

Neloslawa Wojciechowska\*

## Problem kodeksów etyki w ochronie zdrowia widziany z perspektywy refleksyjnego praktyka zarządzania<sup>1</sup>

### Streszczenie

Celem niniejszego rozdziału jest krytyczna analiza kodeksów etycznych funkcjonujących aktualnie placówek medycznych ochrony zdrowia w sektorze państwowym w Polsce, jak również wskazanie właściwych rozwiązań do ich standaryzacji w celu stworzenia ujednoliconego kodeksu etycznego, który połączyłby kodeks etyki biznesowej, kodeks postępowania dla pracowników, kodeks praktyki zawodowej, zbiór praw i obowiązków w całość, tworząc w ten sposób podstawowy mechanizm zapewniający pełen profesjonalizm w ich funkcjonowaniu.

W pracy poddano analizie m.in. obowiązujące prawa i obowiązki pacjenta, relacje międzyludzkie personel/pacjent, standardy etycznego zachowania kadry zarządzającej oraz kwestię społecznej odpowiedzialności.

Niestety analiza nie jest szczegółowa ze względu na niewielką liczbę dostępnych rzeczowych analiz i opracowań, jak również wielowątkowość tematyczną, która wymaga efektywnej komunikacji – partycypacji wszystkich środowisk zawodowych, analizy stanu wyjściowego, znajomości prawa i przepisów, oszacowania ryzyka czy też wiedzy na temat branży i jej sytuacji rynkowej.

**Słowa kluczowe:** kodeks etyczny, ochrona zdrowia, zarządzanie, etyka biznesu, prawa pacjenta, zawody medyczne.

**JEL:** J44

### Abstract

The purpose of this chapter was to critically analyze the codes of ethics of currently operating health care medical institutions in the state sector in Poland, as well as to

---

\* ORCID: 0000-0001-6321-7547.

<sup>1</sup> Niniejszy rozdział stanowi zmienioną wersję pracy dyplomowej napisanej pod kierunkiem dr. hab. Tomasza Ochinoskiego na seminarium dotyczącym zarządzania ludźmi, które było realizowane na studiach podyplomowych Zarządzanie w ochronie zdrowia, Wydział Zarządzania UW, rok akademicki 2019/2020. Autorka podjęła te studia po ponad 15 latach praktyki zarządzania różnego typu firmami, również o zasięgu międzynarodowym. Zarówno więc wspomniane studia, jak i prezentowany artykuł stanowią rodzaj konceptualizacji tego doświadczenia.

DOI: 10.7172/978-83-235-5874-3.swwz.11.5

identify appropriate solutions for their standardization in order to create a unified code of ethics that would combine the code of business ethics, the code of conduct for employees, the code of professional practice, the set of rights and duties into a whole, thus creating a basic mechanism to ensure full professionalism in their operation.

This work analyzes, among other things, the existing rights and obligations of the patient, interpersonal staff/patient relations, standards of ethical behavior for management, and the issue of social responsibility.

Unfortunately, the analysis is not detailed due to the small number of factual analyses and studies available, as well as the multifaceted nature of the subject matter, which requires effective communication-participation of all professional communities, a baseline analysis, knowledge of laws and regulations, estimation of risks, or knowledge of the industry and its market situation.

**Keywords:** code of ethics, health care, management, business ethics, patient's rights, medical professions.

## Wprowadzenie

Rozdział stanowi autorską propozycję krytycznej analizy problematyki kodeksów etycznych funkcjonujących aktualnie na obszarze działań polskiej ochrony zdrowia i umiejscawia tę problematykę w szerszym kontekście etyki biznesu. Został napisany, co jest podkreślone w tytule, przez refleksyjnego praktyka, jako punkt wyjścia do dalszych dyskusji. Takie i tylko takie zadanie – uporządkowanie tematyki w celu zainicjowania pogłębionej wymiany poglądów – postawiła sobie autorka. Czytelniom pozostawia osąd, na ile niniejsze refleksje okażą się inspirujące dla praktyków zarządzania ochroną zdrowia, którym prezentowany rozdział jest przede wszystkim dedykowany, a może także dla badaczy tej dziedziny praktyki społecznej łączącej medycynę i nauki o organizacji.

### 1. Prawa pacjenta jako punkt wyjścia do refleksji nad kodeksami etycznymi w ochronie zdrowia

Według definicji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) pacjent to osoba korzystająca ze świadczeń opieki zdrowotnej, niezależnie od tego, czy jest osobą zdrową, czy chorą (WHO, 2014).

Samo słowo „pacjent” wywodzi się z łacińskiego *patiens*, od *patior*, co w tłumaczeniu znaczy „cierpieć” lub „znosić”. Medyczne znaczenie tego słowa było obecne w języku angielskim od pierwszego odnotowanego użycia

przez Geoffreya Chaucera pod koniec XIV wieku, które skutecznie przyjęło się w ochronie zdrowia, gdyż kojarzy nam się przede wszystkim z osobą chorą, której pomagamy.

Obecnie pacjentami nazywamy również osoby zdrowe, które wymagają np. badań kontrolnych, diagnostyki w celu potwierdzenia stanu zdrowia, czy też osoby potrzebujące pomocy terapeutycznej. Po raz pierwszy zwrócił na to uwagę amerykański psycholog i terapeuta Carl Rogers, który znany był przede wszystkim jako jeden z przedstawicieli psychologii humanistycznej i twórca „psychoterapii zorientowanej na klienta”.

Według Carla Rogersa osoba poddająca się terapii jest partnerem w relacji, a określenie „pacjent” temu partnerstwu nie służy i prowadzi do stygmatyzacji osoby chorej (Paluch-Gęgała, <http>). Postępujące zmiany zachodzące w ochronie zdrowia i ciągle zmieniający się rynek medyczny stają się, coraz bardziej otwarte na określenie „pacjent/klient”, który coraz częściej staje się decydem w kwestii doboru placówki, w której jest leczony lub wykonuje badania.

Należy pamiętać, że jego decyzja przekłada się m.in. na budowanie opinii o placówce i wielkość funduszy, również tych, które są efektem refundacji z NFZ za wykonane usługi.

Pacjent/klient zaczyna być świadomy zarówno swoich praw, jak i faktu, że jest na samym szczycie hierarchii, gdyż to on stanowi źródło dochodu dla placówki, nawet jeśli nie płaci bezpośrednio za usługę w formie podatków i opłat odprowadzonych do budżetu państwa. Trzeba pamiętać, że prawa pacjenta są integralną częścią szeroko rozumianych praw człowieka (Karkowska, 2004), „które są podstawowe, niezbywalne i uniwersalne przysługujące człowiekowi bez względu na rasę, kolor skóry, płeć, język, religię, poglądy, pochodzenie narodowe lub społeczne, majątek, urodzenie, stan zdrowia i inne” (Nowicki, <http>). Wynikają z obowiązujących przepisów prawa regulowanych zarówno przez akty o charakterze międzynarodowym w szczególności Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka, Europejską Konwencję Praw Człowieka, Europejską Bioetyczną Konwencję, Międzynarodowy Pakiet Praw Ekonomicznych, Socjalnych i Kulturalnych, jak i ustawodawstwo krajowe.

W Polsce podstawowe uregulowanie prawne znajduje się w szeregu ustaw, w szczególności w:

- Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z 2 kwietnia 1997 roku.
- Ustawie z 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2009 r., Nr 52, poz. 417).
- Ustawie z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. z 2002 r., Nr 21, poz. 204 z późn. zm.).

- Ustawie z dnia 5 lipca 1996 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 1996 r., Nr 91, poz. 410).
- Kodeksie Etyki Lekarskiej.
- Kodeksie Etyki Pielęgniarki i Położnej.

Wspomniane dokumenty zawierają m.in. prawo do świadczeń zdrowotnych, prawo do dodatkowej opinii lekarza, prawo do informacji i tajemnicy informacji związanych z pacjentem czy do wglądu do dokumentacji medycznej dotyczącej stanu jego zdrowia i udzielonych świadczeń zdrowotnych, ale przede wszystkim prawo do poszanowania intymności i godności.

Według Józefa Tischnera „Osoba ludzka staje się podmiotem dramatu jako osoba ucieleśniona. Oznacza to, że nie tylko ona sama, ale również inny ukazuje się w jej ciele i poprzez ciało. Odkrywając obok siebie innego, osoba odkrywa zarazem jego i własną cielesność” (Tischner, 2011, s. 81), tym samym wpisując się w zachodzące przemiany we współczesnym systemie ochrony zdrowia, które w znaczący sposób wpływają na różne jej obszary funkcjonowania, między innymi również na zmianę relacji personel medyczny–pacjent/klient.

Zastosowanie skutecznej komunikacji pomiędzy dwoma stronami w obszarze technik argumentacyjnych i perswazyjnych w znaczący sposób może wpłynąć na wskaźniki dotyczące zdrowia somatycznego, psychicznego i społecznego nie tylko pacjenta/klienta, lecz także personelu medycznego. Nawiązanie i podtrzymanie werbalnego i niewerbalnego kontaktu w sposób partnerski, wzajemnie uznanie istoty zarówno swoich problemów, jak i potrzeb i oczekiwań, wymiana informacji, zasada dwukierunkowego (dwustronnego) charakteru komunikowania się, aktywnego słuchania czy ukierunkowanego obserwowania będą miały zbawienny wpływ na wzajemne relacje pomiędzy pacjentem a personelem medycznym według zasady Tischnera „być człowiekiem to znaczy zawsze: umieć wyjść poza samego siebie, umieć siebie przekroczyć” (Tischner, 2017, s. 3).

Spotkanie z drugim człowiekiem staje się początkiem dramatu, tzn. próbą przemieszczenia się pomiędzy dobrem a złem, a to już nadaje spotkaniu wymiar etyczny będący synonimem moralności: „(...) ogół ocen i norm moralnych przyjętych w danej zbiorowości w określonej epoce historycznej, której przedmiotem jest teoria dobra, a więc nie co jest dobre, a co złe z moralnego punktu widzenia” (Okoń, 2007, s. 103).

Według Karola Jasińskiego „Pierwotną, zasadniczą formą doświadczenia etycznego nie jest przeżycie wartości jako takich, ale spotkanie z drugim człowiekiem, który jest źródłem naszych etycznych doświadczeń” (Jasiński, 2008, s. 83).

Niestety nie odnajdziemy takich informacji w istniejących kodeksach etycznych placówkach ochrony zdrowia w Polsce, a jeśli istnieją, to są traktowane marginesowo.

## 2. Uwagi dotyczące charakteru kodeksów etycznych funkcjonujących w polskich placówkach ochrony zdrowia

W ustawie o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 roku (Dz.U. z 2020 r., poz. 295) występuje wyraźny podział na dwie grupy: osoby uprawnione na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych, m.in. lekarze i pielęgniarki, oraz osoby legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny<sup>2</sup>.

Do tej grupy zawodowej zaliczymy np. psychologów klinicznych, fizyko-terapeutów, dietetyków czy asystentki higieniczne.

Ochrona zdrowia i jej placówki to również duża grupa pracowników niewykonywujących zawodów medycznych, ale pozostających w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych (m.in. pracownicy administracyjni, techniczni, ekonomiczni, gospodarczy).

Istniejące kodeksy etyczne w placówkach dotyczą przeważnie wyłącznie personelu medycznego i mają raczej charakter regulaminów wewnętrznych. W większości brakuje m.in. następujących zapisów:

- Zasady wyrażone w kodeksie etyki obejmują wszystkich pracowników.
- Obowiązkiem każdego pracownika jest przestrzeganie przyjętych norm prawnych, etycznych, dbanie o dobre imię placówki oraz odnośnienie się z szacunkiem do pacjentów, przełożonych, podwładnych i współpracowników.
- Pracownik działa zgodnie z zasadą praworządności, stosuje procedury wynikające z przepisów powszechnie obowiązujących oraz regulacji wewnętrznych placówki i wykonuje swoją pracę, mając na celu przede wszystkim dobro pacjenta.
- Pracownik przedkłada dobro publiczne nad interes własny.
- Pracownik wykonuje swoje obowiązki rzetelnie i bezstronnie, wykorzystując w sposób optymalny posiadaną wiedzę i umiejętności.

Według ACHE (American College of Healthcare Executives) – profesjonalnego stowarzyszenia liderów opieki zdrowotnej – nadrzędnym celem

<sup>2</sup> Na podstawie: *Korzystanie z usług zewnętrznych przez szpitale publiczne*, LBY.410.007.00.2015. Pozyskano z: <https://www.nik.gov.pl> (dostęp: 5.07.2020).

kadry zarządzającej w placówkach ochrony zdrowia powinno być utrzymanie lub poprawa ogólnej jakości życia, godności i dobrego samopoczucia każdej osoby potrzebującej opieki zdrowotnej, stworzenie sprawiedliwego, dostępnego, skutecznego i wydajnego systemu opieki zdrowotnej, a także:

- Unikanie niewłaściwego wykorzystywania relacji zawodowych dla osobistych korzyści.
- Zapobieganie oszustwom i nadużyciom oraz agresywnym praktykom księgowym, które mogą skutkować negatywnymi wynikami finansowymi.
- Pracowanie nad podnoszeniem jakości świadczonej opieki i usług.
- Wykazywanie zerowej tolerancji dla jakiegokolwiek nadużycia władzy, które naraża pacjentów, ich rodziny, pracowników i osoby współpracujące z placówką.
- Zarządzanie organizacją według ustalonych priorytetów i standardów opieki nad pacjentem ponad innymi względami.
- Zapewnianie usług opieki zdrowotnej zgodne z dostępnymi zasobami, a gdy zasoby są ograniczone – pracowanie nad zapewnieniem istnienia procesu alokacji zasobów uwzględniającego konsekwencje etyczne.
- Prowadzenie organizacji w zakresie stosowania i doskonalenia standardów zarządzania i dobrych praktyk biznesowych.
- Tworzenie środowiska pracy, które promuje etyczne postępowanie (*ACHE Code of Ethics*, [http](http://)).

Niestety nie odnalazłam podobnych deklaracji w kodeksach etycznych napisanych w placówkach ochrony zdrowia świadczących swoje usługi na terenie naszego kraju, a szkoda, bo to właśnie kadra zarządzająca ma zdecydowany wpływ na funkcjonowanie placówek, a od jej wiarygodności w dużym stopniu zależy wizerunek całego systemu.

### 3. Kwestia odpowiedzialności w zawodach medycznych

Według *Małego Słownika Języka Polskiego* pod redakcją m.in. Stanisława Skorupki odpowiedzialność to „konieczność, obowiązek moralny lub prawny odpowiadania za swoje czyny i ponoszenia za nie konsekwencji” (Skorupka i in., 1968).

W zależności od przyjętych kryteriów możemy wyróżnić wiele jej rodzajów, np. prawną, cywilną czy polityczną.

Podstawowe rodzaje odpowiedzialności placówki leczniczej to:

- cywilna.
- zawodowa.

- pracownicza.
- karna (Dyda, [http](#)).

Erich Fromm pisał: „Dzisiaj odpowiedzialność pojmuje się często jako coś narzuconego z zewnątrz, natomiast odpowiedzialność w swym prawdziwym znaczeniu jest aktem całkowicie dobrowolnym; jest moją potrzebą zaspokojenia wyrażonych i niewyrażonych potrzeb drugiej istoty ludzkiej. Być „odpowiedzialnym” znaczy być zdolnym i gotowym do »odpowiadania« na ten apel” (Fromm, 1992, s. 7).

W przypadku odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki lekarskiej oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarz odpowiada przed Izbą Lekarską (Ustawa z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich, Dz.U. z 2009 r., Nr 219, poz. 1708). Postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej toczy się na wniosek pacjenta, jego bliskich lub pełnomocnika i jest niezależne od postępowania cywilnego, karnego czy dyscyplinarnego. Takie same procedury obowiązują w stosunku do pielęgniarek i położnych, które również podlegają odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki zawodowej lub przepisów dotyczących wykonywania zawodu (Ustawa z dnia 1 lipca 2011 roku o samorządzie pielęgniarek i położnych, Dz.U. z 2011 r., Nr 174, poz. 1038 z późn. zm.). Pacjentowi pozostaje także droga administracyjna, czyli złożenie skargi do Zarządu Placówki, Narodowego Funduszu Zdrowia czy Rzecznika Praw Pacjenta.

Niezależnie od tego, kto jest odpowiedzialny za pacjenta, jaki został popełniony błąd lub niedopatrzenie w opiece medycznej, za szkody pacjenta odpowiedzialność ponosi solidarnie zarówno personel, jak i placówka medyczna, gdyż tak stanowi prawo (Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz.U. z 2004 r., Nr 210, poz. 2135) i Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 roku, Kodeks cywilny – art. 430 (Dz.U. z 1964 r., Nr 16, poz. 93).

Zgodnie z definicją podaną przez Agnieszkę Liszewską „błąd w sztuce medycznej oznacza naruszenie przez lekarza (świadomego tego, że podejmuje czynność medyczną) obowiązujących go w konkretnym wypadku, wypracowanych na gruncie nauki i praktyki reguł postępowania zawodowego wobec dóbr prawnych w postaci życia i zdrowia człowieka, które na gruncie prawa stanowi podstawę dla stwierdzenia naruszenia obowiązku ostrożności” (Liszewska, 1998, s. 73).

Orzecznictwo sądów definiuje (*lege artis*) błąd lekarski jako czynność (zaniechanie) lekarza w sferze diagnozy i terapii, niezgodną z nauką medyczną w zakresie dla lekarza dostępnym (Daniluk, 2014).

W doktrynie i literaturze przedmiotu najczęściej spotykamy podział błędów medycznych na:

- Błędy diagnostyczne (dotyczy to rozpoznania – nieprawidłowa diagnoza, jak również wadliwa ocena stanu pacjenta: błędy zaniechania, np. niezapoznania się z dokumentacją medyczną, zaniechania wywiadu – badania podmiotowego, rozumowania, np. mylna interpretacja badań).
- Błędy w leczeniu (terapeutyczne: zaniechania – np. pozostawienie bez nadzoru o operacji lub działania – np. błędne dawkowanie leków).
- Błędy organizacyjne (wszelkie zaniedbania logistyczne, brak dostępu do diagnostyki, właściwego sprzętu).
- Błędy techniczne (niepoprawne realizowanie decyzji lekarskich już podjętych – np. przez personel szpitala) (Sieńko, 2013).

Reasumując – jest to nieumyślne działanie, zaniedbanie lub zaniechanie powodujące przede wszystkim szkodę pacjenta wyrządzoną przez personel medyczny, ale również stanowiące ogromne i niepotrzebne obciążenie budżetu ochrony zdrowia.

Dlatego też istotną kwestią jest zapobieganie niepożądanym zdarzeniom i reagowania na zdarzenia niepożądane, a także ich raportowanie i analiza w celu wykluczenia ich w przyszłości. Obecnie tylko w nielicznych istniejących kodeksach etycznych możemy odnaleźć zapisy dotyczące bezpieczeństwa i błędów medycznych, takie jak:

- zapobieganie niepożądanym zdarzeniom i reagowania na zdarzenia niepożądane, a gdy wystąpią, skuteczne ich ujawnianie i usuwanie.
- monitorowanie bezpieczeństwa.
- raportowanie i analiza błędów medycznych.
- wykonywanie przez personel poleceń służbowych w sposób gwarantujący poszanowanie prawa i ograniczający możliwość popełniania pomyłek.

#### **4. Bezpieczeństwo pracy personelu medycznego jako zagadnienie zapomniane przez autorów kodeksów etycznych funkcjonujących w Polsce**

Przepisy bezpieczeństwa i higieny pracy (BHP) stanowią podstawowy zbiór norm ochrony pracy. Ustawowo zostały one określone zarówno w Kodeksie pracy, jak i w innych aktach prawnych np. w Rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 26 września 1997 roku w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy (Dz.U. z 2003 r., Nr 169, poz. 1650 z późn. zm.) czy też dyrektywy UE (np. Dyrektywa 89/391/EWG przyjęta w 1989 roku dotycząca bezpieczeństwa i ochrony zdrowia w miejscu pracy).



Praca w ochronie zdrowia (w szczególności dotyczy to personelu medycznego) zawsze niosła ze sobą różnorodne zagrożenia związane m.in. z kontaktem z promieniowaniem jonizującym, polem elektromagnetycznym, szkodliwymi substancjami; urazami (zakłucia lub zranienia ostrymi narzędziami), chorobami zawodowymi, zakażeniami wirusowymi, stresem czy agresją pacjentów. Niestety w 2020 roku lista zagrożeń została poszerzona o zagrożenia wynikające z wystąpienia pandemii wywołanej przez wirusa SARS-CoV-2 (SARS – Severe Acute Respiratory Syndrome), powodującego chorobę COVID-19 (Corona-Virus-Disease-2019). Nagle okazało się, że dotychczasowe procedury są niewystarczające i wymagają natychmiastowej nowelizacji, jak również wprowadzenia nowych lub uzupełniających zasad koniecznych do prawidłowego funkcjonowania całej ochrony zdrowia w szczególności w kwestii ochrony i bezpieczeństwa personelu medycznego.

W dostępnych kodeksach nie odnalazłam nigdzie działu dotyczącego bezpieczeństwa personelu. Możliwe, że tak istotna kwestia została zapisana w wewnętrznych regulaminach. Oczywiście 2020 rok przyniósł nagłe zainteresowanie uzupełnieniem informacji dotyczących postępowania w okresie pandemii, ale dotyczy to przede wszystkim pacjentów.

Dlatego też istotne byłoby zamieszczenie takiego działu w kodeksie etycznym w celu poinformowania zarówno pracownika, jak i pacjenta o istniejących zagrożeniach, na które narażony jest personel medyczny. Dotyczyłoby to zarówno stosowania wszelkich dostępnych środków eliminujących lub ograniczających stopień narażenia, np. na zranienie ostrymi narzędziami, choroby zakaźne, zapewnienia warunków bezpiecznego zbierania, przechowywania oraz usuwania odpadów medycznych, zapewnienia środków ochrony indywidualnej, odpowiedniego do rodzaju i poziomu narażenia czy też obowiązujących procedur gwarantujących bezpieczeństwo dla obydwu stron pacjent–pracownik<sup>3</sup>.

## **5. Idea społecznej odpowiedzialności biznesu (CSR) i standardy zarządzania jakością a problematyka kodeksów etycznych w ochronie zdrowia**

Wytyczne dotyczące odpowiedzialności społecznej (ang. *Guidance on Social Responsibility*) zawarte w normie ISO 26000 zostały opracowa-

<sup>3</sup> Na podstawie: Pałeczka, M. (red.) (2013). *Biuletyn Okręgowej Izby Pieleniarek i Położnych*. Pozyskano z: <https://oipip.walbrzych.pl> (dostęp: 5.07.2020).

ne przez Grupę Roboczą ISO/TMB (ang. *International Organization for Standardization/Technical Management Board*), w której brali udział eksperci z ponad 90 krajów i 40 międzynarodowych organizacji zaangażowanych w różne aspekty odpowiedzialności społecznej (ISO 26000, [http](http://www.iso26000.org)) i dedykowane są wszystkim typom organizacji, niezależnie od ich wielkości, lokalizacji czy rodzaju (publiczne, prywatne, non profit).

Zgodnie z prezentowaną definicją społeczna odpowiedzialność powinna być rozumiana jako odpowiedzialność organizacji za wpływ podejmowanych przez nią decyzji i działań – zarówno na społeczeństwo, jak i na środowisko (Pisz i Rojek-Nowosielska, 2013).

Powinna zagwarantować przejrzyste i etyczne postępowanie, które przyczyni się do zrównoważonego rozwoju, w tym do zdrowia i dobrobytu społeczeństwa i będzie zgodne z obowiązującym prawem. To nie Grupa Robocza ISO/TMB była jednak twórcą definicji.

Pierwszą doktrynę odpowiedzialności społecznej stworzył amerykański magnat stalowy i filantrop Andrew Carnegie, uznawany za prekursora wprowadzenia społecznej odpowiedzialności biznesu jako teorii prowadzenia przedsiębiorstwa. Na doktrynę składały się według niego dwie zasady: dobroczynność i powierniczość. Pierwsza nakazywała wspomagać tych, którym się nie powiodło, ale przede wszystkim w formie ułatwienie zdobywania wiedzy, druga – dysponowanie swoim kapitałem w sposób społecznie akceptowany. Mawiał, że „To umysł wzbogaca ciało. Nie ma klasy tak żalosnej, jak ta, która posiada pieniądze i nic więcej. Pieniądze mogą być tylko pożytecznym marnotrawstwem rzeczy niezmiernie wyższych od siebie” (Carnegie, [http](http://www.carnegie.org)).

Za moment narodzin CSR w Polsce często uznaje się powstanie w 2000 roku Forum Odpowiedzialnego Biznesu (FOB) – pozarządowej organizacji, promującej jej ideę w sposób kompleksowy. O odpowiedzialności społecznej mówił już jednak polski filozof, psycholog, pedagog i twórca Szkoły Lwowsko-Warszawskiej Kazimierz Twardowski, w trakcie swojego wykładu *O dostojności uniwersytetu* (Twardowski, 2011). Wartości takie jak prawda, rzetelność, uczciwość, odpowiedzialność, tolerancja, sprawiedliwość, twórczość, godność mają charakter ponadczasowy, i są niezwykle ważne nie tylko w sferze naukowej, lecz także w życiu społecznym (Ostrowska, 2014). Zwracał szczególną uwagę na kształtowanie kolejnych pokoleń, a w szczególności na przekazywanie właściwych ideałów i dyrektyw etycznych, w celu tworzenia odpowiedzialnego społeczeństwa nie tylko na forum akademickim.

Reasumując: odpowiedzialność społeczna to nic innego jak działanie na rzecz pozytywnych zmian w otoczeniu – zarówno przez jednostki, jak i całe

organizację. Społeczna odpowiedzialność organizacji jest więc sposobem zarządzania wykraczającym poza narzucane jej przez prawo zobowiązania.

Trzeba pamiętać, że ISO 26000 nie jest normą dotyczącą systemu zarządzania. Nie jest przeznaczona ani odpowiednia do celów certyfikacyjnych, celów regulacyjnych lub umownych. Ma na celu dostarczenie organizacjom wskazówek dotyczących odpowiedzialności społecznej i może być stosowana jedynie jako część działań z zakresu polityki publicznej<sup>4</sup>.

Polska norma *PN-ISO 26000: 2012 Wytyczne dotyczące społecznej odpowiedzialności* została opracowana w Komitecie Technicznym ds. Społecznej odpowiedzialności w Polskim Komitecie Normalizacyjnym i opublikowana 5 listopada 2012 roku (*Polski Komitet Normalizacyjny*, 2012). Niestety tylko nieliczne placówki ochrony zdrowia w naszym kraju odwołują się w swoich kodeksach etycznych do wytycznych ISO 26000, a jeśli już to robią, to dotyczy to kwestii uczestnictwa w projektach społecznych odnoszących się wyłącznie do profilaktyki i badań medycznych czy uczestnictwa w kampaniach społecznych.

Dlatego też ochrona zdrowia wymaga bardzo profesjonalnego i efektywnego zarządzania, przede wszystkim w celu ograniczenia moralnego hazardu poszczególnych grup zawodowych czy społecznych mających bezpośredni lub pośredni wpływ na jej struktury, ponieważ jest to ta strefa usług, na którą zwracamy szczególną uwagę, gdyż dotyczy naszego życia w bezpośredni sposób. Jerzy Kisielnicki z Wydziału Zarządzania UW określił doskonale zarządzanie jako „(...) zarządzanie systemowe, elastyczne i otwarte na zmieniające się otoczenie, zarządzanie organizacją w taki sposób, aby zrealizować misję przedsiębiorstwa i cele, które zostały przed nią postawione. To koncepcja oparta na założeniu bycia najlepszym z najlepszych, a więc realizacja wzorcowych wizji, zamierzeń, celów, czy metod na wszystkich szczeblach zarządzania” (Kisielnicki, 1995, s. 1165).

Podjmując decyzję o zarządzaniu jednostką w ochronie zdrowia, powinniśmy liczyć się nie tylko z ograniczeniami prawnymi czy organizacyjnymi, lecz także w dużym stopniu z problemami związanymi z czynnikiem ludzkim.

Peter F. Drucker – znany ekspert ds. zarządzania, badacz procesów organizacji i zarządzania w korporacjach oraz organizacjach non profit, jeden z najwybitniejszych myślicieli i teoretyków zarządzania XX wieku (Warner, 2002, s. 1480) w swojej książce *Praktyka zarządzania* (ang. *The Practise of Management*) stwierdził: „(...) W ostatecznym rozrachunku zarządzanie

<sup>4</sup> Na podstawie: Polska wersja ISO 26000 (2012). Pozyskano z: <https://odpowiedzialnybiznes.pl/aktualno%C5%9Bci/polska-wersja-iso-26000/> (dostęp: 10.08.2020).

biznesem zawsze sprowadza się do czynnika ludzkiego – bez względu na to, jak zdrowa jest ekonomika danego biznesu, jak skrupulatne jego analizy” (Drucker, 1998, s. 112).

Problemem nie jest też wyłącznie niski poziom wydatków na ochronę zdrowia czy też kryzys kadrowy, ale także w dużym stopniu brak standaryzacji usług i spójnego strategicznego podejścia do zarządzania placówkami na poziomie mikro – poszczególnych organizacji tworzących system opieki zdrowotnej.

Obecny niedobór kultury organizacyjnej, analityczny sposób myślenia niewykraczający poza zestawienia i liczby, brak kreatywności, stereotypy, brak wiedzy, a także eliminacja podstawowych założeń etyki, wpływają destrukcyjnie na możliwość dysponowania zasobami nie tylko pieniężnymi, ale również ludzkimi, co tym samym wpływa na brak efektywności w rozwoju danej placówki.

Nie można mówić o jakości przedsiębiorstwa bez konsekwentnego wdrożenia wysokich standardów etycznych.

Według Watsuji Tetsurō „Jesteśmy nierozzerwalnie społeczni, połączeni na wiele sposobów, a etyka jest badaniem tych powiązań społecznych i pozytywnych sposobów interakcji. Istoty ludzkie mają dwoistą naturę, jako jednostki i jako członkowie różnych grup społecznych.” (Tetsurō, [http](#)).

Obecnie coraz szersza grupa przedsiębiorców posiada długofalowe strategie obejmujące w swoim zakresie normy rzetelności i sumienności zawodowej, na podstawie których są tworzone zasady odpowiedzialnego biznesu CSR (ang. *Corporate Social Responsibility*), nawiązujące do czterech obszarów, takich jak: pracownik, klient i kontrahent, społeczność lokalna i środowisko naturalne. Stanowią one próbę pogodzenia interesów społecznych z osiągnięciem maksymalnych zysków. Oczywiście CSR to nie jedyna propozycja uporządkowania relacji zachodzących między światem biznesu a społeczeństwem (Stowarzyszenie Forum Odpowiedzialnego Biznesu, [http](#)).

W koncepcji „potrójnej linii wyników” (*triple bottom line* – TBL) Johna Elkingtona wyróżniamy: *profit* – wynik finansowy – bilans zysków i strat, *people* – wynik społeczny i *planet* – wskaźnik mówiący o odpowiedzialności względem środowiska naturalnego (Elkington, 2019). Uwzględnienie tych trzech wymiarów działania stanowi podstawę do osiągnięcia celu – zrównoważonego rozwoju.

Pojęcie zrównoważonego rozwoju zostało zapisane m.in. w art. 5 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z 1997 roku:

„Rzeczpospolita Polska strzeże niepodległości i nienaruszalności swojego terytorium, zapewnia wolności i prawa człowieka i obywatela oraz

bezpieczeństwo obywateli, strzeże dziedzictwa narodowego oraz zapewnia ochronę środowiska, kierując się zasadą zrównoważonego rozwoju”.

*Corporate Social Performance* (CSP) koncentruje się na badaniu procesów zachodzących między organizacją a jej otoczeniem w skali mikro i obejmuje swoim zakresem zasady społecznej odpowiedzialności, jak również wszelkie procesy przedsiębiorstwa – organizacji, które są związane z reagowaniem na oczekiwania społeczne (programy, wyniki działalności czy prowadzoną politykę w kwestiach istotnych dla danej społeczności). Trzeba pamiętać, że CSR i inne koncepcje pokrewne nie są przeznaczone wyłącznie na potrzeby dużych korporacji. Mogą być również z powodzeniem realizowane przez każdy inny podmiot, np. przez instytucje publiczne, stowarzyszenia czy placówki medyczne w ochronie zdrowia.

Dlatego też punktem wyjścia niezbędnym do poprawy sytuacji w placówkach medycznych, a tym samym ich restrukturyzacji, jest w dużym stopniu potrzeba zmiany myślenia w kwestii postrzegania ochrony zdrowia i należących do niej podmiotów przez pryzmat zachowań etycznych.

Zgodnie z zapisem w Konstytucji (art. 68. Prawo do ochrony zdrowia):

- Każdy ma prawo do ochrony zdrowia.
- Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa.
- Władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku.
- Władze publiczne są obowiązane do zwalczania chorób epidemicznych i zapobiegania negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska.
- Władze publiczne popierają rozwój kultury fizycznej, zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży.

Nie oznacza to, że placówki w ochronie zdrowia nie mogą funkcjonować równoległe jak dobrze prosperujące przedsiębiorstwa na zasadach Kodeksu spółek handlowych (Dz.U. z 2000 r., Nr 94, poz. 1037), mając swój własny kodeks etyczny, który połączy koronne wartości i zasady obejmujące m.in. relacje interpersonalne, a także określi wizję i misję.

Nie od dziś wiadomo, że dzięki instrumentom i zasobom etycznym potrafimy analizować sytuację przedsiębiorstwa, w szczególności w kwestii problemów związanych z ich funkcjonowaniem, uwzględniając procesy nie tylko społeczne i polityczne, lecz także ekonomiczne. To nic innego jak

narzędzie do uzyskania wysokich parametrów skuteczności w przypadku rozwiązywania konfliktów, kiedy dana organizacja – przedsiębiorstwo napotyka ograniczenia wynikające z moralnych czy społecznych uwarunkowań.

Kodeks etyczny jest więc instrumentem etyki biznesu, zbiorem dobrych praktyk, postępowania i wartości. W chwili kiedy stanie się sformalizowanym zbiorem zasad i reguł, zostanie prawidłowo wdrożony i przestrzegany, zwiększy wartość podmiotu, przynosząc realne korzyści nie tylko wizerunkowe, lecz również materialne.

Na związek ekonomii z etyką zwracał już uwagę m.in. Adam Smith, który w swoim dziele *Teoria uczuć moralnych* (ang. *The Theory of Moral Sentiments*) pisał: „Nie do pomyślenia jest abyśmy nie pragnęli szczęścia innych ludzi, wszystkich rozumnych, niewinnych istot i nie czuli w jakiejś mierze sprzeciwu wobec jej niedoli” (za: Markwart i Szymańska, 2013), a w swoim największym dziele *Badania nad naturą i przyczynami bogactwa narodów* (ang. *An Inquiry into the Nature and Causes of the Wealth of Nations*) jednoznacznie wskazał, że istotą człowieka jest dążenie do większej korzyści osobistej w warunkach naturalnej wolności, ale pod warunkiem istnienia pewnych ograniczeń instytucjonalnych i moralnych (Przybyła, 2005).

Pierwszym dokumentem będącym swego rodzaju kodeksem etycznym dla biznesu był *Manifest z Davos*, napisany w trakcie III Europejskiego Sympozjum Zarządzania w 1937 roku, w którym określono, że podstawową funkcją biznesu jest odpowiedzialność wobec zarówno interesariuszy wewnętrznych, zewnętrznych, jak i całego społeczeństwa, a nie tylko zysk (Żabski, 2013).

Innymi zbiorami zasad i reguł postępowania w działalności gospodarczej były *Zasady Okrągłego Stołu z Caux* z 1989 roku (*Caux Round Table Principles for Business*), które m.in. zawierały zapis o wzajemnym zrozumieniu i współpracy opartej na najwyższych wartościach moralnych i odpowiedzialnej działalności jednostek w biznesie, jak również *Globalne Zasady Sullivana* i *Inicjatywę Global Compact* z 1999 roku (Żemigąła, 2013).

Jerzy Cieślik i Wojciech Gasparski w swojej publikacji *Etyczna firma. Pakiet narzędziowy dla drożenia standardów etycznych w małej i średniej firmie* twierdzą, że: „Kodeks etyczny to dokument kodyfikujący wartości wspólne członków organizacji, określający zachowania, jakie uważa się za właściwe, wskazujący to, co nie jest właściwe oraz określający sankcje, jakie mogą być orzekane w przypadku niestosowania się do postanowień kodeksu. Kodeksy etyczne opatrywane są różnymi nazwami, są to mianowicie kodeksy dobrej praktyki, kodeksy postępowania itp. Za najlepsze kodeksy etyczne uważa się kodeksy będące połączeniem kodeksu wartości, kodeksu postępowania oraz kodeksu norm, jakich należy przestrzegać” (Gasparski, 2000, s. 131).

Kodeksy etyczne można sprowadzić do dwóch kategorii – kodeksy ogólne, takie, które są adresowane do wszystkich lub znaczącej grupy ludzi zaangażowanych w działania organizacyjne i kodeksy szczegółowe normujące działalność np. jednej organizacji. Na pograniczu kodeksów ogólnych i szczegółowych, normalizujących zasady postępowania organizacyjnego, można umieścić kodeksy zawodowe, które zawierają mniej lub bardziej szczegółowo sprecyzowane normy etyczne danego zawodu, np. dotyczące zawodów wykonywanych na rzecz interesów publicznych, wymagających zaufania społecznego, takich jak lekarz, pielęgniarka czy ratownik medyczny. W dzisiejszych czasach Przysięga Hipokratesa stanowi fundament etyki zawodowej lekarzy i pokazuje, jak ważne jest określenie zasad moralnych, które obowiązują tę grupę zawodową. Jej główne przesłanie głosi *Primum non nocere*, co znaczy „Po pierwsze nie szkodzić”, jak również m.in. służyć zdrowiu i życiu ludzkiemu, przeciwdziałać cierpieniu, nieść pomoc, okazywać szacunek, nie nadużywać zaufania<sup>5</sup>.

Należy jednak pamiętać, że wspólną cechą wszystkich kodeksów etycznych – zarówno ogólnych, jak i szczegółowych – powinna być ich deklaracja legalizmu, czyli postępowania zgodnie z prawem. Według Davida Hessa (*Regulating Corporate Social Performance: A New Look at Social Accounting, Auditing, and Reporting*) kodeksy etyczne są powiązane z tym, co w amerykańskiej literaturze prawniczej nazywa się prawem refleksyjnym – *reflexive law* (prawo ściśle powiązane z etyką i odpowiedzialnością biznesu) (Hess, 2001). Potrzebny jest taki model regulacji, który będzie na tyle elastyczny, aby uwzględnić różnorodne konteksty, w których działają przedsiębiorstwa, ale również sprawi, że będzie reagować na zmieniające się społeczne oczekiwania dotyczące właściwego zachowania danej jednostki. Należy jednak odróżnić prawo refleksyjne od prawa przedmiotowego, stanowionego przez państwo i określającego to, co jest prawnie dozwolone czy zakazane. Widzimy to również w publikacji Roberta Campbella i Alana Kitsona *The Ethical Organisation*. Autorzy w swoim studium przypadków, jako istotny element tworzenia kodeksów etycznych, umieścili zapis informujący o możliwości modyfikacji i nanoszenia poprawek do kodeksu w miarę zdobywania doświadczenia, jako kluczowy element tworzenia spójnej, wspólnej pracy w wyniku szczegółowych badań i konsultacji ze wszystkimi grupami interesariuszy (Kitson i Campbell, 2008). Kodeksy etyczne tworzone dla potrzeb placówek ochrony zdrowia powinny być zbiorem aktów prawnych, wartości, norm i zasad postępowania zgodnych z *Primum non nocere*, stworzonych

<sup>5</sup> Na podstawie: [https://mfiles.pl/pl/index.php/Kodeks\\_etyki\\_zawodowej](https://mfiles.pl/pl/index.php/Kodeks_etyki_zawodowej) (dostęp: 10.08.2020).

przede wszystkim w celu budowania profesjonalnego wizerunku, jak również w celu ujednolicenia standardów pracy.

Dlatego też niesłusznie pracownicy placówek ochrony zdrowia postrzegają je jako formę usztywnienia pracy, narzucenie dodatkowych obowiązków, ograniczenia swobody czy podważenie kompetencji. Nie są dodatkowym kosztem czy obciążeniem, a zarzuty dotyczące chęci zwiększenia zyskowności czy pozyskania wyłącznie akredytacji są bezpodstawne. Brak wyczerpujących informacji w kwestii rozróżnienia pojęć „kodeks etyczny” i „kodeks postępowania” powoduje w dużym stopniu dezinformację w kwestii ich zasadności, gdyż kodeksy różnią się pod względem celu, zakresu i treści. W odróżnieniu od kodeksu etycznego kodeks postępowania zwykle określa konkretne wytyczne z bardziej szczegółowymi zaleceniami, zakazami działania, i jest adresowany wyłącznie dla określonej grupy pracowników.

## **Podsumowanie**

### **Propozycje optymalizacji funkcjonowania kodeksów etycznych w polskiej ochronie zdrowia jako materiał do dyskusji**

W Polsce funkcjonują przeważnie dwa rodzaje kodeksów w ochronie zdrowia – kodeksy etyki zawodowej i kodeks etyczny dotyczący danej placówki medycznej. Niestety właśnie z powodu braku standaryzacji możemy spotkać się z różną formą nazewnictwa tych samych dokumentów w ochronie zdrowia (np. kodeks etyki i postępowania, kodeks etyki, kodeks etyczny, kodeks postępowania), mimo że już po wstępnej analizie widzimy, że dotyczą tych samych zagadnień.

Trzeba jednak pamiętać, że obowiązujące kodeksy etyczne – w odróżnieniu od kodeksów etyki zawodowej – są dynamiczne i podlegają niewątpliwie ciągłym zmianom, ale każdy z nich powinien posiadać niezmienny kręgosłup moralny oparty na etyce i literze prawa.

Synergia działań międzysektorowych daje wymierne korzyści beneficjentom działań i buduje zaufanie społeczne, a także jest istotnym czynnikiem motywującym pracowników do efektywnej pracy. Niezależnie od negatywnych aspektów tworzenia kodeksów etycznych większość naukowców i biznesmenów utrzymuje, że kodeksy etyczne są użyteczne.

Najlepszym rozwiązaniem byłaby sytuacja, w której jeden kodeks etyczny obowiązywałby wszystkie placówki ochrony zdrowia, niezależnie od stanu prawnego podmiotów leczniczych (szpitale, przychodnie, domy opieki itd.).



Standaryzacja dotyczyłaby placówek, które podpisały umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ) o udzielanie świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, jak również jednostek, które pobierają świadczenia bezpośrednio z budżetu Ministerstwa Zdrowia – co w dużym stopniu pozwoliłoby na zmianę wizerunku systemu ochrony zdrowia w Polsce w sektorze państwowym.

Ujednolicony kodeks etyczny pełniłby wiele funkcji, m.in. regulacyjną, edukacyjną, gwarancyjną, przeciwdziałającą nieprawidłowościom, kontrolną czy doradczą. Zawierałby zbiór wartości, misję, wizję czy informacje dotyczące legalizmu, a tym samym stałby się fundamentem do budowania pozytywnych relacji zarówno z otoczeniem zewnętrznym, jak i środowiskiem wewnętrznym.

Deklaracja etycznego postępowania zawarta w takim kodeksie stanowiłaby również motywację do przestrzegania Karty Praw Pacjenta (Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz.U. z 2009 r., Nr 52, poz. 417), szeregu aktów normatywnych (m.in. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, Dz.U. z 1991 r., Nr 91, poz. 408), Kodeksu pracy (Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r., Dz.U. z 1974 r., Nr 24, poz. 141.), kodeksów etyki zawodowej, ratyfikowanych umów międzynarodowych m.in. Deklaracji Praw Pacjenta WHO, ale przede wszystkim Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej (Dz.U. z 1997 r., Nr 78, poz. 483, z późn. zm. z dnia 2 kwietnia 1997 r.).

Każdy pracownik placówki medycznej, a w szczególności kadra zarządzająca, byłby zobowiązany działać zarówno w relacjach zewnętrznych, jak i wewnątrz organizacji w sposób zgodny z postanowieniami kodeksu. Dotyczy to również osób zatrudnionych na podstawie innej niż umowa pracę, np. osób współpracujących na podstawie umów cywilnoprawnych, kontraktów, pracowników tymczasowych lub oddelegowanych z firm zewnętrznych świadczących usługi dla placówki medycznej.

Należy postrzegać kodeks jako pozytywny aspekt rozwoju, a nie kolejny bublel administracyjny.

Martin Seligman – amerykański psycholog, twórca pojęcia psychologii pozytywnej – w swojej publikacji *Authentic Happiness Using the New Positive Psychology to Realise your Potential for Lasting Fulfilment* zidentyfikował listę cech, które posiadają ludzie o wysokim poczuciu szczęścia. Są to:

- Mądrość i wiedza, a więc również potrzeba i umiejętności do zdobywania i wykorzystywania nowej wiedzy.
- Odwaga, charakteryzująca się przede wszystkim potrzebą i umiejętnością osiągnięcia celów, jak również potrzebą i siłą do obrony własnych wartości i podejmowania wyzwań.

- Humanitaryzm, czyli umiejętność dbania również o innych.
- Sprawiedliwość.
- Opanowanie charakteryzujące się przede wszystkim ostrożnością, dyskrecją, rozważą i samokontrolą.
- Transcendencja, tłumaczona jako potrzeba poczucia posiadania sensu życia (Seligman, 2017).

Wszystkie te cechy powinny być fundamentem podczas podejmowania przez nas decyzji, które nie powinny być efektem zewnętrznego przymusu, np. kodeksu etycznego, ale osobistych przekonań i stanowić inspirację do zwiększenia dobrostanu (ang. *well-being*) – szczęścia u siebie i innych.

Ze względu na fakt, że większość swojego dorosłego życia poświęcamy aktywności zawodowej, poczucie dobrostanu w miejscu pracy zaczyna mieć istotne znaczenie dla naszego zdrowia psychicznego i fizycznego oraz kondycji przedsiębiorstwa – placówki, w której pracujemy. Nie należy więc go traktować jako zbioru zakazów i nakazów dla pracowników. Jego nadrzędną rolą jest wskazanie właściwych zasad i rozwiązań w przypadku konieczności rozstrzygnięcia problemów etycznych związanych z jego stosunkiem pracy, ale także powinien stanowić metodę na zwiększenie osobistego dobrostanu.

Dlatego też opracowanie dobrego kodeksu etycznego jest niezwykle trudne, gdyż bardzo łatwo jest stworzyć zasady czy procedury niemożliwe do wykonania lub wzajemnie się wykluczające.

Kodeks etyczny dla pracowników ma być podstawą do realizacji wyznaczonych celów przez placówkę medyczną ochrony zdrowia, gdzie podstawowym i głównym celem powinna być orientacja na pacjenta i jego potrzeby, jak również konieczność ciągłego podnoszenia jakości świadczonych usług.

Cele te dla pacjenta staną się gwarancją przestrzegania jego prawa m.in. do świadomego podejmowania decyzji dotyczących leczenia, do uzyskania rzetelnej informacji o stanie zdrowia, do życzliwego i kulturalnego traktowania, do samostanowienia czy prawa do zachowania tajemnicy lekarskiej (Lenczowska-Soboń, 2007).

Oczywiście trzeba pamiętać, że żaden kodeks etyczny wprowadzony przez daną organizację nie zastąpi osobistej oceny, która oparta jest w szczególności na etyce indywidualnej, kształtowanej pod wpływem rodziny, kolegów, doświadczenia zawodowego, czynników sytuacyjnych czy osobistych wartości i norm moralnych (Griffin, 2017, s. 136). Ten zbiór zasad i reguł nie może być celem sam w sobie. Jego nadrzędną rolą powinno być świadome kształtowanie kultury etycznej w organizacji i budowanie pozytywnych relacji międzyludzkich, a w szczególności stosowanie się do zasady

Immanuela Kanta „Postępuj tak, byś człowieczeństwa tak w twojej osobie, jak też w osobie każdego innego używał zawsze jako celu, nigdy tylko jako środka” (za: Kusak, 2006, s. 53).

## Bibliografia

- ACHE Code of Ethics American College of Healthcare Executives*. Pozyskano z: <https://www.ache.org/about-ache/our-story/our-commitments/ethics/ache-code-of-ethics> (dostęp: 12.07.2020).
- Carnegie, A. (1985). *Prezentacja Biblioteki Carnegie mieszkańcom Pittsburgha*, 5 listopada 1895. Pozyskano z: <https://explorepahistory.com/> (dostęp: 2.08.2020).
- Daniluk, P. (2014). Prawne aspekty czynności lekarskich w świetle orzecznictwa Sądu Najwyższego. *Przegląd Urologiczny*, maj.
- Drucker, P.F. (1998). *Praktyka Zarządzania*. Warszawa: MT Biznes.
- Dyda N., *Odpowiedzialność cywilna za błędy medyczne na tle innych rodzajów odpowiedzialności*. Kondrat i Partnerzy. Pozyskano z: <http://prawo-medyczne.info> (dostęp: 5.07.2020).
- Elkington, J. (2019). 25 Years Ago I Coined the Phrase Triple Bottom Line. Here's Why It's Time to Rethink It. *Harvard Business Review*.
- Fromm, E. (1992). *The Art. Of Loving (O sztuce miłości)*. Wydawnictwo Sagittarius.
- Gasparski, W. (2000). Kodeksy etyczne: ich projektowanie, wprowadzania i stosowanie (na wybranym przykładzie). *Annales*, 3.
- Griffin, R.W. (2017). *Management (Podstawy zarządzania organizacjami)*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Hess, D. (2001). Regulating Corporate Social Performance: A New Look at Social Accounting, Auditing, and Reporting. *Business Ethics Quarterly*.  
[https://mfiles.pl/pl/index.php/Kodeks\\_etyki\\_zawodowej](https://mfiles.pl/pl/index.php/Kodeks_etyki_zawodowej) (dostęp: 10.08.2020).
- ISO 26000:2010(en) Guidance on social responsibility*. Pozyskano z: <https://www.iso.org/obp/ui/#iso:std:iso:26000:en> (dostęp: 12.07.2020).
- Jasiński, K. (2008). Doświadczenie wartości przez człowieka w myśli Józefa Tischnera. *IDEA – Studia nad strukturą i rozwojem pojęć filozoficznych, XX*. Białystok.
- Karkowska, A. (2004). *Prawa Pacjenta*. Warszawa: Dom Wydawniczy ABC.
- Kisielnicki, J. (1995). *Zarządzanie w Biznesie*. W: *Encyklopedia Biznesu*. Warszawa: Fundacja Innowacja.
- Kitson, A. i Campbell, R. (2008). *The Ethical Organisation*. Red Globe Press, edycja II. *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.* Pozyskano z: <http://www.sejm.gov.pl/prawo/konst/polski> (dostęp: 10.08.2020).
- Korzystanie z usług zewnętrznych przez szpitale publiczne*, LBY.410.007.00.2015. Pozyskano z: <https://www.nik.gov.pl> (dostęp: 5.07.2020).
- Kusak, L. (2006). Zarys antropologii Immanuela Kanta. *Zeszyty Naukowe Akademii Ekonomicznej w Krakowie*, 722.
- Lenczowska-Soboń, K. (2007). *Kodeks etyki lekarskiej – moc prawna i stosowanie w orzecznictwie sądów powszechnych*. Pozyskano z: <https://prawo.pl> (dostęp: 5.07.2020).
- Liszewska, A. (1998). *Odpowiedzialność karna lekarza za błąd w sztuce lekarskiej*. Kraków: Kantor Wydawniczy Zakamycze.

- Markwart, A. i Szymańska, M. (2013). Dobro jednostki dobrem społeczeństwa czy dobro społeczeństwa dobrem jednostki? George Berkeley i Adam Smith o postrzeganiu i moralności. *Etyka*, 46, 21–34.
- Nowicki, M.A., *Prawa człowieka*. Pozyskano z: <https://encyklopedia.pwn.pl/> (dostęp: 19.06.2020).
- Okoń, W. (2007). *Nowy słownik pedagogiczny*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.
- Ostrowska, U. (2014). O wartościach ponadczasowych uniwersytetu w myśli Kazimierza Twardowskiego. *Przegląd Pedagogiczny*, 1.
- Paluch-Gęgała, A., *Klient czy pacjent? Kto odwiedza psychologa?* Pozyskano z: <https://psychologikaprawnika.pl/> (dostęp: 5.07.2020).
- Pałeczka, M. (red.) (2013). *Biuletyn Okręgowej Izby Pieleniarek i Położnych*. Pozyskano z: <https://oipip.walbrzych.pl> (dostęp: 5.07.2020).
- Pisz, Z. i Rojek-Nowosielska, M. (2013). *Spoleczna odpowiedzialność organizacji. W poszukiwaniu paradygmatów, metodologii i strategii*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego.
- Polski Komitet Normalizacyjny (2012). *ISO 26000 Guidance on social responsibility. Norma międzynarodowa dotycząca społecznej odpowiedzialności*. Pozyskano z: <https://www.pkn.pl/informacje/2013/09/iso-26000> (dostęp: 2.08.2020).
- Przybyła, H. (2005). Adam Smith a Forerunner of Business Ethics, *Etyczny Wymiar Działalności Gospodarczej*, 35.
- Seligman, M. (2017). *Authentic Happiness Using the New Positive Psychology to Realise your Potential for Lasting Fulfilment*. Nicholas Brealey Publishing.
- Sieńko, A. (2013). Błędy medyczne – odpowiedzialność lekarza i placówki medycznej. W: N. Dydą, *Rodzaje błędów medycznych*. Pozyskano z: <http://prawo-medyczne.info> (dostęp: 5.07.2020).
- Skorupka, S., Auderska, H. i Łempicka, Z. (red.) (1968). *Mały słownik języka polskiego*. Warszawa: PWN.
- Stowarzyszenie Forum Odpowiedzialnego Biznesu, *Spoleczna odpowiedzialność biznesu (CSR)*. Pozyskano z: <http://odpowiedzialnybiznes.pl/hasla-encyklopedii/spoleczna-odpowiedzialnosc-biznesu-csr/> (dostęp: 20.06.2020).
- Tetsurō, W. (2019). *The Significance of Ethics. As the Study of Man*. Pozyskano z: <https://plato.stanford.edu> (dostęp: 10.08.2020).
- Tischner, J. (2017). *Krótki przewodnik po życiu*. Kraków: Społeczny Instytut Wydawniczy Znak.
- Tischner, J. (2011). *Spór o istnienie człowieka*. Kraków.
- Twardowski, K. (2011). *O dostojeństwie Uniwersytetu – The majesty of the University* – reprint wraz z notą biograficzną Małgorzaty Nowak. Poznań: UAM.
- Warner, M. (red.) (2002). *International Encyclopedia of Business & Management*. Thomson Learning.
- Żabski, Ł. (2013). Kodeks dobrych praktyk jako narzędzie doskonalenia nadzoru korporacyjnego. *Prace Naukowe Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie. Pragmata tes Oikonomias*, VII.
- WHO (2014). *A Declaration on the Promotion Rights of Patients in Europe, European Consultation on the Rights of Patients*, Amsterdam, 28–30 March 1994. Pozyskano z: [https://www.who.int/genomics/public/eu\\_declaration1994](https://www.who.int/genomics/public/eu_declaration1994) (dostęp: 11.06.2020).
- Żemigala, M. (2013). *Spoleczna odpowiedzialność biznesu w świetle analiz bibliometrycznych i opinii pracowników na temat równowagi między życiem zawodowym a prywatnym*. Warszawa: WNWZ UW Warszawa.