

Weronika Chańska
Uniwersytet Warszawski

POWIERNICY? KONTRAHENCI? MISJONARZE? ŹRÓDŁA I ZAKRES OBOWIĄZKÓW LEKARZY

Pytanie: „co powinien zrobić lekarz?”, jest tylko szczególną formą pytania: „co powinno być zrobione?”.

P. Ramsey¹

Lekarze pozostają ze swoimi pacjentami w wyjątkowej relacji, która nakłada na nich szczególne obowiązki.

W. Glannon, L. F. Ross²

Czy lekarze mają jakieś szczególne obowiązki, których nie mają inni ludzie? Czy z racji wykonywanego zawodu zobowiązani są do czynów, które większość z nas uznałaby za heroiczne? Czy mają prawo odmówić pomocy, gdy jej udzielenie wiązałoby się dla nich z poważnym niebezpieczeństwem?

W artykule staram się odpowiedzieć na powyższe pytania. Przedstawiam sześć rozmaitych koncepcje dotyczących zakresu i źródła obowiązków lekarzy. Kreślę również obraz okoliczności społecznych, które zainicjowały zmiany w obrębie etyki medycznej i wpłynęły na pojęcie lekarskich powinności.

Tacy jak wszyscy

W 1983 r. na łamach „Journal of Medical Ethics” ukazał się artykuł Johna Harrisa opatrzony prowokacyjnym tytułem: „Czy lekarze muszą ratować swoich pacjentów?”³. Celem Harrisa było zwrócenie uwagi i poddanie krytyce po-

¹ P. Ramsey *Pacjent jest osobą*, przeł. S. Łypacewicz, Wydawnictwo PAX, Warszawa 1977, s. 7.

² W. Glannon, L. F. Ross *Are Doctors Altruistic?*, „Journal of Medical Ethics” 2002, t. 28 nr 2, s. 68.

³ J. Harris *Must Doctors Save Their Patients?*, „Journal of Medical Ethics” 1983, nr 9, s. 211–218. Rozszerzona wersja niniejszego artykułu stanowi jeden z rozdziałów wydanej w 1991 r. książki Harrisa zatytułowanej *The Value of Life*, Routledge, London, New York 1991. Przytaczane przeze mnie cytaty pochodzą z tej pracy.

wszechnego mniemania, jakoby przedstawiciele zawodów medycznych mieli szczególnie obowiązek ratowania ludzkiego życia. Obowiązek ten – tak zwykła sądzić większość ludzi – wynika z faktu, iż wykonują oni określony zawód. Harris starał się dowieść, że ci, którzy tak rozumują, są w błędzie.

Zdaniem Harrisa, obowiązek ratowania ludzkiego życia (czy ogólniej: pomocy w potrzebie) dotyczy wszystkich ludzi: „Byłoby rzeczą dziwną – pisał – sądzić, że istnieje specjalna kategoria ludzi, których szczególnym i najważniejszym obowiązkiem jest powstrzymywanie się od zabijania bądź ranienia nas lub chronienie nas przed ryzykiem śmierci, zranienia lub bólu. W ogóle nikt nie powinien narażać nas na tego rodzaju ryzyko. Z tych samych powodów każdy, kto może, powinien ratować lub pomagać ratować nasze życie i chronić nasze zdrowie”⁴.

Obowiązek udzielenia pomocy medycznej jest, zdaniem autora, jedynie szczególnym przypadkiem obowiązku powstrzymania się od zabijania i krzywdzenia innych. Obowiązek taki spoczywa na wszystkich ludziach. Naruszeniem tego obowiązku, przekonuje Harris, jest zarówno aktywne działanie, jak i zaniechanie, na skutek którego dochodzi do śmierci drugiego człowieka. Odpowiedzialnym jest zarówno ten, kto zabija, jak i ten, kto uchyla się od udzielenia pomocy⁵.

Osobom, które w dalszym ciągu są przekonane, iż odpowiedzialność lekarza jest większa niż odpowiedzialność człowieka nienależącego do profesji medycznej, autor proponuje rozważenie następującego przykładu. Zbadajmy, mówi Harris, przypadek morderstwa: czy istnieje jakakolwiek istotna, z moralnego punktu widzenia, różnica pomiędzy sytuacją, gdy morderstwa dokonuje osoba nieznajoma a przypadkiem, gdy zabójcą jest syn ofiary? Wiele osób odruchowo odpowie twierdząco, wskazując, że morderstwo dokonane na osobie ojca jest gorszą zbrodnią niż zabicie nieznajomego. Czemu jednak mielibyśmy przyjąć, że tak właśnie jest? – pyta Harris. W obu przypadkach w grę wchodzi taki sam czyn: pozbawienie życia drugiego człowieka.

Zakaz zabójstwa, przekonuje autor, ma charakter uniwersalny – nie jest słabszy w przypadku nieznajomych, a silniejszy w odniesieniu do członków własnej rodziny. Nie wolno nam zabijać innych ludzi bez względu na to, kim są i w jakiej relacji pokrewieństwa do nas pozostają. Dlatego też zabicie nieznajomego jest w równym stopniu złe co zabicie własnego ojca. Odmienna opinia części ludzi bierze się, zdaniem Harrisa, z pomieszaniem oceny czynu z oceną charakteru zbrodniarza. Prawdą jest, że możemy żywić większą niechęć do syna, który zabija własnego ojca, możemy nawet wątpić, czy osoba taka zasługuje na miano „sy-

⁴ J. Harris *The Value of Life*, op. cit., s. 52.

⁵ Harris zdecydowanie sprzeciwia się opinii jakoby powstrzymanie się od działania nie pociągało za sobą odpowiedzialności za skutki takiej decyzji. Na użytek prowadzonych rozważań proponuje mówić o dwóch rodzajach odpowiedzialności – „pozytywnej”, w przypadku aktywnego sprawstwa i „negatywnej” w przypadku zaniechania.

na”. Nie ma to jednak nic wspólnego z oceną czynu – w obu przypadkach jest ona bowiem taka sama⁶.

Przytoczony przykład służył Harrisowi do pokazania, że związki pokrewieństwa nie sprawiają, iż pozostające w nich osoby posiadają obowiązki, które różnią się od obowiązków moralnych wiążących innych ludzi. Podobnie rzecz ma się z lekarzami – ich szczególnego rodzaju związek z pacjentami, o którym tak często się pisze, nie generuje żadnych dodatkowych obowiązków: „W przypadku ochrony życia bądź innych podstawowych form jego ratowania lekarze oraz pracownicy służby zdrowia mają taki sam moralny obowiązek podjęcia się tego, jak każdy inny, kto może i ma sposobność to uczynić. Kontrakt, jaki podpisuje lekarz, niezależnie od tego, że figuruje na papierze, nie może zwiększać tego zobowiązania, gdyż jest ono jednakowe dla nas wszystkich. I jeśli kontrakty nakładają tego rodzaju obowiązek, fakt, że jest on dodatkowo przedmiotem umowy, a nie tylko zobowiązaniem moralnym, nie nakłada żadnego dodatkowego obowiązku, gdyż obowiązek ten jest tak silny jak to tylko możliwe”⁷.

Moralny obowiązek ratowania życia innych ludzi jest, zdaniem autora, podstawowym obowiązkiem ciężącym na każdym człowieku. Dlatego też wszyscy są w jednakowym stopniu odpowiedzialni za jego przestrzeganie. Obowiązki zawodowe, tj. wynikające z kontraktów, umów o zatrudnieniu czy indywidualnych zobowiązań, nie mają, w opinii Harris'a, charakteru obowiązków *sensu stricto* moralnych. Te bowiem wynikają z określonych uniwersalnych norm postępowania i jako takie odnoszą się do wszystkich ludzi.

Na czym zatem polega, zdaniem autora, różnica między przedstawicielami zawodów medycznych a laikami, która skłania większość ludzi do odmiennej oceny moralnej ich działań? Harris wskazuje na dwa istotne elementy. Po pierwsze, w wielu sytuacjach, gdy konieczne jest udzielenie pomocy, lekarze są jedynymi osobami, które – ze względu na swoje wykształcenie – dysponują realną możliwością uczynienia tego. Po drugie zaś, z racji wykonywanego zawodu, lekarze są częściej wystawieni na sytuacje, w których konieczne jest udzielenie pomocy drugiemu człowiekowi. Różnica między przedstawicielami profesji medycznych a laikami nie jest więc różnicą obowiązku, a różnicą prawdopodobieństwa znalezienia się w sytuacji, gdy istnieje obowiązek udzielenia pomocy drugiej osobie.

Przekonanie o tym, iż nie ma szczególnego rodzaju różnic między zasadami moralności potocznej a wskazaniem etyki lekarskiej wyraża również Maria Ossowska. Komentując, przypisywany Hipokratesowi, zbiór zaleceń po adresem lekarzy, pisze: „Wymagania stawiane w tej przysiędze lekarzowi, nie zdają się wnosić nic nowego ani nie czynić żadnego wyłomu w naszych potocznych opiniach etycznych. Wyrządzanie komuś krzywdy, dawanie komuś trucizny itd. u nikogo nie bywa pochwalane, a podkreśla się to tutaj szczególnie, gdyż lekarze czę-

⁶ Dla Harris'a, który jest utilitarystą, to właśnie ocena czynu jest oceną moralną *par excellence*.

⁷ *Ibidem*, s. 55.

sto mają do tego rodzaju czynów sposobność. Podstępne wyzyskiwanie sytuacji, jakie ma miejsce w przypadku, gdy się pod pozorami leczenia zaspokaja jakieś pokusy erotyczne, ma swoje liczne analogie poza zawodem lekarskim i bywa zawsze przedmiotem nagany, a wyodrębnione jest tutaj, ponieważ leczenie znowu nastrocza po temu liczne okazje. To samo, *mutatis mutandis*, da się powiedzieć o żądanej od lekarzy czy spowiedników dyskrecji. Lekarzowi nie pozwalamy korzystać z wiadomości osobistych, które mu ktoś – ponieważ jest to niezbędne dla postawienia trafnej diagnozy – powierza w zaufaniu – tak jak w ogóle zabrania-
my *każdemu* wyzyskiwać czyjeś zaufanie”⁸.

Podobnego zdania są Tom L. Beauchamp i James F. Childress⁹. Przedstawiona przez nich propozycja etyki medycznej opiera się – co autorzy z naciskiem podkreślają – na zasadach wywodzących się z moralności potocznej¹⁰. Cztery wyróżnione normy: zasada autonomii, zasada nieszkodzenia, zasada dobroczynności i zasada sprawiedliwości odzwierciedlają, zdaniem Childressa i Baeuchampa, powszechnie podzielane przekonania moralne. Uczynienie właśnie tych zasad podstawą etyki medycznej wynika z rodzaju problemów moralnych w obliczu których stają w swej codziennej praktyce lekarze. Dylematy te mają jednak charakter uniwersalny, tj. nie różnią się co do „natury” od problemów spotykanych w życiu codziennym.

Przekonanie o konieczności ugruntowania etyki medycznej w oparciu o normy wywodzące się z moralności potocznej jeszcze dobitniej wyrażają Bernard Gert i Danner Clouser¹¹. Ich zdaniem, źródłem uzasadnionych przekonań na gruncie etyki medycznej jest „jedna spójna teoria etyczna”, oferująca systematyczny opis i uzasadnienie „powszechnie podzielanego systemu przekonań moralnych”. Celem proponowanej przez nich teorii jest stworzenie „uniwersalnych mechanizmów rozstrzygania problemów moralnych, na które zgodziliby się wszyscy biorący udział w debacie”. W ten sposób, zdaniem autorów, możliwe stanie się uniknięcie jednostronności charakteryzującej tradycyjne ujęcia etyki medycznej.

Przedstawione stanowisko, zgodnie z którym obowiązki moralne lekarzy nie różnią się od powinności ciążących na osobach nie należących do profesji medycznej, jest często kwestionowane. Zazwyczaj mamy do czynienia z przeświadczeniem, iż lekarze, z racji wykonywanego przez siebie zawodu, obarczeni są pewnymi dodatkowymi obowiązkami.

⁸ M. Ossowska *Podstawy nauki o moralności*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1963, s. 367 (podkreślenie w tekście).

⁹ James F. Childress, Tom L. Beauchamp *Zasady etyki medycznej*, wyd. IV, przeł. W. Jędrzejewski, Wydawnictwo Książka i Wiedza, Warszawa 1996.

¹⁰ Wkład autorów polega jedynie na „nadaniu etyce opartej na zasadach i moralności potocznej postaci modelu koherencyjnego” (*ibidem*, s. 112).

¹¹ H. D. Clouser, B. Gert *A Critique of Principlism*, „The Journal of Medicine and Philosophy” 1990, nr 15, s. 219–236 oraz B. Gert, C. M. Culver, H. D. Clouser *Bioethics: A Return to Fundamentals*, Oxford University Press, New York 1997 (szczególnie s. 3–6 i 15–19).

Rola

Jednym z najczęściej wskazywanych źródeł dodatkowych obowiązków spoczywających na lekarzach jest „powołanie i godność zawodu lekarskiego”. Zbigniew Szawarski, zabierając głos w dyskusji na temat tego, czy chirurg, w obliczu zagrożenia, jakie stwarza dla niego kontakt z osobą zakażoną wirusem HIV, może odmówić wykonania zabiegu u takiego pacjenta, argumentował następująco: „Nikt z nas nie ma moralnego obowiązku być bohaterem i nikt z nas nie ma moralnego obowiązku być lekarzem; jeśli jednak ktoś dobrowolnie wybiera karierę medyczną, to tym samym dobrowolnie przyjmuje na siebie obowiązek spieszenia z pomocą wszystkim, którzy tego potrzebują. Etyka lekarska jest w swej najgłębszej istocie etyką dobrego samarytanina”¹².

Dość tajemniczo brzmiące określenie „powołanie i godność zawodu” we współczesnych dyskusjach często zastępowane jest, przejętym z dziedziny socjologii, pojęciem „roli społecznej”. To z nią właśnie – zdaniem wielu etyków – związane są dodatkowe obowiązki, jakie spoczywają na reprezentantach zawodów medycznych¹³.

Od osoby pełniącej daną rolę (w tym przypadku lekarza) wymaga się posiadania odpowiednich cech fizycznych i dyspozycji psychicznych, jak również zgody na wykonywanie szczególnego rodzaju zadań wykraczających poza obowiązki reszty członków społeczeństwa. W zamian za to osoba ta uzyskuje odpowiednie korzyści (tzw. status społeczny) – czy to w postaci wynagrodzenia pieniężnego czy społecznego prestiżu. „Pełnienie przez osobę określonej roli zawodowej wyznacza zakres tego, co jest od niej wymagane, co dozwolone, a co zakazane, oraz wskazuje, w jaki sposób winno się dokonywać oceny jej charakteru i działań”¹⁴.

Panuje dość powszechna opinia, że warunkiem stania się członkiem środowiska lekarskiego jest akceptacja odpowiedniego kodeksu etyki zawodowej i zobowiązanie się do postępowania zgodnie z zawartymi w nim normami. Ktoś staje się lekarzem nie wskutek tego, że ukończył określone studiów – następuje to w chwili podjęcia przez niego obowiązków, jakie związane zostały z daną rolą zawodową.

Pewną próbą dookreślenia, na czym polega społeczna rola lekarza jest wskazanie na szczególny rodzaj relacji, łączącej przedstawicieli zawodów medycznych z osobami korzystającymi z ich usług. W literaturze zwykło się określać, iż zwią-

¹² Z. Szawarski *Etyka, chirurgia, AIDS*, „Medycyna. Dydaktyka. Wychowanie” 1990, nr 3–4, s. 41

¹³ Pojęcie „roli społecznej”, tak jak zazwyczaj rozumie się je na gruncie przytaczanych rozważań etycznych, zostało zapożyczzone z prac Talcotta Parsonsa. Zob. T. Parsons *Szkice z teorii socjologicznej*, przeł. A. Bentkowska, Wydawnictwo PWN, Warszawa 1972.

¹⁴ A. Appelbaum *Ethics for Adversaries: the Morality of Roles in Public and Professional Life*, Princeton University Press, Princeton 1998, s. 51; cyt. za: W. Glannon, L. F. Ross, *op. cit.*

zek ten ma charakter powierniczy (*fiduciary relationship*), a więc, że jest to relacja oparta na zaufaniu. Zwraca się uwagę na ogromną dysproporcję pozycji obu stron. Lekarz jest osobą, która dysponuje wiedzą i umiejętnościami. Pacjent natomiast pozbawiony jest tych przymiotów, co więcej: zwracając się do lekarza kieruje się zazwyczaj nagłą potrzebą, w obliczu której jest często bezradny, niekiedy doświadcza również fizycznego i psychicznego bólu. Tęgo rodzaju sytuacja wymaga od lekarza, aby nie wykorzystywał posiadanej przewagi, lecz by powściągnął własne interesy i podporządkował je interesom zwracającego się do niego pacjenta. „Ci, którzy potrzebują profesjonalnej pomocy, na podstawie samej natury ich potrzeby są całkowicie bezradni i podatni na wykorzystanie. Etyka zawodowa opiera się na przesłance ufności, która głosi, że wspomniana bezbronność nie zostanie wykorzystana oraz że konieczna w tej sytuacji wiedza zostanie użyta w dobrej wierze”¹⁵.

Altruizm

Jeśli zgodzimy się, że rola pełniona przez przedstawicieli środowiska medycznego stawia przed nimi szczególne wymagania, a w konsekwencji nakłada na nich dodatkowe obowiązki, pojawia się pytanie: czy tym samym należy uznać, iż lekarze są altruistami, a działania, jakich się podejmują, mają charakter supererogacyjny (tj. dalece wykraczający poza to, czego wymaga się od zwykłych ludzi)? Zagadnienie to jest przedmiotem dyskusji zamieszczonej na łamach kwietniowego numeru „Journal of Medical Ethics”. Sympozjum nadano tytuł: „Bohaterowie – czy osoby które po prostu wykonują swoją pracę?”¹⁶

Po stronie poglądu, iż zawód lekarza wiąże się z pełnieniem zadań i obowiązków, które na gruncie moralności potocznej uchodzą za ponadobowiązkowe opowiada się w swym artykule Alan McKay¹⁷. Wprowadza on pojęcie „nieograniczonej supererogacji” (*unqualified supererogation*), tj. działania, które jest w sposób niepochozny (samo w sobie) dobre, godne podziwu i podjęte ze względu na innych ludzi bez względu na możliwe koszty ze strony działającego. Zdaniem McKaya wykonywanie zawodu medycznego jest właśnie aktem, który moglibyśmy określić mianem „nieograniczonej supererogacji”. „Wykonując swój zawód, lekarz podporządkowuje się praktyce klinicznej i wewnętrznym standardom postępowania wypracowanym przez środowisko medyczne. Jednocześnie – tak długo, jak długo wykonuje swój zawód – reprezentuje wzorzec postępowania,

¹⁵ E. D. Pellegrino *Self-Interest, the Physician's Duties, and the Medical Ethics: A Philosophical and Theological Challenge*, w: Courtney S. Campbell, Andrew Lustig (red.), *Duties to Others*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, Boston, London 1994, s. 126.

¹⁶ Symposium: „Heroes or Just Doing Their Jobs?”, „Journal of Medical Ethics” 2002, t. 28, nr 2, s. 68–74.

¹⁷ A. C. McKay *Supererogation and the Profession of Medicine*, „Journal of Medical Ethics” 2002, t. 28, nr 2, s. 70–74.

które z punktu widzenia ogółu społeczeństwa postrzegane jest, lub powinno być, jako ponadnormatywne (supererogacyjne)¹⁸.

Przeciwnego zdania niż McKay jest Robin Downie. Jego zdaniem lekarz jedynie wykonuje swoją pracę, a obowiązki, jakie na nim spoczywają, niczym nie różnią się od powinności ciążyących na przedstawicielach innych zawodów. „Co jest podstawowym obowiązkiem lekarza? Leczyć swoich pacjentów zgodnie z ich najlepiej pojętym interesem medycznym. Nie ma to nic wspólnego z moralnym obowiązkiem dobroczynności; jest to po prostu charakterystyka określonego zawodu”¹⁹.

Wykonywanie zawodu medycznego nie jest, w opinii autora, aktem heroizmu. Jest pracą jak każda inna. „Arystoteles twierdzi, że dobro jest celem każdego działania, nie ma jednak na myśli dobra w sensie moralnym. „Dobrem”, do którego zmierza każde działanie jest po prostu rezultat, dla osiągnięcia którego je podjęto. W przypadku medycyny jest to najlepiej pojęty interes medyczny pacjenta. Dążenie do tego celu nie stawia cię w szeregu świętych i męczenników, a nawet nie sytuuje w gronie osób w umiarkowanym stopniu zacnych moralnie. Jest to twój sposób zarabiania na życie”²⁰.

Umowa

Wypowiedź Downiego, zdecydowanie sprzeciwiającego się postrzeganiu praktyki medycznej jako swego rodzaju misji, jest echem dyskusji, jakie na temat kształtu i zadań współczesnej medycyny toczyły się w połowie lat osiemdziesiątych. Wtedy to – na skutek zdania sobie sprawy z wpływu czynników natury ekonomicznej na praktykę medyczną – dość powszechne stało się porównywanie do procesu wymiany towarów i usług. W artykule zatytułowanym *Beneficence, Supererogation and Role Duty* John Reeder pisze: „Zapewnienie opieki zdrowotnej, podobnie jak zapewnienie pożywienia, jest elementem ekonomii; opieka medyczna jest jednym z wielu podstawowych dóbr i usług, które są nabywane oraz stanowią przedmiot wymiany w zamian za inne wartości w złożonym systemie opartym na podziale pracy”²¹.

Zdaniem autora, relacja jaka zachodzi między członkami personelu medycznego a ich „klientami” przypomina wymianę towarów i usług. I jak każda wymiana obwarowana jest pewnymi warunkami. W odniesieniu do praktyki medycznej warunki te dają się w opinii Reedera sprowadzić do czterech głównych zasad:

¹⁸ *Ibidem*, s. 70.

¹⁹ R. S. Downie *Supererogation and Altruism: A Comment*, „Journal of Medical Ethics” 2002, t. 28, nr 2, s. 76. Podobne stanowisko wyraża Downie w artykule: *Professional Ethics*, „Journal of Medical Ethics” 1986, 12, s. 64–66.

²⁰ *Ibidem*.

²¹ J. P. Reeder, Jr. *Beneficence, Supererogation, and Role Duty*, w: E. Shelp (red.), *Beneficence and Health Care*, D. Reidel Publishing Co., Dordrecht, Boston, London 1982, s. 96.

(1) osoby, które przeszły odpowiednie szkolenie i uzyskały świadectwo potwierdzające ich kwalifikacje zgadzają się świadczyć swoje usługi w zamian za co otrzymują prawa i przywileje zawodowe;

(2) członkowie społeczeństwa domagają się od danej grupy usług, zobowiązując się jednocześnie do zapewnienia jej członkom odpowiedniego wynagrodzenia;

(3) jeśli osoba potrzebująca pomocy spełnia określone warunki (techniczne i moralne), wówczas osoba świadcząca usługi medyczne uznaje ją za swojego klienta;

(4) relacja między klientem a usługodawcą jest kształtowana przez zbiór praw i obowiązków;

Zdaniem Ronalda Greena, stopniowa eliminacja pojęcia altruizmu i odchodzenie od ukształtowanego przez tradycyjne etyki medyczne pojmowania obowiązku dobroczynności jest także następstwem społecznych przemian w postrzeganiu roli medycyny²². Konserwatywny ideał opieki medycznej jako serii jednostkowych aktów szczodrości dokonywanych przez lekarza wobec chorych znajdujących się w potrzebie został wyparty przez model systemu opieki, oparte go na tym, co niektórzy autorzy określają mianem „politycznego” lub „instytucjonalnego” altruizmu²³. „Nastawienie to można najkrócej przestawić jako coraz częściej dominujące przekonanie, że o opiece medycznej nie powinno się myśleć jako o czymś, co jest dobrowolnie ofiarowywane przez grupę szczodrych osób innym ludziom znajdującym się w potrzebie, lecz raczej jako o w pełni uzasadnionym roszczeniu, wysuwanym przez jednostki pod adresem społeczeństwa i środowiska osób świadczących usługi medyczne”²⁴.

Tak zdefiniowany system miał, w opinii jego twórców, służyć zapewnieniu bardziej sprawiedliwego podziału dóbr i zagwarantowaniu wszystkim obywatelom jednakowej dostępności do środków opieki medycznej.

Wpływ czynników natury ekonomicznej zaznaczył się nie tylko w postaci uświadomienia sobie konieczności stworzenia nowego modelu opieki zdrowotnej. Innym następstwem było zjawisko określane nieraz mianem „komercjalizacji” zawodu lekarskiego. Przedstawiciele profesji medycznej zaczęli postrzegać siebie jako wolnych uczestników swobodnej gry rynkowej. Praktyka medyczna stała się w ich oczach sposobem na osiągnięcie takich samych korzyści, jakich w społeczeństwie opartym na zasadzie konkurencji słusznie może oczekiwać każdy ciężko pracujący przedsiębiorca czy menedżer. Dość szybko zorientowano się, że świadczenie usług medycznych może stanowić „dobry in-

²² R. M. Green *Altruism in Health Care*, w: E. Shelp (red.), *Beneficence and Health Care*, D. Reidel Publishing Co., Dordrecht, Boston, London 1982.

²³ R. Plant *Gives, Exchanges and the Political Economy of Health Care*, cz. I, „Journal of Medical Ethics” 1978, 3, s. 173. M. Silver *Affluence, Altruism and Atrophy*, New York University Press, New York 1980, s. 5.

²⁴ R. M. Green, *op. cit.*, s. 241.

teres”, zaś bycie lekarzem stać się równie uprawnionym sposobem zarabiania na życie.

„Paradygmat rynku”, jak określa to zjawisko John Arras, przyczynił się do zaniku wielu tradycyjny obowiązków zawodu lekarskiego²⁵. Jako równorzędni uczestnicy wolnej gry rynkowej lekarze zaczęli domagać się zrównania w obowiązkach z innymi graczami. Wszelkie dodatkowe obowiązki nie miały wpływać z jakiś odgórnie narzuconych regulacji, lecz być przedmiotem ich samodzielnego wyboru – elementem przyjętej strategii.

Przekształceniu tradycyjnych obowiązków natury zawodowej w zbiór dobrowolnie zaciąganych przez poszczególnych lekarzy zobowiązań sprzyjała również społeczna akceptacja autonomii jednostki i wynikających z niej praw. By lepiej zrozumieć, na czym polegała owa zmiana, warto poświęcić chwilę uwagi prześledzeniu różnic między pojęciami obowiązku i zobowiązania²⁶.

Zobowiązanie powstaje na skutek dobrowolnego aktu jednostki. Nie jest zatem wyznaczone przez instytucje czy praktyki społeczne – jednostki, które podejmuje wobec siebie zobowiązania, są w danej relacji równymi sobie podmiotami. Inaczej jest w przypadku obowiązków związanych z pełnieniem określonej roli społecznej. Nie są efektem świadomego wyboru, lecz przyjmuje się, że ich przyjęcie nastąpiło z chwilą podjęcia się pełnienia określonej roli.

Drugą istotną cechą zobowiązania jest to, że powstaje ono między dwiema jednostkami: tą, która obiecuje, i tą, której obietnica jest składana. Zobowiązanie jest składane zawsze *wobec kogoś*, ustanawiając jednocześnie szczególną relację między obydwoma stronami.

Szczególny charakter zobowiązania zasadza się na tym, że może być ono w dowolnym momencie podjęte i w każdej chwili rozwiązane przez osobę, której obietnica została złożona. W przypadku relacji lekarz–pacjent daje to obu stronom określone korzyści. Pacjentowi gwarantuje swobodę wyboru lekarza, a także rezygnacji z usług, gdyby okazało się, że nie spełniają jego oczekiwań. Lekarz zyskuje natomiast możliwość wyboru osoby, która będzie jego pacjentem i w stosunku do której będzie związany określoną powinnością.

Kolejnym elementem, który odróżnia zobowiązanie od obowiązku jest to, że przedmiotem zobowiązania może stać się dowolna czynność. Zyskuje to szczególne znaczenie z chwilą uznania, że najlepszym ekspertem w dziedzinie własnego „dobra” jest pacjent. To on posiada decydujący głos w sprawie rodzaju leczenia, jakie-

²⁵ John D. Arras *Taking Duties Seriously? The Decline of Duties in Rights Culture*, w: Courtney S. Campbell, Andrew Lustig (red.), *Duties to Others*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, Boston, London 1994.

²⁶ Różnicę między obowiązkiem a zobowiązaniem rekonstruuje na podstawie prac: J. Rawls *Teoria sprawiedliwości*, przeł. M. Panufnik, J. Pasek, A. Romaniuk, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1994 (przede wszystkim s. 155–166); H. L. A. Hart *Legal and Moral Obligation*, w: A. I Melden (red.), *Essays in Moral Philosophy*, Seattle and London: University of Washington Press, 1958, (w głównej mierze s. 100–105); oraz: R. B. Brandt *The Concepts of Obligation and Duty*, „Mind” 1964, nr 73, s. 374–393.

mu zostanie poddany. Rola lekarza sprowadza się jedynie do wskazania, na podstawie posiadanej wiedzy i umiejętności, najlepszego sposobu realizacji wskazanego przez pacjenta „dobra”. Relacja oparta na zobowiązaniu gwarantuje daleko posuniętą autonomię pacjenta. Jednocześnie, ze względu na fakt, iż zobowiązanie często przyjmuje postać umowy cywilnoprawnej zapewnia obu stronom ochronę prawną ich interesów i daje możliwość skutecznego egzekwowania słusznych roszczeń.

Tego rodzaju ujęcie powinności lekarskich, gdzie „wszystko może stać się przedmiotem negocjacji pomiędzy i wśród lekarzy, pacjentów, społeczeństwa i rządu”, ma równie wielu zwolenników, co przeciwników. Jednym z najbardziej zagorzałych przedstawicieli tej drugiej grupy jest Edmund Pellegrino. Wskazuje on, iż tego rodzaju umowy są sprzeczne z tradycyjnym pojęciem medycyny. Ich celem jest zagwarantowanie zaspokojenia interesów obu stron, podczas gdy istotnym celem praktyki medycznej jest troska o uniwersalne dobro. Umowy są również świadectwem braku zaufania między lekarzami a resztą społeczeństwa, które od najdawniejszych czasów było, zdaniem autora, fundamentem etyki medycznej²⁷. Kontrakt niszczy, zdaniem Pellegrino, specyficzny rodzaj relacji, jaka istniała między pacjentem a lekarzem, sytuując ich w pozycji adwersarzy. „Brak jest solidnych podstaw, by oczekiwać, że lekarze będą reagowali kierując się dobroczynnością w przypadkach szczególnego rodzaju słabości, niepokojów czy potrzeb, które wykraczają poza ramy kontraktu. Pacjenci nie mogą dłużej liczyć na oddanie lekarza idei postępowania zgodnie z wyższymi zasadami dobroczynności niż te, które stanowią ścisłą realizację zapisów umowy”²⁸.

Misja

Część teoretyków przeciwna „kontraktowemu” modelowi medycyny podjęła próbę przywrócenia zbioru wartości, tradycyjnie związanych z profesją medyczną. Służyć temu miało przypomnienie zagubionego, ich zdaniem, wymiaru etyki, a mianowicie etyki opartej na katalogu cnót. Autorzy ci stanęli na stanowisku, iż właściwym zagadnieniem etyki medycznej nie jest pytanie: jakie obowiązki posiada lekarz, lecz: jakim człowiekiem powinien być? Odpowiedzi na to pytanie próbowano szukać odwołując się do tzw. wewnętrznej etyki medycyny.

Poszukiwania te w dużej mierze zostały zainspirowane wydaną w 1981 r. książką Alasdaira’a MacIntyre’a *After Virtue*²⁹. Zdaniem autora podstawowym obiektem analizy etycznej powinny być wspólnoty, a więc grupy ludzi działających w celu realizacji pewnego projektu (wspólnego dobra). Na ich bowiem gruncie wy-

²⁷ „Ludzie, którzy wzajemnie sobie ufają – pisze Pellegrino – nie podpisują umów” (E. Pellegrino *Self-Interest...*, *op. cit.*, s. 133).

²⁸ *Ibidem*.

²⁹ A. MacIntyre *After Virtue*, Notre Dame University Press, Notre Dame 1981. Polski przekład: A. MacIntyre *Dziedzictwo cnoty*, przeł. A. Chmielewski, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1996. Przytoczane przeze mnie cytaty pochodzą z polskiego wydania.

twarzone zostają określone przekonania moralne, które zostają następnie przejęte przez poszczególne jednostki, stając się podstawą ich systemów etycznych.

Według MacIntyre'a, każda wspólnota konstytuowana jest przez zespół określonych praktyk. „Przez „praktykę” mam na myśli wszelką spójną i złożoną formę społecznie ustanowionej, kooperatywnej działalności ludzkiej, poprzez którą dobra wewnętrzne wobec tej działalności są realizowane w procesie dążenia do realizacji wzorców doskonałości, które są charakterystyczne dla tej formy działalności i które po części ją definiują”³⁰.

Autor posługuje się rozróżnieniem dóbr „wewnętrznych” i „zewnętrznych” w stosunku do praktyki. Dobra „wewnętrzne” w sposób ścisły wiążą się z daną praktyką – są to te dobra, których nie można uzyskać inaczej niż przez uczestnictwo w praktyce. Jest tak, gdyż dobra te mogą być zdefiniowane jedynie przy pomocy pojęć wywodzących się z owej praktyki; ich rozpoznanie dokonuje się na skutek udziału w praktyce. Jak ujmuje to autor: „Ludzie, którzy nie mają odpowiedniego doświadczenia, są z tej racji niekompetentni jako sędziowie dóbr zewnętrznych”³¹.

Dobra zewnętrzne związane są z praktykami w sposób przypadkowy, wynikający z okoliczności społecznych. Są to dobra takie jak prestiż, status i pieniądze.

Rozpoznanie dóbr wewnętrznych wymaga, o czym była już mowa, przynależności do określonej praktyki. Przyjrzyjmy się teraz, w jaki sposób jest ona realizowana: „Każda praktyka obejmuje wzorce doskonałości i posłuszeństwa pewnym zasadom, jak również samo osiągnięcie dóbr. Wkroczyć do danej praktyki oznacza uznać autorytet tych wzorców oraz to, że niedoskonałość moich starań będzie osądzana według tych wzorców. Oznacza to podporządkowanie własnych postaw, wyborów, preferencji i upodobań wzorcom, które – doraźnie i tylko do pewnego stopnia – definiują praktykę”³².

Każda wspólnota, która poprzez określone praktyki dąży do realizacji pewnych dóbr, wypracowuje reguły, jakim podlegają jej członkowie. One to wyznaczają właściwy sposób postępowania.

Zdaniem niektórych, badaczy zaproponowana przez MacIntyre'a charakterystyka doskonale nadaje się do analizy profesji medycznej. Oferuje aparaturę pojęciową, dzięki której możliwe staje się wskazanie dóbr, które są wewnętrzne w stosunku do praktyki medycznej, które tym samym powinny wyznaczać cel działań lekarzy.

Tak rozumiana „wewnętrzna moralność medycyny” jest terminem, który kojarzy się przede wszystkim z nazwiskiem Edmunda Pellegrino³³. Jego zdaniem,

³⁰ *Ibidem*, s. 338.

³¹ *Ibidem*, s. 340.

³² *Ibidem*, s. 323–324.

³³ Jego najważniejsze prace poświęcone temu zagadnieniu to: *The Healing Relationship: The Architectonics of Clinical Medicine*, The University of Texas Health Sciences Center, Houston 1982; *The Healing Relationship: The Architectonics of Clinical Medicine*, w: E. Shelp (red.), *The Clinical Encounter: The Moral Fabric of Patient-Physician Relationship*, D. Reidel, Dordrecht 1983; *The Goals and Ends of Medicine: How Are They to Be Defined?*, w: M.J. Hanson and D. Callahan (red.), *The Goals of Medicine: The Forgotten Issue in Health Care reform*,

mówienie o wewnętrznej moralności pewnych zawodów ma na celu wskazanie, iż „etyka tych zawodów ma swoje źródło w ich naturze, w czymś, co jest dla nich swoiste i co stanowi dobro, do którego zmierzają”³⁴. Pellegrino nawiązuje tu do myśli Arystotelesa, zgodnie z którym każde działanie (*praxis*) wyposażone jest (zawiera w sobie) swój własny cel³⁵. Medycyna jest, zdaniem Pellegrino, właśnie taką *praxis*.

Autor stawia pytanie o *telos* medycyny – o rzeczywisty cel praktyki medycznej. Jest on niezależny od celów, dążeń czy wartości, jakie są wyznaczane przez społeczne, ekonomiczne lub polityczne konwencje. Tęgo rodzaju motywacje są, zdaniem Pellegrino, zewnętrzne w stosunku do medycyny. Przez wewnętrzną moralność medycyny nie należy również rozumieć zbioru zasad określanych i legitymizowanych przez przedstawicieli zawodów medycznych. Moralność ta jest niezależna od cokolwiek poglądów na ten temat – w tym sensie ma charakter „metafizyczny”, tj. uzależniona jest wyłącznie „naturą” samego przedsięwzięcia. Jak pisze Pellegrino: „wyrasta z obiektywnego porządku moralności, który przekracza cele zawodowe, samodzielnie określane przez przedstawicieli danej profesji”³⁶.

Co jest zatem, zdaniem autora, prawdziwym celem medycyny? „Ostatecznym celem leczenia – pisze Pellegrino – jest dobro całej osoby – fizyczne, emocjonalne i duchowe”³⁷.

Na tak pojęte „całościowe dobro” pacjenta składają się następujące elementy:

- dobro medyczne, rozumiane jako przywrócenie fizjologicznych czynności ciała i umysłu oraz wyeliminowanie bólu i cierpienia;

- dobro zdefiniowane przez pacjenta, czyli to, co pacjent postrzega jako dobre dla siebie;

- dobro człowieka jako istoty gatunkowej (*Good for Humans*), czyli to, co za Arystotelesem i św. Tomaszem z Akwinu autor określa mianem *telos* ludzkiego życia: zachowanie godności osoby, szacunek dla rozumności istoty, która jest ce-

Georgetown University Press, Washington 1999; *The Internal Morality of Clinical medicine: A Paradigm for the Ethics of the Helping and Healing Professions*, „Journal of Medicine and Philosophy” 2001, t. 26, nr 6, s. 559–579. Jak również napisana wspólnie z D. C. Thomasem praca *For the Patient's Good: The Restoration of Beneficence in Health Care*, Oxford University Press, New York 1988.

Z prac innych autorów poświęconych rekonstrukcji wewnętrznej moralności medycyny wymienić należy: L. R. Kass *Regarding the End of Medicine and the Pursuit of Health*, „The Public Interest” 1975, 40, s. 11–42; J. Ladd *The Internal Morality of Medicine: An Essential Dimension of the Patient-Physician Relationship*, w: E. Shelp (red.), *The Clinical Encounter*, op. cit.; F. G. Miller, H. Brody *Professional Integrity and Physician-Assisted Death*, „Hastings Center Report” 1995, nr 25, s. 8–17; F. G. Miller, H. Brody *The Internal Morality of Medicine: An Evolutionary Perspective*, „Journal of Medicine and Philosophy” 2001, t. 26, nr 6, s. 581–599.

³⁴ E. Pellegrino *The Internal Morality...*, op. cit., s. 560.

³⁵ Por. Arystoteles *Etyka nikomachejska*, 1139 b 1 i 1140 b 6, 7, przeł. D. Gromska, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1982.

³⁶ E. D. Pellegrino *The Internal Morality*, op. cit., s. 565.

³⁷ *Ibidem*, s. 569.

lem sama w sobie i której wartość nie zależy od dobrobytu, poziomu wykształcenia czy pozycji społecznej itp.;

– dobro duchowe – jest to, zdaniem Pellegrino, najwyższy wymiar dobra, któremu muszą być podporządkowane wymienione dobra niższego rzędu³⁸.

Pozostaje jeszcze rozstrzygnąć, w jaki sposób wyróżnione powyżej wewnętrzne cele medycyny wyznaczają zbiór cnót, jakimi powinien odznaczać się lekarz. Pellegrino raz jeszcze odwołuje się do Arystotelesa, zgodnie z którym dzielność (cnota) człowieka jest „trwałą dyspozycją, dzięki której człowiek staje się dobry i dzięki której spełniać będzie należycie właściwe sobie funkcje”³⁹. Na cnotę lekarza składać się więc będą te wszystkie cechy charakteru, które pozwolą mu dobrze wykonywać swoją pracę, tj. realizować cel medycyny, jakim jest „dobro całego pacjenta”. Pellegrino proponuje następujący katalog cech:

- bycie godnym zaufania;
- powściągnięcie interesów własnych;
- uczciwość intelektualna;
- współczucie;
- odwaga poszukiwania dobra w skomercjalizowanym, bezosobowym i uprzedmiotowionym życiu zawodowym;
- rozważa w działaniu polegająca na doborze środków, które w najlepszym stopniu przyczyniałyby się do technicznego i moralnego dobra osoby, której się służy.

Propozycja Pellegrino spotkała się z licznymi głosami sprzeciwu. Jednym z najbardziej zagorzałych krytyków tej koncepcji jest Robert Veatch⁴⁰. Jego zdaniem, romantyczne przedsięwzięcie, w jakie zaangażowany jest Pellegrino, jest tyleż kuszące co niewykonalne. Veatch podaje trzy zasadnicze powody, dla których niemożliwe jest wywiedzenie moralności z refleksji nad celami praktyki medycznej.

Pierwszy z nich jest taki, iż w obrębie praktyki medycznej istnieje wiele ról, które częstokroć bardzo różnią się od siebie. I które tym samym posiadają odrębne moralności.

Nawet jednak jeśli zawęzi się refleksję do jednej z wybranych ról (jak czyni to Pellegrino w artykule z 2000 r., gdzie zastrzega, iż jego uwagi odnoszą się do „medycyny klinicznej”), to i tak – zdaniem Veatcha – okaże się, że dadzą się w niej wyróżnić rozmaite (historycznie zmienne) cele. W przypadku praktyki klinicznej są to: a) podtrzymywanie życia; b) leczenie choroby; c) łagodzenie cierpienia; d) zapobieganie chorobom i promocja zdrowia.

³⁸ „Dobro duchowe” to – zgodnie z wykładnią autora – dobro osoby, jaką jest pacjent, czyli dobro kogoś, „kto na swój własny sposób rozpoznaje [acknowledge] we własnym życiu cel, który wykracza poza materialną pomyślność” (*Ibidem*, s. 570). Tego rodzaju rozpoznanie może, lecz zdaniem autora nie musi, być wyrażane za pomocą terminów o nacechowaniu religijnym.

³⁹ Arystoteles, *op. cit.*, 1106 a 22–25.

⁴⁰ R. M. Veatch, *The Impossibility of a Morality Internal to Medicine*, „Journal of Medicine and Philosophy” 2001, t. 26, nr 6, s. 621–642.

Trzeci, najbardziej zasadniczy, zarzut pod adresem wszelkich prób konstruowania wewnętrznej moralności medycyny dotyczy tego, iż cele każdej praktyki (a więc również medycyny), muszą być w stosunku do niej zewnętrzne, tj. muszą to być podstawowe cele i dążenia ludzkiego życia. „Aborcja, kontrola płodności, zabójstwo z litości, paternalistyczne zwodzenie pacjentów, zapłodnienie in vitro i operacje kosmetyczne – wszystkie one stawiają przed nami te same pytania. Nie ma najmniejszego znaczenia, czy którakolwiek z tych praktyk jest zgodna z wewnętrznymi celami praktyki medycznej, gdyż – w ostatecznym rozrachunku – rzeczywiste pytanie natury moralnej brzmi: czy rozważany sposób postępowania sam w sobie powinien zostać uznany za dopuszczalny”⁴¹.

Veatch zdecydowanie sprzeciwia się pogładowi jakoby możliwe było wskazanie jakiegoś uniwersalnego, niezależnego od niczych przekonań i systemów etycznych, pojęcia „całościowego dobra pacjenta”. „Nie istnieje nic takiego jak medyczna kondycja ludzkiego ciała, to znaczy właściwy przedmiot medycznej interwencji niezależny od zbioru pewnych „zewnętrznych” religijnych lub filozoficznych przekonań, dotyczących celów życia. Medycyna nigdy nie jest celem sama w sobie”⁴².

Zdaniem Veatcha pojęcie „wewnętrznej moralności medycyny” jest ideą niekoherentną i niemoralną. „Jest niekoherentna, gdyż profesjonalna medycyna, jak każda inna praktyka, nie może posiadać norm, które są niezależne od pewnej szerszej pojętej kultury. Gdyby nawet było możliwe, by reprezentanci danej profesji lub ich zewnętrzni obserwatorzy sformułowali zbiór norm, który stanowi cel medycyny, niezależny od jakiegokolwiek kultury – byłoby rzeczą niemoralną narzucanie tych celów pacjentom, którzy, i słusznie, dążą do celów, które nie mają nic wspólnego z medycyną, mimo iż co pewien czas potrzebują w ich realizacji wsparcia kogoś, kto posiada zaawansowane umiejętności medyczne”⁴³.

Stanowisko pośrednie w sporze między Veatchem a Pellegrino zajmują Franklin Miller i Howard Brody⁴⁴. Ich zdaniem, krytyka Veatcha zasadza się na dwóch tezach. Pierwsza z nich, którą określają mianem „tezy zewnętrzności” (*externality thesis*) głosi, iż sformułowanie normatywnego osądu dotyczącego obowiązków zawodowych i roli lekarzy wymaga odwołania się, przynajmniej do pewnych, koncepcji spoza praktyki medycznej. Druga z wyróżnionych przez autorów tez Veatcha (określają ją mianem „tezy zależności” [*dependency thesis*]) jest mocniejszą wersją tezy zewnętrzności i mówi, że moralność medyczna jest całkowicie zależna od zewnętrznych wobec niej przekonań natury etycznej.

Miller i Brody zgadzają się z pierwszą tezą, oponują natomiast przeciwko drugiej jako zbyt daleko idącej. W odpowiedzi na zarzuty Veatcha, proponują własną definicję „wewnętrznej moralności medycyny”, przez którą chcą rozu-

⁴¹ *Ibidem*, s. 635.

⁴² *Ibidem*, s. 636.

⁴³ *Ibidem*, s. 639.

⁴⁴ F. G. Miller, H. Brody *The Internal Morality of Medicine*, op. cit.

mieć „moralny szkielet składający się z celów właściwych medycynie, obowiązków wyznaczonych określoną rolą społeczną, cnót klinicznych”⁴⁵. Każdy lekarz, wstępując do grona przedstawicieli zawodu lekarskiego, deklaruje swoje uznanie i gotowość podporządkowania się zbiorowi wartości moralnych, stanowiących sedno praktyki medycznej. Owo podporządkowanie się przyczynia się do „zawodowej integralności” (*professional integrity*) lekarzy – buduje ich „moralną tożsamość”.

„Etyka medyczna – piszą autorzy – nie ogranicza się jednak do zawodowej integralności lekarzy”⁴⁶. Poza obowiązkami wynikającymi z praktyki istnieją również inne, których rola polega na nałożeniu pewnych ograniczeń na dążenie do realizacji celów wyłącznie medycznych. Obowiązki te to, zdaniem autorów:

- wymóg kompetencji, rozumianej jako posiadanie odpowiednich technicznych i humanistycznych umiejętności nieodzownych w praktyce medycznej;
- postulat unikania nieproporcjonalnych szkód, które nie są zrównoważone oczekiwaniem adekwatnych do ich rozmiaru korzyści natury medycznej;
- powstrzymanie się przed zwodniczym przedstawianiem medycyny jako naukowej praktyki i sztuki klinicznej;
- przywiązanie do pacjentów znajdujących się w potrzebie⁴⁷.

Trzecim elementem „moralnego szkieletu”, na którym opiera się „wewnętrzna moralność medycyny” są cnoty kliniczne, czyli cechy charakteru, umożliwiające lekarzom osiągnięcie doskonałości w dążeniu do realizacji właściwych celów medycyny oraz realizację zawodowych obowiązków.

Jednocześnie autorzy, przyjmując część krytyki Veatcha, wskazują, iż na moralność medycyny składają się dwa odrębne elementy. Pierwszym z nich jest naryskowana powyżej wewnętrzna moralność praktyki medycznej. Drugi tworzą normy obowiązujące w liberalnym społeczeństwie demokratycznym – jest to tzw. moralność zewnętrzna.

Miller i Brody określają swoją koncepcję mianem „podejścia ewolucyjnego” (*evolutionary view*). Wskazują, iż w procesie rekonstrukcji moralności medycyny konieczne jest zwrócenie uwagi na historyczną zmienność praktyk i celów, do realizacji których zostały powołane. Wątek ten jest obecny u MacIntyre’a i, zdaniem autorów, warto go podjąć. „Praktyki – pisze MacIntyre – nigdy nie mają celu czy celów przyjętych raz na zawsze. [...] Dlatego też nie jest przypadkiem, że każda praktyka ma swoją historię, która jest czymś więcej i czymś innym niż tylko historią doskonalenia określonych umiejętności technicznych. Dla pojęcia cnót ten historyczny wymiar ma zasadnicze znaczenie”⁴⁸.

Zdaniem Millera i Brody’ego ewolucyjne zmiany w obrębie praktyki medycznej mogą mieć dwojaki charakter. Pierwszy typ zmian polega na włączeniu

⁴⁵ *Ibidem*, s. 582.

⁴⁶ F. G. Miller, H. Brody *Professional Integrity*, *op. cit.*, s. 12.

⁴⁷ F. G. Miller, H. Brody *The Internal Morality*, *op. cit.*, s. 583.

⁴⁸ A. MacIntyre, *op. cit.*, s. 348–349.

w obręb medycyny nowej praktyki lub nowego obowiązku lekarzy⁴⁹. Z drugim rodzajem zmian mamy do czynienia wtedy, gdy tradycyjne cele i obowiązki zostają poddane daleko idące reinterpretacji⁵⁰.

Prawo

Chciałabym na zakończenie omówić jeszcze jedno – zyskujące coraz większe znaczenie – ujęcie obowiązku lekarzy. Postaram się pokazać, w jaki sposób kategoria obowiązku zawodowego lekarzy jest definiowana na gruncie polskiego prawa.

W terminologii prawniczej mówi się, że jednostka ma pewien obowiązek, gdy istnieje norma prawna nakazująca lub zakazująca jej określone działanie. Niewykonanie lub nienależyte wykonanie przez jednostkę nałożonego prawem obowiązku pociąga za sobą ujemne konsekwencje. W żargonie prawniczym mówi się w takiej sytuacji, że osoba ta zostaje pociągnięta do odpowiedzialności.

Przyjrzyjmy się teraz, w jaki sposób polskie prawo definiuje odpowiedzialność zawodową lekarzy. Art. 41 ustawy o izbach lekarskich z 17 maja 1989 r. (Dz. U. nr 30 z 1989 r. poz. 158, z późn. zm.) stanowi: „Członkowie samorządu lekarzy podlegają odpowiedzialności zawodowej przed sądami lekarskimi za postępowanie sprzeczne z zasadami etyki i deontologii zawodowej oraz za naruszenie przepisów o wykonywaniu zawodu lekarza”.

Warto na chwilę zatrzymać się przy sformułowaniu „zasady etyki i deontologii zawodowej”. Określenie to pojawia się również w Kodeksie Etyki Lekarskiej i stało się obiektem sporów wśród teoretyków prawa. Wątpliwość dotyczy tego, czy wyrażenie „deontologia” znaczy – zgodnie ze swoją słownikową definicją – tyle co „etyka normatywna”. Gdyby przyjąć, że tak właśnie jest, to – mając jednocześnie na uwadze, iż użyta w przytoczonym sformułowaniu „etyka” również odnosi się do etyki normatywnej – analizowany przepis mówiłby, iż za przewinienie zawodowe uznawane jest postępowanie sprzeczne z zasadami „etyki i etyki zawodowej”. Tu z kolei pojawia się problem, czy określenie „zawodowa” odnosi się do obu czy tylko do jednego z członów danego wyrażenia. Gdyby uznać, że odnosi się do obydwu, nie byłoby większego problemu, gdyż wskazywałoby to co najwyżej na nieporadność językową ustawodawcy. Jeśli natomiast przyjmie się, że rozróżnienie to zostało dokonane świadomie, tj. że każde przekroczenie przez lekarza zasad etyki (zarówno zawodowej, jak i „ogólnej”) kwalifikowane jest jako przewinienie zawodowe, to ma to daleko idące konsekwencje. Umożliwia bowiem pociągnięcie do odpowiedzialności zawodowej za jakiegokolwiek zachowanie, które z moralnego punktu widzenia uznawane jest za niewłaściwe (np. za zdradę małżonka).

⁴⁹ Zdaniem autorów, z tego typu przejściem będziemy mieć niedługo do czynienia w przypadku zasady autonomii, która zrodziła się na gruncie liberalnej teorii politycznej i przez długi czas była zasadą zewnętrzną w stosunku do praktyki medycznej.

⁵⁰ W artykule zatytułowanym *Professional Integrity and Physician-Assisted Death* Miller i Brody ilustrują ten proces na przykładzie samobójstwa z pomocą lekarza.

Do takiej rozszerzonej interpretacji skłania sformułowanie art. 1 KEL, gdzie mówi się, że „zasady etyki lekarskiej wynikają z ogólnych norm etycznych” oraz że „zobowiązują one lekarza do przestrzegania praw człowieka i dbania o godność zawodu lekarskiego”. Jednocześnie w artykule tym wyjaśnia się, że „naruszeniem godności zawodu jest każde postępowanie lekarza, które podważa zaufanie do zawodu”. Zapis ten zdaje się wskazywać, iż jako przewinienie zawodowe powinno być kwalifikowane nie tylko przekroczenie zasad etyki w trakcie wykonywania czynności służbowych, lecz również każde inne nieetyczne zachowanie, które mógłby obniżyć społeczne zaufanie do zawodu lekarza⁵¹. Jak podają Maria Boratyńska i Przemysław Konieczniak, w praktyce sądów lekarskich przyjęło się przyjmować bardziej łagodną wykładnię, zgodnie z którą przewinieniem zawodowym jest nieetyczne zachowanie, które ściśle wiąże się z wykonywaniem zawodu lub „pozwala bardzo poważnie wątpić w moralną zdatność człowieka do wykonywania zawodu”⁵².

Proponuję przyjrzeć się teraz nieco uważniej Kodeksowi Etyki Lekarskiej. Kodeks nie jest aktem prawnym, lecz sporządzonym przez samorząd lekarzy spisem zasad, które powinny (jego zdaniem) obowiązywać w praktyce lekarskiej⁵³. W przytaczanym już art. 1 czytamy, iż „zasady etyki lekarskiej wynikają z ogólnych norm etycznych”, a zatem etyka zawodowa lekarzy jest swego rodzaju uszczegółowieniem zasad moralności potocznej.

Obowiązujący obecnie Kodeks odmiennie, niż czyniły to klasyczne kodeksy etyki lekarskiej, kładzie ogromny nacisk na prawa pacjenta. Większość obowiązków lekarskich polega na respektowaniu odpowiednich praw po stronie pacjenta (obowiązek respektowania prawa pacjenta do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji lekarskich dotyczących jego zdrowia, obowiązek poszanowania prawa do prywatności).

Jednocześnie KEL, co jest charakterystyczne dla wszystkich kodeksów etyki zawodowej, wprowadza szereg obowiązków mających na celu zacieśnienie zawodowej solidarności. Zostały one umieszczone w rozdziale 3 noszącym tytuł „Stosunki wzajemne między lekarzami”. Chodzi tu przede wszystkim o obowiązek okazywania sobie wzajemnego szacunku, rozumiany jako zakaz dokonywania publicznej krytyki poczynań zawodowych kolegów. Zaleca się, aby wszelkie sprawy sporne były rozstrzygane we własnym gronie⁵⁴.

⁵¹ Interpretację taką proponuje E. Kałuża-Maniewska (*Wybrane problemy etyki lekarskiej* (1), „Aesculapius” /biuletyn wielkopolskiej Okręgowej Izby Lekarskiej/, 03, 1998); odmiennego zdania jest A. Murzynowski (*Zakres odpowiedzialności zawodowej lekarza w życiu prywatnym*, „Gazeta Lekarska” 1997, nr 10).

⁵² M. Boratyńska, P. Konieczniak *Prawa pacjenta*, Difin, Warszawa 2001, s. 472–473.

⁵³ Co nie znaczy, że sformułowane tam zasady postępowania nie mają prawnej mocy wiążącej. O skomplikowanej relacji między przepisami KEL a normami etyki zawodowej (w ściśle prawniczym sensie) piszą M. Boratyńska i P. Konieczniak (*ibidem*, s. 34–38).

⁵⁴ W sprawie krytyki omawianych przepisów i ich możliwej sprzeczności z interesem pacjenta zob. M. Boratyńska i P. Konieczniak, *ibidem*, s. 27–34.

Kolejnym obowiązkiem nakładanym przez KEL, wykraczającym poza obowiązki moralności „potocznej”, jest obowiązek „stałego uzupełniania i doskonalenia wiedzy i umiejętności zawodowych, a także przekazywanie ich swoim współpracownikom” (art. 55).

Kodeks przypomina również o powinnościach lekarzy wynikających ze zobowiązań zaciągniętych wobec organów państwowych, samorządowych oraz instytucji publicznych i prywatnych (art. 60). Jednocześnie artykuł ten stanowi, iż tego rodzaju zobowiązanie wygasa z chwilą, gdy jego dotrzymanie wymagałoby od lekarza działania, które byłoby sprzeczne z zadaniami etyki i deontologii lekarskiej.

Poza jasno nakreślonymi obowiązkami lekarzy KEL zawiera również szereg sformułowań mających charakter łagodnych zaleceń, przybierających nieraz kształt pobożnych życzeń. Jak choćby: „Relacje między pacjentem a lekarzem powinny opierać się na ich wzajemnym zaufaniu” (art. 12)⁵⁵; czy: „Lekarz ma obowiązek zwracania uwagi społeczeństwa, władz i każdego pacjenta na znaczenie ochrony zdrowia, a także na zagrożenie ekologiczne” (art. 70). Wśród nich zdarzają się również zapisy zupełnie kuriozalne, jak art. 37: „Lekarz powinien z poczuciem szczególnej odpowiedzialności odnosić się do procesu przekazywania życia ludzkiego”⁵⁶.

Zdarza się również, że kategoryczność formułowanych nakazów jest osłabiana poprzez wprowadzenie wyrażenia „w miarę możliwości” (art. 53, 54). Przy czym nie bardzo wiadomo, kto miałby o owej możliwości bądź jej braku decydować.

Warto na zakończenie zauważyć, że KEL nie jest jedynym źródłem zasad etyki lekarskiej. W art. 75 czytamy: „W wypadkach nie przewidzianych w kodeksie etyki lekarskiej należy kierować się zasadami wyrażonymi w uchwałach władz samorządu lekarskiego, w orzecznictwie sądów lekarskich oraz dobrymi obyczajami przyjętymi przez środowisko lekarskie”⁵⁷. Oznacza to, że lista „zasad etyki i deontologii lekarskiej” ma charakter otwarty, tj. można dopuścić się przewinienia zawodowego nawet wówczas, gdy nie naruszyło się żadnej z zasad zawartych w Kodeksie.

Na zakończenie proponuję przyrzeć się, w jaki sposób na gruncie polskiego prawa wyrażony został obowiązek udzielenia pomocy. Jak pamiętamy, John Harris, przekonywał, iż obowiązek ratowania życia drugiego człowieka spoczywa w jednakowym stopniu na każdej jednostce. Jak się za chwilę okaże, pogląd ten znajduje potwierdzenie w obowiązujących w Polsce regulacjach prawnych.

Zgodnie z zapisem art. 162 §1 k.k.: „Kto człowiekowi znajdującemu się w położeniu grożącym bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu nie udziela pomocy, mogąc jej udzielić bez narażenia sie-

⁵⁵ Jak słusznie pisała Maria Ossowska, „uczucia można zalecać, ale trudno nakazywać ich przeżywanie” (M. Ossowska *Normy moralne. Próba systematyzacji*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1970, s. 175).

⁵⁶ Sformułowanie to, poza deklaracją przywiązania ustawodawcy do określonych wartości, nie niesie właściwie żadnej treści.

⁵⁷ Zasadę tę potwierdza art. 15 ustawy o izbach lekarskich.

bie lub innej osoby na niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”.

W przypadku lekarzy, powszechny obowiązek udzielenia pomocy zawarty w przepisach kodeksu karnego zostaje uzupełniony o obowiązki wynikające z przepisów prawa medycznego. I tak w interesującym nas przypadku lekarze związani są dodatkowo przepisami art. 30 ustawy o zawodzie lekarza. Jego treść brzmi: „Lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach nie cierpiących zwłoki”.

M. Boratyńska i P. Konieczniak dowodzą, iż z artykułu tego, czytanego *a contrario*, wynika, iż na lekarzu nie spoczywa obowiązek udzielenia pomocy w przypadkach innego rodzaju niż wymienione (a zatem, że jego obowiązek udzielenia pomocy drugiemu człowiekowi niczym nie różni się od obowiązku, jaki spoczywa na każdym obywatelu)⁵⁸. Interpretację taką zdaje się potwierdzać art. 38 niniejszej ustawy, który przyznaje lekarzowi prawo niepodjęcia się lub odstąpienia od leczenia w sytuacjach, gdy nie zachodzą okoliczności wymienione w art. 30 (a więc kiedy, mówiąc najogólniej, nie mamy do czynienia z „sytuacją niecierpiącą zwłoki”).

Pojawia się zatem pytanie, czy istnieje jakaś różnica między lekarzem a nielekarzem, skoro na obu spoczywa obowiązek niesienia pomocy. Jak postaram się pokazać, różnica taka istnieje i wynika z tego, co w literaturze prawniczej jest określane mianem „szczególnego obowiązku gwarancyjnego”. Obowiązek „szczególny” to taki obowiązek, który nie dotyczy wszystkich, a jedynie wybranej grupy osób. Pod pojęciem obowiązku „gwarancyjnego” rozumie się natomiast taki obowiązek, którego treścią jest zapobieżenie określonego rodzaju skutkowi. Obowiązek określony w przytaczanym art. 30 ustawy o zawodzie lekarza ma właśnie charakter szczególnego obowiązku gwarancyjnego.

Można by sądzić, że różnica między powszechnym obowiązkiem udzielenia pomocy a obowiązkiem szczególnym gwarancyjnym ma charakter wyłącznie językowy. Otóż niezupełnie. W stosunku do obowiązków szczególnych gwarancyjnych stosuje się zasada wyrażona w art. 2 kk, która brzmi: „Odpowiedzialności karnej za przestępstwo skutkowe popełnione przez zaniechanie podlega ten tylko, na kim ciążył prawny, szczególny obowiązek zapobieżenia skutkowi”.

Różnica między zwykłym obywatelem a lekarzem jest więc taka, iż w przypadku nieudzielenia pomocy ten pierwszy poniesie odpowiedzialność wyłącznie za

⁵⁸ Odmiennego zdania jest Mirosław Nesterowicz. Jego zdaniem z treści art. 2 KEL („Powołaniem lekarza jest ochrona życia i zdrowia ludzkiego, zapobieganie chorobom, leczenie chorych oraz niesienie ulgi w cierpieniu”) jasno wynika, iż „w zasadzie [...] lekarz nie może odmówić podjęcia się leczenia pacjenta” (M. Nesterowicz *Prawo medyczne*, wyd. IV, Dom Organizatora, Toruń 2000, s. 120). Boratyńska i Konieczniak przyznają, że KEL nakłada na lekarza wyższe wymagania. Ich zdaniem należy to interpretować w ten sposób, iż odmowa leczenia bez ważnych powodów jest legalna (nie narusza przepisów prawa), lecz nieetyczna.

samo nieudzielenie pomocy, ten drugi zaś również za skutki, jakie z tego wynikły. Dla lepszego zilustrowania na czym polega różnica Boratyńska i Konieczniak przytaczają następujący przykład: „Wyobraźmy sobie następującą sytuację: ulica idą dwaj ludzie, pan X i pan Y. Pierwszy z nich jest lekarzem, a drugi nie. Spotykają chorą osobę znajdującą się w stanie zagrożenia życia i obaj są fizycznie i intelektualnie zdolni tej pomocy udzielić. Obaj mają obowiązek to uczynić – ale *nie jest to taki sam obowiązek*. Obowiązki obu panów mają tę samą treść – ale różne będą skutki prawne zaniechania tych obowiązków. Jeśli X działał w zamiarze doprowadzenia do zgonu chorego, a chory umrze, X będzie odpowiadał za dokonane zabójstwo. Jeśli działał w zamiarze, a chory nie umrze będzie odpowiadał za usiłowane zabójstwo. Jeśli uda się X-owi przypisać tzw. *nieumyślność* a chory umrze, X będzie odpowiadał za nieumyślne spowodowanie śmierci. Tymczasem we wszystkich tych sytuacjach Y odpowie jedynie za przestępstwo nieudzielenia pomocy zagrożonemu, tj. z art. 162 §1. Nawet wtedy, gdy najgoręcej pragnął, by osoba ta zmarła, nie pomógł jej tylko po to, by zmarła, i w końcu rzeczywiście zmarła”⁵⁹.

Podkreślmy raz jeszcze: różnica w ocenie postępowania obydwu panów wynika nie z treści spoczywających na nich obowiązków (w obu wypadkach treść obowiązku brzmi: „udziel pomocy!”), lecz z ich charakteru.

Jak starałam się pokazać, obowiązki zawodowe lekarzy są różnorakie, rozmaicie formułowane, różnorodnie uzasadniane i z niejednakową mocą egzekwowane. Polskie prawo nakłada na lekarzy szczególnego rodzaju powinności, których nie nakłada na innych obywateli. Jednak w przypadku obowiązku ratowania życia – który w potocznej świadomości uchodzi za będący domeną lekarskiej profesji – jest zdumiewająco egalitarne. I za Harrisem zdaje się powtarzać: „ktokolwiek może i ma sposobność uratować życie drugiemu człowiekowi, ma moralny obowiązek to uczynić”.

Dobrze jest o tym pamiętać. A kiedy w publicznych dyskusjach pojawia się wątpliwość, czy wymagania moralne stawiane lekarzom nie są zbyt wysokie, warto pomyśleć, czy te, które sami gotowi jesteśmy spełniać nie są czasem zbyt niskie.

TRUSTEE? ENTREPRENEUR? MISSIONARY? THE ORIGINS AND SCOPE OF PHISICIAN'S DUTIES

The paper deals with following questions: Do the physicians have any special duties other people do not? Are they obliged to do things which most of us consider heroic? Are they permitted to refuse their help in situation when their life is at risk? The author presents six different concepts of origins and scope of phisician's duties. She investigates social settings which initiated changes in traditional medical ethics and were an impulse to rethink the role of a physician. The author cocludes with some remarks on Polish legal regulations establishing the good Samaritan principle.

⁵⁹ M. Boratyńska, P. Konieczniak, *op. cit.*, s. 195–196 (podkreślenia w tekście).