

# Leczenie pacjenta – obowiązek czy przywilej lekarza?

Z perspektywy etycznej

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

## Źródła i podstawy obowiązku leczenia

Od początku istnienia medycyny i rozwoju etosu lekarskiego leczenie pacjenta było i jest podstawowym obowiązkiem lekarza. Ze względu na nie lekarz cieszy się wieloma przywilejami w nabywaniu i praktykowaniu sztuki lekarskiej oraz darzony jest powszechnym szacunkiem. Leczenie nie jest przywilejem lekarza w tym sensie, jakoby podjęcie się tego obowiązku zależało od jego „widzimisię”, jakoby było tylko efektem jego altruizmu, wspaniałomyślności i wielkoduszności. Obowiązek leczenia jest niezależny od subiektywnych postaw lekarza czy pacjenta, konstytuowany jest przez *telos* medycyny, dookreślany przez międzyosobową relację pacjent-lekarz i przekazywany we wspólnocie lekarskiej jako etos lekarski. Przykładem tego etosu może być „Przysięga Hipokratesa”, różne deklaracje, karty i kodeksy etyki lekarskiej. W dokumentach tych działalność lekarza traktowana jest jako specyficzne powołanie. Polski „Kodeks Etyki Lekarskiej” (KEL) formułuje to następująco: „**Powołaniem lekarza** jest ochrona życia i zdrowia ludzkiego, zapobie-

ganie chorobom, leczenie chorych oraz niesienie ulgi w cierpieniu; lekarz nie może posługiwać się wiedzą i umiejętnością lekarską w działaniach sprzecznych z tym powołaniem” (KEL Art. 1).<sup>1</sup>

Obowiązek leczenia jest nie tylko zobowiązaniem społecznym czy prawnym, ale przede wszystkim **zobowiązaniem moralnym**, a dla lekarzy chrześcijańskich, również zobowiązaniem religijnym. Odpowiedzialność wobec ludzi wzmocniona jest wtedy odpowiedzialnością wobec Boga. Obowiązek ten konstytuuje z jednej strony **sytuacja egzystencjalna człowieka** jako istoty psychofizycznej, podległej chorobom i cierpieniu, z drugiej strony wyznacza go powstała w tym właśnie celu, określona dziedzina aktywności ludzkiej, zwana działalnością medyczną, lekarską. Kondycja egzystencjalna człowieka, jego podatność na **choroby**, podatność w chorobie na **zranienie**, określa sens istnienia medycyny, wyznacza praktyce medycznej określone, realne zadania i obowiązki. Praktyka medyczna ma swój wewnętrzny *telos*, którym jest dobro pacjenta, jego zdrowie biologiczne, psychiczne, wkomponowane w zdrowie osobowe czy duchowe. Ów wewnętrzny cel medycyny określa **moralność wewnętrzną** medycynie, w odróżnieniu od celów i **moralności zewnętrznej** względem praktyki medycznej. Teleologiczna interpretacja praktyki medycznej oraz personalistyczna interpretacja relacji lekarz-pacjent pozwala odróżnić moralność profesji medycznej od moralności pozamedycznej i uchronić ją przed podporządkowaniem jej celom i za-

Artykuł zawiera treść wystąpienia Autora na Sympozjum „Dylematy etyczne w praktyce lekarskiej – czy lekarz może odmówić pacjentowi pomocy” (Warszawa, 24.04.2008), zorganizowanym przez Medycynę Praktyczną, Towarzystwo Internistów Polskich i Naczelną Izbę Lekarską, we współpracy z American College of Physicians.

<sup>1</sup> Kodeks Etyki Lekarskiej z dnia 2 stycznia 2004 r.: tekst jednolity, zawierający zmiany uchwalone w dniu 20 września 2003 r. przez Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy. Warszawa, NRL, 2004

sadom zewnętrznym, narzucanym środowisku lekarskiemu z zewnątrz.

**Specyfikę i kategorię** obowiązków lekarza podkreśla bezpośrednia interpersonalna **relacja kliniczna lekarz-pacjent**. W niej lekarz może dostrzec wprost, o jakie dobro chodzi. Dotyka on bowiem w konkretnym człowieku kruchości jego istnienia, zagrożeń i niepokojów, rozpacz i nadziei na wyleczenie. Konkretny człowiek w zaufaniu i nadziei powierza się lekarzowi. Lekarz zgodnie ze swym powołaniem ma to zaufanie podjąć, odwzajemnić i potwierdzić. Może on to zaufanie zlekceważyć albo je zawieść. Ból przeżywany wtedy przez pacjenta jest podwójny, obok bólu choroby, dołącza się cierpienie zranionego człowieczeństwa, cierpienie zdrady wartości, zdrady etosu lekarskiego.

Wśród wielu modeli relacji lekarz-pacjent najlepszą propozycją wydaje się zaproponowana przez Edmunda Pellegrino zasada dobroczynności w zaufaniu (ang. *beneficence-in-trust*).<sup>2</sup> Inne propozycje tej relacji, na przykład jako związku dwóch autonomii kierujących się odmiennymi interesami, jako kontraktu sprzedawca-klient (ang. *physician-client*), likwidują etykę lekarską na rzecz etyki biznesu i handlu.<sup>3</sup> Sprowadzają bowiem medycynę do poziomu supermarketu, w którym handluje się produktami i usługami medycznymi. Ignorują egzystencjalną, realną sytuację pacjenta, który nie przychodzi z własnego wyboru, by przebierać w różnych produktach wolnego rynku, ale powierza się lekarzowi w sytuacji bólu i cierpienia, zwątpienia i nadziei, licząc na jego ludzką i medyczną pomoc. Można z pacjenta uczynić **przymusowego kupca towarów medycznych**. Można jego zdrowie i istnienie sprowadzić do towaru na wolnym rynku. Wydaje się jednak, że tego typu kontraktalistyczno-legalistyczna medycyna niewiele będzie mieć wspólnego z etosem lekarskim. Łatwo przewidzieć, że w spisaniu i realizacji korzystnych kontraktów istotną rolę odegrają i duże korzyści odniosą prawnicy, firmy ubezpieczeniowe i wszelkie biu-

rokratyczne instytucje pośredniczące, które bez trudu zauważą, że walka na życie i śmierć między lekarzami a pacjentami to źródło stałych zysków. Można przypuszczać, że takie uprzedmiotowienie pacjenta i lekarza zniszczy etos lekarski i w większym stopniu uderzy w pacjentów. Paradoksalnie medycyna zamiast troski o chorych może oferować darwinowską selekcję ludzi. Nie wszyscy mieliby dostęp do opieki medycznej, nie wszyscy potrafiliby uiszczyć wyznaczone regułami zysku opłaty, nie wszyscy mogliby skorzystać z dobrodziejstw medycyny. Wielu zostałoby wyeliminowanych w grze wolnego rynku. Według przewrotnej tezy Thomasa Malthusa za biedę odpowiedzialni byłiby sami biedni, i oni ponieśli by za to karę.

### Wobec konfliktu obowiązków medycznych i pozamedycznych

Lekarz może być uwikłany w realizację wchodzących ze sobą w konflikt różnych zadań, różnych dóbr, różnych obowiązków. Należy więc odróżnić ściśle obowiązki wewnętrzne medycynie jako takiej od obowiązków pozamedycznych. Rozróżnienie celów i moralności wewnętrznej medycynie od celów i moralności zewnętrznej względem praktyki medycznej, zainspirowane m.in. przez Alasdaira MacIntyre'a, rozwijane na terenie etyki medycznej przez Edmunda Pellegrino, Leona Kassa, Łukasza Gormally'ego i innych, pozwala wyraźnie dostrzec prymat obowiązków moralnych etyki medycznej względem norm narzucanych medycynie z zewnątrz.

Zdrowie pacjenta, jego leczenie i troska o niego, jest celem wewnętrznym praktyki medycznej. Zarabianie pieniędzy, zwiększanie zysków przedsiębiorstwa, rozwijanie postępu naukowego i technicznego, rozwiązywanie konfliktów społecznych, problemów demograficznych, wychowawczych, ekonomicznych czy politycznych, polepszanie dobrobytu ludzkości – jest celem zewnętrznym względem praktyki medycznej.<sup>4</sup>

<sup>2</sup> E.D. Pellegrino, D.C. Thomas: For the patient's good: the restoration of beneficence in health care. New York, Oxford University Press, 1988: 51–91

<sup>3</sup> D.C. Thomas: Beyond medical paternalism and patient autonomy: a model of physician conscience for the physician-patient relationship. *Ann. Intern. Med.*, 1983; 98: 243–248; E.J. Emanuel, L.L. Emanuel: Four models of the physician-patient relationship. *JAMA*, 1992; 267: 2221–2226

<sup>4</sup> E.D. Pellegrino: The internal morality of clinical medicine: a paradigm for the ethics of the helping and healing professions. *J. Med. Philos.*, 2001; 26: 559–579; 562; F.G. Miller, H. Brody: The internal morality of medicine: an evolutionary perspective. *J. Med. Philos.*, 2001; 26 (nr 6): 581–599; L.R. Kass: The end of medicine and the pursuit of health. W: Tenze: Toward a more natural science. New York, 1985: 157–186

W dokumentach etyki medycznej dostrzega się owo rozróżnienie i w przypadku konfliktu formułuje się odpowiednie normy, podkreślające **prymat dobra pacjenta** względem dobra społecznego, dobra nauki i techniki, dobra przemysłu medycznego, dóbr ekonomicznych.

W „Europejskiej Konwencji Bioetycznej” czytamy: „Interesy i dobro istoty ludzkiej **będą przeważać** nad wyłącznym interesem społeczeństwa lub nauki” (Europejska Konwencja Bioetyczna, art. 2).<sup>5</sup> „Karta Lekarza” już w preambule stwierdza: „Postępowanie zgodnie z zasadami zawodu (...) oznacza stawianie **dobra pacjenta ponad interes lekarza**”.<sup>6</sup> „Karta” podaje zasadę nadrzędności dobra pacjenta jako pierwszą, obok zasady autonomii pacjenta i sprawiedliwości. W zasadzie prymatu dobra pacjenta stwierdza: „Zasada ta wynika z poświęcenia się służbie dla dobra pacjentów. Altruizm zwiększa zaufanie, które ma zasadnicze znaczenia dla relacji między lekarzem a pacjentem. Mechanizmy rynkowe, naciski społeczne i wymagania administracyjne nie mogą prowadzić do łamania tej zasady”.<sup>6</sup> Tak samo te sprawy traktuje polski „Kodeks Etyki Lekarskiej”, w którym czytamy: „Największym nakazem etycznym dla lekarza jest dobro chorego – *salus aegroti suprema lex esto*. Mechanizmy rynkowe, naciski społeczne i wymagania administracyjne nie zwalniają lekarza z przestrzegania tej zasady”. Polski KEL wprowadza przy tym całkiem nowy dział zasad etycznych, chroniących lekarza przed nieodpowiednim związkami z przemysłem medycznym” (KEL, art. 2, pkt. 2).

Dokumenty etyczne etyki lekarskiej wyraźnie budują etos medyczny wokół dobra pacjenta, wyraźnie zaznaczają, że jest to obowiązek kategoryczny, niezbywalny. Z obowiązku tego nie zwalniają ani naciski wolnego rynku, naciski administracyjne, ekonomiczne, ani własny interes ekonomiczny lekarza. Realizowanie innych celów

i interesów kosztem dobra pacjenta jest więc łamaniem zasad etyki lekarskiej.

Powszechnie stosowane sposoby walki o swoje prawa w demokracji mogą oddziaływać również na korporacje czy związki zawodowe lekarzy, aby w sporze z instytucjami rządowymi uczynić zdrowie pacjentów środkiem nacisku i przetargu. Niestety w ten sposób porzuca się obowiązki wyrażone w przysiędze i etyce lekarskiej na rzecz celów pozamedycznych czy na rzecz zasady „cel uświęca środki”. Środkiem nacisku stają się bowiem nie tyle jakieś produkty czy straty finansowe szpitala, co sami pacjenci tych szpitali. To ich stresy, niedogodności, cierpienia, a nawet zdrowie są przedmiotem gry. Niektórzy potwierdzają to utylitarystyczną kalkulacją, twierdząc, że opłaca się, by jedni pacjenci ponieśli szkody, ponieważ inni w przyszłości odniosą przez to większe korzyści. Trudno uzasadnić, na jakiej podstawie lekarz mógłby uzurpować sobie prawo poświęcania jednych ludzi dla uszczęśliwienia innych.

## Co jest leczeniem, a co nim nie jest?

Podporządkowanie medycyny celom pozamedycznym ujawnia się również, gdy dokładniej zaczniemy oddzielać leczenie, od tego co nim nie jest. Można to dookreślić wyrazić w pytaniach: Czy zaangażowanie lekarza w selekcję eugeniczną jest leczeniem, czy dyskryminacją ze względu na cechy biologiczne? Czy dokonywanie aborcji jest leczeniem, czy niszczeniem życia istot ludzkich? Czy pomoc w dokonywaniu samobójstwa jest lecznicza czy zabójcza? Czy eksperymentowanie badawcze na pacjentach służy zdrowiu pacjentów, czy rozwojowi nowych technologii farmakologicznych? Czy chirurgia estetyczna leczy choroby, czy też odwrotnie – służy realizacji stereotypów i dewiacji społecznych? Czy sterowanie procesami demograficznymi za pomocą antykoncepcji, aborcji i sterylizacji można nazwać leczeniem? Czy medycyna nie jest wciągana do realizacji celów wyznaczanych jej przez polityków, demografów, ideologów społecznych i silne organizacje?

Zdaniem jednego z wielkich humanistów i lekarzy amerykańskich, Edmunda Pellegrino, „należy odrzucić traktowanie lekarza jako stróża postępu ekonomicznego (*economic gatekeeper*), jako tego, który z litości zabija (*mercy killer*), który wy-

<sup>5</sup> Rada Europy: Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej w kontekście zastosowań biologii i medycyny: konwencja o prawach człowieka i biomedycynie (Europejska Konwencja Bioetyczna) z dnia 4 kwietnia 1997 r. W: Jasudowicz T., red.: Europejskie standardy bioetyczne: wybór materiałów. Toruń, TNOiK Dom Organizatora, 1998: 3–15

<sup>6</sup> Karta Lekarza: zasady wykonywania zawodu lekarza w nowym tysiącleciu. Tłum. P. Gajewski i in. Med. Prakt., 2002; wyd. specj. 4

zwala od niechcianej ciąży (*reliever of unwanted pregnancy*), współdziałała w wojnie nuklearnej (*illicit accomplice in nuclear war*) i stanowi narzędzie ideologii państwowej (*tool of state ideology*).<sup>7</sup>

Lekarz, w zgodzie ze swą etyką lekarską, ze swoim sumieniem, ma nie tylko prawo, ale obowiązek moralny, odmówić działań sprzecznych z etosem lekarskim. Przez taką postawę rozwija on humanistyczny wymiar medycyny i kultury, w której działa. W przeciwnym razie staje się niewolnikiem różnych sił w globalistycznym świecie, narzędziem w rękach pozamedycznych szaleńców, dla których zysk dla zysku jest jedynym kryterium sensu życia, cywilizacji i kultury.

Wśród cnót moralnych lekarza, takich jak: 1) wierność i stałość w zaufaniu oraz w dotrzymywaniu obietnic (*fidelity to trust and promise*), 2) życzliwość (*benevolence*), 4) współczucie i troska (*compassion and caring*), 5) intelektualna uczciwość (*intellectual honesty*), 6) sprawiedliwość (*justice*) i 7) roztropność (*prudence*) – Edmund Pellegrino wymienia jako cnotę trzymanie w ryzach swoich korzyści (*effacement of self-interest*). Trzeba bowiem pamiętać, że namiętność ta ma

po drugiej stronie człowieka podatnego na zranienie. Pacjent podda się temu naciskowi, gdyż ceną jest jego zdrowie czy życie, ale będzie głęboko zraniony tym, że został wykorzystany w trudnej, a może tragicznej dla niego sytuacji.<sup>8</sup>

Na koniec pewne ostrzeżenie wspomnianego już Edmunda Pellegrino, który opisując różne procesy medycyny amerykańskiej, zauważa ze smutkiem gwałtowny wzrost nieufności pacjentów wobec lekarzy. Przyczyniły się do tego jego zdaniem m.in.: komercjalizacja i reklama usług medycznych, rozwijana rynkowa praktyka szpitali, łączenie przez lekarzy działalności medycznej z udziałami finansowymi w placówkach medycznych, do których kierowani są ich pacjenci, akceptacja podejmowania przez lekarzy od jednocześnie kilku (5–9) prac poza szpitalem oraz gwałtownie rosnące dochody niektórych lekarzy. Wskutek tego szerzy się wśród pacjentów opinia, że lekarze są coraz mniej dostępni, coraz mniej interesują się pacjentami, a coraz bardziej stają się pędzącymi za zyskiem przedsiębiorcami.<sup>9</sup>

<sup>7</sup> R. Veatch: Internal and external sources of morality for medicine. W: D.C. Thomasma, J.L. Kissell, red.: The health care professional as friend and healer. Georgetown, Georgetown University Press, 2000: 75

<sup>8</sup> E.D. Pellegrino: Toward a virtue-based normative ethics for the health professions. Kennedy Inst. Ethics J., 1995; 5: 269–270

<sup>9</sup> E.D. Pellegrino, D.C. Thomasma: The virtues in medical practice. New York, Oxford University Press, 1993: 71