

PROFESJONALNA ETYKA LEKARSKA: UZASADNIENIE JEJ ODRĘBNOŚCI ORAZ MIEJSCA W EDUKACJI ETYCZNEJ STUDENTÓW MEDYCYNY I LEKARZY¹

– Kazimierz Szewczyk –

Abstrakt: W artykule w trojaki sposób dowodzę odrębności profesjonalnej etyki lekarskiej, mianowicie: 1. ukazując różnice pozycji normatywnej obowiązków (zachowań, wartości, cnót) w etyce profesjonalnej i ogólnej, 2. uzasadniając przynależność lekarskiej etyki profesjonalnej do modelu zapożyczenia jako typu etyki aplikacyjnej, 3. podając racje za profesjonalizmem historycznym jako etyką właściwą dla stanu lekarskiego.

Odrębność profesjonalnej etyki lekarskiej stanowi ważny argument za jej umieszczeniem w planie edukacji etycznej studentów medycyny i lekarzy. W końcowej części pracy rekonstruuje rzeczywiste i postulowane relacje między etyką profesjonalną a profesjonalizmem, bioetyką akademicką i bioetyką publiczną. Celem rekonstrukcji jest wskazanie optymalnego dla edukacji etycznej miejsca etyki profesjonalnej w systemie kształcenia etycznego profesjonalistów.

Słowa kluczowe: etyka stosowana, kodeks etyki lekarskiej, model zapożyczenia, profesjonalna etyka lekarska, J.D. Arras, W. Galewicz, R. Baker, T. Beauchamp, L. McCullough, R. Rhodes.

Published online: 13 January 2020

W literaturze dotyczącej problematyki odrębności etyk zawodowych ścierają się dwa stanowiska. Zgodnie z pierwszym etyki te niczym się nie różnią od etyki ogólnej, a moralność zawodowa jest przypadkiem moralności ogólnej. Zwolennicy drugiego poglądu utrzymują, że etyki profesjonalne są systemami normatywnymi odrębnymi od etyki ogólnej, a moralność zawodowa różni się od moralności zwyczajnej. Odpowiedź na pytanie o odrębność poszukiwana jest przede wszystkim w odniesieniu do etyk dwu profesji, mianowicie prawniczej i lekarskiej. Artykułem tym włączam się w zasygnalizowaną debatę, przywołując i analizując argumenty uzasadniające odrębność profesjonalnej etyki lekarskiej. Podzieliłem je na trzy grupy, odpowiadające głównym punktom artykułu.

W punkcie 1. przywołując amerykańskie i polskie kodeksy lekarskiej etyki profesjonalnej, wskazuję na odmienne wartościowanie (zróznicowanie normatywne) obowiązków, zachowań czy cnót w profesjonalnej etyce lekarskiej i ogólnej. Odmienności

Kazimierz Szewczyk
Instytut Filozofii UW
ul. Krakowskie Przedmieście 3
00-927 Warszawa
email: kazimierz_szewczyk@onet.eu

¹ Publikacja finansowana w ramach programu Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego pod nazwą „Narodowy Program Rozwoju Humanistyki” w latach 2016–2019, nr grantu: 2bH 15 0185 83.

deontyczne między profesjonalną etyką lekarską a etyką ogólną są najłatwiejsze do wskazania. Trudniej odnaleźć je rozważając spór o tzw. aplikacyjność etyk zawodowych, w tym profesjonalnej etyki lekarskiej, a jest to bardzo ważne repozytorium argumentów przemawiających za jej odrębnością. W dyskusji nad etykami aplikacyjnymi (stosowanymi) kluczowe są zagadnienia teoriopoznawcze dotyczące ich uzasadniania oraz pochodzenia ich treści. Rozważania nad nimi prowadzę odpowiednio w punkcie 2. i 3. Zaczynam je od krytycznej prezentacji sposobów (modeli) uzasadniania etyk profesjonalnych jako etyk aplikacyjnych, ze szczególnym uwzględnieniem modelu zapożyczenia stosunkowo skąpo omawianego w literaturze oraz sposobu deduktywistycznego, który doczekał się już pokaźnej bibliografii, przede wszystkim krytycznej. Odwołując się do wymienionych modeli, formułuję dwa wnioski: 1. uzasadnieniem podstaw amerykańskiej profesjonalnej etyki lekarskiej jest aplikacyjny model zapożyczenia, 2. polska profesjonalna etyka lekarska w okresie jej budowania bliska sposobowi zapożyczenia, zarzuca go na rzecz deduktywistycznego modelu sankcjonującego aktualny *Kodeks etyki lekarskiej*. Jednym z istotnych wyróżników modelu zapożyczenia jest podkreślanie aktywnej roli lekarzy i organizacji lekarskich w tworzeniu profesjonalnej etyki lekarskiej i w jej przekształcaniu. Inaczej mówiąc, autorami (źródłem) treści tej etyki są i powinni być wyłącznie lekarze. Zasadność tej tezy analizuję (w punkcie 3.) na przykładzie sporu między eksternalizmem, niwelującym w dużym stopniu odmienną etyk profesjonalnych od etyk ogólnych, a internalizmem, odrębność tę zachowującym. Deduktywizm jest eksternalizmem, poszukującym treści etyki (i moralności) profesjonalnej w źródłach zewnętrznych wobec niej. Natomiast model zapożyczenia jest internalizmem, mającym wiele cech wspólnych z tzw. profesjonalizmem historycznym. Uzasadniam tezę, że etyką właściwą dla stanu lekarskiego jest właśnie profesjonalizm historyczny. Ze względu na zmasowaną krytykę tego stanowiska w literaturze bioetycznej zdecydowałem się rozbudować racje za jego przyjęciem i przenieść je do osobnego punktu (4.).

Artykuł zamyka wskazanie miejsca i funkcji profesjonalnej etyki lekarskiej w edukacji etycznej studentów medycyny i lekarzy. Można je także uznać za kontynuację edukacyjnych analiz poprzednich dwu prac².

1. Profesjonalna etyka lekarska i etyka ogólna – różnice pozycji normatywnej obowiązków (zachowań, wartości, cnót)

W artykule pojęciem „profesjonalna etyka lekarska” obejmował będę etykę projektowaną dla członków profesji lekarskiej. Ta projektowana etyka zdaniem jej twórców byłaby stosowna (właściwa) dla danej profesji³. Natomiast etyka ogólna (zwyczajna) to normy odnoszące do ludzi jako ludzi, niezależnie do spełnianych przez nich ról zawodowych. W literaturze przedmiotu ścierają się dwa poglądy dotyczące relacji między tymi etykami. Część autorów twierdzi, że nie ma między nimi istotnej różnicy, „że normy moralności zawodowej muszą pozostawać w zgodzie z normami moralności ogólnej”⁴. Inni

² Szewczyk (2018): 82–84; Szewczyk (2019): 58–61.

³ Por.: Galewicz (2010): 35, 40.

⁴ Ibidem: 45.

opowiadają się za poglądem przeciwnym. Według nich etyka zawodowa, w tym także profesjonalna etyka lekarska, jest i powinna być niezgodna z etyką ogólną.

Pierwszy pogląd zwięźle wyraża Joseph Gaie: „profesje nie mają własnej indywidualnej moralności odrębnej od moralności ogólnej”⁵. Jego zwolenniczką jest też Judith Andre. Jej zdaniem etyki zawodowe stanowią „złożone przypadki zwyczajnej moralności”⁶. Tezy o odrębności obu typów etyki broni Rosamond Rhodes, utrzymując (wraz z Lawrencem Smithem), że profesjonalna etyka lekarska jest „wyraźnie różna od zwyczajnej moralności”⁷. Z polskich autorów, jak można sądzić, do zwolenników odmienności etyk zawodowych należy Włodzimierz Galewicz⁸.

Uzasadniając pogląd o odrębności obu typów etyk przywoływał będę amerykańskie i polskie kodeksy. Wybór dokumentów redagowanych przez Amerykańskie Towarzystwo Lekarskie (AMA) jest podyktowany faktem, że *Kodeks etyki lekarskiej* z 1847 roku był historycznie pierwszym instytucjonalnym wyrazem etyki profesjonalnej (i profesjonalizmu lekarskiego) wpływającym na kształt profesjonalnych regulacji europejskich, w tym także polskich⁹. Porównywanie wyników działalności regulacyjnej amerykańskich i rodzimych środowisk lekarskich, pozwalając na pełniejsze uzasadnienie tezy o odrębności profesjonalnej etyki lekarskiej i etyki ogólnej, umożliwi zarazem ukazanie specyfiki krajowego wariantu etyki lekarskiej.

1.1. Pozycja normatywna obowiązku dochowania tajemnicy w profesjonalnej etyce lekarskiej i etyce ogólnej

Bodaj najczęściej wskazywaną w literaturze różnicą między etyką profesjonalną i etyką (a także moralnością) zwyczajną jest odmienny status normatywny (deontyczny) przypisywany w każdym z tych systemów wybranym obowiązkom (zachowaniom, wartościom bądź cnotom)¹⁰. Tezę tę wyjaśnię bliżej na przykładach wziętych z profesjonalnej etyki lekarskiej. Zacznę od obecnego już w tradycji hipokratesowej nakazu dochowania tajemnicy zawodowej. Tradycję tę podtrzymuje *Kodeks etyki lekarskiej* – pierwszy formalny dokument etyki profesjonalnej opracowany zbiorowym wysiłkiem korporacji medyków i przez nich zaakceptowany na zjeździe założycielskim AMA w 1847 roku. Redaktorzy *Kodeksu* w paragrafie 2. rozdziału 1. art. I piszą, że tajemnica musi być „bezwzględnie zachowywana”. „Jest to obowiązek tak doniosły i nieodzowny, że zdarzało się, iż w określonych okolicznościach dochowujący tajemnicy profesjonalści byli chronieni przez sądy”¹¹.

Redagowane pod wyraźnym wpływem *Kodeksu* AMA, polskie *Zasady obowiązków i praw lekarzy* uchwalone w 1884 roku przez Towarzystwo Warszawskie Lekarskie w art. 2. stanowią: „Lekarz powinien zachować ściśle tajemnice dotyczące chorego i wyjawic je

⁵ Gaie (2004): 15.

⁶ Andre (2010): 207.

⁷ Rhodes, Smith (2006): 102.

⁸ Galewicz (2010): 10.

⁹ Zob.: Tulczyński (1975): 14.

¹⁰ Galewicz (2010): 11.

¹¹ “The force and necessity of this obligation are indeed so great, that professional men have, under certain circumstances, been protected in their observance of secrecy, by courts of justice”. American Medical Association (1847) (tłum. własne).

może tylko na żądanie władzy, lub gdzie interes publiczny wymagać tego będzie”¹². W formie bardziej rozbudowanej ujmuje go par. 12. *Kodeksu deontologii lekarskiej* z 1907 roku. Dyskrecja obowiązuje tu także w odniesieniu do pacjentów zmarłych¹³. Również powojenne uregulowania nakazują lekarzom zachowanie tajemnicy. Aktualny *Kodeks etyki lekarskiej* (KEL) omawia zagadnienia dyskrecji lekarskiej w osobnym rozdziale liczącym siedem artykułów¹⁴. W art. 25. dokument ten wymienia okoliczności, które mogą zwolnić z zachowania tajemnicy, mianowicie po pierwsze, jeśli uzyskano zgodę pacjenta, po drugie, jeśli dochowanie dyskrecji „w sposób istotny zagraża życiu pacjenta lub innych osób” oraz po trzecie, jeśli do ujawnienia tajemnicy „zobowiązują przepisy prawa”.

W moralności zwyczajnej na ogół swobodnie dzielimy się informacjami uzyskanymi w interakcjach z innymi ludźmi. Do dyskrecji zobowiązują nas dopiero wprost wyrażone żądania zachowania tajemnicy bądź złożenie obietnicy nieujawniania informacji. W medycynie obowiązek dyskrecji jest uprzednio założony i dopiero od tego założenia mogą być dopuszczane wyjątki. Kolejna różnica między zwyczajną poufnością a tajemnicą lekarską dostrzeżona przez Benjamina Freedmana polega na tym, że ta druga jest bardziej wiążąca. Inaczej mówiąc, w moralności profesjonalnej poufność jest „wartością silniejszą” niż w moralności zwyczajnej¹⁵, rzec można, że zachowanie tajemnicy z postępowania wskazanego w etyce ogólnej staje się w profesjonalnej etyce lekarskiej obowiązkiem, czyli postępowaniem nakazanym.

1.2. Zakaz kontaktów seksualnych z pacjentami

Kolejną mającą za sobą tradycję hipokratejską różnicą pomiędzy profesjonalną etyką lekarską a etyką zwyczajną jest sformułowany w tej pierwszej kategoryczny zakaz nawiązywania przez lekarzy ze swoim pacjentami kontaktów seksualnych, a także innych uczuciowych relacji o charakterze romantycznym, nawet za zgodą pacjenta. Natomiast w życiu codziennym stosunki takie są dozwolone za obopólnym przyzwoleniem między dorosłymi ludźmi. W 1992 roku Rada do spraw Etyki i Prawa AMA opublikowała raport *Wykroczenia seksualne w praktyce lekarskiej*. We wnioskach redaktorzy potwierdzają nieetyczność kontaktów seksualnych lub romantycznych między lekarzami i pacjentami. Nieetyczne są również takie stosunki między lekarzem a jego byłymi pacjentami, jeśli wykorzystuje on zaufanie, informacje, emocje lub wpływy uzyskane w poprzedniej, profesjonalnej relacji. Dokument wskazuje na konieczność edukacji dotyczącej etycznej strony nadużyć seksualnych, edukacji prowadzonej – co ważne – na wszystkich poziomach nauczania. Duży nacisk kładzie na zgłaszane przypadków nadużyć i przygotowywanie organizacji profesjonalnych do skutecznej minimalizacji takich zjawisk¹⁶.

¹² Towarzystwo Warszawskie Lekarskie (1975): 86.

¹³ X Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich (1975): 110.

¹⁴ Naczelna Izba Lekarska (2004).

¹⁵ Freedman (2010): 161.

¹⁶ AMA Council of Ethical and Judicial Affairs (1992): 9.

Przywołany dokument jest ilustracją zmiany kwalifikacji deontycznej czynów seksualnych w lekarskiej etyce profesjonalnej. Z zachowań pod pewnymi warunkami dopuszczalnych w etyce zwyczajnej, w etyce profesjonalnej stają się czynami bezwzględnie zabronionymi¹⁷.

1.3. Pozycja deontyczna autonomii decyzyjnej pacjenta i obowiązku dobroczynienia oraz odmiennosc ich relacji hierarchicznej

Do ilustracji trzeciej wybranej odmiennosci między etyką profesjonalną a zwyczajną posłużę się dwiema normami: poszanowaniem autonomii decyzyjnej jednostek i zasadą dobroczynienia. Odmiennosc ta polega zarówno na różnej w obu systemach pozycji deontycznej autonomii i dobroczynienia, jak i na odmiennej ich relacji hierarchicznej – wzajemnym usytuowaniu zajmowanych przez nie pozycji. W aksjologii liberalnych demokracji autonomia jest wartością umieszczaną wysoko w hierarchii deontycznej. W moralności powszechnej tych demokracji wymóg poszanowania autonomicznych wyborów obywateli jest tak silnie zakorzeniony, jak żaden inny¹⁸. Natomiast czynienie dobra w zwyczajnych stosunkach między ludźmi jako ludźmi jest czynem chwalebny (nadobowiązkowym, supererogacyjnym). Jako ludzie niepowiązani szczególnymi relacjami mamy co najwyżej moralny obowiązek stosowania się do wzorca „minimalnie dobrego samarytanina”¹⁹. Używając języka B. Freedmana, autonomia jest tu wartością silniejszą, bardziej wiążącą niż dobroczynienie.

1.3.1. Obowiązek poszanowania autonomii decyzyjnej pacjenta

Aby w pełni zrozumieć miejsce obu wartości w hierarchii deontycznej profesjonalnej etyki lekarskiej i w moralności powszechnej, naszkicuję historię kształtowania się tego porządku w etyce lekarskiej. Rozpocznę od autonomii pacjenta. *Kodeks z 1847* nie wymienia explicite tego dobra i obowiązku jego przestrzegania przez lekarzy. Nie ma też odniesień niejawnych, które można byłoby odczytać z ducha przepisów dokumentu, a nie z jego litery. O autonomii nie wspominają następne nowelizacje. W *Kodeksie z 1847* roku jest natomiast przepis mówiący o zdecydowanej przewadze uprawnień decyzyjnych lekarza nad autonomią chorych. Paragraf 6. Artykułu II. *Obowiązki pacjentów wobec lekarzy* stanowi, że lekarz nigdy nie powinien pozwolić, aby „amatorskie (*crude*) opinie” pacjenta „tyczące jego sprawności zdrowotnej wpływały na świadczoną mu opiekę”.

Sytuacja zmienia się w 1990 roku dzięki zredagowanym przez Radę do spraw Etyki i Prawa AMA i znowelizowanym cztery lata później *Podstawowym elementom relacji pacjent – lekarz*. Podane w *Kodeksie z 1847* roku przepisy o obowiązkach lekarzy względem pacjentów i pacjentów wobec lekarzy zostały zastąpione regulacjami kładącymi nacisk na współpracę medyków i ich podopiecznych. Dokument otwierają następujące konstatacje: „Od czasów antycznych lekarze dostrzegali, że zdrowie i dobrostan pacjentów zależy od wspólnego wysiłku obu stron. Pacjenci dzielą się z lekarzami odpowiedzialnością

¹⁷ Por. też Galewicz (2010): 20–21; Tomaszewska (2017).

¹⁸ Beauchamp, Childress (1996): 131.

¹⁹ Thomson (1982): 250.

za ochronę własnego zdrowia”²⁰. Edmund Pellegrino zmianę tę nazywa „znaczącą socjologicznie i etycznie”²¹. Art. 2. *Podstawowych elementów* potwierdza prawo pacjenta do akceptowania rekomendacji lekarza dotyczących opieki zdrowotnej lub do niezgody na nie. Autorzy tej doniosłej metamorfozy nie posługują się jeszcze terminem „autonomia”. Pojawia się on w niektórych dokumentach tzw. profesjonalizmu odnowionego²², w tym w opublikowanej w 2002 roku *Karcie lekarza*²³ będącej jego instytucjonalnym wyrazem. *Kartę* spolszczono w 2013 roku²⁴. Redaktorzy *Karty* przyznają pryncypium poszanowania autonomii pacjenta wysoką, drugą pozycję w hierarchii podstawowych zasad profesjonalizmu. Ustępuje ona tylko zasadzie nadrzędności dobra pacjenta. Pryncypium autonomii zostało w niej obwarowane dwojako. Po pierwsze, jej redaktorzy zastrzegają, że poszanowanie autonomii decyzyjnej pacjenta nie może prowadzić do niewłaściwej nad nim opieki. Jest to ograniczenie nie budzące większych wątpliwości. Po drugie autonomia jest w *Karcie* limitowana wymogiem zgodności z etycznym praktykowaniem medycyny. Stąd wniosek, że zasada jej poszanowania ograniczana jest na dwa sposoby. Po pierwsze, zgodnością żądań pacjenta z aktualną wiedzą medyczną oraz – po drugie – ich zgodnością z tradycją etyczną medycyny. Autonomia jako wartość zajmuje niższą pozycję w hierarchii przynajmniej niektórych dóbr wypracowanych w tej tradycji. Ich przykładem jest obowiązek lekarzy do podejmowania wysiłków zachowania życia i zdrowia pacjentów. Można odnieść wrażenie, że intencją redaktorów *Karty* było nałożenie na autonomię większych ograniczeń od tych, które przyświecały autorom *Podstawowych elementów relacji pacjent – lekarz*.

Przedstawiony przegląd amerykańskich dokumentów lekarskiej etyki profesjonalnej pokazuje, że autonomia zajmuje w nich niższą pozycję deontyczną w porównaniu z etyką ogólną liberalnych demokracji, w której wartość ta sytuuje się bardzo wysoko w hierarchii ich dóbr. Pierwsze polskie kodeksy także nie wymieniają autonomii i pryncypium jej poszanowania. Można nawet wysunąć tezę, że ich redaktorzy silniej niż ich amerykańscy koledzy akcentują dominację decyzyjną i moralną lekarzy w profesjonalnych kontaktach z pacjentami. Przykładem takiej „wyższości” moralnej jest art. 9. *Zasad obowiązków i praw lekarzy* z 1884 roku. Stanowi on: „Z natury swojego stosunku do chorego lekarz zyskuje nad nim przewagę moralną. Wpływu tego lekarzowi nadużywać nie wolno”. W tym samym dokumencie sformułowany jest przepis (art. 11.) o poszanowaniu przez pacjenta przewagi decyzyjnej lekarza, który z „wszelką słuszością żądać może od chorych spełnienia wszystkiego, co dla zdrowia tych ostatnich, wedle jego przekonania, jest pożyteczne”. Późniejsze uregulowania etyczne zawierają ten przepis w nieco zmienionej postaci. *Zasady etyczno-deontyczne* z 1967 roku w art. 1. unormowań szczegółowych stwierdzają: „W wyborze postępowania lekarz powinien opierać się na

²⁰ “From ancient times, physicians have recognized that the health and well-being of patients depends upon a collaborative effort between physician and patient. Patients share with physicians the responsibility for their own health care”. AMA Council of Ethical and Judicial Affairs (1999): 360 (tłum. własne).

²¹ Pellegrino (1999): 111.

²² Więcej na temat profesjonalizmu odnowionego i różnic między nim a profesjonalizmem tradycyjnym: Szewczyk (2019): 45–50, 52–57.

²³ ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, European Federation of Internal Medicine (2002).

²⁴ *Karta Lekarza* (2013).

swej najrzetelniejszej wiedzy i sumieniu, nie ulegając nieuzasadnionym sugestiom bądź życzeniom chorego; swoją opinię powinien wyrażać w sposób jasny i stanowczy”²⁵. Przepis powtórzony jest jako zasada 7. *Zbioru zasad etyczno-deontologicznych polskiego lekarza z 1977 roku*²⁶. Etyczną tradycję profesji tworzoną w historii kolektywnym wysiłkiem lekarzy i medycznych autorytetów moralnych wymienioną w *Karcie* zastąpiono w obu przywołanych dokumentach indywidualnym (osobistym) sumieniem lekarza. W mojej opinii sens tej zamiany można odczytywać przez pryzmat art. 9. *Zasad obowiązków i praw lekarzy z 1884 roku*. Przewaga moralna lekarza nad pacjentem wymieniona w tym przepisie została tu powiązana z osobistym sumieniem medyka. Począwszy od obu powojennych dokumentów, sumienie przestaje być wiązane z tradycją moralną profesji. Jest natomiast skojarzone z indywidualnymi poglądami moralnymi lekarza, kształtowanymi w dużej, być może nawet przeważającej części przez etykę ogólną. Teraz i ono tak rozumiane, wraz z najrzetelniejszą wiedzą, ogranicza wolność decyzyjną pacjenta. Do oddzielenia sumienia indywidualnego od tradycji profesjonalnej i sumienia profesjonalnego przyczyniły się w znacznej mierze poglądy Władysława Biegańskiego syntetyczne ujęte w jego słynnym, wielokrotnie cytowanym zdaniu: „nie będzie dobrym lekarzem, kto nie jest dobrym człowiekiem”²⁷.

Odwołanie do indywidualnego sumienia (i wiedzy) obecne jest także w art. 4. najnowszego *Kodeksu etyki lekarskiej*: „Dla wypełnienia swoich zadań lekarz powinien zachować swobodę działań zawodowych, zgodnie ze swoim sumieniem i współczesną wiedzą medyczną”. Zauważmy, że w regulacji tej sumienie zostało umieszczone wyżej w hierarchii deontycznej niż współczesna wiedza medyczna. Ciekawe interpretacyjnie jest zestawienie tego przepisu z art. 13. Zgodnie z jego punktem 1. „Obowiązkiem lekarza jest respektowanie prawa pacjenta do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących jego zdrowia”. Punkt ten jest funkcjonalnym odpowiednikiem znaczącej zmiany spowodowanej amerykańskimi *Podstawowymi elementami relacji pacjent – lekarz*. Jednak jego odczytanie w związku z art. 4. pokazuje, że radykalizm tej metamorfozy w polskim *Kodeksie* został bardzo osłabiony. Ujmowany z tej perspektywy obowiązek respektowania przez lekarza prawa świadomego uczestnictwa pacjenta w procesie decyzyjnym mieści się w granicach wyznaczonych nie tylko współczesną wiedzą medyczną, ale również i przede wszystkim jego osobistym sumieniem, jego indywidualnymi poglądami moralnymi. Rzecz można, że sumienie jest tu wartością silniejszą niż autonomia pojmowana jako prawo uczestnictwa w procesie decyzyjnym, że wolność decyzyjna pacjenta zajmuje niższe miejsce w hierarchii dóbr lekarza profesjonalisty w porównaniu z jego osobistym sumieniem. Stąd wniosek, że również w KEL zauważyć można wpływ art. 9. *Zasad z 1884 roku*. Niewykluczone, że redaktorzy dokumentu nie byli tego oddziaływania świadomi. Pasem transmisyjnym mógł być paternalizm wciąż obecny polskim etosie lekarskim²⁸ i popularność w środowiskach medycznych cytowanego wcześniej przekonania W. Biegańskiego²⁹.

²⁵ Polskie Towarzystwo Lekarskie (1975): 171.

²⁶ Polskie Towarzystwo Lekarskie (1994): 161.

²⁷ Biegański (1899): 41; zob. też: Szewczyk (2018): 80–82.

²⁸ Zob.: Szewczyk (2018): 70–71.

²⁹ O innym istotnym powodzie wspomnę w podpunkcie następnym.

Przeprowadzona analiza pozycji deontycznej autonomii pacjenta pokazuje, że wartość ta zarówno w uregulowaniach amerykańskich, jak i polskich zajmuje niższe miejsce w hierarchii dóbr, w porównaniu z jej pozycją w etyce ogólnej. W powojennych rodzimych kodeksach autonomia pacjenta została w dużej mierze podporządkowana także osobistemu sumieniu lekarza. Umożliwia to kwestionowanie decyzji pacjenta przez lekarza odwołującego się do własnych przekonań moralnych nawet wówczas, gdy decyzje te są zgodne w wymogami nauki i tradycją moralną profesji.

1.3.2. Obowiązek dobroczynienia

W XVIII wieku uznanie nadrzędności dobra pacjenta nad interesami lekarza legło u podstaw radykalnej przemiany dotychczasowej hierarchii wartości konsyliarzy. Jej skutkiem było przeobrażenie gildii medyków z organizacji merkantylnej nastawionej na realizację ich interesów, w profesję lekarską dbającą o dobrostan zdrowotny pacjentów. Etykę merkantylną zastąpiła profesjonalna etyka lekarska. Szczególne zasługi w dziele tej przemiany, jej uzasadnieniu oraz wyciąganiu moralnych i społecznych następstw podporządkowania dobra lekarzy dobru chorych mieli dwaj wykształceni filozoficznie lekarze Szkot John Gregory (1724–1775) i Anglik Thomas Percival (1740–1803)³⁰.

Obowiązek działania lekarza na rzecz dobra pacjenta zawarty jest już w pierwszym kodeksie etyki profesjonalnej, jakim był, przypomnę, *Kodeks AMA* z 1847 roku. Formuluje go art. 1. otwierający dokument. Redaktorzy piszą w nim o „niezmiennej” gotowości lekarza do „podporządkowania się wezwaniu chorego”, wspominają o „służbie choremu” i nakazują być „szafarzem nadziei i pociechy” dla chorych. Ostrzegają przed pochopnym przekazywaniem pacjentowi „ponurych rokowań”. Porady udzielane przez medyka muszą mieć na celu „dobrostan” (*welfare*) pacjenta. Również w *Zasadach etyki lekarskiej* z 1903 roku pojawia się ten termin. W artykule *Rozsądna porada dla pacjenta* autorzy deklarują, że „właściwe porady” udzielane pacjentowi dają mu „uspokojenie a nie zdenerwowanie”, pod warunkiem, że są formułowane z „taktem i rzeczywistym umiłowaniem dobroci, którym towarzyszy szczerze zainteresowanie dobrostanem osoby, ku której są skierowane”³¹. Nowelizacja *Zasad etyki lekarskiej* z 2001 roku w *Preambule* przypomina, że „profesja lekarska od dawna zgadzała się z treścią unormowań etycznych opracowanych przede wszystkim z myślą o korzyści (*benefit*) pacjenta”³². O etycznym obowiązku stawiania „dobrostanu (*welfare*) pacjenta ponad lekarza interes własny i nad zobowiązania w stosunku do innych [stron]” mówi także dokument *AMA Opinie o relacjach pacjent – lekarz*. Na lekarzu spoczywa też powinność dbania o ten dobrostan³³.

Z dokonanego przeglądu wynika jednoznacznie, że AMA zasadę czynienia dobra w relacji lekarz – pacjent sytuuje bardzo wysoko w hierarchii norm etyki profesjonalnej. Podobnie wysoką pozycję ma ona w profesjonalizmie lekarskim. Można nawet zaryzykować twierdzenie, że jest to wartość najwyższa w tej hierarchii. Inne dobra profesjonalne są jej podporządkowane, służą jej realizacji. Zbadajmy status deontyczny dobra pacjenta w polskich uregulowaniach.

³⁰ Szewczyk (2019): 34–36.

³¹ American Medical Association (1999): 336.

³² American Medical Association (2001).

³³ American Medical Association (2019): 1.

Zasady praw i obowiązków lekarzy z 1884 roku nie wymieniają tej wartości. Nie wspominają też o prymacie dobra pacjenta nad interesem lekarza i korporacji medyków. Jak można przypuszczać, powodem tego milczenia jest fakt, że pominięto w nich „zasady bezsporne, ogólnie uznane, z dawna i powszechnie szanowane”, o czym informują redaktorzy we *Wstępie* do dokumentu. Być może dbałość o dobro pacjenta uznano za takie właśnie pryncypium. Regulacja ustanawiająca nadrzędność dobra pacjenta pojawia się w *Kodeksie deontologii lekarskiej* z 1907 roku. Jego paragraf 2. stanowi: „Każdy lekarz powinien sumiennie wykonywać obowiązki swego zawodu, mając przede wszystkim na względzie dobro chorego. Winien też przestrzegać (...) wspólnych interesów moralnych i materialnych stanu lekarskiego (...)”. Przepis ten stawia na pierwszym miejscu obowiązek dobroczynienia, podporządkowując interesy grupowe lekarzy temu dobru. O pierwszeństwie dobra chorego (i zdrowia publicznego) w sposób bardziej dobitny mówi *Zbiór zasad deontologii lekarskiej* z 1935 roku. Zgodnie z jego zasadą 1. dobro to staje się „najwyższym nakazem moralnym dla lekarza”³⁴. W podobnej stylizacji ujmują ten obowiązek dwa cytowane wcześniej dokumenty powojenne z lat 1967 i 1977, a także aktualny *Kodeks etyki lekarskiej*, który w art. 2. punkt 2. stanowi: „Największym nakazem etycznym dla lekarza jest dobro chorego – *salus aegroti suprema lex esto*”. Prymat zasady dobra pacjenta w polskich uregulowaniach pojawia się później niż w dokumentach AMA, jednak począwszy od *Kodeksu deontologii* z roku 1907 akcentowany jest równie silnie jak w profesjonalnej etyce lekarskiej obowiązującej w USA.

W podsumowaniu różnic wartości deontycznej autonomii i czynienia dobra w etyce ogólnej i profesjonalnej oraz ich relacji w etyce lekarskiej można stwierdzić, że:

- Wolność decyzyjna pacjenta i obowiązek jej poszanowania w etyce profesjonalnej zajmują niższe miejsce w hierarchii dóbr i obowiązków niż wolność decyzyjna jednostek w etyce ogólnej.
- W mającym długą tradycję porządku wartości i obowiązków w ramach samej profesjonalnej etyki lekarskiej, autonomia pacjenta zajmuje zawsze niższą pozycję, niż jego dobro.
- Dobro pacjenta i obowiązek jego urzeczywistnienia w hierarchii wartości etyki profesjonalnej stoją wyżej niż obowiązek czynienia dobra na rzecz osób trzecich w etyce ogólnej. Działania dla czyjegoś dobra z czynów chwalebnych (ponadobowiązkowych) w etyce ogólnej, w etyce profesjonalnej stają się zwykłymi obowiązkami lekarza względem pacjenta. W. Galewicz pisze o zjawisku przesunięcia normatywnego takich czynów: ich „degradacji” deontycznej³⁵. Jej przykładem jest par. 1. art. I. *Kodeksu* z 1847 roku. Obliguje on do „stawiania czoła” niebezpieczeństwu, jakie niesie choroba zakaźna. Nawet wobec zagrożenia własnego życia lekarze mają „obowiązek kontynuowania wysiłków zmierzających do łagodzenia cierpienia” chorych. Pamiętajmy, że w owym czasie zarazy wciąż jeszcze zbierały obfite żniwo.

³⁴ Naczelna Izba Lekarska (1975): 146.

³⁵ Galewicz (2010): 21. Por. też: Michałowska, Turek (2010): 137.

Na koniec rozważań tego punktu przywołam jeszcze jedną różnicę między lekarską etyką profesjonalną i etyką ogólną, rzadziej omawiane w literaturze. Zwraca na nią uwagę W. Galewicz pisząc o zjawisku „determinacji naddostatecznej”³⁶. Polega ono na zwiększeniu w etyce profesjonalnej liczby racji za regułą, która już w etyce ogólnej ma moc największą, za którą już w tej etyce przemawia wiele powodów powszechnie ważnych. Przykładem determinacji naddostatecznej w etyce lekarskiej jest zakaz zabijania człowieka. W etyce ogólnej jest to norma powszechnie akceptowana, przynajmniej w zastosowaniu do tzw. niewinnych ludzi. W etycznej tradycji medycyny przytacza się jednakże dodatkowe racje za bezwzględnością tego zakazu, nawet w odniesieniu do ludzi, którzy nie są niewinni w prawnym czy potocznym rozumieniu tego terminu. Owe naddostateczne profesjonalne racje można podzielić na pozytywne i negatywne. Pierwsze przywołują obowiązek lekarza podejmowania wysiłków na rzecz zachowania zdrowia i życia pacjentów. W polskim *Przyrzeczeniu lekarskim* absolwent studiów lekarskich ślubuje „służyć życiu i zdrowiu ludzkiemu”. Usposobienie lekarza do „utrzymywania życia i maksymalizowania zdrowia” pacjentów w tradycyjnym profesjonalizmie jest uważane za podstawową cechę dobrego moralnie lekarza³⁷. Wniosek ten potwierdza Tadeusz Maria Zielonka, lekarz i wieloletni komentator *Kodeksu etyki lekarskiej*. W refleksjach na temat art. 31. KEL zakazującego lekarzowi stosowania eutanazji i pomocy choremu w popełnieniu samobójstwa T. Zielonka stwierdza, że zakaz ten wynika z „istoty pojmowania funkcji lekarza, którego zadaniem przez wieki było walczyć o życie i zdrowie chorego, nie zaś przyspieszyć jego zgon”. Komentator podaje także trzy najczęściej przytaczane racje negatywne. Po pierwsze, wizerunek lekarza walczącego o zdrowie i życie pacjentów „obecny jest w świadomości społeczeństwa i nie wolno go burzyć”. Po drugie, „chorzy nie mogą iść do szpitala z lękiem, że być może, ktoś (...) uzna ich stan za beznadziejny i podejmie decyzję, że należy skrócić niepotrzebne już nikomu życie”. I po trzecie – profesjonalne „reguły powinny być przejrzyste i lekarze muszą się zadeklarować czy są ekspertami w ratowaniu życia czy fachowcami w zadawaniu śmierci? Czy można pogodzić zawód lekarza i kata?”³⁸.

Przywołane przykłady uzasadniają w stopniu zadowalającym, jak sądzę, tezę o odmienności normatywnej profesjonalnej etyki lekarskiej od etyki ogólnej. Różni się ona od etyki obowiązującej w relacjach między ludźmi jako ludźmi, niezależnie od pełnionych przez nich ról, zarówno statusem deontycznym obowiązków (wartości, cnót), czyniąc z zachowań dobrowolnych zachowania nakazane lub zakazane, jak również ich wzajemną pozycją w hierarchii deontycznej, odwracając przyjęty na gruncie etyki ogólnej prymat autonomii nad dobrostanem.

2. Deduktywizm i model zapożyczenia – spory wokół sposobów uzasadniania profesjonalnej etyki lekarskiej jako etyki aplikacyjnej

Obecne w uregulowaniach kodeksowych odmienności wartościowania obowiązków między etyką zawodową i ogólną są zróżnicowaniami najwyraźniej widocznymi i dzięki temu najłatwiejszymi do zidentyfikowania³⁹. Profesjonalna etyka lekarska nie stanowi

³⁶ Galewicz (2010): 19–20.

³⁷ Erde (2013): 185; por. też: Szewczyk (2019): 46.

³⁸ Zielonka (2000).

³⁹ Galewicz (2010): 10.

wyjątku. Jednakże odmienności statusu deontycznych obowiązków nie są jedynymi różnicami pomiędzy lekarską etyką profesjonalną i ogólną. Rozbieżności trudniejsze do uchwycenia pomiędzy obu rodzajami etyk będą próbował odnaleźć analizując sposoby uzasadniania etyki stosowanej (w obecnym punkcie) oraz kontrowersje wokół źródeł jej treści (punkt 3.). Wybór prezentowanych zagadnień nie jest przypadkowy. Z braku powszechniej przyjętej definicji etyki stosowanej⁴⁰ rozważania nad jej naturą koncentrują się bowiem wokół tych właśnie problemów.

2.1. Wątpliwości dotyczące deduktywistycznego modelu uzasadniania Kodeksu etyki lekarskiej z 1847 roku

W akapicie otwierającym *Przedmowę* do Kodeksu z 1847 roku John Bell, jeden z redaktorów dokumentu, stwierdza: „Etyka lekarska, jako dziedzina etyki ogólnej, musi opierać się na religii i moralności”⁴¹. Według Roberta Bakera tą religijno-moralną podstawą profesjonalnej etyki lekarskiej była zasada wzajemności⁴². Obowiązkom lekarzy i całej profesji wobec pacjentów i społeczeństwa – zgodnie z pryncypium wzajemności – powinny odpowiadać prawa profesjonalistów i konieczność ich przestrzegania przez pacjentów i społeczeństwo.

Omawiane zdanie *Przedmowy* J. Bella może sugerować, że jego autor umieszcza *Kodeks* (i lekarską etykę profesjonalną) w modelu deduktywistycznym etyki stosowanej⁴³. Obrazowego opisu tego modelu używa między innymi Ruth Chadwick. W jej terminologii deduktywizm stanowi aplikację „teorii wyższego poziomu (*high-level theory*)” do etycznych aspektów rozważanej sytuacji⁴⁴. Dla J. Bella odpowiednikiem „teorii wyższego poziomu” byłyby religia i moralność, z których wziął pryncypium wzajemności, aplikując je do uzasadnienia symetrii obowiązków profesjonalnych lekarzy i zobowiązań pacjentów.

Jednoznaczne umieszczenie profesjonalnej etyki lekarskiej w modelu deduktywistycznym zostaje postawione pod dużym znakiem zapytania przez zdanie otwierające drugi akapit *Przedmowy*. Brzmi ono: „Formułowanie kodeksu na tej podstawie [religii i moralności – K.Sz.] daje nam nieocenioną przewagę, polegającą na możliwości dedukcji jego reguł z postępowania wielu znakomitych lekarzy, którzy wzbogacili profesję swoją wiedzą i oddaniem”⁴⁵. Reguły postępowania są tu tożsame z unormowaniami *Kodeksu* wyznaczającymi obowiązki z jednej strony profesjonalistów, a z drugiej – pacjentów i społeczeństwa. Obowiązków tych nie dedukuje się z teoretycznej podstawy dokumentu, lecz z „postępowania wielu znakomitych lekarzy”. Zaznaczyć trzeba, że „dedukcja” wspomniana przez J. Bella nie jest dedukcją w logicznym znaczeniu tego terminu, lecz wyborem obszernych fragmentów dzieł ojców profesjonalizmu lekarskiego, zestawianiu

⁴⁰ W kwestii wielości ujęć etyki stosowanej zob.: Chyrowicz (2013): 19 i n.

⁴¹ “Medical ethics, as a branch of general ethics, must rest on the basis of religion and morality”. AMA (1847): 83 (tłum. własne).

⁴² Baker (1999): 26.

⁴³ Beauchamp, Childress (1996): 22–26.

⁴⁴ Chadwick (2009): 2.

⁴⁵ “In framing a code on this basis, we have the inestimable advantage of deducing its rules from the conduct of the many eminent physicians who have adorned the profession by their learning and their piety”. AMA (1847): 83 (tłum. własne).

ich w nowe całości, a także wykorzystywaniem ich rozwiązań w konstruowaniu całości dokumentu. Najwięcej redaktorzy *Kodeksu* zaczerpnęli z dorobku T. Percivala, dwie trzecie treści dokumentu jest jego autorstwa. Niewielkie części pochodzą z twórczości Benjamina Rusha (1746–1813), najmniej i w sposób pośredni wykorzystano przemyślenia J. Gregory'ego⁴⁶. Jednym z ważnych powodów niechęci do twórczości J. Gregory'ego mogło być jej ukierunkowanie na etykę charakteru lekarzy. Natomiast J. Bell i redaktorzy *Kodeksu*, jak wynika z cytowanego zdania, skupiają się na etyce zachowania profesjonalistów opracowanej przez T. Percivala. Warto jednak zauważyć, że dorobek J. Gregory'ego, marginalizowany w redakcji *Kodeksu*, obecny jest w nurcie etyki profesjonalnej i (szczególnie) w nurcie profesjonalizmu akcentującym wagę profesjonalnych cnót i etyki charakteru w moralnym formowaniu lekarzy profesjonalistów⁴⁷. Jego reprezentantką jest między innymi przywołana już R. Rhodes, edukatorka z nowojorskiej Mount Sinai School of Medicine⁴⁸. Prawdziwy wydaje się zatem pogląd uznający zarazem T. Percivala, jak i J. Gregory'ego za twórców lekarskiej etyki profesjonalnej (i profesjonalizmu).

Skala zapożyczeń od twórców profesjonalizmu lekarskiego przy tworzeniu *Kodeksu* z 1847 roku oraz sposób ich wykorzystania przy jego redakcji wskazują, że nie mieści się on w sposobie deduktywistycznym uprawiania etyk zawodowych. W następnych punktach będę poszukiwał odpowiedzi na pytanie do jakiego modelu etyki aplikacyjnej należy zakwalifikować propozycje normatywne T. Percivala i J. Gregory'ego.

2.2. Uzasadnianie profesjonalnej etyki lekarskiej w modelu zapożyczenia

R. Baker i Laurence McCullough zastanawiając się nad modelem uzasadniania profesjonalnej etyki lekarskiej sięgnęli do twórczości obu wymienionych wyżej autorów. Badając sposób wykorzystania przez nich źródeł uzasadniania, dochodzą do wniosku, że konstruuja oni sposób alternatywny nie tylko dla dedukcyjnego, lecz także dla aplikacyjnego wzorca sankcjonowania profesjonalnej etyki lekarskiej. Nazywają go „modelem zapożyczenia (*appropriation model*)”⁴⁹. Stwierdzają, że w modelu tym – w przeciwieństwie do etyki stosowanej – profesjonalna etyka lekarska tworzona jest w codziennej aktywności profesjonalnej przez lekarzy podejmujących wyzwania swego czasu i polega na adaptowaniu pojęć i fragmentów teorii filozoficznych do praktycznych kontekstów medycyny. Adaptacja nie jest aplikacją ani dedukcją i wiąże się z rekontekstualizacją pojęć i fragmentów teorii – wyodrębnieniem ich z macierzystych koncepcji i ponownym sformułowaniem w profesjonalnej etyce lekarskiej. Element poddany procesowi rekontekstualizacji nabywa nowego znaczenia. Przykładem rekontekstualizacji pojęciowej jest adaptacja sympatii dokonana przez J. Gregory'ego. Termin ten zaczerpnął J. Gregory wprost od Davida Hume'a. Jednakże w opinii R. Bakera i L. McCullougha zapożyczenie to nie jest w żadnym razie aplikacją sympatii z filozofii do etyki lekarskiej. U D. Hume'a sympatia jako zdolność współodczuwania stanowiła podstawę wszystkich uczuć i cnót moralnych. Natomiast J. Gregory przystosowując ją do medycyny, zmienił

⁴⁶ Baker (1999): 27–29.

⁴⁷ Zob.: Szewczyk (2019): 46 i n.

⁴⁸ Rhodes, Smith (2006): 99–114.

⁴⁹ Baker, McCullough (2007): 3.

sympatię w „specyficzną cnotę” profesjonalnej etyki lekarskiej⁵⁰, będącą podstawą relacji lekarz – pacjent. Rzekoma „aplikacja” dokonana przez niego jest zatem powiązana z „wytworzeniem czegoś całkowicie nowego”⁵¹. Z kolei przykładem zmiany kontekstu fragmentów teorii moralnej jest włączenie do etyki lekarskiej teorii umowy społecznej. Jak pisze R. Baker, tę koncepcję Johna Locke’a do swojej twórczości etycznej z pełną świadomością zaaplikował Thomas Gisborne. Natomiast T. Percival jedynie „zainspirował” się teorią umowy podczas lektury prac T. Gisborne’a⁵². Za przykład zapożyczenia można uznać też przeprowadzoną przez T. Percivala zamianę nieformalnego, opartego na osobistym charakterze kodeksu honorowego angielskiego dżentelmena, na formalny kodeks etycznego postępowania, tworzony i interpretowany przez członków profesji⁵³. Inaczej mówiąc, T. Percival dokonał czegoś w rodzaju rekontekstualizacji i medykalizacji aktualnych wówczas stosunków społecznych, wykorzystując tak zmienione elementy do budowania lekarskiej etyki profesjonalnej.

Wspomniana wyżej wielość i skala „dedukcyjnych” zapożyczeń z twórczości T. Percivala przy redagowaniu *Kodeksu* z 1847 roku usprawiedliwia tezę o przynależności tego kodeksu raczej do modelu zapożyczenia. Kolejnym przykładem przemawiającym za postawioną tezą jest przekształcenie zasady wzajemności w teorię umowy społecznej. Autorem tej „rewolucyjnej” przemiany w dziejach etyki profesjonalnej był Isaac Hays, także redaktor dokumentu⁵⁴. Teorii nie wzięł od J. Locka, lecz „zapożyczył” ją od T. Percivala. Można zatem powiedzieć, że mamy tu do czynienia z trój etapową sekwencją kolejnych zapożyczeń: T. Gisborne korzystał z oryginału, T. Percival inspirował się pracą T. Gisborne’a i, na koniec, I. Hays wykorzystał zapożyczenie T. Percivala. Natomiast bezpośredniej inspiracji do zwrócenia się ku teorii umowy społecznej dostarczyła I. Haysowi egalitarna zasada wzajemności wprowadzona do etyki lekarskiej przez J. Bella. Czerpiąca z tych źródeł umowa społeczna była domyślną czterostronną umową etyczną między lekarzami, profesją, pacjentami i społeczeństwem. Stosownie do niej I. Hays podzielił *Kodeks* na cztery rozdziały, normujące obowiązki wymienionych stron. Współcześnie do umowy społecznej jawnie nawiązuje profesjonalizm odnowiony, pojmując ją jako kontrakt medycyny ze społeczeństwem⁵⁵. Natomiast z normy wzajemności zrezygnowano już w pierwszej nowelizacji dokumentu, jaką były *Zasady etyki lekarskiej* z 1903 roku, poprzez usunięcie rozdziału o obowiązkach pacjentów i społeczeństwa wobec profesji. W efekcie tego zabiegu w *Zasadach* i w późniejszych nowelizacjach dokumentu zachowane zostały wyłącznie obowiązki profesjonalne lekarzy i stanu lekarskiego. Szybka rezygnacja z symetrii obowiązków jest etycznie uzasadniona. W przeciwieństwie do moralności ogólnej, w etyce profesjonalnej symetrii takiej nie ma, dziedziny te bowiem dzielą zbyt duże różnice deontyczne. Najważniejsze z nich opisałem w poprzednim punkcie. Przekształcona w umowę społeczną zasada wzajemności została w pełni zmedykalizowana (zrekontekstualizowana), a jej aplikacyjny związek z religią i moralnością ogólną uległ zatarciu, a być może nawet został zerwany. Na pod-

⁵⁰ Ibidem: 11.

⁵¹ Baker (2002): 461.

⁵² Ibidem: 463–464.

⁵³ Ibidem: 462.

⁵⁴ Baker (1999): 36.

⁵⁵ Por.: Szewczyk (2019): 49.

stawie tych rozważań można, jak sądzę, wywieść (ostrożny) wniosek o przynależności (amerykańskiej) profesjonalnej etyki lekarskiej do modelu zapożyczenia.

2.3. Model zapożyczenia jako typ etyki stosowanej

Model zapożyczenia został ostro skrytykowany przez Toma Beauchampa. Krytyk zarzuca autorom, że w artykule skupiają się na modelu deduktywistycznym etyki aplikacyjnej i z nim porównują swój sposób uprawiania etyki profesjonalnej. Jest to jednak jego zdaniem zabieg nieuprawniony, gdyż obecnie „praktycznie wszyscy filozofowie moralni odrzucają” ten model aplikacyjny i nie prowadzą kursów etyki stosowanej, które odwoływałyby się do sposobu deduktywistycznego⁵⁶. R. Baker i L. McCullough tworzą zatem problem pozorny, z którym następnie walczą. Jest to krytyka uzasadniona. Ich wypowiedzi wskazują, że obiektem, który zwalczają, jest model teorii wyższego poziomu, w jego skrajnej postaci „inżynierskiej”⁵⁷. Przykładem jest aprobatywne przywołanie poglądu Daniela Foxa, zgodnie z którym „bzdurą jest twierdzenie, że filozoficzne teorie wpływają na etykę lekarską”⁵⁸.

Walka z modelem etyki aplikacyjnej, którego już nie ma, stwierdza T. Beauchamp, nie pozwala R. Bakerowi i L. McCulloughowi dostrzec, że ich model jest także jednym z typów etyki stosowanej. Temu również należy przyznać rację. Propozycja R. Bakera i L. McCullougha nie stanowi – jak chcą jej autorzy – alternatywy dla etyki stosowanej, wziętej w całej jej różnorodności, lecz jedynie dla deduktywizmu. Natomiast cały spór o aplikacyjną naturę profesjonalnej etyki lekarskiej toczony między R. Bakerem i L. McCulloughem a ich krytykiem ma w mojej opinii marginalne znaczenie. Wielość definicji i sposobów rozumienia etyki stosowanej pozwala uznać za etykę stosowaną każdą sensowną propozycję normatywną odnoszącą się do problemów etycznych poszczególnych profesji bądź zawodów⁵⁹. Do tego wniosku zdaje się przychylić również sam T. Beauchamp stwierdzając, że nazywanie etyki systemów opieki zdrowotnej etyką aplikacyjną jest „metaforą, która może być bardziej myląca niż pomocna”⁶⁰. Rezygnacja z niej jest jednak niemożliwa przede wszystkim dlatego, że, jak stwierdza przywołany autor, jest to metafora bardzo mocno utrwalona w refleksji nad bioetyką akademicką i lekarską etyką profesjonalną⁶¹.

T. Beauchamp nie dostrzega, że polemika R. Bakera i L. McCullougha z modelem deduktywistycznym nie była przedsięwzięciem poznawczo całkowicie chybionym. Pozwoliła bowiem na wyodrębnienie cech charakterystycznych proponowanego przez nich sposobu uzasadniania etyki profesjonalnej. Po pierwsze, w przeciwieństwie do sposobu inżynierski model zapożyczenia jest ich zdaniem zanurzony w historii kształtowania się etyki profesjonalnej. Ahistoryczne nastawienie modelu deduktywistycznego wzmacnia-

⁵⁶ Beauchamp (2007): 57.

⁵⁷ Określenie „model inżynierski (*engineering model*)” wprowadził Artur Caplan. Zakłada się w nim, że wiedza etyczna jest aplikowana poprzez dedukcję konkluzji z teorii etycznej, przy uwzględnieniu znaczących empirycznych faktów danej sytuacji medycznej. Zob: Caplan (1983): 314.

⁵⁸ Baker, McCullough (2007): 4.

⁵⁹ Zob. w tej kwestii: Chyrowicz (2013): 19 i n.

⁶⁰ Beauchamp (2007): 9.

⁶¹ Zob. też np.: Rhodes (2002): 507.

ne jest przez jego racjonalistyczne zorientowanie. Etyka stosowana uprawiana w tym modelu używa zazwyczaj filozoficznych metod do krytycznej analizy problemów znajdujących się w polu jej zainteresowania⁶². Najmocniej uzasadniony, a więc najbardziej racjonalny rezultat takiego rozumowania zostaje niejako w nagrodę wdrożony do praktyki lekarskiej. W wielu przypadkach prowadzi to do jałowej wymiany racji za i przeciw w odniesieniu do dyskutowanego rozwiązania. Płyńcie stąd fałszywa według R. Bakera nauka o nierozstrzygalności (bio)etycznych problemów, ich niezmienniej, ahistorycznej właśnie, powtarzalności⁶³. Po drugie, model zapożyczenia gdzie indziej sytuuje podmioty dokonujące innowacji. W ujęciu inżynierskim są nimi autorzy aplikowanych pojęć, teorii bądź ich fragmentów. W modelu proponowanym przez R. Bakera i L. McCullougha, kreatywnym centrum zmian jest ten, kto dokonuje zapożyczenia i przystosowania pojęć bądź fragmentów teorii. Jak się okaże w świetle rozważań następnego punktu, wyróżnikiem takich kreatywnych podmiotów etyki lekarskiej jest posiadanie wykształcenia medycznego i praktykowanie sztuki lekarskiej. Po trzecie, w proponowanym modelu nikłe znaczenie ma wierność oryginalnym źródłom zapożyczenia. J. Gregory i T. Percival bardzo swobodnie traktują adaptowane pojęcia i fragmenty teorii moralnych. Dokonują takiego ich przystosowania, które byłoby użyteczne dla studentów medycyny i lekarzy. Innymi słowy, model zapożyczenia jest bardziej niż model deduktywistyczny zorientowany na praktyczną przydatność w medycynie. Odwoływanie się do filozoficznych uzasadnień etycznych obowiązków profesjonalistów ma w nim niewielkie znaczenie.

2.4. Błąd metodologiczny włączenia pryncypializmu do modelu zapożyczenia i jego konsekwencje

Według mnie R. Baker i L. McCullough popełniają jeszcze jeden błąd, tym razem metodologiczny. Ma on poważniejsze konsekwencje dla charakterystyki ich modelu niż próba usunięcia go z grupy profesjonalnych etyk stosowanych. Błędem tym jest włączenie do modelu zapożyczenia bioetyki akademickiej; autorzy mają na myśli jedną z najpopularniejszych jej postaci, mianowicie etykę czterech zasad T. Beauchampa i Jamesa Childressa potocznie nazywaną pryncypializmem. R. Chadwick sytuuje pryncypializm w modelu „zasad średniego poziomu (*mid-level principles*)”⁶⁴. Przypomnę, że są to następujące pryncypia: poszanowania autonomii decyzyjnej pacjenta, nieszkodzenia, dobroczynienia i sprawiedliwości. Odmiennie niż w modelu teorii wyższego poziomu, stosowanie wymienionych norm nie jest aplikacją teorii jako takiej. Ułatwiają one jedynie ukazanie moralnego wymiaru rozpatrywanej sytuacji profesjonalnej⁶⁵, a jako normy etyczne *prima facie* wymagają włożenia dużego wysiłku w ich uszczegóławianie, równoważenie z przekonaniem moralnym podmiotu i hierarchizowanie w sytuacji konfliktu norm. To ostatnie zadanie znacznie ułatwiają sami twórcy pryncypializmu. W jego interpretacji dokonanej przez Raana Gillona, zwolennika etyki czterech zasad i bardzo aktywnego jej propagatora, pryncypium poszanowania autonomii powinno być pierwsze spośród

⁶² Por. też: Beauchamp (2007a): 56.

⁶³ Baker (2002): 448, 455.

⁶⁴ Chadwick (2009): 3.

⁶⁵ Łuków (2017): 405.

równych mu, pozostałych trzech norm⁶⁶. Konflikty etyczne w praktyce medycznej rozstrzygane są w przeważającej większości na rzecz prymatu autonomii. Taka hierarchia zasad (obowiązków, wartości) zbliża etykę czterech zasad do etyki ogólnej, oddalając ją od etyki profesjonalnej, w której autonomia zajmuje znacznie niższą pozycję deontyczną niż dobro pacjenta. Włączanie bioetyki akademickiej razem z etyką profesjonalną do jednego modelu (zapożyczenia) jest więc co najmniej problematyczne. Spowodowało ono także przeoczenie trudności, jaką nasuwa wywodzenie z etyki ogólnej etyki aplikacyjnej opartej na zasadach. Taki pogląd głoszą T. Beauchamp i J. Childress. W siódmym wydaniu *Zasad etyki biomedycznej* stwierdzają, że zasadnicze normy pryncypializmu „wywodzą się z moralności potocznej”⁶⁷. Tezę autorów poddali krytyce logicznej Alan Tapper i Stephan Millett, skupiając się na pryncypiach autonomii i dobroczynienia⁶⁸. W etyce ogólnej zasady te (a także pozostałe normy moralne) stosuje się jednakowo wobec ludzi jako ludzi wchodzących w relacje etyczne. Natomiast w profesjonalnej etyce lekarskiej są to zasady asymetryczne, względne (*comparative*), aplikowane odmiennie do lekarzy i do pacjentów. Jeśli za przesłanki uznamy normy etyki ogólnej, a tak czynią twórcy pryncypializmu, wówczas nie możemy z nich dedukować wniosków, które można stosować do pacjentów. Twórcy etyki czterech zasad, chcąc uniknąć błędu wnioskowania, odwołują się do koncepcji uszczegóławiania pryncypiów. Jednakże A. Tapper i S. Millett mają poważne obiekcje także i wobec tej metody. Ma ona jedną zasadniczą wadę: ani T. Beauchampowi i J. Childressowi, ani nikomu innemu, łącznie z autorami omawianego artykułu, nie udało się jak dotychczas zastosować specyfikacji do przejścia od zasad etyki ogólnej do norm etyki profesjonalnej⁶⁹.

2.5. Polska profesjonalna etyka lekarska – od modelu bliskiego sposobowi zapożyczenia do ujęcia deduktywistycznego

Amerykańskie kodeksowe unormowania etyki lekarskiej tylko w dokumencie z 1847 roku deklarują jej związki z etyką ogólną i z fundatorami profesjonalizmu lekarskiego. Natomiast w polskiej tradycji kodeksowej wypowiedzi o źródłach etyki lekarskiej znajdują się w czterech dokumentach, łącznie z najnowszym. Wybiorę dwa z nich – najstarszy i obecnie obowiązujący. Pierwsza wzmianka na temat źródeł etyki profesjonalnej znajduje się we *Wstępie do Zasad obowiązków i praw lekarzy* z 1884 roku. Brzmi ona następująco: „Stanowisko zawodowe lekarzy wytwarza szereg stosunków, będących szczegółowymi przykładami i odmianami ogólnych stosunków społecznych [których] mniej lub więcej wiernym wyrazem jest prawo i obyczaj, panujące w danym miejscu i czasie”. Z wypowiedzi tej można wnosić, że prawa moralne, obowiązki i obyczaje lekarzy generowane są przez ich rolę społeczną⁷⁰. Nie jest to jednak tworzenie *sui generis* etyki profesjonalnej. Autorzy *Wstępu* zapewniają bowiem, że budowana przez nich etyka profesjonalna stanowi szczegółową odmianę i przykład ogólnych stosunków

⁶⁶ Gillon (2003).

⁶⁷ Beauchamp, Childress (2013): 13; zob. też: Beauchamp (2003): 208.

⁶⁸ Tapper, Millett (2014).

⁶⁹ Więcej w sprawie „wywodliwości” etyki profesjonalnej z etyki ogólnej: Galewicz (2010): 54 i n.

⁷⁰ Więcej na temat moralności ról: Andre (2010): 207–222.

społecznych. Wpisuje się ona jako moralność roli w ramy ogólnego prawa i obyczaju, będącego wyrazem tych stosunków. Redaktorzy *Zasad* w układzie obowiązków lekarzy, pacjentów i społeczeństwa nawiązują do zasady wzajemności zastosowanej w *Kodeksie* z 1847 roku. Jednakże – i odmiennie niż u J. Bella – w omawianym dokumencie podstawą szczegółowych zasad postępowania lekarzy wobec kolegów, pacjentów i społeczeństwa są „ogólne stosunki społeczne”, wyrażane w prawie i obyczaju danego miejsca i czasu. Zwraca uwagę akceptacja przez redaktorów *Zasad* historycznej zmienności społecznej podstawy dokumentu, pozbawienie jej jawnych religijnych konotacji obecnych u J. Bella, szacunek dla prawa stanowionego, a także umieszczenie roli społecznej lekarzy w systemie innych ról. Wzorowanie się autorów *Zasad* na *Kodeksie* AMA, a przede wszystkim „historyzm” dokumentu – otwartość na modyfikacje powodowane koniecznością dostosowania się roli lekarza do aktualnych zmian w prawie i obyczaju – pozwala na wysunięcie bardzo ostrożnej tezy o przynależności dokumentu do sposobu uzasadniania etyki profesjonalnej bliskiego modelowi zapożyczenia. Za tezę tą przemawia także częste w *Zasadach* przystosowywanie obyczaju panującego w „ogólnych stosunkach społecznych”, czyli między ludźmi jako ludźmi, do profesjonalnej roli lekarza, bliskie ich rekontekstualizacji. Dobrym przykładem takiego dostosowania są przepisy regulujące narady lekarskie. Etykieta obowiązująca w relacjach międzyludzkich przekształciła się tu w etykę instytucjonalną (drobiazgowo) normującą stosunki pomiędzy profesjonalistami.

Aktualny *Kodeks etyki lekarskiej* z 2014 roku stanowi drugą aktualizację dokumentu przyjętego w 1991 roku. Źródło etyki profesjonalnej podane jest we wszystkich nowelach w art. 1. par. 1. Wersja z 1991 roku ujmuje je następująco: „Etyka lekarska wynika z ogólnych norm etycznych, stosowanych w zawodzie lekarza”⁷¹. Dosłownie zinterpretowany przepis umieszczałby etykę profesjonalną w sposobie bliskim modelowi zasad średniego szczebla. Jednak moim zdaniem jest to wniosek przedwczesny. Podważa go bowiem Jerzy Umiastowski prezentując stanowisko komitetu redakcyjnego KEL, którego był członkiem. Zgodnie z nim: „Człowiek nie może przekroczyć naturalnych uprawnień w stosunku do samego siebie, mogłoby to bowiem spowodować więcej szkód niż przynieść korzyści. Szukając jasnego kryterium oceny zakresu tych uprawnień zespół nie znalazł innej metody, jak oparcie się na prawie naturalnym”⁷². Na podstawie cytatu można dowodzić, że etyczną podstawą KEL jest teoria prawa naturalnego. Czerpane z niej normy stosuje się w etyce profesjonalnej. Prawo naturalne obejmuje także prawo stanowione, któremu lekarz powinien się podporządkować „tylko wtedy, gdy nie narusza ono prawa naturalnego”⁷³. Jest to radykalna zmiana w porównaniu z *Zasadami* z 1884 roku. Stanowisko zespołu wskazuje na przynależność etyki profesjonalnej skodyfikowanej w KEL do modelu deduktywistycznego etyki aplikacyjnej, bliskiego jego radykalnej formie, jaką jest inżynierski sposób uzasadniania. Podczas redagowania *Kodeksu* tradycyjna etyka profesjonalna i jej przystosowanie do wyzwań etycznych, jakie niesie współczesność, oceniane były przez pryzmat prawa naturalnego. Z aprobatą spotykają się jedynie propozycje zgodne z tą koncepcją normatywną (lub jej najbliższe). Niewykluczone, że zasygnalizowana w podpunkcie 1.3.1. bardzo silna pozycja indywidualnego

⁷¹ Nadzwyczajny II Krajowy Zjazd Lekarzy (1991).

⁷² Umiastowski (1994): 239.

⁷³ Ibidem.

sumienia lekarza w aktualnym KEL jest skutkiem jego ujmowania z perspektywy etyki prawa naturalnego. Zastąpiło ono etykę ogólną z poprzednich dwu powojennych uregulowań, wzmacniając rolę tej władzy. Wyróżnione miejsce indywidualnego sumienia i jego powiązanie z prawem naturalnym wzmacnia obecne w tradycji profesjonalizmu lekarskiego tendencje paternalistyczne. Warto, jak sądzę, w tym miejscu przypomnieć spostrzeżenie R. Bakera, zgodnie z którym w amerykańskim profesjonalizmie lekarskim od jego początków „Włączanie przekonań religijnych lub etyki religijnej do procesu decyzyjnego lekarzy było uznawane za ‘nieprofesjonalne’”⁷⁴.

W następnych nowelach KEL omawiany przepis został skrócony do następującej postaci: „Zasady etyki lekarskiej wynikają z ogólnych zasad etycznych”. Podobnie jak w przypadku sformułowania z 1991 literalne odczytanie przepisu sytuowałoby profesjonalną etykę lekarską w obszarze bliskim modelowi zasad średniego poziomu. Taka klasyfikacja narażałaby KEL na sygnalizowane wyżej kłopoty związane z wywodzeniem norm i ich uszczegóławianiem. Jednakże, jak sądzę, jest to tylko nowela kosmetyczna, nie pociągająca za sobą konieczności zmiany afiliacji polskiej odmiany etyki profesjonalnej. Na uzasadnienie tej tezy przywołam wypowiedź Konstantego Radziwiłła, ówczesnego prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej, poprzedzającą treść KEL. Stwierdza on, że dokonane nowelizacje, to redakcje *Kodeksu* „nie zmieniające, co należy podkreślić, żadnej z podstawowych i trwałych zasad zawartych już w pierwszej jego wersji, lecz dostosowujące jego zapisy do nowych wyzwań praktyki lekarskiej”⁷⁵. Przeredagowanie KEL pociągające za sobą zakwalifikowanie etyki lekarskiej do innego modelu aplikacyjnego byłoby zmianą centralnej jego zasady, zakreślającej nowe podstawy normatywne postępowania lekarzy. Stąd wniosek, że filozoficzną podstawą KEL także w najnowszej jego nowelizacji jest nadal prawo naturalne.

Podsumowując rozważania o sposobach uzasadniania etyki aplikacyjnej można stwierdzić, że:

- Profesjonalna etyka lekarska jest jednym z rodzajów etyki aplikacyjnej.
- Uzasadnieniem amerykańskiej etyki lekarskiej jest model zapożyczenia. Ma on właściwości istotnie wyróżniające go od innych etyk aplikacyjnych, w szczególności od modelu deduktywistycznego i etyki czterech zasad. Należą do nich: zakorzenienie w historii kształtowania się etyki profesjonalnej – jego historyzm, (względna) otwartość na przemiany otoczenia społecznego a także na te, które zachodzą w instytucjach medycznych, podkreślenie aktywnej roli lekarzy i organizacji lekarskich w dokonywaniu zapożyczeń i wprowadzaniu zmian w obowiązujące regulacje oraz zorientowanie na praktyczną przydatność w medycynie. Ważną cechą modelu zapożyczenia jest konstruktywistyczne nastawienie jego twórców, budujących profesjonalną etykę lekarską z adaptowanych przez nich pojęć i fragmentów teorii obecnych w tradycji filozoficznej kultury zachodniej.
- Dalszych historycznych badań wymaga wysunięta w tej części teza o sposobie uzasadniania *Zasad obowiązków i praw lekarzy* bliskim modelowi zapożyczenia.

⁷⁴ Baker (2013): 182.

⁷⁵ Radziwiłł (2004).

- Uzasadnieniem aktualnie obowiązującego polskiego *Kodeksu etyki lekarskiej* jest teoria prawa naturalnego; mieści się on zatem w modelu deduktywistycznym etyki aplikacyjnej. Taka afiliacja oddala dokument od tradycji etycznej dominującej w profesjonalnej etyce amerykańskiej.

3. Spór o pochodzenie treści profesjonalnej etyki lekarskiej – stanowisko eksternalistyczne i internalistyczne

Spór dotyczący źródeł treści etyki aplikowanej do profesji lekarskiej nazywany jest też sporem o wewnętrzną moralność medycyny⁷⁶. Jest to zatem spór o to, czy profesja lekarska ma swoją wewnętrzną, unikatową moralność różną od moralności ogólnej, a więc również i o to, czy profesjonalna etyka lekarska jest odmienna od etyki zwyczajnej. Jego stronami są zwolennicy koncepcji, które można ująć w dwie zasadnicze grupy: teorii internalistycznych i eksternalistycznych. Przykładem ujęcia eksternalistycznego jest model deduktywistyczny etyki lekarskiej. Do tej grupy należy również pryncypializm. Według T. Beauchampa takim zewnętrznym źródłem etyki biomedycznej jest „uniwersalna moralność powszechna”⁷⁷. O trudnościach wiążących się z aplikacją modelu inżynierskiego, a także z uszczegóławianiem zasad wywodzących się z moralności powszechnej pisałem w poprzednim punkcie. Stawiają one pod dużym znakiem zapytania poszukiwanie zewnętrznych źródeł treści etyki profesjonalnej.

Internalizm jest bardziej różnorodną grupą poglądów na pochodzenie lekarskiej etyki stosowanej. Do najczęściej omawianych w literaturze bioetycznej należy esencjalizm Edmunda Pellegrino, wedle którego moralność medycyny wywodzi się z refleksji nad naturą medycyny – jej istotą czy też esencją – i krystalizuje się wokół jej wewnętrznych celów⁷⁸.

3.1. Profesjonalizm historyczny

Internalizmem jest też koncepcja moralności lekarskiej nazwana przez Johna Arrasa „historycznym profesjonalizmem”⁷⁹. Według tego poglądu twórcami etyki profesjonalnej są lekarze. Hasłowo rzecz ujmując, etyka profesjonalna jest etyką dotyczącą lekarzy, tworzoną przez lekarzy dla lekarzy. Hasło to wyraża jeden z istotnych wyróżników modelu zapożyczenia opisanych w poprzednim punkcie, wskazując na silne związki profesjonalizmu historycznego z tym właśnie modelem. W podejściu tym – przypomnę – autorami treści etyki profesjonalnej są, mogą i powinni być wyłącznie lekarze. Spełniając czynności zawodowe i dokonując świadomej refleksji nad nimi, kolejne pokolenia profesjonalistów sankcjonują lub modyfikują normy postępowania odziedziczone po minionych pokoleniach. Przyznanie lekarzom wyłączności w wyznaczaniu norm etycznych profesji odróżnia omawiany pogląd zarówno od eksternalizmu, jak i esencjalizmu. Profesjonalizm historyczny w przeciwieństwie do pierwszego z nich nie poszukuje

⁷⁶ Galewicz (2010): 97 i n.

⁷⁷ Beauchamp (2001): 612.

⁷⁸ Pellegrino (2010): 336.

⁷⁹ Arras (2001): 648.

źródeł sankcjonujących obowiązki etyczne lekarzy w normach moralności ogólnej, lecz w ich aktywności zawodowej osadzonej w historii i w tradycji budowanej na teoretycznej podstawie konstruowanej według wzoru danego przez model zapożyczenia. Natomiast w odróżnieniu od esencjalizmu, zwolennicy profesjonalizmu historycznego nie wywodzą treści etyki profesjonalnej z beczasowej esencji medycyny i niezmiennych jej celów, czyniąc ich podstawą (przede wszystkim) zmieniającą się w czasie zgodę profesjonalistów dotyczącą tego, co uważają za etycznie właściwe postępowanie. Przypomnę, że wagę tradycji doceniał J. Bell pisząc o dedukcji reguł *Kodeksu* z 1847 roku „z postępowania wielu znakomitych lekarzy, którzy wzbogacili profesję swoją wiedzą i oddaniem”. Zanurzenie lekarskiej etyki profesjonalnej w tradycji i w historii, sygnalizowane już w poprzednim punkcie, dobrze oddaje użyta przez J. Arrasa nazwa tej koncepcji wewnętrznej moralności medycyny.

Tak rozumiany profesjonalizm historyczny jest (przede wszystkim) stanowiskiem teoriopoznawczym i należy go odróżnić od wspomnianych w przypisie 22. profesjonalizmu tradycyjnego i odnowionego, odnoszących się do etapów rozwojowych profesjonalizmu lekarskiego.

W polskich kodeksach przepis przywołujący uprawnienie profesji do konstruowania etyki profesjonalnej *explicite* pojawia się dwukrotnie, mianowicie w zasadzie 1. lokalnego dokumentu z 1933 roku⁸⁰ i w cytowanych już ogólnokrajowych uregulowaniach Naczelnej Izby Lekarskiej z 1935 roku. Stanowi on z małoistotnymi zmianami powtórzenie poprzedniego przepisu i brzmi następująco: „Zasady deontologii lekarskiej opierają się na pisanych i niepisanych podstawach etyki, wytwarzanej przez stan lekarski i społeczeństwo współczesne i służą lekarzom za wskazówkę postępowania, jako członkom stanu lekarskiego i jako członkom społeczeństwa”. W dokumencie tym frazę z *Zasad* z 1884 roku o „wytwarzaniu” szeregu szczegółowych stosunków przez stanowisko zawodowe lekarzy (podpunkt 2.5.) zastąpiono bardziej jednoznacznym sformułowaniem o „wytwarzaniu” przez stan lekarski podstaw etyki. Widoczne jest w nim wyraźnie konstruktywistyczno-historyczne zorientowanie redaktorów dokumentu. Podstawy etyki lekarskiej są „wytwarzane” przez członków profesji, podobnie jak wytwarzane przez społeczeństwo współczesne są zasady etyki ogólnej; pierwsze prawa stanowią konstrukt stanu lekarskiego, drugie – konstrukcję społeczeństwa. Sformułowanie redaktorów sugeruje, że zasady tworzone przez lekarzy odnoszą się do ich obowiązków profesjonalnych, natomiast tworzone przez społeczeństwo do zachowań medyków jako obywateli. Dookreślenie „współczesne” społeczeństwo wskazuje na historyczną zmienność norm etyki ogólnej. Można zatem założyć, że etyka lekarska, analogicznie jak zasady etyczne wytwarzane przez społeczeństwo, jest zmienna w czasie.

Aktualny KEL nie wspomina o wyłączności lekarzy w wyznaczaniu etycznych norm profesjonalnych. Takie zastrzeżenie znaleźć można natomiast między innymi w wypowiedzi K. Radziwiłła, ówczesnego prezesa Naczelnej Izby Lekarskiej. Stwierdza on, iż nie ma „wątpliwości, że ‘ekspertami’ w dziedzinie etyki lekarskiej mogą być przede wszystkim członkowie samorządu [lekarskiego – K. Sz.], a rola prawników musi ograniczyć się w tym zakresie do pomocy w zapisaniu zasad postępowania ustalonych przez

⁸⁰ Izba Lekarska Warszawsko-Białostocka (1975): 138.

lekarzy (...) [E]tyki zawodowe (...) zawodów zaufania publicznego mogą formułować tylko samorządy tych zawodów”⁸¹. Interpretacja tej wypowiedzi w świetle rozważań poprzedniego punktu usprawiedliwia tezę, że prerogatywą samorządu lekarskiego jest przystosowywanie teorii prawa naturalnego do wymogów profesji, że „formułowanie” norm etycznych obowiązujących stan lekarski polega na dostosowywaniu tego prawa do szczególnej sytuacji zawodu medyka. Inaczej mówiąc, tylko lekarze mają uprzywilejowany dostęp poznawczy do norm etyki profesjonalnej zgodnych z prawem naturalnym i przede wszystkim oni są „ekspertami” w rozpoznawaniu tych zasad. Tak zinterpretowany pogląd K. Radziwiłła byłby bliski stanowisku, które Robert Veatch nazywa relatywizmem epistemologicznym. Natomiast konstruktywistyczne zorientowanie redaktorów dwu wspomnianych wyżej dokumentów przedwojennych pozwala na postawienie tezy, że są oni reprezentantami stanowiska bliskiego relatywizmowi metaetycznemu⁸². Zgodnie z nim profesja lekarska sama nakłada na siebie obowiązki etyczne, a etyka profesjonalna ma podstawy etyczne odmienne niż etyka ogólna. R. Veatch uzasadnia pogląd, że amerykańska profesjonalna etyka lekarska budowana jest według tego właśnie stanowiska. Metaetycznym poglądem teoriopoznawczym – argumentuje autor – kierują się organizacje o charakterze zamkniętych grup, często religijnych, mających własne prawa, rytuały i obyczaje. Stan lekarski jest przykładem takiego ekskluzywnego związku. Podkreśla, że etyka lekarska opracowana przez T. Percivala jest zakorzeniona w etosie angielskiego dżentelmena obowiązującym wybranych członków społeczeństwa⁸³. Budowanie etyki lekarskiej według modelu zapożyczenia jest również dobrym argumentem na rzecz stanowiska metaetycznego jej twórców. Świadczy on bowiem o ich konstruktywistycznym podejściu do etyki profesjonalnej. Elementy przejęte z innych koncepcji służą im do twórczego konstruowania nowej, oryginalnej całości – etyki profesjonalnej zanurzonej w tradycji, która tworzy się w odpowiedzi na historyczne wezwania.

3.2. Krytyka i obrona profesjonalizmu historycznego

Profesjonalizm historyczny spotkał się z ostrą krytyką przede wszystkim natury teoriopoznawczej. Według oponentów przyznanie lekarzom przywileju metaetycznego doprowadzi nieuchronnie do konfliktów etycznych między lekarzami i profesją lekarską z jednej strony, a pacjentami i społeczeństwem z drugiej⁸⁴. Ich źródłem jest brak wspólnej dla obu grup podstawy normatywnej, do której mogłyby się odwołać strony konfliktu, przyjętej w efekcie społecznej zgody (umowy) lub na podstawie wspólnie przez strony podzielanej moralności. W odpowiedzi na zarzut konfliktogennego działania braku jednoczącej płaszczyzny aksjologicznej można jednak wskazać zróżnicowanie światopoglądowe współczesnych społeczeństw demokratycznych, w których trudno znaleźć moralność powszechnie podzielaną przez ich członków. Trudno więc zbudować taki system etyki profesjonalnej, który zadowoliłby aksjologicznie wszystkich czy

⁸¹ Radziwiłł (2003); zob. też: Paprocka-Lipińska (2016): 72–73.

⁸² Więcej na temat tych stanowisk: Veatch (2010): 305–325.

⁸³ Ibidem: 321–325.

⁸⁴ Dryla (2018): 97.

też większość obywateli, nawet jednego (demokratycznego) kraju. Odrzucenie modelu deduktywistycznego etyki profesjonalnej jest wskaźnikiem tej niemożności. Tezę tę potwierdza przykład KEL. Przyjęcie przez jego redaktorów teorii prawa naturalnego za ramę normatywną dokumentu nie uwalnia profesji od konfliktów aksjologicznych. Jedną z głównych ich przyczyn jest fakt, że nie wszyscy obywatele i członkowie profesji akceptują światopogląd kształtowany przez tę teorię⁸⁵. Także odwoływanie się pryncypializmu do moralności powszechnej nie stanowi skutecznego leku uśmierzającego takie sprzeczności. Jego krytycy pokazują, że moralność potoczna, z której T. Beauchamp J. Childress chcą wywieść etykę czterech zasad, nie jest moralnością powszechną, lecz moralnością potoczną dominującą w Stanach Zjednoczonych. Szczególnie zasada autonomii jest skrojona na miarę amerykańskiej kultury liberalnej⁸⁶. Renée Fox i Judith Swazey piszą nawet o „krótkowzroczności kulturowej” pryncypializmu⁸⁷ niepozwalającej dostrzec mu kulturowego zróżnicowania moralności.

Autorzy upatrujący przyczynę konfliktów aksjologicznych w braku wspólnego podłoża aksjologicznego między profesjonalizmem historycznym a szerszą wspólnotą, przyjmują ahistoryczną i racjonalistyczną postawę wobec profesjonalnej etyki lekarskiej. Wspominałem o niej w podpunkcie 2.3. Zdaniem R. Bakera, nastawienie to obecne w (starszych) podręcznikach bioetyki przenoszone bywa na wykład etyki profesjonalnej⁸⁸. Jego skutkiem jest – przypomnę – błędne przekonanie bioetyków, a często i samych lekarzy, o nierozstrzygalności konfliktów w etyce lekarskiej oraz niedocenywanie procesu społecznych negocjacji w ich rozwiązywaniu i dokonywaniu zmian wewnętrznej moralności medycyny. Postawa ta nie pozwala im także na dostrzeżenie aktywizmu i konstruktywizmu lekarzy redagujących kodeksy. Niewykluczone, że właśnie dzięki tym ostatnim cechom to profesjonalizm historyczny może powodować mniej konfliktów aksjologicznych niż modele zewnętrznej moralności medycyny.

Krytycy profesjonalizmu historycznego zakładający, że obustronna umowa zawarta między lekarzami i profesją lekarską, a pacjentami i społeczeństwem byłaby skuteczną instytucją rozwiązywania konfliktów aksjologicznych pomiędzy wymienionymi stronami podkreślają, że *Kodeks z 1847 roku* nie jest oparty na takim kontrakcie, lecz na jednostronnej decyzji lekarzy. Stąd też, ich zdaniem, w sposób uprawniony nakłada on jedynie na lekarzy zobowiązania podejmowane względem kolegów i całości profesji oraz ustala obowiązki profesji wobec lekarzy. Natomiast bezpodstawne jest obarczanie przez redaktorów dokumentu obowiązkami pacjentów i społeczeństwa względem lekarzy i profesji, a także ustalanie powinności lekarzy względem pacjentów⁸⁹. Podobny zarzut można postawić polskim *Zasadom obowiązków i praw lekarzy z 1884*.

Omawiany zarzut w pełni można odnieść do wspomnianych dokumentów i do profesjonalizmu tradycyjnego. Natomiast nie wydaje się on uzasadniony w stosunku do *Karty lekarza* a zatem i do profesjonalizmu odnowionego. Rozważania podpunktu 2.2. pokazują, że umowa jest w *Kodeksie z 1847 roku* silnie związana z ideą etosu i honoru

⁸⁵ Zob.: Anonim (2003); Gielewska (2003).

⁸⁶ Por.: Wulff (1994): 277–286.

⁸⁷ Fox, Swazey (1984): 336.

⁸⁸ Baker (2002): 447 i n.

⁸⁹ Veatch (2010): 315.

angielskiego dżentelmena wręcz „wbudowaną” w dokument⁹⁰ i zmedykalizowaną. Powinnością profesji czerpiącej z tej idei było podjęcie obowiązków moralnych wobec siebie samej, pacjentów i społeczeństwa. Obrazowo tę powinność ujmuje William May, według którego profesja lekarska naśladuje Boga „wysnuwając własne życie z siebie samej”⁹¹. Natomiast pacjenci i społeczeństwo zaciągali dług wdzięczności u medyków i profesji za udzielane im świadczenia, podobnie jak wierny wdzięczny jest opiekującemu się nim Bogu, a pacjent – lekarzowi-dżentelmenowi dbającemu o jego dobro, nawet kosztem własnych interesów.

Karta Lekarza jest dokumentem, w którym explicite użyto terminu „umowa społeczna”. Jej *Preambułę* otwiera deklaracja, zgodnie z którą „Profesjonalizm jest podstawą umowy (*contract*) medycyny ze społeczeństwem (...) Niezbędne dla kontraktu jest zaufanie społeczeństwa do lekarzy”⁹². Przywołany cytat pokazuje, że redaktorzy *Karty* odmiennie niż autorzy *Kodeksu* z 1847 roku rozumieją sens terminu „umowa społeczna”. W *Karcie* podstawę umowy stanowi profesjonalizm, z jego etycznymi zobowiązaniami i dążeniami. Jest on tworzony zbiorowym wysiłkiem lekarzy w odpowiedzi na zdrowotne potrzeby społeczne. W tym znaczeniu profesjonalizm jest bliski pojęciu roli zawodowej, jako zdefiniowanej pozycji w strukturze społecznej, a „po tych, którzy zajmują ową pozycję spodziewamy się, że będą działać, a być może także odczuwać w pewien określony sposób”⁹³. Rola uzdrowiciela istniała od zawsze. Jednakże po ukształtowaniu się profesjonalizmu to właśnie on został przez społeczeństwo „wybrany” jako sposób organizowania i świadczenia opieki zdrowotnej. Ten wybór zadecydował, że „profesjonalizm zaczął służyć jako podstawa społecznej umowy”⁹⁴. Profesjonalizm interpretowany jako moralność roli społecznej zakorzenia umowę w społeczeństwie, które jest tu stroną aktywnie wybierającą profesję – zawierającą z nią kontrakt. Profesja traci tym samym sygnalizowany przez W. Maya „boski” rys. Ze swej strony lekarz zawiązuje ze społeczeństwem umowę, decydując się (dobrowolnie) na uprawianie medycyny – stając się profesjonalistą. Za właściwe wypełnianie obowiązków wynikających z umowy będzie otrzymywał odpowiadające roli gratyfikacje, np. prestiż społeczny, odpowiednią płacę i warunki pracy. Rzecz można, że wzór tego kontraktu jest zawarty w strukturze roli. Niedopełnienie profesjonalnych powinności przez indywidualnych lekarzy bądź zaniedbania w skali profesji grożą utratą zaufania społecznego. Zatem również i ono zakorzenia profesję w społeczeństwie.

Przedstawione rozważania pozwalają na wysunięcie tezy, że profesjonalizm w jego postaci odnowionej może być interpretowany jako forma umowy społecznej wynikająca z roli zawodowej ze swoistą dla niej wewnętrzną moralnością i że wobec tego może służyć jako mechanizm rozwiązywania konfliktów moralnych „poprzez rozdzielanie społecznych obowiązków i przypisywanie pewnej ich ilości każdemu z nas”⁹⁵, a także poprzez definiowanie społecznych oczekiwań wobec profesjonalistów i profesji.

⁹⁰ Baker, Caplan, Emanuel et al. (1999): XXXII.

⁹¹ May (1975): 32.

⁹² ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, European Federation of Internal Medicine (2002).

⁹³ Andre (2010): 208.

⁹⁴ Cruess, Cruess (2004): 166.

⁹⁵ Andre (2010): 221.

Natomiast akceptacja profesjonalizmu historycznego, jako stanowiska teoriopoznawczego dzięki jego aktywizmowi, konstruktywizmowi i historyzmowi, w powiązaniu z opisaną zmianą w rozumieniu umowy społecznej może efektywniej wygaszać konflikty etyczne niż pozostałe modele etyki aplikacyjnej.

4. Argumenty za historycznym profesjonalizmem jako etyką właściwą dla stanu lekarskiego

Pierwszy argument podałem już w poprzednim podpunkcie. Można go nazwać „argumentem ze zmniejszania liczby konfliktów aksjologicznych”. Jednak ostrość krytyki profesjonalizmu historycznego⁹⁶ wymaga przywołania kolejnych racji za jego przyjęciem. Jest to wskazane i z tego względu, że argumenty za tą formą internalizmu są pośrednio również racjami za modelem zapożyczenia uzasadniającym odrębność profesjonalnej etyki lekarskiej.

Kolejnym argumentem jest racja z „samonaprawy etycznej” sformułowana przez L. McCullougha⁹⁷. Nawiązuje ona do już wspomnianego aktywizmu i konstruktywizmu środowiska lekarskiego i opiera się na następujących założeniach, będących według McCullougha pewnikami. Po pierwsze, lekarze będąc twórcami etyki profesjonalnej ponoszą tym samym wyłączną odpowiedzialność za zachodzące w niej niekorzystne zmiany generujące konflikty i powodujące utratę zaufania do profesji. Po drugie, naprawa takich deformacji jest również zadaniem profesjonalistów. Stąd wniosek, że rozwiązywanie pojawiających się konfliktów między profesją i społeczeństwem oraz budowanie społecznego zaufania do lekarzy jest zarazem prerogatywą, jak i obowiązkiem stanu lekarskiego. Wymaga to odpowiednich przeobrażeń w osądach, decyzjach i zachowaniach medyków. Przykładem takiej przemiany jest według mnie stosunek środowiska lekarskiego do błędów medycznych. Były one i są nadal przyczyną wielu cierpień, kalectwa i śmierci pacjentów. Tradycyjny etos lekarski, również w Polsce, nakazywał ich ukrywanie przed opinią publiczną w imię solidarności grupowej⁹⁸. W USA sytuacja zaczęła się zmieniać po opublikowaniu w 1999 roku raportu amerykańskiego Instytutu Medycyny pod tytułem *Błądzić jest rzeczą ludzką*⁹⁹. Jednakże największą przemianę nastawienia lekarzy wobec błędów spowodowała książka amerykańskiego chirurga Atula Gawande *The Checklist Manifesto: How to Get Things Right*¹⁰⁰. Stosując w praktyce szpitalnej opracowane przez autora „listy kontrolne”, ograniczono liczbę błędów nawet o 70% w niektórych specjalizacjach lekarskich. Decydujący impuls do tej korzystnej przemiany wyszedł od przedstawiciela profesji i spowodował przeobrażenie w osądach, decyzjach i zachowaniach lekarzy. Naszkicowany w poprzednim punkcie zwrot w rozumieniu umowy społecznej dokonany przez stan lekarski również przemawia za tezą L. McCullougha.

Wagę „argumentu z samonaprawy” środowiska lekarskiego obniża fakt, że L. McCullough podobnie jak R. Baker minimalizuje ciemne strony profesjonalizmu. Nie jest jednak wykluczone, że samonaprawa jest jednym z najbardziej efektywnych

⁹⁶ Por.: Arras (2001): 653–656.

⁹⁷ McCullough (2006a): 24.

⁹⁸ Por.: Szewczyk (2009): 233–235.

⁹⁹ Kohn, Corrigan, Donaldson (1999).

¹⁰⁰ Gawande (2009).

mechanizmów korygowania deformacji profesji. Zewnętrzna kontrola jest z różnych względów mało skuteczna. Przeniesienie pryncypializmu do Wielkiej Brytanii miało miejsce za czasów rządów Margaret Thatcher (1979–1990). Epokę thatcheryzmu charakteryzowało między innymi dążenie do zewnętrznej kontroli wszelkich profesji w imię wolności rynku. W odniesieniu do tego okresu ukuto termin „społeczeństwo audytu”¹⁰¹. W funkcji audytora etycznej strony profesji lekarskiej obsadzono pryncypializm. Jej kontrola przyniosła bardzo ograniczone rezultaty. W klinikach (i salach sądowych) lekarze nadal pozostawali arbitrami dobrej praktyki, ciesząc się w dalszym ciągu autorytetem profesjonalnym. Ewentualne błędy przez nich popełniane nie zostały usunięte, a być może nawet pozostawały niewykryte przez audytora¹⁰².

Ważną rację za historycznym profesjonalizmem, którą nazwę „argumentem z identyfikacji z rolą”, przywołał Hugh Breakey. Pisze on, że utożsamienie z rolą profesjonalną może być „inspirujące i godne podziwu” zarówno dla lekarzy, jak i dla członków społeczeństwa¹⁰³. Identyfikacja ta – po stronie lekarza – obejmuje stosowanie się do kluczowych norm profesjonalnych (obowiązków, wartości, cnót). Autor zakłada, że to wierność profesjonalnym zasadom czyni identyfikację z rolą godną podziwu dla wielu lekarzy. Dobre doktorzenie wzbudza bowiem uczucie podziwu wobec siebie samego jako dobrego profesjonalisty. To uczucie ze swej strony stanowi znaczący czynnik inspirujący do wierności profesjonalnym normom (obowiązkom, wartościom, cnotom). Identyfikację z rolą i samopodziw wzmacnia tradycja nadająca „blask” łączności z poprzednimi pokoleniami. Bardzo silny impuls do życia zgodnego z rolą profesjonalną daje świadomość wspólnego inwestowania w tożsamość roli. Dzięki niej tworzy się w profesjonalistach „poczucie własności” tożsamości profesjonalnej. Fakt – pisze H. Breakey – że członkowie profesji dostrzegają, iż profesja samodzielnie rozwija własną etykę profesjonalną odzwierciedlającą ich sposób myślenia, postępowania i dążeń, wzmacnia wagę osobistego i wspólnego wkładu w tę kolektywną własność roli. Jednocześnie lekarz praktykujący zgodnie z etycznymi standardami i wartościami profesjonalnymi łatwiej zdobędzie uznanie społeczne, niż medyk o niskiej identyfikacji z rolą. Opinia przekazywana w środowisku pacjentów pozwala wybierać i doceniać dobrych specjalistów. Dążenie do społecznego uznania jest ze swej strony impulsem do dobrego doktorzenia i motorem identyfikacji z rolą. Może także wzmacniać opór profesjonalistów przeciwko niezgodnym ze standardami profesjonalnymi naciskom wolnego rynku i żądaniom pracodawców naruszającym integralność profesjonalną. Dodam od siebie, że przywołana argumentacja H. Breakeya przemawia za historycznym profesjonalizmem jako stanowiskiem metaetycznym.

Inspiracji do ostatniego argumentu za historycznym profesjonalizmem dostarczyła mi praca Stephena Lathama i Lindy Emanuel. Nazwałem go „racją z zapewniania”. Skorzystałem z tezy autorów, zgodnie z którą opublikowanie kodeksu jest „zapewnieniem (*pro-fession*)” – publicznie składaną przez profesjonalistów obietnicą (ślubowaniem bądź przysięgą) życia zgodnego ze standardami, które – co istotne – społeczeństwo uznało za właściwe dla profesji¹⁰⁴. Wykorzystując pogląd S. Lathama i L. Emanuel, moż-

¹⁰¹ Szewczyk (2016): 40–42.

¹⁰² Por.: Wilson (2012): 205.

¹⁰³ Breakey (2016): 13.

¹⁰⁴ Latham, Emanuel (1999): 195.

na zasadnie powiedzieć, że odwoływanie się do już obecnych w przestrzeni publicznej kodeksów jest czymś w rodzaju przepowiadania – ustawicznego przypominania sobie i społeczeństwu podstawowych norm profesjonalnych. Dalsze budowanie „argumentu z zapewniania” jest już odejściem od oryginalnych poglądów S. Lathama i L. Emanuel. Zasadniczy powód tego odejścia wiąże się z przekonaniem cytowanych autorów, że tym co zmienia etykę ogólną w lekarską etykę profesjonalną nie są raczej teoriopoznawcze, ani jej deontyczna odmiennosc, lecz to właśnie publiczne zaangażowanie lekarzy w przestrzeganie norm zawodowych. Jak wynika z dotychczasowych rozważań, pogląd ten nie musi być uzasadniony. Natomiast nie przeczy przywoływanej w artykule argumentacji za odrębnością profesjonalnej etyki lekarskiej przekonanie, że kodeksy są obietnicą publicznie składaną przez profesjonalistów. Dlatego też w konstrukcji argumentu uzupełniam rozumowanie S. Lathama i L. Emanuel „racją z identyfikacji z rolą”. Utożsamianie się z profesją może wszakże istotnie wzmacniać wiarę w składane przez lekarzy zapewnienia kodeksowe i zaangażowanie w ich publiczne przepowiadanie. Zapewnianie i przepowiadanie służy zarówno lekarzom, jak i społeczeństwu. Tę obustronną służebność wzmacnia poczucie własności profesjonalnej roli. Wzmocnienie to czyni „argument z zapewniania” racją na rzecz historycznego profesjonalizmu.

Jest ona istotna także i z tego powodu, że uzasadnia radykalne skrócenie przez AMA w 1957 dotychczasowych rozbudowanych kodeksów do zaledwie 10 zasad¹⁰⁵. Aktualny dokument znowelizowano w 2001 roku. Składa się on z 9 pryncypiów i preambuły¹⁰⁶. Odwoływanie się do nich jest przepowiadaniem podstawowych etycznych standardów profesji. A jako publicznie złożona obietnica stanowią odpowiednik przysięgi lekarskiej czasów przed powstaniem profesji. Zasadom towarzyszy około 200 stron komentarzy Rady do spraw Etyki i Prawa dotyczących aktualnych zagadnień etycznych¹⁰⁷. Krótka jest również *Karta lekarza*. Składa się z trzech zasad podstawowych (*fundamental principles*) profesjonalizmu i odpowiadających im dziesięciu kategorycznych zobowiązań (*definitive responsibilities*). Polskie kodeksy etyczne nie przeszły takiej zmiany. Zawsze były to rozbudowane regulacje. Obecnie obowiązujący KEL liczy 89 artykułów. Funkcję obietnicy i przepowiadania częściowo spełnia *Przyrzeczenie lekarskie*, wchodzące w skład *Kodeksu* i często mylone, także przez lekarzy, z *Przysięgą Hipokratesa*. Nie ma też osobnych komentarzy Komisji Etyki Lekarskiej przy Naczelnej Izbie Lekarskiej, które mogłyby stanowić odpowiednik wspomnianych amerykańskich dokumentów. W mojej opinii rozwiązanie przyjęte przez AMA jest pod wieloma względami właściwsze niż obowiązujące w naszym kraju. Najważniejszy z tych względów to analizowana funkcja kodeksu etyki lekarskiej. Jednakże pełniejsze uzasadnienie tej tezy wychodzi poza zakres tematyczny artykułu.

¹⁰⁵ American Medical Association (1957).

¹⁰⁶ American Medical Association (2001).

¹⁰⁷ Zob. też: Łuków (2012): 36.

5. Miejsce profesjonalnej etyki lekarskiej w systemie edukacji etycznej studentów medycyny i lekarzy

Uznanie odrębności lekarskiej etyki profesjonalnej uzasadnia jej włączenie w system edukacji etycznej studentów medycyny i lekarzy. Przyjmując tę konkluzję, w obecnym punkcie rozważę w mojej opinii optymalne dla nauczania profesjonalnej etyki lekarskiej relacje pomiędzy nią a profesjonalizmem lekarskim, bioetyką akademicką i bioetyką publiczną. Wyznaczają one pożądane dydaktycznie miejsce (i funkcje) etyki profesjonalnej w kształceniu etycznym studentów medycyny i lekarzy. Zbadanie tych relacji dostarcza także argumentów za obecnością w systemie tej edukacji bioetyki publicznej i akademickiej. Racje za obecnością profesjonalizmu w programie nauczania studentów i lekarzy podałem w innym miejscu¹⁰⁸.

5.1. Relacje między profesjonalną etyką lekarską i profesjonalizmem

Profesjonalną etykę lekarską z profesjonalizmem łączą wspólne korzenie i historia ich kształtowania się. Wystarczy wspomnieć, że prekursorami obu dziedzin byli ci sami lekarze, przede wszystkim J. Gregory i T. Percival. Również publikacja *Kodeksu etyki lekarskiej* w 1847 roku była przełomowym, wręcz rewolucyjnym wydarzeniem i w historii etyki, i w dziejach profesjonalizmu. Wspólnota pochodzenia i historia tak dalece zbliżają obie formy aktywności profesjonalnej, że zdaniem Charlesa Fostera różnica między nimi „zaciera się aż do granicy nieistnienia”¹⁰⁹. W edukacji medyków rośnie tendencja do ich łączenia¹¹⁰. Tworzy się wzór edukacyjny nazywany przez Michaela Dunna modelem równoważności etyki profesjonalnej i profesjonalizmu¹¹¹. Cytowanego autora niepokoi związana z tym modelem groźba zredukowania kształcenia etycznego wyłącznie do wdrażania słuchaczom zachowań zgodnych ze standardami ustanawianymi przez profesję (i prawo). Kolejną wadą modelu równoważności zasygnalizowaną tylko przez M. Dunna jest łatwość zdominowania etyki przez profesjonalizm. Moim zdaniem ma ona doniosłe negatywne skutki edukacyjne. Tradycyjny etos profesjonalny często ugruntowany wieloletnią tradycją i przekazywany kolejnym pokoleniom lekarzy przez różne rodzaje kursu pozaformalnego jest bowiem trudny do zmiany, a właściwe zdaniem ich twórców nowości kodeksowe przyjmowane są przez ogół profesjonalistów z mniejszym lub większym opóźnieniem¹¹². Zrównanie profesjonalizmu z etyką profesjonalną może posłużyć lekarzom do usprawiedliwienia dotychczasowego postępowania jako zachowania etycznego i tym samym dodatkowo utrudnić akceptację zmienionych regulacji. Zwłoka w ich przyjęciu przez profesjonalistów będących formalnymi lub nieformalnymi wychowawcami studentów i lekarzy spowoduje opóźnienie edukacyjne – odłożenie w czasie kształtowania właściwych zachowań u wychowanków.

Alternatywny wzór edukacyjny M. Dunn nazywa modelem podporządkowania profesjonalizmu moralności roli profesjonalnej. Można go także wykorzystać jako

¹⁰⁸ Szewczyk (2019): 58–61.

¹⁰⁹ Foster (2017): 17.

¹¹⁰ Dunn (2016): 625.

¹¹¹ Ibidem.

¹¹² Więcej na temat kursu pozaformalnego i jego rodzajów: Szewczyk (2018): 61–87.

model zależności profesjonalizmu od profesjonalnej etyki lekarskiej. W wychowaniu etycznym wzór ten jest bardziej przydatny niż model poprzedni. Za taką jego oceną przemawiają dwie racje.

Po pierwsze, organizacjom lekarskim o wiele łatwiej jest redagować nowe właściwe regulacje etyczne bądź wprowadzać stosowne dla zawodu modyfikacje do już istniejących kodeksów niż zmieniać etos profesjonalny. Do regulacji etycznych zalicza się także *Karta lekarza*, będąca kodeksem profesjonalizmu odnowionego. Dla udokumentowania tej racji posłużę się przykładem dotyczącym opieki nad chorymi u kresu życia. Jak pisałem w podpunkcie 1.3.2., w tradycyjnym profesjonalizmie utrzymywanie życia (i maksymalizowanie zdrowia) uważane jest za podstawową cechę dobrego moralnie lekarza. Ta postawa zderzyła się w USA w latach 60. z odrzucaniem przez pacjentów leczenia podtrzymującego kończące się życie. AMA już w 1984 w *Opinii 2.18* pozytywnie zareagowało na to żądanie i w ostatecznej redakcji dokumentu (*Opinia 2.20*) potwierdziło prawo pacjenta do rezygnacji z takiego leczenia¹¹³. Etos profesjonalny „powoli” zaakceptował tę zmianę¹¹⁴. Zasygnalizowaną w podpunkcie 1.3.1. względną plastyczność kodeksów etyki profesjonalnej dotyczącą właściwego stosunku profesjonalistów do zasady poszanowania autonomii pacjenta dokumentuje studium porównawcze przeprowadzone w Zjednoczonym Królestwie, USA i Kanadzie. Wynika z niego, że regulacje te coraz częściej zawierają przepisy „czynnie wspierające” autonomię pacjenta, włączając go w proces decyzyjny dotyczący opieki nad nim¹¹⁵. Także przywołana *Opinia 2.20* odwołuje się do zasady autonomii w uzasadnieniu prawa pacjenta do rezygnacji z leczenia podtrzymującego życie.

Po drugie, racją przemawiającą za przydatnością edukacyjną modelu podporządkowana jest jego większa sprawność w kształtowaniu właściwych postaw członków profesji. Trudniej im bowiem – niż w modelu równoważności – usprawiedliwiać przed sobą, innymi lekarzami i społeczeństwem etyczne zachowania niezgodne z zaleceniami nowych uregulowań bądź z modyfikacjami już zastanych. Można się zatem spodziewać, że mniejsze będzie również opóźnienie edukacyjne i w konsekwencji szybsza zmiana dotychczasowego postępowania uznanego za etycznie niewłaściwe.

Istotna dla ukształtowania się modelu podporządkowania i jego praktycznego oddziaływania na stan lekarski jest aktywność regulacyjna lekarskich organizacji różnego szczebla i reprezentujących różne specjalizacje. W Polsce dalece odbiega ona od poziomu USA, Wielkiej Brytanii czy Kanady. W szczególności mam na myśli działalność na polu etycznym Naczelnej Izby Lekarskiej i jej Komisji Etyki Lekarskiej. Rozbudowane kodeksy, których przykładem jest także obecny KEL, modyfikowane w dużych odstępach czasu, nie są dość plastyczne, aby odpowiednio szybko wprowadzać zmiany właściwe dla środowiska lekarskiego. Nie mogą również odpowiednio szybko otworzyć się na przemiany społeczne. Mankament ten pogłębia podporządkowanie ich redakcji etosowi tradycyjnego profesjonalizmu (przepuszczonemu przez sito prawa naturalnego) co sprawia, że mieszczą się one głównie w pierwszym wspomnianym wyżej modelu edukacyjnym poddanym bezwładowi tradycji moralnej i negatywnym oddziaływaniom

¹¹³ American Medical Association (1991): 1038.

¹¹⁴ Erde (2013): 195.

¹¹⁵ Chisholm, Askham (2006): 41.

ciemniej strony profesjonalizmu oraz kursu pozaformalnego. Za tezę tą przemawiają też analizy punktu 1.3.1. dotyczące względnie niskiego wartościowania autonomii pacjenta przez krajowe kodeksy, łącznie z KEL.

5.2. Relacje między profesjonalną etyką lekarską i bioetyką akademicką

Zwolenniczką radykalnego odróżniania edukacyjnej lekarskiej etyki profesjonalnej od bioetyki akademickiej (nazywanej przez nią etyką lekarską, lub stosowaną) jest R. Rhodes. Różni ją między innymi cele nauczania, metody dydaktyczne służące ich realizacji oraz zakres obejmowanych przez nie treści. Zasadniczym celem programu etyki profesjonalnej jest „wpajanie” słuchaczom profesjonalizmu lekarskiego polegające na kształtowaniu w nich właściwych postaw (cech charakteru) i umiejętności profesjonalnych¹¹⁶. Takie sformułowanie celu sugeruje, że autorka opowiada się za modelem podporządkowania profesjonalizmu etyce profesjonalnej. Natomiast cel nauczania bioetyki akademickiej jest bardziej ogólnofilozoficzny. Sprowadza się on do dostarczania słuchaczom przydatnej wiedzy filozoficznej i wyrabiania podstawowych kompetencji filozoficznych. W szczególności jego realizacja polega na zapoznawaniu studiujących z głównymi teoriami filozoficznym, uczeniu, jak je stosować w konkretnych przypadkach i na ukazywaniu, jak odmiennosc przesłanek prowadzi do różnych konkluzji. Sposób, w jaki R. Rhodes doprecyzowuje rozważany cel wskazuje, że ma ona na myśli model bioetyki akademickiej zbliżony do omawianego w podpunkcie 2.1. deduktywistycznego sposobu jej uprawiania. Jednakże moim zdaniem nie umniejsza to wagi propagowanego przez nią rozróżnienia dydaktycznego między obydwoma rodzajami etyk.

Także metody dydaktyczne różnią oba omawiane kursy. W programie nauczania etyki profesjonalnej winny się znaleźć teksty krótkie, jasne, angażujące studentów w proces dydaktyczny i wyselekcjonowane pod względem ich wartości praktycznej dla medycyny. Mniejszą wagę należy przykładać do tekstów ilustrujących podejście teoretyczne do dyskutowanego na zajęciach problemu. Według autorki standardowe podręczniki etyki lekarskiej (bioetyki akademickiej) nie uwzględniają tak sformułowanych metod nauczania, ani nie gwarantują realizacji celu dydaktycznego stawianego przed etyką profesjonalną¹¹⁷.

Szczegółowo różnice między zakresem tematycznym etyki profesjonalnej i lekarskiej omawiają R. Rhodes i Devra Cohen¹¹⁸. Etyka profesjonalna nie powinna skupiać się na znajdujących się w polu zainteresowania bioetyki „wysoce niecodziennych” dla praktyki lekarskiej zagadnieniach, które rozstrzygają prawo, sądy lub wyborcy. Edukacja etyczna winna odwoływać się do problemów często spotykanych i ważnych dla sytuacji, z którymi w zawodowym życiu słuchacze będą się najczęściej spotykać lub już się spotykają. Do takich zagadnień należą między innymi znajomość kodeksów i tradycji etyki profesjonalnej, problemy dotyczące właściwych cech charakteru lekarza, umiejętność oceny zdolności decyzyjnych pacjenta, waga zaufania do lekarza i profesji,

¹¹⁶ Rhodes (2002): 496 i n. Autorka dla uproszczenia wyводу celowo pomija etykę badań naukowych i doświadczeń z użyciem zwierząt.

¹¹⁷ Ibidem: 498.

¹¹⁸ Rhodes, Cohen (2003): 40–42.

specyfika zawodowej odpowiedzialności, ochrona tajemnicy i jej granice, stosunek do błędów medycznych, relacje między profesjonalistami, decyzje u końca życia, powstrzymanie się od osądzania pacjentów i świadoma zgoda. Do zagadnień niecodziennych przynależnych bardziej do bioetyki akademickiej autorki zaliczają między innymi sprawiedliwość i dostęp do opieki zdrowotnej. Warto jak sądzę zauważyć, że to zakresowe ograniczenie w pełni odnosi się etyki lekarskiej profesjonalizmu tradycyjnego. Natomiast już *Karta lekarza* w trzeciej zasadzie nakazuje profesji lekarskiej wspieranie sprawiedliwości w systemie opieki zdrowotnej. Pryncypium to stanowi wyraz ekspansywności odnowionego profesjonalizmu instytucjonalnego. Redaktorzy umieszczając je w *Karcie* wychodzą bowiem poza tradycyjny obszar etyki profesjonalnej, sięgając do instytucji publicznych zewnętrznych wobec medycyny¹¹⁹. Zdaniem autorek rzadkimi problemami w etyce profesjonalnej są także: aborcja, klonowanie, wykorzystywanie komórek macierzystych czy badania z użyciem zarodków ludzkich. Powinno się zatem ograniczyć ich omawianie w ramach fakultetu lekarskiej etyki profesjonalnej.

Cytowane autorki nie negują poznawczej wartości bioetyki akademickiej. Jej nauczanie powinno mieć miejsce na poziomie licencjackim (*undergraduate*), w USA przygotowującym do właściwych studiów medycznych. W polskich realiach umieszczenie w programie nauczania elementów bioetyki akademickiej utrudniają dwie okoliczności. Pierwsza to duże obciążenie słuchaczy zajęciami dydaktycznymi. Być może z tego powodu dogodniejszym miejscem dla nauczania tej dyscypliny byłyby kursy podyplomowe dla lekarzy. Drugą przeszkodą we wdrażaniu bioetyki akademickiej, tym razem na wszystkich szczeblach nauczania, jest niechęć środowiska lekarskiego wobec niej, przeradzająca się we wrogość. Stosunek ten ukształtował się w późnych latach 70. ubiegłego wieku, będących okresem dominacji bioetyki akademickiej (w szczególności pryncypializmu) nad profesjonalną etyką lekarską. W artykule z końca lat 90. otwierającym „Lancet” mówi się o „przemysle etycznym” oderwanym od codziennej praktyki klinicznej, opanowanym przez filozofów, pogrążonym w teorii i spekulacji, co czyni go „całkowicie zbytecznym”¹²⁰. Eric Cassel, lekarz i przedstawiciel profesjonalnej etyki lekarskiej przekonuje, że bioetyka stopniowo wypiera „stare” zasady etyczne na czele z pryncypium dobroczynienia. Takie zmiany nie sprzyjają postępowi w medycynie, ponieważ są oderwane od etycznej natury fundamentalnej dla medycyny relacji lekarz – pacjent i od problemów związanych z odpowiedzialnością profesjonalną medyków¹²¹. L. McCullough mówi nawet o deprofesjonalizacji etyki lekarskiej dokonywanej przez bioetykę. Polega ona, podobnie jak u E. Cassela, na odłączeniu relacji lekarz – pacjent od norm profesjonalizmu¹²². Polski autor Jarosław Barański – tym razem nie lekarz, lecz wykładowca etyki na uczelni medycznej legitymujący się wykształceniem humanistycznym – pisze o „inklinacjach absolutystycznych” bioetyki podporządkowującej sobie etykę lekarską, mającą stanowić jej „część”¹²³. Za posumowanie zarzutów wobec bioetyki można uznać książkę Toma Kocha *Thieves of Virtue. When Bioethics Stole Medicine*.

¹¹⁹ Szewczyk (2019): 50.

¹²⁰ Editorial (1997): 897.

¹²¹ Cassel (2013): 22.

¹²² McCullough (2006): 92.

¹²³ Barański (2013): 21.

Autor argumentuje w niej, że bioetyka i związani z nią filozofowie skradli medycynę i jej tradycyjne wartości oraz apeluje o powrót do tradycyjnej etyki profesjonalnej¹²⁴.

Wprowadzenie do systemu nauczania etycznego obu omawianych fakultetów może posłużyć przełamaniu tej niechęci, przede wszystkim dzięki ukazaniu odmienności ich celów dydaktycznych, zastosowanych metod nauczania i różnic w programach. Z przedstawionego wyżej przeglądu dokonanego przez R. Rhodes i D. Cohen wynika, że bioetyka akademicka nie jest tożsama z profesjonalną etyką lekarską. Można żywić nadzieję, że ich wykład jako osobnych przedmiotów uświadomi słuchaczom i potwierdzi tę odmienność, oddalając obawę zawłaszczenia profesjonalnej etyki lekarskiej przez bioetykę akademicką. Obecnie dominująca między nimi relacja niechęci może maleć i niewykluczone, że w przyszłości zastąpi ją otwartość i wzajemne uznanie dla zadań obu dyscyplin. Nadto, podane przez R. Rhodes i D. Cohen cele nauczania bioetyki akademickiej oraz uwzględnianie w jej programie także „niecodziennych” problemów etycznych wskazują, że jej fakultet może być dobrym przygotowaniem do nauczania bioetyki publicznej.

5.3. Relacje między lekarską etyką profesjonalną i bioetyką publiczną

Niechęć lekarzy do bioetyki akademickiej jest w dużej mierze usprawiedliwiona¹²⁵. Jednakże nie wolno jej przenosić – pod groźbą popełnienia metodologicznego błędu uogólnienia – na bioetykę publiczną. Tę ostatnią od bioetyki akademickiej różni nie tylko zgodne z nazwą usytuowanie w przestrzeni publicznej, ale i to, że jest to przestrzeń demokratycznych państw prawnych. Bioetyka akademicka – w przeciwieństwie do publicznej – może być uprawiana także w reżymach niedemokratycznych¹²⁶. Usytuowany w aksjologicznej przestrzeni demokratycznej dyskurs publiczny jest również demokratyczny. Demokratyzacja ta wiąże się z trzema istotnymi konsekwencjami. Dwie dotyczą – jak to ujmuje Paweł Łuków – „normatywnych źródeł pobudzających” dyskurs bioetyczny¹²⁷. Pierwszym źródłem są demokratyczne wartości i ideały, takie jak jednostkowa wolność, równość obywateli oraz wzajemne uznanie i szacunek, umożliwiające obywatelom wymianę opinii dotyczących publicznie zidentyfikowanych zagadnień, np. sprawiedliwego podziału niewystarczających zasobów medycznych. Drugie źródło stanowią doktryny filozoficzne bądź religijne podzielane przez obywateli oraz wkład poszczególnych zawodów, w tym profesjonalnej etyki lekarskiej i profesjonalizmu. Inaczej mówiąc, etyka profesjonalna jest pełnoprawnym uczestnikiem ożywiającego dyskusję bioetyczną – jednym z ważnych „repozytoriów racji” dla tej debaty¹²⁸. Z faktem tym współgra tzw. „zwrot partycypacyjny” w bioetyce publicznej – aktywny udział w deliberacji bioetycznej szerokiego ogółu obywateli o zróżnicowanych poglądach

¹²⁴ Koch (2012). Niechęć lekarzy do bioetyki motywowana obawą przed zawłaszczeniem przez nią profesjonalnej etyki lekarskiej potwierdza także moja wieloletnia praca wykładowcy etyki w uczelni medycznej.

¹²⁵ Szewczyk (2019): 42–45.

¹²⁶ Szewczyk (2013): 251–252.

¹²⁷ Łuków (2017): 403.

¹²⁸ Ibidem: 408.

i postawach wobec medycyny¹²⁹. Trzecią konsekwencją demokratyzacji dyskursu jest bezwarunkowe zobowiązanie jego uczestników do przestrzegania ideałów i wartości demokratycznych. Debata bioetyczna, jej cele i wnioski muszą być z nimi zgodne. Do ewentualnego kompromisu bądź konsensusu debatujące strony mogą dążyć wyłącznie w obszarze zakreślonym zgodą na wartości demokratyczne¹³⁰. Instytucjonalnym wyrazem bioetyki publicznej są komisje etyczne o zróżnicowanych nazwach, kompetencjach i zasięgu, od międzynarodowych poprzez krajowe aż po usytuowane przy towarzystwach lekarskich i szpitalach¹³¹.

Na obywatelach demokratycznego państwa prawnego niezwiązanych z systemem opieki zdrowotnej spoczywa moralna powinność uczestnictwa w debatach bioetyki publicznej. Natomiast lekarze pracujący w tym systemie mają nie tylko moralny, ale także profesjonalny obowiązek takiego udziału. Cięży na nich bowiem nie tylko odpowiedzialność za pacjentów i przed nimi, ale także odpowiedzialność za kształt instytucji medycznych, w których opieka lekarska jest sprawowana. Odpowiedzialność ta wiąże się z gotowością do działania w komisjach etycznych zawsze, gdy zachodzi taka konieczność. Jest to działalność bliska tej, którą Albert Dzur nazywa „profesjonalizmem demokratycznym”. Posługiwanie się tą kategorią – zastrzega autor – nie oznacza zastąpienia profesjonalizmu „politycznym aktywizmem”¹³². Inaczej mówiąc, lekarz działając w strukturach komisji etycznych nie przestaje być lekarzem i nie zamienia dotychczasowej roli na rolę działacza politycznego. Bagatelizowanie tego zastrzeżenia prowadzi do rozbicia integralności profesjonalizmu lekarskiego oraz grozi przejściem profesjonalizmu lekarskiego i profesjonalnej etyki lekarskiej przez bioetykę publiczną¹³³. Wdrażanie profesjonalizmu demokratycznego rygorystycznie oddzielające go od profesjonalizmu lekarskiego jest wychowywaniem studentów i lekarzy do demokracji. Akceptacja przez nich ideałów i wartości demokratycznych nie zagraża zdominowaniem przez nie profesjonalnej etyki lekarskiej, nie spowoduje jej deprofesjonalizacji ani nie podważy centralnego miejsca relacji lekarz – pacjent w tej etyce. Dobra demokratyczne są bowiem aksjologicznym horyzontem, w obrębie którego trwają i ewoluują etyka lekarska i profesjonalizm. Bezwzględne odróżnienie aktywizmu politycznego medyka od jego działalności profesjonalnej zwiększa możliwości lekarzy dokonywania przez nich zmian w dokumentach etyki profesjonalnej, a to (między innymi) dlatego, że działalność publiczna medyków może ułatwiać dostrzeżenie nieprzystawalności niektórych przepisów wewnętrznych dla profesji do wymogów demokracji i w ten sposób przyspieszać ich korzystną ewolucję. Równocześnie ta sama działalność pozwoli na szybsze wychwycenie w regulacjach zewnętrznych wobec systemu opieki zdrowotnej (np. prawnych) przepisów zagrażających profesjonalnej integralności lekarzy.

Związki z demokracją dobrze widoczne są na gruncie amerykańskiej etyki profesjonalnej, od samego jej zarania. Zasygnalizowany w punkcie 2.1. zwrot etyki profesjonalnej od etyki charakteru (cnót) do etyki zachowania osłabiał arystokratyczny

¹²⁹ Schicktanz, Schweda, Wynne (2012): 129.

¹³⁰ Łuków (2018): 101.

¹³¹ Szewczyk (2013): 545–554.

¹³² Dzur (2008): 40.

¹³³ Szewczyk (2019): 51–52.

elitaryzm szczególnie wyraźnie obecny w twórczości J. Gregory'ego i był wyrazem amerykańskiego przywiązania do demokracji egalitarnej¹³⁴. Wpłynął on znacznie na ostateczną redakcję *Kodeksu* z 1847 roku. Natomiast w aktualnym polskim KEL regulacją z kolei niezgodną z wymogami demokracji jest fragment art. 5, w którym czytamy: „Izba lekarska jest zobowiązana do [...] starań, aby przepisy prawa nie naruszały zasad etyki lekarskiej”. Stawia on normy profesjonalne wyżej niż uregulowania prawa stanowionego, co jest niezgodne z wartościami demokratycznego państwa prawnego. Analizy podpunktu 2.5. pozwalają na wysunięcie tezy, że prawo naturalne będące teoretycznym fundamentem całości norm KEL jest też uzasadnieniem tego artykułu. Omawiany przepis ustanawia więc prymat prawa naturalnego nad prawem stanowionym, także niezgodny z wartościami demokratycznego państwa prawnego.

Edukacja demokratyczna ma jeszcze trzy godne podkreślenia pozytywne skutki. Po pierwsze, włączając etykę profesjonalną w dyskurs społeczny przyczynia się do osłabienia jej ciemnej strony związanej z kulturą „mentalności 'my – oni'”¹³⁵. Cytowany w poprzednim akapicie art. 5. można odczytywać jako przejaw takiej mentalności, odróżniającej stan lekarski od reszty społeczeństwa demokratycznego, którą obowiązuje demokratycznie uchwalane prawo. Po drugie, wzmacnia znaczenie etyki profesjonalnej jako dostarczycielki racji dla dyskursu publicznego, szczególnie wykładanej w modelu podporządkowania. Uczy przy tym przydatnych w dyskursie publicznym, ale także i w praktyce lekarskiej, umiejętności negocjowania i osiągania kompromisu bądź konsensusu. Po trzecie, unikając metodologicznego błędu uogólnienia przyczynia się do osłabienia wrogości stanu lekarskiego do bioetyki akademickiej, traktując ją jako dostarczycielkę racji dla publicznego dyskursu bioetycznego i narzędzi filozoficznych do jego prowadzenia. Centralnym problemem dydaktycznym przestaje być wówczas walka z bioetyką akademicką i pomniejszanie jej miejsca w procesie nauczania, a staje się nim postawiony przez Roba Lawlora problem celowości wysycania dydaktyki teoriami filozoficznymi¹³⁶.

Rozważania przedstawione w tej części artykułu uprawniają mnie, jak sądzę, do konkluzji, że relacje między etyką profesjonalną a bioetyką publiczną mogą i powinny być stosunkiem otwartości i współpracy między tymi dziedzinami aktywności normatywnej. Należy także dążyć do stanu, w którym podobne relacje będą łączyć etykę profesjonalną z bioetyką akademicką, zastępując obecnie dominujący między nimi stosunek wrogości.

Bibliografia

- ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, European Federation of Internal Medicine (2002), *Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter*, „Annals of Internal Medicine” 136 (3): 243–246.
- American Medical Association (1847), *Code of Medical Ethics*, URL = https://www.ama-assn.org/sites/default/files/media-browser/public/ethics/1847code_0.pdf [dostęp 10.06.2019].

¹³⁴ Zob.: Baker, Caplan, Emanuel et al. (1999): XXIII.

¹³⁵ Erde (2013): 197.

¹³⁶ Lawlor (2007).

- American Medical Association (1999), *Principles of Medical Ethics*, [w:] *The American Medical Ethics Revolution*, R.B. Baker, A. Caplan, L. Emanuel et al. (red.), Johns Hopkins University Press, Baltimore: 335–345.
- American Medical Association (1957), *Principles of Medical Ethics*, URL = <https://www.encyclopedia.com/science/encyclopedias-almanacs-transcripts-and-maps/principles-medical-ethics-1957> [dostęp 20.06.2019].
- American Medical Association (1991), *Code of Medical Ethics' Opinions on Care at the End of Life*, „Virtual Mentor” 15 (12): 1038–1040.
- American Medical Association (2001), *Principles of Medical Ethics AMA*, URL = <https://www.ama-assn.org/sites/ama-assn.org/files/corp/media-browser/principles-of-medical-ethics.pdf> [dostęp 20.06.2019].
- American Medical Association (2019), *Opinions on Patient-Physician Relationships*, URL = https://www.ama-assn.org/system/files/2019-01/code-of-medical-ethics-chapter-1_0.pdf [dostęp 10.06.2019].
- AMA Council of Ethical and Judicial Affairs (1992), *Sexual Misconduct in the Practice of Medicine*, URL = <http://www.lifeinslowmotionblog.com/wp-content/uploads/2015/04/Sexual-Misconduct-in-the-Practice-of-Medicine.pdf> [dostęp 10.06.2019].
- AMA Council of Ethical and Judicial Affairs (1999), *Fundamental Elements of the Patient-Physician Relationship*, [w:] *The American Medical Ethics Revolution*, R.B. Baker, A. Caplan, L. Emanuel et al. (red.), Johns Hopkins University Press, Baltimore: 360–361.
- Andre J.A. (2010), *Moralność ról jako złożony przypadek zwyczajnej moralności*, tłum. M. Strąkow, [w:] *Moralność i profesjonalizm. Spór o pozycję etyk zawodowych*, W. Galewicz (red.), Universitas, Kraków: 207–222.
- Anonim (2003), *Kodeks nie całkiem etyczny*, URL = <https://www.wprost.pl/swiat/49417/Kodeks-nie-calkiem-etyczny.html> [dostęp 01.09.2019].
- Arras J.D. (2001), *A Method in Search of Purpose: The Internal Morality of Medicine*, „Journal of Medicine and Philosophy” 26 (6): 643–662.
- Baker R.B. (1999), *The American Medical Ethics Revolution*, [w:] *The American Medical Ethics Revolution*, R.B. Baker, A. Caplan, L. Emanuel et al. (red.), Johns Hopkins University Press, Baltimore: 17–51.
- Baker R.B. (2002), *Bioethics and History*, „Journal of Medicine and Philosophy” 27 (4): 447–474.
- Baker R.B. (2013), *Before Bioethics: A History of American Medical Ethics from the Colonial Period to the Bioethics Revolution*, Oxford University Press, Oxford.
- Baker R.B., McCullough L. (2007), *Medical Ethics' Appropriation of Moral Philosophy: The Case of the Sympathetic and the Unsympathetic Physician*, „Kennedy Institute of Ethics Journal” 17 (1): 3–22.
- Baker R.B., Caplan A., Emanuel L. et al. (1999), *Introduction*, [w:] *The American Medical Ethics Revolution*, R.B. Baker, A. Caplan, L. Emanuel et al. (red.), Johns Hopkins University Press, Baltimore: XXXII–XXXIX.
- Barański J. (2013), *Wywiady i listy z etyką lekarską w tle*, URL <https://medium.dilnet.wroc.pl/pliki/medium/0813.pdf> [dostęp 01.09.2013].
- Beauchamp T.L. (2001), *Internal and External Standards for Medical Morality*, „Journal of Medicine and Philosophy” 26 (6): 601–619.
- Beauchamp T.L. (2003), *The Origins, Goals, and Core Commitments of The Belmont Report and Principles of Biomedical Ethics*, [w:] *The Story of Bioethics: From Seminal Works to Contemporary Explorations*, J.K. Walter, E.P. Klein (red.), Georgetown University Press, Washington: 17–46.

- Beauchamp T.L. (2007), *The „Four Principles” Approach to Health Care Ethics*, [w:] *Principles of Health Care Ethics*, R.E. Ashcroft, A. Dawson, H. Draper et al. (red.), John Wiley&Sons Ltd., Chichester: 3–10.
- Beauchamp T.L. (2007a), *History and Theory in “Applied Ethics”*, „Kennedy Institute of Ethics Journal” 17 (1): 55–64.
- Beauchamp T.L., Childress J.F. (1996), *Zasady etyki medycznej*, tłum. W. Jacórzyński, Książka i Wiedza, Warszawa.
- Beauchamp T.L., Childress J.F. (2013), *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford University Press, Oxford.
- Biegański W. (1899), *Mysli i aforyzmy o etyce lekarskiej*, Skład Główny w Księgarni E. Wendego i Spółki, Warszawa.
- Breakey H. (2016), *Supply and Demand in the Development of Professional Ethics*, [w:] *Contemporary Issues in Applied and Professional Ethics*, M. Grix, T. Dare (red.), Emerald Group Publishing, Bingley: 1–28.
- Caplan A.L. (1983), *Can Applied Ethics Be Effective in Health Care and Should It Strive to Be?*, „Ethics” 93 (2): 311–319.
- Cassell E.J. (2013), *The Beginnings of Bioethics*, [w:] *The Development of Bioethics in the United States*, J.R. Garrett, F. Jotterand, D.Ch. Ralston (red.), Springer, Dordrecht: 16–25.
- Chadwick R. (2009), *What is ‘Applied’ in Applied Ethics?*, „Journal of Applied Ethics and Philosophy” 1: 1–7.
- Chisholm A., Askham J. (2006), *A Review of Professional Codes and Standards for Doctors in the UK, USA and Canada*, URL = <https://www.picker.org/wp-content/uploads/2014/10/A-review-of-professional-codes-...-UK-USA-and-Canada.pdf> [dostęp 20.06.2019].
- Chyrowicz B. (2013), *Etyka stosowana – rozwój czy kryzys refleksji etycznej?*, [w:] *Etyka stosowana. Metody i problemy*, B. Chyrowicz (red.), Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin: 11–40.
- Cruess S.R., Cruess R.L. (2004), *Professionalism and Medicine’s Social Contract with Society*, „Virtual Mentor” 6 (4): 185–188.
- Dryla O. (2018), *Pojęcie doskonalenia w sporach o cele medycyny*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Dunn M. (2016), *On the Relationship Between Medical Ethics and Medical Professionalism*, „Journal of Medical Ethics” 42 (10): 625–626.
- Dzur A.W. (2008), *Democratic Professionalism. Citizen Participation and the Reconstruction of Professional Ethics, Identity, and Practice*, Pennsylvania State University Press, University Park.
- Editorial (1997), *The Ethics Industry*, „Lancet” 350 (9082): 897.
- Erde E.L. (2013), *Professionalism vs. Medical Ethics in the Current Era: A Battle of Giants*, [w:] *The Development of Bioethics in the United States*, J.R. Garrett, F. Jotterand, D.Ch. Ralston (red.), Springer, Dordrecht: 179–206.
- Foster Ch. (2017), *Relationship Between Ethics, Law and Professionalism*, [w:] *Medical Ethics, Law and Communication at a Glance*, P. Davey, A. Rathmell, M. Dunn et al. (red.), John Wiley and Sons, Ltd., Chichester: 15–23.
- Fox R., Swazey J. (1984), *Medical Morality Is Not Bioethics – Medical Ethics in China and the United States*, „Perspective in Biology and Medicine” 27 (3): 336–360.
- Freedman B. (2010), *Metaetyka moralności zawodowej*, tłum. J. Malczewski, [w:] *Moralność i profesjonalizm. Spór o pozycję etyk zawodowych*, W. Galewicz (red.), Universitas, Kraków: 157–180.
- Gaie J.B.R. (2004), *The Ethics of Medical Involvement in Capital Punishment*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht.

- Galewicz W. (2010), *W sprawie odrębności etyk zawodowych*, [w:] *Moralność i profesjonalizm. Spór o pozycję etyk zawodowych*, W. Galewicz (red.), Universitas, Kraków: 9–119.
- Gawande A. (2009), *The Checklist Manifesto: How to Get Things Right*, Metropolitan Books, New York.
- Gielewska A. (2003), *Po co ten kodeks?*, URL = http://www.sluzbazdrowia.com.pl/art-kuł_mobilny.php?numer_wydania=3273&art=3 [dostęp 27.03.2020].
- Gillon R. (2003), *Ethics Needs Principles – Four Can Encompass the Rest – and Respect for Autonomy Should Be “First Among Equals”*, „Journal of Medical Ethics” 29 (5): 307–312.
- Izba Lekarska Warszawsko-Białostocka (1975), *Projekt kodeksu deontologii lekarskiej*, [w:] A. Tulczyński, *Polskie lekarskie kodeksy deontologiczne*, PZWL, Warszawa: 138–145.
- Karta Lekarza (2013), URL = <https://www.mp.pl/etyka/dokumenty/86822,karta-lekarza> [dostęp 15.06.2019].
- Koch T. (2012), *Thieves of Virtue. When Bioethics Stole Medicine*, The MIT Press, Cambridge.
- Kohn L.T., Corrigan J.M., Donaldson M.S. (1999), *To Err Is Human. Building a Safer Health System*, National Academy Press, Washington.
- Latham S., Emanuel L.L. (1999), *Who Needs Physicians’ Professional Ethics?*, [w:] *The American Medical Ethics Revolution*, R.B. Baker, A. Caplan, L. Emanuel et al. (red.), Johns Hopkins University Press, Baltimore: 192–203.
- Lawlor R. (2007), *Moral Theories in Teaching Applied Ethics*, „Journal of Medical Ethics” 33 (6): 370–372.
- Łuków P. (2012), *Moralność medycyny. O sztuce dobrego życia i o sztuce leczenia*, Wydawnictwo Naukowe Semper, Warszawa.
- Łuków P. (2017), *Non-Adjectival Bioethics*, „Ethics, Medicine and Public Health” 3 (4): 401–409.
- Łuków P. (2018), *Bioethics, Policy Compromise, and Religious Pluralism*, „Ethics, Medicine and Public Health” 5: 99–109.
- May W.F. (1975), *Code, Covenant, Contract or Philanthropy*, „Hastings Center Report” 5 (6): 29–38.
- McCullough L.B. (2006), *John Gregory’s Medical Ethics and the Reform of Medical Practice in Eighteenth-Century Edinburgh*, „Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh” 36 (1): 86–92.
- McCullough L.B. (2006a), *The Ethical Concept of Medicine: Its Origins in Modern Medical Ethics and Implication for Physicians*, [w:] *Lost Virtue: Professional Character Development in Medical Education*, N. Kenny, W.N. Shelton (red.), Elsevier Ltd., Oxford: 17–28.
- Michałowska M., Turek J. (2010), *Pomoc i czyny obowiązkowe i ponadobowiązkowe w praktyce lekarskiej i bioetyce*, „Etyka” 43: 125–142.
- Naczelna Izba Lekarska (1975), *Zbiór zasad deontologii lekarskiej*, [w:] A. Tulczyński, *Polskie lekarskie kodeksy deontologiczne*, PZWL, Warszawa: 145–154.
- Naczelna Izba lekarska (2004), *Kodeks etyki lekarskiej*, URL = <https://www.diametros.iphils.uj.edu.pl/serwis/?l=1&p=cnf4&m=44&jh=1&ih=63> [dostęp 20.06.2019].
- Nadzwyczajny II Krajowy Zjazd Lekarzy (1991), *Uchwała w sprawie Kodeksu etyki lekarskiej*, URL = <https://www.diametros.iphils.uj.edu.pl/serwis/?l=1&p=cnf4&m=44&jh=1&ih=2> [dostęp 20.06.2019].
- Paprocka-Lipińska A. (2016), *Normy kodeksowe w Polsce na przestrzeni wieków*, [w:] *Etyka w medycynie. Między teorią a praktyką*, A. Paprocka-Lipińska, R. Budziński (red.), Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk: 63–74.
- Pellegrino E.D. (1999), *The Moral Status and Relevance of the AMA Code of Ethics*, [w:] *The American Medical Ethics Revolution*, R.B. Baker, A. Caplan, L. Emanuel et al. (red.), Johns Hopkins University Press, Baltimore: 107–123.

- Pellegrino E.D. (2010), *Zewnętrzne i wewnętrzne cele medycyny: jak je zdefiniować?*, tłum. O. Dryła, [w:] *Moralność i profesjonalizm. Spór o pozycję etyk zawodowych*, W. Galewicz (red.), Universitas, Kraków: 333–349.
- Polskie Towarzystwo Lekarskie (1975), *Zasady etyczno-deontologiczne Polskiego Towarzystwa Lekarskiego*, [w:] A. Tulczyński, *Polskie lekarskie kodeksy deontologiczne*, PZWL, Warszawa: 171–176.
- Polskie Towarzystwo Lekarskie (1994), *Zbiór zasad etyczno-deontologicznych polskiego lekarza*, [w:] K. Szewczyk, *Etyka i deontologia lekarska*, Polska Akademia Umiejętności, Kraków: 161–168.
- Radziwiłł K. (2003), Wypowiedź na Ogólnopolskiej Konferencji O nowelizacji Kodeksu Etyki Lekarskiej, URL = <https://izba-lekarska.pl/numer/numer-200308/ogolnopolnska-konferencja-konstanty-radziwill-prezes-nrl/> [dostęp 20.06.2019].
- Radziwiłł K. (2004), *Szanowna koleżanko? Szanowny Kolego*, [w:] Naczelna Izba lekarska, *Kodeks etyki lekarskiej*, URL = <http://www.pznamazowszu.ghost.pl/Kodeks%20Etyki%20Lekarskiej.pdf> [dostęp 18.06.2019].
- Rhodes R. (2002), *Two Concepts of Medical Ethics and Their Implications for Medical Ethics Education*, „Journal of Medicine and Philosophy” 27 (4): 493–508.
- Rhodes R., Cohen D.S. (2003), *Understanding, Being, and Doing: Medical Ethics in Medical Education*, „Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics” 12 (1): 39–53.
- Rhodes R., Smith L.G. (2006), *Molding Professional Character*, [w:] *Lost Virtue: Professional Character Development in Medical Education*, N. Kenny, W.N. Shelton (red.), Elsevier Ltd., Oxford: 99–114.
- Schicktanz S., Schweda M., Wynne B. (2012), *The Ethics of ‘Public Understanding of Ethics’ – Why and How Bioethics Expertise Should Include Public and Patients’ Voices*, „Medicine, Health Care and Philosophy” 15 (2): 129–139.
- Szewczyk K. (2009), *Bioetyka*, t. 2, *Pacjent w systemie opieki zdrowotnej*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Szewczyk K. (2013), *Komisje etyczne i konsultanci etyczni*, [w:] *Bioetyka*, J. Różyńska, W. Chańska (red.), Wolters Kluwer, Warszawa: 545–557.
- Szewczyk K. (2016), *Odpowiedzialność moralna lekarzy i bioetyka*, [w:] *Etyka w medycynie. Między teorią a praktyką*, A. Paprocka-Lipińska, R. Budziński (red.), Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk: 24–62.
- Szewczyk K. (2018), *Kurs pozaformalny w edukacji studentów medycyny i młodych lekarzy*, „Diametros” 57: 61–87.
- Szewczyk K. (2019) *Formy profesjonalizmu lekarskiego i ich przydatność w edukacji moralnej studentów medycyny i młodych lekarzy*, „Diametros” 16 (62): 33–64.
- Tapper A., Millett S. (2014), *Is Professional Ethics Grounded In General Ethical Principles?*, „Theoretical and Applied Ethics” 3 (1): 61–80.
- Thomson J.J. (1982), *Obrona sztucznego zapłodnienia*, [w:] *Nikt nie rodzi się kobietą*, tłum. T. Hołówka, Czytelnik, Warszawa: 233–257.
- Tomaszewska P. (2017), *Nadużycia seksualne i ich kwalifikacja w praktyce sądów lekarskich*, „Medyczna Wokanda” 9: 179–189.
- Towarzystwo Warszawskie Lekarskie (1975), *Zasady obowiązków i praw lekarzy*, [w:] A. Tulczyński, *Polskie lekarskie kodeksy deontologiczne*, PZWL, Warszawa: 85–95.
- Tulczyński A. (1975), *Polskie lekarskie kodeksy deontologiczne*, PZWL, Warszawa.
- Umiastowski J. (1994), *Wokół Kodeksu etyki lekarskiej*, „Ethos” 1–2: 237–244.
- Wilson D. (2012), *Who Guards the Guardians? Bioethics and the ‘Ideology and Accountability’ in British Medicine*, „Social History of Medicine” 25 (1): 193–211.

- Wulff H.R. (1994), *Against the Four Principles: A Nordic View*, [w:] *Principles of Health Care Ethics*, R. Gillon (red.), John Wiley, Chichester: 277–286.
- Veatch R. (2010), *Zawodowa etyka medyczna: fundament jej zasad*, tłum. W. Galewicz, [w:] *Moralność i profesjonalizm. Spór o pozycję etyk zawodowych*, W. Galewicz (red.), Universitas, Kraków: 325–332.
- Zielonka T.M. (2000), *Na marginesie Kodeksu etyki lekarskiej. Art. 31*, URL = <http://www.oil.org.pl/xml/nil/gazeta/numery/n2000/n200003/n20000328> [dostęp 30.05.2019].
- X Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich (1975), *Kodeks deontologii lekarskiej*, [w:] A. Tulczyński, *Polskie lekarskie kodeksy deontologiczne*, PZWL, Warszawa: 108–118.