

Jarosław Sak

Kalkulacja i dystans

Diametros nr 5, 217-222

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.

Kalkulacja i dystans

Jarosław Sak

Relacja lekarz-pacjent we współczesnej medycynie, w sposób szczególny, jest obarczona kalkulacją. Pojęcie kalkulacji odnosi się nie tylko do sfery ekonomicznej, ale również do kwestii oceny ryzyka zdarzeń pożądanых lub niepożądanych w przebiegu leczenia choroby u konkretnego pacjenta. Lekarz powinien być nieustannie gotowy do określania prawdopodobieństwa wystąpienia takich lub innych zdarzeń, w oparciu o wiedzę medyczną i doświadczenie zawodowe. Jednak kalkulacja w pierwszym z zasygnalizowanych znaczeń nabiera szczególnej wagi emocjonalnej w sytuacji lekarza obligowanego do podejmowania konkretnych decyzji, na przykład wyboru danej metody leczenia lub zastosowania określonego leku przy uwzględnieniu istniejących ograniczeń finansowych. Ograniczenia te są symptomem „krzyżowania się” relacji lekarz-pacjent z innymi relacjami, w które uwikłany jest lekarz wykonujący swój zawód.

Ograniczenia finansowe mogą oddziaływać bezpośrednio, wręcz bezwzględnie, na proces leczenia na przykład wtedy, gdy lekarz nie dysponuje z przyczyn ekonomicznych we własnej praktyce medycznej niezbędnymi lekami lub sprzętem medycznym, ale również mogą wywierać pośredni wpływ wtedy, gdy lekarz jest zobligowany przez dyrektora szpitala do wykonania tylko określonej liczby procedur, pomimo realnych możliwości przekroczenia narzuconego limitu. Czy lekarz jest zatem w stanie w każdej sytuacji zawodowej sprostać deontologicznej zasadzie wyrażonej w artykule 2 *Kodeksu Etyki Lekarskiej*: „Najwyższym nakazem etycznym lekarza jest dobro chorego – *salus aegroti suprema lex esto*. Mechanizmy rynkowe, naciski społeczne i wymagania administracyjne nie zwalniają lekarza z przestrzegania tej zasady”¹?

¹ *Kodeks Etyki Lekarskiej* (2004), art. 2, pkt. 2.

Kodeks Etyki Lekarskiej uprzywilejowuje dobro chorego względem dobra ośrodka medycznego, ale również względem dobra lekarza leczącego. W przypadkach kalkulacji uwzględniających czynniki ekonomiczne ma to znaczenie niebagatelne. Sytuacja ograniczania limitu przyjęć pacjentów z powodów finansowych (a nie strukturalnych, czyli rzeczywistych możliwości świadczenia usług medycznych) może stanowić przykład kolizji dobra pacjenta z dobrem osób świadczących usługi medyczne: pomimo wykonanej procedury lekarz nie otrzyma dodatkowego wynagrodzenia, ośrodek medyczny wykona daną usługę nie otrzymując zwrotu poniesionych kosztów. Oczywiście należy odróżnić sytuację zaprzestania od zaniechania (niepodejmowania) procesu leczniczego lub diagnostycznego w wyniku występowania wspomnianej kolizji. Warto dlatego zwrócić uwagę w dyskusji na problem ograniczeń finansowych w medycynie – na art. 7 *Kodeksu Etyki Lekarskiej*, który w sposób bardzo ogólny odnosi się między innymi do takich sytuacji: „W szczególnie uzasadnionych wypadkach lekarz może nie podjąć się lub odstąpić od leczenia chorego, z wyjątkiem przypadków niecierpiących zwłoki. Nie podejmując albo odstępując od leczenia lekarz winien wskazać choremu inną możliwość uzyskania pomocy lekarskiej”². Sytuacji wpasowujących się w tę „kalkulację” deontologiczną może być bardzo wiele i o bardzo odmiennej charakterystyce szczegółowej. Najczęstszą sytuacją opisywaną w przekazach mass-medialnych jest przypadek odmowy przyjęcia pacjenta do szpitala z powodu przekroczenia limitu przyjęć zaprojektowanego przez instytucję wypłacającą szpitalowi środki finansowe za wykonane usługi medyczne. Odnosząc taką sytuację do powinności deontologicznej przedstawionej w artykule 7 *Kodeksu Etyki Lekarskiej* należy w kwalifikowaniu etycznym danej decyzji lekarskiej wziąć pod uwagę to, czy pacjent, względem którego odmówiono wykonania usługi medycznej był „przypadkiem niecierpiącym zwłoki”. Jeżeli nie wymagał niezwłocznej pomocy to, czy za odmową leczenia podążała informacja, a nawet wsparcie, w adekwatnej do danej sytuacji formie, celem uzyskania dla niego potrzebnej terapii w innym ośrodku. Przede wszystkim należy rozważyć, czy problem tzw. „limitów przyjęć” spełnia kryteria „szczególnie uzasadnionego

² *Kodeks Etyki Lekarskiej* (2004), art. 7.

wypadku". Problem ten, wbrew pozorom, nie jest łatwy do jednoznacznego rozstrzygnięcia, ujawnia jednak istnienie odrębnych kalkulacji aniżeli zasygnalizowana na początku typowa „kalkulacja lekarska” mająca za przedmiot na przykład prawdopodobieństwo powodzenia terapii.

Odrębność kalkulacji w medycynie, których przedmiotem nie jest bezpośrednio sukces terapeutyczny, a raczej sukces ekonomiczny instytucji medycznej, jest związana z problemami zarządzania usługami świadczonymi przez daną jednostkę. W najbardziej ekstremalnych sytuacjach zagrożenia życia lekarz oczywiście nie może nie udzielić pacjentowi pomocy, przedkładając dobro chorego nad swoje korzyści lub korzyści ośrodka, w którym pracuje. Jest również liczna grupa sytuacji, gdy odesłanie pacjenta do innego ośrodka jest działaniem stosunkowo „bezpiecznym”, ponieważ prawdopodobieństwo dotarcia do ośrodka alternatywnego w dobrym stanie, bez dalszego uszczerbku na zdrowiu jest, w przekonaniu lekarza, graniczące z pewnością. W takich sytuacjach obrona „dobra wspólnego”, czyli niepogłębianie deficytu szpitala, zgodnie z zaleceniem dyrekcji, jest do zaakceptowania. Kontrowersje może budzić kwestia potraktowania pacjentów, którzy nie są w aż tak dobrym stanie, jak grupa ostatnio wymieniona, ale nie zdradzają jednoznacznych symptomów zagrożenia życia. W praktyce medycznej takie sytuacje są najczęstsze. Kluczowym momentem decyzji co do tego, jak rozstrzygnąć konkretną sytuację konfliktu dobra pacjenta z dobrem instytucji, jest decyzja o zakwalifikowaniu lub niezakwalifikowaniu do wykonania usługi medycznej, podejmowana przez lekarza, który jako pierwszy styka się z pacjentem. W szpitalach najczęściej lekarzem tym jest lekarz dyżurny Izby Przyjęć. Na nim spoczywa duża odpowiedzialność i presja, co do tego jak postąpić w danej sytuacji: czy zakwalifikować pacjenta do leczenia szpitalnego, leczenia ambulatoryjnego, a może po wykonaniu pewnych procedur, odesłać pacjenta do domu z zaleceniem kontroli w Poradni Lekarza Rodzinnego. Kalkulacja, której dokonuje lekarz pracujący w Izbie Przyjęć, opiera się przede wszystkim na jego wiedzy, doświadczeniu zawodowym, czasami również na intuicji, ale nie można jednak w analizowaniu sytuacji decyzyjnej na tym poziomie abstrahować od istniejących zwykle nacisków administracyjnych ze strony dyrekcji szpitala, a

nawet ordynatorów poszczególnych oddziałów, którzy mogą „dyskretnie” sugerować, aby ograniczać przyjęcia pacjentów do „przypadków absolutnie koniecznych”. Lekarz działający pod presją czasu, cierpienia pacjenta, od którego nie zawsze potrafi się zdystansować, wymogów administracyjnych (również tych wynikających z problemów finansowych instytucji) oraz prawnych (świadomości konsekwencji ewentualnych własnych pomyłek) nie może liczyć na jakikolwiek komfort pracy. Można stwierdzić, że zła sytuacja finansowa instytucji może zredukować w świadomości lekarza i tak już minimalny obszar „dopuszczalnego błędu”. W świetle takich zagrożeń dla autonomii decyzyjnej lekarza bardzo istotny jest zapis artykułu 61 *Kodeksu Etyki Lekarskiej*: „Lekarz urzędu państwowego, samorządowego lub jakiegokolwiek innej instytucji publicznej lub prywatnej powinien rzetelnie wypełniać zobowiązania zaciągnięte wobec tych instytucji; jednak lekarz nie powinien spełniać poleceń pracodawcy sprzecznych z zasadami etyki i deontologii lekarskiej”³. Zarządzanie instytucją medyczną powinno być związane z umiejętnością poszanowania prawa lekarzy w niej zatrudnionych do podejmowania autonomicznych decyzji, które nie będą traktowały warunków ekonomicznych jako przesłanki głównej. Można zaryzykować twierdzenie, że intensywność kalkulacji o charakterze ekonomicznym dokonywana przez pracowników zatrudnionych w instytucji medycznej jest wprost proporcjonalna do dystansu, jaki dzieli osobę podejmującą określoną decyzję od pacjenta. Kategorię dystansu można interpretować z jednej strony jako miarę przestrzeni międzyludzkiej, tak jak zaproponował to w analizach proksemicznych E. T. Hall⁴, ale również można, a nawet należy podkreślić, znacznie istotniejszy dla rozstrzygnięć etycznych, aspekt emocjonalny dystansu pomiędzy lekarzem i pacjentem. Zwraca na ten aspekt uwagę J. Ortega y Gasset relacjonując scenę śmierci człowieka, któremu towarzyszą w ostatnich chwilach życia osoby o zróżnicowanym zaangażowaniu emocjonalnym: żona, lekarz,

³ *Kodeks Etyki Lekarskiej* (2004), art. 61.

⁴ Proksemika bada problemy wynikające z użytkowania przez człowieka przestrzeni jako aspektu jego kultury. Na gruncie tych analiz Hall wyróżnia cztery dystanse, z których każdy może wykazywać ekspresję fazy bliższej lub dalszej. Zob. E. T. Hall, *Ukryty wymiar*, Muza S.A., Warszawa 2003, s. 149-162.

reporter i malarz⁵. Lekarz w Izbie Przyjęć nie jest tak zdystansowany względem pacjenta, jak dyrektor placówki, który pacjenta najczęściej może „znać” tylko z ewentualnej analizy dokumentacji medycznej. Inny jest poziom zaangażowania emocjonalnego u lekarza opiekującego się salą chorych, a inny u ordynatora nadzorującego pracę wszystkich lekarzy zatrudnionych w danym oddziale. Może być to jeden z czynników generujących różnice w ocenie bilansu finansowego podejmowanych działań. Dla lekarza Izby Przyjęć czy lekarza oddziałowego bilans finansowy jego działań ma dużo mniejsze znaczenie, aniżeli dla menedżera zarządzającego placówką czy nawet ordynatora oddziału. Największy stopień zdystansowania się od pacjenta charakterystyczny jest dla pracowników instytucji publicznej, której powierzane są fundusze przeznaczone na finansowanie systemu opieki zdrowotnej. Instytucja wypłacająca szpitalom i innym podmiotom z branży medycznej należne środki finansowe za wykonane usługi właściwie traci z oczu pacjenta. Pacjent staje się zbiorem danych statystycznych, do którego dopasowuje się dokumentację medyczną i ekonomiczną.

Jeżeli pojęcie odpowiedzialności za podejmowane decyzje ma dla lekarza „frontowego” kluczowe znaczenie, o tyle w grupie osób podejmujących istotne decyzje dotyczące finansowania podmiotów współtworzących system opieki zdrowotnej, może istnieć nastawienie nie korespondujące z wysiłkami lekarza praktyka. Powodów tego jest wiele, jednym z nich jest zapewne dostrzeżenie przez urzędników błędów w zarządzaniu menedżerskimi placówkami służby zdrowia, niedostatki w wyposażeniu uniemożliwiające wykonywanie kontraktowanych procedur itp. Przyczyną braku porozumienia pomiędzy osobami z różnych poziomów zarządzania systemem opieki zdrowotnej jest również sytuacja kryzysu strukturalnego, który bardzo dobrze charakteryzuje następująca

⁵ Warto przytoczyć wzmiankowany opis: „Żona, lekarz, reporter i malarz są świadkami tego samego zdarzenia. Niewątpliwie jednak to jedyne w swoim rodzaju wydarzenie – śmierć człowieka – jest przez każdego z nich inaczej odbierane. Postrzeganie ich jest tak różne, że zaledwie można powiedzieć, iż oglądają oni to samo zjawisko. Różnica między tym, co widzi pogrążona w bólu i rozpaczy żona, a tym, co widzi malarz patrzący zimno i obojętnie na rozgrywającą się scenę, jest tak duża, że właściwie można by powiedzieć, iż oglądają oni dwa różne zdarzenia. Wynika z tego, że ta sama rzeczywistość może rozszczepić się na wiele odmiennych rzeczywistości, jeśli patrzeć na nią z różnych punktów widzenia.” J. Ortega y Gasset, *Dehumanizacja sztuki i inne eseje*, tłum. P. Niklewicz, Muza, Warszawa 1980, s. 187.

opinia: „Niska efektywność świadczonych usług, nadmiar źle wyposażonych placówek, wysoka ilość niepotrzebnie zatrudnionych osób, niebezpieczny wzrost długów – mówiąc wprost – mamy socjalistyczną służbę zdrowia w środowisku gospodarki kapitalistycznej”⁶. Niestety należy obawiać się, że wiele negatywnych zjawisk może nie zostać przewyżczonych bez rozwiązań systemowych. Z drugiej jednak strony nawet najdoskonalsze projekty w tym zakresie nie rozwiążą trudności w podejmowaniu decyzji lekarskich i menedżerskich, bez świadomości prawnej i deontologicznej osób zarówno wykonujących zawody medyczne, jak i zarządzających zasobami ludzkimi i finansowymi w instytucjach medycznych. Wydawać by się mogło, że jest to syzyfowe postulowanie o wygenerowanie wśród osób zarządzających na różnych poziomach systemu opieki zdrowotnej troski o pacjenta i o autonomiczność decyzji lekarskich, ale bez zamierzeń edukacyjnych znacznie „przerastających” istniejący styl systemu opieki zdrowotnej trudno o optymizm w refleksji nad moralną problematyką racjonowania ekonomicznego w opiece zdrowotnej.

⁶ *Leczymy się z socjalizmu. Rozmowa z Rudolfem Zającem, ministrem zdrowia Republiki Słowacji*, „Rynek Zdrowia”, nr 09/2005, <http://www.rynekzdrowia.pl/teksty/arttykul134.html>, 12.09.2005.