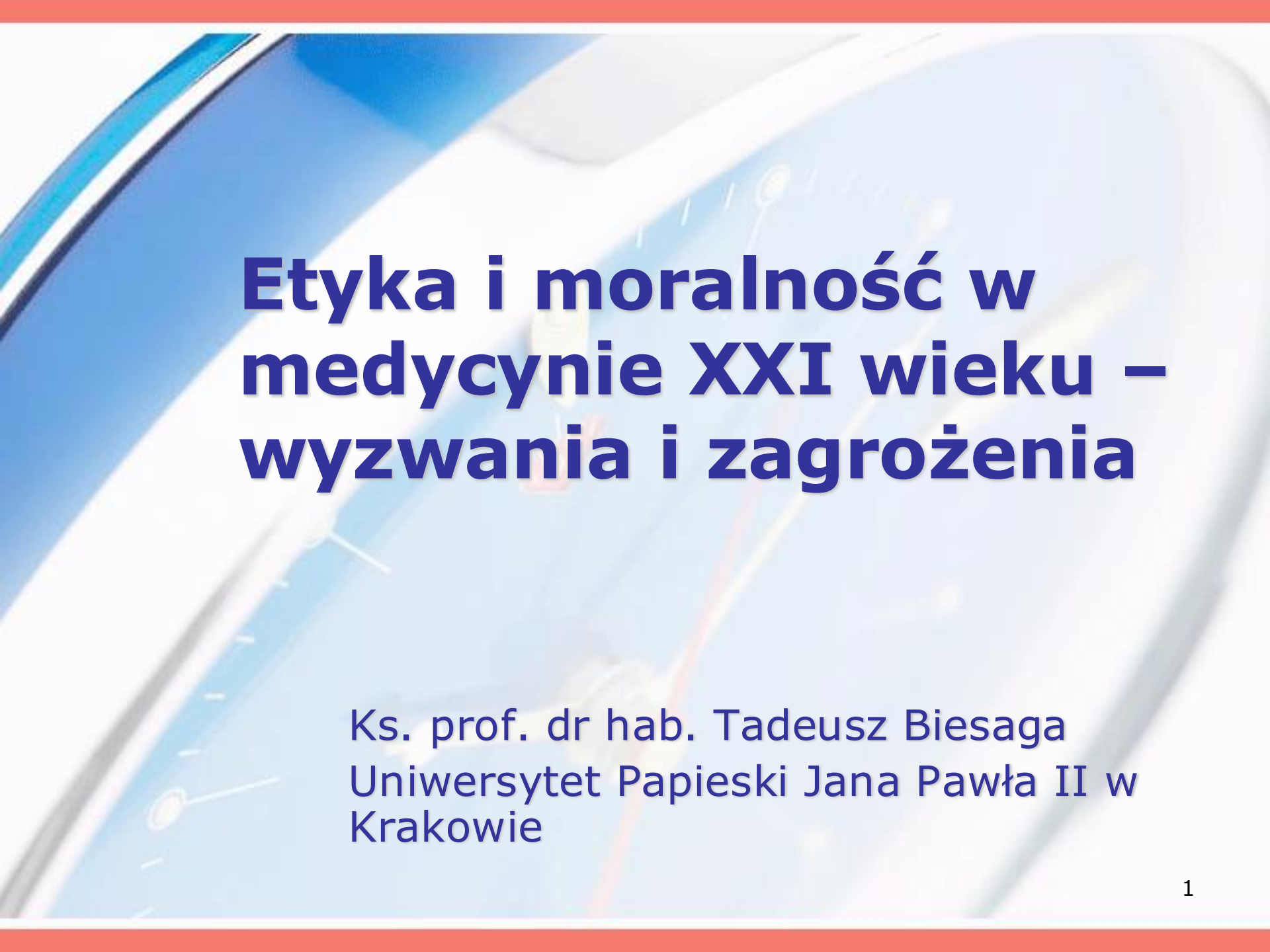
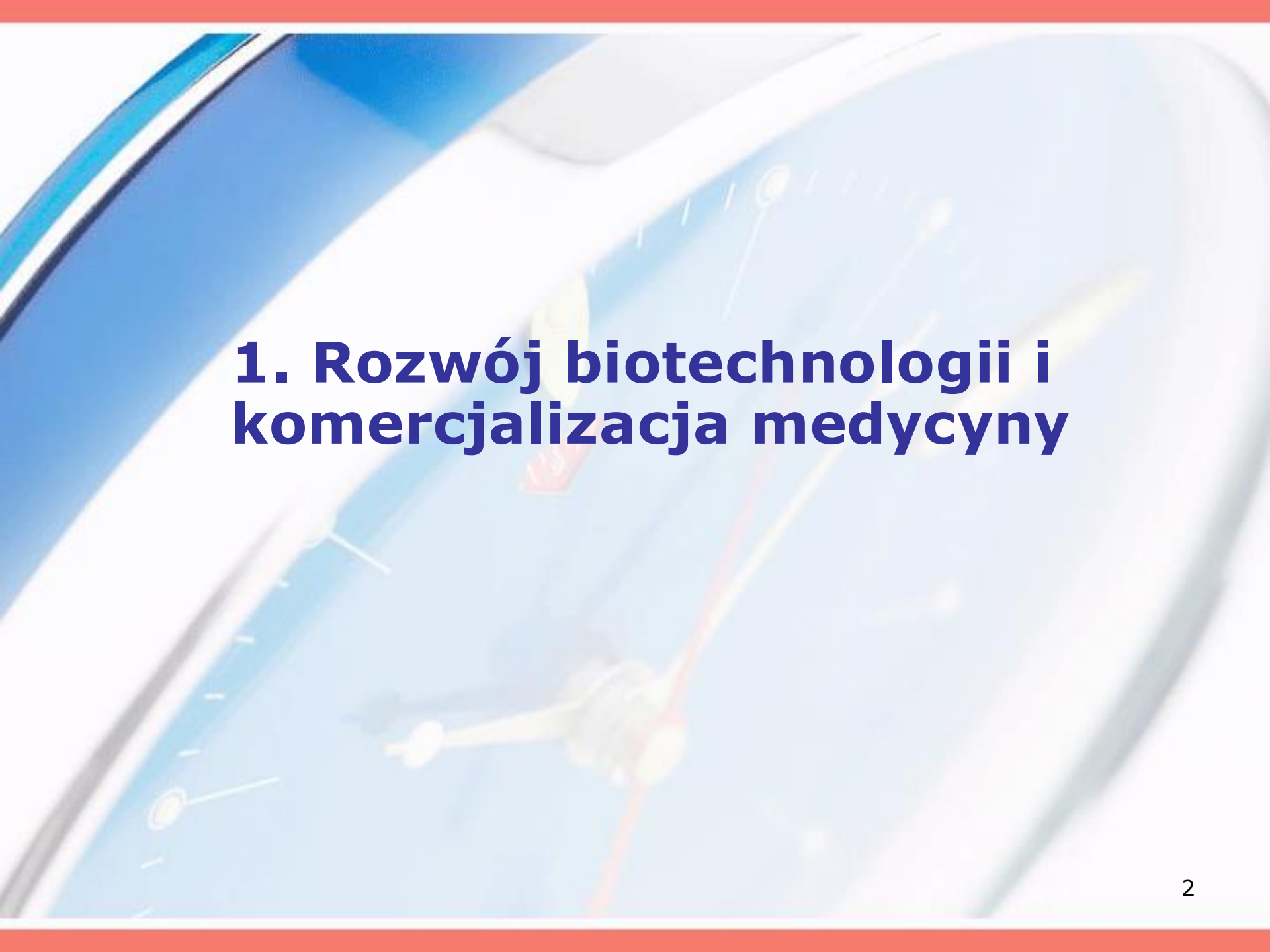




Etyka i moralność w medycynie XXI wieku – wyzwania i zagrożenia

Ks. prof. dr hab. Tadeusz Biesaga
Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w
Krakowie



1. Rozwój biotechnologii i komercjalizacja medycyny

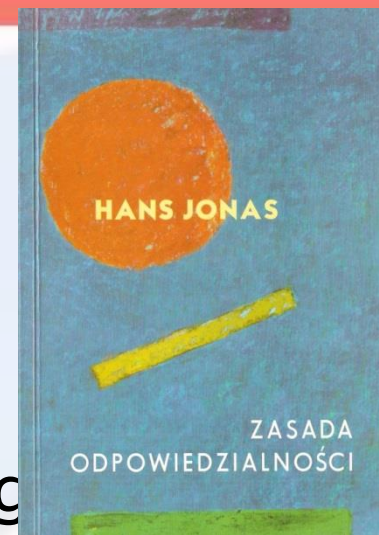
Hans Jonas w poszukiwaniu etyki cywilizacji technicznej



- 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.

Imperatyw nowej etyki

- „Postępuj tylko w taki sposób, aby skutki twojego działania dały się pogodzić z ciągłością trwania autentycznego życia ludzkiego”,
- „Nie wystawiaj na szwank warunków nieskończonego trwania ludzkości na Ziemi”
- „W swych teraźniejszych wyborach wśród obiektów twojego chcenia uwzględniaj przyszłą integralność człowieka”.



Jonas H. Zasada odpowiedzialności. Etyka dla cywilizacji technologicznej. Wyd. Płatan Kraków 1966: 38

Komercjalizacja w USA i w Europie

- Niektórzy badacze podają, że próby podporządkowania medycyny regułom wolnego rynku rozpoczęły się w USA w latach 60-tych.
- Proces ten zapoczątkowało ogłoszenie i wprowadzenie w życie przez rząd USA w roku 1965–1966 Aktu Opieki Medycznej i Pomocy Medycznej (Medicare-Medicaid Act), który uzależniał medycynę od instytucji społecznych, ekonomicznych i politycznych.

Postęp technologiczny i komercjalizacja medycyny w USA

Tendencji komercjalizacji medycyny sprzyjał:

- gwałtowny rozwój technicznych urządzeń medycznych, np. produkcji defibrylatorów czy respiratorów,
- sukcesy pierwszych transplantacji narządów od zmarłych czy żywych dawców,
- wprowadzenie i legalizacja Harvardzkiej definicji śmierci mózgowej.

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

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 specjalistyczne ambulatoria diagnostyczne, samodzielne przychodnie, szpitale, szpitalne czy pozaszpitalne urządzenia medyczne, i domowe usługi medyczne.

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”

Relman A. S.: Profit and commercialism, dz. cyt.: 2170

Lekarz udziałowcem biznesowym

Lekarze otwierali swoje własne, płatne laboratoria diagnostyczne, lub inwestowali w wyposażenie techniczne szpitali gdzie pracowali i używali tych urządzeń.

W 2004 roku opis tych zjawisk na Florydzie ujawnił, „że około 40% pracujących w tym stanie lekarzy ma finansowe udziały w instytucjach medycznych do których kierują swych pacjentów”.

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

Lekarz na usługach przemysłu medycznego

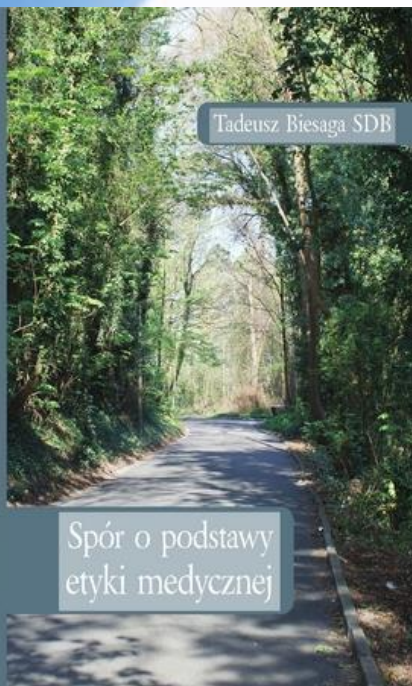
- Lekarze wciągani są w działalność biznesową. Nadmiernie kierują pacjentów na badania diagnostyczne, gdyż urządzenia, których są właścicielami mają przynosić jak największe zyski.
- Sprzedają swym pacjentom leki, protezy i inne środki medyczne, które hurtowo, po zniżonych cenach, lub w ramach reklamy, otrzymują od producentów.
- Klinikystom proponuje się korzystne finansowo układy z firmami, które przez nich testują swoje produkty.

Zagrożenia etosu lekarskiego

Wszystkie te zjawiska budzą coraz większy **niepokój etyczny**. Jeśli weźmie się pod uwagę 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.

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

2. Etyka kontraktualistyczna, a teleologiczna etyka dobra pacjenta



Tadeusz Biesaga SDB

Spór o podstawy
etyki medycznej

Dostęp online:
www.biesaga.info

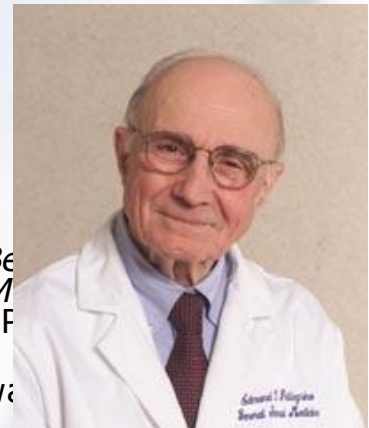
W etyce medycznej spór toczą zasadniczo trzy nurty:

(1) **pryncypizm** – etyka czterech **zasad**

Toma L. Beauchampa, Jamesa F. Childressa;

(2) **Kontraktualizm** – etyka zawierania i dotrzymywania kontraktu Roberta Veatcha.

(3) **etyka teleologiczna dobra pacjenta** – Edmunda D. Pellegrino;



1. Edmund D., Pellegrino i David C., Thomasma, *For the Patient's Good. The Restoration of Best Care*, Oxford University Press, New York, Oxford 1988; E. D. Pellegrino, *The Philosophy of Medicine*, Pellegrino Reader, red. H. Tristram Engelhardt, Fabrice Jotterand, University of Notre Dame Press 2008

2. T.L. Beauchamp., J.F. Childress., *Zasady etyki medycznej*, tłum. W. Jacórzyński, Warszawa: *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford 1979, tłum. z: Oxford 1944)

3. R. Veatch, *A Theory of Medical Ethics*, New York 1981

Kontraktualizm w etyce medycznej

Potrójny kontrakt

Pierwszy poziom owej umowy Robert Veatch nazyw



- (1) podstawowym kontraktem społecznym (*basic social contract*), drugi
- (2) kontraktem między **społeczeństwem a profesją** medyczną (*contract between society and a profession*), a trzeci
- (3) kontraktem **między profesjonalistami medycznymi a pacjentem** (*contract between professionals and patients*).

R. M. Veatch, *The theory of medical ethics*, dz. cyt., s. 110–134

Dotrzymywanie umów a inne zasady etyki medycznej

a) zasady niekonsekwencjalistyczne, takie jak:

1. dotrzymywanie kontraktu,
2. autonomia,
3. uczciwość czy prawdomówność,
4. sprawiedliwość i
5. unikanie zabijania

mają pierwszeństwo przed zasadami **konsekwencjalistycznymi**, takimi jak:

1. nieszkodzenie
2. dobroczynność
3. pokój, korzyść

Redukcja etyki do socjologii moralności

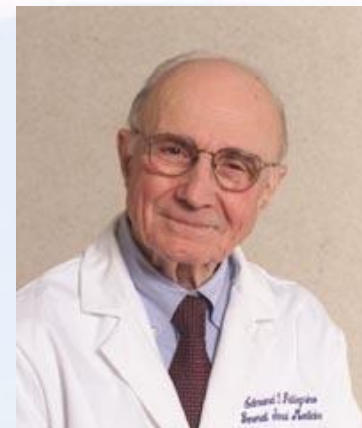
- Norm etycznych nie da się uzasadnić w oparciu o to, jak zachowuje się społeczeństwo,
- bo z tego jak się zachowują ludzie nie wynika, jak powinni się zachowywać.

Konsumencki model medycyny

- W kontraktualistyczno-konsumenckim modelu medycyny, relacja lekarz-pacjent zmienia się na relację sprzedawca-klient-konsument,
- zdrowie, opieka zdrowotna zredukowana jest 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.

Etyka dobra pacjenta

Edmunda D. Pellegrino



Podstawą norm jest **natura medycyny**, cel praktyki medycznej

Cele **wewnętrzne** praktyki medycznej są zasadnicze dla niej w stosunku do celów zewnętrznych

Moralność wewnętrzna medycynie jest jej specyfiką, w odróżnieniu od moralności zewnętrznej.

Etyka dobra pacjenta – Edmund D. Pellegrino

Podstawą norm jest **natura medycyny**,
cel praktyki medycznej

Naturę medycyny wyznacza:

(1)fakt choroby – wynikły z kondycji człowieka

Odpowiedzią na fakt choroby jest:

(2) akt profesji medycznej

(3) akt medycyny

Fakt choroby – źródłem medycyny



W swych Aforyzmach o etyce lekarskiej (aforyzm XIX) Władysław Biegański stwierdza:

„Medycyna urodziła się z niedoli, a rodzicami jej chrzestnymi były: miłosierdzie i współczucie”.

Fakt choroby

- (1) ontologicznym zagrożeniem i atakiem na nasze istnienie
- (1) zachwianiem równowagi ducha i ciała,
- (2) rozbiciem naszej integralności, jedności naszej jaźni i naszego ciała (body-self-unity)
- (3) uderzeniem w naszą wolność
- (4) zniewoleniem i tyranią naszego działania
- (5) zranieniem naszego człowieczeństwa (wounded humanity)
- (6) uczynieniem pacjenta podatnym na zranienie (state of vulnerability)



Akt profesji



- (1) „profiteri” – deklaruję głośno publicznie oznajmiam, obiecuję pomoc
- (2) potwierdzam gotowość do pełnienia tej misji złożoną przysięgą
- (3) moje kompetencje potwierdzone są zdobytą wiedzą i praktyką medyczną
- (4) kompetencje te potwierdzają instytucje medyczne, które mnie kształciły i szpitale gdzie pracuję

Akt medycyny



- (1) przywrócenie przez lekarza cielesnej harmonii chorego, czyli scalenie go w całość
- (2) odpowiedź, co jest złego ze zdrowiem – diagnoza
- (3) co można zrobić – prognoza
- (4) co powinno się zrobić – terapia

Słuszne leczenie (right) – to działanie naukowo i technicznie zgodne z potrzebami pacjenta

Dobre leczenie (good) – to działanie uwzględniające medyczne i pozamedyczne aspekty dobra pacjenta

Cel główny praktyki medycznej

a) Opieka nad chorymi z różnymi dolegliwościami i ich leczenie oraz opieka nad tymi, którzy nie mogą być wyleczeni,

i cele z nim związane

b) przynoszenie ulgi w bólu i cierpieniu spowodowanym przez choroby,

c) zapobieganie przedwczesnej śmierci i stworzenie warunków spokojnej śmierci,

d) zapobieganie chorobom i urazom oraz promocja i podtrzymywanie zdrowia.

1. *The goals of medicine: setting new priorities*: a Hastings Center project report. W: Howell J.H., Sale W.F., red.: *Life choices: a Hastings Center introduction to bioethics*. Washington, Georgetown University Press, 2000: 58, 61, 64, 65, 67, 70–72

2. Pellegrino E.D.: *The internal morality of clinical medicine: a paradigm for the ethics of the helping and healing professions*. J. Med. Philos., 2001; 26: 559–579

Dobro pacjenta

Na dobro pacjenta składają się – zdaniem E. Pellegrino – cztery składowe elementy:

- (1) **dobro medyczne** (*medical good*) określone wskazaniami medycznymi,
- (2) **dobro przeżywane przez pacjenta** według jego planów życiowych i oceny własnej sytuacji (*patient's concept of his own good*),
- (3) **dobro pacjenta jako osoby** (*good of the patient as a person*) i
- (4) **dobro duchowe pacjenta** (*spiritual good*).

Pellegrino, Edmund D., Thomasma, David C., *For the Patient's Good. The Restoration of Beneficence in Health Care*, Oxford University Press, New York, Oxford 1988

Dobroczynność-w-zaufaniu

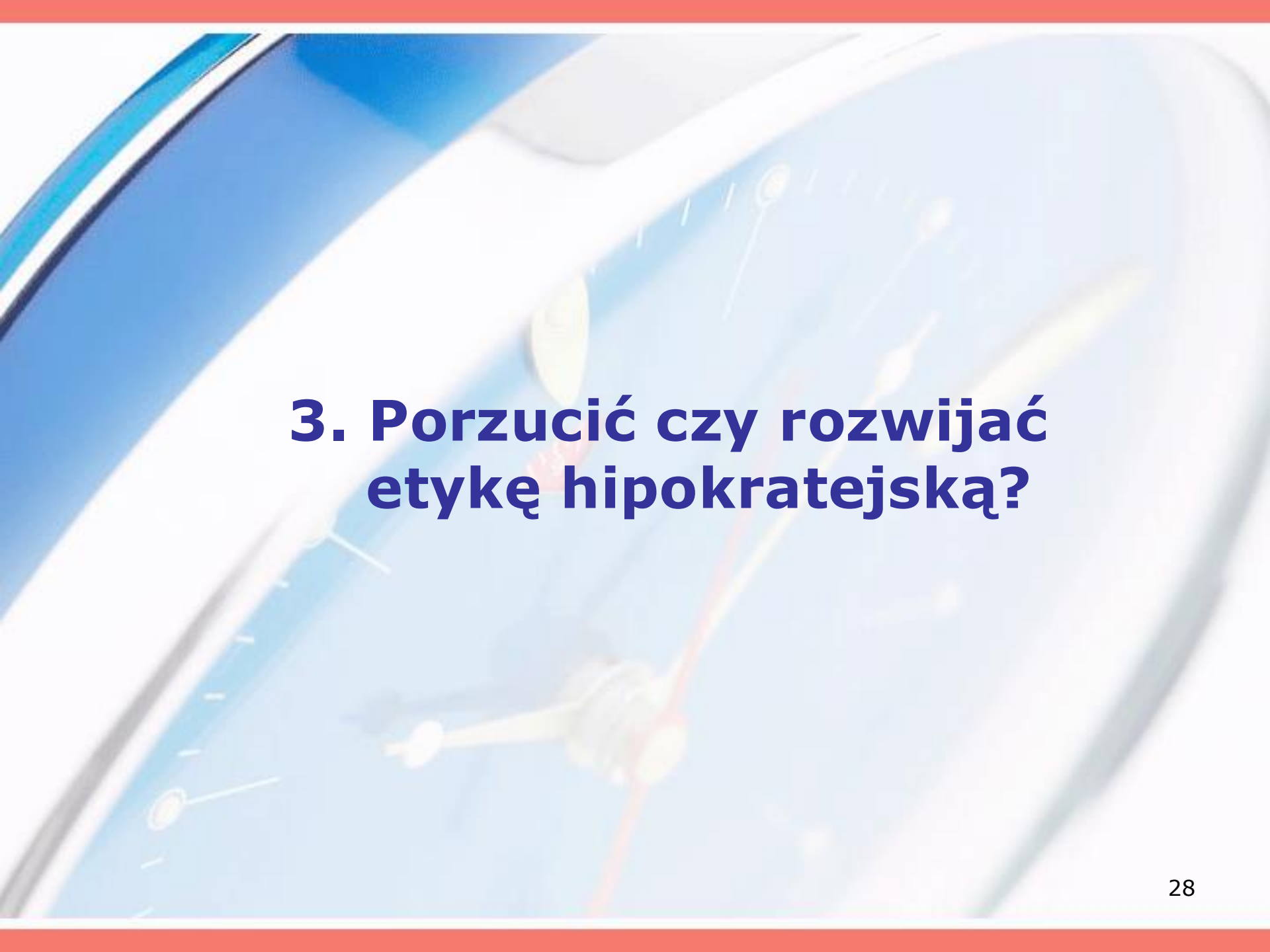
„Dobroczynność – pisze D. E. Pellegrino – jest *primum principium* wszelkiej etyki, ogólnej jak i zawodowej, a to dlatego, że jej podstawowym celem jest czynienie dobra i unikanie zła”.

Aby nie prowadziła ona do paternalizmu należy ją realizować w ramach wzajemnego zaufania
(*beneficence-in-trust*)

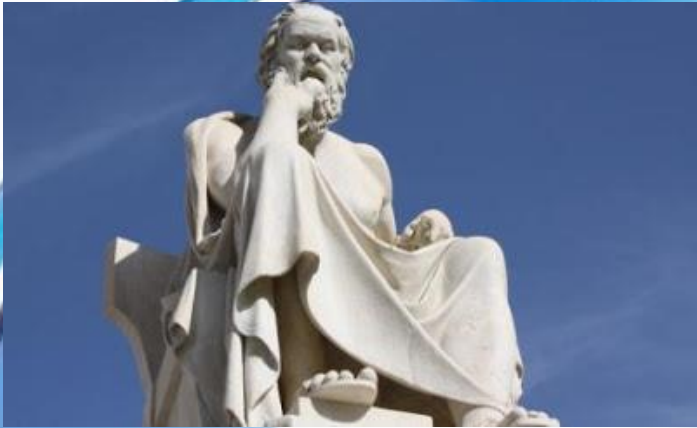
Cnoty lekarza niezbędne do realizacji dobra pacjenta

- (1). **Wierność i stałość w zaufaniu** (*fidelity to trust and promise*),
- (2) **trzymanie w ryzach swoich korzyści** (*effacement of self-interest*),;
- (3) **intelektualna uczciwość** (*intellectual honesty*),
- (4) **współczucie** (*compassion and caring*),
- (5) **odwaga** (*courage*),
- (6) **sprawiedliwość** (*justice*) i **roztropność** (*prudence*).

Pellegrino Edmund D., Thomasma David C., *The Virtues in Medical Practice*, New York, Oxford 1993



3. Porzucić czy rozwijać etykę hipokratejską?



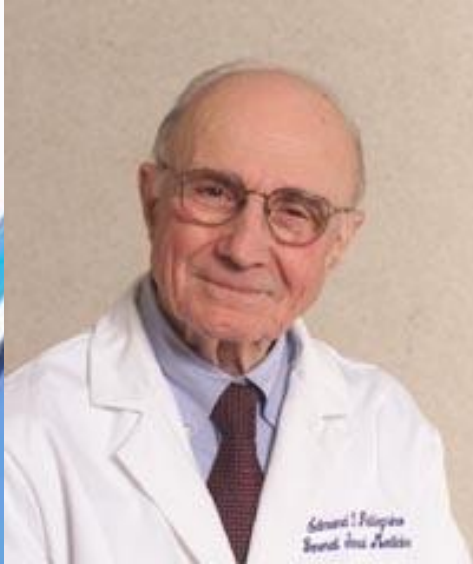
**Hipokrates (460–370 przed Chr.)
nazywany ojcem medycyny i etyki medycznej**

- Przysięga Hipokratesa była prostym, ale genialnym odczytaniem pierwszych zasad etyki medycznej.
- Zasady te należy dziś uzupełniać, bez potrzeby odrzucania tych już odkrytych.

Stanowisko liberalne i kontraktualistyczne



Liberalni bioetycy, tacy jak H.T. Engelhardt czy R.M. Veatch uważają, że treści etyczne zawarte w „Przysiędze” Hipokratesa i w „Corpus Hippocraticum” **są już dawno przebrzmiałe i martwe**, ze względu na to, że wywodzą się z wąskiej, neopitagorejskiej tradycji.



Inni ze znanych amerykańskich autorytetów medycznych i etycznych, tacy jak **E.D. Pellegrino** i D.C. Thomasma twierdzą, że „Przysięga” Hipokratesa **stoi u podstaw zachodniej etyki medycznej; została ona uniwersalizowana w Średniowieczu i potrzebuje obecnie rozwinięcia, uzupełnienia i odnowy.**

Krytyka paternalizmu etyki Hipokratesa

- W etyce tej to, co dobre dla pacjenta ustalał z góry lekarz.
- Brak uwzględnienie autonomii pacjenta
- Paternalizm lekarza wzmocniła specjalistyczna wiedza medyczna (paternalizm scientystyczny).

Uzupełnienie etyki Hipokratesa

Trzeba uzupełnić etykę Hipokratesa

- o autonomię i świadomy udział pacjenta w terapii,
- o zasady sprawiedliwego rozdziału środków i usług medycznych, których to zasad w tej etyce wyraźnie brakuje

Medycyna konsumencka a natura medycyny

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.

Zdrowie a dobra konsumpcyjne

Zdrowie nie jest dobrem konsumpcyjnym, które człowiek może sobie wybierać w supermarkecie medycznym.

W wyborze różnych dóbr luksusowych jesteśmy wolni, czyli możemy wśród nich przebierać, 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

Minimalizm medycyny kontraktualistycznej

Jeśli podczas leczenia zauważy inne, bardziej ryzykowne, ale i obiecujące możliwości terapii, to ich nie podejmuje, gdyż musi spełnić to co zapisano w kontrakcie. Kontrakt w którym obu stronom chodzi o zysk, budowany jest raczej na nieufności, na podejrzliwości, że druga strona nas chce wykorzystać. Nieufność między pacjentem i lekarzem nie jest właściwym postawą dla terapii.

Medycyna konsumencka i likwidacja etyki medycznej

- 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 autonomię oraz integralność medyczną i etyczną lekarza

Medycyna kontraktualistyczna oderwana od antropologii

Skutki **oderwania etyki medycznej od antropologii**, można obserwować choćby na przykładzie raportu bioetycznego baronowej Mary Warnock z 1984 roku, którego rozstrzygnięcia stosowane są w prawodawstwie Wielkiej Brytanii, oraz przyjęte zostały przez wielu bioetyków analitycznych i utylitarystycznych



Baroness Warnock

Zignorowanie prawa do życia w raporcie Mary Warnock

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

Report of the Committee of Inquiry into Human Fertilisation and Embryology. Chairman:- Dame Mary Warnock DBE. London 1984: 60.

Równia pochyła

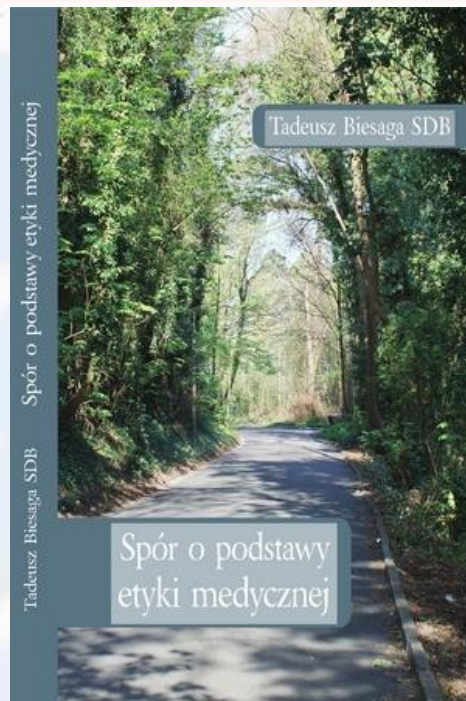
- Równia pochyła toczy się dziś w Wielkiej Brytanii dalej, legalizując w 2008 roku laboratoryjne tworzenie embrionów ludzkich bez zgody dawców gamet, przeprowadzanie sztucznego rozrodu dla kobiet zgłaszających się bez potencjalnych ojców dzieci, tworzenie embrionów ludzkich jako źródła tkanek i organów dla wcześniej urodzonego rodzeństwa oraz na tworzenie hybryd zwierzęco-ludzkich. Mamy więc do czynienia z totalnym uprzedmiotowieniem istoty ludzkiej do 14. dnia życia, z nieograniczonym eksperymentowaniem, z eksploatacją biologiczną, z mieszaniem jego natury z naturą zwierząt w procedurach tworzenia **hybryd zwierzęco-ludzkich**

Dehumanizacja medycyny

- 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 będzie żądać społeczeństwo czy państwo.

Właściwa etyka medyczna:

Jeśli chcemy mieć medycynę humanistyczną, medycynę solidarną, a nie medycynę elitarną przeznaczoną tylko dla bogatych, winniśmy przeciwstawić się likwidacji etyki i moralności wewnętrznej medycynie jako takiej, na rzecz etyki i moralności zewnętrznej względem medycyny, czyli etyki społecznej, ekonomicznej czy etyki biznesu.



Dwa elementy utrudniają nam szczególnie uzyskanie jasnej odpowiedzi. Po pierwsze, szerzący się szeroką falą relatywizm. Jeśli sens pojęcia prawdy jest kwestionowany, jeśli pojęcie prawdy ulega rozpadowi, a bezkrytyczny pluralizm, mieniący się „tolerancją”, głosi, że wszystkie opinie mają jednakową wartość – to gdzie szukać oparcia? Jakże łatwo ugrzęznąć w ruchomych piaskach powszechnego sceptycyzmu. I element drugi – komercjalizacja medycyny. Jest ona pochodną gwałtownie rosnących kosztów leczenia i sprawia, że lekarz zaczyna częściej słuchać ekonomisty niż własnego sumienia.

Prymat istoty ludzkiej wobec społeczeństwa i nauki

Godność czy wolność – medycyna personalistyczna czy kontraktalistyczna?

Tadeusz Biesaga SDB

**Elementy etyki
lekarskiej**

Europejska Konwencja Bioetyczna

31

Tekst tej książki znajduje się
też na mojej stronie domowej:

www.biesaga.info



Dziękuję za uwagę