

Ks. TADEUSZ BIESAGA¹ SDB
Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie
ORCID ID: 0000-0003-0863-4422

ETYKA HIPOKRATEJSKA WOBEC INNYCH NURTÓW ETYKI MEDYCZNEJ

ETHICS OF HIPPOCRATES VERSUS OTHER MEDICAL ETHICS

Abstract

The contemporary medical ethics is developing under the influence of various philosophical trends. Among the most important elaborations of this ethics the following three propositions are usually given special attention: (1) the ethics of the good of the patient related to the virtue ethics proposed by an American physician Edmund D. Pellegrino, (2) the ethics of the four principles of Tom Beauchamp and James Childress, called principlism, and (3) contractualism of Robert M. Veatch that appeals to the idea of a social contract. What unites those propositions is the fact that they were all developed by doctors, philosophers and scientists of the same bioethical center in the USA, the Kennedy Institute of Ethics at Georgetown University in Washington. What makes them different are the philosophical assumptions, consciously and unconsciously adopted by their creators at the moment of laying the groundwork of those ethical systems.

The paper, apart from recalling the strengths and weaknesses of the three proposals of medical ethics and revealing which of them is close to the ethics of Hippocrates, also aims at answering two questions, namely, whether the ethics of Hippocrates is still valid, and whether medical ethics can be developed without taking into account the philosophy of man and metaphysics together with the philosophy of God? The paper gives a positive answer to the first question, indicating what should be changed and developed in the ethics of Hippocrates. On the other hand, the author provides arguments justifying a negative answer to the second question by claiming that medical ethics built without metaphysical and anthropological foundations does not meet the criteria of ethics justified on the grounds of philosophy.

Keywords: medical ethics, Hippocratic oath, good of patient, principlism, contractualism

Abstrakt

Współcześnie etyka medyczna rozwija się pod wpływem różnych nurtów filozoficznych. Spośród ważniejszych opracowań tej etyki wyróżniają się trzy następujące propozycje: (1) etyka dobra pacjenta związana z etyką cnót zaproponowana przez amerykańskiego lekarza Edmunda D. Pellegrino, (2) etyka czterech zasad Toma Beauchampa i Jamesa Childressa zwana pryncypizmem oraz

¹ Ks. prof. dr hab. Tadeusz Biesaga SDB, etyk, bioetyk, kierownik Katedry Bioetyki na Wydziale Filozoficznym UPJPII w Krakowie. E-mail: tadeusz.biesaga@upjp2.edu.pl, www.biesaga.info.

(3) etyka kontraktualistyczna umowy społecznej Roberta M. Veatcha. To, co je łączy, to fakt, że zostały one wypracowane przez lekarzy, filozofów i naukowców tego samego ośrodka bioetycznego w USA, czyli Instytutu Etyki Kennedych na Uniwersytecie Georgetown w Waszyngtonie. Tym, co je różni, są założenia filozoficzne, świadomie i nieświadomie przyjęte przez ich twórców u podstawowych systemów etycznych.

W artykule nie chodzi tylko o przywołanie mocnych i słabych stron wymienionych trzech propozycji etyki medycznej oraz o ujawnienie, która z nich jest bliska etyce Hipokratesa, ale o odpowiedź na dwa pytania: czy etyka hipokratejska jest jeszcze aktualna? Czy etykę medyczną można rozwijać, pomijając filozofię człowieka oraz metafizykę wraz z filozofią Boga? Artykuł na pierwsze pytanie odpowiada pozytywnie, wskazując, co należy w etyce hipokratejskiej zmienić i co rozwinąć. Natomiast na drugie pytanie odpowiada negatywnie, twierdząc, że budowanie etyki medycznej bez podstaw metafizycznych i antropologicznych, nie spełnia kryteriów etyki uzasadnionej filozoficznie.

Słowa kluczowe: etyka medyczna, przysięga Hipokratesa, dobro pacjenta, pryncypizm, kontraktualizm

1. RÓŻNE NURTY ETYKI MEDYCZNEJ

Wśród wielu współczesnych nurtów etyki medycznej wyróżnia się kilka następujących propozycji: etyka czterech zasad Toma Beauchampa i Jamesa Childressa zwana pryncypizmem, która w sporach bioetycznych posługuje się czterema zasadami, czyli zasadą autonomii, nieszkodzenia, dobroczynności i sprawiedliwości (Beauchamp i Childress 1996); etyka kontraktualistyczna Roberta M. Veatcha, w której pierwszeństwo mają niekonsekwencjonalistyczne zasady dotrzymywania kontraktu, autonomii, uczciwości, unikania zabijania i sprawiedliwości, względem zasad konsekwencjalistycznych, czyli zasady nieszkodzenia, dobroczynności i korzyści (Veatch 1981); etyka dobra pacjenta Edmunda D. Pellegrino, w której naczelną zasadą postępowania jest dobroczynność w zaufaniu (Pellegrino i Thomasma 1988) oraz kazuistyka Alberta Jonsena i Stephena Toulmina, w której analiza przypadków ma być przydatna do oceny podobnych przypadków (Jonsen i Toulmin 1988). Każdy z tych nurtów etyki medycznej ma swoich zwolenników i krytyków (Biesaga 2014).

W pryncypizmie czy w kontraktualizmie przyjmuje się z góry pewną liczbę zasad i poszukuje się praktycznych możliwości stosowania ich w rozwiązywaniu konfliktów oraz w podejmowaniu decyzji medycznych. Ponieważ zasady te przyjęte są w oderwaniu od filozofii człowieka, a tym bardziej od filozofii Boga, dlatego same analizy ich treści na terenie języka, wskazywanie pierwszeństwa leksykalnego czy strukturalnego jednej czy kilku zasad względem innych, nie daje pełnych odpowiedzi w kwestii określenia treści autonomii, nieszkodzenia, dobroczynności, unikania zabijania czy sprawiedliwości. Bez wiedzy antropologicznej, bez odpowiedzi na pytanie, czy i jak godność oraz natura osoby ludzkiej wyznaczają autonomii ludzkiej odpowiednie dobra do realizacji, nie da się rozstrzygnąć, jaką rolę ma pełnić autonomia w formułowaniu norm etycznych. Nic dziwnego, że etyka pustych treściowo zasad dostosowuje się do ocen zgodnych z tendencjami kulturowymi, społecznymi, politycznymi czy ideologicznymi. Porządkuje ona wprawdzie dyskurs moralny, ale niestety nie uzasadnia norm moralnych. Taka ety-

ka medyczna nie tylko niewiele wnosi w uzasadnianie norm moralnych, ale łatwo może usprawiedliwiać podporządkowanie medycyny realizacji pozamedycznych ideologii społecznych. Ważne hasła wolności i sprawiedliwości nie rozstrzygają sprawy, gdyż o praktycznym rozumieniu i wcieleniu tych idei w życie mogą decydować wpływowe społecznie i ekonomicznie grupy nacisku.

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

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

racjonalnych uzasadnień moralności, dochodzi do coraz większego ich osłabiania, zawężania ich zakresu lub ich całkowitego podważania.

Krytyka słabych stron etyki hipokratejskiej, choć jest słuszna w postaci odrzucenia paternalizmu w medycynie, nie powinna prowadzić na zasadzie wahadła do zastąpienia jej braków teorią skrajnie jej przeciwną. Zastąpienie paternalizmu autonomizmem pacjenta i deontonomizmem społecznym nie jest rozwiązaniem problemu. Zamiast bowiem wzbogacać etykę medyczną, wkracza się na drogę jej likwidacji na rzecz etyki społecznej, etyki biznesu, w której pacjent to klient, a medycyna to supermarket handlujący towarami medycznymi jako dobrami konsumpcyjnymi. Taka perspektywa podważa tożsamość i integralność profesji medycznej, ogranicza wolność i sprzeciw sumienia lekarza, który zostanie zredukowany do funkcjonariusza społecznego realizującego zapotrzebowania społeczne i polityczne.

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

2. ETYKA HIPOKRATEJSKA A WSPÓŁCZESNA MEDYCYNĄ

Mimo, że przysięga Hipokratesa i kształtowany przez nią ethos medyczny przetrwał aż do czasów obecnych, to jednak rozwój współczesnej nauki, medycyny i technologii medycznych, wraz ze zmianami społecznymi, ekonomicznymi i politycznymi, wskazują na niewystarczalność tej tradycji etycznej. Szybki postęp medyczny i społeczny wyłonił i wyłania coraz to nowe problemy, które trudno jest zreflektować w oparciu o ubogą etykę Hipokratesa, a nawet w oparciu o nowo powstające nurty etyki medycznej. Nie ulega więc wątpliwości, że etos hipokratejski musi rozwijać się tak, by objąć nieznanne mu dotychczas obszary refleksji etycznej, musi poszerzać czy przebudowywać gruntownie zarówno podstawy jak i rozstrzygnięcia szczegółowe tej etyki. Mapowanie genów, rozwój urządzeń podtrzymujących życie, sztuczne nerki czy sztuczne serce, transplantacje narządów, sztuczne zapłodnienie, klonowanie, wykorzystanie komórek macierzystych, hodowla narządów do przeszczepów, problemy aborcyjnej selekcji eugenicznej i eutanazji, kwestia rosnących kosztów leczenia i sprawiedliwego podziału środków medycznych, dostępu do kosztownej terapii medycznej – domagają się uzasadnionej normatywnie odpowiedzi.

Zmienia się nie tylko rzeczywistość techniczna, ale i społeczna. Zmiany w relacji lekarz-pacjent dyktuje szybki rozwój demokratycznego uczestnictwa obywateli w podejmowaniu decyzji, które to uczestnictwo ogarnia nie tylko medycynę, ale wszelkie inne obszary życia społecznego i zawodowego. Wzrost praw obywa-

telskich, praw kobiet, praw wyrażanych przez ruchy konsumenckie i różne ruchy ideologiczne, wzrastająca nieufność do instytucji i ich autorytetów, do elit, struktur i biurokracji, ingerencja prawa stanowionego oraz rachunku ekonomicznego w funkcjonowanie służby zdrowia – wszystko to zmienia i przekształca dotychczasowe ujęcia profesji medycznej i kwestionuje specyficzność etosu medycznego (Pellegrino 2008a, 425).

Po dwóch tysiącach lat inspirowania się etyką Hipokratesa wydaje się, że dziedzictwo to nie wytrzyma próby czasu i rozpadnie się na oczach współczesnych. „W ostatnich dwu dekadach – pisze Edmund Pellegrino – został poddany krytyce każdy nakaz tej etyki. Niektóre z nich zostały porzucone, niektóre zmienione, inne zreinterpretowane, a jeszcze inne zachowane” (Pellegrino 2008a, 426). Można pytać, co pozostało z zasadniczych nakazów przysięgi Hipokratesa? (Biesaga 2006, 20-25).

W preambule przysięgi zostało sformułowane odniesienie do Boga oraz do nauczycieli i wspólnoty lekarskiej. Zapisano w niej: „Przysięgam Apollinowi lekarzowi i Asklepiosowi, i Hygei, i Panakei oraz wszystkim bogom jak też boginiom, biorąc ich za świadków, że wedle swoich sił i osądu [sumienia] przysięgi tej i pisemnej umowy dotrzymam. Swego przyszłego nauczyciela w sztuce (lekarskiej) na równi z własnymi rodzicami szanować będę i dzielić będę z nimi życie, i wesprę go, gdy się znajdzie w potrzebie; jego potomków miał będę za braci w linii męskiej i sztuki tej uczył ich będę, gdy zechcą się uczyć, bez zapłaty i pisemnej umowy; na piśmie jak też ustnie wiedzę całą i doświadczenie swoim własnym synom i synom tego, który uczył mnie będzie, jak też uczniom, którzy umowę tę podpisali i się przysięgą tą, jako lekarskim prawem związali, przekażę, lecz nikomu więcej” (Przysięga Hipokratesa 1991, 193-197).

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

Najbardziej skrytykowany został podstawowy, pierwszy nakaz etyki hipokratejskiej sformułowany w zaleceniu: „Zdrowy tryb życia i sposób odżywiania się zalecał będę wedle swoich sił i osądu, mając na względzie pożytek cierpiących, chroniąc ich zaś przed szkodą i krzywdą” (Przysięga Hipokratesa 1991, 197). Dostrzeżono w tym nakazie ciasne stanowisko paternalizmu, w którym lekarz bez udziału pacjenta czy społeczności, kierując się zasadą nieszkodzenia i dobroczynności, sam decyduje, co jest dobre dla pacjenta. Zdaniem licznych krytyków owo ciasne ujęcie relacji lekarz-pacjent generowało przez stulecia paternalistyczne, autorytarne podejście lekarzy do pacjentów i do społeczności. Szybki rozwój wiedzy lekarskiej zwiększył jeszcze ów autorytaryzm scjentyistyczny i wykluczanie pacjenta z jego udziału w terapii. Stąd też paternalistyczny model w medycynie odrzucono i zamieniono na model autonomizmu pacjenta, czy socjonizmu społecznego, w którym maksymalnie uwzględniono to, czego życzy sobie pacjent i społeczeństwo. Pozytywne w tym modelu jest uwzględnienie i poszerzenie roli pacjenta w terapii, uwzględnienie nie tylko dobra medycznego, ale dobra przeżywanego przez pacjenta i dobra pacjenta, jako osoby. Uwzględniono w tym bogactwo relacji lekarz-pacjent, rolę chorego i w jego terapii i w decydowaniu o swojej przyszłości. Pogłębiono refleksję nad dobrem opisywanym od strony pacjenta i społeczności, nad autonomią pacjenta, nad poinformowaną zgodą i uczestnictwem pacjenta w leczeniu.

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

Drugie i trzecie przykazanie przysięgi Hipokratesa brzmi: „Nigdy nikomu, także na żądanie, nie dam zabójczego środka ani też nawet nie udzielę w tym względzie rady; podobnie nie dam żadnej kobiecie dopochwowego środka poronnego” (Przysięga Hipokratesa 1991, 197). Wielu komentatorów dostrzeża w tym przykazaniu zakaz eutanazji i aborcji. Zakazy te są częściowo lub całkowicie kwestionowane przez niektórych teoretyków etyki medycznej. Na terenie prawodawstwa toczy się ostry spór między teoretykami i organizacjami pro-life i anty-life w kwestii legalizacji aborcji i eutanazji. W niektórych krajach możliwość aborcji poszerza się zakresowo, a wraz z legalizacją eutanazji niektóre sądy naciskają na lekarzy w kwestii ich asystencji przy samobójstwie pacjenta i wzmacniają przekonanie, że dobrowolna eutanazja powinna być legalna (Pellegrino 2008a, 429).

Czwarte przykazanie przysięgi stawia wymagania moralne lekarzowi, by „czyste i prawe zachował życie swoje i sztukę swoją”. Jest to zgodne ze starożytną tradycją, szczególnie z etyką Arystotelesa, w której, aby być dobrym lekarzem, trzeba najpierw być dobrym człowiekiem. Nowożytność rozbiła ten związek i rów-

niez dziś istnieje tendencja do oddzielenia moralności osobistej od moralności zawodowej i zepchnięcia tej pierwszej do sfery prywatnej. Zaleca się neutralność w swym zawodzie, co może oznaczać, przyjęcie zasad moralnych narzucanych przez pracodawcę, społeczność, państwo. Uderza to w wolność sumienia i integralność moralną lekarza oraz innych profesjonalistów.

Piąte zalecenie przysięgi „Nigdy nikomu nie usunę kamieni moczowych przez cięcie (pęcherza), lecz odeślę każdego do ludzi, którzy z zajęciem tym są obeznani” (Przysięga Hipokratesa 1991, 197) można interpretować nie tyle jako ostrzeżenie przed chirurgią, ale jako szacunek dla innych specjalizacji. Obecnie szacunek dla specjalizacji i specjalistów jest powszechnie akceptowany i respektowany w praktyce.

Szósty i siódmy nakaz przysięgi powtarza dosadniej nakaz dobroczynności z przykazania pierwszego i dodaje wymagania etyki seksualnej. Brzmi on: „Do któregośkolwiek z domów wniknę, wejdę dla pożytku cierpiących; obcy mi będzie rozmyślny występki, jak też każda inna nieprawość, zwłaszcza czyny lubieżne na ciałach kobiet i mężczyzn, nie tylko wolnych, lecz i niewolników” (Przysięga Hipokratesa 1991, 197). Zasada nieszkodzenia rozbudowana jest tutaj o wymagania z dziedziny etyki seksualnej, co ma duże znaczenie wobec pansksualistycznych, freudowskich tendencji niektórych terapeutów, którzy chcieli uznać seksualne relacje z pacjentami za dozwolone i terapeutyczne. Różne ujawnione skandale w tym względzie potwierdziły doniosłość powyższego nakazu przysięgi.

Ósme przykazanie przysięgi dotyczy dotrzymania tajemnicy ważnej dla zbudowania relacji zaufania w terapii. „Cokolwiek przy leczeniu albo też poza leczeniem w życiu ludzi ujrzę lub usłyszę, czego ujawniać nie można, milczał o tym będę, za świętą tajemnicę to mając” (Przysięga Hipokratesa 1991, 197). Zasada zachowania tajemnicy była i jest nadal obowiązująca. Niemniej jej zakres dziś jest kwestionowany z pozycji sprawiedliwości społecznej, w imieniu której społeczeństwo naciska na lekarza, aby ujawnił informacje, które np. mogą innych uratować od zakażenia HIV, ustrzec linie lotnicze i pasażerów przed pilotem samobójcą lub ustrzec innych przed śmiercią, czyli przed zaplanowanym przez psychicznie chorego zabójstwem.

3. CO ZMIENIĆ, A CO POSZERZYĆ I ROZWINĄĆ W ETYCE HIPOKRATEJSKIEJ?

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

ciągle niewystarczających środków medycznych. Dosięga go ekonomia medyczna danego państwa, szpitala, miejsca pracy. Nie może się od niej izolować i zmuszony jest poszerzyć swoje myślenie o rzeczywistość społeczną, techniczną i ekonomiczną. Musi się zmierzyć z różnymi modelami medycyny, w których rozwija się również medycyna dla zysku (*for-profit medicine*), w której bycie lekarza właścicielem, inwestorem i biznesmenem, może całkowicie zmienić zasadnicze cele i motywy profesji medycznej (Pellegrino 2008a, 432).

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

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

Systemy demokratyczne miały uniknąć takiego konfliktu, ale w wyniku legalizacji różnych procedur, np. aborcji, in vitro, eutanazji, lekarz postawiony jest przed wyborem, czy iść za tym, co legalne, czy za tym, co moralne. Pozytywizm prawny oraz presja pewnych grup społecznych danego państwa, które zalegalizowało nieetyczne procedury, podważa pierwszeństwo i nadrzędność moralności względem prawodawstwa. Konflikt ten podsycany jest przez kwestionowanie uniwersalnych zasad etycznych przez tzw. pluralizm, w którym podważa się np. status ontyczny i moralny embrionu ludzkiego czy wartość życia ciężko i wegetatywnie chorego. Złamanie jednej zasady etycznej otwiera drogę do następnych nieetycznych działań. Ludzkość stacza się po równi pochyłej. A więc in vitro prowadzi do zamrażania embrionów ludzkich, do skupu gamet i handlu zarodkami, do wynajmowania matki surogatki. Brak ochrony prawnej embrionu ludzkiego otwiera drogę do eksperymentów na zarodkach ludzkich, do tworzenia hybryd i chimer zwierzęco-ludzkich, do handlu tkankami i narządami abortowanych płodów ludzkich i do wytwarzania bioproduktów z embrionów ludzkich. Etyka medyczna, odpowiadając na nowe możliwości i równocześnie zagrożenia, winna wypracować mocne podstawy dla swych zasad, aby nie być narzędziem nowych ideologii społecznych.

W rekonstrukcji etycznych podstaw medycyny konieczne jest dziś zarówno (1) zachowanie tego, co w etyce Hipokratesa jest wartościowe, jak i (2) dodanie i rozwinięcie tego, co było w niej pominięte (Pellegrino 2008a, 433). Najbliżej tej drogi jest etyka dobroczynności w zaufaniu Edmunda Pellegrino. Pryncypizm Toma

Beauchampa i Jamesa Childressa oraz kontraktualizm Roberta Veatcha odrzucają ewolucyjny rozwój etyki medycznej na rzecz rewolucyjnej, całkowicie nowej propozycji tej etyki, w której zasadniczą rolę odgrywa autonomia pacjenta oraz umowa społeczna. Propozycje te narażają etykę medyczną na utratę jej specyficzności poprzez redukcję jej do etyki społecznej, albo wprost przez likwidację etyki profesji medycznej na rzecz społecznego, legalistycznego podporządkowania działań medycznych temu, czego chcą i żądają grupy nacisku, społeczeństwo, politycy i państwo. Taka propozycja, to – zgodnie z polskim powiedzeniem – „wylanie dziecka z kąpielą”: w miejsce bardziej rozwiniętej i uzasadnionej filozofii medycyny i etyki medycznej, dochodzi do likwidacji tej etyki na rzecz etyki biznesu, etyki społecznej i politycznej.

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

Naturę medycyny prosto wyraził w swoich aforyzmach o etyce medycznej Władysław Biegański, pisząc: „Pamiętajmy o tym, że medycyna urodziła się z niedoli, a rodzicami jej chrzestnymi były: miłosierdzie i współczucie” (Biegański 1997, 20). Stwierdzenie to kieruje uwagę na najbliższe i podstawowe powody i przyczyny powstania medycyny, które wyznaczają określoną filozofię medycyny i etykę medyczną. Przyczyny te były już dostrzeżone w starożytności i to one wyznaczyły zasady etyki Hipokratesa.

Na pytanie, z czego zrodziła się medycyna, co decyduje o charakterze filozofii medycyny i etyki medycznej, można odpowiedzieć bardzo prosto, że jej powstanie wymusiło życie ludzkie. Praktyka medyczna nie jest tworem kultury, obyczajów czy efektem rozwoju nauk ścisłych. Wyrasta ona bowiem z czegoś głębszego niż kultura, z tego, co Władysław Biegański nazwał „niedolą ludzką”, czyli kruchą kondycją człowieka podległego chorobom i śmierci. Trzeba się zgodzić z aforyzmem tego lekarza i humanisty, w którym stwierdza: „Gdyby medycyna nie posiadała żadnego skutecznego środka w walce z chorobą, to i wtedy lekarze byłiby potrzebni, jako pocieszyciele w chorobie, w tej wielkiej niedoli ludzkości” (Biegański 1997, 20).

To właśnie fakt choroby jest tym, co konstytuuje medycynę i praktykę medyczną (Pellegrino 1981, 207; Pellegrino 2006, 65-71). Dotyczy on każdej osoby ludzkiej, niezależnie od tego, w jakiej kulturze się urodziła i rozwija. Ujawnia on bowiem kondycję człowieka, bytu cielesnoduchowego, kruchego, podległego przemijaniu, cierpieniu i śmierci. Fakt choroby jest u podstaw medycyny wszystkich kultur i religii. Jest on wyrażany w języku danej kultury, ale nie jest tworem kulturowym, nie jest tworem umownym, podległym ustaleniom i decyzjom ludzkim czy społecznym. Stoi on u podstaw uniwersalnych norm działania. „Wobec choroby, wobec cierpienia

– pisze W. Biegański – wszyscy ludzkie są równi – czy w pałacu, czy w lepiance, czy na złotogłowie, czy na barłogu ludzie jednakowo cierpieć muszą. Choroba jest to wielki strychulec, który niweluje nierówności społeczne” (Biegański 1997, 20).

Jest ona ontologicznym atakiem na ludzkie istnienie. Rozbija dotychczasową jedność duszy i ciała. Ciało zniewala swoim nieposłuszeństwem. Wyzwała lęk i zagrożenie. Sprawia, że człowiek staje się pacjentem, który sam nie potrafi scalić siebie w całość, uratować swojej osobowej tożsamości. Oczekuje pomocy, gdyż sam nie wie, co można i powinno się zrobić. Jest rozbity i przytłoczony lękiem i w tym stanie jest podatny na zranienie. Jest zmuszony do przyjęcia pomocy.

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

Zdrowie chorego jest więc w medycynie celem wewnętrznym, który wyznacza zasadnicze dobro do realizacji. Dobrem tym jest dobro medyczne, wyznaczone wiedzą medyczną, dobro przeżywane przez pacjenta, oraz dobro pacjenta jako osoby wraz z jego dobrem duchowym (Pellegrino 2008c, 62-86). Ten zasadniczy, wewnętrzny cel medycyny, ujawniany jest wprost w sytuacji klinicznej, w spotkaniu lekarza z pacjentem, czyli w międzyosobowej relacji lekarz-pacjent i ów cel wyznacza moralność medyczną.

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

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

Budowanie etyki medycznej przez odwołanie się do autonomii pacjenta i autonomii lekarza też nie daje możliwości pełnego respektowania wewnętrznego celu medycyny i wymienionych czterech aspektów dobra pacjenta. Walka dwóch autonomii, w której brak odwołania do obiektywnego dobra zadanego wolności ludzkiej do realizacji, nie jest właściwą podstawą dla etyki medycznej. Konstruowanie

takiej etyki na teorii wolnego rynku i konkurencji w mnożeniu zysku przekreśla specyfikę praktyki medycznej, sprowadzając ją do handlu produktami medycznymi. Zdrowie ludzkie nie jest takim samym produktem co dobra użyteczne czy luksusowe. Chory człowiek nie jest tym samym co klient w supermarkecie. Takie uproszczenia fałszują rzeczywistość.

Tak więc ani kontrakt, ani spór dwóch autonomii, nie mogą być naczelnymi zasadami etyki medycznej. Wydaje się, że najważniejszą zasadą umożliwiającą realizację wewnętrznego celu medycyny jest zaproponowana przez Edmunda Pellegrino zasada dobroczynności w zaufaniu (Pellegrino 2008b, 199). Zasada ta jest zasadą etyki Hipokratesa uzupełnioną o wzajemność i zaufanie w relacji lekarz-pacjent. Unika ona paternalizmu lekarskiego, ponieważ zaufanie pacjenta trzeba zyskać odpowiednim uwzględnianiem jego autonomii, tego, co pacjent przeżywa, ceni, planuje. W myśl tej zasady dobro pacjenta realizuje się we wzajemnym porozumieniu, w którym pacjent uczestniczy czynnie w swej terapii. Autonomia lekarza i pacjenta przyporządkowana jest w tym przypadku realizacji dobra pacjenta, czyli jego zdrowia. W wielu przypadkach lekarz musi pomóc, by pacjent świadomie i autonomicznie mógł uczestniczyć w pełni w terapii, gdyż różne choroby mogą osłabiać jego zdolności do autonomicznych decyzji. Niemniej kierunek działania jest tutaj jasny: chodzi o włączenie wolności lekarza i pacjenta w realizację obiektywnego dobra.

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

Nie ma więc potrzeby przekreślać etyki hipokratejskiej. Nie ma też potrzeby niewyczyć dokonanego w niej odkrycia, że w praktyce medycznej chodzi o nic innego jak tylko dobro pacjenta, czyli jego zdrowie. Wystarczy uzupełnić tę etykę o poszerzenie sposobów realizacji tego dobra przez rozbudowanie roli pacjenta. Uwzględnienie w praktyce medycznej rzeczywistości społecznej, administracyjnej, ekonomicznej nie musi przekreślać realizacji zasadniczego dobra, o które w niej chodzi. Konflikt jednostka – społeczeństwo, skrajnie rozwijany przez indywidualizm i klasizm, można przezwyciężyć na gruncie personalizmu dialogicznego, wspólnotowego. Lekarz w pierwszym rzędzie odpowiedzialny jest za dobro swego pacjenta. On jest adwokatem pacjenta, jego obrońcą. Lekarz i pacjent żyją w określonej społeczności, dysponującej określonymi środkami medycznymi, i winni brać pod uwagę tę rzeczywistość. Ta rzeczywistość określa ogólnie medyczne środki zwyczajne i nadzwyczajne. To nie tyle lekarz, ale demokratycznie wybrane władze odpowiadają za poziom materialny, ekonomiczny obywateli, za odpowiednie ubezpieczenia zdrowotne, instytucje regulujące koszty leczenia. Błędy w tej dziedzinie nie powinny prowadzić do likwidacji etyki medycznej na rzecz zajęcia się przez lekarzy ekonomią, polityką, dystrybucją środków medycznych. Nawet jeśli rodzą się napięcia między podejmowaną przez lekarza tera-

pią a administracją szpitala i wyznaczonymi limitami ekonomicznymi, to napięcie to jest twórcze, bo ono ujawnia, czego dotychczas nie zauważono, czyli wzięto pod uwagę np. pewne rzadkie schorzenia i koszty ich leczenia. Etyka medyczna stawia bowiem wymagania społeczeństwu, politykom, ekonomistom, aby budować społeczność solidarną, a nie społeczność elitarną, w której tylko niektórych stać na leczenie.

BIBLIOGRAFIA:

- Beauchamp, Tom. L. i James F. Childress. 1996. *Zasady etyki medycznej*, tłum. Witold Jacórzyński. Warszawa: Książka i Wiedza.
- Biegański, Władysław. 1997. *Mysli i aforyzmy o etyce lekarskiej*. Konin: Przegład Koniński.
- Biesaga, Tadeusz. 2006. Przysięga Hipokratesa a etyka medyczna. *Medycyna Praktyczna*, 7-8, 20-25.
- Biesaga, Tadeusz. 2014. *Spór o podstawy etyki medycznej. Teleologizm E. D. Pellegrino a kontraktualizm R. M. Veatcha*. Kraków: WN UPJPII.
- Jonsen, Albert R. i Stephen Toulmin. 1988. *The Abuse of Casuistry: A History of Moral Reasoning*. Berkeley: University of California Press.
- Pellegrino, Edmund Daniel. 1981. *A Philosophical Basis of Medical Practice: Toward a Philosophy and Ethic of the Healing Professions*. New York: Oxford University Press.
- Pellegrino, Edmund Daniel 2008a. Medical Ethics. Entering the Post-Hippocratic Era. W: Edmund Daniel Pellegrino. *The Philosophy of Medicine Reborn. A Pellegrino Reader*, red. Hugo Tristram Engelhardt i Fabrice Jotterand, 424-439. Notre Dame IN: University of Notre Dame Press.
- Pellegrino, Edmund Daniel. 2008b. The Four Principles and the Doctor-Patient Relationship: The Need for a Better Linkage. W: Edmund Daniel Pellegrino. *The Philosophy of Medicine Reborn. A Pellegrino Reader* red. Hugo Tristram Engelhardt i Fabrice Jotterand, 187-203. Notre Dame IN: University of Notre Dame Press.
- Pellegrino, Edmund Daniel. 2008c. The Internal Morality of Clinical Medicine: A Paradigm for the Ethics of the Helping and Healing Professions. W: Edmund Daniel Pellegrino. *The Philosophy of Medicine Reborn. A Pellegrino Reader*, red. Hugo Tristram Engelhardt i Fabrice Jotterand, 62-86. Notre Dame IN: University of Notre Dame Press.
- Pellegrino, Edmund Daniel i David C. Thomasma. 1988. *For the Patient's Good: The Restoration of Beneficence in Health Care*. New York: Oxford University Press.
- Pellegrino, Edmund Daniel. 2006. Toward a Reconstruction of Medical Morality: The Primacy of the Act of Profession and the Fact of Illness. *The American Journal of Bioethics*, 6, 2, 65-71.
- Przysięga Hipokratesa, tłum. Janusz Gula. 1991. W: *W imieniu dziecka poczętego*, red. Jerzy W. Gałkowski i Janusz Gula, 193-197. Rzym-Lublin: KUL.
- Veatch, Robert M. 1981. *A Theory of Medical Ethics*. New York: Basic Books.