



Komercjalizacja medycyny a autonomia lekarza

Ks. dr hab. Tadeusz Biesaga, prof. UPJPII
Katedra Bioetyki
Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w
Krakowie

The background is a blue-tinted image with a grid pattern. It features a large, semi-circular globe in the upper left and a smaller globe in the lower left, which is being held up by several hands. The text is centered in the middle of the image.

Presja wolnego rynku na funkcjonowanie medycyny

Komercjalizacja w USA i w Europie

- Widoczna jest obecnie w USA tendencja krytyczna względem nadmiernego skomercjalizowania medycyny, [\[i\]](#)
- gdy tymczasem w Europie wzrasta tendencja do większego podporządkowania systemu opieki zdrowotnej mechanizmom wolnego rynku. [\[ii\]](#)

[\[i\]](#) 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. Journal of Medicine and Philosophy, 1999; 24(3): 224-242;.

[\[ii\]](#) Heubel F.: Patients or customers: Ethical limits of market economy in health care. J. Med. Philos., 2000; 25(2): 240

Początki komercjalizacji

„Począwszy od końca lat sześćdziesiątych nowy duch komercjalizacji – pisze o USA Arnold S. Relman – rozpoczął penetrację systemu opieki zdrowotnej. Zaczęło się od szpitali, ale wkrótce szybko rozszerzyło się w praktyce na pozostałe elementy systemu”. ^[1]

[1] Relman A. S.: Profit and commercialism. w: Encyclopedia of bioethics. Post S.G. (red.), 3 wyd., New York, Galle Group, 2004, t. 4: 2170

Zysk w systemie ubezpieczeń i w inwestycjach w służbę zdrowia

Motorem przemian stała się możliwość nieograniczonych zysków dla prywatnych ubezpieczycieli i inwestorów systemu opieki zdrowotnej. Powstał nowego typu biznes (investor-owned health care businesses) polegający na przejęciu w celach osiągnięcia zysku nie tylko instytucji ubezpieczeniowych, ale szpitali i innych ośrodków medycznych. [i]

[i] Relman A. S.: The new medical-industrial complex. *New England Journal of Medicine*, 1980, 303(17): 963-970

Wpływ inwestorów na funkcjonowanie służby zdrowia

„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” ^[i]

^[i] Relman A. S.: Profit and commercialism, dz. cyt.: 2170

Lekarz jako narzędzie pomnażania zysków

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.

Lekarz udziałowcem biznesowym

Atrakcyjnym finansowo staje się dla lekarzy inwestowanie w wyposażenie różnych ośrodków opieki zdrowotnej do których kierują oni swoich pacjentów. Jedni otwierają własne, płatne laboratoria diagnostyczne, drudzy jak np. chirurdzy inwestują w chirurgiczne wyposażenie szpitala, w którym pracują i które wykorzystują w swej pracy czerpiąc z tego posiadania zyski. „Ostatnie badania na Florydzie ujawniły, że około 40% pracujących w tym stanie lekarzy ma finansowe udziały w instytucjach medycznych do których kierują swych pacjentów”. [i]

[i] Relman A. S.: What market values are doing to medicine, dz. cyt.: 20

Lekarz na usługach przemysłu medycznego

Lekarze zarejestrowani prywatnie sprzedają swym pacjentom leki, protezy i inne medyczne środki, które otrzymują po niższych cenach lub w ramach reklamy od różnych producentów. Również klinicyści w swych badaniach wciągani są 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 wciągani są 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.

Zagrożenia etosu lekarskiego

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

[i] Cohen C.B.: Selling bits and pieces of humans to make babies. *Journal of Medicine and Philosophy* 1999, 24(3): 288-306. Cherry M.J.: The body for charity, profit and holiness: commerce in human body parts. *Christian Bioethics* 2000, 6(2): 127-137. Stempsey W. E.: Organ markets and human dignity: on selling your body and soul. *Christian Bioethics* 2000, 6(2): 195-204



Autonomia w różnych modelach relacji lekarz-pacjent

Modele relacji lekarz-pacjent

W literaturze bioetycznej wymienia się:

- model **legalistyczny**, w którym z jednej strony jest lekarz, a z drugiej klient (*legalistic model: physician-client*),
- model **ekonomiczny, lub biznesowy, konsumencki**, w którym lekarz ma do czynienia z konsumentem (*economic, consumer model: physician-consumer*),
- model negocjacyjny i
- **kontraktalistyczny**, w którym relacja między lekarzem a pacjentem ogranicza się do negocjacji lub do zawarcia kontraktu (*negotiated contract model*) oraz
- model **etyczny** albo **religijny** (*religious model*), w którym relacja między lekarzem a pacjentem, jest rozumiana jako przyrzeczenie, zobowiązanie moralne i religijne (*covenant*)^[1].

[1] D. Thomasma: Beyond medical paternalism and patient autonomy: a model of physician conscience for the physician-patient relationship. *Annals of Internal Medicine*, 98(1983), s. 243

Model konsumencki

W modelu konsumpcyjnym lekarz traktowany jest jako sprzedawca produktów medycznych. Funkcjonuje on na podobnych zasadach jak inne usługi handlowe na wolnym rynku. Powinien proponować swoje sposoby leczenia, poinformować pacjenta o korzyściach i ryzyku jakie ponosi i oczywiście o kosztach. Może sformułować jakąś radę, ale nie powinien wpływać na czyjąś decyzję. To, co pacjent uzna za korzystne dla niego, jest decydujące, choćby nie było zgodne z wiedzą medyczną lekarza czy z jego sumieniem. Obowiązki lekarza ograniczone są do podania fachowych informacji, do wsłuchiwania się w życzenia pacjenta i przyjęcia jego decyzji. **Pacjent decyduje, co wybierze i co kupi z supermarketu medycznego.**

Model konsumencki i walka o bogatego pacjenta

Zwolennicy komercjalizacji medycyny traktują opiekę zdrowotną jako taki sam towar jak inne towary i usługi wolnego rynku. Sądzą, że konkurencja i współzawodnictwo zwiększy dostęp do opieki zdrowotnej i zredukuje zarówno marnotrawstwo środków medycznych jak i błędy lekarzy.

Tymczasem ostra konkurencja lekarzy i szpitali w USA prowadzi do walki o w pełni ubezpieczonych, płatnych i pacjentów, i eliminowania słabiej ubezpieczonych, biedniejszych pacjentów. Ci ostatni nie poza pomocą charytatywną nie mają faktycznego dostępu do leczenia.

Opieka zdrowia towarem w supermarkecie?

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. **Sprowadzenie chorego pacjenta do klienta i konsumenta, przebierającego 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.

Ciężka choroba i wybór towarów w medycznym supermarkecie

Cierpiący chory nie jest w sytuacji racjonalnego klienta, który przebiera 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 posługę lekarza. Trudno się zgodzić z tym, że pacjent w doświadczeniu ciężkiej choroby fizycznej czy psychicznej, w doznaniu cierpienia i niepewności, będzie studiował reklamy towarów medycznych, w celach kupna lub rezygnacji. Obietnica wolności wyboru jest w tym wypadku iluzją. Chory jest skazany na lekarza i w zaufaniem chce mu się powierzyć.

Pacjent czy klient?

- 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 wkomponowane są 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 „**lekarze – sprzedawcy 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” [i] Heubel F. dz. cyt.: 244

Model kontraktalistyczny

- W modelu kontraktowym, każdej z dwu antagonistycznych, nieufnych i podejrzliwych autonomii, chodzi o zawarcie korzystnego dla siebie kontraktu.
- W tym celu pacjent może prowadzić **negocjacje w asyście opłaconych przez siebie lekarzy ekspertów oraz swoich prawników**, którzy będą czuwać aby z lekarzem wykonawcą usługi, zawrzeć jak najbardziej korzystny dla siebie kontrakt.
- Lekarz wykonawca, lękając się podpisania niekorzystnie sformułowanej dla siebie umowy, też musi zasiąść do negocjacji ze swoimi prawnikami, którzy będą czuwać nad korzystnym dla niego sformułowaniem kontraktu.
- Każda strona chce **osiągnąć korzyści kosztem drugiej**. Pacjent chce wynegocjować maksymalne korzyści za maksymalnie niską cenę. Lekarz odwrotnie, chce spełnić mało wymagające życzenia pacjenta, za niską cenę, i chce unikając trudnych żądań, wykluczyć ryzykowne zobowiązania, których niespełnienie skończyłoby się rozprawą i wyrokiem. Musi on też przewidywać, że pacjent chce wynegocjować zobowiązania, których nie da się spełnić, aby później otrzymać za to **wysokie odszkodowanie**.



Co z relacją lekarz-pacjent?



Relacja osobowa a relacja handlowa

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 zmierzają 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, dla sprzedaży dla chętnych za określoną cenę” [i].

[i] Pellegrino E.D.: For the patient's good. New York - Oxford, Oxford University Press 1988: 180



Nieufność i podejrzliwość

- Podejrzliwość i nieufność rozwijana po obu stronach relacji lekarz-pacjent, będzie sprzyjać **rozwojowi biurokracji**, bogaceniu się prawników, którzy towarzysząc obu stronom, zarówno przed leczeniem, w trakcie leczenia i po jego zakończeniu, będą mogli najwięcej skorzystać z terapii pacjenta i ciężkiej pracy lekarza. Lekarz kontraktowy, mimo, że w trakcie leczenia odkrył lepsze metody terapii, dla swego bezpieczeństwa, musi się trzymać procedur zapisanych w kontrakcie.
- Konstruowanie i egzekwowanie kontraktu instytucjonalizuje wzajemną nieufność, gdyż kontrakt grozi sądem. Lekarzowi **nie będzie więc zależeć na rzeczywistym wyleczeniu pacjenta, ale na legalnym spełnieniu wymagań kontraktu**. „Nie ma żadnych dowodów na to - zaznacza Edmund Pellegrino - że relacja bazująca na nieufności i kontrakcie bardziej chroni autonomię pacjenta, jak ta bazująca na zaufaniu, na przyrzeczeniu i zobowiązaniu”^[1]

- ^[1] Pellegrino E. D., Thomasma D. C: *The virtues in medical practice*. dz. 21 cyt.: 57



Konsumpcyjno-kontraktalistyczna relacja niszczy **etos medyczny**

W rzeczywistości model konsumpcyjno-kontraktalistyczny dehumanizuje naturę relacji lekarz-pacjent, a przez to niszczy etos lekarski, i właściwie pojęty cel i powołanie lekarskie. W tym ujęciu relacja lekarz-pacjent jest relacją proceduralną, instrumentalną i legalistyczną. „Kreowana w tym modelu etyka jest jedną z tych – pisze E. Pellegrino – która w najmniejszym stopniu pobudza osobowe zaangażowanie i zaufanie (*is one of minimal personal commitment and trust*).

W rzeczywistości rozwija ona bardziej nieufność, niż zaufanie. Niszczy etos medycyny, **ponieważ strony kontraktu nadają etyce medycznej dowolne, wybrane przez nich znaczenie**. Za jedyne zło moralne uważają niewystarczające przestrzeganie przyjętego kontraktu” [11]



Co z autonomią pacjenta?



Kontrakt i szkody dla pacjenta

- W modelu tym błędnie przyjmuje się z góry równość podmiotów w sile negocjacji kontraktu. „Pacjent jest istotą cierpiącą i podatna na zranienie, potrzebuje pomocy, nie ma możliwości by sobie samemu pomóc, jest w bólu, w zaniepokojeniu, w lęku, a być może w rozpacz. Trudno sobie wyobrazić zawieranie ważnego kontraktu, w którym jedna ze stron jest tak zależna od drugiej, od informacji koniecznych dla dokonania wyboru, od kompetencji drugiej strony w realizacji decyzji, która została podjęta”.
- Fakt choroby pacjenta, i jej kompetentna znajomość przez lekarza, daje mu olbrzymią przewagę w tym kontrakcie. Monopolizacja wiedzy medycznej umożliwia lekarzowi specjalistyczne działania, niezależne od wynegocjowanego kontraktu, który zawsze jest czymś ogólnym. Z drugiej strony, nie jest on moralnie zobowiązany użyć wszystkich możliwości dla leczenia pacjenta, lecz jedynie spełnić wynegocjowany kontrakt. W ten sposób konsumpcyjno-kontraktalistyczny model szkodzi przede wszystkim pacjentowi.



Pozbawianie prawa do życia **pacjentów** niekompetentnych

Absolutyzacja roli fenomenalistycznie, deskryptywnie i funkcjonalistycznie rozumianej autonomii, pozwala też takim bioetykom jak Hugo Engelhardt, Peter Singer, Zbigniew Szawarski wykluczać pewnych ludzi z grona osób i podważać ich prawo do życia. W ten sposób tacy pacjenci jak embrion ludzki, noworodki, dzieci i niepełnosprawni dotknięci ciężkimi wadami, psychicznie i terminalnie chorzy, wykluczani są z grona osób, a to z tej to przyczyny, że nie ujawniają oni aktualnie aktów autonomii i odpowiedzialności za swoją przyszłość i swoje interesy.

W ten sposób absolutyzacja autonomicznej decyzji pacjenta, została skierowana przeciw niemu samemu, przeciw najslabszym, ciężko chorym i stała się **zasadą** usprawiedliwiająca eliminację słabych przez silnych.



Co z autonomią lekarza?



Legalizm-kontraktalistyczny niszczy wolność i sumienie lekarza

Autonomizm niszczy również wolność i sumienie lekarza. Proponuje on bowiem, aby napięcia między dwoma absolutnymi autonomiami, rozstrzygnąć poprzez **eliminację spornych wartości**. Mechanizm jest prosty: to co drażni pacjenta, klienta, konsumenta, trzeba wyeliminować.

Lekarz ma być neutralny. Ma pozbyć się swego świata wartości i sumienia. Nie tylko ma akceptować wszystko co klient i konsument sobie życzy, ale ma eliminować swój świat wartości, również ten wynikający z etosu jego zawodu – ma być całkowicie neutralny .

W ten sposób medycyna i lekarz stają się **agencją usługową, spełniającą zachcianki społeczeństwa i dyrektywy państwa**.



Przeciw wolności sumienia

Pod hasłem „neutralności aksjologicznej czy moralnej” żąda się od lekarza zawieszenia w praktyce zawodowej swoich własnych przekonań moralnych i religijnych. W radykalnej formie żąda się od lekarza o innych poglądach etycznych, w tym od lekarza katolickiego, aby całkowicie zawiesił swoje przekonania etyczne, i z pozycji tzw. „neutralności aksjologicznej” wykonywał wszystko, co prawo nie zabrania lub nakazuje, a co sobie pacjent życzy” [1]

[1] E. D. Pellegrino, *The Physician's Conscience, Conscience Clauses, and Religious Belief*, w: E. D. Pellegrino, *The Philosophy of Medicine Reborn. A Pellegrino Reader*, H. Tristram Engelhardt, Fabryce Jotterand (red.), University of Notre Dame Press, Notre Dame 2008, s. 296



Legalizm-kontraktalistyczny niszczy integralność zawodową i moralną lekarza

„Liczni autorzy sugerują – pisze J. Peppin – że studenci medycyny powinni być zmuszani do nauki o aborcji w ramach standardowego programu studiów oraz że praktykanci położnictwa i ginekologii, bez względu na ich przekonania moralne, powinni się nauczyć przeprowadzać aborcję”. [i] Niektórzy żądają aby lekarzy opowiadających się za życiem (*pro-life physicians*) pozbawić możliwości zdobycia specjalizacji z położnictwa, ginekologii czy neonatologii. [ii] Argumentują, że takie działania jak aborcja, sztuczna prokreacja są uznane przez wiele państw za procedury legalne i bez względu na opory moralne powinny być realizowane. Lekarze, którzy doznają wątpliwości w tym względzie, muszą porzucić specjalizację, albo przeprowadzić w ramach ćwiczeń owe, w ich mniemaniu niemoralne, ale dopuszczone prawem działania.

[i] Peppin J.F.: The Christian physician in the non-christian institution: objections of conscience and physician value neutrality. *Christian Bioethics*, 1997; vol. 3, no. 1: 39-45. Chodzi o stanowisko: Westhoff C., Marks F., and Rosenfield A.: Residency training in contraception, sterilization and abortion. *Obstetrics and Gynecology*, 1993; 81: 314 oraz Gottlieb B.R.: Abortion. *New England Journal of Medicine*, 1995; 332: 533

[ii] Blustein J., Fleishman A.R.: The pro-life maternal-fetal medicine physician. *Hastings Center Report*, January/February 1995; 25(1): 22-26



Przymus, nieufność, cynizm

- 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” [i]

[i] Emanuel, E.J. and Emanuel, L.L.: What is accountability in health care? Annals of Internal Medicine 1996, 124: 238



Lekarz agentem państwa i wykonawcą życzeń klientów

- lekarz staje się wykonawcą zaleceń państwa, koncernów przemysłu medycznego oraz subiektywnych kaprysów klientów;
- dokonuje aborcji czy eutanazji zgodnie z zaleceniami prawa państwowego i życzeniami klientów;
- przepisuje środki aborcyjne, antykoncepcyjne, „uszcześliwiający” na życzenie, ignorując wskazania medyczne;
- dokonuje chirurgii kosmetycznej zgodnie z kaprysami klientek czy klientów.



Edmund Pellegrino: „należy odrzucić traktowanie lekarza

- jako stróża postępu ekonomicznego (*economic gatekeeper*),
- jako tego, którzy z litości zabija (*mercy killer*),
- który wyzwala 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*)”.

Dobroczynność w zaufaniu u podstaw etyki medycznej

Cel medycyny

Zdaniem Edmunda Pellegrino tym, co pozwala przezwyciężyć słabości zarówno paternalizmu jak i autonomizmu, jest właściwe rozumienie celu medycyny, jako specyficznej praktyki oraz właściwe rozumienie relacji lekarz-pacjent.

Celem medycyny jest troska o zdrowie pacjenta. Dobro pacjenta, to **dobro medyczne, dobro osobiste pacjenta, jego dobro osobowe i dobro ostateczne**. Punktem wyjścia i odniesienia oraz główną zasadą etyki medycznej, nie jest więc autonomia lekarza czy pacjenta, ale dobroczynność względem pacjenta, realizowana we wzajemnym zaufaniu (*beneficence-in-trust*).

Autonomia w służbie dobra pacjenta

Choroba nie jest czymś konwencjonalnym, czymś tylko subiektywnym, ale realnym, egzystencjalnym stanem drugiego człowieka^[1]. Ten stan wymaga też egzystencjalnej i realnej odpowiedzi, wyznacza on sposób podejścia do realizacji terapii, sposób włączenia w nią autonomii. Określa czy pacjent w określonym wieku i stanie jest zdolny czy niezdolny do aktów w pełni autonomicznych. Zarówno autonomia pacjenta czy lekarza ma być podporządkowana potrzebom pacjenta, jego dobru, nie odwrotnie. To nie autonomia, ale osoba jest wartością absolutną.

[1] Pellegrino E. D., Toward a virtue-based normative ethics for the health professions: Kennedy Institute of Ethics Journal, 1995; 3: 267

Godność a wolność

- **Godność osoby** nie należy redukować do jej wolności. Z wolności bowiem płyną godne i niegodne zachowania ludzkie. Kryterium dobra jest godność, a nie wolność. To poprzez szacunek dla osoby szanujemy jej autonomię. Szanujemy autonomiczne wybory świętego, gdyż są dobrymi wyborami, ale nie szanujemy autonomicznych wyborów przestępcy, gdyż są złymi wyborami. Autonomia pacjenta jest aspektem jego dobra, ale nie jest aspektem jedynym[1]. Na **dobro pacjenta**, oprócz **dobra osobistego**, przeżywane przez niego, w którym autonomia odgrywa pierwszorzędną rolę, składa się również, **dobro medyczne**, określane przez wiedzę i sztukę medyczną, **dobro pacjenta jako osoby** oraz jego **dobro ostateczne**, ku któremu człowiek zmierza. Całościowo brane dobro wyznacza sposób działania[2].

[1] Pellegrino E. D., D. C. Thomasma: *For the patient's good: the restoration of beneficence in health care*, dz. cyt.: 82

[2] Tamże, s. 74-91. Pellegrino E. D.: The internal morality of clinical medicine: A paradigm for the ethics of the helping and healing professions. *Journal of Medicine and Philosophy*, 2001; 26/6: 569

Zaufanie a terapia

Zaufanie bowiem, budując więź międzyludzką, **włącza bezboleśnie naszą wolność** w realizację dostrzeżonych wartości. Buduje przestrzeń bezpieczeństwa dla chorego. Budzi jego wiarę w ludzi, wiarę w ich dobroczynne działania. Środowisko zaufania jest środowiskiem terapeutycznym.

Wady niszczące zaufanie

Dla zbudowania zaufania koniecznym jest aby lekarz posiadał określony poziom życia osobowego i moralnego. Niezbędnym jest nabycie różnorodnych, ludzkich **cnót intelektualnych i moralnych**. Trzeba stać się dobrym człowiekiem, aby być dobrym lekarzem. Lekarz szczególnie musi być **wierny wewnętrznej moralności swej profesji**. Wszelkie zewnętrzne cele względem medycyny, takie jak pieniądze, władza, prestiż winny zejść na drugi plan. Lekarz nie może być na usługach państwa, polityków, koncernów przemysłowych czy jakichś ideologii. Chory pacjent jest w centrum jego działań. **Wady, które niszczą zaufanie to chciwość, przekupność, niekompetencja, nieuczciwość i brak wrażliwości.**

Cnoty lekarza potrzebne dla zaufania

Wśród różnych zalet lekarza, szczególnie przydatne są:

wierność i stałość w realizacji pokładanego w nim zaufania, współczucie, intelektualna uczciwość, roztropność, sprawiedliwość, odwaga oraz **trzymanie w ryzach swoich korzyści** [1].

Lekarz wyposażony w takie zalety moralne, stwarza warunki dla zaufania, nie uchybiając autonomii pacjenta, osiągnie więcej w terapii, niż lekarz kontraktowy. Wyzwala on bowiem w sobie i w pacjencie wszystkie psychiczne i duchowe siły sprzyjające zdrowiu.

[1] Pellegrino E. D., Thomasma D. C.: The virtues in medical practice, dz. cyt.: 65-164

DZIĘKUJĘ ZA UWAGĘ