

Krzysztof Marczewski

Etyka na rynku usług medycznych

Diametros nr 5, 234-236

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.

Etyka na rynku usług medycznych

Krzysztof Marczewski

Czytając niezwykle interesującą dyskusję zainspirowaną tekstem prof. Szewczyka, pozwolę sobie go jak na razie (!) szczegółowo nie komentować, ani nawet nie prostować oczywistych merytorycznych pomyłek zawartych w niektórych wypowiedziach. Zakładając tolerancyjną postawę prof. Hołówki posłużę się przykładem Jego wypowiedzi, w której był uprzejmy wyjątkowo zagęścić nieścisłości.

Dializy wykonują ośrodki nefrologiczne a nie urologiczne, co jest mniej istotne. W Polsce nie ma mamy obecnie istotnego problemu niedoboru miejsc dializacyjnych, a raczej coraz częściej konkurencję o pacjenta dializowanego, co jest zdecydowanie ważniejsze. Oczywiście nie zmienia to faktu, że są i chyba zawsze będą jakieś metody leczenia, które trzeba będzie racjonować czy alokować. Jako nefrolog miałem okazję uczestniczenia w takich komisjach, wówczas jeszcze dotyczących dializ, i nigdy nie było to łatwe etycznie rozstrzygnięcie, jak sugeruje prof. Jędrzejczak. Bo skazywanie na śmierć ludzi, chyba nikomu normalnemu, a zwłaszcza lekarzowi nie przychodzi łatwo. W większości krajów europejskich zlikwidowano już karę śmierci, ale kiedy jeszcze ją wymierzano, miało to miejsce po długim procesie, wysłuchaniu licznych świadków i prawie zawsze jeszcze powołaniu drugiej instancji, a przecież najczęściej chodziło o jakiegoś zbrodniarza.

Komisja rozdzielająca 1 miejsce na dializie między 4 potrzebujących, to 3 wyroki śmierci na niewinnych ludzi wydane w ciągu godziny. To samo odnosi się do każdego innego niedoboru np. dobrego respiratora. Ten, kto dostanie nowoczesny, umożliwiający oddychanie w trybie BIPAP, ma znacznie większe szanse niż ten, kogo wspiera aparat bez takich możliwości, ale ta różnica jest zrozumiała i oczywista tylko dla specjalisty. Nie słyszałem o komisjach rozdzielających miejsca przy respiratorach w zależności od ich typu, a to niekiedy decyzja o życiu.

Ale nie o tym chciałem pisać. Może raczej spróbuję zasygnalizować kilka innych problemów związanych z przepływem pieniędzy w medycynie. Uważam, że trzeba ten przepływ prześledzić, wtedy można łatwiej wczuć się w mechanizmy alokacji. A zatem kto ma płacić za ochronę zdrowia?

1. Chory (lub jego bliscy), ten sposób był podstawowym lub jedynym znanym przez wiele tysięcy.
2. Wszyscy członkowie danej wspólnoty (np. obywatele danego państwa).
3. Członkowie (mniej lub bardziej) dobrowolnych wspólnot utworzonych w celu wspierania się w chorobie.
4. Organizacje charytatywne.
5. Fundusze przeznaczone na badania (a leczące niejako przy okazji) i wiele pośrednich.

Problemem etycznym jest stosowanie zasady dobrowolnego lub przymusowego uczestniczenia w systemie i „kosztów tego uczestniczenia” w postaci wysokości składki (z ewentualnym jej różnicowaniem) lub podatku. Pytanie o wysokość składki (podatku) jest *arche* pytania o alokację środków, chociaż w żadnym ze znanych systemów nie wystarcza wszystkiego dla wszystkich.

Pojawia się pytanie, czy człowiekowi winno przysługiwać prawo wyboru przynależności lub nie (finansowania lub nie) systemu ochrony zdrowia?

Czy też społeczność przez rozwiązania prawne może go takiego prawa pozbawić i zmusić do płacenia za usługi, z których być może nigdy nie skorzysta, i do pokrywania kosztów np. skutków braku dyscypliny (obżarstwa) i lekko-myślności (urazy sportowców) innych ludzi?

Może nieco dziwić, że na ogół nie kwestionuje się prawa człowieka do nie-poddawania się proponowanemu leczeniu, nawet w sytuacji zagrożenia jego życia, a nie pozwala mu się na zwykłe wystąpienie z systemu ubezpieczeń. **Trzeba jednak wyraźnie podkreślić, że intencją nie jest tu ochrona osoby ubezpieczającej się, ale interesów społeczeństwa, które i tak będzie musiało pokrywać koszty ewentualnego leczenia (w imię spokoju sumienia?).**

Kolejnym problemem etycznym jest ewentualne zróżnicowanie składki. Nie zamierzam tu oczywiście wnikać w szczegóły, ale chyba każdy z Czytelników

zgodzi się ze zróżnicowanym i możliwym do oszacowania ryzykiem zachorowania w zależności od płci, wieku, wagi, ciśnienia tętniczego, czy obciążenia genetycznego lub nawet obwodu brzucha. Problem etyczny to, czy wolno nam z tych informacji wyciągać praktyczne (ekonomiczne) wnioski?

Dalsze problemy [...] to oczywiście dystrybucja składki, czyli dlaczego Warszawa i Kraków mają wydawać więcej niż Lublin i Łódź?

Co do sposobów wpływania na poprawę swojej sytuacji w dostępie do dóbr rzadkich, czyli zasługach, naciskach, lobbingu i „zwykłych” łapówkach - są to jak najbardziej problemy etyczno-ekonomiczno-medyczne. Podobnie jak trudny problem konfliktu między solidarnością zawodową, bardzo ważną w służbie zdrowia a zasadami konkurencji. Myślę, że w chwili obecnej bardzo potrzebujemy regulacji w tym zakresie. Nowy *Kodeks Etyki Lekarskiej* stanowi duży krok w tym kierunku, ale nawet on nie rozwiązał wszystkiego.