

Medycyna i finanse

Janina Suchorzewska

1. Uwagi do zagadnień terminologicznych

Z uznaniem przyjąłam podjętą przez Szewczyka próbę uporządkowania terminologicznego w zakresie podjętej problematyki, ponieważ niewątpliwie ułatwi to naszą debatę i uczyni ją bardziej precyzyjną. W wypowiedzi swojej Szewczyk kładzie główny nacisk na nierynkowe racjonowanie ekonomiczne, dlatego też na wstępie do tej części poświęconej terminologii pozwalam sobie na pewne uzupełnienia. Przytoczona przez Szewczyka definicja nierynkowego racjonowania ekonomicznego wydaje mi się nieprecyzyjna i kolidująca z podstawowym kryterium, na jakim powinno się opierać racjonowanie. Uproszczenie Szewczyka definicji nierynkowego racjonowania ekonomicznego, jako „odmowa procedur dobroczynnych dla jednostki w celu poczynienia oszczędności finansowych, dla kogoś innego niż dany pacjent”, sugeruje możliwość wyboru pomiędzy dobrem tego czy innego pacjenta, podczas gdy istotą racjonowania ekonomicznego jest skuteczność danej procedury u tego czy innego pacjenta. Ocena ekonomiczna pod względem kosztów i wyników – *cost effectiveness*, o której mówi również Szewczyk jest obecnie coraz częściej przedmiotem badań naukowych, których wyniki wdrażane są do praktyki klinicznej. Dostarczają one użytecznych informacji pozwalających na racjonalną alokację środków zarówno w leczeniu określonego pacjenta, jak i w wyborze optymalnego programu zdrowotnego.

Jest to więc bardzo ważny element w ograniczaniu deficytu środków, gdzie motywem działania nie są zwykłe „oszczędności finansowe”, a poszukiwanie tego, co określamy „*good value money*”¹.

Trudno odmówić racji Szewczykowi w wywodzie na temat rozdzielnictwa jawnego i niejawnego świadczeń zdrowotnych. Nie mogę się jednak w pełni

¹ Lis [2004].

zgodzić z opinią, że do jawnego racjonowania świadczeń polscy lekarze odnoszą się z dużą rezerwą. Rezerwa ta nie wynika przecież z zasady samej jawności, przeciwko której trudno znaleźć argumenty, a z braku jasno określonych reguł rozdzielnictwa. Brakuje tu jakiegokolwiek systemu. To właśnie było główną przyczyną likwidacji kas chorych, a obecnie stanowi podstawowy zarzut w kierunku Narodowego Funduszu Zdrowia. System, który spróbowano stworzyć nie jest oparty na jasnych zasadach, nie został skonsultowany zarówno z realizatorami reformy ochrony zdrowia, jak i z członkami społeczeństwa, które nie może do dziś zrozumieć zarówno potrzeby, jak i istoty zmian, które zostały wprowadzone. „Niejawność” stała się „kapeluszem ochronnym” dla polityków odpowiedzialnych za organizację ochrony zdrowia, dla nadużyć i korupcji zaburzających całkowicie zasady sprawiedliwego rozdzielnictwa. Lekarze z rezerwą (o której wspomina Szewczyk) podchodzą do racjonowania przez odgórną redukcję działań medycznych, szczególnie gdy dotyczy ona ostatnich odkryć medycyny o udokumentowanych korzyściach w stosunku do najcięższych chorób oraz racjonowania opieki terminalnej wymagającej również znacznych nakładów sił i środków.

2. Czynniki zwiększonego zapotrzebowania na ochronę zdrowia

Z licznych czynników przedstawionych przez Szewczyka wpływających na zapotrzebowanie w medycynie, czynnik historyczno-kulturowy wydaje mi się za najbardziej istotny. Pełna opieka zdrowotna dla każdego „za darmo”, nie uwzględniająca żadnych elementów ekonomicznych ani też innych potrzeb, to przyzwyczajenie z poprzedniego systemu wytwarzające, jak to trafnie określił Szewczyk, egoizm terapeutyczny. Do narastających oczekiwań i wymagań społecznych dochodzi obecnie niepokój wśród szerokich kręgów społeczeństwa odnośnie najbliższej przyszłości, nieznanych i niezrozumiałych dla większości zmian systemowych, stałego zagrożenia w ograniczaniu dostępu do usług medycznych. Te niepokoje, które drogą otwartej rzeczowej dyskusji mogłyby być minimalizowane, są stale podsycane przez sensacyjnie przedstawiane w mediach ograniczania świadczeń medycznych grożących utratą życia.

Trudno się dziwić, że w tej atmosferze każdy zabiega, aby maksymalnie (bardzo często niepotrzebnie) wykorzystać badania specjalistyczne i procedury medyczne. Mamy tu do czynienia z „intensywną profilaktyką”, która według opinii Szewczyka zwiększa koszty finansowe. Byłabym jednak ostrożna w tym sformułowaniu. Racjonalna profilaktyka i towarzyszące jej wczesne leczenie służy zmniejszeniu kosztów leczenia, które są niższe w porównaniu z kosztami leczenia w zaawansowanym stadium choroby. Niewątpliwie Szewczyk miał na myśli niekontrolowaną profilaktykę. Profilaktyka powinna być regulowana autentycznymi potrzebami. Myślę tu o regulacjach wyraźnie określających zasady profilaktyki w zależności od stopnia zagrożenia dla określonych grup społecznych czy zawodowych, wieku, miejsc zamieszkania, a także obciążeń genetycznych. Ta profilaktyka, na którą składają się niepotrzebne badania wykonywane najczęściej z pobudek zapewnienia sobie „dobrego samopoczucia” jest źródłem umniejszania i tak niedostatecznej puli pieniędzy przeznaczonych na ochronę zdrowia. Koszty tych procedur, jak również koszty ogromnych ilości leków, środków wzmacniających przepisywanych i finansowanych, pomimo braku udokumentowanych korzyści, powinno być finansowane przez indywidualnych odbiorców. Podejmowane dzisiaj działania w racjonowaniu ekonomicznym badań profilaktycznych, jak i postęp w zakresie odkrywania uwarunkowań genetycznych i zachorowalności na niektóre choroby – to kolejny element rokujący poprawę w tym zakresie. Rozwinięcie i upowszechnienie badań genetycznych pozwoli zapewne weryfikować wskazania do przesiewowych badań profilaktycznych.

3. Przesłanki medyczne racjonowania ekonomicznego

Z racji swojej profesji chciałabym zwrócić szczególną uwagę na znaczenie czysto medycznych przesłanek mających znaczenie w ekonomicznym racjonowaniu świadczeń zdrowotnych. Skierowanie wysiłków jedynie w kierunku zwiększonych nakładów na ochronę zdrowia nie rozwiązuje problemu. Nowoczesna, kosztowna medycyna to worek bez dna. Warto tu może przytoczyć prawo Parkinsona wskazujące, że im więcej środków przeznaczymy na leczenie, tym więcej będzie chorób wymagających leczenia. Przykładowo badania Cochré'a

wykazały brak zależności pomiędzy wysokością nakładów na ochronę zdrowia, a stanem zdrowia ludności². Tak więc czy obecne nasze działania nie powinny ześrodkowywać się przede wszystkim na racjonalnym wykorzystywaniu tego „co mamy”? Narastające problemy związane z niedoborem finansowym zmuszają do weryfikacji postępowania lekarskiego, do dyskusji nad filozofią medycyny na jej obecnym etapie rozwoju. Wymienię tu kilka, moim zdaniem, ważnych kierunków działania, które łączą się ściśle ze sprawą ekonomii w ochronie zdrowia.

Zaprzestanie bezkrytycznego wprowadzania wszystkich osiągnięć biologii i technologii do praktyki lekarskiej, a przyjęcie zasady stosowania realizmu kontrolowanego empirycznie. Początki tego działania obserwujemy w kierowaniu się w praktyce medycznej naukową weryfikacją metod diagnostycznych czy terapeutycznych. Rozróżnienie według *evidence based medicine* wartości poszczególnych metod postępowania pozwala na kierowanie się nie tylko skutecznością metody, ale i na odrzuceniu drogich procedur o niepewnych skutkach działania. Rozwój i znaczenie prospektywnych z podwójnie ślepą próbą badań naukowych spełnia tu ważną rolę. Pozwalają one na większy obiektywizm nie tylko w porównywaniu skuteczności różnych sposobów terapii, ale również prowadzą do ograniczenia korzystania z najdroższych, nie zawsze równie skutecznych procedur diagnostycznych.

Ograniczanie „zaciętości terapeutycznej”, czyli stosowania uporczywej terapii tam, gdzie z punktu medycznego nie ma ona żadnych szans zwalczania choroby nieuchronnie prowadzącej do śmierci. W Polsce dyskusje na temat granic intensywnej terapii toczą się dopiero w ostatnim dziesięcioleciu. Zmiany w kierunku racjonalizacji terapii idą opornie, ciągle bowiem jest wielu lekarzy, którzy „dla spokoju sumienia” chcą zrobić wszystko, co oferuje dzisiejsza medycyna dla indywidualnego pacjenta lub też poddają się presji rodziny działającej z pobudek, które trafnie wymienia Szewczyk. Dyskusje dotyczące tego problemu nie są łatwe, ponieważ budzą wiele kontrowersji, jak również wątpliwości natury etycznej i prawnej. W tych kwestiach nie można wprowadzać żadnych schematów i zaleceń.

² Kurkowski [1998].

Działanie musi być ze wszech miar indywidualizowane. Obawa przed posądzeniami o działanie eutanatyczne czy niezgodne z prawem stanowią potężną barierę w działaniu lekarzy. Potrzeba czasu nie tylko dla zmiany sposobu myślenia, ale również dla zrozumienia, że zobowiązania lekarskie dotyczą nie tylko ochrony jednostki, ale muszą uwzględniać dobro społeczeństwa w szerokim zakresie świadczeń zdrowotnych.

Kształtowanie świadomości społecznej w kierunku akceptacji ekonomicznego racjonowania świadczeń medycznych. W latach 80. w duńskich publikacjach medycznych ukazały się interesujące doniesienia dotyczące dopuszczenia do dyskusji o zasadach finansowania w ochronie zdrowia szerokich kręgów społeczeństwa. Podkreślano, że skoro każdy obywatel ponosi z podatków koszty związane z ochroną zdrowia, to ma on prawo wypowiedzania się w sprawach alokacji pieniędzy. Już wtedy podważano celowość uporczywej terapii tam, gdzie nie można spodziewać się pozytywnego efektu terapeutycznego, argumentując to między innymi wysokimi kosztami i możliwością alokacji pieniędzy tam, gdzie można osiągnąć sukces terapeutyczny³. Docieranie więc nie tylko do jednostkowego odbiorcy, ale do społeczeństwa w celu kształtowania świadomości rozpoznawania problemów zdrowotnych i ich częściowego rozwiązywania poprzez nierynkowe racjonowanie ekonomiczne staje się koniecznością. Bez zrozumienia przyzwolenia społecznego oraz akceptacji jasno i precyzyjnie określonego systemu finansowania ochrony zdrowia złagodzenie problemów nie nastąpi. Ochrona jednostki musi uwzględniać równocześnie priorytety społeczne i dobro wspólne. To wymaga głębokiej transformacji i zapewne wielu lat kształtowania tego sposobu myślenia. Działania te utrudnione będą przez narastającą nieufność do medycyny, jak również do odpowiedzialnych bezpośrednio za organizację ochrony zdrowia. W dobie systematycznego ograniczania odpowiedzialności państwa za zdrowie, działania muszą zmierzać do systemu finansowania ochrony zdrowia na zasadach zbiorowej odpowiedzialności. Daleka to droga, aby model współodpowiedzialności członków społeczeństwa za swoje zdrowie mógł

³ Fisher [2004]; Arnold, Kellum [2003].

zaistnieć. Jednak to życie wymusza, aby poddawać publicznej krytyce brak indywidualnej troski ludzi o własne zdrowie, niestosowanie się do zaleceń lekarskich, korzystanie z usług i procedur bez rzeczywistej potrzeby. To, co określa się jako „moralny hazard pacjentów”. Czy jednak ma być to objęte jedynie publiczną krytyką czy też wprowadzać zasadę obciążenia kosztami leczenia w specjalnie rażących przykładach braku odpowiedzialności np. w wypadkach spowodowanych spożyciem alkoholu⁴.

Słusznie podkreśla Szewczyk, że zmiana społecznego przekonania wymaga podjęcia dużego wysiłku edukacyjnego. Rola etyków i autorytetów w dziedzinie medycyny jest tu bardzo istotna. Stąd też treści toczącej się debaty powinny stać się dostępne chociażby dla szerszej rzeszy pracowników ochrony zdrowia, z których bardzo wielu oczekuje właśnie opinii etyków na temat moralnej powinności uwzględniania problemów ekonomicznych w medycynie. Działania w kierunku racjonowania ekonomicznego należą, jak to w pełni uzasadnia Szewczyk, do decyzji moralnych zapewnienia ochrony zdrowia na podstawowych w medycynie zasadach etyki, troski i sprawiedliwości.

4. Podsumowanie

Swoją wypowiedź skoncentrowałam na przesłankach medycznych racjonowania ekonomicznego o społeczną ich akceptację, której znaczenie chciałam podkreślić. Idąc za tym kierunkiem myślenia uważam za konieczne skierowanie wysiłków na transformację sposobu myślenia całego społeczeństwa o problemach ochrony zdrowia i jej finansowania. Każdy członek społeczeństwa powinien współuczestniczyć w odpowiedzialności za swoje zdrowie, znać rzeczywiste koszty leczenia i współdecydować w wydatkach na jego leczenie, dysponując choćby częściowo własną pulą środków przeznaczonych na swoje leczenie. Państwo jednak odchodząc coraz bardziej od modelu „opiekuńczego” nie może zwolnić się od obowiązku odpowiedzialności zarówno za ogół ludności, jak i osoby indywidualne, szczególnie te najbiedniejsze i najbardziej zagrożone.

⁴ Leowski [1999].

Bibliografia

- Arnold, Kellum [2003] – R. M. Arnold, J. Kellum, *Moral justifications for surrogate decision making in the intensive care unit. Implication and limitations*, „Critical Care Medicine” (31/5) 2003.
- Fisher [2004] – M. Fisher, *Ethical issues in the intensive care unit*, „Current Opinion in Critical Care” (10) 2004.
- Kurkowski [1998] – J. L Kurkowski., *Medycyna problemy i interesy*, Śląska Akademia Medyczna, Katowice 1998.
- Leowski [1999] – J. Leowski, *Polityka zdrowotna – dylematy i wyzwania reformy ochrony zdrowia w Polsce i na świecie*, „Prawo i medycyna” (1/2) 1999.
- Lis [2004] – J. Lis, *Analiza ekonomiczna w ochronie zdrowia – ograniczenie kosztów czy zwiększenie opłacalności*, „Problemy zarządzania” (4) 2004.