

## **ETYKA MEDYCZNA, ALE JAKA?**

### **1. Różne nurty etyki medycznej**

Wśród wielu współczesnych nurtów etyki medycznej wyróżnia się kilka następujących propozycji: **etyka czterech zasad** Toma Beauchampa i Jamesa Childressa zwana pryncypizmem, która w sporach bioetycznych posługuje się czterema zasadami, czyli zasadą autonomii, nieszkodzenia, dobroczynności i sprawiedliwości<sup>1</sup>; **etyka kontraktualistyczna** Roberta M. Veatcha, w której pierwszeństwo mają niekonsekwencjonalistyczne zasady dotrzymywania kontraktu, autonomii, uczciwości, unikania zabijania i sprawiedliwości, względem zasad konsekwencjalistycznych, czyli zasady nieszkodzenia, dobroczynności i korzyści<sup>2</sup>; **etyka dobra pacjenta** Edmunda D. Pellegrino, w której naczelną zasadą postępowania jest dobroczynność w zaufaniu<sup>3</sup> oraz **kazuistyka** Alberta Jonsena i Stephena Toulmina, w której analiza kasusów ma być przydatna do oceny podobnych przypadków<sup>4</sup>.

Każdy z tych nurtów etyki medycznej ma swoich zwolenników i krytyków<sup>5</sup>. W pryncypizmie czy w kontraktualizmie przyjmuje się z góry pewną liczbę zasad, i poszukuje się praktycznych możliwości stosowania ich w rozwiązywaniu konfliktów oraz w podejmowaniu decyzji medycznych. Ponieważ zasady te przyjęte są w oderwaniu od filozofii człowieka, a tym bardziej od filozofii Boga, stąd same analizy ich treści na terenie języka, wskazanie pierwszeństwa leksykalnego czy strukturalnego jednej czy kilku zasad względem

---

<sup>1</sup> T. L., Beauchamp, J. F Childress, *Zasady etyki medycznej*, tłum. W. Jacórzyński, Warszawa 1996.

<sup>2</sup> R. M. Veatch, *A Theory of Medical Ethics*, New York 1981.

<sup>3</sup> E. D. Pellegrino, D. C. Thomasma, *For the Patient's Good: The Restoration of Beneficence in Health Care*, New York 1988.

<sup>4</sup> A. R. Jonsen, S. Toulmin, *The Abuse of Casuistry: A History of Moral Reasoning*, Berkeley 1988.

<sup>5</sup> Zob. T. Biesaga, *Spór o podstawy etyki medycznej. Teleologizm E. D. Pellegrino a kontraktualizm R. M. Veatcha*, Kraków 2014.

innych, nie daje pełnych odpowiedzi w kwestii rozumienia autonomii, nieszkodzenia, dobroczynności, unikania zabijania czy sprawiedliwości. Bez wiedzy antropologicznej, bez odpowiedzi na pytanie czy i jak godność i natura osoby ludzkiej wyznaczają naszej autonomii odpowiednie dobra do realizacji, nie da się rozstrzygnąć, jaką rolę ma pełnić autonomia w formowaniu norm etycznych. Nic dziwnego, że etyka pustych treściowo zasad, dostosowuje się do ocen zgodnych z tendencjami kulturowymi, społecznymi, politycznymi czy ideologicznymi. Porządkuje ona wprawdzie dyskurs moralny, ale niestety nie uzasadnia norm moralnych. Taka etyka medyczna nie tylko niewiele wnosi w uzasadnianie norm moralnych, ale łatwo może usprawiedliwiać podporządkowanie medycyny realizacji pozamedycznych ideologii społecznych. Ważne hasła wolności i sprawiedliwości nie rozstrzygają sprawy, gdyż o praktycznym rozumieniu i wcieleniu tych idei w życie, mogą decydować wpływowe społecznie i ekonomicznie grupy nacisku.

Pryncypizm czy kontraktualizm, rezygnując ze związku etyki z antropologią, a nawet ze związku proponowanych zasad z etyką ogólną, prowadzi tym samym do subiektywizacji w trakcie różnych dyskusji tych zasad, lub do relatywizacji społecznej ich treści, wyznaczonej przez aktualnie panujące w społeczeństwie poglądy. Tego typu propozycje etyki medycznej są **zbyt ubogie filozoficznie i antropologiczne**, aby mogły rozróżnić, które poglądy społeczne są etycznie uzasadnione, a które są przejawem panujących trendów i ideologii. Bez takiej możliwości, sprzyjają one powszechnym tendencjom społecznym i politycznym, i dlatego są w praktyce szeroko akceptowane, gdyż umożliwiają dochodzenie do konsensusu, będącego akceptacją tego, co aktualnie dzieje się w społeczeństwie. Płynięcie z prądem nie jest jednak dowodem posiadania uzasadnionej filozoficznie i etycznie praktyki medycznej. Taka postawa sankcjonuje bowiem złe działania i utwierdza przyzwyczajenia społeczne wobec złych moralnie praktyk.

Oderwanie etyki medycznej od antropologii, charakterystyczne szczególnie dla filozofii analitycznej, skutkuje **ograniczeniem zakresu uniwersalnych zasad moralnych**, np. prawa do życia. Prawo to uzależnione jest bowiem od tego, co chce w danej sytuacji społeczeństwo. Tak np. prawo do życia embrionu ludzkiego przesuwane jest na 14. albo jeszcze na dalszy dzień jego życia. Jest ono uzależnione od czyichś decyzji społecznych i w praktyce prowadzi do likwidacji istoty ludzkiej w pierwszych stadiach jej życia. Pozbawienie prawa do życia embrionu ludzkiego do 14 dnia życia otwiera drzwi do dalszych nadużyć, czyli do selekcji ludzkich embrionów in vitro, do eksperymentów na embrionach, do handlu tkankami i narządami abortowanych embrionów, do tworzenia hybryd zwierzęco-ludzkich i hodowli tkanek i bioproduktów z tak uprzedmiotowionej istoty ludzkiej. Uzależnienie prawa do życia od decyzji społeczeństwa czy też tzw. ekspertów, to przyznanie klasie ludzi urodzonych i dorosłych, prawa do przemocy względem nieurodzonych. Klasistyczne ustalanie norm moralnych nie jest ich uzasadnieniem, lecz przemocą silniejszych względem słabszych, czyli jest zaprzeczeniem moralności, jako takiej. Nie wiemy, czy taka przemoc nie posunie się jeszcze dalej, pozbawiając prawa do życia np. dzieci po urodzeniu, obciążonych genetycznie, ciężko i wegetatywnie chorych. Oderwanie bowiem zasad etycznych od antropologii i etyki, otwiera drzwi do ich relatywizacji, albowiem nie chodzi w tym procederze o prawdę o człowieku i jego zasadach moralnych, ale o dostosowanie się do aktualnej sytuacji społecznej, ekonomicznej i politycznej. Takie osłabienie czy wyparcie argumentacji filozoficznej na rzecz tendencji pozafilozoficznych, pozahumanistycznych, prowadzi mniej czy bardziej do irracjonalnego decydowania o treści zasad moralnych i uprawnień człowieka. Zamiast wzmocnienia racjonalnych uzasadnień moralności, mamy wtedy do czynienia z coraz bardziej ich osłabianiem, zawężaniem ich zakresu i ich podważaniem.

Krytyka słabych stron etyki Hipokratejskiej, choć słuszna w postaci odrzucenia paternalizmu w medycynie, nie powinna prowadzić na zasadzie wahadła, do zastąpienia jej

braków, teorią skrajnie jej przeciwną. Zastąpienie bowiem paternalizmu, autonomizmem pacjenta i deontonomizmem społecznym, nie jest rozwiązaniem problemu. Zamiast bowiem wzbogacenia etyki medycznej, wkraczamy na drogę jej **likwidacji na rzecz etyki społecznej, etyki biznesu**, w której pacjent to klient, a medycyna to supermarket handlujący towarami medycznymi, jako dobrami konsumpcyjnymi. Taka perspektywa podważa tożsamość i integralność profesji medycznej, ogranicza wolność i sprzeciw sumienia lekarza, który zostanie zredukowany do funkcjonariusza społecznego, realizującego zapotrzebowania społeczne i polityczne.

Na tym tle rodzi się pytanie, jaka etyka medyczna, może zapewnić specyfikę etyczną profesji medycznej i uchronić ją przed podporządkowaniem jej ideologiom społecznym? Sięgając do źródeł historycznych tej etyki, można zapytać czy etyka Hipokratejska, uzupełniona i zaaplikowana do współczesnej medycyny, jest dalej aktualna, czy też należy ją odrzucić? W tym drugim przypadku, chodziłoby o odpowiedź, czym adekwatnie można by ją zastąpić, aby nie utracić specyfiki etosu medycznego?

## **2. Etyka Hipokratejska a współczesna medycyna**

Mimo, że Przysięga Hipokratesa i kształtowany przez nią ethos medyczny przetrwał aż do naszych czasów, to jednak rozwój współczesnej nauki, medycyny i technologii medycznych, wraz ze zmianami społecznymi, ekonomicznymi i politycznymi wskazują na niewystarczalność tej tradycji etycznej. Szybki **postęp medyczny i społeczny** wyłonił i wyłania coraz to **nowe problemy**, które trudno jest zreflektować w oparciu o ubogą etykę Hipokratesa, a nawet w oparciu o nowo powstające nurty etyki medycznej. Nie ulega więc wątpliwości, że etos Hipokratejski musi rozwijać się tak, by objąć nieznanne mu dotychczas obszary refleksji etycznej, musi poszerzać czy przebudowywać gruntownie zarówno podstawy jak i rozstrzygnięcia szczegółowe tej etyki. Mapowanie genów, rozwój urzędzeń

podtrzymujących życie, sztuczne nerki czy sztuczne serce, transplantacje narządów, sztuczne zapłodnienie, klonowanie, wykorzystanie komórek macierzystych, hodowla narządów do przeszczepów, problemy aborcyjnej selekcji eugenicznej i eutanazji, kwestia rosnących kosztów leczenia i sprawiedliwego podziału środków medycznych, dostępu do kosztownej terapii medycznej – domagają się odpowiedzi wobec tych skomplikowanych sytuacji.

Zmienia się nie tylko rzeczywistość techniczna, ale i społeczna. **Zmiany w relacji lekarz-pacjent** dyktuje szybki rozwój demokratycznego **uczestnictwa obywateli** w podejmowaniu decyzji, które to uczestnictwo ogarnia nie tylko medycynę, ale wszelkie inne obszary życia społecznego i zawodowego. Wzrost praw obywatelskich, praw kobiet, praw wyrażanych przez ruch konsumentki i różne ruchy ideologiczne, wzrastająca nieufność do instytucji i ich autorytetów, do elit, struktur i biurokracji, ingerencja prawa stanowionego oraz rachunku ekonomicznego w funkcjonowanie służby zdrowia – wszystko to zmienia i przekształca dotychczasowe ujęcia profesji medycznej, i kwestionuje specyficzność etosu medycznego<sup>6</sup>.

Po dwóch tysiącach lat inspirowania się etyką Hipokratesa, wydaje się, że dziedzictwo to nie wytrzyma próby czasu, i rozpadnie się na naszych oczach. „W ostatnich dwu dekadach – pisze Edmund Pellegrino – został poddany krytyce każdy nakaz tej etyki. Niektóre z nich zostały porzucone, niektóre zmienione, inne zreinterpretowane, a jeszcze inne zachowane”<sup>7</sup>. Można pytać, **co pozostało** z zasadniczych nakazów Przysięgi Hipokratesa?

W preambule Przysięgi mamy sformułowane odniesienie do Boga oraz do nauczycieli i wspólnoty lekarskiej. Czytamy w niej: „Przysięgam Apollinowi lekarzowi i Asklepiosowi, i Hygei, i Panakei oraz wszystkim bogom jak też boginiom, biorąc ich za świadków, że wedle swoich sił i osądu [sumienia] przysięgi tej i pisemnej umowy dotrzymam. Swego przyszłego nauczyciela w sztuce (lekarskiej) na równi z własnymi rodzicami szanować będę i dzielić będę

---

<sup>6</sup> E. D. Pellegrino, *Medical Ethics. Entering the Post-Hippocratic Era*, w: Tenze, *The Philosophy of Medicine Reborn. A Pellegrino Reader*, red. H. T. Engelhardt, F. Jotterand, Notre Dame IN 2008, s. 425.

<sup>7</sup> Tamże, s. 426.

z nimi życie, i wesprę go, gdy się znajdzie w potrzebie; jego potomków miał będę za braci w linii męskiej i sztuki tej uczył ich będę, gdy zechcą się uczyć, bez zapłaty i pisemnej umowy; na piśmie jak też ustnie wiedzę całą i doświadczenie swoim własnym synom i synom tego, który uczył mnie będzie, jak też uczniom, którzy umowę tę podpisali i się przysięgą tą, jako lekarskim prawem związali, przekażę, lecz nikomu więcej”<sup>8</sup>.

W społeczności **sekularystycznej** poddano ostrej krytyce tak ukonstytuowaną wspólnotę. Braterstwo religijne, braterstwo lekarzy i uczniów uznano za wspólnotę religijną, sekciarską, elitarną i monopolistyczną, sprzeczną z demokratycznym społeczeństwem. Uznano, że zaproponowane w Przysiędze zamknięcie się w swojej tajemniczej i elitarnej grupie lekarskiej, prowadzi do izolacji w stosunku do pacjenta i społeczności. Tymczasem profesja medyczna ma być włączona w życie społeczne, i niejako przyporządkowana temu, co się w nim rozgrywa i co sama społeczność oczekuje. Odrzucono więc perspektywę specyficzności etosu lekarskiego wyprowadzonego z samej natury medycyny, z natury profesji medycznej, na rzecz etosu społecznego czy politycznego, demokratycznego społeczeństwa. Owo poszerzenie dotychczasowej, paternalistycznie zorientowanej etyki Hipokratejskiej o brakujący w niej wymiar społeczny, czyli zwiększenie w niej roli pacjentów i społeczeństwa, rodzi pytania czy ten kierunek doprowadzi do całkowitej **likwidacji specyfiki** tej etyki i podporządkuje ją etyce społecznej, etyce ekonomii, biznesu, czy polityce. **Porzucenie odniesienia do Boga**, nie jest wzmocnieniem, ale **osłabieniem odpowiedzialności** moralnej lekarza. Odpowiedzialność wobec Boga, wzmacnia bowiem odpowiedzialność wobec ludzi.

Najbardziej skrytykowany został podstawowy, pierwszy nakaz etyki Hipokratejskiej sformułowany w zaleceniu „Zdrowy tryb życia i sposób odżywiania się zalecał będę wedle swoich sił i osądu, mając na względzie korzyści cierpiących, chroniąc ich zaś przed szkodą i

---

<sup>8</sup> Tekst za tłumaczeniem z greckiego: J. Guli, *Przysięga Hipokratesa*, w: *W imieniu dziecka poczętego*, W: J. W. Gałkowski, J. Gula, red., Rzym–Lublin, 1991, s. 193–197.

krzywdą”<sup>9</sup>. Dostrzeżono w tym nakazie, **ciasne stanowisko paternalizmu**, w którym lekarz bez udziału pacjenta czy społeczności, kierując się zasadą nieszkodzenia i dobroczynności, sam decyduje, co jest dobre dla pacjenta. Zdaniem licznych krytyków owo ciasne ujęcie relacji lekarz-pacjent generowało przez stulecia paternalistyczne, autorytarne podejście lekarzy do pacjentów i do społeczności. Szybki rozwój wiedzy lekarskiej zwiększył jeszcze ów autorytaryzm scjentyistyczny i wykluczanie pacjenta z jego udziału w terapii. Stąd też paternalistyczny model w medycynie odrzucono i zamieniono na model autonomizmu pacjenta, czy socjonizmu społecznego, w którym maksymalnie uwzględniono to, co życzy sobie pacjent i społeczność. Pozytywnym w tym modelu jest uwzględnienie i poszerzenie roli pacjenta w terapii, uwzględnienie nie tylko dobra medycznego, ale dobra przeżywanego przez pacjenta i dobra pacjenta, jako osoby. Uwzględniono w tym bogactwo relacji lekarz-pacjent i **rolę chorego w jego terapii** i w decydowaniu o swojej przyszłości. Pogłębiono refleksję nad dobrem opisywanym od strony pacjenta i społeczności, nad autonomią pacjenta, nad poinformowaną zgodą i jego uczestnictwem w leczeniu.

Niemniej konfrontacja dwóch skrajnych modeli medycyny, czyli paternalizmu lekarskiego i autonomizmu pacjenta, wymagała pogłębionej, antropologicznej analizy wolności, godności i natury osoby ludzkiej, dla wypracowania racjonalnych, obiektywnych podstaw podejmowania decyzji. Bez tych analiz, model medycyny walczących ze sobą dwóch autonomii lekarza i pacjenta względnie społeczeństwa, generuje nowe, niemniej trudne i nieprzewidywalne problemy. Może on doprowadzić do stopniowej destrukcji norm etyki medycznej na rzecz subiektywnych i relatywnych tendencji ideologicznych w danym społeczeństwie.

Drugie i trzecie przykazanie Przysięgi Hipokratesa brzmi: „Nigdy nikomu, także na żądanie, nie dam zabójczego środka ani też nawet nie udzielę w tym względzie rady;

---

<sup>9</sup> Tamże, s. 197.

podobnie nie dam żadnej kobiecie dopochwowego środka poronnego”<sup>10</sup>. Wielu komentatorów dostrzega w tym przykazaniu **zakaz eutanazji i aborcji**. Zakazy te są częściowo lub całkowicie kwestionowane przez niektórych teoretyków etyki medycznej. Na terenie prawodawstwa toczy się ostry **spór** między teoretykami i organizacjami **pro-life i anty-life**, w kwestii legalizacji aborcji i eutanazji. W niektórych krajach, możliwość aborcji poszerza się zakresowo, a niektóre sądy naciskają na lekarzy w kwestii ich asystencji przy samobójstwie pacjenta, i wzmacniają przekonanie, że dobrowolna eutanazja powinna być legalna<sup>11</sup>.

Czwarte przykazanie Przysięga stawia wymagania moralne lekarzowi, by „czyste i prawe zachował życie swoje i sztukę swoją”. Jest to zgodne z tradycją starożytnych, szczególnie z etyką Arystotelesa, w której aby być dobrym lekarzem, **trzeba być najpierw dobrym człowiekiem**. Nowożytność rozbiła ten związek, i również dziś jesteśmy świadkami tendencji oddzielenia moralności osobistej, od moralności zawodowej, i zepchnięcia tej pierwszej do sfery prywatnej. Zaleca się **neutralność w swym zawodzie**, co może oznaczać, przyjęcie zasad moralnych narzucanych przez pracodawcę, społeczność, państwo. Uderza to w wolność sumienia i integralność moralną lekarza oraz innych profesjonalistów.

Piąte zalecenie Przysięgi „Nigdy nikomu nie usunę kamieni moczowych przez cięcie (pęcherza), lecz odeślę każdego do ludzi, którzy z zajęciem tym są obeznani”<sup>12</sup>, można interpretować nie tyle, jako ostrzeżenie przed chirurgią, ale jako respekt dla innych specjalizacji. Obecnie **szacunek dla specjalizacji i specjalistów** jest powszechnie akceptowany i respektowany w praktyce.

Szósty i siódmy nakaz Przysięgi powtarza dosadnie nakaz dobroczynności z przykazania pierwszego i dodaje wymagania etyki seksualnej. Brzmi on: „Do któregośkolwiek z domów wniknę, wejdę dla pożytku cierpiących; obcy mi będzie rozmyślny występki, jak też każda inna nieprawość, zwłaszcza czyny lubieżne na ciałach kobiet i mężczyzn, nie tylko

---

<sup>10</sup> Tamże.

<sup>11</sup> E. D. Pellegrino, *Medical Ethics. Entering the Post-Hippocratic Era*, dz. cyt., s. 429.

<sup>12</sup> J. Gula, *Przysięga Hipokratesa*, dz. cyt., s. 197.



wolnych, lecz i niewolników”<sup>13</sup>. Zasada nieszkodzenia rozbudowana jest tutaj o **wymagania z dziedziny etyki seksualnej**, co ma duże znaczenie wobec panseksualistycznych, po Freudowskich tendencji niektórych terapeutów, którzy chcieli uznać seksualne relacje z pacjentami za dozwolone i terapeutyczne. Różne skandale w tym względzie potwierdzają doniosłość powyższego nakazu Przysięgi.

Ósme, przykazanie Przysięgi dotyczy **dotrzymania tajemnicy** ważnej dla zbudowania relacji zaufania w terapii. „Cokolwiek przy leczeniu albo też poza leczeniem w życiu ludzi ujrzę lub usłyszę, czego ujawniać nie można, milczał o tym będę, za świętą tajemnicę to mając”<sup>14</sup>. Zasada zachowania tajemnicy była obowiązująca i jest nią nadal. Niemniej dzisiaj jej zakres jest kwestionowany z pozycji sprawiedliwości społecznej, w imieniu której społeczeństwo naciska na lekarza, aby ujawnił informacje, które np. mogą innych uratować od zakażenia HIV, ustrzec linie lotnicze i pasażerów przed pilotem samobójcą, lub ustrzec innych przed śmiercią, czyli przed zaplanowanym przez psychicznie chorego, zabójstwem.

### 3. Co zmienić, a co poszerzyć i rozwinąć w etyce Hipokratejskiej?

Etyka Hipokratejska wykazuje szereg braków wobec potrzeb współczesnej społeczności. Zacieśniona jest ona do indywidualnej etyki lekarza i pomija ważną rolę w tej etyce pacjenta i społeczności. Dziś **sieć relacji** dotyczących terapii jest szeroko rozbudowana. Przemysł medyczny coraz bardziej zaawansowanych i drogich urządzeń medycznych, przemysł farmaceutyczny, jako przestrzeń wynalazków, ale równocześnie dużych zysków, cała sieć firm ubezpieczeniowych i różne sposoby finansowania opieki zdrowotnej w danym państwie, stawiają lekarza w radykalnie innej sytuacji, niż to było w starożytności. Lekarz wciągany jest w **racjonalizację i dystrybucję ciągle niewystarczających środków**

---

<sup>13</sup> Tamże.

<sup>14</sup> Tamże.

**medycznych.** Dosięga go ekonomia medyczna danego państwa, szpitala, miejsca pracy. Nie może się od niej izolować i zmuszony jest poszerzyć swoje myślenie, o rzeczywistość społeczną, techniczną i ekonomiczną. Musi się zmierzyć z różnymi modelami medycyny, w których rozwija się również medycyna dla zysku (for-profit medicine), w której bycie właścicielem, inwestorem i biznesmenem, może całkowicie zmienić zasadnicze cele i motywy profesji medycznej<sup>15</sup>.

Lekarz dziś nie działa sam, ale w „**drużynie lekarskiej**”. Medycyna tak się wyspecjalizowała, że terapię i sposób jej realizacji planuje się niejako zbiorowo. Lekarz musi dostrzec i rozwinąć relacje z innymi profesjonalistami medycznymi, i to nie tylko lekarzami, ale również pielęgniarkami, dentystami i personelem technicznym, innymi poza szpitalnymi instytucjami zajmującymi się chorymi, niepełnosprawnymi. Do tego funkcjonuje on w gąszczu przepisów prawa, rozporządzeń administracji szpitala, wymagań i ograniczeń ekonomicznych, zobowiązań biurokratycznej dokumentacji swoich działań. Poruszanie się w gąszczu tych relacji, w tym rozwiązywanie różnorodnych konfliktów, wymaga dużej mądrości i zręczności mediacyjnej i taktycznej.

Nietrudno jest o konflikt między legalnością a moralnością postępowania. Historycznym przykładem takiego konfliktu była medycyna nazistowska, w której działając zgodnie z prawem, lekarze niemieccy dokonywali zbrodniczych eksperymentów na więźniach i uczestniczyli w zaplanowanych zbrodniach.

Dziś do takiego konfliktu nie prowadzą systemy totalitarne, ale w wyniku legalizacji różnych procedur np. aborcji, in vitro, eutanazji, lekarz postawiony jest przed wyborem, czy iść **za tym, co legalne, czy za tym, co moralne**. Mimo, że wiadomo jest, że moralność jest pierwsza i niezależna od prawodawstwa, to jednak presja pewnych grup społecznych i danego państwa, które zalegalizowało nieetyczne procedury, jest coraz większa. Konflikt ten

---

<sup>15</sup> E. D. Pellegrino, *Medical Ethics. Entering the Post-Hippocratic Era*, dz. cyt., s. 432.

podsyćany jest przez podważanie uniwersalnych zasad etycznych przez tzw. pluralizm, w którym podważa się np. status ontyczny i moralny embrionu ludzkiego, czy wartość życia ciężko i wegetatywnie chorego. Złamanie jednej zasady etycznej otwiera drogę do następnych nieetycznych działań. A więc in vitro prowadzi do zamrażania embrionów ludzkich, do skupu gamet i handlu zarodkami, do wynajmowania matki surogatki. Brak ochrony prawnej embrionu ludzkiego otwiera drogę do eksperymentów na zarodkach ludzkich, do tworzenia hybryd i chimer zwierzęco-ludzkich, do handlu tkankami narządami abortowanych płodów ludzkich i do wytwarzania bioproduktów z embrionów ludzkich. Etyka medyczna odpowiadając na nowe możliwości i równocześnie zagrożenia, winna wypracować mocne podstawy dla swych zasad, aby nie być narzędziem nowych ideologii społecznych.

W rekonstrukcji etycznych podstaw medycyny konieczne jest dziś zarówno (1) zachowanie tego, co w etyce Hipokratejskiej jest wartościowe, jak i (2) dodanie i rozwinięcie tego, co było w niej pominięte<sup>16</sup>. Najbliżej tej drogi jest etyka dobroczynności w zaufaniu Edmunda Pellegrino. Pryncypizm Toma Beauchampa i Jamesa Childressa oraz kontraktualizm Roberta Veatcha odrzucają ewolucyjny rozwój etyki medycznej, na rzecz rewolucyjnej, całkowicie nowej propozycji tej etyki, w której zasadniczą rolę odgrywa autonomia pacjenta oraz umowa społeczna. Propozycje te narażają etykę medyczną na **utratę jej specyficzności** poprzez redukcję jej do etyki społecznej, albo wprost przez likwidację etyki profesji medycznej na rzecz społecznego, legalistycznego podporządkowania działań medycznych temu, co chcą i żądają grupy nacisku, społeczeństwo, politycy i państwo. Taka propozycja, to przysłowiowe „wylanie dziecka z kąpielą”, w której w miejsce bardziej rozwiniętej i uzasadnionej filozofii medycyny i etyki medycznej, mamy do czynienia z likwidacją tej etyki, na rzecz etyki biznesu, etyki społecznej i politycznej.

---

<sup>16</sup> Tamże, s. 433.

Chcąc chronić specyficzność etyki medycznej, trzeba sięgać do fenomenów właściwych dla tego typu aktywności człowieka. Wychodzenie w pryncypizmie od abstrakcyjnych czterech zasad, czy w kontraktualizmie od zasad, których treść określa kontrakt, jest oderwaniem tych zasad od natury medycyny, od celów wyznaczonych praktyce medycznej kondycją człowieka, od celów wewnętrznych tej praktyki. Naturę medycyny wyznacza bowiem kondycja człowieka, czyli to, że dosięgają go choroby.

W programie 100 lecia śmierci Władysława Biegańskiego, znajdujemy słowa z jego aforyzmów o etyce lekarskiej, w których stwierdza: „Medycyna urodziła się z niedoli, a rodzicami jej chrzestnymi były: miłosierdzie i współczucie”<sup>17</sup>. Stwierdzenie to kieruje nas do najbliższych, ale i podstawowych powodów i przyczyn powstania medycyny, które wyznaczają określoną filozofię medycyny i etykę medyczną. Przyczyny te były już dostrzeżone w Starożytności i one wyznaczyły zasady etyki Hipokratesa.

Na pytanie z czego zrodziła się medycyna, co decyduje o charakterze filozofii medycyny i etyki medycznej, można odpowiedzieć bardzo prosto, że jej powstanie wymusiło życie ludzkie. Praktyka medyczna nie jest tworem kultury, obyczajów czy efektem rozwoju nauk ścisłych.. Wyrasta ona bowiem z czegoś głębszego niż kultura, z tego, co Władysław Biegański nazwał „niedolą ludzką”, czyli **kruchą kondycją człowieka, podległego chorobom** i śmierci. Trzeba się zgodzić z aforyzmem W. Biegańskiego, w którym stwierdza „Gdyby medycyna nie posiadała żadnego skutecznego środka w walce z chorobą, to i wtedy lekarze byliby potrzebni, jako pocieszyciele w chorobie, w tej wielkiej niedoli ludzkości”<sup>18</sup>.

To właśnie **fakt choroby** jest tym, co konstytuuje medycynę i praktykę medyczną<sup>19</sup>. Dotyczy on każdego człowieka, niezależnie od tego, w jakiej kulturze się urodził i rozwija.

---

<sup>17</sup> W. Biegański, *Myśli i aforyzmy o etyce lekarskiej*, Konin 1997, aforyzm XIX, s. 20.

<sup>18</sup> Tamże, aforyzm XX, s. 20.

<sup>19</sup> E. D. Pellegrino, *Toward a Reconstruction of Medical Morality: The Primacy of the Act of Profession and the Fact of Illness*, „The American Journal of Bioethics” 6 (2006) nr 2, s. 65–71. Tenże, *A Philosophical Basis of Medical Practice: Toward a Philosophy and Ethic of the Healing Professions*, New York 1981, s. 207nn.

Ujawnia on bowiem kondycję człowieka, bytu cielesnoduchowego, kruchego, podległego przemijaniu, cierpieniu i śmierci. Fakt choroby jest u podstaw medycyny wszystkich kultur i religii. Jest on wyrażany w języku danej kultury, ale nie jest tworem kulturowym, nie jest tworem umownym, podległym ustaleniom i decyzjom ludzkim czy społecznym. Stoi on u podstaw uniwersalnych norm działania. „Wobec choroby, wobec cierpienia – pisze W. Biegański – wszyscy ludzkie są równi – czy w pałacu, czy w lepiance, czy na złotogłowie, czy na barłogu ludzie jednakowo cierpieć muszą. Choroba jest to wielki strychulec, który niweluje nierówności społeczne”<sup>20</sup>.

Choroba jest tym wydarzeniem, które podcina dotychczasowy bieg naszego życia. Jest ona **ontologicznym atakiem na nasze istnienie**. Niespodziewanie i brutalnie uderza w nas i obnaża, że nie jesteśmy panami siebie, i że nas bieg życia może się szybko skończyć. Rozbija ona naszą dotychczasową jedność duszy i ciała. Podważa funkcjonalną jedność naszego ja i naszego ciała. Ciało odmawia posłuszeństwa naszemu ja w realizacji naszych ponadmaterialnych celów, dóbr i wartości. Zniewala nas swoim nieposłuszeństwem. Chodzi swoimi drogami. Dotychczas nie sprawiało nam kłopotu, niezauważalnie włączało się w realizację obranych przez nas celów. Obecnie rozbija ona naszą jedność, podważa nasze wyższe cele. Stawia siebie w centrum naszej uwagi. Wyzwala lęk i zagrożenie. Sprawia, że stajemy się pacjentem, który sam nie potrafi scalić siebie w całość, uratować swoją osobową tożsamość. Jest on zraniony i bezradny. Wyciąga ręce po pomoc. Chciałby żyć na poziomie osoby, ale ciało mu na to nie pozwala. **Oczekuje pomocy**, gdyż sam nie wie, co można i powinno się zrobić. Jest rozbity i przytłoczony lękiem i w tym stanie jest podatny zarówno na zranienie. Jest zmuszony do przyjęcia pomocy.

Choroba uderza w dotychczasowe wyobrażenie siebie, niejako wypracowaną pozycję w rodzinie, w pracy, w społeczeństwie. Kosztowało to nas wiele wysiłku radzenia sobie z

---

<sup>20</sup> W. Biegański, *Myśli i aforyzmy o etyce lekarskiej*, aforyzm XXI, s. 20.

naszymi mocnymi i słabymi stronami naszej osobowości, a tymczasem wydaje się, że to osiągnięcie jest podważone ową chorobą czy niepełnosprawnością. Choroba uderza w naszą **wolność**, która jest gwarantem naszej podmiotowości, naszego człowieczeństwa. Dotychczas swoimi decyzjami wychodziłem z różnych trudności, teraz jestem zdany na wiedzę i wolę innych. Zmuszony jestem powierzyć siebie komuś drugiemu, kto może mi pomóc.

To właśnie fakt choroby człowieka ukonstytuował medycynę, jako odpowiedź w postaci **aktu profesji i aktu medycyny**. Akt profesji, to odzew wobec chorego człowieka. Profiteri znaczy „głośno oznajmiam”, że podejmuję się pomóc w chorobie. Przyrzekam Bogu, swoim nauczycielom i wspólnocie lekarskiej, że z całych mych sił i talentów będę starał się tę misję wypełnić. Akt profesji potwierdzony przysięgą czy przyrzeczeniem ma duże znaczenie, gdyż przedstawia chorym realną odpowiedź na zagrożenia, które ich dotknęły. Realizacji aktu profesji służy akt medycyny, czyli przyporządkowanie wszystkich nauk medycznych wraz z technologią i przemysłem medycznym leczeniu chorego.

Zdrowie chorego jest więc **celem wewnętrznym medycynie**, który wyznacza zasadnicze dobro do realizacji. Dobrem tym, jest **dobro medyczne**, wyznaczone wiedzą medyczną, **dobro przeżywane przez pacjenta**, oraz **dobro pacjenta, jako osoby** wraz z jego dobrem duchowym<sup>21</sup>. Ten zasadniczy, wewnętrzny cel medycyny, ujawniany jest wprost sytuacji klinicznej, w spotkaniu lekarza z pacjentem, czyli międzyosobowej relacji lekarz-pacjent i on wyznacza moralność medyczną.

W związku z tym, inne cele narzucane medycynie z zewnątrz przez społeczeństwo, polityków czy państwo powinny być podporządkowane celowi wewnętrznemu medycynie i moralności wewnętrznej praktyki medycznej. Nie powinny one uprzedmiotowić medycyny i lekarza, gdyż takie uprzedmiotowienie zlikwidowałoby specyfikę praktyki medycznej i specyfikę moralności medycznej.

---

<sup>21</sup> E. D. Pellegrino, *The Internal Morality of Clinical Medicine: A Paradigm for the Ethics of the Helping and Healing Professions*, w: tenże, *The Philosophy of Medicine Reborn: a Pellegrino Reader*, dz. cyt., s. 569–571.

Wewnątrz cel-dobro wyznaczone naturą medycyny i teleologią praktyki medycznej sugeruje też właściwe do jego realizacji zasady czy normy moralne. Normy te nie powinien ustalać kontrakt społeczny, gdyż społeczeństwo, politycy, różne grupy ideologiczne mogą w takim kontrakcie **narzucać medycynie cele sprzeczne** z jej wewnętrzną moralnością. Stąd propozycja budowania zasad etyki medycznej na podstawie umowy i kontraktu, otwiera możliwość zniekształceń lub wprost likwidacji etyki medycznej. Przykład medycyny nazistowskiej jest w tym względzie ostrzeżeniem.

Budowanie etyki medycznej przez odwołanie się do autonomii pacjenta i autonomii lekarza też nie daje możliwości respektowania wewnętrznego celu medycyny i wymienionych czterech aspektów dobra pacjenta. Walka dwóch autonomii, w której nie odwołujemy się do obiektywnego dobra zadanego wolności ludzkiej do realizacji, nie jest właściwą podstawą dla etyki medycznej. Modelowanie takiej etyki na teorii wolnego rynku i konkurencji w mnożeniu zysku, przekreśla specyfikę praktyki medycznej, sprowadzając ją do handlu produktami medycznymi. Zdrowie ludzkie nie jest takim samym produktem, co dobra użyteczne czy luksusowe. Chory człowiek nie jest tym samym, co klient w supermarkecie. Takie uproszczenia mijają się z rzeczywistością.

Tak więc ani kontrakt, ani spór dwóch autonomii, nie mogą być naczelnymi zasadami etyki medycznej. Wydaje się, że najwłaściwszą zasadą umożliwiającą realizację wewnętrznego celu medycyny jest zaproponowana przez Edmunda Pellegrino zasada **dobroczynności w zaufaniu**<sup>22</sup>. Zasada ta jest zasadą etyki Hipokratesa uzupełnioną o wzajemność i zaufanie w relacji lekarz-pacjent. Unika ona paternalizmu lekarskiego, ponieważ zaufanie pacjenta trzeba zyskać odpowiednim uwzględnianiem jego autonomii, tego, co pacjent przeżywa, ceni, planuje. W myśl tej zasady dobro pacjenta realizuje się we wzajemnym porozumieniu, w którym pacjent uczestniczy czynnie w swej terapii. Autonomia

---

<sup>22</sup> E. D. Pellegrino, *The Four Principles and the Doctor-Patient Relationship: The Need for a Better Linkage*, w: Tenże, *The Philosophy of Medicine Reborn: A Pellegrino Reader*, dz. cyt., s. 199nn

lekarza i pacjenta przyporządkowana jest w tym przypadku realizacji dobra pacjenta. W wielu przypadkach lekarz musi pomóc, by pacjent świadomie i autonomicznie mógł uczestniczyć w pełni w terapii, gdyż różne choroby mogą osłabiać jego zdolności do autonomicznych decyzji. Niemniej kierunek działania jest tutaj jasny, chodzi o włączenie wolności lekarza i pacjenta realizacji obiektywnego dobra.

Ci, którzy u podstaw etyki stawiają tylko autonomią pacjenta, likwidują tym samym poszukiwanie i dążenie do realizacji jego dobra, na rzecz decyzji prowadzącej do rezygnacji z leczenia, czy eutanazji. Nasze decyzje są zarówno trafne, jak i błędne. Zrównanie obu jako zawsze prowadzących do dobra pacjenta, jest idealistyczną utopią. Decyzje muszą mieć racjonalne uzasadnienie, w tym wypadku, chodzi o uzasadnienie wynikające z tego, co medycyna może nam ofiarować.

Nie ma więc potrzeby przekreślać etykę Hipokratejską. Nie ma też potrzeby niweczyć jej odkrycia tego, że w praktyce medycznej chodzi o nic innego jak tylko dobro pacjenta. **Wystarczy uzupełnić tę etykę** o poszerzenie sposobu realizacji tego dobra. Wystarczy rozbudować rolę pacjenta w realizacji tego dobra. Uwzględnienie w praktyce medycznej rzeczywistości społecznej, administracyjnej, ekonomicznej nie musi przekreślać realizacji zasadniczego dobra, o które w niej chodzi. Konflikt jednostka społeczeństwo, skrajnie rozwijany przez indywidualizm i klasizm, można przezwyciężyć na gruncie personalizmu dialogicznego, wspólnotowego. Lekarz w pierwszym rzędzie odpowiedzialny jest za dobro swego pacjenta. On jest adwokatem pacjenta, jego obrońcą. Lekarz i pacjent żyją w określonej społeczności, dysponującej określonymi środkami medycznymi, i winni brać pod uwagę tę rzeczywistość. Ta rzeczywistość określa ogólnie medyczne środki zwyczajne i nadzwyczajne. To nie tyle lekarz, ale demokratycznie wybrane władze odpowiadają za poziom materialny, ekonomiczny obywateli, za odpowiednie ubezpieczenia zdrowotne, instytucje regulujące koszty leczenia. Błędy w tej dziedzinie nie powinny prowadzić do



likwidacji etyki medycznej na rzecz zajęcia się przez lekarzy ekonomią, polityką, dystrybucją środków medycznych. Nawet jak rodzą się napięcia między podejmowaną przez lekarza terapią, a administracją szpitala i wyznaczonymi limitami ekonomicznymi, to napięcie to jest twórcze, bo ono ujawnia, co dotychczas nie zauważono, np. że nie brano pod uwagę pewne rzadkie schorzenia, które w tym rachunku nie były dotychczas finansowane. Etyka medyczna stawia bowiem wymagania społeczeństwu, politykom, ekonomistom, aby budować **społeczność solidarną** a nie społeczność elitarną, w której tylko niektórych stać na leczenie.