

Piotr Morciniec

Ewolucja i treść medycznych kodeksów deontologicznych

Forum Teologiczne 4, 85-94

2003

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Ks. PIOTR MORCINIEC
Wydział Teologii
Uniwersytet Opolski

EWOLUCJA I TREŚĆ MEDYCZNYCH KODEKSÓW DEONTOLOGICZNYCH

Słowa kluczowe: deontologia lekarska, kodeksy etyczne, przysięga Hipokratesa, poinformowana zgoda, dobro pacjenta.

Schlüsselworte: ärztliche Deontologie, ethische Kodizes, Eid des Hypokrates, informierte Zustimmung, Wohl des Patienten.

Nauka zajmująca się wypracowaniem „zawodowych” zasad postępowania, m.in. w medycynie, zwana jest deontologią. Termin ten ma pochodzenie greckie: *deon* – „powinność; to, co konieczne”; *logos* – „nauka”. Stąd *deontologia* bywa określana jako nauka o obowiązkach w ogólności. W rozumieniu współczesnym, deontologia jest nauką określającą zespół specyficznych obowiązków właściwych dla danej grupy zawodowej, nie pokrywających się z nałożonymi przez etykę ogólną. Celem tych zasad jest troska o dobre imię danej grupy zawodowej i o przyzwoitość. W odniesieniu do medycyny zastosowano ten termin na początku XX w., choć kodeksy zawodowe i regulaminy dla służby zdrowia istniały o wiele wcześniej.

1. Istotne etapy powstawania kodeksów deontologicznych w medycynie

Najpełniejszy obraz etosu medycznego jako takiego można uzyskać, analizując tradycyjne i współczesne jego kodyfikacje, z których najstarsze sięgają swymi korzeniami minionych tysięcy lat. Kodyfikacje te w postaci przyrzeczeń, przysięg i modlitw, a najczęściej kodeksów deontologicznych, dotyczą prawie wyłącznie etosu lekarskiego. Oznacza to, że stanowią one pozytywne sformułowanie obowiązków moralnych własnej grupy zawodowej dokonane przez samych członków lekarskiej profesji (etyka zawodowa). Większość spisanych

formuł przybierała *explicite* religijny charakter (wezwanie Boga lub bóstwa) i dopiero właściwe kodeksy etyki medycznej, które rozwinęły się począwszy od XIX w., przede wszystkim w Anglii i Stanach Zjednoczonych, odeszły od tej tradycji, akcentując immanentną formację społeczności medycznych.

Najstarszy znany kodeks tego typu, opracowany przez „ojca medycyny” Hipokratesa¹ (460–377 przed Chr.), jest w podstawowych wymogach zdumiewająco zbieżny z nauką chrześcijańską. W swojej strukturze stanowi on wzorzec dla współczesnych kodyfikacji²:

- wezwanie bóstw (preambuła)
- obowiązki ucznia wobec mistrza, jego rodziny i innych lekarzy (nr 1–4)
- kodeks etyczny:
 - nie uczynię szkody i niesprawiedliwości choremu (5)
 - nie podam nikomu trucizny ani środków powodujących aborcję (6)
 - „zachowam czyste od wszelkiego przestępstwa moje życie oraz samą sztukę” (7)
 - „Do jakiego domu wejść, będę wchodził na pożytek chorych, będąc dalekim od wszelkiej dobrowolnie wyrządzanej krzywdy i szkody [...] oraz od czynów lubieżnych na ciałach kobiet i mężczyzn, zarówno wolnych, jak i niewolników” (9)
 - zachowam tajemnicę zawodową (10)
 - nagrodą za zachowanie wierności zasadom będzie sława, dobra opinia; ewentualnie karą – pozbawienie honoru (formuła końcowa).

Prototyp współczesnych kodeksów deontologicznych wypracował Tomas Percival, który w 1803 r. opublikował dzieło składające się z czterech standardowych części: (1) postępowanie lekarza w szpitalu, w praktyce indywidualnej, (2) w relacji do innych lekarzy, (3) w odniesieniu do szerszej pojętej służby zdrowia (np. do farmakologów) oraz (4) w konkretnych przypadkach, gdy bierze się pod uwagę prawo.³

W XX w. można wyodrębnić kolejny etap w ewolucji tych wytycznych etyczno-zawodowych. Wtedy to właśnie przestają być one wyłącznie wytycznymi dla lekarzy (wyliczeniem obowiązków lekarskich), a formułowane są coraz częściej jako powszechne reguły, kryteria czy normy. Wyraźnie daje się zauważyć całkowity brak wyrażenia treści etycznych w postaci praw, co sprawiło, że pacjent jako podmiot etyki medycznej zdawał się nie istnieć. Prze-

¹ Zob. np. J. Wróbel, *Człowiek i medycyna. Teologiczno-moralne podstawy ingerencji medycznych*, Kraków 1999, s. 217–226.

² Tekst przysięgi w wersji ks. prof. H. Wójtowicza, zob. J. Grzywaczewski, *Przysięga Hipokratesa*, *Niedziela* (1996) nr 41, s. 10.

³ Zob. T. Percival, *Medical Ethics, or a Code of Institutes and Precepts Adapted to the Professional Conduct of Physicians and Surgeons*, London 1803.

łom w tym kierunku dokonał się dopiero w 1973 r. i to poza profesją medyczną, kiedy po raz pierwszy skodyfikowano prawa pacjentów. Od tego czasu następuje coraz bardziej precyzyjne formułowanie etosu medycznego, nie tylko lekarskiego, w formie praw i obowiązków, które posiadają wszystkie strony, tj. lekarz, pacjenci oraz inne podmioty systemu opieki zdrowotnej. W tym też czasie dochodzi do powstania etyki jakościowo różnej od tradycyjnej etyki lekarskiej. Ten fakt wyznacza równocześnie cesurę czasową dla zaistnienia bioetyki.⁴

Kolejnym krokiem rozwojowym, który warto odnotować jest postępująca specjalizacja w etyce lekarskiej, która prowadzi do powstawania z jednej strony ogólnych kodeksów etyki medycznej, a z drugiej do tworzenia kodyfikacji specyficzno-problemowych, które na bazie pryncypiów kodeksowych pierwszej grupy formułują podstawy medycznego postępowania w konkretnych obszarach medycyny stosowanej i w poszczególnych dyscyplinach medycznych.

2. Aspekt formalny tradycyjnego etosu medycznego

Świadomie rezygnujemy z dokładnego przedstawienia bogatej historii kodeksów etyki lekarskiej, podobnie jak pomijamy różnice występujące pomiędzy poszczególnymi kodyfikacjami deontologicznymi. Spróbujemy natomiast dokonać globalnej analizy tradycyjnych kodeksów, aby w ten sposób scharakteryzować etos medyczny i jego fundamentalne pryncypia.

Tradycyjny etos deontologiczny profesji medycznej ma w najbardziej znaczących sformułowaniach konkretne, następujące wspólne cechy⁵:

– Charakterystyczny *historyczny kontekst powstania*, który jest efektem specyficznych funkcji etosu lekarskiego, mianowicie budzenia zaufania i promowania własnej profesji. Dla amerykańskich kodeksów medycznych taki kontekst stanowił obserwowany kryzys zawodu lekarskiego. Podobnie kodeksy szczegółowe naszego stulecia były formułowane pod naciskiem konkretnych problemów lub niedomogów. Tak więc powstające sformułowania tworzone są w odniesieniu do i pod naciskiem praktycznych problemów, na które mają dać odpowiedź i w przypadku których powinna być stworzona odpowiednia pomoc. Ten fakt wyjaśnia, przynajmniej po części, specyficzne cechy kodeksów deontologicznych.

– Daje się zauważyć *czysto wewnątrzprofesyjny rozwój* kodeksów medycznych bez odwoływania się do powszechnych etycznych standardów

⁴ Por. J. Wróbel, *Dawstwo organów w perspektywie teologicznomoralnej i pastoralnej (wybrane aspekty)*, Roczniki Teologiczne 44 (1997) z. 3, 53–71, s. 55.

⁵ Por. W. Schaupp, *Der ethische Gehalt der Helsinki Deklaration. Eine historisch-systematische Untersuchung der Richtlinien des Weltärztebundes über biomedizinische Forschung am Menschen*, Frankfurt a.M. 1994, s. 32–34.

i bez powoływania się na jakiegokolwiek autorytety poza samym gremium lekarskim.

– Nie zawierają one systemu norm, które byłyby systematycznie wprowadzone na bazie konkretnej teorii etycznej i z zastosowaniem nazwanych etycznych pryncypiów. Reguły zachowaniowe są formułowane bez przykładania wielkiej wagi zarówno do bliższego ich uzasadnienia, jak i do związku między nimi. Tak więc *plaszczyzna argumentacyjna*, typowa dla refleksji etycznej, jest *prawie całkowicie nieobecna*, natomiast o wiele bardziej chodzi o zestawienie tego, co na podstawie praktyki („empirycznie”) okazało się mieć dla medyków niepodważalną normatywną trwałość. Nowe kodeksy medyczne, będące owocem długich dyskusji i częstych modyfikacji, w wiele większym stopniu odzwierciedlają fundamentalne pryncypia etyczne oraz naznaczone są wpływem przedstawicieli środowisk innych niż medyczne.

– Pojedyncze wytyczne kodeksowe w różnym stopniu zawierają treści etyczne w ścisłym pojęciu, gdyż obok tychże znajdują się również wtórne klauzule postępowania, które regulują problemy techniczne i kontrolne.

– Medyczny kodeks zawodowy z założenia zmierza nie tyle do formowania „moralnej jakości”, co „zawodowej poprawności” działania. W tym sensie kodeks zawodowy bliższy jest regulacjom prawnym, gdyż podobnie jak one nie odwołuje się do moralnej dobroci adresatów ani nie stawia sobie pytania o ostateczne, uniwersalne, same z siebie obowiązujące etyczne prawdy. Koncentruje się natomiast na tym, co dla profesji jest wskazane i konieczne.

W oparciu o powyższą charakterystykę mogą pojawić się trudności, gdy tradycyjny etos lekarski i jego kodyfikacje próbuje się zastosować do oceny nowych problemów medyczno-etycznych. Okazuje się wtedy, że tradycyjne kodeksy zmierzają do silnego upraszczania etycznego roszczenia i do markowania zawartościowej kompletności, której w rzeczywistości nie mają. Leżące u ich podstaw pryncypia nie są całościowe, a w związku z tym nadal pozostaje niejasne, jak i które pryncypia uzasadniają poszczególne normy kodeksowe.⁶ Nawet jeżeli przyjąć, że lansowana teza jest przesadzona, nie można zaprzeczyć praktycznej niewystarczalności tradycyjnych pryncypiów w rozstrzygnięciu dylematów nowoczesnej medycyny. Nie oznacza to jednak rezygnacji z pryncypiów, lecz jedynie poszukiwanie modelu umożliwiającego zmierzenie się z nowymi problemami. Najkrótszą drogą do realizacji takiego zamierzenia wydaje się być ubogacenie tradycyjnej koncepcji o pewne normy pomocnicze, pozostające jednak w ścisłym związku z normami fundamentalnymi.

⁶ Tradycja hipokratejska nie może dłużej służyć za fundament etyki medycznej „z powodu swej wrywkowości i małej wiarygodności”. T. L. Beauchamp, J.F. Childress, *Zasady etyki medycznej*, tłum. W. Jacórzynski, Warszawa 1996, s. 33 (zob. też s. 15–16).

3. Treść medycznych kodeksów deontologicznych

Powyższe spostrzeżenia na temat deontologicznych kodeksów medycznych mają charakter formalny, nie dotyczą więc wprost treści tradycyjnego etosu. Najogólniej można w tej zawartości wyróżnić *kryterium fundamentalne*, które określane bywa jako centrum, jądro lub pryncypium podstawowe oraz *specyficzne wskazania etyczne* dotyczące poszczególnych obszarów działania medycznego.

Fundamentalna norma, której pierwsze sformułowania odnajdujemy już w Kodeksie Hipokratesa, daje się ująć w nakazie: lekarz „powinien zawsze to czynić, co według jego oceny i uznania służy dobru jego pacjenta”. Pryncypium to znane jest jako angielski termin: *patient-benefiting ethic* lub w postaci łacińskiej maksymy: *salus aegroti suprema lex esto*. Równocześnie przytacza się drugie pryncypium, które najpowszechniej znane jest w łacińskim brzmieniu: *primum non nocere*, a które tłumaczy się jako *zakaz szkodenia*. Mimo iż dosłownego brzmienia tej maksymy nie znajdujemy w przysiędze Hipokratesa, jest ona znaczeniowo dwukrotnie obecna, paralelnie do dwukrotnego wystąpienia pryncypium służby dobru pacjenta: „Będę stosował leczenie [...] *na pożytek chorych*, według mojej możliwości i mojego rozumienia, *a powstrzymam się od stosowania go na szkodę i krzywdę*” oraz „Do jakichkolwiek domów wejdę, będę wchodził *na pożytek chorych*, będę dalekim od wszelkiej dobrowolnie *wyrządzonej krzywdy i szkody*”.⁷

Należałoby się zastanowić, na ile sensowne i potrzebne jest dołączanie do obowiązku służby pacjentowi paralelnego pryncypium nieszkodzenia, skoro wydaje się, że pierwsze zawiera w sobie również zakaz wyrządzania zła. Skoro dobro chorego i szkodenie jemu jawią się jako przeciwieństwa, może wystarczyłoby jedno pryncypium pozytywnie sformułowane. Etycy piszą o jednym pryncypium, ale rozłożonym na kilka stopni o rosnącej sile zobowiązania. Zakaz szkodenia występuje w bardzo różnych postaciach: najslabiej zobowiązuje nakaz czynienia możliwego dobra, natomiast najsilniej zakaz mnożenia zła (zadawania cierpienia), osłabiony w kolejnych stopniach jako nakaz przeszkodzenia złu i usunięcia zła.⁸ W przypadku pryncypium nieszkodzenia mamy więc do czynienia z kontinuum nakazowym rozciągającym się od formy najsilniejszej do najslabszej. Można w nim wyróżnić wiele stopni pośrednich, więc pozostaje sprawą wyboru, czy punktem wyjścia będzie jedno pryncypium z wachlarzem podstopni, czy też mówić będziemy o kilku powiązanych ze sobą normach.

⁷ J. Grzywaczewski, *Przysięga Hipokratesa*, s. 10 (wyróżnienia własne).

⁸ W obszarze tych rozróżnień mieści się występujący w klasycznej etyce podział na aktywne i pasywne działanie, który ma niebagatelne znaczenie choćby w trwającej dyskusji eutanazyjnej.

Tradycyjny kodeks deontologii medycznej formułował obowiązek służby dobru pacjenta kategorycznie i bez wyjątków, nie zmienia to jednak faktu, że charakter tego zobowiązania jest względny, tj. ma ono zasadniczo moc obowiązującą, ale dopuszcza wyjątki w sytuacji konfliktu dóbr i wartości. Nie ulega natomiast wątpliwości, że o kategoryczny zakaz szkodliwego działania chodzi tylko wtedy, gdy nie jest ono zalecane lub wręcz nakazane w całościowym interesie pacjenta. Istnieje niewątpliwie potrzeba dookreślenia „interesu czy dobra pacjenta” jako dobra integralnego z dopuszczeniem np. cierpień perspektywicznie sprawiających dobro. Nie można bowiem zapominać, że z obiektywnego punktu widzenia lekarz wielokrotnie „wyrządza choremu szkodę”, która ostatecznie służy globalnie pojętemu dobru tego ostatniego.

4. Krytyka tradycyjnego etosu

W świetle złożonej normy służenia dobru chorego tradycyjny etos medyczny okazuje się etosem indywidualistycznym, konsekwencjalistycznym i paternalistycznym.⁹ Można mówić o rysie *indywidualistycznym* tego etosu, gdyż ma on na względzie dobro konkretnego pacjenta, który stanowi punkt odniesienia lekarskiego działania. Wymownie oddaje to angielski tekst przysięgi genewskiej: „dobro *mojego* pacjenta będzie na pierwszym miejscu”.¹⁰ Etycznie rzecz ujmując, od zaistnienia międzyosobowej relacji lekarz – pacjent dobro tego konkretnego pacjenta ma dla lekarza pierwszeństwo przed wszystkimi innymi dobrami, a więc także przed ewentualnym dobrem innych ludzi. Natychmiast pojawia się więc kompleks pytań, z których najistotniejsze brzmią: jak daleko fundamentalne pryncypium, przyznające absolutne pierwszeństwo indywidualnemu dobru pacjenta, może stanowić bazę nośną dla etycznych rozważań o szerokim zasięgu? Jak daleko lekarz może rzeczywiście być „stronniczy” na rzecz swojego pacjenta, kiedy oznacza to równocześnie, że przestaje zważać na konsekwencje, jakie jego działanie przyniesie innym? Te pytania wyraźnie niepokoją i to niezależnie od przyjętej opcji etycznej, może poza ujęciem egoistycznym. Zarówno bowiem z punktu widzenia etyki utilitarystycznej, jak i z perspektywy etyki humanistycznej konsekwencje tak sformułowanej normy są brzemiennie. Dla opcji utilitarystycznej, która – bez wchodzenia w niuanse – domaga się maksimum dobra dla jak największej liczby osób, tak pojęty tradycyjny etos budzi podejrzenie nieuzasadnionego zawężenia perspektywy do dobra pojedynczej osoby. Taki sam wniosek dochodzi do głosu także przy głoszeniu reguły niezawisłości powołania lekar-

⁹ Kompetentna charakterystyka zob. W. Schaupp, *Der ethische Gehalt der Helsinki Deklaration*, s. 34–38.

¹⁰ „The health of *my* patient will be *my* first consideration”.

skiego, która akcentuje równą wagę dobra i cierpienia każdej dotkniętej nim osoby.

Kolejną cechą tradycyjnego etosu jest jego rys *teleologiczny*. Następstwem takiego ujęcia jest ocena poprawności działania wyłącznie na podstawie osiągniętych efektów, a więc w oparciu o konsekwencje działania, bez liczenia się z etyczną wartością samego czynu, o której nie decydują jego następstwa. Dobre są zawsze te działania, których następstwa przynoszą pożytek, czyli korzyść pacjentowi. Różne transpozycje tej opcji odnajdujemy zwłaszcza w bogactwie utylitarystycznych koncepcji etyki medycznej. Takie założenie ujawnia jednak istotną trudność. Deontologiczne koncepcje moralności, do których należy katolicka teologia moralna, uznają, że o dobru działania decydują nie same następstwa, lecz natura czynu, tzn. czyn jest sam w sobie nakazany lub zakazany, co mocno zostało potwierdzone w encyklice *Veritatis splendor* (75-83). Jak brzemiennie w rozstrzygnięciach dotyczących działań medycznych jest uznanie ważności przedmiotu działania do oceny moralnej aktu, niech świadczą wciąż żywe dyskusje na temat np. obowiązku mówienia prawdy nieuleczalnie choremu, aborcji dla ratowania zdrowia matki, sztucznego zapłodnienia dla uszczęśliwienia niepełnych małżonków czy stosowania środków antykoncepcyjnych dla dobra rodziny lub używania prezerwatywy jako zabezpieczenia przed AIDS. Listę takich konfliktów można by dowolnie wydłużać, istotne jest jednak to, że koncentrowanie się wyłącznie na konsekwencjach czynu nie daje się utrzymać i obronić z niejednej perspektywy etycznej.

Ostatnia cecha określana jest jako *paternalizm* w relacji służba zdrowia–pacjent. W jej eksplikacji korzysta się z analogii wzajemnych odniesień między ojcem a dzieckiem i między lekarzem a pacjentem. Istotne akcenty tej analogii spoczywają na dwóch cechach „ojcowskiego” (stąd *paternalizm* od łac. *pater*) zachowania: 1. ojciec działa zazwyczaj odpowiednio do własnego wyobrażenia o dobru dziecka, oraz 2. zwykle sam podejmuje decyzje, nie pozostawiając ich dziecku ani ich z nim nie konsultując. Odnosząc ten model do relacji lekarz–pacjent, temu pierwszemu przyznaje się prawo działania i kompetencje w podejmowaniu decyzji dotyczących pacjenta, podczas gdy choremu odmawia się prawa (współ)decydowania. Podstawowe zastrzeżenie podnoszone z perspektywy współczesnej etyki medycznej przeciw etyce paternalistycznej dotyczy z jednej strony, przyznania lekarzowi wyłącznej kompetencji w decydowaniu o tym, co jest dobre dla jego chorego, a z drugiej strony, naruszenia szacunku dla autonomii pacjenta. Mieliliśmy więc do czynienia z jednoznacznie etyką obowiązków lekarza, który ponosi także całkowitą odpowiedzialność za pacjenta. W tradycyjnej etyce lekarskiej bardzo podkreślano mediacyjną rolę wolnego sumienia między skrótowo sformułowanym pryncy-

pium a bogactwem niepowtarzalnych, konkretnych sytuacji. Miało ono być gwarantem etycznie poprawnych rozstrzygnięć aktywnego podmiotu w relacji lekarz – pacjent. Od rozstrzygnięć i działania sumienia lekarza zależy w dużym stopniu zastosowanie normy fundamentalnej do niepowtarzalnego, jedynego w swoim rodzaju pacjenta. Problem pośrednictwa sumienia może być rozwiązany przynajmniej na dwa sposoby. Normatywna droga polega na formułowaniu coraz bardziej szczegółowych wytycznych działania w konkretnych sytuacjach jako konkretnych zastosowań nadrzędnego pryncypium. Drugi sposób polega na pozostawieniu zasadniczego pośrednictwa od norm do konkretnego rozstrzygnięcia sumienia działającej osoby. Tę drugą drogę obrała tradycyjna etyka medyczna.

Taka opcja szczególnie wyraźnie podkreśla znaczenie *lekarskiego sumienia*, które okazuje się być drugim filarem, obok pryncypium nieszkodzenia, na którym wspiera się tradycyjna etyka medyczna. Znaczenie sumienia w praktyce medycznej pozostaje w bezpośrednim związku ze specyficznym pojmowaniem zawodu lekarskiego, o którym mówi się, że jest powołaniem.¹¹ Niezależnie od tego, czy ma się na myśli religijne rozumienie terminu czy jego świeckie pojmowanie, wspólne pozostaje akcentowanie szczególnej służby człowiekowi, leżącej u motywacyjnych podstaw wyboru tej roli społecznej („służba zdrowia”). Istota tego powołania realizuje się w spotkaniu z człowiekiem chorym i cierpiącym, a ujawnia się ona w humanistycznej specyfice tego zawodu.¹²

5. Nowa opcja współczesnych kodeksów bioetycznych

Analiza treściowa medycznych kodeksów deontologicznych wiąże się z koniecznością dostrzeżenia *granic* tradycyjnej etyki medycznej wynikających przede wszystkim z przyjęcia wyłącznie perspektywy lekarza. O ile za czasów Percivala, twórcy pierwszego całościowego opracowania etyki medycznej, oczywiste było, że rozstrzygnięcia podejmowane przez lekarza w zgodzie z fundamentalnym pryncypium przeważają w razie konfliktu nad preferencjami i prawami pacjentów¹³, o tyle współczesna perspektywa etyczna jest wyraźnie inna. Zarówno rosnąca wrażliwość na poszanowanie praw człowieka, jak i ambiwalentny postęp w medycynie wniosły swój wkład w uzupełnienie tradycyjnej koncepcji. Zwłaszcza świadomość personalistyczna dodała do powyższych pryncypiów prawo do *poszanowania osobowej autonomii pacjenta* i wyczulenie na *wymiar społeczny* ludzkiej egzystencji.

¹¹ Szerokie opracowanie zagadnienia: J. Nagórny, *Godność powołania medycznego*, Roczniki Teologiczne 44 (1997) z. 3, s. 5–24.

¹² Por. S. Olejnik, *Etyka lekarska*, wyd. 2, Katowice 1995, s. 52.

¹³ Por. T. L. Beauchamp, J. F. Childress, *Zasady etyki medycznej*, s. 48.

O ile autonomię lekarza chroni prawo do uszanowania wolności jego sumienia w podejmowaniu decyzji, o tyle wśród wartości osobowych pacjenta szczególnie mocno akcentuje się prawo do uszanowania jego woli. Nic więc dziwnego, że – w imię poszanowania autonomii osoby ludzkiej – do kanonu pryncypiów etyki medycznej wpisano prawo pacjenta do rzetelnej i odpowiedniej informacji oraz obowiązek uzyskania jego zgody na podjęcie konkretnego działania medycznego, co przybrało sakramentalną postać *informed consent*.¹⁴

Rozszerzenie perspektywy z wyraźnie indywidualnie pojętej relacji między lekarzem a pacjentem na płaszczyznę odniesień złożonych interpersonalnych wprowadziło nową opcję w rozwiązywanie problemów etycznych. Okazało się bowiem, że etyka medyczna w nowoczesnym rozumieniu musi respektować społeczną i środowiskową¹⁵ kondycję człowieka, która wyraźnie modyfikuje sposób postępowania terapeutycznego. Trzeba było uwzględnić także kontekst społeczno-polityczny służby zdrowia, aby można było realizować sprawiedliwość społeczną na tym polu. W dwudziestowiecznej medycynie pojawiły się takie problemy, jak zagwarantowanie odpowiedniej części krajowego produktu brutto na rozwój służby zdrowia, sprawiedliwy rozdział środków na poszczególne dyscypliny medyczne, roztropne nakłady finansowe na nowe badania medyczne i wysoko specjalistyczne techniki bez upośledzenia prewencji i terapii rutynowych, czy wreszcie dobór i selekcja pacjentów zarówno ze względu na ograniczone możliwości finansowania terapii, jak i na zdatność danego chorego do poddania się tej lub innej formie leczenia.

* * *

Zbierając raz jeszcze pryncypia deontologii medycznej, można mówić o dwóch filarach tradycyjnej etyki indywidualnej, którymi są: 1) *wyznacznik dobra pacjenta*, w którym zawiera się podwójna norma nieszkodzenia i służenia jego zdrowiu; 2) pozostające w służbie poprzedniego *kryterium autonomii* w postaci normy lekarskiej odpowiedzialności, którą wyraża i reprezentuje odpowiednio uformowane sumienie, przy czym to kryterium egzystowało w postaci zawężonej do jednego z podmiotów, lekarza. Współcześnie zostało ono ubogacone o drugi aspekt osobowej autonomii, zabezpieczający współodpowiedzialność chorego za proces leczenia, którego wyrazem jest troska o promocję praw pacjenta, zwłaszcza prawa do świadomej zgody (*informed*

¹⁴ Monografia tematu, zob. np. Ch. Holzem, *Patientenautonomie: Bioethische Erkundungen über einen funktionalen Begriff der Autonomie im medizinischen Kontext*, Münster 1999.

¹⁵ Ten wymiar (bioetyka ekologiczna lub globalna) akcentował prekursor nowej dyscypliny, V. R. Potter. W kolejnych fazach wyraźnie zredukowano zainteresowanie tym aspektem na rzecz skoncentrowania się na problemach etyki w medycynie biotechnologicznej. Zob. R. Otowicz, *Etyka życia. Bioetyczny i teologiczny kontekst problematyki życia poczętego*, Kraków 1998, s. 14–27.

consent). Kryterium sprawiedliwości dopełnia współczesną panoramę medycznych pryncypiów deontologicznych, ubogacając etos służby zdrowia o perspektywę wspólnotową i społeczną. Konstruowanie na takim fundamencie szczegółowych wskazań dla tej grupy zawodowej, która dźwiga wyjątkową odpowiedzialność za życie i zdrowie poszczególnych osób i całego społeczeństwa, może dobrze rokować dla etosu przyszłych pokoleń medyków.

ZUSAMMENFASSUNG

Als Wissenschaft benennt die Deontologie spezifische Pflichten, die einer bestimmten Berufsgruppe eigen sind, die sich aber mit denen, die aus einer allgemeinen Ethik resultieren, nicht decken. Das Ziel dieser Grundsätze ist die Sorge um einen guten Ruf und den Anstand dieser Berufsgruppe. Im Bezug auf die Medizin wurde dieser Terminus Anfang des 20. Jh. verwendet, wenngleich es schon früher deontische Kodizes gab. Der Artikel ist ein Versuch, die wichtigsten Entstehungsetappen der medizinischen Pflichtenkodizes zu skizzieren, um anschließend die Prinzipien des traditionellen medizinischen Pflichtenkodex kritisch zu untersuchen. Das Ergebnis, das ihre Unzulänglichkeit erweist, führt zum Aufzeigen einiger fundamentaler Normen, die für das Herausbilden des heutigen Ethos der medizinischen Berufe besser geeignet wäre.