

Danuta Walczak-Duraj

Uniwersytet Łódzki

PODSTAWOWE ŹRÓDŁA DYLEMATÓW MORALNYCH WE WSPÓŁCZESNEJ MEDYCYNIE

WSTĘP

W dyskusji na temat podstawowych dylematów etycznych współczesnej medycyny oraz ich źródeł, należy wyjść od prostej konstatacji, iż dylematy te zawsze występowały, choć wiedza społeczna ich dotycząca i udział samego społeczeństwa w tworzeniu standardów etycznych poszczególnych profesji medycznych był zdecydowanie mniejszy. Poszerzyło się również *spectrum* rzeczywistych i potencjalnych źródeł generujących owe problemy czy dylematy etyczne. Można zatem mówić o kwestiach etycznych wynikających ze zmian w treściach relacji między lekarzem a pacjentem, które mają już dość tradycyjny charakter; o problemach wynikających z postępu nauk medycznych, osiągnięć genetyki; o zagadnieniach etycznych wynikających z relacji między pacjentem a instytucją leczniczą czy całym systemem organizacyjno-finansowym, w ramach którego winien poruszać się pacjent, czy też o problemach dość charakterystycznych dla okresów istotnych, transformacyjnych zmian, które tworzą podstawy do wykształcenia się nowego porządku społecznego, w tym porządku etycznego. Współczesna medycyna jest dość mocno uwikłana w wiele fundamentalnych dylematów etycznych, z którymi z pewnością nie poradzi sobie sama. Tym bardziej że społeczne oczekiwania wobec lekarzy i innych ważnych przedstawicieli zawodów medycznych są bardzo zawyżone i zbyt wyidealizowane. Ciągłe jeszcze, przynajmniej w Polsce, występuje specyficzny rodzaj projekcji dotyczący pracowników służby zdrowia – postrzegani są oni z jednej strony jako grupa *ethosowa*, z drugiej zaś jako grupa podlegająca ostrej krytyce. Z jednej strony badacze życia społecznego od wielu lat mówią o destrukcji normatywności w Polsce, z drugiej zaś to społeczeństwo, dość wybiórczo

traktujące gros zasad etycznych, oczekuje, by – zwłaszcza lekarze – wolni byli od wszelkich znamion zachowań anomijnych. Sami zaś lekarze i inni pracownicy służby zdrowia uwikłani są w szereg dylematów, w konsekwencji określających ich poziom standardów etycznych. Standardy te są wypadkową: – indywidualnych preferencji, zinternalizowanych i uznawanych systemów wartości, poziomu rozwoju wrażliwości etycznej itp.; – regulacji prawnych, instytucjonalnych, związanych z logiką funkcjonowania systemu służby zdrowia; – regulacji instytucjonalnych o charakterze paraprawnym; typowym przykładem są tutaj kodeksy etyczne czy swoisty audyt etyczny; – specyfiki samych działań medycznych czy paramedycznych, które coraz częściej mają charakter zespołowy, a nie indywidualny i sytuują służby medyczne w perspektywie koncepcji *stakeholdersów*, a więc wszystkich osób, instytucji, które w sposób bezpośredni lub pośredni doświadczają konsekwencji decyzji lekarskich.

Ów, coraz częściej występujący, zespołowy charakter działań medycznych dotyczących diagnozy leczenia czy profilaktyki, w sposób naturalny generuje nie tylko rozproszenie kompetencji, ale i odpowiedzialności. Jednocześnie jednak obserwować można we współczesnym świecie dążenie do ujmowania ról społecznych, zwłaszcza zaś ról zawodowych, w perspektywie etycznej. Etyczne standardy sprofesjonalizowanych ról społecznych coraz częściej traktowane są bowiem przez określone korporacje w kategoriach kompetencyjnych.

Niestety, współczesny lekarz, mimo wypracowanego już modelu umowy – przymierza między nim a pacjentem – nadal jest przygotowywany do wykonywania swego zawodu głównie w paradygmacie nauk przyrodniczych. Z różnych badań, również tych kierowanych przeze mnie, wynika, iż koncentracja głównie na profesjonalnym wymiarze zawodu lekarza powoduje, iż większość lekarzy ma problemy z podmiotowym traktowaniem pacjentów, z poszanowaniem ich godności bądź prawa do intymności. Największy problem wiąże się z operacjonalizacją sytuacji pomocy, która stanowi przecież istotę zachowań lekarza w sprofesjonalizowanej i ustrukturalizowanej roli społecznej.

W życiu społecznym występuje mnogość sytuacji, w których sytuacja pomocy ma charakter nieustrukturalizowany, reguła odwzajemniania powinności, wymiany różnego typu dóbr i wartości w obrębie wzajemnych interakcji powoduje zaś, że możliwe jest przyjmowanie i udzielanie pomocy w sposób naturalny, przy jednoczesnej zamianie ról udzielającego pomocy i pomoc tę przyjmującego.

W przypadku profesjonalnej pomocy lekarskiej zamiana ról nie jest możliwa, sama zaś relacja lekarz–pacjent zawiera w sobie minimalną przynajmniej asymetrię dotyczącą zarówno nierówności wkładów i korzyści

obydwu uczestników interakcji, jak i nierówności ich statusów. Istotę analizowanej relacji wyznacza pierwotny cel – poprawa stanu osoby wspomagananej, który to cel winien być zresztą akceptowany przez obydwu partnerów. Ze względu jednak na fakt, iż każdy z nas może wykazywać się bardzo aktywnym stosunkiem do każdej pełnionej przez siebie roli (możemy nie tylko identyfikować się z rolą czy ją fetyszyzować, ale również negować ją, manipulować nią czy dokonywać jej mniej lub bardziej istotnych redefinicji) relacja pomocy w odniesieniu do roli lekarza zawiera wiele sytuacji trudnych czy wręcz pułapek, najczęściej natury etycznej. Wynikające one z uwarunkowań natury kulturowej, społecznej, ekonomicznej, prawnej, obyczajowej czy nawet makrostrukturalnej.

Mimo występowania regulacji prawnych i deontologicznych, ujętych w systemy kodeksów, współczesny lekarz staje przed koniecznością dokonywania indywidualnych rozstrzygnięć, które nie są i nigdy do końca nie mogą być spenalizowane. Zarazem jednak obowiązków zawodowych i powinności etycznych w zawodzie lekarza nie można oddzielić od siebie. Niemniej obowiązki *stricte* zawodowe częściej dotyczą technicznej czy organizacyjnej strony wykonywanych czynności, natomiast reguły etyki zawodowej częściej odnoszą się do dyspozycji etycznej. Istotą dobrze pełnionej roli, w tym także roli lekarza jest, zwłaszcza z perspektywy symbolicznego interakcjonizmu, umiejętność odgrywania roli i wiążąca się z nią zdolność do dostrzegania rozmaitych rodzajów oczekiwań pacjentów, a w konsekwencji do spełnienia wybranych zespołów oczekiwań pacjentów, zgodnie z posiadanymi kompetencjami.

Chodzi tutaj głównie o zdolność do rozwinięcia elastycznego sposobu postępowania, który zmienia się wraz z pacjentem i nie poddaje się rutynowym działaniom. Powinnością lekarza jest bowiem świadoma kontrola wszystkiego, co się dzieje między nim a pacjentem. Zarazem wszelkie wspomniane zmiany organizacyjne, systemowe, prawne i zasady finansowania pociągają za sobą zmiany w zakresie realizacji roli i wypełniania obowiązków z niej wynikających. Patrząc historycznie, unaukowanie medycyny oznaczało więc m. in. zanik jej funkcji jako sztuki leczenia. Pociągnęło to za sobą zachwianie roli lekarza jako opiekuna, pomagającego chorym i przekształcenie go w naukowca, eksperymentatora.

1. DYLEMATY WYNIKAJĄCE Z OSIĄGNIĘĆ WIEDZY MEDYCZNEJ

Jednym ze źródeł dylematów etycznych, odnoszących się do współczesnej medycyny, jest specyficzny wynik zderzenia się jej ogromnych możliwości związanych z postępowaniem wiedzy medycznej, techniki, technologii, inżynierii

genetycznej (transplantacje, zapłodnienie pozaustrojowe, klonowanie itp.) z rosnącym poczuciem podmiotowości faktycznych i potencjalnych pacjentów (spory wokół eutanazji).

Dyskusje na temat tych dylematów są bardzo spektakularne, ale choć wyznaczają szerokie ramy rozważań na temat etycznego kontekstu działań medycznych, to przecież nie one decydują o społecznej ocenie ochrony zdrowia przeciętnego pacjenta. Tym bardziej że te najbardziej fundamentalne problemy etyczne, mieszczące się w obrębie bioetyki, w społecznym odbiorze funkcjonują najczęściej w postaci ogólnych haseł.

Powoduje to, iż gros nowych problemów etycznych, przed którymi staje świat medycyny, oceniany jest przez społeczeństwo bez głębszej znajomości ich istoty. Silne postawy społeczne mogą być jednak, jak wiemy, werbalizowane nawet wtedy, gdy ich komponent poznawczy odgrywa minimalną rolę. Dzieje się tak zwłaszcza wtedy, gdy mamy do czynienia z wyraźną medializacją życia społecznego; gdy za pośrednictwem środków masowego przekazu mających duże zdolności perswazyjne kreowane są obrazy rzeczywistości, oparte na wyraźnych skrótach poznawczych. Wielu autorów wskazywało na fakt, iż publiczny dialog dotyczący każdego problemu, a zwłaszcza problemu uwikłanego w kontekst etyczny, budowany jest przez naukowców poprzez odwoływanie się głównie do specyficznych zabiegów na języku (m. in. Aronson, Wilson, Akert 1997). Znaczna część tych zabiegów nosi znamiona korupcji, a więc nadużyć językowych, w klasycznym rozumieniu przymusu, oszustwa, manipulacji i przesunięcia znaczeń (Woodward 1998). Choć, jak piszą Berger i Luckman (1983: 75), język zapewnia obiektywizację różnorodnych doświadczeń i pozwala na budowanie określonych znaczeń, to ważne jest to, kto tworzy ten repertuar językowych odniesień. Ogólnie pojęta opinia publiczna nie pozostaje bowiem obojętna ani na dostarczane jej argumenty interpretacji zdarzeń, ani na określone pole znaczeniowe, związane z danym pojęciem.

Dowodem na to są regularne badania sondażowe, m. in. CBOS-u, których wyniki można przytaczać tutaj jako doskonały rodzaj egzemplifikacji podniesionych problemów. Tak np. z badań CBOS-u wynika, iż w lutym 2003 r. ponad trzy czwarte Polaków twierdziło, że wie, na czym polega klonowanie, a tylko prawie co czwarty (23%) przyznawał, że nie orientuje się w tej sprawie (*Postawy wobec klonowania*, 2003). Sami autorzy owych badań przyznają, iż trudno przypuszczać, aby tak duży odsetek społeczeństwa dysponował tak specyficzną wiedzą o charakterze naukowym. Za stwierdzeniem posiadania orientacji:

kryje się przypuszczalnie tylko świadomość tego, że chodzi o sztuczne powielanie człowieka poprzez manipulacje genetyczne i w rezultacie urodzenie się dziecka identycznego z osobą, której genami się posłużono... (*Postawy wobec klonowania...*, 2003: 2).

W przeprowadzonym w kwietniu 2003 r. sondażu CBOS-u dotyczącym postaw wobec zapłodnienia pozaustrojowego (*Dziecko z „próbówki”*, 2003), stwierdzono np., że Polacy nie tylko różnią się w postawach wobec zapłodnienia pozaustrojowego i klonowania (większe przyzwolenie na zapłodnienie pozaustrojowe), ale na te ich postawy może mieć wpływ m. in. to, czy w jednym badaniu pytamy o stosunek do obydwu działań medycznych czy też nie. Okazało się bowiem, iż w Polsce, w porównaniu do 1995 i 1997 r. spadło poparcie dla metody zapłodnienia *in vitro*. W. Derczyński, opracowujący wyniki tych sondaży stwierdza, iż:

Jednym z nasuwających się wyjaśnień jest to, że kontekst pytań o stosunek do klonowania ma istotny wpływ na opinie dotyczące także sztucznej prokreacji metodami stosowanymi od dawna – ze względu na wzrost lęku wobec klonowania ludzi w ostatnich latach i silną dezaprobatę religijną [wobec] takich działań oraz wszelkiej wspomaganej prokreacji (Derczyński 2003b: 1).

Podobnie rzecz wygląda wtedy, gdy badamy stosunek społeczeństwa do problemów eutanazji i na podstawie uzyskanych wyników szacujemy wagę kontrowersyjności etycznej potencjalnych lub faktycznych rozwiązań prawnych w tej dziedzinie.

Na ogół pytania dotyczące tej skomplikowanej problematyki mają charakter dość ogólny (a taka jest natura badań sondażowych), co skłania do sformułowania pytania o to, czy wszystkie ważne problemy, zwłaszcza natury etycznej, mają być poddawane osądowi społecznemu, który wykorzystywany jest nie tylko przez specjalistów w danej dziedzinie, ale głównie przez polityków jako istotny, a niekiedy wręcz zasadniczy argument „za” lub „przeciw” forsowaniu określonych rozwiązań prawnych. Tym bardziej że wyróżniając cztery typy eutanazji: czynnej dobrowolnej, czynnej niedobrowolnej, biernej dobrowolnej i biernej niedobrowolnej, musimy posłużyć się takimi podstawowymi, kluczowymi pojęciami, jak: „zaniechanie”, „zaprzestanie działania” lub „środki zwyczajne” i „nadzwyczajne” w ratowaniu życia (zazwyczaj niesprecyzowane).

Prawdą jest również, iż każda osoba ma prawo do dokonywania suwerennych wyborów dotyczących własnego życia (m. in. wola negatywna), również tych, które odnoszą się do odrzucenia określonego postępowania lekarskiego (zob. ustęp pierwszy art. 15 polskiego *Kodeksu etyki lekarskiej*). W niektórych krajach, np. w USA, Australii, Kanadzie, Danii, Holandii, Nowej Zelandii, Wielkiej Brytanii, Singapurze, Szwajcarii czy Niemczech wprowadzono możliwość wcześniejszego spisywania życzeń pacjenta na wypadek, gdyby znalazł się on w stanie zagrożenia życia, czy w tzw. stanie trwale wegetatywnym. Wcześniej spisywane oświadczenia woli występują m. in. w postaci testamentowej dyspozycji życiem (tzw. *living will*), stałego pełnomocnika do decydowania zastępczego o postępowaniu lekarskim czy w postaci opisu

hierarchii wartości uznawanej przez pacjenta, którą należy uwzględnić przy podejmowaniu decyzji o postępowaniu medycznym wobec niego, gdy będzie niezdolny do samodzielnego decydowania.

Jest to realizacja stanowiska, zgodnie z którym za najważniejszą uznaje się autonomię pacjenta, a nie lekarza, gdyż ten choć najlepiej potrafi podjąć trafną decyzję co do postępowania lekarskiego, to nie zawsze może być odbierany w kategoriach autorytetu moralnego.

Często nie pamięta się o tym, iż domaganie się realizacji autonomicznych praw przysługujących każdej jednostce odnosi się wielokrotnie do sytuacji wywołanej lękiem przed śmiercią i ogromnym bólem zarówno fizycznym, jak i psychicznym. Stąd też, unikając przytaczania skończonej już chyba listy argumentów za i przeciw legalizacji eutanazji (we wszystkich jej odmianach), warto przypomnieć, iż niewspółmiernie rzadziej dyskutuje się nad alternatywą dla eutanazji – dobrą opieką paliatywną.

Zbyt kateryczne eksponowanie autonomicznych praw jednostki w społecznym wydaniu może zmienić się w ich przeciwieństwo. Sanders przypomina dyskusję na temat eutanazji w Izbie Lordów, na której padło niepokojące sformułowanie: „prawo do śmierci może zbyt łatwo zmienić się w obowiązek śmierci” (2001: 164). Legalizacja eutanazji może spowodować bowiem, że pod adresem ludzi terminalnie chorych społeczeństwo będzie wysyłać dyskretne sygnały, że być może już czas, aby zdecydowali się na eutanazję.

Przyzwolenie na eutanazję jest więc przyzwoleniem na bardzo niebezpieczną grę społeczną, której reguł do końca nie da się z góry przewidzieć. Świadczy o tym m. in. sprawozdanie Holenderskiej Komisji Rządowej w sprawie eutanazji. Choć prośbę cierpiącego o śmierć można zrozumieć, to należy jednak pamiętać, że „celem medycyny jest eliminowanie cierpienia, a nie cierpiącego” (Chyrowicz 2001: 33), a pojęcie „dobrej śmierci” stanowi klasyczny przykład przesunięcia znaczeń.

2. DYLEMATY WYNIKAJĄCE Z IDEOLOGII INSTYTUCJONALNEJ

Jednym z istotnych źródeł nieetycznych zachowań lekarzy jest coraz częściej występująca ideologia instytucjonalna generująca poczucie zobowiązania, lojalności, przede wszystkim wobec instytucji, w której zatrudniony jest lekarz, nie zaś wobec pacjenta. Owo zorientowanie lekarza na instytucję wiąże się często z dość prozaicznym warunkiem zatrudnienia go w tej instytucji. Charakterystycznym przykładem może być tutaj specyficzna relacja między firmą ubezpieczeniową a lekarzem w niej zatrudnionym w charakterze orzecznika.

Z pewnością sytuacja przedstawiona w reportażu E. Dziwisz (2003) nie jest typowa dla większości lekarzy ZUS-u czy lekarzy – biegłych sądowych. Niemniej jednak stanowi ona przykład nie tylko nieetycznego zachowania lekarzy, ale również braku elementarnej wiedzy.

Sybiraczka (71 lat), ubiegająca się w Europejskim Trybunale Praw Człowieka w Strasburgu o uznanie jej praw do renty inwalidzkiej z tytułu niezdolności do pracy w związku z deportacją w 1940 r. (na 6 lat) na Syberię, przeszła po raz drugi przez traumatyczne doświadczenia zarówno w ZUS-ie, jak i w polskim sądzie. I lekarz – orzecznik ZUS-u, i biegły lekarz Sądu Okręgowego w Opolu nie tylko nie dostrzegli przyczynowego związku między stanem zdrowia kobiety a represjami deportacyjnymi, ale nie oszczędzili jej również upokorzenia, poniżenia i wulgarnego potraktowania.

Biegły lekarz sądowy kończąc badanie zwrócił się do starej, niewykształconej i schorowanej kobiety w następujący sposób: „Jest pani zdrowa jak kobyła, mogłaby pani jeszcze raz jechać na Syberię” (Dziwisz 2003). Ile w tej jednej wypowiedzi złamano elementarnych norm etycznych?

Jak stwierdza przywołany w tym reportażu J. Heitzman, specjalista z UJ z zakresu psychiatrii, który przebadał setki ofiar prześladowań politycznych – więźniów obozów koncentracyjnych, więźniów okresu stalinowskiego czy Sybiraków:

Nie zawsze nasze zaświadczenie [dotyczące związku między zesłaniem a stanem zdrowia – przyp. D. W.-D.] jest honorowane. Oddziały ZUS i sądy stwierdzają, że mają własnych lekarzy. Rozumiem, że ktoś w ZUS zarabia na życie nie lecząc, lecz orzekając. Już mniej rozumiem, że z taką gorliwością, wbrew wiedzy oraz zasadom etyki, pilnują interesów pracodawcy. Gdyby ci lekarze mieli gabinety pełne pacjentów, rozumieliby cierpienie (Dziwisz 2003).

Przypadek skarżącej się do Strasburga Sybiraczki nie jest zresztą odosobniony. Z pewnością nie wszyscy spotykają się z tak niewyobrażalnym zdżirzeniem obyczajów lekarzy orzekających. Jednak, jak wynika z wypowiedzi innego lekarza, K. Rutkowskiego z Collegium Medicum UJ, zajmującego się wraz ze współpracownikami m. in. rozpoznawaniem zespołu stresu pourazowego PTSD, choć na każde sto ofiar represji tylko u jednej nie rozpoznaje się objawów pourazowych, to organy ZUS nadal uważają, że inwalidztwo u tych osób jest wynikiem chorób wieku starczego i nie ma żadnego związku z deportacją. Nie tylko odbierane są świadczenia tym, którzy już je dostali, ale również osoby te traktowane są jak symulanci wyłudający świadczenia. Zdaniem dra K. Rutkowskiego „Sybiracy zabiegają przede wszystkim o uznanie ich cierpienia. Tymczasem, słyszą: Zimno wam było na Syberii? To po co tam jechaliście?”

Niezmierznie rzadko w środowisku lekarskim można spotkać się z taką zdecydowaną krytyką zachowań i orzeczeń lekarzy, występujących w charak-

terze biegłych sądowych, którzy nie tylko negują związek między obecnym stanem zdrowia pacjenta a przeżyciami na zesłaniu, ale również stwierdzają (tutaj w charakterze biegłego sądowego wystąpił nie psychiatra, ale epidemiolog!): „Osoba badana jest pozbawiona jakichkolwiek praw dochodzenia roszczeń z tytułu zaburzeń psychicznych” (treść orzeczenia przytoczona w reportażu za J. K. Gierowskim – psychologiem i biegłym sądowym).

Profesor J. K. Gierowski stwierdza:

Ta opinia i podobne, których znam wiele, są sprzeczne z zasadami deontologii lekarskiej i tej najwykleszej – etyki przyzwoitego człowieka, zasadami sztuki oraz setką innych jeszcze zasad. [...] Ludzie prześladowani z przyczyn politycznych (a przebadałem ich setki) wcześniej się starzeją, częściej chorują, zatrważająco wysoki jest w tej populacji odsetek samobójstw. Chciałbym, aby izby lekarskie wzięły pod uwagę, że takie działania lekarzy uderzają w całe środowisko zawodowe (wypowiedź w reportażu E. Dziwisz 2003).

Trudno oczywiście stwierdzić, czy biegły sądowy używając zwrotu „osoba badana jest pozbawiona jakichkolwiek praw dochodzenia roszczeń ...”, starał się zachować swoiście pojęty obiektywizm, wykazując przy tym elementarny brak wiedzy na temat psychologicznych konsekwencji traumatycznych przeżyć na zesłaniu, czy też miał na względzie interesy firmy ubezpieczeniowej. Jednak, jak stwierdza w przywoływanym reportażu E. Dziwisz, jeden z lekarzy, pełniący również funkcję orzecznika ZUS, choć terenowe oddziały ZUS-u nie otrzymały z centrali specjalnej instrukcji nakazującej odbieranie Sybirakom uprawnień inwalidy wojennego sugeruje, że:

istnieje oczekiwanie, że lekarze będą redukowali te świadczenia. Wiele razy zdarzało się, że obraz kliniczny badanego przeze mnie pacjenta był znacznie gorszy, niż wynikało z zaświadczenia wystawionego wcześniej przez lekarza specjalistę. Taki lekarz musi ważyć każde słowo, aby zbyt często „jego” pacjenci nie kwalifikowali się do przyznawania świadczeń. ZUS może łatwo zrezygnować z usług takiego lekarza. I tak się dzieje... (Dziwisz 2003).

We wstrząsającym reportażu E. Dziwisz, zawierającym z jednej strony prezentację, opartą na pamiętnikach i wypowiedziach Sybiraków, dramatycznych przeżyć na zesłaniu z jednej strony, z drugiej zaś upokarzającej drogi ubiegania się przez nich o wręcz symboliczne dodatkowe kwoty do – najczęściej już posiadanych – świadczeń emerytalnych czy rentowych, znaleźć można jednak treści optymistyczne, świadczące o tym, iż środowisko lekarskie coraz częściej publicznie wypowiada się na temat nieetycznych i niekompetentnych zachowań poszczególnych lekarzy. Zdecydowanie częściej na taki „luksus” pozwalają sobie przedstawiciele medycznego środowiska naukowego niż inni lekarze. Jest to jednak chyba jedyny sposób na to, by standardy merytoryczne i etyczne polskich lekarzy nie schodziły poniżej pewnego poziomu, którego przekroczenie odbiera profesji lekarskiej status zawodu społecznego zaufania.

Tylko samo środowisko medyczne może sprawić, by upowszechniające się przekonanie społeczne o demoralizacji polskiej służby zdrowia nie spetryfikowało się i nie wyrządzało, jako przerysowana generalizacja, krzywdy tysiącom uczciwych, oddanych swemu powołaniu lekarzy, którzy za niskie honoraria codziennie muszą podejmować trudne decyzje dotyczące zdrowia i życia swych pacjentów. Stąd też nadzieją napawa postawa lekarzy – naukowców z Zakładu Patologii Społecznej Katedry Psychiatrii Collegium Medicum UJ, którzy 25 maja 2003 r. w związku z problemami przedstawionymi w przywoływanym reportażu przesłali do rzecznika praw obywatelskich RP pismo, w którym stwierdzają, iż:

W trakcie naszej pracy, a zwłaszcza podczas realizacji dwuletniego programu naukowego wspieranego przez Unię Europejską, w kontaktach z kilkuset osobami poszkodowanymi mieliśmy okazję zetknąć się z kuriozalnym zjawiskiem dotyczącym sposobu traktowania ofiar represji politycznych (zwłaszcza najliczniejszej grupy, tzw. sybiraków) przez lekarzy orzeczników ZUS i nierzadko także przez sądy. W trakcie procedury załatwiania spraw związanych z uznaniem inwalidztwa wojennego stykają się oni z niewiarygodnym wręcz, choć niestety potwierdzonym przez setki osób, zjawiskiem. Polega ono na skrajnie negatywnym nastawieniu zatrudnionych w ZUS lekarzy orzeczników do tej grupy pacjentów. Wyraża się ono często w niezwykle dramatyczny sposób (Dziwisz 2003).

Jak dramatyczny, wiedzą o tym głównie Sybiracy, którym przez 50–60 lat co noc śni się głównie umieranie, a którzy często słyszą od lekarzy: „nic panu nie jest”. Na marginesie należy dodać, iż Sybiracy stanowili dla swego własnego państwa, głównie ze względów politycznych, trudny problem. Świadczy o tym m. in. fakt, iż osoby przymusowo deportowane i przebywające w latach 1939–1956 w głębi dawnego Związku Radzieckiego albo tam uwięzione, za ofiary represji uznane zostały dopiero w latach 90. XX w.

3. DYLEMATY ZWIĄZANE Z OKRESEM TRANSFORMACJI

Na okres transformacji ustrojowej w Polsce nakładają się inne procesy, związane również z naszą akcesją do UE. Te niezwykle skomplikowane procesy zawierają niekiedy dramatyczne zwroty i nie są wolne od zachowań korupcyjnych. Najogólniej rzecz ujmując, korupcja to „wykorzystywanie władzy publicznej do celów prywatnych” (Pope 1999). Jednak przedstawiciele nauk społecznych podejmując problem korupcji często dokonują jej relatywizacji kulturowych, podkreślając, że jest ona pochodną określonego nastawienia do norm etycznych, w tym do lojalności, oraz przyznawania sobie przez jednostkę (z różnych zresztą kulturowych i społecznych przyczyn) praw do korzystania z dóbr publicznych (m. in. Dobel 1978).

Jeśli za J. Pope przyjmiemy, że korupcja może być zgodna z prawem bądź to prawo łamać, to zarazem winniśmy pamiętać o tym, iż w państwie prawa samo przyjęcie łapówki jest przestępstwem.

Tutaj interesuje nas korupcja zgodna z prawem, a więc taka, w której „urzędnik przyjmuje nielegalne wynagrodzenie za wykonanie czynności, do której normalnie zobligowany jest przez prawo” (Pope 1999: 35). Tym samym narusza on przede wszystkim interes społeczny, nie naruszając interesów państwa (oczywiście pod warunkiem, że prawo jest dobrze skonstruowane).

Korupcja jest nie tylko przypadłością społeczeństw przechodzących okres transformacji ustrojowej, ale również rozwiniętych społeczeństw, opartych na formule liberalnej gospodarki i demokracji. Świadczy o tym przesłanie wzywające do walki z korupcją zawarte w ogłoszonej w czerwcu 2003 r. *Deklaracji Paryskiej* zawierającej również pomysły konkretnych rozwiązań: m. in. zawieszanie immunitetów dyplomatycznych, parlamentarnych i sądowych osób zamieszanych w afery finansowe, wprowadzenie „konfiskaty obywatelskiej” majątku polityków, którzy nie potrafią wykazać jego pochodzenia, stworzenia kategorii przestępstwa „wielkiej korupcji”, które byłoby karane tak samo, jak godzenie w żywotne interesy państwa (www.declaration-deparis.org. oraz Sołtyk 2003).

Analiza Indeksu CPI Transparency International za lata 2000 i 2001 pokazuje, że wśród 91 państw poddanych analizie, Polska znajduje się na 44. miejscu ze wskaźnikiem na poziomie 4,1. Wyższy niż Polska wskaźnik CPI (a więc niższy, postrzegany poziom korupcyjności życia publicznego) mają takie byłe państwa bloku socjalistycznego, jak Estonia (5,6), Węgry (5,3), Słowenia (5,2) czy Litwa (4,8) (Tymiński, Koryś 2002).

Dlaczego problematyka korupcyjna, mająca jednoznacznie charakter przestępczy, winna być rozpatrywana również wtedy, gdy mówimy o etycznym kontekście współczesnej medycyny, w tym medycyny w Polsce? Między innymi dlatego, iż podejrzenia czy dowody na korupcyjne zachowania wysokich urzędników państwowych, zatrudnionych w resorcie zdrowia, a będących jednocześnie lekarzami, bardzo negatywnie wpływają na poziom społecznego zaufania aktualnych bądź potencjalnych pacjentów do lekarzy i innych pracowników służby zdrowia. Pacjentów, którym odmawia się często skierowań na konieczne, specjalistyczne badania ze względu na brak środków finansowych, wyczerpanie ich limitów, czy brak odpowiedniego kontraktu na daną usługę.

Korupcja biurokratyczna, zwłaszcza szczególny jej rodzaj odnoszący się do tzw. *street – level corruption*, a więc do korupcji polegającej na dodatkowym wynagradzaniu najniższych urzędników lub innych pracowników sfery publicznej, mających bezpośredni kontakt z obywatelami (np. lekarzy) przybrała w ocenie społecznej niebywale rozmiary (zob. kolejne raporty

z sondaży CBOS-u). Polacy, choć dość rygorystyczni w moralnej ocenie łapówkarstwa (*Opinie o łapówkach...*, 1999), w znacznym stopniu tolerują jego istnienie. Wynika to przede wszystkim z powszechnego faktu uważania łapówki za najbardziej skuteczny sposób załatwienia nawet prostej, nie budzącej wątpliwości sprawy (68% wskazań w badaniach CBOS-u w 1999 r.). Interesująca jest przy tym struktura spraw, które Polacy uważają za możliwe do załatwienia dzięki wręczanej łapówce. Są to przede wszystkim sprawy dotyczące leczenia i otrzymania pracy – odpowiednio 43,0% i 23,0% wskazań (*Opinie o łapówkach...*, 1999).

W połowie lat 90. Polacy często (40% wskazań) dochodzili do przekonania, iż stopień zaangażowania urzędników państwowych w afery i korupcję jest taki sam po zmianie ustrojowej, jak za czasów PRL-u (*Uczciwość w polityce...*, 1995).

Korupcja polityczna dotycząca urzędników najwyższego szczebla, polityków pełniących funkcje państwowe i urzędników administracji rządowej nie tylko nie zmniejsza się, ale obejmuje coraz to nowe obszary naszego życia publicznego. Występuje również w odniesieniu do resortu zdrowia. W połowie maja 2003 r. Agencja Bezpieczeństwa Wewnętrznego przedstawiła Prokuraturze Apelacyjnej wniosek o wszczęcie śledztwa w sprawie podejrzenia żądania łapówki przez W. Deszczyńskiego (lekarza), byłego szefa gabinetu politycznego byłego ministra zdrowia M. Łapińskiego.

Przedstawiciel dużej, zachodniej firmy farmaceutycznej zarzucił Deszczyńskiemu żądanie łapówki w wysokości kilku milionów dolarów w zamian za pomoc przy wprowadzaniu jej leków na listę refundacyjną. W. Deszczyński, związany z firmą „Kobieta +50”, zawarł również z Mazowiecką Kasą Chorych w ostatnich dniach funkcjonowania kas chorych, a więc przed zastąpieniem ich Narodowym Funduszem Zdrowia, kontrakt (wart 380 tys. zł) na leczenie uzależnionych od nikotyny oraz osobny kontrakt na badania przesiewowe pt. „profilaktyka przewlekłej obturacyjnej choroby płuc” wśród 12 tys. pacjentów na kwotę 360 tys. zł. W czasie podpisywania tych kontraktów W. Deszczyński był wiceszefem rady wspomnianej kasy, co oznacza, że złamał przepis zabraniający osobom pełniącym funkcje w kasach uzyskiwania kontraktów na leczenie pacjentów (wcześniej złożył oświadczenie, że spełnia ten wymóg). Z ustaleń dziennikarzy „Rzeczpospolitej” – M. Soleckiej, A. Stankiewicza i A. Marszałek wynika również, że

w ostatnich dniach działania Mazowieckiej Kasy, umowy na leczenie uzależnienia od nikotyny zawarły – obok firmy Deszczyńskiego – jeszcze dwie placówki. To stołeczny szpital przy ul. Banacha (przed objęciem funkcji ministra zdrowia kierował nim Mariusz Łapiński) oraz mazowiecki oddział PCK, któremu szefuje Wacław Górnicki (Górnicki trafił do resortu zdrowia w czasie kiedy ministrem był Łapiński). Nie było konkursu ofert na realizację programu leczenia nikotynizmu (Solecka, Stankiewicz, Marszałek 2003).

Wspomniana kasa, jak wynika z doniesień prasowych, zamierzała wydać na program antynikotynowy 1,5 mln zł.

W tym samym czasie swoją poradnię antynikotynową musiał zamknąć Instytut Kardiologii w Aninie. Szpital występował do kasy chorych o wykupienie świadczeń w poradni, której miesięczny koszt funkcjonowania wynosił 6 tysięcy złotych. Poradnia w Instytucie istniała od 1996 roku, rocznie przyjmowała ok. 3 tysięcy pacjentów. Kasa Chorych nie zdecydowała się na podpisanie kontraktu (Solecka, Stankiewicz, A. M. 2003).

Jaki zatem rachunek ekonomiczny prowadziła Mazowiecka Kasa Chorych zawierająca umowę ze spółką „Kobieta +50”, również na podstawową opiekę zdrowotną w styczniu 2003 r., w sytuacji gdy spółka ta jeszcze w maju tr. nie dysponowała żadnym lokalem (ciągle trwał remont). Mając jednak podpisany kontrakt z kasą chorych spółka mogła otrzymywać pieniądze już z innej puli, przeznaczonej na programy profilaktyczne.

M. Balicki, były minister zdrowia, często w swych publicznych wypowiedziach podkreślał, iż zamierza zminimalizować prawdopodobieństwo wystąpienia tendencji korupcyjnych na polskim rynku farmaceutycznym (wzorem większości krajów europejskich), poprzez rozdzielenie systemu rejestracji leków i ustalania list refundacyjnych. Podporządkowanie rejestracji leków bezpośrednio ministerstwu spowodowało, iż cała obsługa administracyjno-urzędnicza, a więc również dokumentacja dotycząca gospodarki lekami z powrotem przeszła z Urzędu ds. Rejestracji do Ministerstwa Zdrowia. Niejasne powiązania między urzędnikami byłego ministra zdrowia M. Łapińskiego z przemysłem farmaceutycznym spowodowały, iż Ministerstwo Zdrowia rozpoczęło szczegółowe badania m. in. trybu rozpatrywania wniosków o dopuszczeniu leków do obrotu przez Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych. Działania takie podjęte zostały głównie za sprawą serii publikacji prasowych zamieszczonych w „Rzeczpospolitej”. W dniu 23 maja 2003 r. w artykule „Rzeczpospolitej” (nr 119) pt. *Nasze zarzuty się potwierdzają* autorstwa M. Soleckiej, A. Stankiewicza i A. M. przedstawione zostały nie tylko podstawowe mechanizmy generujące korupcyjne sytuacje i decyzje dotyczące ministerstwa zdrowia (kierowanego przez M. Łapińskiego), Mazowieckiej Kasy Chorych, spółek medycznych i firm farmaceutycznych, ale również niezwykle pogłębiony w swej wymowie diagram, z którego wyłania się obraz „plemiennych” układów instytucjonalno-personalnych, z trzema głównymi bohaterami: ministrem zdrowia (październik 2001 – styczeń 2003) – M. Łapińskim, szefem gabinetu politycznego ministra – W. Deszczyńskim (korupcyjna propozycja wobec zachodniego koncernu farmaceutycznego dotycząca umieszczenia jego produktów na liście leków refundowanych oraz żądanie od niego gotówki na stworzenie w Polsce placówek podobnych do Mokotowskiego Centrum Osteoporozy – prywatnej przychodni, której właścicielem

jest „dobry znajomy” Deszczyńskiego, a dyrektorem ds. medycznych jego brat) oraz A. Naumanem, byłym wiceministrem zdrowia, odpowiedzialnym m. in. za politykę lekową, a potem byłym szefem Narodowego Funduszu Zdrowia (po publikacjach prasowych na jego temat i po zapowiedzi premiera L. Millera, że nie będzie się wahał z jego odwołaniem, jeśli okaże się, że popełnił jakieś wykroczenie A. Nauman podał się do dymisji). To dzięki dziennikarzom „Rzeczpospolitej” opinia publiczna została poinformowana o tym, iż onkologiczny lek rumuńskiej firmy „Sindon”, wynajmującej biura od W. Deszczyńskiego, został zarejestrowany (podpis pod rejestracją złożył m. in. A. Nauman) w ciągu kilku miesięcy, „podczas gdy analogiczny lek polskiej firmy czekał na rejestrację rok” (Solecka, Stankiewicz, A. M. 2003).

Na marginesie należy dodać, iż choć formalnie to A. Nauman 23 maja 2003 r. podał się do dymisji, to jak stwierdzają dziennikarze zajmujący się tą sprawą w „Rzeczpospolitej” nie była ona przez niego planowana; to premier zdecydował, że prezes NFZ utraci swe stanowisko (Solecka, Stankiewicz, MAT. 2003). Jeszcze 10 dni przed tą dymisją, w swym wystąpieniu w Radio Zet z 13 maja 2003 r. były minister zdrowia, szef mazowieckiej SLD M. Łapiński w sposób wysoce agresywny potraktował dziennikarzy za ich zainteresowanie się funkcjonowaniem kierowanego niegdyś przez siebie resortu stwierdzając:

Wy, jako czwarta władza, przekroczyliście pewne granice, wy waszą działalnością zagrażacie już bezpieczeństwu państwa demokratycznego. Ponieważ ten dziki atak, który jest dzisiaj na struktury demokratyczne, na rząd, na parlament, w waszym wykonaniu prowadzi do gwałtownej utraty zaufania wśród społeczeństwa... (P. S. 2003).

Były minister został zmuszony przez kierownictwo SLD do wydania w sprawie swej wypowiedzi oświadczenia, w którym m. in. przeproszał „uczciwych dziennikarzy” i podkreślał, iż nigdy nie domagał się ograniczenia wolności mediów. Ostatecznie, w związku z pobiciem przez dwóch członków młodzieżówki SLD fotoreportera „Newsweeka”, który chciał zrobić zdjęcie przebywającym w restauracji Łapińskiemu, Naumanowi i Deszczyńskiemu, były minister decyzją Krajowego Sądu Partyjnego SLD został wykluczony z partii (zapowiedział jednak odwołanie się od tej decyzji).

Ministerstwo Zdrowia i NFZ mają nowe kierownictwo (M. Balicki zrezygnował m. in. z powodu objęcia funkcji prezesa NFZ przez Naumana). Jednak wiele spraw, wymagających systemowego rozwiązania pozostało.

Likwidacja kas chorych i powołanie Narodowego Funduszu Zdrowia nie zlikwidowało przede wszystkim deficytu finansowego i braku środków na bieżącą realizację usług medycznych. Co więcej, pojawiły się nowe problemy, związane z możliwością wybierania przez pacjentów, od 1 kwietnia 2003 r., dowolnego szpitala na terenie całego kraju (zgodnie z ustawą o NFZ). Szpitale specjalistyczne i cieszące się najlepszą opinią przeżywają swoiste

obleżenie, co powoduje wydłużanie się okresu oczekiwania na operację i rosnące kłopoty finansowe tych placówek. Na początku czerwca 2003 r. władze NFZ rozpoczęły bowiem dopiero prace nad poszukiwaniem rozwiązań, które umożliwią płacenie szpitalom za pacjentów spoza województwa. Tym bardziej że utrzymywane są przez Fundusz sztywne, wcześniej zakontraktowane w kasach chorych limity przyjęć. Obecnie, jak stwierdzają monitorujący problem dziennikarze, dla szpitala większa liczba pacjentów to większe kłopoty, „do tej pory nie wiadomo bowiem jak Narodowy Fundusz Zdrowia będzie płacić za »obcych« chorych” (Solecka, A. S. 2003).

PODSUMOWANIE

Refleksja etyczna zawsze towarzyszyła uprawianiu medycyny. Jednak wyzwania współczesności wynikające z jednej strony z postępu technicznego, z drugiej zaś z przyjętej filozofii człowieka sprawiają, iż wątek etyczny staje się coraz ważniejszy. Coraz częściej też to, co słuszne z ekonomicznego czy medycznego punktu widzenia, nie musi być takie i w perspektywie etycznej. Postulat traktowania pacjenta jako istoty cielesnej i duchowej, lekarza zaś jako osoby godnej zaufania, troskliwej i współczująco-cierpliwej, obdarowanej dużą dozą empatii – to podstawowe treści wpisane we wzajemne relacje lekarz – pacjent. W opozycji do nich znajduje się nadal postępująca technologizacja medycyny, która dąży do podporządkowania sobie nie tylko bólu, cierpienia i choroby, ale nawet śmierci. Sprawia to, iż ważniejsza od troski o chorego staje się walka z chorobą, a to powoduje, że i sama śmierć zostaje często odebrana umierającemu i ulega procesowi medykalizacji.

Wiedza w czasach nowożytnych, w tym wiedza medyczna, pełni głównie funkcje instrumentalne i ze swej istoty daleka jest od podejmowania rozstrzygnięć w kategoriach dobra i zła. To, co z jednej strony stanowi o jej sile – neutralność opisu rzeczywistości w dążeniu do odkrywania prawdy – jest zarazem jej słabością. Nauka bowiem nie jest w stanie udzielić odpowiedzi na pytania, których treść dotyczy sensu ludzkiej egzystencji.

BIBLIOGRAFIA

- Aronson E., Wilson T. D., Akert, R. M., 1997, *Psychologia społeczna. Serce i umysł*, Poznań.
Berger P., Luckman T., 1983, *Społeczne tworzenie rzeczywistości*, Warszawa.
Chyrowicz B., 2001, *A jednak życie – życie wart!* „Znak”, lipiec (7).
Dobee P., 1978, *The Corruption of the State* „American Economic Sciences Review”, No 72.

- Derczyński W. (opr.), 2003b, *Postawy wobec klonowania*, komunikat z badań CBOS-u, Warszawa, marzec 2003.
- Derczyński W. (opr.), 2003a, *Dziecko z „próbówki” – postawy wobec zapłodnienia pozaustrojowego*, komunikat z badań CBOS-u, Warszawa, maj 2003.
- Dziwisz E., 2003, *Skarga Sybiraczki*, „Rzeczpospolita”, nr 143.
- Opinie o łapówkach*, 1999, komunikat z badań CBOS-u, Warszawa, wrzesień 1999.
- Pope J. (opr.), 1999, *Rzetelność życia publicznego. Metody zapobiegania korupcji*, Warszawa.
- P. S., 2003, *Wojna ministra z mediami*, „Rzeczpospolita”, nr 118.
- Sanders C., 2001, *Ludzie są cenni*, „Znak”, lipiec (7).
- Solecka M., A. S., 2003, *Nie ma promes, są kłopoty*, „Rzeczpospolita”, nr 127.
- Solecka M., Stankiewicz A., A. M., 2003, *Nasze zarzuty się potwierdzają*, „Rzeczpospolita”, nr 119.
- Solecka M., Stankiewicz A., Marszałek A., 2003, *Będzie śledztwo w sprawie korupcji*, „Rzeczpospolita”, nr 112.
- Solecka M., Stankiewicz A., MAT., 2003, *Dymisja prezesa Naumana*, „Rzeczpospolita”, nr 120.
- Sołtyk R., 2003, *Zduśmy korupcję*, „Gazeta Wyborcza”, nr 143.
- Uczciwość w polityce*, 1995, komunikat z badań CBOS-u, Warszawa, październik 1995.
- Tymiński M., Koryś P., 2002, *Korupcja. Przegląd wybranych koncepcji*, „Ekonomia. Rynek. Gospodarka”, nr 6.
- Woodward G. C., 1998, *Korupcja dyskursu politycznego i jej cztery odmiany*, [w:] J. Szczupaczyński (wybór i opr.), *Władza i społeczeństwo*, t. 2, Warszawa www.declarationdeparis.org

Danuta Walczak-Duraj

BASIC ORIGINS OF MORAL DILEMMAS IN CONTEMPORARY MEDICINE

The authoress of the article, reminding the nature of all medical dealings, aims to define the most important origins of medical dilemmas appearing in contemporary medical science and practice. The dilemmas can be divided into two main categories: traditional ones and newly created, contemporary dilemmas. The latter include firstly dilemmas resulting from increasing specialisation of medical professions and – at the same time – team character of medical procedures (both diagnostic and therapeutic). Moreover, dilemmas concern basing on economical calculation whereas the costs of many medical procedures increase and ethical standards of society decrease.