

Patryk Gałuszka

Poprawność etyczna zachowań uczestników rynku kapitałowego

Annales. Etyka w życiu gospodarczym 8/1, 247-257

2005

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

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Standardy sprawiedliwości w polskim systemie opieki zdrowotnej: zagadnienia ekonomiczne i etyczne

1. Poszukiwanie sprawiedliwej medycyny w sprawiedliwym społeczeństwie

Poszukiwanie sprawiedliwego społeczeństwa było marzeniem człowieka od dawien dawna. Toteż u zarania refleksji na ten temat znajdujemy w starożytnej filozofii różne rozwiązania. Według wielkich filozofów greckich sprawiedliwość zaliczana jest do tzw. cnót kardynalnych obok mądrości, roztropności, dzielności. Platon, z podanego zestawu, sprawiedliwość traktuje jako cnotą zestrzajającą inne cnoty, dzięki której funkcjonuje zarówno *polis*, jak i jej obywatele, zaś pozostałe przypisywane są tylko jednostkom. Podobną interpretację podaje Arystoteles wskazując, że istnieje sprawiedliwość w sensie ogólnym będąca „cnotą doskonałą”, czyli połączeniem wszystkich cnót oraz sprawiedliwość w sensie szczególnym, identyfikowana z prawem i równością. Wytyczaniem założeń do budowy sprawiedliwego społeczeństwa zajmowało się wielu filozofów. W oświeceniowych teoriach umowy społecznej Hobbesa, Locka i Rousseau odnaleźć można różne konceptualizacje i wizje sprawiedliwości. Ogólny wniosek z tych rozważań brzmi: racjonalne jednostki, które nie chcą rezygnować ze swoich egoistycznych interesów winny godzić się na przestrzeganie reguł wynikających z przyjętej umowy, które zarazem ograniczają ich wolność, ale dają możliwości realizacji własnych celów.

Klasycy ekonomii twierdzili, że istnieje związek pomiędzy efektywnością ekonomiczną a sprawiedliwością społeczną. Do dzisiaj panuje przekonanie, że koncepcja utilitaryzmu stworzona przez J. Benthama i J. S. Milla jest właściwym punktem wyjścia do zbudowania podstaw dobrego społeczeństwa. Wątpliwości budzi fakt uznania zasady użyteczności jako kluczowej, ponieważ automatycznie inne zasady związane ze sprawiedliwością, takie jak, równość, potrzeby, zasługi tracą na znaczeniu. Dylemat czy preferować interesy jednostki względem interesów innych, np. państwa, gospodarki jest ciągle aktualny. Wysiłki ekonomistów na rzecz oddzielenia sfery racjonalności i efektywności od sfery moralnej wydają się czymś naturalnym w sytuacji gry rynkowej. F. A. von Hayek stwierdził, że pojęcie sprawiedliwości „nie ma odniesienia do rezultatów gospodarki rynkowej”¹. Treści sprawiedliwości społecznej, pomimo eliminowania ich przez ekonomistów neoliberalistów, są trwałym elementem programów partii socjaldemokratycznych, współczesnych refleksji

¹ F.A. von Hayek, *New Studies in Philosophy, Politics, Economics and the History of Ideas*, The University of Chicago Press, Chicago 1978.

filozoficznych i socjologicznych. Ideę sprawiedliwości społecznej odnajdujemy w społecznej nauce Kościoła i literaturze katolickiej². Papież Jan Paweł II poświęcił jej ważne miejsce w encyklice *Laborem exercens*³.

Podjmując dzisiaj problem sprawiedliwej medycyny można nawiązać do rozważań starożytnych filozofów. Wskażmy znaczenie sprawiedliwości jako cnoty: po pierwsze, społeczno-instytucjonalnej wynikającej z uregulowań prawnych dotyczących rozdziału ograniczonych dóbr medycznych; po drugie, cywilno-obywatelskiej dotyczącej naszego życia codziennego, w której partycypacji mają swój udział lekarze, którzy powinni się nią kierować w praktyce zawodowej. W obu interpretacjach sprawiedliwość może być traktowana jako fakt społeczny łatwo weryfikowalny poprzez ocenę dostępności i jakości usług medycznych. Za główne kwestie sprawiedliwości w opiece zdrowotnej można uznać: po pierwsze, równy dostęp do zasobów przedmiotowych opieki medycznej i realizacji praw obywateli w tym zakresie; po drugie, sprawiedliwości pod względem obciążeń finansowych ponoszonych na publiczną i indywidualną opiekę zdrowotną; po trzecie, wyrównanie warunków loterii życia, dotyczących niezасłużonych cech biologicznych bądź społecznych, w sytuacji niedoboru środków finansowych przeznaczonych na zdrowie. Wobec takiego obszaru sprawiedliwej opieki zdrowotnej kluczowym staje się pytanie: czy państwo może zarządzić sprawiedliwość w opiece zdrowotnej? Jeśli tak, to jakimi kryteriami będzie się posługiwało, dokonując alokacji deficytowych środków medycznych?

2. Standardy sprawiedliwości według raportu WHO

W raporcie WHO – World Health Report 2000 grono badaczy zaproponowało zasady monitoringu systemów opieki zdrowotnej⁴. Ponieważ na świecie istnieją różnorodne rozwiązania organizacyjne i finansowe opieki zdrowotnej próba wyartykułowania kryteriów, wedle których powinny być oceniane systemy zdrowotne jest niezwykle ważna. Standardy sprawiedliwości (*benchmarks of fairness*) zostały opracowane przez zespół w ramach międzynarodowego projektu na użytek autorów reform systemu zdrowotnego⁵. Do określenia dynamiki zmian w obszarach systemów zdrowia posłużono się następującymi wymiarami: 1/ uwarunkowania środowiskowe zdrowia publicznego, 2/ finansowe bariery dostępności, wraz ze zjawiskami korupcyjnymi, 3/ pozafinansowe bariery utrudniające dostęp do opieki zdrowotnej, 4/ holistyczność świadczeń zdrowotnych, 5/ równomierne obciążenia finansowe, 6/ skuteczność i jakość wykonywania świadczeń zdrowotnych, 7/ funkcjonalność administracyjna, 8/ odpowiedzialność wszystkich podmiotów i możliwość jej egzekwowania, 9/ autonomia pacjenta i świadczeniodawcy. Wskazane standardy szczególnie są istotne dla krajów UE, których obywatele mogą korzystać z opieki medycznej we wszystkich państwach członkowskich. Państwa UE są przykładem funkcjonowania różnych wariantów opieki zdrowotnej, stawiającej własne priorytety i osiagającej podobne cele zdrowotne przy

² S. Kowalczyk, *Idea sprawiedliwości społecznej a myśl chrześcijańska*, Redakcja Wydawnictw Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 1998.

³ Jan Paweł II, *Laborem exercens*, [w:] *Encykliki Ojca Świętego...*, Znak, Kraków 1996.

⁴ *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*, WHO 2000.

⁵ N. Daniels, J. Bryant, R.A. Castano, O.G. Dantes, K.S. Khan, S. Pannarunothai, *Benchmarks of Fairness for Health Care Reform: a Policy Tool for Developing Countries*, "Bulletin of the World Health Organization" 2000, nr 78 (6), s. 740–750.

różnych nakładach finansowych⁶. Posłużę się przykładem Szwecji, w której oparto się w reformowaniu opieki medycznej na trzech kluczowych zasadach⁷:

- poszanowanie godności pacjenta, traktowane jako równy dostęp wszystkim ludzi do opieki medycznej, niezależnie od ich indywidualnych cech i pozycji społecznej;
- respektowanie potrzeb i solidarność międzyludzka, polegająca na zwracaniu szczególnej uwagi tym chorym, którzy nie mogą swoich potrzeb wyartykułować;
- analiza kosztów i korzyści prowadząca do racjonalnych decyzji i efektywności programów zdrowotnych.

Uwzględniając wyjściowe zasady zaproponowano listę priorytetów klinicznych, wśród których znalazły się m.in.: leczenie ostrych chorób przewlekłych zagrażających życiu i prowadzących do trwałego kalectwa bądź przedwczesnej śmierci; paliatywna opieka terminalna oraz opieka nad ludźmi o ograniczonej autonomii; rehabilitacja i zindywidualizowana profilaktyka; leczenie chorób ostrych i przewlekłych w mniejszym stopniu zagrażających życiu; przypadki graniczne; inna opieka medyczna.

Jak łatwo zauważyć system nadal oparty jest na priorytetach szwedzkiej demokracji i państwie przyjaznym obywatelom. Toteż przy takich założeniach wyjściowych ważne było uzyskanie szerokiego poparcia społecznego i politycznego dla idei zastosowania mechanizmów rynkowych. Wprawdzie próbowano, w ramach długofalowych przekształceń, przyznać lokalnym władzom na szczeblu okręgów (*county council*) prawo kształtowania relacji pomiędzy płatnikiem, świadczeniodawcą oraz kontraktującym usługi medyczne, to jednak nie sprzyjało to respektowaniu zasad wyjściowych. Główna niespójność systemu pojawiła się w interpretacji zasady sprawiedliwości i zasady efektywności, które swą legitymizację czerpały z innych źródeł – moralnych bądź ekonomicznych. Obywatele krytycznie ocenili kryterium efektywności systemu opieki zdrowotnej, który reglamentując niektóre usługi wydawał im się niesprawiedliwy⁸.

Można rzec, że podstawowe cele systemu opieki zdrowotnej powinny być podobne w większości krajów. Jednakże już sama definicja systemu opieki zdrowotnej stwarza trudności interpretacyjne. Według C. Włodarczyka w definiowaniu systemu wskazane jest wyróżnić trzy obszary oddziaływania polityki zdrowotnej: 1/ służbę zdrowia stanowiącą podstawę systemu; 2/ instytucje administrujące i finansujące służbę zdrowia; 3/ wszystkie działania dotyczące zdrowia publicznego⁹. W polskim podręczniku „*Zdrowie publiczne*”, powołując się na francuskie rozwiązania S. Paździoch wymienia następujące cele systemu opieki zdrowotnej:

- zapewnienie i zabezpieczenie dostępu do opieki zdrowotnej wszystkim obywatelom bez względu na kryteria różnicujące, np. ekonomiczne, społeczne, kulturowe, geograficzne;

⁶ Przykłady różnych światowych rozwiązań w zakresie systemów zdrowotnych i ich reformy prezentują m.in. prace: C. Włodarczyk, S. Paździoch, *Systemy zdrowotne. Zarys problematyki*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001; Ch. Ham, G. Robert, *Reasonable Rationing. International Experience of Priority Setting in Health Care*, Open University Press, Maidenhead, Philadelphia.

⁷ *Health Care Systems in Transition. Sweden*, European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen 2001.

⁸ F. Diderichsen, *Market Reforms in Health Care and Sustainability of the Welfare State: Lessons from Sweden*, „Health Policy” 1995, No. 32, s. 141–153.

⁹ C. Włodarczyk, *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Łódź, Warszawa, Kraków 1996.

- zapewnienie jakości opieki medycznej możliwie na najwyższym poziomie, zgodnie ze standardami praktycznymi uprawiania zawodu i poziomem aktualnym wiedzy biomedycznej;
- zapewnienie efektywności opieki zdrowotnej czyli produktywności, racjonalności, skuteczności; maksymalne wykorzystanie wszystkich zasobów finansowych, przedmiotowych i osobowych;
- monitorowanie dynamiki systemu poprzez określanie satysfakcji korzystających z opieki i pracującego personelu medycznego oraz wdrażanie reform sprzyjających zaspokojeniu potrzeb zdrowotnych obywateli¹⁰.

Jak pisałem powyżej problemem głównym wszelkich reform w zakresie opieki zdrowotnej jest ustalenie kryteriów standardów sprawiedliwości w zakresie równego dostępu ograniczonych środków medycznych. W tym zakresie większość państw ma przeważnie problem z respektowaniem konstytucyjnych uregulowań dotyczących ochrony zdrowia, w których mówi się o zapewnieniu obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków publicznych. Wspomniana koncepcja standardów sprawiedliwości przyczyniła się do analizy funkcjonowania systemów zdrowotnych według przygotowanej przez WHO procedury. Dokument ustawia problem celów głównych systemu zdrowotnego w inny sposób. Dzieli cele na nadrzędne, będące wartością samą w sobie – można je nazwać celami autotelicznymi, czyli takimi, które są ważne z istoty swojej i nie musimy szukać uzasadnień dla ich realizacji oraz instrumentalne służące do realizacji celów pierwszych. Wśród celów nadrzędnych wymieniono: stan zdrowia społeczeństwa, wrażliwość systemu (*responsivennes*) na potrzeby pacjentów nie związane bezpośrednio z leczeniem, sprawiedliwe obciążenia dotyczące finansowania opieki zdrowotnej. System oceniano pozytywnie gdy wystąpił wyższy stopień osiągnięcia każdego z celów bez zmniejszenia stopnia osiągnięcia pozostałych.

Prześledźmy zatem, co kryje się pod każdym z wyróżnionych celów. Najważniejszym celem systemu zdrowotnego jest osiągnięcie przez każdego członka społeczeństwa najlepszego z możliwych stanu zdrowia na każdym etapie życia. Wskaźnikiem zaproponowanym przez autorów raportu jest DALE (Disability Adjusted Life Expectancy), określający spodziewaną długość życia skorygowaną niesprawnością. Wskaźnik ten łączy więc ilościowy aspekt, czyli liczbę przeżytych lat z aspektem jakościowym, czyli stopniem niesprawności człowieka. W zakres tego wskaźnika wchodzi śmiertelność oraz obciążenie społeczeństwa chorobami i niesprawnością z nimi związanymi. Polska według tego wskaźnika z wynikiem 66,2 znalazła się na 45 miejscu. Na czele rankingu znalazła się Japonia z DALE wynoszącym 74,5, a na ostatnim 191 miejscu Sierra Leone z 25,9.

Kolejnym celem systemu zdrowotnego jest reakcja – wrażliwość systemu na niemedyczne potrzeby pacjentów, która oceniana była poprzez następujące elementy:

- Respektowanie godności pacjenta rozumiane jako prawo otrzymywania opieki, w której pacjent zostanie potraktowany podmiotowo, a nie przedmiotowo, np. traktowanie pacjenta z szacunkiem, poszanowanie prywatności, uzyskiwanie pełnej informacji, możliwość swobodnego przemieszczania się nawet w przypadku osób zakażonych wirusem HIV. Podkreśla się, że godność dotyczy wszystkich pacjentów, zarówno pacjentów umierających jak i tych, których choroby nie prowadzą do śmierci.

¹⁰ S. Paździoch, *System zdrowotny*, [w:] A. Czupryna, A. Paździoch, A. Ryś, C. Włodarczyk (red.), *Zdrowie Publiczne*, t. 1, Uniwersyteckie Wydawnictwo „Vesalius”, Kraków 2000, s. 128.

- Autonomia, czyli udział pacjenta w decyzjach dotyczących jego zdrowia i leczenia. Szczególnie zwrócono uwagę na następujące prawa przysługujące pacjentowi: uzyskanie pełnej informacji o chorobie i alternatywnych sposobach leczenia; zapewnienie wszechstronnych konsultacji w procesie leczenia; akceptacja proponowanego leczenia i badań klinicznych; możliwość rezygnacji pacjenta z proponowanego leczenia jeśli wiąże się z dużym ryzykiem lub nie przyniesie relatywnie dużych korzyści.
- Dyskrecja i poufność obejmuje zagadnienia zakazu udzielania informacji o stanie zdrowia pacjenta i przebiegu jego leczenia bez jego zgody. Poza wyjątkowymi sytuacjami instytucje medyczne i ludzie tam pracujący muszą respektować prawo pacjenta do zachowania tajemnicy o jego zdrowiu. To pacjent decyduje o tym, kto może być poinformowany o stanie jego zdrowia.
- Szybkie reagowanie na potrzeby lecznicze pacjenta, zwłaszcza w sytuacji zagrożenia życia i zdrowia ludzi. Chodzi głównie o skrócenie czasu oczekiwania na interwencję medyczną w nagłych przypadkach oraz skracanie czasu oczekiwania na procedury stałe, a zarazem deficytowe.
- Jakość infrastruktury, w której przebiega proces udzielania świadczeń medycznych i leczenie pacjentów. W jej ramach bierze się pod uwagę: czyste otoczenie, odpowiednia przestrzeń, dostateczna wentylacja pomieszczeń, czysta woda, dobra jakość jedzenia.
- Możliwość uzyskania wsparcia społecznego i psychologicznego: szczególnie chodzi tutaj o ułatwienia związane z odwiedzinami rodziny i przyjaciół, pełny dostęp do praktyk religijnych.
- Wybór świadczeniodawcy usług medycznych: pacjent ma prawo wyboru placówki medycznej gdzie ma być leczony i lekarza, przez którego chce być leczony. Taka możliwość wyboru ma zwiększyć ogólną jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych.

Waga poszczególnych elementów była kwalifikowana wedle podziału procentowego: poszanowanie godności oraz dyskrecja i autonomia otrzymały po 16,7%, szybkość reagowania – 20%, jakość infrastruktury – 15%, dostęp do wsparcia – 10%, wybór świadczeniodawców – 5%. Według tego kryterium Polska znalazła się na 50 miejscu z indeksem 5,73. Dla porównania podajmy, że pierwsze miejsce w tym rankingu zajęły USA z indeksem 8,10, a na ostatnim 191 Somalia z indeksem 3,69.

Sprawiedliwe obciążenia dotyczące finansowania opieki zdrowotnej, według WHO polegają na tym, że system powinien zapewnić ochronę finansową dla potrzeb zdrowotnych każdego obywatela. Udział wydatków zdrowotnych w budżetach rodzinnych niezależnie od dochodów, powinien być taki sam. Wśród klasyfikowanych przez WHO 191 krajów na pierwszym miejscu znalazła się Kolumbia z indeksem 0,992, zaś Polska na 150 miejscu z indeksem 0,896.

Analizowany raport spotkał się z wielkim zainteresowaniem i był wielokrotnie omawiany, ale też krytykowany na różnych konferencjach¹¹. Wiele państw, o wydawałoby się, przyjaznej pacjentowi opiece zdrowotnej znalazło się na dalekich miejscach, co powodowało ich frustrację i niezadowolenie, natomiast satysfakcję tych, którzy zajęli miejsca na czele

¹¹ W Polsce szczegółowe informacje na temat raportu WHO można znaleźć w omówieniu: E. Kocot, *Wskaźniki oceny funkcjonowania systemów zdrowotnych – Koncepcja WHO*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2003, t. 1, nr 1.

listy. Przykładem mogą być kraje skandynawskie: w zakresie osiągnięcia celów systemu opieki zdrowotnej Szwecja znalazła się na 4 miejscu, Dania na 20 miejscu, a Finlandia na 22 miejscu. Komentator wyników badań stwierdza, że tak naprawdę nie wiadomo, który z systemów wymienionych państw skandynawskich jest lepszy; na pewno są porównywalne. Opinie społeczne mogą znacznie różnić się od oceny skuteczności opieki zdrowotnej przez WHO. Demonstracje hiszpańskiego społeczeństwa przeciwko systemowi opieki zdrowotnej zbiegły się z opublikowaniem raportu WHO, w którym Hiszpania znalazła się na 5 miejscu na świecie w ocenie stanu zdrowia społeczeństwa¹².

3. Przykłady niesprawiedliwości w polskim systemie opieki zdrowotnej

Standardy sprawiedliwości opracowane przez grono ekspertów w codziennym funkcjonowaniu polskiej służby zdrowia są trudno weryfikowalne. Badania WHO cytowane powyżej i miejsce w poszczególnych kategoriach oceny polskiego systemu wydają się z perspektywy korzystających z usług medycznych „czystą metafizyką”. Wśród Polaków przeważają opinie negatywne w ocenie funkcjonowania publicznej służby zdrowia. W badaniach CBOS zrealizowanych 7–10 listopada 2003 r. liczba Polaków wystawiających ocenę negatywną publicznej opiece zdrowotnej wynosi 63%. Podobna skala negatywnych ocen występuje od dawna. Najgorsze wyniki uzyskała publiczna opieka zdrowotna w grudniu 2000 r., bowiem wtedy 76% respondentów wypowiedziało się negatywnie. Warto wspomnieć, że od 1996 roku w poszczególnych sondażach tylko od 1% do 2% ankietowanych twierdziło, że opieka zdrowotna działa zdecydowanie dobrze. Zdecydowanie negatywnie Polacy wypowiadają się na temat wprowadzenia niewielkich opłat za niektóre usługi medyczne, np. porada lekarska, wystawienie recepty (84%), badania laboratoryjne, zdjęcia rentgenowskie, usg. (81%), wizyta u specjalisty (80%) pobyt w szpitalu (79%)¹³.

Również badania reprezentatywne dla miasta Łodzi pokazują, iż w sytuacji korzystania z publicznej opieki zdrowotnej respondenci odczuwają istniejące nierówności. Wprawdzie 70% uważa, że zapewniony jest równy dostęp do podstawowego minimum opieki zdrowotnej, to gdy pytanie dotyczy dostępu do wszystkich usług medycznych bądź specjalistycznych usług medycznych okazuje się, że ponad 70% odpowiada negatywnie, czyli uważa, że dostęp do tych usług jest ograniczony. W obszarze relacji międzyludzkich w instytucjach medycznych, gdzie najwyraźniej ujawniają się tzw. postawy godnościowe, opinie nie są pozytywne. Tylko 38% uważa, że pacjenci traktowani są z szacunkiem, życzliwością i troską. Natomiast 68% uznaje, że otrzymuje lepszą opiekę medyczną w momencie uruchomienia mechanizmu korupcyjnego, czyli wręczenia prezentu bądź gotówki. Zdecydowanie słuszną diagnozę mają pacjenci, gdy oceniają stan finansowy i przedmiotowy polskiej opieki zdrowotnej. Ponad 90% uważa, że służba zdrowia ma problemy finansowe. Często dochodzi do upokarzających pacjentów i służby medyczne spektakularnych opisów medialnych upadku zadłużonych szpitali i zamknięcia ośrodków zdrowia, które zajmują komornicy. Pomimo tak surowej oceny funkcjonowania opieki zdrowotnej blisko 50% respondentów uważa, że praca w zawodach medycznych jest dobrym biznesem i można na niej dużo zarobić. Wydaje się, że nadal pokutuje w opiniach społecznych mit „bogatego

¹² E. Nord, *World Health Report 2000. A Brief, Critical Consumer Guide*, „Health Policy” 2002, nr 59.

¹³ W. Derczyński, *Opinie o opiece zdrowotnej. Komunikat z badań*, CBOS, BS/1/2004.

lekarza”, a indywidualne sukcesy materialne niektórych lekarzy uogólniane są na całą grupę zawodową.

T a b e l a nr 1. Opinie na temat funkcjonowania publicznej służby zdrowia (N=850, %)

Czy zgadzasz się z poniżej wymienionymi stwierdzeniami dotyczącymi publicznej służby zdrowia?	Zdecydowanie tak	Raczej tak	Raczej nie	Zdecydowanie nie	Trudno powiedzieć
Publiczna służba zdrowia zapewnia równy dostęp do podstawowego minimum opieki zdrowotnej	24,9	45,6	13,4	10,9	5,2
Publiczna służba zdrowia zapewnia równy dostęp do wszystkich usług medycznych	10,3	12,8	34,3	36,2	6,4
W publicznej służbie zdrowia w wystarczającym stopniu zapewniony jest dostęp do specjalistycznych usług medycznych	7,5	19,5	32,6	34,4	6,0
W publicznej służbie zdrowia pacjenci traktowani są z szacunkiem, życzliwością i troską	11,5	26,4	23,2	22,2	16,7
W publicznej służbie zdrowia otrzymujemy lepszą opiekę i wyższy poziom leczenia, gdy wręczymy prezent lub pieniądze	41,4	26,9	7,5	6,3	17,9
Publiczna służba zdrowia boryka się z trudnościami finansowymi: brak jest sprzętu, lekarstw, itp.	76,3	15,2	2,5	1,3	4,7
Medycyna i praca w zawodach medycznych jest dobrym biznesem ponieważ można dużo zarobić	23,8	25,4	16,7	10,6	23,5

Ź r ó d ł o: badania własne¹⁴.

Przykłady niesprawiedliwości w opiece zdrowotnej mogą przybierać różne formy i interpretacje. Pierwszy obszar niesprawiedliwości nazwę strukturalnym; jest on szczególnym mechanizmem reprodukcji błędów w kolejnych etapach reformowania systemu opieki zdrowotnej. Zmiana systemowa w zakresie ochrony zdrowia kumuluje negatywne sprzężenia zwrotne pomiędzy instytucjami medycznymi wykonującymi usługi, instytucjami narzucającymi zasady kontraktowania usług i pacjentami zmuszonymi do korzystania z publicznej opieki zdrowotnej. Opieka zdrowotna w Polsce jest przykładem permanentnej reinstytucjonalizacji, polegającej na zmianie jednych reguł na inne. Dobrze ilustruje ten mechanizm funkcjonowanie NFZ, który poprzez centralne planowanie i dysponowanie funduszami chciał wprowadzać reguły rynkowe w obsłudze zdrowotnej społeczeństwa.

Dystrybucja finansów publicznych w obszarze zdrowia nie była i nie jest przejrzysta. Idea powołania w miejsce Kas Chorych innej struktury jaką był NFZ oraz funkcjonowanie opieki zdrowotnej pod administracją funduszu okazało się wielkim fiaskiem. Wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego stwierdzono niezgodność Ustawy o NFZ z Konstytucją¹⁵. Sto-

¹⁴ Badania zrealizowano na losowo-kwotowej próbie adresowej mieszkańców Łodzi powyżej 20 roku życia w 2002 r. W badaniu uczestniczyło 479 kobiet (56,3%) i 371 mężczyzn (43,7%). Zob. M. Gałuszka, *Społeczne i kulturowe powinności medycyny. Tożsamość zawodowa i atrofia moralna*, Wrocławskie Towarzystwo Naukowe, Wrocław 2003, s. 97.

¹⁵ Trybunał Konstytucyjny w sprawie K.14/03 w którym orzeczono, że ustawa o NFZ, z wyjątkiem jej przepisów dotyczących podlegania obywateli ubezpieczeniu zdrowotnemu i świadczeniu składki, jest niezgodna z art.68 w związku z art. 2 Konstytucji, i że w tym zakresie utraci moc z dniem 1.01. 2005 r.

sując obiektywne miary ekonomiczne można wykazać jakie koszty ponosi obywatel płacący składkę na ubezpieczenie zdrowotne i jaką w zamian otrzymuje propozycję obsługi swoich potrzeb zdrowotnych. Kolejne władze, w których gestii leżało zarządzanie finansami publicznymi przeznaczonymi na ochronę zdrowia nie były w stanie określić koszyka świadczeń gwarantowanych tak, aby pacjent leżący w szpitalu mógł wiedzieć czy za określoną procedurę medyczną ma sam płacić czy należy mu się ona w ramach składki ubezpieczeniowej. Również ponoszenie przez pacjentów tzw. świadczeń z zakresu infrastruktury szpitalnej wydaje się poszerzać obszar nierówności. W niektórych szpitalach pacjenci muszą współfinansować posiłki, w innych lekarstwa i opatrunki. Chaos i brak jednoznacznych ustaleń poszerza obszar niepewności, niepokoju, niezadowolenia i wpływa na negatywną ocenę całej opieki zdrowotnej i świadczonych usług w zakresie zdrowia publicznego.

Drugi obszar niesprawiedliwości dotyczy subiektywnych odczuć i interpretacji związanych z korzystaniem z publicznej opieki zdrowotnej. Ludzie szczególnie źle reagują na system opieki zdrowotnej gdy dotknie ich jakaś osobista krzywda. Mogą działać w tych przypadkach różne mechanizmy psychologiczne i społeczne. Wymienię najczęściej występujące:

- Mechanizm deprywacji polegający na pozbawieniu ludzi możliwości zaspokajania potrzeb zdrowotnych w sytuacji ich reglamentacji, odczuwany zwłaszcza poprzez porównanie z tymi, którzy mogą sobie pozwolić na prywatne dofinansowanie leczenia, np. gdy pacjent zgłosi się do szpitala, który nie ma podpisanego kontraktu, będzie musiał zapłacić za leczenie. NFZ zwraca pieniądze tylko w przypadkach ratowania życia.
- Błędy jatrogenne wpływające niekorzystnie na stan psychiczny i somatyczny pacjentów wynikające ze sposobu zachowania lekarza i innych pracowników służby zdrowia, np. nieumiejętne przekazanie i odbiór informacji o złym stanie zdrowia, zamierzone i bezpośrednie straszenie pacjenta, zalecanie dodatkowych nieuzasadnionych i kosztownych badań, wykonanie zabiegu operacyjnego bez dostatecznie udokumentowanych wskazań¹⁶.
- Poczucie upokorzenia, bezradności i krzywdy pacjenta poszkodowanego w procesie leczenia w związku z popełnieniem błędu medycznego. Wobec interesów korporacji zawodowej lekarzy pacjent ma niezwykle małe szanse dochodzenia swoich praw.
- Niekorzystne wyniki tzw. loterii życia, dotyczące niezasłużonych cech biologicznych i społecznych. Rodziny, w których rozwijają się choroby dziedziczne lub choroby wynikające z patologii społecznych nie mają dodatkowych szans leczenia w ramach publicznej opieki zdrowotnej.
- Nieumiejętność radzenia sobie w trudnych sytuacjach zagrożenia życia i zdrowia i brak zinstytucjonalizowanych mechanizmów udzielania takim osobom wsparcia społecznego, informacyjnego, psychologicznego. Fatalistyczne przekonania o bezsilności wobec losu, niezasłużonej choroby, cierpienia i śmierci bliskiej osoby spotęgowane są brakiem wyartykułowanych programów działania, które mogłyby wskazać ludziom alternatywne sposoby rozwiązywania ich trudnej sytuacji zdrowotnej.

Wymienione przykłady potwierdzają diagnozę raportu WHO, że system opieki zdrowotnej w Polsce nie jest wrażliwy na potrzeby ludzi.

¹⁶ M. Jarosz, *Psychologia lekarska*, PZWL, Warszawa 1983.

4. W jakim kierunku zmierza reforma opieki zdrowotnej w Polsce

Zespół ds. Rozwiązań Systemowych w Ochronie Zdrowia pod przewodnictwem Cezarego Włodarczyka przygotował raport opublikowany 15 III 2004 r. pt. *Strategia zmian w systemie opieki zdrowotnej. Szansa przewyciężenia kryzysu*¹⁷. Jest to najbardziej aktualny dokument, według którego ma być przygotowana nowa ustawa dotycząca zasad funkcjonowania opieki zdrowotnej w Polsce. Ponieważ opieka zdrowotna w systemie organizacyjnym NFZ przestanie istnieć 31XII 2004 r., zgodnie z decyzją Trybunału Stanu, przygotowanie nowych dokumentów w takiej formie, aby mogły być przegłosowane w Sejmie jest niezwykle pilne. Poza zespołem rządowym pracującym nad kolejną wersją zmian, przygotowywane są też autorskie propozycje poszczególnych partii. Obszar opieki zdrowotnej zawsze jest ważnym elementem kampanii wyborczych, a perswazyjne jego przedstawienie może przyczynić się do przysporzenia głosów wyborczych. Trudno natomiast uwierzyć, że któraś z partii będzie miała jakąś rewelacyjną propozycję wyjścia z zapaści i uniknięcia kolejnego ostrego kryzysu opieki zdrowotnej naszego społeczeństwa.

Jak można było się spodziewać raport skupia się na kilku najważniejszych kwestiach, które w dotychczasowych wersjach zmian w systemie zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa nie zostały rozwiązane. Autorzy traktują raport jako diagnozę aktualnej sytuacji i na jej podstawie tworzą rekomendację działań, które powinny wpłynąć na poprawę funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej.

Kluczowe wydają się być rekomendacje dotyczące współistnienie różnych zakresów świadczeń zdrowotnych zróżnicowanych pod względem zawartości, zasad ich dostępności i sposobów finansowania. W Raporcie wymieniono następujące typy świadczeń zdrowotnych¹⁸:

Świadczenia gwarantowane ze środków publicznych; dotyczą procedur medycznych, o potwierdzonej skuteczności i spełniających kryterium koszt-efekt; wyrażana jest dbałość o standard udzielonego świadczenia oraz realizację potrzeby zdrowotnej, w zasadzie niezależnie od dokonywanych wpłat na ubezpieczenie zdrowotne.

Świadczenia rekomendowane o potwierdzonej skuteczności i mające wpływ na poprawę zdrowia lecz nie zadawalające w relacji koszt-efekt. Chodzi o to, że system zdrowotny w obecnym stanie organizacyjnym i finansowym nie może sobie pozwolić na powszechne stosowanie tych procedur toteż proponowane jest publiczno-prywatne partnerstwo w ich realizacji. Polega ono na partycypacji pacjenta w kosztach leczenia poprzez stosowanie różnych ekonomicznych zachęt, np. ulgi podatkowe, ulgi inwestycyjne.

Świadczenia uzupełniające, spełniające standardy medyczne, jednakże pełniące zadania wspomagające w zaspokajaniu potrzeb zdrowotnych. Procedury te uzyskują certyfikaty dopuszczające do obrotu na rynku usług medycznych. Jednakże korzystanie z nich jest sprawą indywidualnych decyzji i prywatnego finansowania.

Proponowane zmiany świadczą o tym, że władze publiczne biorą odpowiedzialność za tworzenie struktur organizacyjnych służących zapewnieniu potrzeb zdrowotnych obywateli, a także ustalenie priorytetów zdrowotnych, funkcjonowanie systemu informacji, kontrolę systemu. Ważna jest deklaracja, iż nadal będzie obowiązywała zasada solidaryzmu społecznego i równego dostępu do świadczeń gwarantowanych. Rzecz w tym, że jeszcze nie

¹⁷ *Strategia zmian w systemie opieki zdrowotnej. Szansa przewyciężenia kryzysu*, Zespół ds. Rozwiązań Systemowych w Ochronie Zdrowia, Warszawa 15 III 2004.

¹⁸ Tamże, s. 9–13.

opracowano dokładnie koszyka świadczeń gwarantowanych, a czasu nie jest za wiele. Autorzy raportu postulują powołanie w tym celu agencji, która przygotowałaby materiały w tym zakresie. Raport omawia szczegółowo różne aspekty funkcjonowania opieki zdrowotnej i wykorzystuje w tym zakresie propozycje WHO. Należy mieć nadzieję, że prawnicy przełożą sugestie dokumentu na język prawa i ustaw, a politycy nie wystraszą się konsekwencji przyjęcia nowej ustawy. Społeczeństwo, a szczególnie pacjenci muszą uzbroić się w cierpliwość bowiem efekty zmian będą odczuwalne dopiero w dalszej perspektywie czasowej.

5. Zakończenie

Opieka zdrowotna jest, w moim rozumieniu, działalnością zarówno ekonomiczną jak i etyczną. W badaniach empirycznych lekarze deklarują, że mają świadomość uwikłania ekonomicznego i etycznego swojego zawodu. Taka samowiedza niewątpliwie może wpływać na procedury praktyki medycznej. Problem w tym, że lekarze w Polsce przez długi czas uprawiali swój zawód w paradygmacie deontologicznym, który warunkował ich myślenie i działanie w kategoriach obrony etycznych zasad i powinności, niezależnie od tego na jakie dobra i wartości się powoływali. W sytuacji konieczności reformy systemu zdrowotnego okazało się, że trzeba zmienić też paradygmat uprawiania zawodu, w którym świadomość kosztów ekonomicznych udzielanych porad i procedur medycznych zaczyna odgrywać znacznie większą rolę aniżeli tzw. subiektywnie definiowane dobro pacjenta. Problemem głównym staje się więc znalezienie konsensusu pomiędzy ograniczonymi środkami finansowymi ochrony zdrowia, często roszczeniowymi interesami różnych medycznych grup zawodowych i instytucjonalnych, skupionych na realizacji własnych partykularnych interesów, a opiniami pacjentów i ich sposobami artykułowania własnych potrzeb zdrowotnych.

Aby przewyciężyć często rozbieżne interesy trzeba przede wszystkim włączyć do dialogu wszystkie zainteresowane zmianami w zakresie ochrony zdrowia grupy. Usprawnienie systemu komunikowania się wewnątrz instytucji medycznych, a także z całym społeczeństwem korzystającym z publicznej opieki zdrowotnej, wydaje się warunkiem koniecznym wszelkich poczynań reformatorskich. Pacjenci muszą wiedzieć na co idą ich pieniądze ściągane poprzez składkę na ubezpieczenie zdrowotne, za które procedury medyczne przyjdzie im indywidualnie płacić, a które im się należą w ramach publicznej opieki zdrowotnej. Poszerzenie samowiedzy społecznej w zakresie zdrowia własnego i publicznego powinno przyczynić się do bardziej prozdrowotnego stylu życia i być może do porządnego traktowania własnego zdrowia jako „towaru luksusowego”, który wymaga szczególnego pietyzmu w jego ochronie. Możliwość zbudowania skutecznej i sprawiedliwszej opieki zdrowotnej istnieje, o ile zostaną spełnione warunki wyjściowe: efektywna organizacja i zarządzanie świadczeniami zdrowotnymi oraz zwiększenie ilości środków finansowych przeznaczanych publicznie i prywatnie na ochronę zdrowia. Zapewne wtedy będzie można z większą skutecznością realizować prawa pacjenta i zasady deontologii lekarskiej, a całość systemu opieki zdrowotnej będzie bardziej wrażliwa zarówno na potrzeby zdrowotne, jak i uzasadnione oczekiwania pacjentów, dotyczące niemedycejszych aspektów działania systemu zdrowotnego, jak to sugerują standardy przygotowane przez WHO.

Justice Standards in Polish Health Care System: Ethical and Economical Issues

Summary

The article discusses some basic problems of the reforming of the Polish health care system. Health care is both an economical and a moral activity. The problem of justice concerns mainly the issue of an equal access to health care resources. Finding the just balance between public and individual spending on health care is also important.

The author analyzes whether the health care in Poland is just and to what extent it complies with the international standards. The idea of benchmark of fairness was worked out as a result of international research for governments carrying out the health care reforms. The most important issues are: the problem of system responsiveness to the health care needs, the orientation towards the patient and subjective treatment of patients.

The empirical data show that the Polish health care has problems with providing access to the basic and specialist medical services and – in public opinion – is not sensitive to people's needs.

Key words: *health care reform, just medicine, patient, public opinion, finances.*