczne nie podważyły tego zasadniczego zadania. Dobro pacjenta traktowano jako nadrzędne względem korzyści lekarza, korzyści przemysłu medycznego, czy korzyści społeczeństwa. W tym ujęciu zdrowie i życie pacjenta było warunkiem nieodzownym dobra wspólnego. Nie można było pojąć dobra wspólnego poprzez wykluczenie chorego człowieka z prawa do opieki medycznej. Godność i niepowtarzalna wartość chorej osoby kształtowała podstawowe zasady moralne etyki medycznej.

Obok personalistycznej orientacji etyki medycznej dość wpływowe jest dziś, lansowane przez liberalizm, utylitarystyczne i klasystyczne rozumienie dobra wspólnego, w którym przedkłada się korzyści pewnych grup społecznych, państwa czy tzw. ludzkości, nad dobro chorych czy dobro konkretnego pacjenta. Ekonomiczne rozumienie dobra ludzkiego sprzyja takiej teorii. Jeżeli w personalistycznej perspektywie zdrowie pacjenta było zasadniczym kryterium działania lekarza, to w komercyjnej perspektywie kryterium tym staje się korzyść, jaką poprzez to leczenie może osiągnąć lekarz, szpital, społeczeństwo, organizacje ubezpieczeniowe i przemysł medyczny. Choroba i zdrowie pacjenta są wkomponowane w logikę zysku.

Komercjalizacja nieuchronnie prowadzi do konfliktu dobra pacjenta z korzyściami ekonomicznymi lekarza, instytucji związanych z opieką społeczną, z korzyściami społeczeństwa. W konflikcie tym zysk staje się zasadniczym motywem działania. Rola lekarza jest zredukowana do funkcji sprzedawcy produktów i ofert przemysłu i organizacji medycznych. W najlepszym wypadku „sprzedawcy – głównie lekarze – mogą grać podwójną rolę: jako uczestnicy rynku muszą realizować własny interes, jako uczestnicy związku partnerskiego z pacjentem, mają realizować jego interes (...). Ponieważ wymagania te często wchodzą z sobą w konflikt, stąd zagrożona jest moralna integralność lekarza”.¹⁹ Biorąc pod uwagę olbrzymią siłę

nacisku komercyjnych firm i koncernów, nietrudno dostrzec, która opcja zwycięży. Stąd przerażające prognozy niektórych etyków twierdzących, że „zmuszanie lekarzy, aby działali tak jak producenci dóbr gospodarczych, zdyskredytuje ostatecznie całą działalność medyczną i roznieci nieufność i cynizm, który trudno będzie pokonać”.²⁰

Tymczasem relacja lekarz–pacjent różni się istotowo od relacji sprzedawca–klient. „Medyczna relacja jest jak najbardziej relacją osobową. O jej trwałości i ciągłości decyduje poufność i zaufanie”.²¹ W stosunkach handlowych skupiamy się na produkcie, nie angażujemy się w nawiązanie więzi ze sprzedawcą. Nasze formalne zwrócenie się do niego kończy się wraz z transakcją i konsumpcją.

W skomercjalizowanej medycynie „relacja między lekarzem a pacjentem staje się relacją handlową. Lekarz staje się niezależnym przedsiębiorcą lub wynajętym agentem handlowym tych spółek i inwestorów, którzy zmiierzają do innych celów niż etyka medyczna. Lekarz działając według logiki rynku, zamienia swe związki z pacjentem, w których istotne było zawierzenie i zaufanie, na relację kontraktu i biznesu. Etyka nie jest już dla niego kwestią powinności i cnoty, lecz legalności. Jest zastąpiona przez biznes i prawo. Wiedza medyczna staje się prywatną własnością lekarza w celach handlowych, do sprzedaży dla chętnych za określoną cenę”.²²

Nietrudno dostrzec, że w takim układzie człowiek chory (a nawet zdrowy), nieposiadający wiedzy medycznej, przytłoczony chorobą, jest zdany na łaskę silnych korporacji przemysłowych działających przez swych wykwalifikowanych agentów i lekarzy. Będzie on maksymalnie wykorzystany, gdyż chcąc uciec przed bólem czy śmiercią, musi się zdać na warunki dyktowane mu przez przedsiębiorstwo medyczne. Ponieważ z założenia chory ma generować zyski, a więc w zależności od systemu opłat za usługi medyczne, może on być wykorzystany, zarówno przez pozbawienie go należytej terapii, jak i przez zastosowanie zbędnych, ale przynoszących korzyści finansowe „sprzedawcy” testów i badań. W tym układzie nie jest ważne jego zdrowie, ale to jaki zysk przyniesie jego choroba tym, którzy się nim zajmą. Tym można wytłumaczyć zarówno zyskowe, ale bezsensowne przedłużanie życia osób, które zdolne są za to płacić, jak i propagowanie eutanazji dla tych, którzy są niewypłacalni.

Komercjalizacja medycyny zubaża więc etos opieki medycznej, podważa rolę i wolność lekarza, podporządkowuje go pozamedycznym celom, przedkłada koszty i zyski nad zdrowie i troskę o pacjenta, czyniąc tego ostatniego bezwolnym środkiem zwiększania zysku.²³

Przypisy

1. Kubik Ch.K.: Systemy opieki zdrowotnej w USA i innych krajach. W: Amerykański system opieki zdrowotnej. T. I, II. Chicago, Amszdro, 1999; 36: 841–866
2. Anders G.: Health against wealth. Boston, Houghton Mifflin Co., 1996; Gray, J.: False dawn: the delusions of global capitalism. London, Granta Books, 1998; Callahan D.: Medicine and the market: a research agenda. J. Med. Philos., 1999; 24: 224–242
3. Heubel F.: Patients or customers: ethical limits of market economy in health care. J. Med. Philos., 2000; 25: 240
4. Kubik Ch.K.: dz. cyt., t. I: 49. Autor podaje również podobny wzrost wydatków liczony w procentach krajowego produktu brutto USA (Gross Domestic Product GDP), który ciągle wzrasta i jest najwyższy ze wszystkich krajów świata. „Gdy w 1960 r. na resort zdrowia przeznaczano 5,3% GDP, w 1970 r. już 7,4%, w 1980 r. 9,2%, a w 1990 r. 12,2%. Tamże, t. II: 743.
5. Relman A.S.: Profit and commercialism. W: Post S.G., red.: Encyclopedia of bioethics. T. 4. Wyd. 3, New York, Galle Group, 2004: 2170
6. Relman A.S.: The new medical-industrial complex. N. Engl. J. Med., 1980, 303: 963–970
7. Relman A.S.: Profit and commercialism, dz. cyt.: 2170
8. Relman A.S.: What market values are doing to medicine. Natl. Forum, 1993; 73: 21
9. Relman A.S.: Profit and commercialism, dz. cyt.: 2170
10. Relman A.S.: What market values are doing to medicine, dz. cyt.: 20
11. American Medical Association Council on Ethical and Judicial Affairs. Code of Medical Ethics. The current opinions of code. Chicago, 1998. www.ama-assn.org/ama/pub/category/2498.html
12. Relman A.S.: What market values are doing to medicine, dz. cyt.: 20
13. Cohen C.B.: Selling bits and pieces of humans to make babies. J. Med. Philos., 1999; 24: 288–306; Cherry M.J.: The body for charity, profit and holiness: commerce in human body parts. Christ. Bioethics, 2000; 6: 127–137; Stempsey W. E.: Organ markets and human dignity: on selling your body and soul. Christ. Bioethics, 2000; 6: 195–204
14. Pellegrino E.D.: The commodification of medical and health care: the moral consequences of a paradigm shift from a professional to a market ethic. J. Med. Philos., 1999; 24: 247
15. Tamże: 248
16. Tamże: 249
17. Tamże: 250
18. Tamże: 251
19. Heubel F.: dz. cyt.: 244
20. Emanuel E.J., Emanuel L.L.: What is accountability in health care? Ann. Intern. Med., 1996; 124: 238
21. Pellegrino E.D.: dz. cyt.: 249
22. Pellegrino E.D.: For the patient's good. New York, Oxford University Press, 1988: 180
23. Peppin J.F.: Business ethics and health care: the re-emerging institution-patient relationship. J. Med. Philos., 1999; 24: 542