

# Mieczysław Gałuszka

---

## Dylematy i konflikty moralne polityków i lekarzy w ustanawianiu zadań systemu opieki zdrowotnej

---

Annales. Etyka w życiu gospodarczym 11/2, 55-65

---

2008

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](http://bazhum.muzhp.pl), gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach  
dozwolonego użytku.

## **Dylematy i konflikty moralne polityków i lekarzy w ustanawianiu zadań systemu opieki zdrowotnej**

### **1. Wprowadzenie**

W pierwszych latach XXI w. polityka zdrowotna nie dała podstaw do optymizmu społecznego. Polacy nadal są niezadowoleni z oferowanych usług medycznych. Zamiast wyraźnej poprawy nastrojów wynikających z zaspokajania potrzeb zdrowotnych, mamy ciągłe utyskiwania na mankamenty systemu zdrowotnego. Wydłużają się kolejki do zaplanowanych operacji, a zapisy prowadzone są na dwa lata wcześniej. Niepokój pacjentów potęgowany jest brakiem wiedzy co do zakresu udzielanych świadczeń oraz zasad współpłacenia za pewne procedury medyczne. Nie poprawiły się również warunki pracy lekarzy i pielęgniarek, a ich płace są żenująco niskie. Młody lekarz zarabiający poniżej średniej krajowej płacy i mniej niż np. hydraulik, zmuszony jest do dodatkowych dyżurów, często kosztem rozwoju indywidualnego i doskonalenia zawodowego. Bardziej zdesperowani wybierają emigrację zarobkową do innych krajów UE, gdzie zarobki są wielokrotnie wyższe. Dużo zastrzeżeń zgłaszanych jest do wyposażenia szpitali i innych zakładów opieki zdrowotnej. Przestarzały sprzęt medyczny jest przyczyną błędnych diagnoz i realizacji procedur, często z narażeniem zdrowia i życia pacjentów.

Powyżej zasygnalizowana negatywna diagnoza systemu zdrowotnego tym bardziej martwi, gdy weźmiemy pod uwagę pozytywne zmiany w gospodarce, zauważalne korzyści z przynależności Polski do UE oraz postęp biotechnologiczny i intelektualizację medycyny praktycznej. Te zjawiska powinny przyczynić się do podniesienia standardu udzielanych świadczeń medycznych. Zamiast tego, w odczuciach wielu pacjentów, opieka zdrowotna stała się przyczyną nowych nierówności społecznych. Gradacja szpitali i usług medycznych na lepsze i gorsze oraz komercjalizacja zabiegów w placówkach publicznej opieki zdrowotnej pogłębiają proces dyferencjacji społecznej. Podział na medycynę bogatych i medycynę biednych, który utrwała się w Polsce, nie jest korzystny dla zdrowia społeczeństwa. R. Wilkinson obserwując podobne zjawiska w świecie stwierdził, że najzdrowszymi są społeczeństwa, w których poziom zamożności ma charakter egalitarny. Tam, gdzie dochody są znacznie zróżnicowane, tworzą się nierówności zdrowotne wynikające m.in. z braku dostępu do nowoczesnych procedur medycznych i wysokokwalifikowanej kadry medycznej<sup>1</sup>. W Polsce szczególnie dotkliwe są regionalne nierówności zdrowotne. Mieszkańcy wschodniej części naszego kraju mają gorsze wskaźniki zdrowotne, trudniejszy dostęp do

---

<sup>1</sup> R. Wilkinson, *Unhealthy Societies. The Afflictions of Inequality*, Routledge, London 1996.

usług medycznych. Ponieważ środki przeznaczone na opiekę zdrowotną nie są wystarczające, lekarze znajdują się w sytuacji konfliktu alokacji; muszą podejmować niełatwe decyzje, komu przeznaczyć ograniczone środki. Na wszystkich poziomach decyzyjnych w polityce i opiece zdrowotnej pojawiają się trudne sytuacje, które zawierają znamiona konfliktów i dylematów moralnych. W niniejszym tekście odwołuję się do powszechnego rozumienia pojęć „dylemat” i „konflikt”, bez odnoszenia do ich różnych rozumień na gruncie odmiennych koncepcji etycznych i filozoficznych. Dylemat moralny w opiece zdrowotnej to wybór pomiędzy różnymi możliwościami stosowania ograniczonych środków medycznych, które powinny być zastosowane w konkretnych sytuacjach decyzji lekarskich oraz decyzji politycznych w zakresie zdrowia publicznego. Dylematy moralne są zazwyczaj związane z nierozwiązywalnymi konfliktami dwóch równoważnych powinności. Konflikt obejmuje decyzje, w których dokonuje się akceptacji określonego typu działania, a rezygnuje z innych możliwości<sup>2</sup>. Dotyczy to zwłaszcza sytuacji, w których mogą wystąpić różne motywy, powinności lub interesy ustawodawcy, personelu medycznego i pacjentów. W opiece zdrowotnej i praktykach zawodowych lekarzy występuje szereg dylematów i konfliktów, które są przedmiotem analiz bioetycznych, teologicznych, filozoficznych. Metoda przypadków pomaga w dyskusji na temat praktycznych dylematów moralnych i jest przyjęta jako skuteczna profesjonalna droga edukacji młodych adeptów medycyny<sup>3</sup>. Dochodzenie do decyzji w sprawach kontrowersyjnych, zwłaszcza w zakresie spornych problemów bioetycznych, odbywa się na poziomie działalności komitetów i komisji etycznych oraz w dyskursie naukowym prowadzonym w specjalistycznych czasopiśmie i na konferencjach naukowych. Podkreślana jest ważność podejmowania tematów kontrowersyjnych i racjonalna argumentacja na rzecz określonego stanowiska<sup>4</sup>. Chirurg, który ze względu na ograniczony dostęp narządów do przeszczepów i finansowania operacji dokonuje wyboru pacjenta do transplantacji spośród wielu czekających na przeszczep, niewątpliwie jest w dylemacie decyzyjnym. Dzieje się tak pomimo wyraźnych medycznych zasad wyboru osób do operacji. Preferowanie w wyborze do operacji tych, którzy dodatkowo zapłacą, członków rodziny bądź znajomych, kwalifikowane jest jako przestępstwo korupcyjne. Czy taki lekarz przeżywa konflikt moralny? Kierujący placówką medyczną, który ma do wyboru zapłacić za światło, odprowadzić podatek do urzędu skarbowego bądź kupić leki ratujące życie pacjentów znajduje się zarówno w dylemacie moralnym jak i konflikcie powinności. Kodeks Etyki Lekarskiej wyraźnie mówi, że należy działać na rzecz dobra pacjenta. Jednak wybór dobra pacjentów, w niektórych przypadkach kończył się oskarżeniami ze strony prokuratury i pobyt w więzieniu. W innej sytuacji są politycy i urzędnicy ustalający prawne i instytucjonalne zasady funkcjonowania systemu zdrowotnego. Podejmowane przez nich decyzje muszą być skuteczne i rozwiązywać problemy zdrowotne w makroskali.

---

<sup>2</sup> P. Aszyk SJ, *Konflikty moralne a etyka*, Wydawnictwo WAM, Kraków 1998.

<sup>3</sup> R. Purtilo, *Ethical Dimensions in the Health Professions*, Elsevier Saunders, Philadelphia, Pennsylvania 2005.

<sup>4</sup> D. Ślęczek-Czakon, *Problematyka wartości i jakości życia w sporach bioetycznych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2004.

## 2. Podejmowanie decyzji w systemie zdrowotnym

Decyzje podejmowane w ramach systemu zdrowotnego winny spełniać równocześnie pięć kryteriów: medyczne, ekonomiczne, społeczne, prawne i aksjologiczne. System medyczny jest niedrożny dlatego, że bardzo trudno jest równocześnie spełnić wszystkie kryteria na różnych poziomach jego funkcjonowania. Dokonywane wybory są prawie zawsze obciążone ryzykiem wejścia w konflikt interesów, toteż reformy systemów zdrowotnych napotykają na wiele trudności. Próby zsynchronizowania elementów składowych systemu zdrowotnego są kluczowym zagadnieniem polityki zdrowotnej i podejmowanych reform<sup>5</sup>. Należy zwrócić uwagę również na to, że wymienione kryteria mogą dotyczyć:

- a) poziomu makrodecyzji związanych z polityką zdrowotną państwa, np. postanowieniami Rządu, Sejmu, NFZ, Ministerstwa Zdrowia,
- b) poziomu mezodecyzji obejmujących funkcjonowanie zakładów opieki zdrowotnej m.in. szpitali, oddziałów, instytutów, placówek badawczych,
- c) poziomu mikrodecyzji dotyczących relacji lekarz – pacjent i innych pracowników medycznych.

Dylematy decyzyjne związane są przede wszystkim z ograniczonymi środkami medycznymi, które trzeba alokować, aby zaspokoić różne potrzeby i aspiracje zdrowotne ludzi. Zważywszy na to, że ujęcie medycyny tylko jako przedsięwzięcia ekonomicznego spotkało się z krytyką i jest powszechnie odrzucane, należy uwzględnić inne kryteria w ocenie skuteczności realizowanych reform.

**2.1. Kryterium medyczne** najprościej wyrazić można poprzez popularne w środowisku zawodowym medyków określenie: „*udzielamy pomocy medycznej tym, którzy jej w danym momencie potrzebują według najwyższych dostępnych w danym momencie środków i standardów medycznych*”. Inaczej mówiąc, mamy w Polsce do czynienia z niedoborem środków medycznych i ten chory, który pierwszy zgłosi się do lekarza, wcześniej otrzyma daną usługę, pozostali muszą czekać w kolejce, ponieważ możliwości udzielania świadczeń medycznych są ograniczone. Wyjątkiem są procedury związane z ratowaniem życia, które lekarz musi podjąć bezwarunkowo, niezależnie od tego czy w danym momencie dysponuje optymalnymi środkami medycznym, zapewniającymi leczenie na najwyższym poziomie. Powołując się na kryteria medyczne, lekarze chcieliby mieć możliwość leczenia według optymalnych najwyższych standardów światowych. Jednakże we wszystkich systemach medycznych lekarze stawiani są przed koniecznością podejmowania leczenia bez możliwości zastosowania optymalnych procedur. Jest to zgodne z deontologią lekarską zobowiązującą do etycznych zachowań w ramach dostępnych środków medycznych. Lekarze wykonują zawód zaliczany do profesjonalnych, mają długą tradycję kodyfikacji prawnych i etycznych, przynależąc do korporacji zawodowej posiadają władzę – wiedzę przekładającą się na określone praktyki i relacje z klientami. Do cech profesjonalizmu lekarzy zalicza się<sup>6</sup>:

---

<sup>5</sup> C. Włodarczyk, S. Paździuch, *Systemy zdrowotne. Zarys problematyki*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001.

<sup>6</sup> E. Freidson, *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*, University of Chicago Press, Chicago 1988.

- wyspecjalizowane umiejętności oparte na wiedzy teoretycznej i praktyce zawodowej,
- edukację specjalistyczną potwierdzoną dyplomami uczelni wyższej oraz konieczność samokształcenia i doskonalenia zawodowego,
- regulację prawną pracy zawodowej zgodnie z ustawami i rozporządzeniami,
- zachowanie zgodne z kodeksem deontologicznym korporacji zawodowej,
- działanie na rzecz dobra pacjenta i rozstrzyganie dylematów moralnych zgodnie z najlepiej pojętą obroną jego interesów,
- podkreślanie znaczenia służby publicznej, jako priorytetowej zasady postępowania zawodowego.

**2.2. Kryterium ekonomiczne** dotyczy opłacalności usługi medycznej i zastosowania określonej procedury leczenia w kategoriach rachunku ekonomicznego. Ponieważ, jak stwierdzono wcześniej, środków medycznych nie wystarczy dla wszystkich potrzebujących, należy dokonać wyboru, komu ograniczone środki należy przydzielić. Prakseologiczny wymóg optymalizacji decyzji ma prowadzić do takiego wyboru metod i środków działania, które dają największy efekt. Przy określonych nakładach przeznaczonych na ochronę zdrowia dąży się do maksymalizacji efektu. Ponieważ potrzeb zdrowotnych nie da się dokładnie zaplanować (ludzie mogą chorować z różnych przyczyn), należy dążyć do minimalizacji kosztów udzielania usług. Jak łatwo zauważyć, w polityce zdrowotnej kryterium ekonomiczne nie można stosować samodzielnie, ponieważ prowadziłoby to do wykluczenia poza usługi medyczne osób, których na nie po prostu nie stać w systemie komercyjnym, lub które nie płacą składek na ubezpieczenie zdrowotne. Publiczna opieka zdrowotna realizowana przez państwo oparta jest na zasadzie solidaryzmu. Nawet tym pacjentom, którzy nie płacą składek na ubezpieczenie zdrowotne, udzielane są niektóre świadczenia medyczne, np. ratujące życie. Ekonomiczna ocena usług zdrowotnych realizowana jest według różnych metod. Wśród stosowanych najczęściej są następujące<sup>7</sup>:

\* analiza identyfikacji kosztów, polegająca na pomiarze kosztów związanych z zastosowaniem postępowania diagnostycznego lub terapeutycznego;

\* analiza koszt – korzyść, która odpowiada na pytanie, czy korzyści z zastosowanego postępowania rozpoznawczego lub leczniczego są warte poniesionych kosztów;

\* analiza koszt – efekt, dotycząca wzrostu efektywności i oceny kosztów w związku z osiągniętymi wynikami medycznymi.

Ekonomiczne kryteria są brane pod uwagę najczęściej w obszarze makrodecyzji i mezodecyzji, gdzie istnieje możliwość kalkulacji i obliczeń statystycznych. Rachunek ekonomiczny nie ujmuje subtelnych problemów decyzji medycznych, które muszą zawierać również kontekst społeczny i aksjologiczny. Na przykład, podejmowane są próby zbudowania teorii sprawiedliwej dystrybucji ograniczonych środków medycznych, w ramach różnych teorii sprawiedliwości. Przy alokacji środków medycznych bierze się pod uwagę np. jakość życia pacjenta po zastosowaniu procedury medycznej, dodanie lat do życia jakie można osiągnąć dzięki leczeniu, potrzeby zdrowotne danego człowieka. Za najbardziej dopracowaną metodę analizy efektywności kosztów usług medycznych uznaje się teorię QALY (*Quality Adjusted Life Years*). Istotą tej koncepcji jest określenie średniego kosztu roku dodanego do oczekiwanej długości życia. T. Goetzen istotę tej koncepcji tłumaczy następu-

---

<sup>7</sup> T.E. Getzen, *Ekonomika zdrowia. teoria i praktyka*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000; zob. też J. Fedorowski, R. Niżankowski (red.), *Ekonomika medycyny*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002.

jąco: „jeżeli jakość życia ulega pogorszeniu, trzeba odliczyć coś z jego długości. Za pomocą kwestionariuszy oszacowano, z ilu lat życia w niepełnosprawności byłoby skłonni zrezygnować ludzie, by zyskać w zamian dodatkowy rok życia w dobrym zdrowiu lub zmniejszyć ryzyko śmierci. Dzięki wynikom owych badań można dokonać porównań między alternatywnymi sposobami leczenia, biorąc pod uwagę oczekiwaną długość życia skorygowaną jakością”<sup>8</sup>.

Warto zwrócić uwagę na zmianę podejścia do ochrony zdrowia zaproponowaną przez Unię Europejską. W ramach strategicznego projektu *Enabling Good Health For All* wskazuje się na dwa główne cele: promocję zdrowia i wyrównywanie nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej. Przy czym, według Komisarza ds. Zdrowia D. Byrne, wydatków na ochronę zdrowia nie należy traktować jako koszty, lecz jako inwestycje, bowiem zdrowie poprawia, a choroba pogarsza wskaźniki makroekonomiczne kraju. Niestety, w Polsce nie do końca przyjęliśmy taki tok rozumowania. W długofalowej polityce powinniśmy traktować inwestycje w zdrowie jako czynnik promujący rozwój gospodarczy<sup>9</sup>. Według niektórych ekonomistów to poprawa ogólnych warunków życia i tzw. kapitał fizjologiczny w większym stopniu niż postęp w biomedycynie wpływa na poprawę stanu zdrowia populacji<sup>10</sup>.

**2.3. Kryterium społeczne** jest bardzo istotnym elementem składowym wszelkich projektów reform zdrowotnych. Głównym problemem jest stworzenie takiego systemu społecznego, który znosi nierówności w zdrowiu i zapewnia wszystkim obywatelom sprawiedliwy dostęp do ograniczonych zasobów medycznych. Od dawna wiadomo, że różnice w stanie zdrowia występują powszechnie i dotyczą wszystkich krajów na świecie. Nierówności w zdrowiu mają wiele przyczyn. W raporcie przygotowanym przez WHO zwraca się uwagę na czynniki niekorzystnie wpływające na stan zdrowia społeczeństw. Wśród nich analizowane są: uwarunkowania zdrowotne wczesnego okresu życia, długotrwały i krótkotrwały stres, wykluczenia społeczne, warunki pracy, bezrobocie, odżywianie, używki, społeczne wsparcie, transport<sup>11</sup>. Intencje raportu można odczytać następująco: polityka zdrowotna państwa nie powinna opierać się tylko na paradygmacie medycyny naprawczej czyli leczeniu pacjenta, który jest już chory, ale na medycynie zdrowia publicznego, czyli prewencji, promocji zdrowia, aktywności prozdrowotnej. W Polsce coraz częściej podkreśla się, że decyzje w ochronie zdrowia powinny eksponować kontaminację dobra indywidualnego realizowanego w zakresie opieki zdrowotnej i dobra wspólnotowego realizowanego w dziedzinie zdrowia publicznego. Projekt Narodowego Programu Ochrony Zdrowia 2006–2015 podkreśla, że poprawa stanu zdrowia i jakości życia Polaków winna zjednoczyć wysiłki społeczeństwa, administracji publicznej i państwowej oraz obywateli. Państwo chce uczynić ochronę zdrowia wspólną sprawą, ponad podziałami politycznymi, z pełnym zaangażowaniem obywateli, którzy są przez instytucje publiczne motywowani do poprawy jakości życia i zdrowia. Aby projekt mógł być realizowany, musi znaleźć akceptację spo-

---

<sup>8</sup> T.E. Getzen, *op.cit.*, s. 78.

<sup>9</sup> D. Byrne, *Enabling Good Health for all. A Reflection Process for a New EU Health Strategy*, Public Health, Luxemburg 15 July 2004. [http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_overview/strategy/health\\_strategy\\_en.htm](http://europa.eu.int/comm/health/ph_overview/strategy/health_strategy_en.htm)

<sup>10</sup> Poglądy Roberta Fogla twórcy teorii ewolucji technofizjologicznej, w której kluczową rolę odgrywa kapitał fizjologiczny omówione są w artykule: J. Godłów-Legiędź, *Rozwój społeczny w świetle teorii ewolucji technofizjologicznej*, [w:] A. Bocian (red.) *Rozwój regionalny a rozwój społeczny*, Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2006.

<sup>11</sup> *Social Determinants of Health. The Solid Facts*, (red.) R. Wilkinson and M. Marmot, International Centre for Health and Society, WHO Regional Office, Copenhagen 2003.

łączną. Ludzie nie mają wiedzy na ten temat, nie chcą ponosić dodatkowych kosztów, nie mają też zaufania do instytucji promujących kolejną wersję reformy systemu zdrowia. Propozycja partii PiS, aby obywatele wypowiedzieli się w referendum na temat prywatyzacji i komercjalizacji opieki zdrowotnej jest interpretowana jako przerzucenie odpowiedzialności za nieudane reformy na społeczeństwo. Dopóki jednak nie znamy szczegółów propozycji rządu, stymulacji i antycypacji zdarzeń oraz pytań, na jakie będą musieli odpowiedzieć obywatele w referendum, trudno traktować tę propozycję przezwyciężenia kryzysu w opiece zdrowotnej za poważną.

Postawy społeczne dotyczące zdrowia i usług medycznych ewoluują od roszczeniowych do aprobujących stan, w jakim przychodzi być im leczonymi. Roszczeniami są oczekiwania poparte psychicznym dyskomfortem po wizytach w placówkach opieki zdrowotnej i porównaniem z wyobrażonym stanem idealnym. Opinia publiczna wyraźnie zdyskredytowała pomysły Ministerstwa Zdrowia podwyższenia składek na powszechne ubezpieczenie zdrowotne. Ludzie nie chcą wyrazić zgody na kolejny wzrost składki, ponieważ panuje przekonanie, iż nie usprawni to udzielania świadczeń zdrowotnych. Również nie ma zgody na wprowadzenie systemu powszechnego współpłacenia pacjentów za usługi medyczne, co według Ministra Zdrowia jest warunkiem koniecznym poprawy funkcjonowania systemu. W analizach zachowań ludzi wskazuje się na zjawisko moralnego hazardu występującego po stronie lekarzy i pacjentów. Wzrost wartości szkód opłacanych przez ubezpieczyciela określany jest mianem moralnego hazardu. Pacjent, który nie troszczy się o swoje zdrowie, nie stosuje się do zaleceń lekarzy lub wymusza procedury nieuzasadnione medycznie, oczekuje świadczeń medycznych na wysokim poziomie bo uważa, że mu się one należą, ponieważ płaci składkę na powszechne ubezpieczenie zdrowotne. Na przykład pacjenci wymuszają na lekarzach przepisywanie leków na zapas, które nie zużyte ulegają przeterminowaniu. Również niektórzy lekarze stosują mechanizm moralnego hazardu, gdy generują nieuzasadniony, z punktu widzenia sztuki leczenia, popyt na swoje usługi. Uważa się, że część operacji chirurgicznych jest zbędnych. Zdarzają się przypadki płacenia za pozyskiwanie pacjentów w następstwie skierowań do lekarzy, czerpanie korzyści z tytułu ordynacji leków.

**2.4. Kryterium prawne i aksjologiczne** rozpatrywane może być na kilka sposobów. Przede wszystkim chodzi o zgodność reformy systemu zdrowotnego z obowiązującym prawem, ustawami i deontologią lekarską. W literaturze etycznej konfrontowana jest zasada świętości życia z zasadą jakości życia, będącymi podstawą odmiennych regulacji instytucjonalnych, zwłaszcza w obszarze nowoczesnych biotechnologii medycznych<sup>12</sup>. W niniejszym tekście chcę wyeksponować inne znaczenie tego kryterium, obejmujące problematykę polityki zdrowotnej. Dotyczy ono zgodności decyzji politycznych w zakresie zdrowia z systemem wartości uznawanym przez grupę rządzącą, która powinna odzwierciedlać preferencje i odczucia wyborców głosujących na tę partię i jej reprezentantów parlamentarnych. Decyzje instytucjonalne oparte są na założeniach aksjologicznych, te z kolei mają wpływ na konkretne sytuacje i praktyki zawodowe lekarzy, np. możliwość odmowy świadczenia medycznego przez lekarzy odwołujących się do klauzuli sumienia, zaniechanie udzielania świadczeń medycznych w sytuacji strajku lekarzy. W takich sytuacjach dążenie

---

<sup>12</sup> M. Gałuszka, *Świętość życia versus jakość życia: na drodze ku spokojnej śmierci*, [w:] J. Kolbuszewski (red.), *Problemy współczesnej tanatologii. Medycyna – antropologia kultury – humanistyka*, WTN, Wrocław 2006.

do uzyskania preferowanego zysku aksjologicznego zaczyna przeważać nad interesami indywidualnych pacjentów. Zysk aksjologiczny uzyskują grupy społeczne i ich przywódcy, którzy przeforsują swój system wartości jako obligatoryjny i stanowiący podstawę dla decyzji urzędowych. Dobrą ilustracją tego zjawiska jest głosowanie w Sejmie w sprawie wprowadzenia do Konstytucji poprawek dotyczących godności życia człowieka od poczęcia. Nieudane głosowanie partii prawicowych implikowało zmiany na scenie politycznej, m.in. zmianę Marszałka Sejmu.

Zysk aksjologiczny dotyczy też środowiska zawodowego lekarzy. Opinia publiczna ma możliwość oceny pracy zawodowej lekarzy. Antynomia moralna pojawia się w ocenie publicznej pracy lekarza. Z jednej strony wysoki profesjonalizm i zasada bezinteresowności, z drugiej zaś atrofia moralna z przejawami bezwzględności korupcyjnej. Problem orientacji aksjologicznej lekarzy jest złożony, bowiem dotyczy zarówno spraw zawodowych jak i przekonań religijnych. Podstawowym dokumentem jest Kodeks Etyki Lekarskiej, który jako akt publiczno-prawny winien być powszechnie obowiązującym lekarzy. Dyskusja jaka toczy się w środowisku zawodowym lekarzy wskazuje na różnicę zdań w niektórych paragrafach. Dylematy i konflikty wywołują paragrafy dotyczące np. badań prenatalnych, wspomaganiej prokreacji, przerywania ciąży, klauzuli sumienia. Konsekwencje tych dylematów odczuwają pacjenci, którym odmawia się udzielania należnych ustawowo procedur medycznych. Według oceny ks. prof. Waldemara Chrostowskiego: *„Współcześni etycy, moralści i teologowie mają wiele problemów z wyważoną i solidną odpowiedzią na konkretne wyzwania i problemy etyczne, powstające np. w wyniku eksperymentów medycznych czy gwałtownego postępu wiedzy i praktyki medycznej”*<sup>13</sup>. Autor wypowiada się przeciw konfesjonizacji etyki, czyli uwiarygodnieniu podawanych rozwiązań przez odwoływanie się do zasad grupy wyznaniowej. Trudne problemy medycyny eksperymentalnej trzeba osadzić w etyce naturalnej, a grupy wyznaniowe winny właśnie na jej podstawie budować system wartości i zasady postępowania.

Wydaje się, że lekarze jako profesjonaliści mają znacznie więcej do powiedzenia w sprawie zdrowia swoich podopiecznych od polityków. Ostatnio jednakże to politycy wzięli w swoje ręce zdrowie pacjentów. Nieudane koncepcje reformy systemu zdrowotnego są łagodzone poprzez wskazanie winnego niepowodzeń reformy po stronie lekarzy. Etykietowanie i stygmatyzowanie lekarzy, oskarżenia o korupcję i zbrodnie wydają się być normą języka politycznego. Ponieważ politycy mają trudności w sferze decyzji polityki zdrowotnej (opóźnianie opublikowania zestawu gwarantowanych świadczeń medycznych), przyszłowiowym „chłopcem do bicia” stali się lekarze, których obwiniono publicznie za całe zło. W 2007 r. doszło do dyfuzji informacji na temat korupcji lekarzy, a spektakularne akcje aresztowań znanych medyków doprowadziły do zjawiska określanego mianem paniki moralnej.

### **3. Panika moralna – kazu transplantologii**

Politycy komentujący sytuację w opiece zdrowotnej zamiast łagodzić występujące konflikty przyczyniają się do ich pogłębiania. Urzędnicy Ministerstw Zdrowia i NFZ wy-

---

<sup>13</sup> W. Chrostowski, Wypowiedź na Ogólnopolskiej Konferencji OIL w Warszawie „Medycyna – etyka – ekonomia”, 16.06.2003: <http://www.nil.org.pl/jsp/bipdrukuj.jsp>



powiadają się w tonie konfrontacyjnym. Nawet jeżeli minister zdrowia jest lekarzem, w większym stopniu identyfikuje się z urzędem państwowym reprezentując interesy rządu, aniżeli środowiska medyków czy pacjentów. Takie zarzuty zawsze były kierowane w stosunku do ministrów zdrowia. W Polsce w latach 1999–2007 pełniło funkcję 12 ministrów zdrowia, co daje średnią urzędowania 8 miesięcy. Duża rotacja na stanowiskach ministrów nie sprzyjała realizacji spójnej polityki zdrowotnej<sup>14</sup>. Wydaje się, że ostatnimi czasy władza polityczna prowadzi grę ze społeczeństwem i środowiskiem zawodowym lekarzy, opartą w większym stopniu na manipulacji informacjami niż na rzetelnej ocenie sytuacji usług zdrowotnych. Takie zawirowania konfliktów władzy i środowiska lekarzy zostały nasilone przez powołanie Centralnego Biura Antykorupcyjnego. Oskarżanie wszystkich lekarzy o korupcję stało się metodą na skłócenie środowiska zawodowego ze społeczeństwem i intensyfikację konfliktu wewnątrz pracowników systemu zdrowotnego. W konsekwencji zjawisko atrofii moralnej lekarzy wraz ze spektakularnymi zatrzymaniami ordynatorów stworzyło warunki do zaistnienia paniki moralnej.

Pojęcie paniki moralnej ma różne rozumienie. Zostało wprowadzone dla opisu napięcia społecznego i wyolbrzymionej reakcji mediów i opinii publicznej, związanej z jakimś zdarzeniem, epizodem lub osobami, które zdefiniowane zostają jako zagrożenie dla uznawanych wartości i interesów. Panikę moralną mogą wywołać wzmożone informacje medialne o zagrożeniu AIDS, a także tzw. „sprawa łowców skór”, medialne nagłośnienie zjawiska korupcji w środowisku medycznym, czy przypadki dzieciobójstwa i pedofilii. Wszystkie wskazane przykłady określane są „złem społecznym”, które należy zwalczać, a stroną zwalczającą ma być „jedynie słuszny” obrońca owych wartości.

E. Goode, N. Ben-Yehuda wymieniają pięć wskaźników zjawiska paniki moralnej<sup>15</sup>:

- zaniepokojenie ludzi zainspirowane zachowaniem jednostki, grupy lub zjawiskiem określonym „złem społecznym”, które wpływają na pozostałe części społeczeństwa;
- poczucie wrogości wobec czynnika zagrażającego wartościom i interesom oraz wskazanie winnego owego zagrożenia, ustanowienie opozycji: „my” – dobro, szlachetność, troska o wartości; „oni” – zło, dewianci społeczni, outsiderzy;
- osiągnięcie konsensusu co do tego, że zagrożenie i zło jest realne a więc należy podjąć określoną akcję obrony przed zagrożeniem;
- dysproporcja pomiędzy stanem faktycznym a jego postrzeganiem przez opinię społeczną, media masowe, wyolbrzymiane dane statystyczne, co sprzyja szerzeniu zaniepokojenia społecznego;
- nieprzewidywalność jej istnienia i przebiegu oraz nasilenia napięcia, wrogości społecznej wobec zdefiniowanego przeciwnika.

W badaniach Kenneth Thompson koncepcja paniki moralnej została opisana przez pięć faz: definicji początkowych, oznaczania, podwyższonego niepokoju, reakcji, redukcji napięcia społecznego<sup>16</sup>. Obie wskazane koncepcje paniki moralnej zostały zastosowane w niniejszym tekście do opisu lękowych reakcji społeczeństwa na doniesienia prokuratury i polityków, przekazane przez media, dotyczące korupcji i przestępstw wśród lekarzy.

---

<sup>14</sup> M. Gałuszka, *Ministrowie zdrowia jako politycy. Moralność obowiązku czy moralność aspiracji?* [w:] D. Walczak-Duraj (red.), *Moralność w polityce czy polityka w moralności*, Wydawnictwo Omega-Praxis, Pabianice 2005.

<sup>15</sup> E. Goode, N. Ben-Yehuda, *Moral Panics: The Social Construction of Deviance*, Blackwell, Oxford–Cambridge 1994.

<sup>16</sup> K. Thompson, *Moral Panics*, Routledge, London–New York 1999.

Gwałtowny wzrost niepokoju społecznego nastąpił po aresztowaniu kardiochirurga dr. Mirosława G. w Warszawie, którego oskarżono o korupcję i umyślne spowodowanie śmierci pacjenta. Na konferencji prasowej polityk w randze ministra, z dużą emfazą przekonywał: *Już nikt nigdy przez tego Pana życia nie straci*. Popłoch wywołany zdarzeniem, o którym społeczeństwo dowiedziało się z mediów masowych, implikował negatywne oceny terapii opartych na transplatacji narządów, a w konsekwencji wpłynął na odmowę rodzin, których bliscy zmarli, a mogliby być dawcami narządów.

### **3.1. Dynamika zjawiska paniki moralnej. Kazus aresztowania doktora G.:**

Faza formułowania oskarżenia:

- Polityk na konferencji prasowej oskarża o korupcję znanego z profesjonalizmu zawodowego lekarza-transplantologa. W wypowiedzi polityka pojawia się oskarżenie o spowodowanie zabójstwa w efekcie braku zapłaty za operację.

Faza medialnego oznaczania:

- Media masowe wykorzystują zdarzenie i prezentują zatrzymanie przez agentów CBA transplantologa, jako temat dnia. Wydarzenie staje się szeroko komentowane i interpretowane przez wszystkie media.
- Jednostkowa sprawa i mała o niej wiedza społeczna zostaje wykorzystana przez polityków rządowych i media do zaatakowania całego środowiska transplantologów.

Faza niepokoju społecznego:

- Zaniepokojona opinia publiczna postrzega opisywane przez media zachowania transplantologów jako zagrażające ich interesom i wartościom.
- Tworzy się opozycja: „my” – dobre, szlachetne społeczeństwo, które oddawało bezinteresownie ciała swoich bliskich do przeszczepów, „oni” – lekarze, którzy wykorzystywali ciała dla celów komercyjnych, przyczyniając się nawet do przedwczesnej śmierci.

Faza reakcji:

- Dyfuzja wiedzy medialnej i społecznej: zaniepokojone społeczeństwo zgadza się, że zagrożenie jest realne, „każdy może być uśmiercony”.
- Zachowanie społeczne: ludzie nie chcą być dawcami organów.
- Konsekwencje: spada drastycznie ilość wykonywanych operacji przeszczepów.

Faza redukcji napięcia:

- Poddanie w wątpliwość oskarżenia o zabójstwo. Informacje w mediach masowych o wypuszczeniu za kaucją 350 tys. zł aresztowanego lekarza oraz uznanie za nieuzasadnione, z punktu widzenia zgromadzonych dowodów, oskarżenie o zabójstwo.
- Media pracują na rzecz poprawy wizerunku lekarzy transplantologów.
- Prezentowane są sukcesy, ciężka praca na rzecz ratowania życia pacjentów, wyniki transplantologii.
- Następuje proces powolnej stabilizacji napięcia społecznego związanego z transplantologią oraz wzrostu deklaracji dawstwa narządów i normalizacji sytuacji.

Działania władz politycznych i CBA były motywowane potrzebą oczyszczenia zawodu lekarskiego z korupcji. Spektakularne medialnie aresztowania robione były na pokaz, ponieważ dziennikarzom bądź udostępniono materiał sfilmowany przez pracowników CBA bądź powiadamiano o zamiarach aresztowania.

Aresztowanie doktora G. było jego tragedią osobistą, ale też skierowaniem „jadu niewiści” na środowisko specjalistów wysokiej specjalności, których rola w ratowaniu życia ludzkiego jest niezaprzeczalna. Nikt o zdrowych zmysłach nie zaprzeczy, że zarobki transplantologów są niewspółmierne do włożonego wysiłku w zdobycie umiejętności zawodowych, a następnie wykonywanie trudnej pracy. Gwarancje sukcesu są też bardzo niepewne, ponieważ praca ich jest obciążona dużą dozą ryzyka. Błąd w sztuce medycznej może się zdarzyć, trzeba jednak to udowodnić. Czy lekarz ma podjąć się leczenia przypadków beznadziejnych czy raczej zrezygnować w trosce o karierę? Na zadane przez dziennikarza pytanie: „*Panie Doktorze, minister Ziobro twierdzi, że zarzut wielokrotnej korupcji jest doskonale udokumentowany. Są dane z podsłuchów.*” Lekarz odpowiada: „*Chcę absolutnie zaprzeczyć – nigdy od nikogo nie wymagałem, żeby płacił za operację, nie uzależniłem operacji od jakichkolwiek korzyści*”<sup>17</sup>.

Wola zwalczania korupcji przez organa ścigania nasiliła się w czasie trwania ogólnopolskiego strajku lekarzy w maju i czerwcu 2007 r. Między innymi, dnia 3.VI w różnych stacjach telewizyjnych podano następującą informację: „*Zarzuty przyjmowania korzyści majątkowych postawiła policja lekarzowi rodzinemu z Gminy Dolhobyczów (Lubelskie) 40 letniemu Arturowi G, który przyjął od pacjentów 20 zł i 3 kg mięsa. Lekarzowi grozi do 8 lat więzienia*” (Superstacja, 3.07.2007, godz. 9.36). Sukcesy CBA w odkrywaniu korupcji budzą wątpliwości zarówno co do procedur aresztowania lekarzy jak i medialnych enuncjacji. Korupcja w środowisku lekarskim powinna być traktowana jako zło i podlegać, jeśli jest udowodniona, stosownym karom. Zachodzi jednak podejrzenie, że politycy nagłaśniając tego typu sprawy w mediach, chcą odwrócić uwagę od prawdziwych problemów opieki zdrowotnej.

#### 4. Zakończenie

Zdrowie każdego człowieka jest wartością indywidualną i społeczną. Zdrowie jako wartość zarówno deklarowana jak i pożądana wymaga szczególnej troski w sferze jego realizacji. Odpowiedzialność za zdrowie jednostki powinna rozkładać się na różne instytucje i podmioty. Jednakże, to przede wszystkim jednostki mają obowiązek moralny dbania o swoje zdrowie. Poczucie odpowiedzialności za własne zdrowie związane jest z gotowością ponoszenia konsekwencji swoich wyborów, decyzji, zachowań. Przystępstwem jest sprzedać nerkę i niemoralnym później leczyć się za publiczne pieniądze. Nie należy też przerzucać na państwo wszystkich problemów zdrowotnych ludzi. Państwo winno stworzyć takie warunki legislacyjne, które w największym stopniu realizują postulat równego i sprawiedliwego dostępu do istniejących zasobów medycznych. Rolą państwa jest też w taki sposób organizować i zabezpieczać funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej, aby podnosić wartość środków medycznych, dążąc do ich maksymalizacji. Zadaniem państwa jest planowanie i realizowanie celów strategicznych obejmujących ochronę zdrowia publicznego. W tym zakresie w największym stopniu politycy odpowiadają za ten fragment reformy systemu zdrowotnego. Czy politycy kierują się dobrem publicznym, czy raczej doraźnym sukcesem politycznym? Przykład Polski świadczy, że politykom łatwiej stawiać problemy

---

<sup>17</sup> Doktor G.: *Niech osądzi mnie sąd*, rozmowę z kardiochirurgiem Mirosławem G. przeprowadziła E. Cichocka i P. Pacewicz, „Gazeta Wyborcza, nr 123, 28.05.2007, s. 6.

kontrowersyjne etycznie (np. aborcja, zapłodnienie *in vitro*, przedimplantacyjna diagnoza genetyczna), na których można zgromadzić zysk polityczno-wyborczy, aniżeli rozwiązywać trudne problemy poprawy dostępności do podstawowej i specjalistycznej opieki medycznej oraz sprostanie wysokim standardom leczenia i wzrost jakości usług medycznych. Nie należy też obwiniać ludzi, że chorują, bowiem w wielu przypadkach ich zdrowie szwankuje z przyczyn niezależnych od nich. To, czy odpowiedzialność za własne zdrowie powinna wpływać na pierwszeństwo dostępu do środków medycznych, będzie nadal wywoływało emocje w dyskursie publicznym.

## **Moral Conflicts and Dilemmas of Politicians and Doctors in Setting Objectives of the Health Care System**

### **Summary**

Medicine is the field of knowledge and set of clinical practices, characterized by the presence of politics and ethics on all the levels. Politics should be treated as a domain of power, which aims to make strategic decisions concerning health of the citizens leading to form socially accepted objectives of health care policy. Ethics sets axiological frames for morally just decisions both political and medical in the field of health care.

The article analyzes the reasons of conflicts and moral dilemmas in the health care system. Decisions which are made within health care system should accomplish five criteria: medical, economical, social, legal and axiological. The term “moral panic” is used to illustrate situations concerning corruption and moral atrophy of doctors.

**Key words:** *medicine, moral panic, health care system, ethos*