

**WYZWANIA
I ZAGROŻENIA BIOETYCZNE
XXI WIEKU**

pod redakcją
Władysława Sinkiewicza i Rafała Grabowskiego

**WYZWANIA
I ZAGROŻENIA
BIOETYCZNE XXI WIEKU**

TADEUSZ BIESAGA

Etyka i moralność w medycynie XXI w. – wyzwania i zagrożenia

Rozwój biotechnologii i komercjalizacja medycyny

Na moralność lekarzy i etykę medyczną wpływają zarówno procesy globalne, jak też różne procesy społeczne i ekonomiczne. Wśród nich ciągle przyspieszający postęp techniczny wnosi nowe wyzwania, ale również niesie olbrzymie zagrożenia. Myśliciele opisujący naszą kulturę technokratyczną zauważają, iż postępu tego nie potrafimy podporządkować racjonalnym zasadom, w tym również zasadom prawodawstwa i etyki, tak że niejako napędza się on sam swoją ślepą mocą.

Hans Jonas, krytyk niebezpieczeństw cywilizacji technokratycznej, zaznacza, że współcześnie ludzkość dysponuje olbrzymią mocą techniczną, ale słabą możliwością przewidywania dalekosiężnych skutków swoich technicznych ingerencji w przyrodę i naturę biologiczną człowieka. Okazuje się, że nasza wiedza prognostyczna pozostaje w tyle za wiedzą techniczną. Inaczej mówiąc, następuje rozziw pomiędzy mocą działania, czyli naszymi aktualnymi możliwościami technicznymi, a zdolnością przewidywania dalekosiężnych

skutków tych działań. Ukierunkowanie i kontrola etyczna i prawna naszej nadmiernej i ślepej potęgi technicznej są konieczne, abyśmy nazwali nasze działania racjonalnymi i dobrymi i abyśmy nie zmierzali do katastrofy¹. Postęp techniczny pędzi niejako ślepo, gdyż współcześnie nie potrafimy przewidzieć, zbadać, opisać i przestrzec przed niezauważalnymi dalekosiężnymi, niejako ubocznymi jego skutkami. Towarzyszy nam ślepa wiara w postęp dla postępu, a przez to coraz bardziej żyjemy na koszt przyszłych pokoleń, niszcząc środowisko naturalne, które powinno być wspólnym dziedzictwem dla potomnych. Jeśli tego nie opanujemy, to nagromadzenie złych skutków niszczenia przyrody i natury ludzkiej może doprowadzić wprost do katastrofy, czyli do zniszczenia ludzkości. Należy więc poszerzyć naszą odpowiedzialność nie tylko o dziś, ale i o jutro, o przyszłe pokolenia. Jesteśmy zobowiązani pozostawić ludziom przybliżone warunki przyrodnicze, które darmo sami odziedziczyliśmy. Należy wykluczyć z naszego działania te skutki, które mogą prowadzić do zniszczenia naturalnego środowiska przyrodniczego, jak też do zniszczenia cielesno-duchowej kondycji człowieka, czyli prowadzić ludzkość do katastrofy, do nicości. Stąd Hans Jonas formułuje imperatyw nowej etyki, który ma uchronić nas od owej samozagłady. Nakaz ten brzmi następująco: „Postępuj tylko w taki sposób, aby skutki twojego działania dały się pogodzić z ciągłością trwania autentycznego życia ludzkiego”² lub: „Nie wystawiaj na szwank warunków nieskończonego trwania ludzkości na Ziemi”, albo: „W swych teraźniejszych wyborach wśród obiektów twojego chcenia uwzględniaj przyszłą integralność człowieka”³. Odpowiedzialność taką wspierają zarówno

¹ H. Jonas, *Zasada odpowiedzialności. Etyka dla cywilizacji technologicznej*, Kraków 1996, s. 32.

² Tamże, s. 38.

³ Tamże.

chrześcijańska antropologia i etyka, jak też etyka ekologiczna oraz ekologia człowieka.

Wpływowi procesów technokratycznych, biotechnologicznych podlegają również moralność i etyka medyczna. Na etykę tę oddziałują współczesne procesy społeczne, ekonomiczne i polityczne. Sukcesy terapii medycznych uzależnione są coraz bardziej od stosowanych urządzeń technicznych. Przemysł medyczny, podległy zasadom wolnego rynku i zysku, generuje nowe odkrycia i nowe technologie oraz sam napędza się rosnącymi zyskami. Podobnie przemysł farmaceutyczny jest potężną gałęzią odkryć i zysków. Nowe odkrycia generują nowe możliwości terapii, a nowo odkryte terapie poszerzają dalszy rozwój przemysłu medycznego i farmakologicznego. Można powiedzieć, że owo koło zamachowe kręci się coraz szybciej.

W demokracjach wolny rynek uznano za najwłaściwszy regulator produkcji, handlu i przepływu towarów. Wolny rynek nie ogranicza się do jednego państwa, stąd wielkie koncerny stały się instytucjami niejako ponadpaństwowymi, posiadając coraz większy wpływ na kierunki rozwoju państw i ludzkości. Zaangażowanie finansowe państw w ochronę zdrowia przewyższa koszty zbrojeń i obronności kraju, i ciągle rośnie. Jest to więc potężny obszar dla generowania zysków przez różne koncerny przemysłu medycznego i farmakologicznego.

Procesy te sprzyjają komercjalizacji medycyny. Na przykładzie najbardziej skomercjalizowanej medycyny w Stanach Zjednoczonych można zaobserwować, jakie procesy zmieniają charakter praktyki medycznej i jak to wpływa na modyfikację moralności i etyki medycznej⁴. Obok zachwytych tymi zmianami, mamy do czynienia również z krytyką

⁴ Ch.K. Kubik, *Systemy opieki zdrowotnej w USA i innych krajach*, w: *Amerykański system opieki zdrowotnej*, t. I–II, Chicago 1999, s. 841–866.

różnorodnych skutków, w tym również skutków etycznych, nadmiernego skomercjalizowania medycyny⁵.

Niektórzy badacze podają, że próby podporządkowania medycyny regułom wolnego rynku rozpoczęły się w USA w latach 60. XX w. Proces ten zapoczątkowało ogłoszenie i wprowadzenie w życie przez rząd USA w latach 1965–1966 Aktu opieki medycznej i pomocy medycznej (Medicare-Medicaid Act), który uzależniał medycynę od instytucji społecznych, ekonomicznych i politycznych⁶. Jednym z ważnych powodów poddania medycyny kontroli prywatnych instytucji ekonomicznych była chęć zahamowania i utrzymania w granicach rozsądku rosnących kosztów opieki zdrowotnej.

„Począwszy od końca lat sześćdziesiątych nowy duch komercjalizacji – pisze o USA Arnold S. Relman – rozpoczął penetrację systemu opieki zdrowotnej”⁷. Tendencji tej sprzyjał gwałtowny rozwój technicznych urządzeń medycznych, np. produkcja defibrylatorów czy respiratorów, sukcesy pierwszych transplantacji narządów od zmarłych czy żywych dawców, wprowadzenie i legalizacja harwardzkiej definicji śmierci mózgowej, umożliwiającej szybki rozwój przeszczepów, łącznie z przeszczepianiem serca czy ostatnio przeszczepianiem twarzy. Wraz z rozwojem nowych możliwości medycznych i technicznych powstawały nowe specjalizacje i rosła liczba personelu medycznego oraz koszty zdobycia wykształcenia lekarskiego oraz koszty leczenia. Zjawisko to wywoływało ostrą konkurencję lekarzy i szpitali walczących o płatnych i w pełni ubezpieczonych pacjentów.

⁵ G. Anders, *Health Against Wealth*, Boston 1996; J. Gray, *False Dawn: The Delusions of Global Capitalism*, London 1998; D. Callahan, *Medicine and the Market: A Research Agenda*, „Journal of Medicine and Philosophy” 1999; 24 (3): 224–242.

⁶ F. Jotterand, *The Hippocratic Oath and Contemporary Medicine: Dialectic between Past Ideals and Present Reality?*, „Journal of Medicine and Philosophy” 2005; 30: 112.

⁷ A.S. Relman, *Profit and Commercialism*, w: *Encyclopedia of Bioethics*, red. S.G. Post, t. 4, New York 2004, s. 2170.

Przedsiębiorcy, prywatni ubezpieczyciele i inwestorzy systemu opieki zdrowotnej dostrzegli w ochronie zdrowia możliwość nieograniczonych zysków. Zrodził się nowy typ biznesu (*investor-owned health care businesses*), w którym prywatni inwestorzy przejmowali w celach osiągnięcia zysku nie tylko instytucje ubezpieczeniowe, instytucje zarządzające służbą zdrowia, ale także specjalistyczne ambulatoria diagnostyczne, samodzielne przychodnie, szpitale, szpitalne czy pozaszpitalne urządzenia medyczne i domowe usługi medyczne⁸. Już w 2004 r. w USA „około 15 proc. wszystkich prywatnych, ogólnych szpitali oraz większość prywatnych domów opieki, szpitali psychiatrycznych, samodzielnych przychodni i laboratoriów diagnostycznych stało się własnością dążących do zysku korporacji handlowych (*for-profit corporations*)”⁹.

Korporacje te zaczęły obejmować swoimi wpływami niemal całą opiekę zdrowotną. „Na początku XXI stulecia – stwierdza Arnold S. Relman – 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”¹⁰.

Ogarnia on niemal wszystkie instytucje ochrony zdrowia: zarządy szpitali, samych lekarzy i pacjentów. Przyświeca temu idea, że konieczność wygenerowania zysków dla

⁸ Tenże, *The New Medical-Industrial Complex*, „New England Journal of Medicine” 1980; 303 (17): 963–970.

⁹ Tenże, *Profit and Commercialism*, s. 2170.

¹⁰ Tamże.

inwestorów wprowadzi ekonomiczne, rygorystyczne reguły dysponowania środkami medycznymi i stworzy racjonalną kontrolę wydatków na leczenie. Temu celowi mają służyć różnorodne programy zmuszające zarząd szpitala i samych lekarzy do ekonomicznego przeliczania swych administracyjnych i klinicznych decyzji na pieniądze. Ich decyzje kliniczne muszą podlegać rachunkowi kosztów i zysków. Pod tym względem muszą współzawodniczyć ze sobą, zdobywając dobrze ubezpieczonych pacjentów. Sami mogą uczestniczyć w profitach skomercjalizowanej medycyny, inwestując w wyposażenie szpitali, klinik, laboratoriów świadczących różnorodne usługi medyczne. W tych sytuacjach urządzenia te będą generować również zyski dla nich.

Inwestowanie przez lekarzy w wyposażenie w sprzęt różnych ośrodków opieki zdrowotnej stało się dla nich atrakcyjną formą zdobywania dodatkowych dochodów. Otwierali oni swoje własne, płatne laboratoria diagnostyczne lub inwestowali w wyposażenie techniczne szpitali, gdzie pracowali i używali tych urządzeń. W 2004 r. opis tych zjawisk na Florydzie ujawnił, „że około 40 proc. pracujących w tym stanie lekarzy ma finansowe udziały w instytucjach medycznych, do których kierują swych pacjentów”¹¹.

W ten sposób lekarze wciągani są w działalność biznesową. Nadmiernie kierują pacjentów na badania diagnostyczne, gdyż urządzenia, których są właścicielami, mają przynosić jak największe zyski. Sprzedają swym pacjentom leki, protezy i inne środki medyczne, które hurtowo, po niższych cenach lub w ramach reklamy, otrzymują od producentów. Klinikom proponuje się korzystne finansowo układy z firmami, które przez nich testują swoje produkty. Lekarzy testujących produkty przemysłu medycznego i farmaceutycznego wciąga się do firm jako płatnych

¹¹ A.S. Relman, *What Market Values are Doing to Medicine*, „National. Forum” 1993; 73: 20.

konsultantów, doradców, ekspertów. Wybitnym i znanym specjalistom firmy farmaceutyczne proponują sponsorowanie ich wykładów, konferencji naukowych lub druk ich publikacji. Wciąga się lekarzy w dobrze płatne szkolenia przeprowadzane dla pracowników firm przemysłu medycznego.

Owo uwikłanie praktyki medycznej w korporacje działające na tym polu dla zysku dopełnia reklama. W latach 80. XX w. Amerykańskie Towarzystwo Medyczne (AMA) zostało zmuszone przez antymonopolową politykę rządu USA i naciski Federalnej Komisji Handlu (Federal Trade Commission) do wycofania się z zapisu kodeksu etycznego zakazującego reklamy leków i usług medycznych. „Do tego czasu zasadniczo społeczność medyczna traktowała reklamę siebie jako nieetyczną. Nastawienie to uległo jednak zmianie i obecnie konkurencja lekarzy widziana jest jako konieczny i dobroczynny przejaw nowego rynku medycznego”¹². Amerykańskie Towarzystwo Medyczne nie tylko skapitulowało w kwestii zakazu reklamy leków i usług medycznych, ale nawet pochwaliło tę praktykę, twierdząc, że „medyczna praktyka lepiej rozwija się etycznie w warunkach wolnego rynku, kiedy to przyszli pacjenci otrzymują dokładne informacje i mają możliwość wolnego wyboru między konkurującymi lekarzami i alternatywnymi systemami opieki medycznej”¹³. Od tego czasu w USA reklamują się nie tylko firmy produkujące urządzenia medyczne i leki, ale również szpitale i lekarze.

Komercjalizacja medycyny i poddanie jej zasadom handlu na wolnym rynku budzi jednak duże zastrzeżenia etyczne. Niesie ona bowiem pewne konsekwencje, radykalnie zmieniające czy likwidujące dotychczasową etykę medyczną.

¹² Tamże.

¹³ American Medical Association Council on Ethical and Judicial Affairs, Code of Medical Ethics. The current opinions of code, Chicago 1998.

Etyka kontraktualistyczna a teleologiczna etyka dobra pacjenta

Zgodnie z trendem komercjalizacji medycyny, niektórzy teoretycy etyki medycznej odrzucają etykę hipokratejską i zastępują ją etyką kontraktu społecznego. Twórca takiej etyki, Robert Veatch, uważa, że etyka hipokratejska nie tylko nie wniosła nic dobrego, ale wprost przeciwnie – zahamowała właściwy rozwój etyki medycznej. To ona jest odpowiedzialna za paternalizm medyczny, tworzenie się wyizolowanej społecznie kasty lekarskiej, która nie liczy się z tym, czego chce społeczeństwo czy państwo. Jego zdaniem, etyka ta jest szkodliwa, należy ją jak najszybciej odrzucić i zastąpić etyką kontraktu społecznego.

Robert Veatch inspirował się teorią sprawiedliwości Johna Rawlsa, która przedstawiła liberalne zasady budowania społeczeństwa demokratycznego, zmodyfikował owe propozycje i zastosował je w konstrukcji etyki medycznej. Zarówno demokracja, jak i funkcjonowanie służby zdrowia powinno być, jego zdaniem, oparte na kontrakcie jako podstawie nie tylko zasad politycznych, społecznych, ale i medycznych.

Twórca kontraktualistycznej etyki medycznej proponuje w konstruowaniu tej etyki potrójny kontrakt. Ma być to najpierw kontrakt podstawowy, w którym przyjmujemy postawę moralną i za zasłoną niewiedzy chcemy formować bezstronnie rozstrzygnięcia normatywne; następnie ma być to kontrakt między społeczeństwem i lekarzem, w którym ustala się ogólne rozstrzygnięcia normatywne dla praktyki medycznej, oraz kontrakt między lekarzem a pacjentem, w którym ustala się zobowiązania szczegółowe wobec konkretnego pacjenta-kontrahenta¹⁴.

Wprawdzie obok zasady dotrzymywania kontraktu czy obietnic, która jest podstawowym przykazaniem tej etyki,

¹⁴ R.M. Veatch, *The Theory of Medical Ethics*, New York 1981, s. 110–134.

Robert Veatch wymienił kilka innych priorytetowych zasad, tak zwanych niekonsekwencjalistycznych, takich jak zasada autonomii, uczciwości, unikania zabijania i zasada sprawiedliwości, które mają pierwszeństwo leksykalne względem zasad konsekwencjalistycznych, takich jak dobroczynność i korzyść, niemniej w zaproponowanej etyce pierwszorzędną i zasadniczą rolę odgrywają zasady dotrzymywania kontraktu i sprawiedliwości¹⁵.

Propozycja ta oderwana jest jednak od jakiejś antropologii czy związanej z nią etyki, i konstruowana jest jako taktyka rozwiązywania konfliktów, dochodzenia do konsensu w pluralistycznym społeczeństwie demokratycznym, w którym mamy do czynienia z różnymi poglądami politycznymi, kulturowymi i moralnymi. Konsensus i kontrakt mają umożliwić przezwycięzenie konfliktów, przezwycięzenie różnych stanowisk i wypracowanie zgody w celu przyjęcia wspólnych zasad etycznych i prawnych. Dochodzeniu do konsensusu i kontraktu mają służyć procedury wyważania wymienionych wyżej tzw. niekonsekwencjalistycznych, czyli przyjętych z góry i niepodlegających rachunkowi utylitar-nemu, bezwzględnych nakazów, takich jak nakaz sprawiedliwości społecznej, stojący nieraz w konflikcie z nakazem poszanowania indywidualnej autonomii. Po wyważeniu zasad deontonomicznych można brać pod uwagę niższe rangą zasady konsekwencjalistyczne, takie jak użyteczność, korzyść¹⁶. Wyważanie ma służyć temu, aby realizacja jednej zasady w jak najmniejszym stopniu naruszała zakres drugiej zasady. Dodatkowo heurystyka logiczna całego uzasadnienia racjonalności konsensusu ma wyeliminować uzasadnienia chaotyczne, niespójne.

Nie odrzucając przydatności zarysowanej taktyki rozwiązywania konfliktów i dochodzenia do wspólnej zgody,

¹⁵ Tamże, s. 181 nn.

¹⁶ Tamże, s. 302 nn.

należy zauważyć, że potraktowanie tej taktyki przez jej twórcę jako etyki medycznej musi budzić zasadnicze zastrzeżenia. Wiemy bowiem, że norm etycznych nie da się uzasadnić, opierając się na tym, jak zachowuje się społeczeństwo, bo z tego, jak się zachowują ludzie, nie wynika, jak powinni się zachowywać. Socjologia moralności nie może być etyką normatywną, lecz jedynie nauką pomocniczą dla etyki. Etyka wymaga głębszych podstaw niż nauki ścisłe, opisowe. Dla uzasadnienia tego, co nas obowiązuje moralnie, trzeba sięgnąć do filozofii człowieka, czyli antropologii, i na tej podstawie nakreślić, jakie są obowiązki i prawa człowieka.

Etyka kontraktualistyczna pomija poszukiwanie adekwatnej antropologii, skupia się na rozwiązywaniu konfliktów politycznych, etycznych i prawnych, współgra z ideą wolnego rynku i komercjalizacji medycyny. Normy tej etyki formułowane względem lekarzy przez społeczeństwo mają być zaspokojeniem oczekiwań społecznych. Tak jak społeczeństwo przez wolny rynek i obrót towarów reguluje prawa klienta względem sprzedawcy, tak również społeczeństwo i pacjent jako klient ma regulować swoje prawa względem profesji medycznej. W kontraktualistyczno-konsumenckim modelu medycyny relacja lekarz-pacjent zmienia się w relację sprzedawca-klient-konsument, a zdrowie i opieka zdrowotna są zredukowane do takiego samego towaru na wolnym rynku jak inne dobra konsumpcyjne. Etyka medyczna zredukowana jest do etyki społecznej, do etyki biznesu czy etyki ekonomii i polityki.

Odmiennej od etyki kontraktualistycznej, bliższą etyce hipokratejskiej etykę medyczną rozwija Edmund Pellegrino, amerykański lekarz, a równocześnie wybitny teoretyk etyki medycznej. Jego zdaniem, etyka medyczna ma swoje podstawy niezależne od polityki, społeczeństwa czy kultury. Podstawy te wyłaniają się z egzystencjalnej sytuacji, jaką stwarza choroba. Fakt choroby nie jest zjawiskiem umownym, nie jest wytworem kulturowym, lecz wyrasta z natury

człowieka, z jego cielesnej kondycji¹⁷. Choroba jest ontologicznym atakiem, który chwieje naszym istnieniem. Podważa i rozbija ona funkcjonalną jedność naszego ja i naszego ciała¹⁸. W zdrowiu tworzymy harmonijną i zintegrowaną jedność, nasze ciało włączone jest w nasze osobowe życie i działanie. Choroba podważa naszą ontologiczną czy wypracowaną jedność duszy czy jaźni i ciała. Ciało staje się tyranem dla naszego ja, uderza w nasze plany, w naszą wolność, w naszą podmiotowość, nasze osobowe człowieczeństwo¹⁹. Chory jest zmuszony powierzyć siebie w ręce lekarzy, którzy mogą zaradzić jego bezradności. Jest on zależny od drugiej osoby i podatny na zranienie (*dependent upon the person and therefore vulnerable*). „Stan bycia chorym jest stanem zranionej człowieczeństwa (*wounded humanity*) osoby idącej na kompromis w jej fundamentalnych właściwościach po to, aby zaradzić swojej bezsilności”²⁰.

Medycyna zrodziła się jako naturalna reakcja na owo zagrożenie ontologiczne życia ludzkiego. To fakt choroby zrodził akt medycyny i akt profesji medycznej. Akt medycyny wyraża się w rozwoju nauk medycznych, w tworzeniu zawodu medycznego, w powstaniu instytucji medycznych, w kształceniu personelu medycznego. Akt profesji medycznej wyraża się w przyrzeczeniu lekarskim, w którym – po stwierdzeniu odpowiedniego przygotowania, lekarz przyrzeka, czyli oznajmia głośno, że podejmuje się odpowiedzieć na owe zagrożenia, jakie stanowią choroby. Akt profesji medycznej realizuje się w medycynie klinicznej, kiedy lekarz staje twarzą w twarz wobec chorej osoby pacjenta.

¹⁷ 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” 2006; 6 (2): 67.

¹⁸ Tamże.

¹⁹ E.D. Pellegrino, D.C. Thomasma, *A Philosophical Basis of Medical Practice: Toward a Philosophy and Ethic of the Healing Professions*, New York 1981, s. 208.

²⁰ Tamże.

Tak więc medycyna ma swoje własne podstawy antropologiczne dla kształtowania swoich zasad etycznych. Natura medycyny wyznacza obiektywny cel, który połączył w jedno różnorodne nauki medyczne, przyporządkowane w praktyce leczeniu czy uzdrowieniu chorego człowieka, scaleniu go z powrotem w całość, całość cielesno-duchową, aby mógł dalej funkcjonować na miarę swoich możliwości. Hipokrates miał rację, wyróżniając główny cel medycyny, jakim jest zdrowie chorego. Obok głównego celu, którym jest: a) opieka nad chorymi z różnymi dolegliwościami i ich leczenie oraz opieka nad tymi, którzy nie mogą być wyleczeni, możemy wymienić również cele uzupełniające, takie jak: b) zapobieganie chorobom i urazom oraz promocja i podtrzymywanie zdrowia, c) przynoszenie ulgi w bólu i cierpieniu spowodowanym przez choroby, d) zapobieganie przedwczesnej śmierci i stworzenie warunków dla spokojnej śmierci.

Wewnętrzne cele praktyki medycznej są podstawą zasad moralnych etyki medycznej. Należy te cele wyraźniej określać i odróżniać od celów zewnętrznych względem praktyki medycznej, narzucanych medycynie przez polityków, ekonomistów, technokratów, ideologów czy społeczeństwo. Medycyna nazistowska, przez podporządkowanie się niemieckiemu państwu nazistowskiemu, wyznaczała, czyje życie jest warte, a czyje niewarte życia, dopuściła się okrutnych eksperymentów na więźniach obozów koncentracyjnych, uczestniczyła w eksterminacji eugenicznej dzieci i ludzi ciężko chorych, zdradzając etos medyczny na rzecz ówczesnych prądów społecznych i ideologicznych. Mimo wysokich cenzusów naukowych przedstawicieli tej medycyny, uczestniczyła ona w ludobójstwie i zbrodniach przeciw ludzkości.

Cele wewnętrzne praktyki medycznej tworzą moralność wewnętrzną medycyny, która jest nieredukowalna do moralności społeczeństwa, polityków, ekonomistów

i menedżerów. Hipokrates miał rację, wskazując na podstawowy cel medycyny, którym jest dobro pacjenta. Dziś możemy rozbudować aspekty tego dobra poprzez pełniejsze zrozumienie interpersonalnej relacji lekarz-pacjent. Medycyna kliniczna, w której ta relacja się uobecnia, jest sytuacją macierzystą etyki medycznej. Interpersonalna relacja lekarz-pacjent ujawnia, że a) oprócz dobra medycznego, wyznaczonego wiedzą i praktyką medyczną, chodzi w niej również o b) dobro przeżywane przez pacjenta, wyznaczone jego własnym umiejscowieniem choroby w jego życiu osobistym, rodzinnym i społecznym, c) dobro pacjenta jako osoby, a w nim dobro duchowe czy ostateczne, w którym pacjent i lekarz realizują siebie jako osoby²¹.

Medycyna paternalistyczna skupiając się na dobru medycznym oraz kompetencjach lekarza w realizacji tego dobra, pomijała lub lekceważąco podchodziła do dobra przeżywanego przez pacjenta. Słusznie współcześnie dowartościowano rolę poinformowanej zgody, rolę autonomii pacjenta w decyzjach dotyczących jego zdrowia i terapii.

W przeciwieństwie do relacji handlowej, najbardziej terapeutyczna interpersonalna relacja lekarz-pacjent winna być oparta na wierności owemu międzyosobowemu zaufaniu. To nie autonomia, kontrakt czy korzyść są tu zasadnicze, lecz dobroczynność w zaufaniu, czyli włączenie poprzez zaufanie obu autonomii w realizację dobra pacjenta. Dzięki zaufaniu autonomia lekarza i pacjenta może być skutecznie przyporządkowana terapii. Walka dwóch autonomii dla zysku nie jest właściwą relacją terapeutyczną.

Dla zbudowania zaufania między lekarzem a pacjentem konieczna jest nie tylko wiedza i kompetencje medyczne lekarza, ale wymagane są też przymioty typowo ludzkie, czyli

²¹ 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*, red. H.T. Engelhardt, F. Jotterand, Notre Dame IN 2008, s. 569–571.

umiejętności: nawiązywania relacji międzyosobowych, komunikacji, odpowiedniego przekazywania informacji, empatia, ogarnięcie sytuacji chorego, wczucie czy współczucie oraz odpowiednie sprawności moralne, czyli cnoty. Wśród cnót Edmund Pellegrino podkreśla szczególnie następujące: wierność pokładanemu zaufaniu i obietnicom (*fidelity to trust and promise*); współczucie i troska (*compassion and caring*); niwelowanie własnego interesu (*effacement of self-interest*); intelektualna uczciwość (*intellectual honesty*); odwaga (*fortitude*); roztropność (*prudence*); umiarkowanie (*temperance*); sprawiedliwość (*justice*)²².

Porzucić czy rozwijać etykę hipokratejską?

Wydaje się, że specyfikę etyki medycznej da się zachować w nurcie tak czy inaczej rozwijanej etyki hipokratejskiej wraz z jej chrześcijańską asymilacją wspartą filozofią arystotelesowsko-tomistyczną czy personalistyczną, w której zasady etyczne formowane są w oparciu o naturę osoby ludzkiej, jej naturę społeczną czy religijną.

Przysięga Hipokratesa była prostym, ale genialnym odczytaniem pierwszych zasad etyki medycznej. Zasady te należy dziś uzupełniać bez potrzeby odrzucania tych już odkrytych. Słusznie przeprowadzono współcześnie krytykę paternalistycznego nachylenia etyki medycznej i dowartościowano autonomię pacjenta. Niemniej nie jest dobrą propozycją zastąpienie paternalizmu autonomizmem pacjenta czy socjonimizmem społecznym. Takie zastąpienie prowadzi bowiem do likwidacji etyki medycznej na rzecz spełniania subiektywnych życzeń pacjenta i społeczeństwa. Trzeba

²² E.D. Pellegrino, *Toward a Virtue-Based Normative Ethics for the Health Professions*, "Kennedy Institute of Ethics Journal" 1995; 5 (3): 269–270; E.D. Pellegrino, D.C. Thomasma, *The Virtues in Medical Practice*, New York 1993.

uzupełnić etykę Hipokratesa o autonomię i świadomy udział pacjenta w terapii, trzeba uzupełnić ją również o zasady sprawiedliwego rozdziału środków i usług medycznych, których to zasad w tej etyce wyraźnie brakuje, ale to uzupełnienie nie musi prowadzić do zlikwidowania autonomii lekarza w realizacji obiektywnego dobra pacjenta, do rozbicia integralności medycznej i moralnej lekarza przez narzucanie mu z zewnątrz zasad sprzecznych z etyką medyczną i jego sumieniem. Nie jest zgodne z tą etyką zmuszanie go przez administrację służby zdrowia do segregowania pacjentów na bogatych i biednych, na odpowiednio ubezpieczonych i niewystarczająco ubezpieczonych, na tych, których będzie się leczyć, i na tych, którym ze względów finansowych leczenia się odmówi.

Podporządkowanie medycyny kontraktowi społecznemu, zredukowanie jej do działalności konsumenckiej na wolnym rynku jest niezgodne z jej naturą, czyli z tym, czym ona jest. Medycyna jest bowiem inną odpowiedzią na realne zagrożenie życia ludzkiego niż odpowiedź polityczna, militarna, ekonomiczna czy biznesowa. Medycyna jest realną, naturalną odpowiedzią na fakt choroby, który zagraża życiu ludzkiemu i owo zdrowie konkretnego człowieka oraz dalej społeczeństwa jest jej naturalnym dobrem, celem istnienia i rozwoju. Wszystkie nauki medyczne przez przyporządkowanie temu celowi tworzą medycynę, praktykę medyczną. Zdrowie nie jest dobrem konsumpcyjnym, które człowiek może sobie wybierać w supermarkecie medycznym. W wyborze różnych dóbr luksusowych jesteśmy wolni, czyli możemy wśród nich przebieierać lub z nich zrezygnować. W przypadku zagrożenia życia i niebezpieczeństwa śmierci takiego wyboru nie mamy. Jesteśmy zmuszeni zwrócić się o pomoc i powierzyć siebie lekarzowi. Człowiek

zraniony chorobą nie jest równorzędnym partnerem w relacji sprzedawca-klient-konsument²³.

To właśnie interpersonalna relacja lekarz-pacjent jest właściwym źródłem moralności i etyki medycznej. Mimo że piętżą się trudności w realizacji tego spotkania lekarza i pacjenta ze względu na skomplikowaną sieć i wewnętrzną organizację instytucji medycznych oraz zespołowe działania lecznicze, w których uczestniczy wielu specjalistów, to jednak nie można jej zagubić i zastąpić bezosobową relacją pacjenta ze strukturami szpitala. Byłoby źle, gdyby struktury instytucji medycznej, zarządzanie i biurokracja w medycynie wyeliminowały czas osobistego kontaktu lekarza z pacjentem.

To właśnie w bezpośrednim, osobowym kontakcie pacjent-lekarz rodzi się zaufanie obu osób i włączenie autonomii pacjenta i lekarza w realizację terapii. Nie ma dowodów na to, że relacja sprzedawca-konsument generuje lepsze skutki lecznicze. Wprost przeciwnie, można domniemywać, że w kontrakcie lekarz będzie unikał ryzykownych decyzji terapeutycznych, czyli będzie wybierał do kontraktu minimalistyczne możliwości lecznicze, które nie narażą go na ewentualne problemy prawne i odszkodowania. Jeśli podczas leczenia zauważy inne, bardziej ryzykowne, ale i obiecujące możliwości terapii, to ich nie podejmie, gdyż musi spełnić to, co zapisano w kontrakcie. Kontrakt, w którym obu stronom chodzi o zysk, budowany jest raczej na nieufności, na podejrzliwości wobec drugiej strony, która chce wykorzystać. Nieufność między pacjentem i lekarzem nie jest właściwą postawą dla terapii. Medycyna kontraktualistyczno-konsumentcka zawęży relację terapeutyczną do działalności niejako technicznej i bezosobowej.

²³ 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*, s. 191.

Można domniemywać, że etyka kontraktualistyczna, w której zasady działania będą narzucane lekarzowi przez polityków, ekonomistów i społeczeństwo, usunie to, co specyficzne, własne dla etyki medycznej na rzecz etyki społecznej czy etyki biznesu. Podważy to autonomię oraz integralność medyczną i etyczną lekarza, gdyż zgodnie z narzucenymi wymaganiami będzie on musiał spełniać to, czego życzy sobie społeczeństwo, to, co zostało przez państwo zalegalizowane. Lekarz będzie biernym wykonawcą odgórných zaleceń. Do owych zaleceń zostanie dostosowany kodeks etyki lekarskiej, a możliwość sprzeciwu sumienia ograniczona albo wyrugowana.

Konsumencki model medycyny rządzi się zasadą „klient nasz pan”. Nie będzie można więc odmówić usług, których żądają klient-konsument czy też społeczeństwo. W tej perspektywie lekarz byłby wykonawcą aborcji, eutanazji, asystencji przy samobójstwie i innych działań, które mogą być niezgodne z jego wiedzą medyczną czy jego etyką i sumieniem.

Etyka medyczna budowana jako taktyka zawierania kontraktu, wpisująca medycynę w mechanizmy wolnego rynku, ignoruje podstawy antropologiczne etyki medycznej²⁴. Z góry rezygnuje ona z antropologii, a nawet filozoficznie uzasadnionej teorii etycznej. Jest to zabieg dość groźny, gdyż brak odwołania się do tego, kim jest człowiek, kim jest człowiek chory, sprawia, że zasady etyczne są odezwane od tego, komu mają służyć. Zastępują one służbę człowiekowi służbą bezosobowym mechanizmom rynku, postępu i zysku. W stosowaniu tych zasad znika dobro indywidualnego pacjenta na rzecz dobra ludzkości, społeczeństwa, państwa. Społeczeństwo staje się panem życia i śmierci. Uzurpuje sobie prawo do wyznaczania, kto ma żyć, a kto umrzeć.

²⁴ G.C. Meilaender, *Body, Soul, and Bioethics*, Notre Dame and London 1998, s. 2–18.

Skutki takiego oderwania etyki medycznej od antropologii można obserwować choćby na przykładzie raportu bioetycznego baronowej Mary Warnock z 1984 r., którego rozstrzygnięcia stosowane są w prawodawstwie Wielkiej Brytanii oraz przyjęte zostały przez wielu bioetyków analitycznych i utylitarystycznych. W 1982 r., w wyniku niepokojów etycznych związanych z procedurą *in vitro*, rząd Wielkiej Brytanii powołał Komitet na Rzecz Badań nad Zapłodnieniem i Embriologią Człowieka, na którego czele stanęła baronowa Mary Warnock. Przedstawiony przez nią w 1984 r. raport pozbawił embrion ludzki do 14. dnia życia ochrony prawnej. Metodologia tego raportu może być ostrzeżeniem, jak nie należy uprawiać etyki medycznej.

Raport niejako etyczny wyraźnie był pisany dla potrzeb politycznych. Jak twierdzi sama autorka, chodziło o uspokojenie ludzi przez zapewnienie ich, że embriony ludzkie *in vitro* nie będą hodowane w laboratoriach poza wyznaczony okres. Należało więc wyznaczyć konkretny dzień, do którego można bez zastrzeżeń prawnych i etycznych nimi się zajmować. „Pani Warnock niemalże wprost przyznaje, że wyznaczyła limit czasu dla dopuszczalności badań na drodze własnej arbitralnej decyzji, gdyż jej celem nie była zgodność z prawdą, lecz nagięcie rozumowania do konkluzji pożądanej przez autorów. Wskazanie na 14. dzień rozwoju dziecka w fazie embrionalnej było po prostu arbitralną decyzją, aby ludzie się nie obawiali, że rozwój dzieci będzie kontynuowany w szkle tak długo, aż byłyby one gołym okiem widzialne i rozpoznawalne. Łatwiej znieczulić na rzeczy niewidzialne”²⁵.

Aby przesunąć ochronę etyczną i prawną embrionu ludzkiego na 14. dzień jego życia, Mary Warnock użyła następującego chwytu: proponowała, aby w raporcie zrezygnować

²⁵ M. Środoń, *Brytyjska równia pochyła: od raportu Warnock do „krowo-człowieka”*, Presje. Teki XVII Klubu Jagiellońskiego 2009, s. 265.

z pytań antropologicznych typu: „Kiedy zaczyna się życie osoby ludzkiej?” na rzecz pragmatycznych pytań etycznych: „Jak należy traktować embrion ludzki, jaki status etyczny należy mu przyznać, czyli od kiedy należy go chronić?”²⁶. W ten sposób oderwała ona zasady etyczne od ich podstaw filozoficznych i antropologicznych, od tego, komu prawo do życia z natury tego bytu przysługuje i scedowała przyznawanie prawa do życia na komitet, aby to on wyznaczył, tak jak uważa, od kiedy należy chronić etycznie i prawnie życie ludzkie. Komitet swoim autorytetem uspokoił więc społeczeństwo, że w procedurach *in vitro* do 14. dnia nie dzieje się nic zdrożnego etycznie, gdyż dopiero po 14. dniu jesteśmy zobowiązani etycznie chronić życie ludzkie, a poza 14. dzień nie pozwala się w laboratoriach *in vitro* hodować człowieka. Prosty chwyt zignorowania w debacie antropologii, a szerzej filozofii jako takiej, sprawił, że społeczeństwo zostało uspokojone tym, że zabroniono po 14. dniu hodować człowieka w laboratoriach i nie zauważyło, że radykalnie zmieniono źródła prawa do życia, które dotychczas przynależały człowiekowi z natury, a odtąd będzie je przyznawał komitet bioetyczny czy inne gremium społeczne.

Owo przyznanie komitetowi możliwości ograniczania prawa do życia na zasadzie „równi pochyłej” toczy się dziś w Wielkiej Brytanii dalej, legalizując w 2008 r. laboratoryjne tworzenie embrionów ludzkich bez zgody dawców gamet, przeprowadzanie sztucznego rozrodu dla kobiet zgłaszających się bez potencjalnych ojców dzieci, tworzenie embrionów ludzkich jako źródła tkanek i organów dla wcześniej urodzonego rodzeństwa oraz na tworzenie hybryd zwierzęco-ludzkich²⁷. Mamy więc do czynienia z totalnym

²⁶ Department of Health & Social Security. Report of the Committee of Inquiry into Human Fertilisation and Embryology. Chairman: – Dame Mary Warnock DBE, London 1984, s. 60.

²⁷ M. Środoń, *Brytyjska równia pochyła: od raportu Warnock do „krowo-człowieka”*, s. 260.

uprzedmiotowieniem istoty ludzkiej do 14. dnia życia, z nieograniczonym eksperymentowaniem, eksploatacją biologiczną, mieszaniem jego natury z naturą zwierząt w procedurach tworzenia hybryd zwierzęco-ludzkich.

Oderwanie bowiem etyki od podstaw antropologicznych prowadzi do podważenia prawa do życia przysługującego człowiekowi z natury i jego godności na rzecz uzurpacji, że społeczeństwo jest władne to prawo nadawać czy odbierać. Mamy więc do czynienia z elementami pełzającego totalitaryzmu, w którym jakiś komitet, jakieś gremium społeczne, jakaś klasa urodzonych może z różnych powodów przyznać lub odrzucić ochronę życia ludzkiego nieurodzonych, ciężko czy terminalnie chorych. Pozbawienie tego prawa szczególnie uderza w najsłabszych, czyli w początek i koniec życia ludzkiego. Klasa silnych i urodzonych legalizuje aborcję i eutanazję względem nieurodzonych i ciężko chorych.

Etyka kontraktualistyczna jako taktyka dochodzenia do konsensusu pomija również podstawy antropologiczne zasad etycznych i uznaje decyzje społeczne podstawą tych zasad. Wprawdzie wspomina ona o różnych teoriach człowieka i różnych teoriach etycznych, ale nie uzgadnia swej propozycji z żadną z nich, lecz czyni kontrakt podstawą tych zasad. Prowadzi to do podporządkowania etyki medycznej etyce społecznej, politycznej, ekonomicznej, etyce biznesu. Pozbawia lekarzy specyficznego dla nich etosu medycznego na rzecz tego, co ustali i czego będzie żądać społeczeństwo czy państwo.

Perspektywa potraktowania zdrowia jako produktu wolnego rynku redukuje medycynę do supermarketu, dehumanizuje relację lekarz-pacjent, uprzedmiotawia lekarza i pacjenta, redukując ich do bezosobowych procesów handlu i zysku. Zdrowie nie jest dobrem przemysłowym, luksusowym, które możemy kupić lub z którego możemy zrezygnować. Choroba jest ontologicznym zagrożeniem istnienia ludzkiego, nie jest więc dobrem, które nabywamy

w supermarkecie. Nietrudno jest przewidzieć, kto na owym medycznym kontrakcie handlowym najbardziej skorzysta finansowo. Wiele straci w nim lekarz, ale najwięcej straci w nim pacjent. Relacja zbudowana na nieufnej, nastawionej na zysk wolności lekarza oraz na nieufnej, nastawionej na materialne polepszenie swego życia wolności pacjenta nie jest właściwą relacją terapeutyczną. Nie włącza ona bowiem autonomii obu stron w realizację terapii, lecz w realizację celów pozaterapeutycznych. Jeśli chcemy mieć medycynę humanistyczną, medycynę solidarną, a nie medycynę elitarną, przeznaczoną tylko dla bogatych, winniśmy przeciwstawić się likwidacji etyki i moralności wewnętrznej medycyny jako takiej na rzecz etyki i moralności zewnętrznej względem medycyny, czyli etyki społecznej, ekonomicznej czy etyki biznesu. Ciągła humanizacja medycyny winna rozwiązywać problemy związane z nowymi sytuacjami w medycynie, z technizacją i biurokracją działań medycznych.

Wyzwania i zagrożenia bioetyczne XXI wieku pretendują do miana obowiązkowej lektury dla studentów kierunków medycznych i filozofii, a także lekarzy, bioetyków, zespołów terapeutycznych, kapelanów szpitali oraz innych osób niosących pomoc duchowo-religijną, jak również tych wszystkich, którzy pragną pogłębić bioetyczną wiedzę potrzebną w konfrontacji ze współczesnymi dylematami i trudnościami na styku biomedycyna-etyka. Prezentowana monografia powinna stać się obowiązkową pozycją w kanonie lektur w dziedzinie bioetyki i medycyny pastoralnej. Dzięki temu każdy student, jak i każdy potencjalny Czytelnik, mógłby zdobyć wiedzę o kierunkach myślenia bioetycznego, z którymi zmagają się współczesność, a także dogłębnie je przemyśleć i przeanalizować. W skomplikowanym świecie zagadnień bioetycznych niniejsza pozycja staje się z pewnością niezawodnym i kompetentnym przewodnikiem.

Dr hab. Zdzisława Kobylińska, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

Monografia jest cennym głosem odnoszącym się do zagrożeń bioetycznych XXI wieku. Tekst wyraża głęboką troskę o losy pacjenta i ludzkości, równocześnie burzy spokój i zmusza do refleksji. Głosy takie są bardzo potrzebne, aby ograniczyć nie zawsze odpowiednio kontrolowany „popęd innowacyjny” i tendencje biotechnokratyczne, a rozbudzić myślenie o drugim człowieku. (...) niektórzy autorzy monografii poszukiwali oparcia w encyklice *Fides et Ratio* Jana Pawła II lub, ogólniej, próbowali szukać prawdy nie tylko za pomocą zdolności analitycznych, ale również zmysłu moralnego czy kultury. Moralność, chociaż definiowana wieloznacznie, jest w dzisiejszych czasach wskazywana jako najważniejsza cecha ludzkości. Autorzy mają więc prawo do powoływania się na nią. Ograniczanie roli etyków czy nawet przedstawicieli życia społecznego przyczyniło się do wielu tragedii, w tym ludobójstw.

Prof. dr hab. Piotr Rieske, Uniwersytet Medyczny w Łodzi