

WALDEMAR KWIATKOWSKI

Akademia Medyczna w Łodzi

**ETYCZNA INTERPRETACJA NOWYCH TENDENCJI  
W OPIECE MEDYCZNEJ****O etycznych uwarunkowaniach menedżerskiego podejścia  
do opieki medycznej**

Opieka zdrowotna jest jedną z tych dziedzin społecznego życia, które poddane są szczególnemu rygorowi etycznej interpretacji. Jest to związek utrwalony przez tradycję, korzeniami sięgający Hipokratesowej wizji medycyny i lekarskiej powinności. Jego trwałość nakazuje dopatrywać się w nim charakteru konstytutywnego dla opieki zdrowotnej rozumianej jako służba zdrowiu. Nic zatem dziwnego, że wszelkie istotniejsze zmiany w sposobie uprawiania medycyny szybko są poddawane etycznym sankcjom jako koniecznemu ich uprządkowaniu.

W popasteurowskiej medycynie, której etyczne wzorce do dziś są traktowane - na ogół - za oczywiste, zasadnicze pojmowanie medycznej opieki ogniskowało się wokół interpretacji relacji pacjent-lekarz, rozumianej jako zindywidualizowany osobowy stosunek. Jednak postępująca technologizacja medycyny ów wzór w znacznym stopniu zmodyfikowała. Pojawienie się wielu droższych technik diagnostycznych i terapeutycznych sprawiło, że model etyki lekarskiej zbudowany na takiej binarnej relacji stał się niewystarczający. Nowoczesna medycyna, sięgając coraz w większym stopniu po owe drogie i często niedostatecznie upowszechnione środki terapeutyczne, jednocześnie nie pozbawiła lekarza możliwości nieograniczonego korzystania z nich, a nawet decydowania o ich zastosowaniu w leczeniu konkretnych pacjentów. Konieczność reorganizacji - z resztą nie tylko najnowszych - zdobyczy techniki medycznej, doprowadziła do ograniczenia suwerenności terapeutycznych decyzji leczącego, podporządkowując je - w stopniu istotnym - rozstrzygnięciom natury ekonomicznej i administracyjnej.

Ta, w sposób naturalny postępująca, elitaryzacja opieki medycznej<sup>1</sup> - jakkolwiek wciąż jeszcze w ograniczonym, zakresie, stanowi dla współczesnej etyki lekarskiej poważne wyzwanie. Zmierzenie się z rysującymi się tu dylematami natury etycznej wymaga znacznego rozszerzenia horyzontu klasycznej etyki lekarskiej. Niezbędne staje się, mianowicie, wkomponowanie

<sup>1</sup> Mowa tu o elitaryzacji w dwojakim sensie, która z jednej strony określa sytuację pacjenta, z drugiej zaś - lekarza. W pierwszym przypadku chodzi o ograniczenia związane z dostępem pacjenta do droższych technik diagnostyczno-terapeutycznych, zaś w drugim - o czynniki pozbawienie lekarza możliwości wyboru właściwego, z jego punktu widzenia, medycznego postępowania ze względu na związane z nim koszty.

w obszar tradycyjnej etyki, zdominowanej przez personalnie interpretowane, zindywidualizowany stosunek lekarz - pacjent, elementu niejako „makroetycznego”, który określiłby powinno ci lekarza ju nie tylko ze względu na *jego* pacjenta, ale zdefiniował jego zobowiązania jak i powinno ci służyć zdrowia jako takiej wobec całej populacji aktualnych i potencjalnych pacjentów tak, aby możliwie najpełniej została spełniona powszechnie akceptowalna zasada sprawiedliwości oraz wzrosło społeczne poczucie „zdrowotnego bezpieczeństwa”.

Ten rodzaj podwójnej odpowiedzialności, wykraczający poza możliwości konkretnego lekarza, z koniecznością staje się udziałem instytucji, zdolnej do kompleksowej koordynacji i reglamentacji opieki zdrowotnej w imię powyższych zasad. Z drugiej jednak strony, stawia lekarza w dość dwuznacznej pozycji: z jednej strony przysięga lekarska określa go jako zdeklarowanego rzecznika pacjenta, z drugiej zaś - jego działalność terapeutyczną nie może zasadniczo kwestionować decyzji natury niejako globalnej: strategicznych założeń polityki zdrowotnej, preferowanych przez rządowy układ polityczny, który - jak by nie było - ma głos rozstrzygający w rozdziale rodków na poszczególne cele stawiane opiece zdrowotnej<sup>2</sup>.

Owa instytucjonalizacja służyć zdrowia, w obrębie której samo leczenie stanowi już tylko jeden z elementów szerszej działalności, obejmującej swym zasięgiem także przedsięwzięcia jak: optymalizacja działalności zespołów lekarskich oraz stosowania rodków leczniczych, określanie priorytetów medycznych - ogólnie rzecz biorąc: wiele rozmaitych działań dotyczących zarządzaniem infrastrukturą medyczną, wymaga stosownej etycznej interpretacji. Powyższa kwestia jest zasadniczym przedmiotem niniejszego artykułu.

**1. Etos medycyny. Uwagi o jego pochodzeniu oraz o znaczeniu relacji pacjent - lekarz.** Podstaw etycznej interpretacji medycyny zazwyczaj wywodzi się z tradycji starogreckiej, zapisanej w formule przysięgi Hipokratesowej. Siła i dynamika argumentacji zawartej w tym sformułowaniu, wciąż aktualne - pomimo znacznego upływu czasu od momentu jego powstania, biorą się z przekonania, że istotą lekarskiego działania jest posługa - w dwojakim tego słowa znaczeniu: lekarz, mianowicie, jest zobowiązany na mocy owej przysięgi służyć zarówno szukającemu u niego ratunku, cierpiącemu na jakiegoś dolegliwość - pacjentowi jak i zdrowiu jako takiemu (tj. stanowiącemu strażnicę idei zdrowia). Wyjtkowo tej posłudze wynika z najwyższej rangi wartość (zdrowie i życie), nad którymi sprawuje pieczę lekarz jak i zwi-

<sup>2</sup> Zdrowie jest kwestią w równym stopniu indywidualną, co ekonomiczną i polityczną. Wiele rzeczy biorąc, stanowi ono podstawową wartość egzystencjalną, ekonomiczną, polityczną. Coraz częściej spotykamy się z sytuacją, gdy zdrowiem pracownika (zwłaszcza kandydata na pracownika) bardziej zainteresowany jest pracodawca niż sam ten pracownik. Nic dziwnego, zatem, że wraz ze wzrostem jego ekonomicznego znaczenia zdrowia jego kwestia staje się jednym z podstawowych elementów politycznego „zagospodarowania”.

zanej z tym władzy nad bólem, strachem i cierpieniem, które zwykle towarzyszy chorobie. Lekarz, dzięki swej wiedzy i do wiadomości jawi się jako ostatnia, choć niekoniecznie ostateczna instancja (wszak pozostaje jeszcze Bóg, bodaj nie zdefiniowany cud) zdolna przywrócić chorego do grona zdrowych: odda mu zabraną przez chorobę siłę, z którą był z tytułu i z którym jedynie jest skłonny współpracować - tym samym przywróci mu, zakwestionowaną przez chorobę, poprzednią pozycję - jakkolwiek nie zawsze jest to w pełni możliwe.

Zgodnie z tym znaczeniem, działaniu lekarza można nadać miano dobroczynienia w sensie niejakiego absolutnego, albowiem posługa lekarska jest w tym sensie bezcenna, a przedmiotem jej troski są najwyższe dla chorego wartości - jego własne życie i zdrowie.

Z tej oczywistej niewspółmierności między wartościami wymiernymi, materialnymi wartościami, jakim słuszy przeciętny miernik, a wartościami, którym hołduje lekarz wyłania się walor wielkoduszności i wspaniałomyślności wpisany w klasycznie pojętą funkcję leczenia. I właśnie w tym względzie sprawa, a funkcję tę powszechnie traktuje się nie tylko jako zawód, ale może przede wszystkim jako misję. Stąd za podstawową kategorię etyczną, opisującą etyczne intencje lekarza należałoby uznać pojęcie *troski*<sup>3</sup>.

Jednak tak rozumiana troska jest czymś więcej niż jedynie przeciwstawianiem się chorobie pacjenta dzięki posiadaniu przez lekarza wiedzy i doświadczenia. Praktyka współczesnej medycyny wskazuje, że coraz częściej istotą owej ofiarnej terapii polega na walce z zagrożeniem życia czy zdrowia pacjenta, której sens da się sprowadzić, przynajmniej w pewnym stopniu, do zakwestionowania naturalnego biegu przemijania. Znacząco to, że miernie jako taka sama nieomal stała się przedmiotem lekarskiej interwencji, o ile uprzednio uznała się, że konstytutywnym elementem przemijania jest choroba jako taka<sup>4</sup>. W tej bezkompromisowej postawie wobec choroby ofiarnej lekarza - czy medycyny w ogólnie - nabiera wyrazu działania ponieważ heroicznego, bowiem mierzącego pacjenta jest tu po prostu rozumiana jako porażka. Zapewne dlatego nowoczesna medycyna przejawia wyraźną skłonność do redukcji swej podstawowej funkcji - jak jest uzdrawianie - do działań defensywnych, zdefiniowanych niejakim negatywnie, tj. do walki

<sup>3</sup> Zob. K. Szewczyk: *Dobro, zło i medycyna. Filozoficzne podstawy bioetyki kulturowej*. Warszawa 2001. Koncepcji etyki troski poświęcony jest rozdział szósty tej pracy (s. 166-200).

<sup>4</sup> Skłonność medycyny do walki o życie za wszelką cenę sprawia, że pojęcie mierności z przyczyn naturalnych staje się kategorią coraz bardziej problematyczną. Przyczyn mierności definiuje się jako określoną chorobę, nad którą nie udało się zapanować. Ogólnie rzecz biorąc, nowoczesnej medycynie można przypisać pewnego rodzaju - niekoniecznie wiadomą - transpozycję celów. Pierwotnie walka z przemijaniem wynikała z walki z chorobą zagrażającą życiu czy zdrowiu pacjenta. Jednak nadmierna koncentracja na eliminowaniu chorób - przy jednoczesnym osłabieniu zainteresowania samym pacjentem - głównym celem medycyny uczyniła walkę z przemijaniem.

z chorob . Owo negatywne zaangażowanie medycyny jako ochrony życia pogłbia si m. in. w sposobie traktowania choroby jako procesu zawierania si egzystencjalnych mo liwo ci człowieka<sup>5</sup>. Jednocze nie tak zdefiniowane zdrowie, tzn. jako *stan permanentnej dyspozycyjno ci* wikła medycyn w coraz trudniejsze dylematy. Ich istota wynika z faktu, e owa ustawiczna dyspozycyjno jest pojciem na tyle nieokre lonym, i mo e to wzbudza roszczenia, którym nie b dzie w stanie sposób podola adna, nawet najlepiej zorganizowana i opłacana opieka medyczna. Co wi cej, powy sza definicja zdrowia rozszerza kategori pacjenta w sposób wla ciwie nieograniczony. Chorym mog si sta zarówno z powodu, dajmy na to niedowładu ko czyny, czy z racji powikszej si łysiny lub pojawienia si zmarszczek na twarzy<sup>6</sup>. Zatem choroba traci klasyczny sens patologii - staje si *projektem*, projektem, trzeba to nadmienić, coraz bardziej kosztownym, którego tre wypełnia w coraz wi kszym stopniu społeczne zamówienie, a nie jej *stricte* immanentna medyczna definicja<sup>7</sup>. Oznacza to, e wraz z poszerzaniem si zakresu usług medycznych pojawia si konieczno wywa onego okre lenia - w granicach tradycyjnie rozumianej opieki medycznej jako *dobroczy-nienia* - tego, co pacjent *istotnie potrzebuje* i co w sposób uprawniony mo e on od niej wymaga w odró nieniu od tego, co *chciałby od niej otrzyma* i co jest ona w stanie mu dostarczyć pod okre lonymi warunkami, tj. w formie usługi ponadprogramowej.

Oczywi cie, zakres uprawnionych i gwarantowanych usług mo e si zmieniać w zale no ci od kontekstu społecznego i ekonomicznego, jak równie z racji technologicznego post pu w medycynie. W ka dym razie kategoria *uzasadnionej potrzeby* ma za zadanie obron słu by zdrowia (*resp.* bud etu pa stwa) przed eskalacją nadmiernych roszcze pacjentów - by mo e w jakim stopniu nawet usprawiedliwionych, ale którym z ró nych wzgl dów nie byłaby w stanie sprostać. Z drugiej strony ma zapobiega kreowaniu przez lobby lekarskie sztucznego popytu na niektóre usługi medyczne czy to opłacane bezpo rednio przez pacjenta, czy przez jak form

<sup>5</sup> Przy takiej interpretacji choroby mo e by ni w równym stopniu infekcja, co post puj cy uwi d starczy. W obu przypadkach chodzi w gruncie rzeczy o to samo, tj. ograniczenie mobilno ci, a przez to dyspozycyjno ci chorego. Wydaje si, e to rozumienie choroby obci one jest technologicznym zawieraniem roli, do jakiej jest powołany członek nowoczesnych industrialnych społeczno ci. Oczywi cie podana wy ej definicja choroby niewiele na wspólnego z okre leniem podr cznikowym, lecz raczej uchwytuje faktyczny stosunek do choroby jako niedyspozycji.

<sup>6</sup> W wiecie zdominowanym przez wzrastaj c konkurencj niemal wszystko mo e sta si towarem. Zatem równie moja prezencja mo e decydowa o sukcesie zawodowym czy nawet finansowym. W pewnych zawodach (a jest ich wcale niemało) niedostatek wla ciwej prezencji oznacza brak wla ciwych kwalifikacji, wr cz rodzaj inwalidztwa.

<sup>7</sup> W wielu przypadkach ordynowanie rozmaitych rodków wzmacniających w rodzaju preparatów witaminowych, proteinowych etc. słu y nie tyle polepszeniu zdrowia pacjenta, ile np. zwi kseniu wydolno ci organizmu fanatyka wiece kulturystycznych.

ubezpieczenia zdrowotnego. W ka dym razie gwałtowny rozrost medycznej technologii i - co za tym idzie - mo liwo ci diagnostyczno-terapeutycznych, wymaga od lekarzy jak i społecznej opieki medycznej - w szerokim tego słowa znaczeniu - daleko id cej *terapeutycznej wstrzemi liwo ci*<sup>8</sup>. Samo zdrowie staje si , tedy, *poj ciem granicznym*, wła ciwie kategori regulatyn , która definiuje optymalny - dla danych społecznych wymaga - stan psychofizyczny człowieka, który jawi si jako odpowiedni dla realizacji jakich globalnych interesów społecznych. *Poj cie zdrowia, tym samym, pełni rol instrumentu wprz gni tego w realizacj zarówno jednostkowego jak i społecznego sukcesu i z konieczno ci zostaje wł czone obiegi rynkowych warto ci.*

Widziana z takiej perspektywy lekarska powinno , tradycyjnie okre la na jako troska o pacjenta, w ka dym razie nie oznacza ju obstawania przy jakim naturalnym porz dku okre laj cym wzgl dnie jednoznacznie ró nic mi dzy zdrowiem a chorob , lecz uzyskuje wła ciwe znaczenie w wy ej opisanym procesie permanentnego transcendowania poza w sko rozumian biologiczn faktyczno choroby - w znaczeniu zjawiska uzasadnionego logik biologicznych procesów. Nie zmienia to jednak faktu, e - nazywaj c rzecz metaforycznie - troska o pacjenta wci zywa lekarza do ofiaro ci w spiskowaniu niejako przeciwko naturalnemu biegowi przemijania, tj. nakazuje mu przeciwstawia si chorobie: zwalcza jej logik za pomoc logiki przywracania do zdrowia. Lekarzowi, bowiem, nie wystarcza rozumienie choroby, jemu chodzi przede wszystkim o *uzdrowienie*. St d te wywodzi si heroizm jego postawy: walka z chorob jako nieustanny proces transcendowania poza ow w sko rozumian biologiczn faktyczno choroby w znaczeniu zjawiska uzasadnionego logik procesów yciowych.

Egzystencjalno-etyczn wymow owej lekarskiej ofiaro ci jest trwanie przy pacjencie, towarzyszenie mu twarz w twarz w jego walce o przetrwanie. W ten sposób lekarz nie tylko po wi ca si walce z chorob , lecz w całym tego znaczeniu *po wi ca si pacjentowi*. ródlów relacj etyczn w klasycznej medycynie jest wie jednostkowa, tj. bezpo rednia, osobowa relacja lekarz - pacjent, za ufundowany na niej model opieki zdrowotnej mo na nazwa *heroicznie-współczuj cym*.

Ubocznym, cho bynajmniej nie o marginalnym znaczeniu, skutkiem owej personalistycznej interpretacji opieki medycznej okazało si ukształtowanie powszechnego przekonania o niezbywalno ci prawa do opieki medycznej, którego skrajn postaci jest postulat prawa do równego dost pu do opieki zdrowotnej (*zasada ekwiwalencji*)<sup>9</sup>. To rozpowszechnione roszczenie przekształca si w rodzaj niezwykle silnie umotywowanej sankcji społecz-

<sup>8</sup> Zob. F. H. Marsh, M. Yarborough: *Medicine and Money*. New York, Westport, London 1990., s. 76.

<sup>9</sup> V. W. Sidel: *The Right to Health Care: An International Perspective*, w: E. L. Bandman, B. Bandman (red.): *Bioethics and Human Rights*. Boston 1978, s. 432.

nej odbieranej jako jeden z bardziej elementarnych wymogów sprawiedliwości społecznej.

Zdefiniowany w ten sposób etos medycyny wraz z przypisanym mu podstawowym etycznym relacją pacjent - lekarz stanowi niezbędną podstawę dla etycznej oceny nowoczesnych form opieki zdrowotnej, w tym: właściwego uchwycenia napięcia między powszechnymi oczekiwaniami związanymi z postępem medycznych technologii, a faktycznymi możliwościami oferowanymi przez dominujące sposoby organizacji tej opieki.

**2. Postęp medycyny - płonne nadzieje?** „Heroiczno-empatyczna” wersja medycyny - w ogólnym i posługi lekarskiej w szczególności stała się nieoczekiwanie problematyczna, gdy nauki medyczne dostały się pod wpływ wszechobecnego postępu technologicznego.

Albowiem, paradoksalnie, dynamiczny i istotny - spektakularny rozwój wiedzy medycznej nie wpłynął w jakiś widoczny sposób na zwiększenie poczucia bezpieczeństwa pacjentów. Przeciwnie, technologizacja medycyny - jako główny czynnik diagnostyczno-terapeutycznego postępu - przyczyniła się do znacznej erozji społecznego zaufania, jakim tradycyjnie obdarzana była służba zdrowia. Wynika to z faktu, że za technologiczny postęp również i w tym przypadku płaci się pewne ceny. Mianowicie, wymaga on zbudowania całkiem nowych podstaw ekonomicznych funkcjonowania opieki zdrowotnej. W praktyce oznacza to rezygnację, jeżeli już nie całkowitą to w stopniu powszechnie odczuwalnym - cokolwiek by to znaczyło - z tradycyjnego etosu medycyny, na którym został ufundowany model opieki czczej i ofiarnej opieki medycznej. Dalszą konsekwencją tego stanu rzeczy, może być najistotniejsza z punktu widzenia możliwości zapewnienia pacjentom jakiegoś elementarnego komfortu psychicznego, była destrukcja personalistycznego charakteru relacji pacjent - lekarz, za którą jest odpowiedzialna właśnie nie postępująca technologizacja wiedzy medycznej. W tym przypadku nie chodzi już tylko o ekonomizację medycyny, ale również o ukształtowanie się i upowszechnienie nowego stylu diagnozowania i terapii. Jednym z jego charakterystycznych rysów jest to, że lekarska posługa traci w dużym stopniu charakter spotkania, którego celem było niesienie pomocy cierpiącemu choremu. Cierpienie ustąpiło miejsca chorobie, jednak nie przez sam fakt zmiany nastawienia lekarza względem pacjenta, ale na skutek wymogów nowoczesnej diagnostyki i terapii. Objawy choroby zostały poddane kompetentnej obróbce specjalistów wyposażonych w najnowocześniejszy sprzęt diagnostyczny. Pojedyncza relacja lekarz - pacjent została zastąpiona całą serią specjalistycznych konsultacji, których zadaniem sprowadza się do wytropienia choroby ukrytej za bólem pacjenta. Los chorego już nie wiemy w oczywisty sposób z troski lekarza o jego zagrożone najwyższe dobro - zdrowie czy życie, lecz

podlega w dużym stopniu anonimowemu wyrokowi klinicznego zarządzania terapią (clinical management)<sup>10</sup>.

Ale ten rodzaj terapeutycznej interwencji nie oznacza jeszcze bezwarunkowej kapitulacji wobec depersonalizujących tendencji w opiece medycznej. Albowiem antidotum na wzrastające znaczenie *clinical management* mogą stanowić dawno sprawdzone formy podstawowej opieki medycznej dobrze komponujące się w nowoczesny model medycyny. Za przykład takiego pozytywnego myślenia niechaj posłuży choćby wysiłki związane z upowszechnieniem instytucji lekarza rodzinnego jako najbardziej naturalnej i powszechnie akceptowalnej postaci lekarza pierwszego kontaktu.

Znacznie większym problemem dla współczesnej medycyny jest postępująca i chyba nieunikniona elitaryzacja wysoko wyspecjalizowanej opieki medycznej, związana z gwałtownym przyrostem kosztów wprowadzania do niej nowych technologii. Etyczną konsekwencją tego stanu rzeczy, o niebagatelnym społecznym znaczeniu jest *podważenie autorytetu opieki medycznej jako działania o charakterze dobroczynnym inspirowanym zasadą sprawiedliwości i solidarności z cierpiącym, oczekującym pomocy pacjentem*. Jednak byłby w błędzie ten, kto sądzi, że za tym zarzutem kryje się atak jakichś radykalnych sił nawołujących do wskrzeszenia nowej Utopii. Mamy tu raczej do czynienia z samookreśleniem się środowiska lekarskiego<sup>11</sup>. W tym przypadku trudno jednak dopatrywać się jakiegoś przejawu złej woli czy świadomego oportunistyzmu. W grę wchodzi raczej niewystarczająca wiadomość etyczna lekarzy sprowadzająca się do opacznie rozumianego interesu pacjenta, niezdolności przyjęcia do wiadomości - nieuchronnej konieczności regulamentacji pewnych postaci władz medycznych.

Populistycznemu hasłu *równego dostępu do opieki medycznej należałoby przeciwstawić wezwanie do racjonalnego wykorzystania wszelkich środków medycznych, efektywnego nimi zarządzania i takiego ich wykorzystania, aby ich substancjalna masa nie tylko nie ulegała zużyciu, lecz sukcesywnie powiększała się*. Wydaje się, że jednym z najskuteczniejszych sposobów dysponowania i wykorzystania owych zasobów jest menedżerski sposób zarządzania obliczony na działalność przynoszącą zysk. Oczywiście, w tym

<sup>10</sup> Zob. G. J. Agich: *Understanding Managed Care*. "The Journal of Medicine and Philosophy", nr 5, 1999, s. 521.

<sup>11</sup> Ową utopiijną zasadą sprawiedliwości opartą na koncepcji powszechnego, równego dostępu do władz medycznych można bez trudu znaleźć we współczesnych kodeksach etyki i deontologii lekarskiej. Za miarodajny przykład może posłużyć choćby kodeks polskich lekarzy, który w art. 2, p. 2 stanowi: Najważniejszym nakazem etycznym dla lekarza jest dobro chorego - *solus aegroti suprema lex esto* oraz w art. 3 głosi: Lekarz, zarówno w czasie pokoju jak i wojny, winien wypełniać swoje obowiązki z poszanowaniem człowieka bez względu na wiek, płeć, rasę, narodowość, wyznanie, przynależność do społeczeństwa, sytuację materialną, poglądy polityczne czy inne uwarunkowania. (Zob. *Kodeks etyki lekarskiej*, w: K. Szewczyk: *Etyka i deontologia lekarska*. Kraków 1994., s. 169).

szczególным przypadku, jaki stanowi opieka zdrowotna powyższy postulat należałoby rozumieć nie tyle w sensie dążenia do maksymalizacji zysku, ile raczej w formie złagodzonej, tj. jako działalność o tyle racjonalnie zorganizowaną, ile nie przynosić permanentnych strat. Podstawą organizującego rynek usług medycznych powinna być, przeto powszechnie przyjęta zasada, że *opłata wniesiona przez konsumenta usługi (ewentualnie ubezpieczyciela występującego w jego imieniu) powinna być mniejsza od wartości tej usługi, a jednocześnie nie wysza od kosztów jej wytworzenia*<sup>12</sup>. Jednak, z drugiej strony, wydaje się, że ogólnikowa sformułowanie tej zasady, w przypadku zastosowania jej na gruncie opieki medycznej wymaga starannego uszczegółowienia, w tym również „ekonomicznie nieracjonalnych”<sup>13</sup> korekt. Owa „irracjonalność” wpisana w funkcjonowanie służby zdrowia jest swoistą koncesją na rzecz tradycyjnego wzorca dziewiętnastowiecznej medycyny, z którego wywodzi się społecznie oczywisty i niekwestionowalny, w zasadzie fakt, że pewien podstawowy zakres usług zdrowotnych ze względów czysto społecznych musi zostać wyłączone z obszaru funkcjonowania prostych reguł ekonomii. Nie ulega, bowiem w wątpliwości, że *w odniesieniu do ochrony zdrowia solidaryzm społeczny jest zasadą silniejszą niż ekonomiczny egoizm*. I w istocie trudno byłoby wskazać społeczzeństwo, które pozbawiłoby wszelkiej ochrony zdrowotnej swoich najsłabszych, najuboższych członków. Dlatego wszelkie analogie przyrównujące organizację służby zdrowia do nastawionego na zysk przedsiębiorstwa mają ograniczone znaczenie.

Również z innych, niemniej ważnych, względów wszelkie próby tego rodzaju symplifikacji są na ogół skazane na ryzyko etycznej „patologii”, na którą składają się tego rodzaju skłonności jak: dążenie do minimalizowania kosztów usług medycznych przez obniżanie ich jakości, ograniczanie dostępu do nowoczesnej, a więc najczęściej drogiej diagnostyki i terapii przez ograniczanie informacji o pełnym zakresie oferowanych usług medycznych czy utrudnianiu pacjentom leczenia u lekarzy spoza określonej korporacji<sup>14</sup>.

<sup>12</sup> R. Epstein jest zdania, że wpisanie tej zasady w model rynkowej wymiany („rynek transakcji wolnych udziałowców”) przynosi obopólną korzyść uczestnikom tej wymiany, tj.: wiadczą cym te usługi lekarzom i medycznym korporacjom jak i ich odbiorcom tj.: pacjentom i reprezentują cym ich towarzystwom ubezpieczeniowym. Bowiem, przynajmniej teoretycznie, rywalizacja medycznych korporacji o pacjenta eliminuje te, które oferują usługi droższe i gorsze, co z pewnością jest zjawiskiem korzystnym zarówno dla pacjentów jak i dla dobrze wyszkolonych, kompetentnych lekarzy. (Zob. R. Epstein: *Managed Care Under Siege*. "The Journal of Medicine and Philosophy", nr 5, 1999, s. 443).

<sup>13</sup> Cudzośćw, jakim zostało obdarzone określenie ekonomicznie nieracjonalne korekty, jest oznaką zdystansowania się wobec w szko rozumianej ekonomicznej racjonalności, której stosowanie na gruncie opieki medycznej podlega rozmaitym ograniczeniom, o czym będzie poniżej mowa.

<sup>14</sup> Ta ostatnia ewentualność w odniesieniu do naszej służby zdrowia oznacza utrudnienia związane z leczeniem się w szpitalach czy u lekarzy, z którymi dana kasa chorych nie podpisała kontraktów, lub wykupiła niedostateczną ilość usług medycznych. (Na ten temat zob. K. A. De Ville: *Managed Care and the Ethics of regulation*. "The Journal of Medicine and Philosophy", nr 5, 1999, s. 508-509).



Istota krytykowanego tu zjawiska sprowadza się do oczywistego stwierdzenia, że mechaniczne przeniesienie metod etycznych technik zarządzania przedsięwzięciem na grunt opieki medycznej może prowadzić do rozsadzenia etycznego fundamentu medycyny, fundamentu, bez którego trudno sobie ją wyobrazić (przynajmniej z dzisiejszej perspektywy), nie wspominając już kwestii jej społecznej akceptacji. A przecież ten ostatni czynnik, tj. aproba dla działań służby zdrowia i rozwinięcie na tej podstawie zaufanie do niej jest uznawanym i niezwykle istotnym elementem sukcesu terapeutycznego. *Chory, który nie wierzy w moją miłość i dobre intencje leczącego, ma niewielkie szanse by poczuć się uleczonym.*

Nieuchronne pogłębienie się zjawiska reorganizacji usług medycznych przy jednoczesnym usunięciu z etycznych zobowiązań służby zdrowia, a nawet skłonność do redukcji ich do wartości jedynie deklaracyjnej, sprawia, że coraz więcej ludzi skłania się do identyfikowania metod etycznego zarządzania opieką zdrowotną z jej komercjalizacją. *Notabene*, zarzut ten, generalnie niesłuszny, nie jest jednak całkiem bezpodstawny, czego dowodem jest sposób funkcjonowania tych obszarów opieki medycznej, gdzie rachunek ekonomiczny okazuje się niezbędny<sup>15</sup>. Dlatego komercjalizacja jako jedno ze sprawdzonych narzędzi postępu technologicznego, a zatem i cywilizacyjnego w ogóle - na gruncie medycyny wymaga jednak jakiegoś szczególnie ostrego traktowania. Ze względu na przesłanie etyczne, któremu podporządkowana jest medycyna trudno sobie wyobrazić, aby rozstrzygał o tym motywem owej komercjalizacji miałby zysk traktowany jako finansowy sukces korporacji czy indywidualnego pracownika służby zdrowia. Chodziłoby tu raczej o stworzenie zasad funkcjonowania opieki zdrowotnej przejrzystych zarówno dla tych, którzy oferują usługi medyczne jak i tych, którzy je otrzymują. Takie wpisanie wzorcowej, podstawowej relacji lekarz - pacjent w strukturę rynku bez wątpienia pozwoliłoby obu stronom tej relacji zrozumieć ograniczenia, na jakie z konieczności skazana jest nowoczesna opieka medyczna a tym samym na bardziej wiadome i odpowiedzialne, a w konsekwencji - efektywniejsze gospodarowanie ograniczonymi środkami, jakimi owa opieka dysponuje. wiadomo gry rynkowej, na której opiera się wszelki, w zasadzie, postęp technologiczny może się równie okazać

<sup>15</sup> Oczywiście, komercjalizacja i konieczność podporządkowania działalności medycznej rachunkowi ekonomicznemu, przynajmniej w pewnym zakresie, nie są tym samym. W pewnych dziedzinach opieki zdrowotnej komercjalizacja stała się faktem bezspornym. Dotyczy to np. terapii stomatologicznej. W przypadku przemysłu farmaceutycznego wskazuje się wręcz na patologiczny aspekt owej komercjalizacji. Mianowicie, pojawiły się zarzuty jakoby przedsięwzięcia farmaceutyczne, w pogoni za zyskiem lub poszukując jedynie środków na badania nad nowymi lekami wielokrotnie zawyły faktycznie poniesione koszty na wytworzenie leków: czy to wprowadzonych do obiegu, czy te dopiero testowanych. (Problem ten został poruszony m. in. w artykułach T. J. Czuby: *Konflikt markowo-generyczny*. „Służba Zdrowia” nr 30-31/2000, s. 10-14, oraz tego autora *Zburzy mity*. „Służba Zdrowia” nr 38/2000 s. 12-17).

czynnikami zmniejszającymi frustrację pacjentów, którzy dotychczas nie przyjeżdżali do wiadomości o rozróżnieniu między technologicznymi mocami nowoczesnej diagnostyki i terapii, a ekonomicznymi ograniczeniami ich stosowalnością. Dlatego w przypadku znajomości rynkowych relacji, jakim podlega stechnologizowana medycyna, mówi nie tylko o postępującej racjonalizacji procedur medycznych (dotyczy zinstytucjonalizowanych struktur opieki medycznej oraz indywidualnych pracowników służby zdrowia) jak również o funkcji psychoterapeutycznej, bowiem elementarna znajomość realiów ekonomicznych z pewnością może mieć pozytywny wpływ na ograniczenia nadmiernych roszczeń pacjentów w odniesieniu do służby zdrowia<sup>16</sup>.

**3. Uwagi końcowe.** Niniejsze rozważania wskazują na wysoce niejednoznaczny charakter współczesnej medycyny. Z jednej strony podkreślają jej przywiązanie do Hipokratesowego etosu nakierowanego na opiekę, paternalistyczne traktowanie pacjenta, a z drugiej wpisują ją w strukturę nowoczesnej gospodarki rynkowej, która jako jedyna jest w stanie wykorzystać wszelkie dobrodziejstwa postępu technologicznego. Można jednak wyrazić uzasadnioną nadzieję, że rysująca się tu sprzeczność ma charakter przejściowy, bowiem jej źródła można upatrywać nie tyle w pryncypialnej sprzeczności etyki i biznesu w ogóle, ile w niewystarczalności klasycznego modelu bioetyki. Dlatego włączenie do kanonu klasycznej etyki medycznej niektórych zasad etyki biznesu - oczywiście po ich stosownej modyfikacji, wyznaczonej przez charakter problemów bioetycznych, otwiera zupełnie nowe perspektywy rozwiązywania etycznych aporii technologicznie zaawansowanej medycyny - takich jak:

1. Konieczność zapewnienia dochodowości opieki medycznej (jako warunku *de facto* niezbędnego dla finansowania kosztów postępu medyczne-

<sup>16</sup> G. Khushf podkreśla znamieny w tym kontekście fakt, że do niedawna zarówno lekarze jak i pacjenci w ogóle nie znali, a nie interesowali się kosztami usług medycznych. Tego rodzaju „beztroska” oprócz, zarysowanych wyżej, negatywnych aspektów miała jednak również pozytywną stronę: utrzymywała etycznie ważny ideał naukowo ufundowanej medycznej praktyki, zorientowanej na indywidualne potrzeby pacjenta bez wikłania relacji lekarz - pacjent w jakiś szerszy społeczny kontekst — trudny do uwzględnienia, zwłaszcza przez chorego, którego zdrowie czy życie było powodem zagrożenia. Takie personalistyczne nastawienie służby zdrowia bez wątpienia dobrze służyło budowaniu zaufania do opieki zdrowotnej jak i autorytetu medycyny jako takiej. Powyższa teza wyrasta z przeświadczenia przypisywanego klasycznemu wzorcowi opieki medycznej daleko idącemu niezależnie od faktów socjoekonomicznych. W praktyce oznacza to jednak, szkodliwie, w istocie, skłonność do lekceważenia ekonomicznych skutków decyzji medycznych. Uzasadnieniem tego rodzaju postępowania (jakkolwiek, jak się zdaje, powierzchownym - bowiem bardziej perswazyjnym niż rzeczowym) jest stwierdzenie niewspółmierności takiej unikającej, jedynej w swoim rodzaju wartości jak zdrowie (*resp.* życie) i pożytków wynikających z umiętnego stosowania rachunku ekonomicznego. (Zob. G. Khushf: *The Case for Managed Care: Reappraising Medical and Socio-political Ideals*. "Journal of Medicine and Philosophy", nr 5, 1999, s. 417-418).

go) przy jednoczesnym zachowaniu, a nawet podnoszeniu jako ci bie cych usług medycznych - z czego wynika:

2. Konieczno reglamentacji kosztownych procedur medycznych przy jednoczesnym przestrzeganiu zasady sprawiedliwoci kojarzonej z dost - pem do wiadcze medycznych, wolnym od wszelkich przejawów dyskryminacji ubo szych czy mniej wpływowych warstw społeczne stwa.

Realizacja tych postulatów wydaje si mo liwa tylko wtedy, gdy minimalistycznie zorientowana etyka biznesu, promuj c sukces finansowy firmy, czy pracuj cego w niej lekarza niejednokrotnie kosztem klasycznych warto ci takich jak: godno pacjenta, potrzeba bezpiecze stwa, solidarno społeczna etc. uwzgl dni konieczno szerszego etycznego ufundowania, którego wzorem mo e by klasyczna dla etyki troski idea *szpitala bizantyjskiego*<sup>17</sup>.

Taki odwrót od *aksjologicznie zubo onych czy wr cz aksjologicznie neutralnych* koncepcji funkcjonowania instytucji słu by zdrowia dla wielu bioetyków zdaje si by jedynym skutecznym antidotum dla owej w sko rozumianej mened erskiej opieki medycznej, dla której koszty działalno ci przedsi biorstwa (tu: korporacji medycznej) mog by wa niejsze ni opieka nad pacjentem<sup>18</sup>.

Warto przy tej okazji zauwa y , e z filozoficznego i historycznego punktu widzenia nie jest to atak wymierzony w ide przedsi biorczo ci, lecz nawi zanie do ródłowej postaci liberalistycznej ideologii odwołuj cej si do utylitaryzmu oraz ufundowanej na nim koncepcji społecznego kontraktu. Zdaniem L. Zoloth mened erska opieka zdrowotna ma szans zyska miano *opieki sprawiedliwej*, a wi c ze wszech miar społecznie akceptowanej, je li nawi e do owych etycznych wzorów utylitaryzmu, wedle którego organizacja jako taka winna kierowa si nie tyle skuteczno ci rynku, ile skuteczno ci współczucia<sup>19</sup>. Jednak w warunkach ostrej walki konkurencyjnej utylitarystyczna koncepcja dobrobytu oparta na idei społecznego solidaryzmu wymaga w pewnych wypadkach (dotyczy to generalnie równie opieki medycznej zorganizowanej na zasadach rynku) interwencjonizmu pa stwo-

<sup>17</sup> Koncepcja bizantyjskiego szpitala ł czy w sobie z jednej strony wiadomo ekonomicznych uwarunkowa , niezbdnych dla wła ciwego funkcjonowania opieki medycznej (du e zasługi na tym polu poło ył w. Jan Chryzostom), a z drugiej pietyzm dla podstawowych warto ci chrze cija skich. Dlatego szpitale bizantyjskie, otaczane wszechstronn opiek cesarsk , nie ograniczały si roli przytułków dla schorowanej biedoty, lecz dzi ki oferowaniu specjalistycznej, stoj cej na wysokim poziomie medycznej pomocy, były ch tnie odwiedzane przez maj tnych chorych. Tak rozumiana egalitarno bizantyjskiego lecznictwa bywa traktowana jako istotna inspiracja dla kształtowania nowoczesnych pogl dów na temat funkcjonowania współczesnej słu by zdrowia. (Na ten temat zob. J. F. Peppin: *Business Ethics and Health Care: The Re emerging Institution-Patient Relationship*. "The Journal of Medicine and Philosophy", nr 5, 1999, s. 539).

<sup>18</sup> Zob. J. F. Peppin, tam e, s. 542-543.

<sup>19</sup> Zob. L. Zoloth: *The Best Laid Plans: Resistant Community and the Intrepid Vision in the History of Managed Care Medicine*. "The Journal of Medicine and Philosophy", nr 5, 1999, s. 466.

wego. Albowiem niekontrolowana walka o pacjenta i związana z tym strategia redukcji cen usług medycznych może grozić tego rodzaju obniżeniem kosztów ich wytworzenia, które doprowadzi w efekcie do znacznego pogorszenia jakości świadczeń medycznych. Stąd wydaje się, że państwowa kontrola nad sposobami ochrony takiej, w istocie, *społecznej wartości* jak jest *zdrowie jednostki* może uchronić menedżersko uprawianą opiekę medyczną przed wiadomie lub nie wiadomie popełnianymi etycznymi nadużyciami.

### Streszczenie

Mimo, że biznes i medycyna zasadniczo wywodzą się z odmiennych obszarów ludzkiej praktyczno-poznawczej aktywności, to postępująca technologizacja życia społecznego sprawia, że dylematy etyczne obu dziedzin upodabniają się. Proces ten wydaje się być nieunikniony, jeżeli medycyna ma w pełni korzystać z dobrodziejstw technologicznego postępu i pomyślnie się rozwija. Jest to główna teza niniejszego artykułu.

### Summary

Although business and medicine are primarily derived from different spheres of human practical and theoretical activity, increasing technologization of the social life makes ethical dilemma of the both similar. This process of converting of the problematic of these domains is essential that medicine could take advantage of technological progress and thus prosper.

It is the main thesis of the paper.