
Problemy instytucjonalizacji etyki w dziedzinie służby zdrowia

Autorzy: Janina Kubka, Nijole Vasiljeviene

Artykuł opublikowany w „Annales. Etyka w życiu gospodarczym” 2008, vol. 11, nr 2, s. 67-74

Archidiecezjalne Wydawnictwo Łódzkie

Stable URL: http://www.annalesonline.uni.lodz.pl/archiwum/2008/2008_02_vasiljeviene_kubka_67_74.pdf

Institutionalisation of Ethics in Healthcare

Authors: Janina Kubka, Nijole Vasiljeviene

Source: 'Annales. Ethics in Economic Life' 2008, vol. 11, nr 2, pp. 67-74

Published by Lodz Archdiocesan Press

Stable URL: http://www.annalesonline.uni.lodz.pl/archiwum/2008/2008_02_vasiljeviene_kubka_67_74.pdf

© Copyright by Uniwersytet Łódzki, Łódź 2008

© Copyright by Janina Kubka, Nijole Vasiljeviene

Used under authorization. All rights reserved.

Nijole Vasiljeviene
Uniwersytet Wileński
Centrum Etyki Biznesu

Janina Kubka
Politechnika Gdańska
Wydział Zarządzania i Ekonomii
e-mail: Janina.Kubka@zie.pg.gda.pl

<https://doi.org/10.18778/1899-2226.11.2.06>

Problemy instytucjonalizacji etyki w dziedzinie służby zdrowia

Współczesna demokratyzacja społeczeństwa oznacza potrzebę humanizacji całego systemu społeczno-ekonomicznego, realnego proceduralnego zagwarantowania praw każdego człowieka. Ważną część tego procesu stanowi humanizacja obszaru służby zdrowia. Etyczny wymiar tego procesu jest podstawową gwarancją jego realizacji. Zdrowie i życie, życie w zdrowiu, bezpieczeństwo zdrowotne to najważniejsze wartości eksponowane nie tylko w filozofii moralnej okresu kryzysu ekologicznego lecz w praktyce życiowej mas ludzkich wystawionych dziś na zagrożenia zdrowotne i ryzyko, które niesie dalekie od doskonałości funkcjonowanie instytucji służby zdrowia. Obecny dynamiczny rozwój technologii w dziedzinie medycyny, aktualizacja problemów transplantacji, inżynierii genetycznej, pojawienie się nowych produktów farmaceutycznych oraz realizacja eksperymentów biomedycznych wpływają na intensyfikację konfliktogenności moralnej całej sfery a nawet na próby kwestionowania całej tradycyjnej etyki.

Środki administracyjne są niewystarczające do regulacji działalności w dziedzinie służby zdrowia. Musi je wspierać etyka, lecz etyka nie dowolna ale taka, która ma realną siłę oddziaływania. Nie może to więc być etyka zredukowana wyłącznie do indywidualistycznie rozumianej etyki sumienia lecz etyka zawodowa praktycznie zorientowana, podbudowana elementami deterministycznej psychologii społecznej, etyka instrumentalnie zinstytucjonalizowana w organizacjach służby zdrowia. Oznacza to potrzebę operacjonalizacji celów etyki i ich integracje z innymi środkami społecznej regulacji. Osiąga się to dzięki ich modelowaniu i zastosowaniu do wsparcia systemu prawnego i administracyjnego, a jednocześnie do ich „zmiękczenia”, to jest, do – w końcowym efekcie – harmonizowania rozwoju społecznego.

W ostatnim okresie mamy do czynienia z pojawianiem się dużej ilości nowych międzynarodowych dokumentów określających standardy procedur medycznych zgodnie z wymogami nowych bioetycznych wartości¹. Towarzyszy im równoległe tworzenie

¹ C. Herzlich, J. Pierret, *Illness and Self in Society*, The Johns Hopkins University Press, Baltimore 1987.

w sferze praktyki medycznej elementów infrastruktury etycznej, takich jak komisje i komitety ds. bioetyki².

Szybkość i radykalizm zmian zachodzących w dziedzinie opieki zdrowotnej i medycyny pozwala na ujęcie odzwierciedlających je zmian etyki medycznej w poniższy schemat.

T a b e l a 1. Ewolucja etyki w dziedzinie medycyny

Stadia rozwojowe	Epoka premodernistyczna Etyka medyczna	Modernizm Bioetyka	Postmodernizm Zarządzanie etyką
Dobra medycyna	„Jakie leczenie jest najlepsze dla pacjenta?”	„Jakie leczenie respektuje wartości pacjenta?”	„Jakie leczenie w najlepszy sposób wykorzystuje zasady i satysfakcjonuje pacjenta?”
Dobry lekarz	Pragnący dobra pacjenta ojciec (paternalizm)	Naukowy autorytet gwarantujący jakość	Menadżer (moralne, naukowe i organizacyjne zarządzanie poprzez zobiektywizowane wskaźniki)
Dobry pacjent	Posłuszny	Aktywny (poinformowany) uczestnik	Usatysfakcjonowany i skonsolidowany pacjent
Dobre relacje	Terapeutyczna relacja (lekarz-pacjent)	Partnerstwo (profesjonalista – klient)	Samoregulacja (klient – podmiot świadczący usługi medyczne)
Kto podejmuje decyzje	Lekarz (przez odwołanie do nauki i własnego sumienia)	Lekarz i chory (decyzja jako kontrakt)	Menadżerowie wspólnie z profesjonalistami/eksperdami
Podejście	Medyczne	Z pozycji medycznej i nauk pokrewnych	Podejście interdyscyplinarne
Wiodąca zasada moralna	Dobro	Autonomia	Sprawiedliwość
Tendencja zmiany w etyce: od filozofii do zarządzania	Indywidualna etyka	Etyka społeczna	Etyka organizacyjna Etyka systemu służby zdrowia
Odpowiedzialność	Odpowiedzialny lekarz	Odpowiedzialny lekarz i pacjent	Odpowiedzialność instytucjonalna

Ź r ó d ł o: N. Vasiljeviene, *Implementation of Ethics Infrastructure in Health Care Organizations*, Vilnius University, Center for Business Ethics, Vilnius 2004.

W obliczu specyfiki i głębi etycznych problemów i trudności rodzących się w obrębie współczesnej praktyki medycznej wymóg wysokiej kompetencji etycznej wszystkich pracowników służby zdrowia często okazuje się niewystarczający. To dopiero ciało kolektywne w postaci komitetu etycznego działające jako stały kompetentny doradca w zakresie bioetyki dostarcza niestronnicze eksperckie rekomendacje w określonych sytuacjach biomedycznych na podstawie analizy ich zgodności ze standardami etycznymi, kodeksami zachowań i humanistycznymi wartościami. Eksperti wchodzący w skład komitetów etycznych mogą pomóc w sprecyzowaniu misji i odpowiedzialności społecznej jednostek służby

² K. Opolski, K. Dykowska, M. Możdzonek, *Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. Teoria i praktyka*, Wyd. Ce De Wu, Warszawa 2005.

zdrowia oraz w uzasadnieniu ich funkcji poprzez racjonalny dyskurs, poprzez racjonalną argumentację, nie zaś wyłącznie przez odwołanie do autorytetów czy przykładów, nie poprzez drobiazgową kontrolę czy przymus i pouczenia.

Praktyka pokazała, że dobrze przygotowany do zawodu lekarz, czy uczony wie jak „technicznie” rozwiązać konkretne problemy leczenia pacjenta lub przeprowadzenia eksperymentu. Należy jednak zapytać, czy w równie kompetentny sposób potrafi on rozwiązać ukryty za „techniczną” stroną problem etyczny? I, co więcej, czy uda mu się proponowane rozwiązanie bądź powstające wątpliwości racjonalnie uzasadnić? Aby temu zapobiec, celem etyki medycznej, w miarę jak rozwija się praktyka medyczna, staje się dostarczenie medykom wsparcia w zakresie zdolności dostrzegania moralnych aspektów decyzji klinicznych oraz rozumienia moralnych kontekstów i podtekstów własnych działań.

Istnieje pięć podstawowych zasad etycznych, które muszą być uwzględnione w badaniach terapeutycznych:

1. Każdy eksperyment terapeutyczny powinien być poprzedzony badaniami laboratoryjnymi odpowiednio dużej i zróżnicowanej pod względem gatunkowym próby zwierzęcej.
2. Każdy eksperyment terapeutyczny powinien być właściwie zaplanowany; musi on uwzględniać metodę naukową i dotychczasowe osiągnięcia nauki. Błędnie zaplanowany eksperyment jest zawsze moralnie naganny.
3. Każdy eksperyment terapeutyczny powinien uwzględniać rachunek strat i zysków; jeśli przewidywane ryzyko, na jakie jest narażony pacjent, jest większe niż oczekiwana korzyść, eksperyment taki jest moralnie naganny.
4. Każdy eksperyment terapeutyczny wymaga niewymuszonej i świadomej zgody pacjenta na (a) udział w eksperymencie oraz (b) proponowane metody leczenia. Pacjent ma zawsze prawo odmówić udziału w eksperymencie lub wycofać się z niego i nie musi przy tym uzasadniać swojej decyzji.
5. Każdy eksperyment terapeutyczny powinien być uprzednio oceniony i zaakceptowany moralnie przez odpowiedni komitet etyczny³.

Jest to tym bardziej ważne obecnie, w warunkach kiedy lekarz ma do czynienia z pacjentem nie jako prywatną jednostką, lecz jako przedstawiciel systemu służby zdrowia; powinien bowiem skrupulatnie ocenić nie tylko to co dla danego konkretnego pacjenta jest największym dobrem, lecz równocześnie mieć na względzie dobro innych pacjentów i zasoby, które posiada dla realizacji swoich funkcji. Na decyzje lekarza mają wpływ instytucjonalne rozwiązania i decyzje, organizacyjna etyka i sam lekarz nie może postępować wbrew nim. Obecnie lekarz musi respektować nie tylko zasadę Hipokratesa, lecz musi podporządkować się sterowanemu etycznie systemowi ochrony zdrowia podlegającemu określonym regułom, normom i standardom.

Potrzebę takiego właśnie, etycznie zoperacjonalizowanego systemu ochrony zdrowia odczuwa się dzisiaj jako palącą. Jej brak przesądza o tym, że ludzie w sposób niedostateczny chronieni są przed nieuczciwością i brakiem społecznej odpowiedzialności niektórych grup medyków (np. lekarzy reklamujących nieprzetestowane preparaty, przepisujących niepotrzebne bądź zbyt drogie lekarstwa) ponosząc przez to nie tylko straty fizyczne i moralne, lecz także finansowe. Taka sytuacja osłabia i autorytet medyków, i pozycję biomedyczną państwa w skali międzynarodowej. W całym postradzieckim obszarze wiele pro-

³ Z. Szawarski, *Mądrość i sztuka leczenia*, Wyd. Słowo–Obraz–Terytoria, Gdańsk 2005.

blemów etycznych rozwiązuje się z trudnościami większymi niż w innych rejonach świata z powodu specyfiki mentalności oraz nawyków zachowania, które wymagają krytycznego przewartościowania. Praktyczne próby instytucjonalizacji etyki w organizacjach służby zdrowia wskazują na to, że w postradzieckiej przestrzeni uzbierało się już wiele przykładów wadliwego „wdrażania etyki”, korupcji i łapówkarstwa, nacisku interesów grupowych, negatywnych zachowań członków komitetów w funkcji sędziów, formalizmu w przeprowadzaniu ekspertyz, sporządzanie fikcyjnych protokołów, nieodpowiedzialny stosunek do standardów i norm bioetyki jako do prawa na które można nie zwracać uwagi.

Faktycznie jest tak, że praktyka funkcjonowania komitetów etycznych sama rodzi dodatkowe problemy, jednak jest to zrozumiałe. Wszak sama baza prawodawcza nie jest doskonała a mechanizmy kontroli etycznej w biomedycynie są dopiero kształtowane. W celu przezwyciężenia trudności, tym bardziej należy zabiegać o podwyższenie kompetencji członków komitetów etycznych, a w miarę możliwości – wszystkich lekarzy i naukowców pracujących w dziedzinie medycyny. Postulat wprowadzenia systemu kształcenia etycznego jest więc nader aktualny.

Należy podkreślić, że trening etyczny nie może być realizowany w oparciu o tradycyjną etykę, ani tym bardziej – o zdroworozsądkowe potoczne rozumienie moralności. Musi on sięgać do metodologicznego arsenału konstruktywizmu społecznego, opierać się na przekonaniu, że autentyczny profesjonalizm odwołuje się do należytej praktyki klinicznej. Na poziomie organizacji wyraża się to poprzez instrumentalną operacjonalizację porządków wprowadzających standardy należytej praktyki klinicznej, w której bierze się pełną odpowiedzialność za zdrowotne bezpieczeństwo pacjenta i jakość procesu leczenia. Organem kompetentnym w tym zakresie w Unii Europejskiej jest Inspekcja UE ds. praktyki klinicznej, dokonująca kontroli zgodności praktyki klinicznej z obowiązującymi standardami. Jeśli np. przy włączeniu ludzi w eksperymenty kliniczne nie ma odpowiedniej wymaganej dokumentacji, jeśli podchodzi się do sprawy formalnie, znaczy to, że w organizacji nie prowadzi się zarządzania ryzykiem.

Takie działania powinien wziąć na siebie jako niezależny organ komitet etyczny. Może on je realizować poprzez konsultacje zarówno specjalistów w sferze ochrony zdrowia, jak i pozamedycznych specjalistów związanych z ochroną praw człowieka, z ochroną bezpieczeństwa i dobrostanu ludzi włączonych w badania kliniczne. Do kompetencji komitetu etycznego należy także dbałość o informowanie opinii publicznej o takiej ochronie poprzez wyrażanie własnej opinii w protokołach eksperymentów. Komitet ma prawo obserwowania procesu przeprowadzania eksperymentów. Prowadzący takie badania dostarcza komitetowi informacje dotyczące finansowania, sponsoringu, partnerów organizacji, potencjalnego konfliktu interesów oraz wynagrodzenia podmiotów badań. Protokół eksperymentu powinien odzwierciedlać plan przeprowadzenia każdej operacji podczas eksperymentowania z ludźmi w charakterze przedmiotu eksperymentu. Protokół taki poddaje się pod dyskusję, oraz – gdzie jest to wymagane – przekazuje się komitetowi etycznemu do zatwierdzenia. Komitet etyczny powinien zachowywać niezależność instytucjonalną i personalną od przeprowadzającego eksperyment i od sponsorów. Takie ustanowienie kontroli przy pomocy infrastruktury etycznej (w tym wypadku komitetu etycznego) oznacza wbudowanie jej w prawno-administracyjny system ochrony zdrowia. Oznacza to, że oburzenie z powodu „nieodpowiedzialności” i „nieprawidłowości” zostaje zastąpione zobowiązaniami i ubezpieczeniem określającym rekompensatę za uszczerbek na zdrowiu poniesiony w trakcie eksperymentu czy niewłaściwej praktyki.

Wartości moralne takie jak odpowiedzialność, sprawiedliwość, uczciwość, zaufanie itd. wdraża się poprzez normotwórstwo różnych społeczności profesjonalnych oraz poprzez tworzenie w ich organizacjach infrastruktury etyki zawodowej polegającej na organizowaniu określonych procesów realnie motywujących ludzi do odpowiedzialnych społecznie zachowań.

Na system infrastruktury etyki zawodowej składają się następujące elementy: kodeksy etyczne (kodeksy zachowań), komisje etyczne, szkolenia etyczne, dyskusyjne okrągłe stoły, 'gorące linie', etyczny audyt, stanowiska eksperckie, etyczne służby informacyjne, podręczniki i poradniki etyczne, międzynarodowe stowarzyszenia i sieci profesjonalistów w dziedzinie etyki lub organizacji pozarządowych i inicjatyw społecznych, naukowe badawcze centra etyki biznesu, stanowiska rzecznika ds. etycznych, itp. W niektórych krajach (lub w odniesieniu do niektórych narodów) elementami systemu infrastruktury etycznej stają się państwowe regulacje dotyczące zgodności zachowania zawodowego z normami kodeksu etycznego.

Przy pomocy takiej infrastruktury w sposób instrumentalny dokonuje się realnego oddziaływania zarówno na poznanie określonych zjawisk, jak i na ich praktyczną zgodność z wartościami moralnymi takimi jak bezwarunkowa wartość życia, prawa człowieka, sprawiedliwość, humanitaryzm, itp. Realistyczny charakter tego funkcjonalnego mechanizmu osiąga się poprzez konstruowanie wymogu odpowiedzialności, zaufania, sprawiedliwości i uczciwości. Konieczne jest jednakże wcześniejsze zdekonstruowanie systemu, w którym możliwa była nieobecność tych wartości, systemu, który obiektywnie rodził ich przeciwnieństwa i dopiero w tym miejscu stopniowe tworzenie systemu celowo zorientowanego na to społeczne pożądanie, determinującego jego powstawanie.

Podobne działania, to odzwierciedlające obecnie stadium ewolucji regulacji etycznej, procesy instytucjonalizacji etyki zawodowej i organizacyjnej. Związane są one z uświadomieniem faktu, że ani tradycyjna moralność, ani metafizycznie pojmowana etyka nie odpowiadają dłużej potrzebom współczesnego życia, nie umożliwiają bowiem adekwatnej realizacji wyzwań konkretnej praktyki. Nie znaczy to, że należy z nich rezygnować. Należy dopełniać tę tradycyjną płaszczyznę indywidualnej etyki sumienia mechanizmami zbiorowej samoregulacji na poziomie wspólnot zawodowych i organizacyjnych. Postulat aktywnego wdrażania i przyswajania etyki organizacyjnej, kształtowania umiejętności uetycznienia procesów decyzyjnych adresowana jest do instytucji rozumianych jako zorganizowanie kolektywy ze swoimi celami, funkcjami, specyfiką i cechami socjokulturowymi. Jego treścią jest wymóg tworzenia w organizacjach takich warunków, które będą motywowały pracowników do spełniania obowiązków zgodnie z wysokimi standardami zawodowymi. To właśnie takie organizacje postępują odpowiednio, nie zaś te, które wiecznie wzywają pracowników do zawodowego poświęcenia się nie tworząc realnych warunków dla realizacji dobrej praktyki zawodowej. Werbalne deklarowanie wartości i norm musi więc być zastąpione przez realne konkretne działania praktyczne w których cele w postaci wartości ucieleśnione są w codziennym rutynowym zachowaniu. Ta konkretna praca i jej wyniki muszą stać się najważniejszą etyczną składową wszystkich społeczno-ekonomicznych struktur społeczeństwa jako całości – organizacji ochrony zdrowia, pomocy społecznej, naukowo-badawczych, produkcyjnych, edukacyjno-oświatowych, ekologicznych, itp.⁴

⁴ R.M. Veatch, *Models for Ethical Medicine in Revolutionary Age*, „The Hastings Center Report” June 1972, vol. 2, No. 3, p. 5–7.

Wszystko to nie tylko poszerza granice korporacyjnej świadomości profesjonalistów (medyków, biologów, fizyków, chemików, socjologów, itp) lecz pozwala także przezwyciężać odwieczny konflikt między Bytem i Powinnością, między realnym i idealnym. Wartości i normy etyczne stają się nie tylko upragnionym ideałem lecz strategicznie rozpatrywanymi, życiowo umotywowanymi i realizowanymi w obrębie zarządzania celami wspieranymi organizacyjnie i ekonomicznie. Aby twierdzenia te nie wydawały się utopijne należy podkreślić, że wymienione wyżej wartości i normy są w zasadzie realnie osiągalne dla każdego człowieka.

Faktycznie realizowalnymi czynią je konkretne wysiłki na rzecz stworzenia właściwych warunków, warunków, które stymulują podmioty działalności. W takim wypadku sama jednostka jest zainteresowana tym, aby normy i wartości funkcjonowały i jest umotywowana do ich osiągnięcia. Dzieje się więc tak, że wartości „dozbrojone” przy pomocy metodologicznie prawomocnej infrastruktury etyki organizacyjnej, w niełatwy sposób lecz równoważą interes osobisty i społeczny; konkretny człowiek zaczyna funkcjonować w takim otoczeniu, gdzie sam jest żywotnie zainteresowany, aby w sferze Bytu postępować zgodnie z Powinnością (tj. zgodnie ze standardami i normami swojej działalności zawodowej). Wartości i normy nie są więc narzucone jednostce z zewnątrz wezwaniem, aby je „heroicznie” realizowała przezwyciężając trudności życiowe. Działanie ma kierunek odwrotny – badane i stopniowo eliminowane są właśnie „trudności życiowe”. Tym samym wzmacniana jest motywacja jednostki, aby stać się profesjonalistą działającym zgodnie z odpowiednimi standardami etycznymi, mając na względzie to, że w uporządkowanych społeczno-zawodowych systemach profesjonalności mają zagwarantowane wysokie zarobki i wysoki status społeczny.

Tym samym wspólnoty zawodowe są deskryptywnie motywowane do instytucjonalizacji korporacyjnych norm i całego niezbędnego do ich funkcjonowania systemu zinstytucjonalizowanej etyki. Oznacza to motywację do efektywnej samoregulacji na rzecz własnego sukcesu. Oznacza to także, że etyka korporacyjna jest potrzebna pragmatycznym profesjonalistom nie tylko w sferze werbalnej, lecz w praktyce, a zależność ta ujęta jest w pojęciu tzw. „nowego profesjonalizmu”, celowo zorientowanego na włączenie do każdej profesjonalnej działalności jej etycznego wymiaru.

W sytuacji, gdy motywatorem działań człowieka jest interes osobisty, często odmawia się im charakteru etycznego, twierdząc, że taki pragmatyzm, to „już nie etyka”. Tymczasem etyka organizacyjna w praktycznych kontekstach profesjonalnych zyskuje dzięki temu możliwość zaistnienia i funkcjonowania. Dostarcza ona wiedzy nie tylko o metodach wdrażania wartości moralnych, lecz i o sposobach ich pomiaru – monitoringu, audytu, ewaluacji, korekty i motywacji. Tak więc zarządczymi metodami organizowane jest przestrzeganie wartości, dokonuje się zarządzania etyką. Wartości moralne pozostają takimi jakimi były, zmienia się tylko sposób ich ucieleśnienia: nie jest to droga preskryptywna, moralizatorsko-imperatywnie zadeklarowanych wartości, lecz droga poznania i opisu rzeczywistości oraz konstruowania czynników realizacji wartości poprzez zastosowanie inżynierii społecznej. Sfera Powinności zostaje zachowana z tym, że dyskurs preskryptywny (zalecający normatywny) wzmacniany jest przez dyskurs deskryptywny (opisowo-konstatujący). Taki właśnie „deskryptywny nacisk” sprawia, że etyka może być nie tylko realistyczna lecz i społecznie sterowalna.

Dzieje się tak pod warunkiem, że społeczność lub konkretna organizacja funkcjonuje zgodnie z wartościami ugruntowanymi na poziomie komunikatywnego dyskursu (tj. odpowiada konwencjonalnemu lub postkonwencjonalnemu poziomowi rozwoju moralności wg

schematu Kolberga). Kiedy społeczność lub wspólnota zawodowa znajdują się na tym poziomie rozwoju, to konstelacje realnego położenia spraw staje się dla podmiotów działalności imperatywna. Imperatywność ta pochodzi nie od zewnętrznego autorytetu lecz ze źródła jakim jest własny rozum praktyczny ukazujący jednostce lub organizacji ich własny interes, który staje się motywem moralnych, społecznie odpowiedzialnych, uczciwych działań. Interes osobisty dyktuje społecznie odpowiedzialne zachowanie, a etyka zawodowa zyskuje pragmatyczne cele. Podejście takie prowadzi do postulatu osłabienia absolutyzacji roli indywidualnej etyki zawodowej. Etyka organizacyjna, etyka społeczna staje się domeną działań w sferze profesjonalnej. Nieadekwatna jest więc interpretacja działań nieodpowiedzialnych jako spowodowanych słabością „czynnika ludzkiego”, niedoskonałością natury człowieka lub „prawem wyboru”. Podstawową przyczyną takiego stanu, jest niefunkcjonalność etyki i nieumiejętność porozumienia się co do preferowanych wartości. W paradygmacie współczesnej etyki zawodowej nie sfera moralności, lecz życie społeczne staje się celem sterowania wartościami moralnymi oraz tzw. zarządzania poprzez wartości. Ten cel, ostatecznie, to ukształtowanie bezpieczeństwa socjalnego i społecznego dobrostanu. Zinstytucjonalizowana etyka staje się dopełnieniem innych regulatorów zachowań społecznych, których brak w warunkach rynkowych sprawia, że etyka zawodowa staje się istotną podstawą lub zamiennikiem harmonizującego porządku społecznego.

Etyki organizacji nie należy więc rozumieć jako zbioru jej „etycznych” członków lecz jako zbiór tworców funkcjonalnych, określonych procesów, zbiorów ról, stosunków funkcjonalnych, które w sposób integralny i odpowiedzialny, zgodnie z prawem i w wysokich standardach jakościowych zabezpieczają realizację potrzeb społecznych. Tym elementem infrastruktury etycznej, który cały system operacjonalizacji zarządzania poprzez wartości prowadzi do funkcjonalności jako audyt etyczny skierowany na respektowanie odpowiedzialności etycznej. Pomaga ona równoważyć „korzyści z zasadami”, lokalizować słabe ogniwa systemów działalności i doskonalić własną działalność na rzecz osiągnięcia założonych w misjach wartości oraz celów strategicznych organizacji. Uświadomienie konieczności celowej instytucjonalizacji etyki postępuje w miarę zrozumienia, że w rynkowym systemie konkurencji organizacja może osiągnąć sukces tylko wówczas, jeśli jej funkcje (zbiory ról) w najlepszy sposób zaspokajają potrzebom społecznym. Dlatego wdraża się odpowiadające im wartości i normy wykorzystując rozliczne czynniki oddziaływania na tych, którzy nie respektują norm i standardów działalności. Potrzebne jest tu jednak współdziałanie takich podmiotów, które muszą przejawiać chęć przyjęcia nowych strategii stosunków zawodowych. Można tu przywołać przykład kodeksu stowarzyszenia etycznych firm farmacji (EFA) i przyjęte w różnych krajach świata kodeksy przemysłu farmaceutycznego⁵. O ile początkowo wiele firm farmaceutycznych ograniczało się do formalnej przynależności do podobnych stowarzyszeń, to stopniowo następowało wśród nich uświadomienie potrzeby postępowania zgodnie z kodeksem etyki, który może pomóc zmniejszyć ryzyko a równocześnie kształtować pozytywny image, prestiż i – stosownie do tego – zyski. W tym kontekście szczególnie ważne jest poprzedzone refleksją zastosowanie wiedzy z zakresu zarządzania międzykulturowego i umiejętność przystosowania modeli zarządzania do własnej specyfiki z naciskiem na funkcjonalne zarządzanie konkretnym systemem działalności. Wymaga to poszukiwania tych funkcjonalnych systemowych składowych, które dla róż-

⁵ Por. *Innovative Pharmaceutical Industry Updates Its Global Marketing Code*, <http://www.ifpma.org/News/NewsReleaseDetail.aspx> in ID-504; The Code of Practice for the Pharmaceutical Industry, <http://www.abpi.org.uk/links/assoc/pmcpa.asp>.

nich zawodów i odmiennych warunków socjokulturowych mogą nie być identyczne. Kształtowanie własnych strategii zarządzania etyką możliwe jest tylko wtedy, kiedy kierujemy się zasadami systemowej racjonalności, która jednakże nie przeciwstawia się „emocjonalności” lecz wkomponowuje ją w siebie, uwzględniając specyfikę stosunków międzyludzkich, tworząc warunki samoregulacji moralnej ze strony jednostek uczestniczących w danej praktyce zawodowej. Należy doprowadzić je do postawienia we własnym sumieniu pytania wyrażającego Kantowską formułę uniwersalizacji w celu poruszenia wrażliwości moralnej i doprowadzenia do „organizowania się” odpowiedzialności. Ma tu miejsce proceduralna instrumentalna instytucjonalizacja oraz samoregulacja na poziomie jednostki i organizacji. Kształtuje się posłuszeństwo prawu moralnemu, któremu na zmianę, jeśli zaistnieje taka potrzeba, przychodzi dyskurs, który doprowadzi do zmiany normy, reguły czy standardu.

Institutionalisation of Ethics in Healthcare

Summary

Life in good health and health security prove the most significant values highlighted by moral philosophy in the time of the environmental crisis. The imperfect operation of healthcare poses a threat for humans. Administrative measures regulate insufficiently medicine and healthcare. They need to be backed up by ethics, which cannot be seen solely as ethics of an individual's conscience. What is needed is professional, practice-oriented and institutionalized- within- healthcare- organizations ethics.

Recently, there have appeared a great number of new international documents setting standards of medical procedures in compliance with the requirements of the new bioethical values. At the same time elements of the ethical infrastructure such as bioethics commissions or committees have been created.

In the face of the specificity and the complexity of ethical issues and problems encountered within contemporary medical practice the requirement of high ethical competence of all healthcare workers often fails to be sufficient.