

*Agnieszka Przygoda-Dreher, Jarosław Sak, Rafał Patryn,
Andrzej Kapusta, Krzysztof Marczewski*

Akademia Medyczna w Lublinie

WYBORY MORALNE JEDNOSTKI A PROBLEM ETYKI INSTYTUCJI MEDYCZNYCH

Moralność wieku XXI nie może być powtórką z moralności wieku XX, gdyż wybory nowego stulecia są zbyt trudne, w grę nie może także wchodzić relatywizm moralny – zbyt dużo zła nie doczekało się kary.

Warunkiem przetrwania jest moralność rozumna, gdy rozsądek miarkuje zderzenia jednych wartości z innymi, a intuicja uczy jak podejmować decyzje.

(R. M. Kidder, 1995)

Rozważając problematykę wyborów moralnych jednostki wobec instytucji medycznych pragniemy na początku zwrócić uwagę na wzajemne relacje w jakich jednostka i instytucje medyczne pozostają. Stawiamy pytania: czy istnieje wzajemny związek zależności bytu jednostki i instytucji medycznej? czym jest funkcjonowanie jednostki w zwartym systemie instytucji medycznych? Powyższe pytania skłaniają do postawienia pierwotnej tezy, że miejsce jednostki znajduje się w punkcie przecięcia wielu sił społecznych, wartości zarówno spisanych, jak i niespisanych, które kierują dokonywanymi przez jednostki wyborami, jak również powodują przyjmowanie określonych postaw i zachowań. Określenie odpowiedniego miejsca jednostki w strukturze instytucji medycznych bardzo często wiąże się z szeroko pojętą adaptacją do określonych warunków życia społecznego. Adaptacja jednostki wielokrotnie wymaga nieustannej interakcji ze środowiskiem instytucji, w wyniku czego bardzo często mamy do czynienia z przekształceniem osobowości (struktury własnej) jednostki i dostosowaniem jej do potrzeb otoczenia. Wybory moralne, jakich musi dokonywać jednostka, nie zawsze muszą zgadzać się z wyborami proponowanymi przez instytucje, do których przynależy i w tym

przypadku możemy myśleć i mówić o pewnej suwerenności jednostki (jej priorytecie moralnym). Należy jednak pamiętać o tym, że instytucja medyczna może w stosunku do jednostki użyć różnych form oddziaływania, mogących doprowadzić do sytuacji, w której jednostka staje się narzędziem (urojonym podmiotem decyzji moralnych) w rękach rzeczywistego sprawcy (ustawodawcy). Może więc zaistnieć rzeczywisty konflikt między interesami moralnymi jednostki a interesami reprezentowanymi przez instytucje. Rozwiązanie tego konfliktu zależy od wielu czynników, np.: pozycji społecznej lub zawodowej, jaką dana jednostka zajmuje w określonej instytucji, od miejsca w określonej grupie, a przede wszystkim od faktu pełnienia lub nie funkcji nadrzędnej (ordynator oddziału, dyrektor szpitala). Wymienione „czynniki społeczne i zawodowe” nakładają na jednostkę określone prawa i obowiązki wobec instytucji, którą reprezentuje, ale czy tylko? Sądzymy, że w dużym stopniu nakładają one także na jednostkę określone prawa i obowiązki wobec niej samej.

Pozycję społeczną jednostki wyznaczają dwie duże grupy czynników:

- a) obiektywne (wykształcenie, zajmowane stanowisko),
- b) subiektywne – wynikające z prestiżu społecznego, autorytetu i uznania.

W świetle interesujących nas rozważań nad miejscem jednostki w skomplikowanym systemie instytucji medycznych stwierdzamy, że różne jednostki funkcjonujące w obrębie tej samej instytucji mają odmienne cele działania, a co za tym idzie inne drogi ich osiągnięcia. Możemy pokusić się o próbę wyodrębnienia w strukturze szpitala, jako przykładowej strukturze instytucji medycznej, różnych grup jednostek:

- a) lekarze,
- b) pielęgniarki,
- c) pacjenci,
- d) personel niemedyczny.

Każda z tych grup jednostek, rozpatrywana osobno, cechuje się różnymi celami działań, chociaż niewątpliwie charakteryzuje je wspólny mianownik, czyli funkcjonowanie w obrębie szpitala. Jako przykład można określić cele lekarzy, dla których priorytetem w działaniu są, a raczej powinny być:

- 1) dobro pacjenta – jego życie i zdrowie. Polepszenie samopoczucia pacjenta uzyskane na drodze:
 - poprawy zdrowia (w wyniku leczenia przyczynowego),
 - zmiany sposobu myślenia,
 - leczenia objawowego (środki farmakologiczne),
- 2) osiągnięcie satysfakcji, spełnienia w wykonywanym zawodzie,
- 3) utrzymanie się przy życiu w sensie biologicznym (np. wobec zagrożenia wynikającego z niesienia pomocy ludziom zarażonym HIV lub SARS),
- 4) utrzymanie się przy życiu w sensie materialnym – socjalnym (tj. oczekiwanie godnego wynagrodzenia za wykonywaną pracę i związane z nią ryzyko),
- 5) podnoszenie własnych kwalifikacji,

6) dbałość o podnoszenie kwalifikacji innych lekarzy,

7) cele komercyjne.

Cele przyświecające pracy lekarza i związana z nimi konieczność dokonywania wyborów moralnych zależą również od zajmowanej pozycji w instytucji jaką jest szpital, np. od pozycji lekarza, jego funkcji (tego czy jest to ordynator, dyrektor, lekarz leczący pacjenta bezpośrednio, lekarz diagnostujący – rtg, usg, TK, itp.). Szczególną sytuację mamy wówczas, kiedy lekarz pełniący określoną funkcję w instytucji jest również lekarzem bezpośrednio prowadzącym pacjenta. Granicę złego i dobrego wyznacza oczywiście nadal sumienie. Powstaje jednak pytanie, czy jest to sumienie jednostki czy instytucji?

Nieco inne cele przyświecają istniejącym w strukturze szpitala pacjentom:

1) uzyskanie poprawy samopoczucia,

2) wyleczenie (?) – okazuje się, że nie zawsze pacjent hospitalizowany oczekuje od leczącego go zespołu lekarzy i pielęgniarek pełnego wyleczenia, uzyskania poprawy stanu zdrowia, niesie ono bowiem za sobą nieodwracalne skutki zarówno w sferze psychicznej, jak i społecznej. Pacjent często zdaje się myśleć: „będę zdrowy – nikt już nie będzie się nade mną litował”, „przestaną być ofiarą, wzrosną oczekiwania wobec mojej osoby, którym nie sprostam”, „będę zdrowy – zostanie odebrana mi renta”, „zasiłek rentowy (chorobowy) to jedyne źródło utrzymania mojej rodziny”. Dość często zdarza się również, że celem pacjenta staje się nie tyle oczekiwanie wyleczenia, co wzbudzenie poczucia choroby i współczucia,

3) zmiana w statusie społecznym: uzyskanie specjalnych świadczeń zdrowotnych lub społecznych: renta, zasiłek, opieka pielęgniarska w miejscu zamieszkania, kwalifikacja do leczenia sanatoryjnego, nawiązanie nowych znajomości.

Sprawne funkcjonowanie człowieka w obrębie instytucji medycznej niejednokrotnie wymaga od niego przyjęcia określonej postawy, np. konformistycznej – zgodnej z obowiązującymi zasadami, wartościami, poglądami i przystosowaniem się do nich lub nie, co staje się przyczyną konfliktu, wobec którego staje lekarz znający trudną sytuację szpitala, a zmuszony w krótkim czasie podjąć decyzję co do zakupu kosztownych leków dla małej grupy pacjentów (dylemat: jak przeprowadzić selekcję takich pacjentów) albo leczyć wszystkich (kwalifikujących się do leczenia) pacjentów tanimi lekami o niewielkim efekcie terapeutycznym. Sposób zachowania się jednostki w konkretnych, często bardzo trudnych, sytuacjach wyborów moralnych zależy od jej stosunku do otaczającej rzeczywistości, jako wyniku odnoszenia się, respektowania określonych wartości i zasad. Przekonanie, że interesy i potrzeby jednostki są nadrzędne wobec interesów zbiorowości (instytucji) są charakterystyczne dla mentalności indywidualistycznej. Jest ona przeciwieństwem mentalności kolektywistycznej zakładającej funkcjonowanie jednostki w zwartym systemie społeczeństwa i jej prawa

do podporządkowania się woli większości. W zależności od skali rozbieżności między systemem zasad i wartości preferowanych przez instytucje a mentalnością jednostki, w różny sposób mogą ujawniać się nietypowe zachowania jednostki poczynając od bierności, uległości przez bunt aż do całkowitego negowania istniejącego porządku politycznego i gospodarczego.

Przykładowa sytuacja, która rzeczywiście wystąpiła w jednym ze szpitali: lekarze z oddziału gastrologicznego wykonywali przez okres kilku miesięcy wysokospecjalistyczną (ponadstandardową) procedurę diagnostyczną przeznaczając na to nawet czas poza godzinami pracy, mając zapewnienie, że dodatkowe pieniądze, które zostały przeznaczone na ten cel z instytucji nadrzędnej, finansującej (Ministerstwo Zdrowia) w pewnej części będą stanowiły ich dodatkowe wynagrodzenie (takie były ustalenia kontraktowe). Po wykonaniu zakontraktowanej liczby procedur diagnostycznych zwrócili się z pytaniem do lekarza pełniącego funkcję dyrektora o termin wypłaty tego dodatkowego wynagrodzenia. Otrzymali jednak zaskakującą dla nich odpowiedź, że pieniądze, które szpital uzyskał w wyniku wykonania przez nich kontraktu na serię procedur diagnostycznych „już dawno się skończyły”. Rozczarowanie, jakie towarzyszyło lekarzom, którzy – jak się okazało – pracowali za darmo (a więc nie mogli zrealizować jednego ze swoich celów), streściło się w oświadczeniu, że więcej tego typu kontraktów nie będą realizowali. Takie oświadczenie z kolei niezmiernie zaniepokoiło dyrektora, który zaapelował do ich poczucia obowiązku lekarskiego wobec pacjentów i wobec szpitala:

Panowie, tak nie można, szpital potrzebuje pieniędzy, a ministerstwo proponuje kolejny kontrakt na tę samą procedurę diagnostyczną. Nie mogę wam wypłacić dodatkowej części wynagrodzenia, bo wtedy lekarze z innych oddziałów też by chcieli coś dostać, na przykład tacy kardiologowie za wykonywane *ekstra* badania koronarograficzne – a szpitala na to nie stać, przecież wicie jak bardzo jest zadłużony i brakuje pieniędzy nawet na antybiotyki.

W opisanej, konfliktowej, sytuacji lekarze, wobec niedotrzymania przez instytucję reprezentowaną przez osobę dyrektora umowy nie mogli realizować niektórych ze swoich celów, m. in.: osiągnięcia satysfakcji, spełnienia w wykonywanym zawodzie oraz zapewnienia bytu sobie i swoim rodzinom w sensie materialnym (oczekiwanie godnego wynagrodzenia za wykonywaną pracę i związane z nią ryzyko). Odmowa realizowania przez lekarzy kolejnego kontraktu spowodowała z kolei niemożność zrealizowania celów instytucjonalnych szpitala (oczywiście w tym sektorze usług medycznych), takich jak: zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych ludziom uprawnionym do leczenia w tej instytucji oraz, w pewnej mierze, niemożność funkcjonowania szpitala jako podmiotu gospodarczego prowadzącego własną działalność gospodarczą.

Trafność dokonywanych przez jednostkę wyborów moralnych możemy łączyć również z tzw. osobowością jednostki, a więc zbiorami cech względnie

stałych, charakterystycznych, które dają nam możliwość łatwego identyfikowania danej jednostki. Osobowość jest korelatem cech: tożsamości, mentalności, uznawania wartości, przyjmowanych postaw, temperamentu, inteligencji. Cechy te modyfikują zachowanie jednostki. Warto zaznaczyć, że możemy mówić o osobistej tożsamości jednostki (jest to wizja własnej osoby, jaką ma człowiek; właściwości wyglądu, psychiki, zachowania, przede wszystkim z punktu widzenia ich odrębności i niepowtarzalności u innych ludzi), jak i o tożsamości społecznej (jest to świadomość cech wspólnych z innymi osobami, należącymi do grupy, w której jednostka żyje, czyli poczucie przynależności do grupy i dostrzeganie odrębności innych grup). Z perspektywy naszych dalszych rozważań istotnym elementem osobowości jednostki jest mentalność w funkcji systemu zasad, opartych na założeniach normatywnych, którymi człowiek kieruje się przy przetwarzaniu informacji o życiu społecznym. Mentalność z kolei może kształtować się w sposób indywidualistyczny lub kolektywistyczny. Mentalność indywidualistyczna określająca człowieka jest odrębną, autonomiczną jednostką, której poczucie wartości zależy od sukcesów życiowych, i której działania realizują ustalony przez siebie cel i program. Człowiek jest jednostką, która ponosi odpowiedzialność za swoje czyny; stosunki społeczne mają charakter kontraktu; każdy człowiek ma prawo do tego, co sam potrafi zdobyć. Mentalność kolektywistyczna natomiast określa człowieka jako część społeczeństwa, jego poczucie wartości zależy od oceny innych; świat społeczny, to układ stosunków między grupami, więź społeczna, to identyfikacja z grupą, aktywność jednostek zależy od grupy; zbiorowość ustala prawa jednostki, obowiązuje zasada współodpowiedzialności.

Instytucje medyczne w szerokim znaczeniu tego pojęcia, to również przystosowanie człowieka do życia w danym społeczeństwie, w znaczeniu węższym zaś to jedynie zespół ludzi dysponujący określonymi środkami, którego zadaniem jest realizacja określonych zadań i celów na podstawie ustalonych i często spisanych norm. Instytucje medyczne najogólniej możemy podzielić na kilka dużych grup:

1) bezpośrednio związane z leczeniem lub pielęgnacją pacjenta (szpitale, przychodnie, sanatoria, stacje pogotowia ratunkowego, domy opieki, hospicja),

2) pośrednio związane z leczeniem pacjenta (władza ustawodawcza, rząd, Narodowy Fundusz Zdrowia, rady społeczne zakładów opieki zdrowotnej, rady nadzorcze niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, firmy farmaceutyczne),

3) instytucje opiniotwórcze: np. Instytut Leków, Państwowy Zakład Higieny, kancelarie prawnicze, redakcje gazet.

Cele jednostki są jakże inne od celów instytucji medycznych. Wynika to z faktu, iż instytucje są ciałami powołanymi do prowadzenia działalności politycznej, gospodarczej i społecznej, a to wymusza przyjęcie przez nie

określonych działań. Cel instytucji wyraża się w jej statusie, misji. Obrazując powyższe rozróżnienia przytoczymy kilka głównych celów działań szpitala, jako jednej z instytucji medycznych:

- 1) zabezpieczenie świadczeń zdrowotnych ludziom uprawnionym do leczenia w tej instytucji,
- 2) prowadzenie działalności gospodarczej,
- 3) kształcenie studentów, lekarzy, personelu pielęgniarstwa,
- 4) funkcja socjalna – miejsce kontaktów między ludźmi.

Tak jak różne są instytucje medyczne, tak różne są ich cele, np. głównym celem firm farmaceutycznych jest osiągnięcie wysokiego zysku. Stawiając pytanie, czy możemy mówić o wyborach moralnych dokonywanych przez instytucje medyczne, skłaniamy się do twierdzenia, że w pewnym sensie odpowiedź na nie powinna być twierdząca, choć jest ona podyktowana innymi czynnikami niż w przypadku jednostki, np. konsekwencjami prawnymi lub gospodarczymi.

Czy w związku z tym możemy mówić o etyce instytucji medycznych? I tu odpowiedź jest twierdząca, ale odnosi się raczej do terminu *poli-e-tyka*, określającego sumę działań moralnych (etycznych) i politycznych prowadzonych przez instytucje medyczne. Można w tym miejscu termin *polietyka* rozwinąć znaczeniowo jako „etyka miasta” (*πολις*). Oznaczałby on problematykę etyczną, która winna wymagać jednoczesnego uwzględnienia elementów „troski o dobro wspólne”, jak i „troski o moralne postępowanie jednostki”. Sądzymy, że rozpatrywanie tak przedstawionej problematyki jest szczególnie ważne wobec diagnozy współczesności postawionej przez Mario Bungego, który napisał jeszcze pod koniec lat osiemdziesiątych XX w.:

Dominujący system wartości, to aksjologiczny indywidualizm (egocentryzm) i holizm (sociocentryzm). Pierwszy wspiera moralność sytuując prywatne interesy przed interesami publicznymi, podczas gdy holizm poświęca indywidua dla całości. Zgodnie z indywidualizmem to, co jest dobre dla mnie (lub dla mojej firmy) jest dostatecznie dobre dla wszystkich. Zgodnie z holizmem to, co jest dobre dla całości (lub dla państwa, czy danej sprawy) jest dobre dla każdego.

W każdym wypadku przedmiot pożądania uzyskuje precedencję przed podstawowymi potrzebami i uzasadnionymi aspiracjami. Osiągamy więc raczej to, czego my (lub nasi rządzący czy pracodawcy) pragniemy, aniżeli to, co jest nam niezbędne do przeżycia, nie mówiąc o doznawaniu dobrostanu ze spokojnym sumieniem. Nie zawsze pragniemy tego, co jest obiektywnie wartościowe, lecz przeciwnie, często cenimy to, czego my (lub nasi rządzący, czy pracodawcy) pożądamy. Tracimy więc z oczu Sokratejski ideał dobrego człowieka w „dobrym społeczeństwie” (Bunge 1989: 392).

Polietyka powinna służyć humanizacji instytucji medycznych. Głównym zadaniem instytucji państwowych (politycznych) jest bowiem troska o dobro obywateli. Zadanie to jest realizowane za pomocą różnorodnych działań politycznych, gospodarczych i społecznych, m. in. nakierowanych na wspomaganie rozwoju ekonomicznego, ograniczanie deficytu budżetowego i inflacji,

zmiany systemu zarządzania usługami zdrowotnymi itp. Podstawowym celem nie powinno być jednak osiągnięcie założonych wskaźników makroekonomicznych, ale następująca w rezultacie tych działań poprawa bytu zdrowotnego obywateli. Nie deprecjonujemy przez to znaczenia osiągnięcia wskaźników jako ważnych celów pośrednich, podobnie jak wskaźników biochemicznych czy hematologicznych w leczeniu ludzi. Odrębnym i ważnym pytaniem jest oczywiście sposób mierzenia bytu zdrowotnego społeczeństwa.

Humanistyczna perspektywa działania administracji w służbie zdrowia winna więc wpływać na wrażliwość społeczną polityków i urzędników. Powinna też umożliwić pomoc ze strony państwa dla grup społecznych najbardziej poszkodowanych w wyniku trudnego procesu przemian w strukturach świadczeń zdrowotnych. Wzburzenie społeczne wywołały i nadal wywołują lukratywne kontrakty menedżerskie w służbie zdrowia oraz występująca niekiedy nadrzędność kryteriów politycznych nad merytorycznymi przy obsadzie stanowisk, zwłaszcza w publicznym sektorze świadczeń zdrowotnych (o prywatnym mamy zaskakująco mało danych).

Jednocześnie Polska na arenie międzynarodowej jest postrzegana jako kraj wysoce skorumpowany. Według opinii międzynarodowej organizacji Transparency International, wyspecjalizowanej w badaniu poziomu korupcji w kręgach administracji publicznej Polska zajmuje 44. miejsce wśród 99 krajów w rankingu, który oceniał poziom korupcji w administracji publicznej. Sytuacja w tym względzie uległa według ostatnich badań wyraźnemu pogorszeniu.

Degeneracja zachowań etycznych jest, jak się wydaje, wypadkową ogólnego kryzysu panującego w sektorze publicznym. Błędy w zarządzaniu majątkiem publicznym w służbie zdrowia, elementarne pomyłki przy wprowadzaniu reform systemowych działają deprymująco i podważają sens i znaczenie dobra publicznego w środowisku medycznym. Na bardzo trudną sytuację ekonomiczną instytucji medycznych w Polsce (instytucji bezpośrednich – patrz powyższe rozróżnienia) i tragiczną sytuację w zakresie wynagrodzeń w grupach lekarzy i pielęgniarek, nakłada się brak profesjonalizmu urzędników i polityków (kształtujących działania instytucji pośrednich) oraz „mętna woda” przepisów prawnych, co sprzyja narastaniu zachowań patologicznych.

Powyższe czynniki bardzo negatywnie wpływają na stan zdrowia społeczeństwa polskiego. Jest to bezpośrednio uzależnione od sprawności opieki zdrowotnej w Polsce. *The World Health Report 2000* opublikowany przez WHO (*The World Health Report 2000 Health Systems: Improving Performance*) wykazuje znaczne różnice w jakości opieki w krajach o porównywalnych dochodach i wydatkach na zdrowie. Może to wynikać ze specyfiki zdrowia jako takiego w różnych społeczeństwach, a także ze zmieniających się potrzeb zdrowotnych. Raport WHO stwierdza, że wąskie definiowanie systemów zdrowia, które ogranicza się jedynie do dostarczania i inwestowania w usługi zdrowotne (prewencyjne, lecznicze i paliatywne), powinno być

rozszerzone o pewne parametry, które w pełniejszym stopniu są w stanie odzwierciedlić stan systemu zdrowia w danym państwie (np. ocena zdolności reagowania systemu). W ramach tej perspektywy celem systemów zdrowia jest nie tylko poprawa zdrowia populacji, lecz także odpowiedź (*responsiveness*) na ludzkie oczekiwania oraz dostarczenie ochrony finansowej. Złożoność systemów zdrowia bardzo trafnie obrazuje metafora *quasi-militarna*. Walka o zdrowie, „walka” z malarią, gruźlicą, ospą, AIDS czy SARS wymaga dostarczycieli bezpośrednich usług zdrowotnych, którzy – niczym oddziały linii frontowej – bronią społeczeństwo przed chorobą. Jednakże systemy zdrowia nie składają się jedynie z „żołnierzy” na polu walki, za nimi stoi całe zaplecze, w tym aparatura niezbędna do prowadzenia tej walki. Celem systemów zdrowia nie jest wyłącznie zdrowie, ale również odpowiedzialność systemu za zdrowie społeczeństwa. Zawiera się w nich dwa główne komponenty. Pierwszy, to poszanowanie godności jednostki, jej zaufanie i autonomia. Drugi, to zorientowanie na klienta: szybki dostęp do wsparcia socjalnego, swobodny wybór świadczeniodawcy, jakość usługi. Istotna jest również sprawiedliwa dystrybucja środków finansowych. Zasada „dostaniesz tyle, ile zapłacisz”, w zasadzie słuszna na rynku transakcji finansowych, czy nawet usług, wydaje się mniej sprawiedliwa w przypadku usług zdrowotnych. Ważnym pojęciem jest tutaj *stewardship*, które definiowane jest jako ostrożne i odpowiedzialne zarządzanie. Wiąże się to z niemożnością ustalenia optymalnego poziomu finansowania systemów oraz naciskiem na efektywność zarządzania systemami. Ponieważ zaskakujące jest to, że nie ma bezpośredniej zależności między przychodami a jakością usług medycznych, omawiany raport WHO promuje hasło utrzymania pewnej racjonalnej równowagi, która musi uwzględniać nie tylko czynniki i zaplecze ekonomiczno-finansowe oraz elementy długotrwałej polityki zdrowotnej, ale również elementy etyczne, takie jak odpowiedzialność i sprawiedliwość.

W problematyce politycznej mieści się rozwiązanie teoretyczne zaproponowane przez M. Bungego. Autor ów wyróżnił w etyce wszelkiego rodzaju działalności ludzkiej dwa działy: dział zwany **endomoralnością**, dotyczący kwestii wewnętrznych rodzajów działań, tj. kodeksu moralnego danego rodzaju działalności, oraz dział zwany **egzomoralnością**, dotyczący kwestii zewnętrznych rodzajów działań, tj. kodeksu moralnego odnoszącego się do społecznej odpowiedzialności związanej z uprawianiem danego rodzaju działalności. Przy tym przez kodeks moralny rozumie on katalog norm etycznych takich, jakich należy przestrzegać uprawiając dany rodzaj działalności (Bunge 1989: 255).

Zarówno działalność gospodarcza, jak i działalność instytucji medycznych mają swoje endo- i egzomoralności. W działalności instytucji medycznych endomoralność dotyczy kodeksów deontologicznych związanych z prowadzeniem działalności leczniczej lub naukowej. Jest ona składnikiem konstytutywnym definicji medycyny rozumianej czynnościowo, egzomoralność zaś odnosi się do społecznej odpowiedzialności systemu zdrowotnego.

Podsumowując rozważania o wyborach moralnych jednostki oraz instytucjach medycznych i przywołując rzymską przestrożę *caveat emptor*, czyli „niech kupujący ma się na baczności”, warto poddać pod refleksję etyczną propozycję z *Traktatu* Bungego postulującego istnienie jako normy naczelnej – zasady: „ciesz się życiem i pomóż żyć”. Norma ta leży u podstaw agatonizmu (od greckiego *αγαθον* = dobro), którego *summum bonum* jest ludzkie przeżycie.

Dotyczy ona bowiem każdego z nas już nie tylko w roli dyrektora szpitala, lekarza, menedżera, czy pacjenta, ale człowieka.

BIBLIOGRAFIA

- Bunge M., 1989, *Treatise on Basic Philosophy*, vol. 8 *Ethics: The Good and the Right*, Reidel, Dordrecht, cyt. za: Gasparski W. 2001.
- Gasparski W., 2001, *Repeticio est mater studiorum, czyli o etyce nauki, techniki i gospodarki (biznesu) przypomnień kilka*. Referat prezentowany na konferencji „Dylematy etyczne dnia dzisiejszego i przyszłości” zorganizowanej przez Komitet Prognoz „Polska 2000 Plus” przy Prezydium PAN, opublikowany w „Master of Business Administration”, nr 5 (52), (wrzesień-październik).
- Grosse T. G., 2000, *Czy etyka jest potrzebna urzędnikom?*, „Wokół Współczesności” [Biuletyn OCIFE], styczeń, nr 1 (35).
- Kidder M., 1995, *How Good People Make Tough Choices*, Morrow, New York.
- Rzetelność życia publicznego. Metody zapobiegania korupcji*, 1999, oprac. J. Pope, Instytut Spraw Publicznych, Transparency International, Warszawa.

*Agnieszka Przygoda-Dreher, Jarosław Sak, Rafał Patryn,
Andrzej Kapusta, Krzysztof Marczewski*

MORAL CHOICES OF AN INDIVIDUAL AND THE PROBLEM OF ETHICS OF MEDICAL INSTITUTIONS

The authors concentrate on human moral choices in relation to medical institutions. They focus on mutual relations between a human and medical institutions. In the light of the consideration, the authors claim that various individuals functioning in the same institution have various objectives and different ways of achieving them. The objectives of physician in relation to necessity of making moral choices depend on his position in a hospital. The question arises, whether it is possible to consider moral choices of medical institutions. The answer is positive, but it refers to the term “poli-ethics”. This term concerns both moral (ethical) and political activities of medical institutions.