

Mieczysław Gałuszka

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

INSTYTUCJONALNA I SPOŁECZNA ALOKACJA OGRANICZONYCH ŚRODKÓW MEDYCZNYCH*

1. LIMITOWANIE USŁUG MEDYCZNYCH

Usługi medyczne i finansowanie opieki zdrowotnej w Polsce stały się w ostatnich latach gorącym tematem dyskursu publicznego. Reforma systemu opieki zdrowotnej nie osiągnęła zakładanych celów zarówno jeśli chodzi o dostępność usług medycznych, jakość ich wykonywania, jak i równy dostęp do środków publicznych różnych podmiotów wypełniających świadczenia zdrowotne. Chaos organizacyjny pogłębiał niezadowolenie pacjentów i stwarzał czynniki zagrożenia dla ich życia. Doprowadziło to do sytuacji, którą najlepiej oddają słowa zawarte w dokumencie rządowym z roku 2002, gdzie stwierdza się, że należy dążyć do: „Przywrócenia obywatelom naszego kraju poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego” (*Narodowa ochrona zdrowia...*, 2002). Przyznanie się władz, po kilku latach wprowadzenia reformy, że nie zdołano zapewnić bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli, potwierdza przekonanie opinii publicznej o fiasku tej reformy.

Złożony charakter finansowania usług zdrowotnych nie jest przejrzysty dla statystycznego pacjenta, który doświadcza jego mankamentów w momencie korzystania z pomocy medycznej. Wprowadzone w 1999 r. nowe zasady finansowania opieki zdrowotnej oparte były na ustawie o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym dopuszczającej wiele podmiotów świadczących usługi na rynku opieki zdrowotnej. Powstał wewnętrzny rynek usług zdrowotnych, którego istotną zasadą było zawieranie umów pomiędzy dysponentem środków publicznych a zakładami opieki zdrowotnej. System kas chorych

* Opracowanie finansowane przez Uniwersytet Medyczny w Łodzi z pracy własnej nr 502-16-709(48).

miał gwarantować wykorzystanie mechanizmów rynkowych i racjonalności ekonomicznej w celu podniesienia standardu udzielonych świadczeń. Tymczasem w okresie funkcjonowania opieki zdrowotnej w systemie organizacyjnym kas chorych zadłużenie szpitali wzrastało, osiągając w drugim kwartale roku 2003 kwotę 9 mld zł. Konsekwencje bałaganu organizacyjnego i braku środków finansowych na realizowanie podstawowych zadań opieki zdrowotnej odczuli pracownicy służb medycznych, których pozbawiono możliwości udzielania pomocy medycznej. Pacjenci zaś okupili to najwyższą ceną, jaką była w niektórych przypadkach nie tylko utrata zdrowia, lecz również dramat utraty życia.

Na świecie nie wypracowano modelu ochrony zdrowia obywateli, który można by zastosować w naszym kraju. Nie ma też przejrzystego algorytmu, jak pokonać sprzeczność pomiędzy nieograniczonymi potrzebami ludzi w zakresie zdrowia a z reguły ograniczonymi środkami indywidualnymi i publicznymi przeznaczanymi na ten cel (Włodarczyk, Paździoch 2001). Znacznie bogatsze państwa od Polski nie potrafią rozwiązać tego dylematu. Wystarczy wspomnieć, że w USA wydano w 1997 r. 1175 miliardów dolarów na opiekę zdrowotną, przeciętnie 4226 dolarów na osobę¹. Istnieje tam wiele programów zdrowotnych zarówno publicznych, jak i prywatnych, których zadaniem jest zaspokojenie potrzeb zdrowotnych obywateli. Do najważniejszych publicznych programów zalicza się: „Medicare”, „Medicaid”, „TRICARE” i „Veterans Administration”. Wśród prywatnych programów ubezpieczeniowych są też programy pracownicze – „Employers Sponsored Plans”, których jest ponad 1000, oraz programy indywidualne – „Self Insured”, w ramach których jest ubezpieczonych ponad 20 milionów Amerykanów. Usługi zdrowotne oferowane w ramach poszczególnych programów są zróżnicowane i finansowane z wielu źródeł, wymuszają w większości systemów partycypację własną zainteresowanego. Pomimo bardzo rozbudowanego systemu ubezpieczeń znacząca część – 16% obywateli, tj. ok. 43 milionów Amerykanów jest poza jakimkolwiek ubezpieczeniem zdrowotnym.

W ciągu ostatnich 30 lat w USA nastąpił ponad 250-procentowy wzrost wydatków w opiece zdrowotnej. Badacze zajmujący się ekonomiką zdrowia tłumaczą te zjawiska wzrostem znaczenia leczenia wedle skomplikowanych i kosztownych technologii medycznych oraz generowaniem najwyższych kosztów przez ok. 1% pacjentów zużywających 30% wszystkich usług i dalsze 5% najciężiej chorych, którzy wykorzystują ok. 50% usług medycznych (Getzen 2000: 30).

¹ (Getzen 2000: 22–43). Autor wlicza wszystkie wydatki na opiekę zdrowotną ponoszone przez różne podmioty. Koszty opieki zdrowotnej w USA wynoszą 15% dochodu narodowego brutto (GDP). Por też Marsh, Yarborough, 1990.

Warunki funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce są znacznie trudniejsze niż w USA ze względu na niższy poziom rozwoju cywilizacyjnego mierzony m. in. kwotami, jakie przeznaczamy na ochronę zdrowia. W roku 2002 na ochronę zdrowia wydaliśmy 28 mld zł w systemie kasy chorych, 2,5 mld zł poprzez samorządy oraz przez Ministerstwo Zdrowia 2,3 mld zł, obywatele prywatnie wydali zaś 20 mld zł (w tym organizacje charytatywne i donatorzy ok. 3 mld zł). W sumie daje to kwotę 52,8 mld zł². Można rzec, że jest to ogromna kwota, a więc zasadne staje się pytanie, kto jest beneficjentem owego rynku usług medycznych?

Tendencje światowe pokazują, że usługi zdrowotne coraz częściej są traktowane jako towar na rynku medyczno-farmaceutycznym, a według niektórych badaczy jest to nawet towar luksusowy, stanowiący często o zamożności i statusie społecznym. Z podobnych powodów interpretacja opieki medycznej w kategoriach daru ma stanowić jedynie wyraz solidarności międzyludzkiej umocowanej w psychologii altruizmu. Nie rozstrzygając tych kwestii można w tym miejscu stwierdzić, że przy rozszerzającym się popycie na usługi medyczne i jednoczesnym wzroście kosztów leczenia będziemy zawsze odczuwać niedostatek opieki medycznej zarówno tej świadczonej na poziomie podstawowym, jak i – zwłaszcza – leczenia według najwyższych standardów (Roberts, Bossert 1999; Gałuszka 2003). Ograniczone środki medyczne spowodują, że będziemy zajmować kolejkę do określonego dobra medycznego i zarazem uświadamiać sobie, że niektórym przyjdzie umrzeć zanim doczekają dostępu do wysoko specjalistycznej usługi leczenia. Ministerstwo Zdrowia w projekcie rozporządzenia do ustawy o Narodowym Funduszu Zdrowia wprowadziło zasady oczekiwania na deficytowe badania bądź terapie. Szpitale i przychodnie są zobligowane do udzielania pacjentom usługi bez zbędnej zwłoki. W sytuacji, gdy dobro medyczne jest reglamentowane i nie można udzielić świadczenia, placówka powinna utworzyć rejestr oczekujących oraz opracować kryteria, wedle których przydzielane będą świadczenia medyczne. Zadaniem pracowników szpitala będzie udzielanie informacji o prawdopodobnym czasie oczekiwania oraz zasadach kontrowalowania kolejek. Wprowadzona została również zasada odpłatności za przyspieszenie wykonania tzw. zabiegów deficytowych wykonywanych poza kolejką. Jest to kolejny przykład racjonalizacji działań instytucji medycznych, którego skuteczność zostanie zweryfikowana w praktyce. Można przypuszczać, że rozporządzenie to może być również wykorzystywane w celach korupcyjnych. Pacjentowi zostanie uświadomiona droga jaką musi przebyć, aby otrzymać usługę medyczną, a „przeskoczenie” miejsca w kolejce może być wynikiem jego zaradności i zasobności finansowej.

² Obliczenia własne na podstawie danych Ministerstwa Finansów, Banku Światowego, Ministerstwa Zdrowia.

Ponieważ dystrybucja i limitowanie środków medycznych jest faktem i koniecznością, mimo zgłaszanych zastrzeżeń należy rozważyć komu i w jakiej kolejności powinniśmy przydzielić owo dobro. Jak przeprowadzić alokację ograniczonych zasobów medycznych, aby w społecznej ocenie dokonać ich sprawiedliwego podziału oraz wypełnić konstytucyjne uprawnienia obywateli do równego dostępu do opieki zdrowotnej.

2. PROBLEMY MORALNE OPIEKI MEDYCZNEJ: POZIOM MAKROALOKACJI I MIKROALOKACJI OGRANICZONYCH ŚRODKÓW MEDYCZNYCH

Problemy moralne w opiece zdrowotnej są złożone i trudne, niezależnie od tego, czy podejmujemy analizę na poziomie makroalokacji, czy mikroalokacji ograniczonych środków medycznych. Zazwyczaj, kiedy chodzi o instytucjonalny podział środków medycznych, mówimy o makroalokacji i dotyczy ona strategicznych celów polityki zdrowotnej państwa lub instytucji zarządzających finansami przeznaczonymi na ochronę zdrowia obywateli, np. decyzje dotyczą wyboru pomiędzy finansowaniem dermatologii, kardiologii, transplantologii bądź kontraktowaniem usług w poszczególnych specjalnościach medycznych (Wikler, Marchand 1998). Decydenci odpowiedzialni za organizacyjny i ekonomiczny aspekt udzielania świadczeń zdrowotnych są w korzystniejszej sytuacji, nie mają bowiem do czynienia z konkretnym chorym, cierpiącą osobą, często walczącą o życie. W przypadku mikroalokacji podejmujemy decyzje na poziomie bezpośrednich kontaktów interpersonalnych. Wyboru dokonuje zazwyczaj lekarz dzieląc zasoby medyczne między pacjentami, którzy mają określone potrzeby zdrowotne. Problemem głównym staje się definiowanie potrzeby i system hierarchizowania pacjentów ze względu na reglamentację określonej usługi medycznej (Harris 1998).

Różnorodność światowych rozwiązań dotyczących alokacji środków medycznych jest związana przede wszystkim ze stanem gospodarczym kraju i jego polityką w dziedzinie zdrowia. Ważne są również uwarunkowania społeczne, kulturowe i edukacyjne, często w zasadniczy sposób wpływające na praktykę medyczną.

Aby zilustrować problem, posłużymy się typologią, którą nazywam na potrzeby tego artykułu algorytmem leczenia w publicznej opiece zdrowotnej. Przez algorytm leczenia rozumiem zbiór reguł i zasad postępowania lekarskiego w ramach dostępnych środków instytucjonalnych, zawierający sposób rozwiązania problemów zdrowotnych konkretnego pacjenta lub pacjentów w skończonym odcinku czasu. Obserwacja systemu opieki zdrowotnej pozwala na wyodrębnienie instytucjonalnych procedur i standardów medycznych, określonych założeń polityki zdrowotnej, etyki medycznej oraz od-

powiadających im zachowań lekarzy, a także działań administracyjnych w sytuacji wymuszonych limitów finansowych.

Wyodrębniam następujące algorytmy procedur leczenia:

- algorytm kontraktowanych usług medycznych,
- algorytm heroiczno-agresywnej terapii,
- algorytm daremnej terapii,
- algorytm utylitarystyczny,
- algorytm troski o pacjenta ograniczonej sprawiedliwością.

Algorytm kontraktowanych usług medycznych bierze pod uwagę przede wszystkim organizacyjno-finansowe aspekty udzielania świadczeń zdrowotnych³. Wykonywanie usług zdrowotnych oraz ich koszty powinny być nadzorowane przez wyspecjalizowanych w zarządzaniu instytucjami medycznymi menedżerów. Relacja interpersonalna lekarz – pacjent, z której wynikały zobowiązania lekarza w tradycyjnym modelu powinności, zostaje zakłócona przez pośrednika kierującego się zasadami rynku i ekonomii. W kontakcie tym istotniejsze stają się potrzeby instytucji rozdzielającej świadczenia, umowy, kontrakty, problemy pacjenta zostają zaś zepchnięte na plan dalszy. Określając limity leczenia kasy chorych, a konkretniej mówiąc zarządzający placówkami opieki zdrowotnej, wymusiły oszczędny sposób leczenia pacjentów. Z punktu widzenia organizacji medycznej była to racjonalizacja działań. Odmienny pogląd wyrażał personel medyczny oraz chorzy, traktując supremację kas chorych i oszczędnościowe limity jako ograniczanie ich praw do sprawiedliwego dostępu do usług medycznych. Lekarz był często w bardzo trudnej sytuacji, ponieważ musiał dokonywać selekcji pacjentów przydzielając jednemu, a ograniczając innym dostęp do specjalistycznych badań, aby zmieścić się w wyznaczonych limitach. Jest to wykorzystywanie przez instytucje medyczne pozycji zawodowej lekarza i przeniesienie na niego odpowiedzialności moralnej za konieczność mikroalokacji ograniczonych środków leczniczych. W krańcowych przypadkach, lekarza, który zbyt często kierował pacjentów na specjalistyczne badania, czekała kara najwyższa, np. nieprzedłużenie umowy o pracę.

Algorytm heroiczno-agresywnej terapii oparty jest na przekonaniu, że należy bezwzględnie walczyć o przedłużenie życia, nawet w sytuacji, gdy celem terapii powinno być jedynie uśmierzenie bólu. Zazwyczaj praktyka

³ W literaturze tematu stosuje się określenie „system koordynowanej opieki zdrowotnej”. W przypadku polskiego systemu opieki zdrowotnej jesteśmy na etapie wdrażania kontraktowych usług zdrowotnych. System jest niedrożny i destabilizujący racjonalizację ekonomiczno-organizacyjną. Władze wycofały się z kas chorych, a wprowadzany od 1 kwietnia 2003 r. Narodowy Fundusz Zdrowia budzi wiele obaw środowiska zawodowego medyków. Trudno mówić o koordynowaniu opieki zdrowotnej w przypadku zastosowania przez pracowników medycznych presji strajków, okupowania gabinetów, negocjowania oraz siłowego powiększenia zakresu kontraktowanych usług medycznych i ich wartości ekonomicznej (Zaborowski 2003).

utrzymywania przy życiu terminalnie chorych jest wynikiem wpływu rodziny na wykonywanie przez lekarza nadzwyczajnych i agresywnych metod leczenia. Lekarze, bojąc się o posądzenie o dokonanie eutanazji, narażają pacjentów na zbędne cierpienia. Sytuacja staje się tragiczna jeszcze bardziej w przypadku pacjentów trwale wegetatywnych. Próby resuscytacji krążeniowo-oddechowej pacjentów śmiertelnie chorych nie przyczyniają się do zachowania godności chorego. W sytuacji nieodwracalności zmian mózgu, wobec zadeklarowanej wcześniej woli pacjenta o niestosowaniu nadzwyczajnych środków, podejmowanie procedur podtrzymujących stan wegetatywny jest wyrazem preferowania zasad tzw. ideologii szpitalnej. Do nich należy traktowanie śmierci jako instytucjonalnej – szpitala, bądź osobistej – profesjonalisty lekarza porażki. Można przypuszczać, że lekarze, nawiązując do tradycji swojej profesji, uważają, że dobro pacjenta zdefiniowane jest jednoznacznie jako „życie”, niezależnie od jego jakości i kosztów jego utrzymania. Podstawowe *credo* medycyny – „walka o życie pacjenta” przesłania zarówno skutki finansowe podejmowanych procedur medycznych, jak i ich konsekwencje społeczne. W tym algorytmie leczenia dylematy moralne pojawiają się na poziomie mikroalokacji, w sytuacjach wyboru pomiędzy pacjentami, którym należy rozdzielić ograniczony dostęp do aparatury podtrzymującej życie. Limitowanie centralnie usług wysoko specjalistycznych, wywołuje zjawisko tzw. kolejek, chorych oczekujących na daną usługę. W Łodzi, aby zostać zbadanym tomografem komputerowym, trzeba czekać w kolejce kilka miesięcy⁴.

Algorytm daremnej terapii głosi, że w przypadku wyczerpania się możliwości terapii przyczynowej, której celem jest wyleczenie choroby i przedłużenie życia, należy skupić się na terapii paliatywnej, której celem jest uśmierzanie cierpienia i bólu pacjenta. W literaturze spotykamy następujące sposoby traktowania terapii daremnej: a) jako nie dającej szansy przeżycia, b) jako nie dającej szans leczniczych, c) jako braku szans na poprawę akceptowanej jakości życia (Alichniewicz 2002: 160–164). Problem jest skomplikowany, dotyczy bowiem także interpretacji zwyczajnych i nadzwyczajnych środków. Według R. Gilona:

istotą doktryny środków zwyczajnych i nadzwyczajnych jest pogląd, że ratowanie życia jest moralnym obowiązkiem tylko wtedy, gdy nie pociąga za sobą nadmiernych obciążeń lub nie jest nieproporcjonalne do spodziewanych korzyści (Gilon 1997: 151–152).

W potocznym rozumieniu zwłaszcza sytuacji opieki hospicyjno-paliatywnej, medycyna powinna być nastawiona na utrzymanie jakości życia i ograniczanie

⁴ Ministerstwo Zdrowia wydało rozporządzenie do ustawy o Narodowym Funduszu Zdrowia wprowadzające zasady udzielania świadczeń zdrowotnych w sytuacji ograniczenia ich dostępności, m. in. dotyczy to rejestru ubezpieczonych oczekujących na świadczenia zdrowotne, określenia kryteriów kolejności udzielania świadczeń zdrowotnych i miejsca w kolejce.

wszelkich innych uciążliwych objawów stanu pacjenta. Śmierci nie należy przyspieszać ani wstrzymywać, powinna wynikać z naturalnego procesu biologicznego. Zadaniem medycyny paliatywnej jest wszechstronna opieka nad pacjentem i jego wsparcie przedmiotowe, psychiczne oraz informacyjne. Ważne jest podkreślenie osobowego charakteru pacjenta, a nie traktowanie go jako jednostki chorobowej bądź przedmiotu. Człowiek umierający ma wszelkie prawa do zachowania godności życia i spokojnego umierania, nie należy w tym przeszkadzać naturze, poprzez stosowanie wyszukanych, nowoczesnych technologii medycznych. Wydłużanie momentu śmierci w sposób sztuczny, ponad normalny czas życia, często przysparzające pacjentowi dodatkowych cierpień związanych z podejmowaniem kolejnych prób, np. reanimacji, powinno być traktowane jak przejaw nadgorliwości i instrumentalnego traktowania chorego. Do takiego sposobu myślenia upoważniają dokumenty Kościoła katolickiego oraz kodeks etyki lekarskiej.

Algorytm utylitarystyczny, który – najogólniej rzecz biorąc – polega na uznaniu, że należy dokonać rachunku „korzyści i szczęścia” i uznać, że moralnie słuszne jest działanie przynoszące najwyższą spodziewaną użyteczność społeczną. Doktryna ta mogłaby stanowić, na poziomie makroalokacji systemu opieki zdrowotnej, dobry punkt wyjścia kształtowania polityki zdrowotnej państwa. Uznanie, że celem ludzkiej działalności winno być dążenie do zwiększania powszechnego dobra i minimalizacja cierpienia, może być potraktowane jako słuszna społecznie zasada. Z kolei rozpatrywana na poziomie mikroalokacji zasada użyteczności polega na wyeksponowaniu korzyści indywidualnych, wynikających z dystrybucji ograniczonych środków medycznych⁵. Skrajną interpretacją może być maksymalizacja własnego interesu prowadząca do takich decyzji, które wiodą do uzyskania jak najwięcej, za jak najmniejszy wkład własny. Zdarzają się takie działania personelu medycznego, które nastawione są na korzyści indywidualne, wprowadzając umocowane w racjonalizacjach ekonomicznych, pomijające jednak reguły życia zbiorowego. Krańcowym tego przykładem są udokumentowane prawnie fakty sprzedaży informacji o śmierci pacjentów w łódzkim pogotowiu oraz świadome zaniedbania w procedurach udzielania pomocy przez pracowników pogotowia ratunkowego. Można stwierdzić, że intencje utylitarystyki zostały poddane procesowi trywializacji praktycznej i intelektualnej. Dowodów na to dostarcza krańcowa i kontrowersyjna wersja współczesnej bioetyki utylitarystycznej w wydaniu P. Singera (1997). Zwłaszcza jego poglądy na temat aborcji, klonowania, eutanazji, jakości życia są trudne do przyjęcia i sprzeczne z katolicką intuicją moralną. Według niego w decyzjach medycznych należy m. in. brać pod uwagę argument ekonomiczny dotyczący

⁵ Przykładem krańcowym zastosowania utylitarystyki w USA jest program subsydiów finansowych dla członków rodzin pacjentów umierających, jeżeli chorzy podpiszą dokument wyrażający ich wolę odstąpienia od zabiegów reanimacyjnych w ostatniej fazie życia (Fung 1993).

wysokich kosztów ponoszonych w trakcie terapii przedłużających stan terminalny chorych. Transfer tych środków na przypadki pacjentów, których prawdopodobieństwo wyleczenia jest większe, uważa on za bardziej racjonalny. Marnotrawstwem jest przeznaczanie pieniędzy na pacjentów, których życie uznane zostało za bezwartościowe i oznaczone wartością ujemną (Bołoz, Höver 2002).

Algorytm troski o pacjenta ograniczanej sprawiedliwością rozwiązuje przynajmniej część dylematów moralnych poprzednich algorytmów. Punktem wyjścia takich procedur jest uznanie, że zadaniem instytucji medycznych i pracujących w nich ludzi jest wszechstronna troska o zdrowie i życie pacjenta (Szewczyk 2001). Profesjonalna medycyna powinna być oparta na etyce troski, której bezpośrednim beneficjentem jest chora osoba. Istnieje zawsze konieczność określenia, co jest dobrem dla pacjenta i przeprowadzenie analizy w kontekście dobra powszechnego. Pacjent, zgodnie z zasadą autonomii, powinien mieć prawo wyrażania zgody lub sprzeciwu wobec proponowanych procedur medycznych. Możliwy jest tutaj scenariusz samograniczenia roszczeń pacjentów do leczenia według najwyższych standardów z uwagi na brak własnych zasobów finansowych. Lojalność wobec chorujących powinna opierać się też na zasadzie sprawiedliwości dystrybtywnej: wszyscy mają jednakowy, równy dostęp do środków publicznych przeznaczonych na opiekę zdrowotną w danym czasie. Akcentowana jest odpowiedzialność za zdrowie każdego człowieka, która jest jego moralnym obowiązkiem. Można w tym przypadku mówić o trosce intrapersonalnej polegającej m. in. na internalizowaniu wartości prozdrowotnego stylu życia. Praca placówek opieki zdrowotnej winna być monitorowana w różnych obszarach również przez zewnętrznych audytorów. Podstawowym *credo* instytucji medycznych powinny być troska i odpowiedzialność wobec chorych; profesjonalizm lekarzy polega na praktycznym stosowaniu najnowszej wiedzy biomedycznej, ale też na umiejętnym kierowaniu relacjami interpersonalnymi w społeczności szpitala.

3. OPINIA SPOŁECZNA O ALOKACJI ŚRODKÓW MEDYCZNYCH

Społeczne wybory dotyczące alokacji środków medycznych przedstawię poprzez trzy kazusy⁶. Pierwszy bierze pod uwagę dystrybucję interpersonalną z uwzględnieniem kryterium wieku. W drugim przykładzie omówiony zostanie problem podejmowania heroicznej terapii bądź tzw. terapii daremnej

⁶ Opis kazusów podejmujących dylematy alokacji środków medycznych opisuje m. in.: Ubel 2000.

i związanych z nimi motywacji wyboru. W trzecim respondenci mieli ustosunkować się do fragmentu dokumentu Kongregacji Nauki Wiary, w którym omawiane są zasady postępowania w stosunku do pacjenta w stanie terminalnym.

3.1. Kazus: pacjent w podeszłym wieku i wybór procedur leczenia

Dylemat moralny omawiany w tym paragrafie dotyczy mikroalokacji związanej z tzw. kryterium wiekowym. Według N. Danielsa podejmując problem alokacji środków medycznych z uwzględnieniem kryterium wieku należy rozważać ją jako dystrybucję interpersonalną bądź intrapersonalną (Daniels 1985). Ludzie inaczej rozdzielają środki medyczne, wtedy gdy proszeni są o dystrybucję w stosunku do innych, inaczej zaś wtedy, gdy rozdzielają je między różne fazy własnego życia. W niniejszym przykładzie zajmuję się przydzielaniem środków medycznych pacjentom w podeszłym wieku, którzy przeszli naturalny cykl życia i dożyli starości. W polskim systemie opieki zdrowotnej zdarzały się przypadki ograniczania środków finansowych na leczenie pacjentów w podeszłym wieku. Często stosowne leki i procedury medyczne miały charakter substytutywny, tzn. szpital ze względu na trudności finansowe nie zapewniał pacjentom leczenia wedle przyjętych procedur i standardów medycznych, bo nimi po prostu w danym momencie nie dysponował. Rodzi się więc pytanie, w jaki sposób zarządzać zasobami szpitala i czy można ograniczać koszty poprzez ograniczanie dostępu do właściwych procedur medycznych. Zadaniem respondentów był wybór pomiędzy trzema algorytmami: a) heroicznym leczeniem, b) racjonalnością ekonomiczną, c) terapią daremną. Uzyskane odpowiedzi prezentuje tab. 1.

Rozrzut odpowiedzi wskazuje, że wśród respondentów nie ma jednoznacznego poglądu na ten temat. Stosunkowo duże podobieństwo wyborów występowało w grupie lekarzy i studentów medycyny. Warto podkreślić, że ponad 40% wśród nich wyraża opinię o nieprzeznaczaniu drogich procedur medycznych dla ludzi starych. Dane ilościowe nie dają odpowiedzi, jakimi motywacjami kierowali się respondenci. Jeżeli dodamy wypowiedzi b i c, otrzymamy ponad 65% deklaracji uwzględniających kryteria ekonomiczne, skorygowane moralnym postulatem znoszenia cierpienia (odpowiedź c). Wśród studentów kierunków ekonomicznych blisko 50% opowiada się za wykorzystaniem wszystkich środków na przedłużenie życia pacjenta starego, tylko 14% zaś relatywizuje użycie procedur medycznych ze względu na wiek.

Tabela 1

Czy Pana(i) zdaniem, wobec rosnących kosztów opieki medycznej na leczenie ludzi starych, którzy przeszli naturalny i pełny cykl życia, i których utrzymanie dalszej egzystencji wymaga znacznych nakładów oraz uzależnione jest od drogich procedur medycznych należy

Odpowiedzi	Lekarze N = 230	Studenci medycyny N = 249	Studenci kierunków ekonomicznych N = 228
a. Przeznaczyć wszystkie możliwe środki medyczne na walkę o przedłużenie życia osobie w podeszłym wieku	30,4	34,1	49,1
b. Uzależnić racjonowanie opieki medycznej od wieku pacjenta; im pacjent starszy, tym stosować mniej kosztowne procedury	24,8	23,7	14,1
c. Skupić się tylko na zmniejszeniu cierpienia ludzi starych i nie przeznaczać nowoczesnych, drogich procedur medycznych na przedłużanie ich życia	44,8	42,2	36,8

Źródło: oprac. własne.

Środowisko medyczne w większym stopniu opowiada się za racjonowaniem usług ze względu na wiek. Coraz częściej lekarze w swoich decyzjach medycznych uwzględniają czynniki ekonomiczne. Postulat algorytmu agresywnej terapii traci na znaczeniu w przypadkach, w których działania medyczne ograniczane są do uśmierzania cierpienia i opieki paliatywnej.

3.2. Kazus: pacjentka chora na raka trzustki

Przedstawiono do oceny przykład pacjentki chorej na raka trzustki. Opis sytuacji przedstawiono poniżej. Wybór, jakiego mogli dokonać respondenci dotyczył alternatywnych możliwości leczenia w stanie terminalnym. Z punktu widzenia standardów medycznych najlepszym wyjściem w omawianym przypadku byłoby skupienie się na opiece paliatywnej, której głównym celem jest uśmierzanie bólu, troskliwa opieka i wsparcie udzielane w sferze rzeczowej (osobowe istnienie, uśmierzanie bólu, higiena ciała, pomoc w czynnościach fizjologicznych), w sferze informacyjnej (zaspokajanie potrzeb informacyjnych dotyczących stanu pacjentki, rodziny, znajomych oraz innych), w sferze duchowo-psychologicznej (pomoc psychologiczna, posługa religijna). Wskazane potrzeby pacjentki mogły być zaspokajane przez lekarzy, pielęgniarki, wolontariuszy, rodzinę, duchownych. Tym samym poszerzał się krąg osób aktywnie wspomagających chorą.

Tabela 2

Pani Zofia K. 62-letnia pacjentka choruje na raka trzustki. Mimo stosowania chemioterapii wykryto u niej liczne przerzuty do wątroby i płuc. Chora cierpi na niewydolność nerek i uszkodzenia mózgu. Zdaniem lekarzy pacjentka nie ma żadnych szans na wyleczenie i dłuższe przeżycie. Rodzina nalega na dalsze agresywne leczenie. Czy Pana(i) zdaniem należy

Odpowiedzi	Lekarze N = 230	Studenci medycyny N = 249	Studenci kierunków ekonomicznych N = 228
Pacjentkę przenieść na oddział intensywnej opieki medycznej w celu dalszego, wykorzystującego wszelkie kosztowne środki medyczne leczenia	1,7	5,2	25,0
Pacjentkę otoczyć troskliwą opieką i stosując, mniej kosztowne, środki medyczne znoszące ból i cierpienie, pozwolić pacjentce umrzeć w możliwie godnych warunkach	98,3	94,8	75,0
Czym według Pana(i) powinni się kierować lekarze podejmując decyzje dotyczące tej pacjentki?			
Kosztami zabiegów i leczenia	0,9	2,4	2,2
Uniknięciem cierpienia, jakie te zabiegi mogą spowodować i akceptacją śmierci ludzkiej	95,7	93,6	73,2
Chęcią przedłużenia życia pacjentki pomimo przysporzonych jej cierpień w trakcie zabiegów	3,4	4,0	24,6

Źródło: oprac. własne.

Wybory lekarzy i studentów medycyny (profesjonaliści) są opowiedzeniem się za algorytmem terapii daremnej w ponad 95%, a główną motywacją rezygnacji z agresywnych metod leczenia jest uniknięcie cierpienia, jakie zabiegi mogą spowodować i akceptacja naturalności śmierci. Decyzje laików (studenci biznesu) uwzględniają w 25% wyborów stosowanie algorytmu terapii heroicznej, co może świadczyć o roszczeniowym podejściu zarówno do umierającego, jak i opiekującego się nim personelu medycznego. Generalną zasadą jest niebranie pod uwagę kosztów leczenia, które tylko w ok. 2% deklaracji powinny wpływać na decyzje lekarskie. Jest to zgodne z potoczną interpretacją zadań lekarzy i opieki zdrowotnej.

3.3. Kazus: wytyczne Kongregacji Nauki Wiary w sprawie leczenia terminalnego

Opinia publiczna jednoznacznie identyfikuje stanowisko Kościoła katolickiego jako zdecydowanie przeciwne eutanazji traktowanej jako zamach na

prawo do życia. Natomiast mniej znana jest jego interpretacja w sprawie tzw. terapii agresywnej i dokładnego ustalania chwili śmierci ludzi. Dokumenty Kościoła proponują, aby uznana powszechnie maksyma ratowania życia była uzupełniona również prawem do spokojnej śmierci. Zacytowany w pytaniu fragment *Deklaracji o eutanazji* Kongregacji Nauki Wiary wyraźnie formułuje przesłanie, że pacjent w stanie terminalnym może zrezygnować z nadzwyczajnych procedur medycznych. Intencją opieki terminalnej jest stosowanie środków łagodzących ból i cierpienie chorego, nawet jeśli wiązałoby się to z ryzykiem szybszej śmierci. Również polski *Kodeks etyki lekarskiej* w art. 32 stwierdza: „W stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych”. Wydaje się więc, że zapewnienie pacjentowi w stanie terminalnym spokojnej śmierci powinno być przesłanką modyfikującą charakter głównego zadania lekarza, jakim jest leczenie i utrzymywanie przy życiu chorego. Potwierdza to również art. 30 *Kodeksu etyki lekarskiej*, który mówi, że lekarz powinien dołożyć „wszelkich starań, aby zapewnić choremu humanitarną opiekę terminalną i godne warunki umierania”. Zadaniem respondentów było ustosunkowanie się do zaprezentowanego w cytacie stanowiska. Nie byli oni poinformowani z jakiego tekstu pochodzi ów wycinek. Pytanie brzmiało następująco:

Tabela 3

Czy zgadza się Pan(i) z następującym stwierdzeniem: W obliczu zbliżającej się, pomimo zastosowanych środków, nieuchronnej śmierci wolno świadomie podjąć decyzję o rezygnacji z zabiegów, które przyniosłyby tylko niepewne i uciążliwe przedłużanie życia, nie przerywając jednak normalnych zabiegów, należnych choremu w podobnych przypadkach. Dlatego lekarz nie ma powodu do czynienia sobie wyrzutów, tak jak gdyby nie udzielił pomocy osobie będącej w niebezpieczeństwie (*Deklaracja eutanazji*; 1980, Jan Paweł II 1995)

Odpowiedzi	Lekarze N = 230	Studenci medycyny N = 249	Studenci kierunków ekonomicznych N = 228
Zdecydowanie zgadzam się z takim poglądem	31,3	35,4	24,2
Raczej zgadzam się z takim poglądem	47,8	49,0	43,8
Raczej nie zgadzam się z takim poglądem	10,9	6,0	11,4
Zdecydowanie nie zgadzam się z takim poglądem	2,6	4,0	13,6
Trudno odpowiedzieć	7,4	5,6	7,0

Źródło: oprac. własne.

Okolo 80% respondentów profesjonalistów (lekarze, studenci medycyny) oraz 68% laików (studenci biznesu) zgadza się z wyrażoną w cytacie opinią. Grupa laików (25%) jest przeciwnego zdania, co zgodne jest z wynikami zaprezentowanymi w tab. nr 1. Odpowiedzi na to pytanie potwierdzają wcześniejsze komentarze. Część studentów (ok. 25%) spoza środowiska medycznego opowiada się za wszelkimi formami agresywnego bądź heroicznego leczenia, również w stanach terminalnych. Uzasadnienia zaprezentowanego stanowiska miały różną proveniencję i dotyczyły wielu zadań opieki terminalnej.

4. ZAKOŃCZENIE. POWINNOŚCI MORALNE W OPIECE ZDROWOTNEJ

Na koniec tych rozważań chcę sformułować kilka uzupełnień dotyczących powinności opieki zdrowotnej w algorytmie medycyny troski ograniczanej sprawiedliwością. Punktem wyjścia niniejszego opracowania było: po pierwsze, stwierdzenie, że istnieją prawne i moralne przesłanki sprawiedliwej opieki zdrowotnej; po drugie, że stan zdrowia społeczeństwa można poprawić poprzez alokację zasobów medycznych zarówno na poziomie makroalokacji, jak i mikroalokacji; po trzecie, że racjonalizacje w zarządzaniu zasobami medycznymi muszą być oparte na etyce medycznej, ekonomicznym myśleniu oraz działaniu personelu medycznego (Brzeziński 2002). Zgodnie z wynikami badań opinii społecznej najważniejsze jest zaspokojenie bezpieczeństwa zdrowotnego na poziomie dostępu do podstawowych świadczeń medycznych (Gałuszka 2003). Można w takim przypadku mówić o normalnym standardzie opieki zdrowotnej, skorygowanej poprzez rachunek ekonomiczny, realizowanej w obywatelskim społeczeństwie demokratycznym. Pojęcie „obywatelskie społeczeństwo demokratyczne” ma różne konotacje i interpretacje. W moim rozumieniu opieka zdrowotna w obywatelskim społeczeństwie demokratycznym powinna zapewnić wszystkim potrzebującym dostęp do podstawowego zakresu opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych oraz do wysoko specjalistycznych usług medycznych wedle reguły losowej, tzn. kto pierwszy zachoruje ten pierwszy powinien mieć zaspokojoną potrzebę zdrowotną. Określenie przedmiotowe zakresu podstawowych usług zdrowotnych winno opierać się na jasnych kryteriach ujawnionych publicznie poddanych krytycznej ocenie zarówno poprzez grona eksperckie, jak i opinię społeczną.

Ważna jest również realizacja celów strategicznych ochrony zdrowia obywateli w zakresie profilaktyki i zdrowia publicznego (Oreskovic 1998). Sprostanie zadaniom wynikającym z przynależności Polski do międzynarodowych struktur organizacji zdrowia zapewne nie będzie łatwe. Założenia

strategii i polityki *Zdrowia dla wszystkich w XXI wieku* pokazują, jakie zadania czekają nas w zakresie wyrównywania szans zdrowotnych obywateli, eliminacji chorób, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej (*Zdrowie 21*, 2001).

Problemem głównym w naszym kraju jest szara strefa usług medycznych wykonywanych w szpitalach publicznych za dodatkową opłatą, która przekazywana jest lekarzom i innemu personelowi medycznemu. Korupcja – bo tak chcą niektórzy nazwać ten mechanizm – podlega coraz to nowym pomysłom jej legalizacji. Ostatnią propozycję złożyła Izba Lekarska w Łodzi postulując zalegalizowanie opłat dodatkowych w instytucjach medycznych. *De facto* takie opłaty są przez pacjentów wnoszone od dawna na różnych szczeblach udzielania świadczeń zdrowotnych, np. za posiłki, lekarstwa, specjalistyczną aparaturę.

Środowisko zawodowe medyków, chcąc poprawić publiczny wizerunek, musi zinternalizować zasady normalnej przyzwoitości, którymi powinien charakteryzować się zwłaszcza lekarz traktowany jako profesjonalista, mający długą drogę dochodzenia do kwalifikacji i w związku z tym obdarzony wysokim prestiżem społecznym.

Przede wszystkim trzeba stwierdzić, że opieka medyczna jest zarazem darem i towarem (Payne 2001). Przesłanki moralne opieki zdrowotnej jako daru mają długi rodowód i stoją u podstaw solidarności międzyludzkiej. Lekarz i jego pacjenci muszą jednak również widzieć organizacje medyczne w kategoriach rachunku ekonomicznego, a usługę medyczną często jako towar luksusowy, podlegający mechanizmom rynkowym. Umowa społeczna powinna określać, na czym polega sprawiedliwa partycypacja w publicznych środkach medycznych. Akceptacja społeczna ograniczonych możliwości udzielania świadczeń medycznych na najwyższym poziomie winna być podstawą polityki zdrowotnej. Nie można obiecywać ludziom najwyższego standardu usług medycznych w szpitalu, w którym nie ma pieniędzy na opłacenie tak prozaicznych spraw, jak np. energia elektryczna, bieżąca woda, obiady dla pacjentów, podstawowe lekarstwa i pensje dla personelu. Tak jak zaakceptowaliśmy termin „płaca minimalna”, tak trzeba będzie zaakceptować równość wobec ograniczonych środków medycznych. Ponieważ zdrowie jest dobrem zarówno społecznym, jak i indywidualnym, obowiązek dbania o to dobro spoczywa i na każdym obywatelu społeczeństwa, i na instytucjach powołanych w imieniu państwa do realizacji konstytucyjnych praw obywateli w zakresie ochrony zdrowia. Obywatel społeczeństwa demokratycznego ma moralny obowiązek dbania o zdrowie własne i swoich bliskich. Jak przenieść język praw i obowiązków obywatelskich w zakresie zdrowia na praktykę udzielania świadczeń zdrowotnych, jest odrębnym zagadnieniem. Racje ontologiczne przemawiają za tym, że skoro istniejemy jako ludzie, przysługują nam wszelkie prawa wynikające z tzw. człowieczeństwa. Jako ludzie doszliśmy do tego, że należy chronić słabszych. Słabszym

jest chory, cierpiący i oczekujący wsparcia, którego udzielanie przez jego bliskich jest ich moralnym obowiązkiem. Jednocześnie musimy zaakceptować skończoność bytu ludzkiego i zgodnie z procedurami biomedycznymi oraz zasadami etycznymi odstąpić od heroicznej walki o utrzymanie życia, uznając śmierć za ostatni etap wieńczący nasze istnienie.

BIBLIOGRAFIA

- Alichniewicz A., 2002, *Eutanazja a etyczne podstawy medycyny stanów terminalnych*, [w:] *Narodziny i śmierć. Bioetyka kulturowa wobec stanów granicznych życia ludzkiego*, red. M. Gałuszka, K. Szewczyk, PWN, Warszawa, s. 160–164.
- Bołoz W., Höver G., 2002, *Utylitaryzm w bioetyce. Jego założenia i skutki na przykładzie poglądów Petera Singera*, Wyd. Uniwersytetu Stefana Wyszyńskiego, Warszawa.
- Brzeziński T., 2002, *Etyka lekarska*, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa.
- Daniels N., 1985, *Just Health Care*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Deklaracja o eutanazji*, Kongregacja Nauki Wiary, Watykan.
- Fung K. K., 1993, *Dying for Money*, „American Journal of Economy and Sociology”, No. 52.
- Gałuszka M., 2003, *Sprawiedliwa medycyna w ocenach społecznych*, „Zdrowie Publiczne” [w druku].
- Getzen T. E., 2000, *Ekonomika zdrowia*, tłum. M. Jakubiak, T. Żukowski, PWN, Warszawa, s. 22–43.
- Gilon R., 1997, *Etyka lekarska. Problemy filozoficzne*, tłum. A. Alichniewicz, A. Szczęsna, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, s. 151–152.
- Harris J., 1998, *Micro-allocation: deciding between patients*, [w:] eds. H. Kuhse, P. Singer, *A Companion to Bioethics*, Blackwell Publishers, Oxford.
- Jan Paweł II, 1995, *Encyklika Evangelium vitae. O wartości i nienaruszalności życia ludzkiego*, Watykan.
- Marsh F. H., Yarborough M., 1990, *Medicine and Money. A Study of the Role of Beneficence in Health Care Cost Containment*, Greenwood Press, New York, London.
- Narodowa ochrona zdrowia. Strategiczne kierunki działań Ministerstwa Zdrowia w latach 2002–2003*, 2002, Warszawa.
- Oreskovic S. 1998, *New Priorities for Health Sector Reform in Central and Eastern Europe*, „Croatian Medical Journal”, Vol. 39, No 3.
- Payne J., 2001, *Czy usługi medyczne mają być darem, czy towarem?*, tłum. A. Alichniewicz, A. Szczęsna, [w:] *Dylematy bioetyki*, red. A. Alichniewicz, A. Szczęsna, Zakład Etyki i Filozofii Medycyny Akademii Medycznej w Łodzi, Łódź.
- Roberts M., Bossert T., 1999, *Health Care Opinions for polish Municipalities: The Implications of International Experience*, Boston. <http://www.hsph.harvard.edu/ihsg/publications/pdf/No-61.PDF>.
- Singer P., 1997, *O życiu i śmierci. Upadek etyki tradycyjnej*, tłum. A. Alichniewicz, A. Szczęsna, PIW, Warszawa.
- Szewczyk K., 2001, *Dobro, zło i medycyna. Filozoficzne podstawy bioetyki kulturowej*, PWN, Warszawa.
- Ubel P. A., 2000, *Pricing Life. Why It's Time for Health Care Rationing*, A Bradford Book. The MIT Press, Cambridge, Massachusetts, London, England.
- Wikler D., Marchand S., 1998, *Macro-allocation: dividing up the health care budget*, [w:] *A Companion to Bioethics*, eds. H. Kuhse, P. Singer, Blackwell Publishers, Oxford.

- Włodarczyk C., Paździoch S., 2001, *Systemy zdrowotne. Zarys problematyki*, Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Zaborowski P., 2003, *Ograniczone nakłady finansowe w systemie ochrony zdrowia – dylematy etyczne*, „Annales. Etyka w Życiu Gospodarczym” [Salesjańska Wyższa Szkoła Ekonomii i Zarządzania], t. 6.
- Zdrowie 21. *Zdrowie dla wszystkich w XXI wiek*, 2001, tłum. J. B. Karski, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Fundacja Zdrowia Publicznego, Uniwersyteckie Wydawnictwo „Vesalius” Warszawa, Kraków.

Mieczysław Gałuszka

INSTITUTIONAL AND SOCIAL ALLOCATION OF SCARCE MEDICAL RESOURCES

The paper takes up the problem of the macro- and micro-allocation of scarce medical resources in the frames of the health care system in Poland. Some types of medical treatment in public health care system are analysed and presented in the form of the algorithms of:

- contracted medical services
- heroic-aggressive therapy
- futile treatment
- utilitarian
- care limited by justice

Social choices concerning allocation of medical resources are presented in the form the three case studies: 1) an elderly patient and a choice of treatment 2) a patient suffering from pancreas cancer; 3) the guidelines of the Congregation for Doctrine of Faith as to terminal care.

The analyses lead to the following conclusions: the most important thing is to satisfy the needs of security on the level of the access to the basic health care services; there are legal and moral premises of just health care; the health condition of the society can be improved by an adequate allocation of medical resources on macro and micro-levels; the management of medical resources should take into account economic rules, but health care professionals should follow the principles of medical ethics.