

JAKIEJ SPRAWIEDLIWOŚCI WOLNO OCZEKIWAĆ OD LEKARZA?

– Marek Olejniczak –

Abstrakt. Zasadniczym celem artykułu jest ukazanie złożoności problematyki sprawiedliwości w kontekście profesji lekarza. Szczególny nacisk położony został na cnotę sprawiedliwości jako podstawową postawę moralną dobrego lekarza oraz na ideę sprawiedliwości w alokacji dóbr medycznych. Najważniejsza teza artykułu głosi, że nawet jeżeli trzeba zgodzić się z koniecznością stosowania tzw. sprawiedliwości społecznej w publicznym systemie ochrony zdrowia, nie ma ona nic wspólnego z cnotą sprawiedliwości lekarza jako profesjonalisty. Idea sprawiedliwości społecznej (nie dla wszystkich oczywista) jest podstawą publicznego systemu ochrony zdrowia. Obarczanie jednak lekarzy koniecznością podejmowania decyzji dotyczących racjonowania dostępu do świadczeń medycznych nie służy ostatecznie ani ich większej satysfakcji z pracy, ani dobru pacjentów. Dlatego w tej kwestii potrzebny jest wspólny namysł lekarzy, ekonomistów, etyków oraz polityków.

Słowa kluczowe: sprawiedliwość, sprawiedliwość społeczna, cnota, lekarz, publiczna ochrona zdrowia, medycyna, etyka, J.F. Drane, E.D. Pellegrino, N. Daniels, M. Kolwitz, K. Szewczyk.

Gdyby ktoś chciał uchwycić istotę sprawiedliwości, nie analizując szczegółowo tego pojęcia, lecz odwołując się do źródłowej intuicji, powiedziałaby zapewne, że sprawiedliwość jest to taka postawa, w której jesteśmy bezstronni i traktujemy innych ludzi jednakowo dobrze. A poczucie tak rozumianej sprawiedliwości jest w człowieku bardzo silne i pojawia się już we wczesnym dzieciństwie. Gdy – dla przykładu – podajemy dzieciom po kawałku urodzinowego tortu, powinny one dostać mniej więcej takie same kawałki, w przeciwnym razie może pojawić się bunt w rodzaju „ja dostałem mniej, a on więcej!”. Takie dziecięce poczucie niesprawiedliwości i pretensja może doprowadzić nawet do sytuacji, że dziecko raczej w ogóle nie zje tortu, niż pogodzi się z faktem, że jest niesprawiedliwie potraktowane¹. W przykładzie tym widać, że nie będzie tu chodziło o samą słodycz ani o więcej lub mniej przyjemności, lecz właśnie o poczucie krzywdy związane z niesprawiedliwym potraktowaniem.

¹ Drane [1995] s. 104–105.

Gdyby z kolei próbować podejść do kwestii sprawiedliwości od strony analizy tego pojęcia i analizowania jego różnych definicji, okaże się, że jest ono tak wieloznaczne i pojawia się w tak wielu kontekstach, że nie sposób byłoby wyczerpać tego tematu², zwłaszcza w jednym artykule. Pomimo tego jasne jest przecież, że sprawiedliwość jest ważną kategorią etyczną i że warto albo i należy być sprawiedliwym człowiekiem. To samo dotyczy profesji lekarza – pacjenci oczekują, że lekarz będzie sprawiedliwy w czasie wykonywania swoich obowiązków zawodowych. Brak sprawiedliwości może się bowiem wiązać z ich poczuciem krzywdy albo i z faktyczną, i realną krzywdą, jak to może mieć miejsce w przypadku, gdy lekarz przyjmie łapówkę w zamian za przyspieszenie czyjegoś zabiegu medycznego (wówczas krzywdę ponoszą inni pacjenci czekający w kolejce). Trzeba zatem nieco zawęzić i dookreślić pojęcie sprawiedliwości, aby można było uchwycić to, co istotne, i odpowiedzieć na pytanie, jakiej sprawiedliwości wolno oczekiwać od lekarza.

Cnota sprawiedliwości

Pytanie to zawiera zresztą pewną istotną presupozycję, a mianowicie, że faktycznie wolno oczekiwać, że lekarz w jakimś sensie będzie sprawiedliwy. Pacjenci mają prawo tego oczekiwać, a lekarz jest do tego zobowiązany. Takie oczekiwanie nie jest nadużyciem nawet pomimo tego, co można by wywnioskować na przykład z lektury obecnie obowiązującego w Polsce *Kodeksu Etyki Lekarskiej*³ albo z tekstu składanego przez absolwentów studiów lekarskich przyrzeczenia. Można bowiem odnieść wrażenie, że sprawiedliwość nie jest w ogóle konieczna albo wymagana, ponieważ ani razu nie pojawia się w nich nawet ślad słowa „sprawiedliwość”. Jedyne pojęcie zbliżone merytorycznie do sprawiedliwości to zawarta w przyrzeczeniu „bezstronność” – lekarz zobowiązuje się traktować pacjentów bezstronnie. Wymaga się więc i oczekuje od polskich lekarzy bezstronności w traktowaniu innych ludzi, co w zasadzie należy uznać za wymóg postępowania sprawiedliwego, choć samo to słowo nie pada.

Sprawiedliwość jest w pierwszym rzędzie postawą moralną, w której ktoś traktuje innych ludzi bezstronnie, jednakowo dobrze. Nie oznacza to jednak bynajmniej traktowania identycznego, równego dawania każdemu wszystkiego, czego może od nas oczekiwać. Zgodnie z klasyczną definicją, pochodzącą od rzymskiego prawnika Ulpiana, a źródłowo sięgającą nawet starożytnej filozofii

² Zob. Rawls [1994].

³ KEL [2003].

Arystotelesa⁴, sprawiedliwość jest stałą gotowością oddawania każdemu, co mu się należy (*iustitia est constans et perpetua voluntas ius suum cuique tribuere*). Nie chodzi więc o równe traktowanie wszystkich, lecz o bezstronność, nie faworyzowanie nikogo ani nie dyskryminowanie nikogo ze względu na jakiegokolwiek czynniki, lecz o dawanie tego, co się komuś faktycznie należy⁵. W podanym na początku przykładzie z krojeniem tortu można by odnieść wrażenie, że właśnie ta równość jest tu kluczowa, ale to złudzenie. Chodzi właśnie o bezstronność, bo każde z dzieci wyczuwa, że ma takie samo uprawnienie do słodyczy jak każde z pozostałych dzieci i dlatego tylko powinny one dostać podobnej wielkości kawałki tortu.

W klasycznej definicji sprawiedliwości obecne są dwa istotnie różne elementy: mowa jest o **stałej gotowości do czegoś** oraz o **oddawaniu każdemu, co mu się należy**. Pierwszy z tych elementów oznacza, że sprawiedliwość jest cnotą, czyli względnie utrwaloną postawą moralną osoby, dzięki której potrafi ona czynić dobro. O cnoty jednak trzeba dbać, aby ich nie utracić lub nie nabyć jakiejś wady. Potrzebna jest więc ciągła troska o osobisty rozwój wewnętrzny, aby rzeczywiście posiadać tę cnotę, czyli stałą gotowość oddawania każdemu, co mu się należy. I jeżeli można oczekiwać od lekarza jakiejś sprawiedliwości, to można też oczekiwać, że będzie tę cnotę w sobie umacniał. Niestety we współczesnej etyce lekarskiej zbyt rzadko zwraca się uwagę właśnie na ten element wewnętrznego rozwoju osoby, a badania i zalecenia etyczne skupiają się niemal wyłącznie na normach i powinnościach, jakby ich przestrzeganie nie było zależne od charakteru osoby i posiadanych przez nią cnót⁶. Trudno byłoby doprawdy przecenić w tym kontekście rolę nauczania właściwych postaw moralnych i formowania prawego charakteru u młodych ludzi przez kadrę profesorską jeszcze w czasie studiów medycznych⁷.

W tej klasycznej definicji sprawiedliwości jest jednak jeszcze drugi, znacznie trudniejszy i bardziej dyskusyjny element, a mianowicie kwestia tego, **co się komu należy**. Nawet bowiem, jeżeli ktoś będzie posiadał wypracowaną cnotę, czyli tę stałą gotowość oddawania każdemu, co mu się należy, ale nie będzie wie-

⁴ Zob. Arystoteles [2000] s. 167–185.

⁵ Por. Augustyn [1999] s. 517.

⁶ Wystarczy przytoczyć tu takie popularne w Polsce pozycje jak: Brzeziński [2011] czy Szewczyk [2009a]. Z drugiej jednak strony Hartman [2009] opisując pokrótce etos lekarski zwraca uwagę na konieczność ćwiczenia się w cnotach, jednak zasadniczy trzon jego rozważań odnosi się i tak do norm etycznych i obowiązków wynikających z faktu przynależności do korporacji lekarskiej, do których należy m.in. przestrzeganie zasad KEL.

⁷ Por. Olejniczak [2013].

dział tego właśnie, co się komu należy, nie będzie przecież postępować sprawiedliwie. Cnota sprawiedliwości domaga się więc rozumienia tych uprawnień oraz słuszných bądź niesłuszných oczekiwań osób, wobec których mamy być sprawiedliwi. I to jest właśnie największa trudność ze sprawiedliwością i powód prowadzenia szeroko zakrojonych dyskusji na jej temat.

A co w związku z tym można powiedzieć o pacjentach w systemie publicznej ochrony zdrowia? Czy i oni mają takie samo uprawnienie do opieki zdrowotnej i dlatego powinni mieć zapewniony równy dostęp do świadczeń zdrowotnych? Tu właśnie kryje się cała złożoność problematyki sprawiedliwości (bądź niesprawiedliwości) w ochronie zdrowia⁸.

Sprawiedliwość w ochronie zdrowia

Czy w publicznym systemie ochrony zdrowia pacjenci są co do zasady i faktycznie traktowani sprawiedliwie? Jeżeli chodzi o polski system ochrony zdrowia, to jest to rodzaj solidaryzmu, który opiera się na idei solidarności oraz tzw. sprawiedliwości społecznej. Solidaryzm w publicznej ochronie zdrowia⁹ oznacza, że wszyscy pracujący płacą obowiązkowe składki ubezpieczenia zdrowotnego, natomiast pośrednik, czyli Narodowy Fundusz Zdrowia, zajmuje się dystrybucją tych środków. Zgodnie z zasadą solidaryzmu dostęp do świadczeń zdrowotnych nie zależy od sytuacji materialnej osoby – obowiązuje zasada równości szans w dostępie do świadczeń niezależnie od wysokości odprowadzanych składek zdrowotnych. Jest więc rzeczą jasną, że osoby zamożniejsze odprowadzają nominalnie wyższe składki, a mniej zamożne – składki niższe. Podobnie osoby młodsze mają taki sam dostęp do świadczeń zdrowotnych, jak osoby starsze, pomimo różnicy w nominalnej wartości odprowadzonych składek. Z założenia wszyscy solidarnie ponoszą obciążenia finansowe z tytułu ochrony zdrowia, a korzystają z niej tylko ci, którzy akurat tego potrzebują. Nie sposób stwierdzić, że jest to prawdziwa solidarność międzyludzka, lecz raczej tylko tzw. sprawiedliwość społeczna, ponieważ składki zdrowotne nie są dobrowolne, a ich egzekwowaniem zajmuje się aparat państwowy.

Wartość sprawiedliwości społecznej zresztą (również w kontekście medycyny) także może zostać poddana w wątpliwość, ponieważ nie eliminuje ona zupełnie poczucia krzywdy, a jedynie daje dodatkową szansę jednostkom najsłabszym i być może najbardziej pokrzywdzonym. Czasami jednak te osoby są same sobie winne, że znalazły się w bardzo niekorzystnym położeniu, kiedy na przy-

⁸ Zob. szerzej na ten temat: Daniels [2002]; Beauchamp [2013]; Almgren [2007].

⁹ Kolwitz [2013] s. 333 i n.

kład świadomie nie płacą składek na ubezpieczenie zdrowotne, nie podejmują pracy, zadowolając się zasiłkiem dla bezrobotnych i ewentualnie drobnymi kradzieżami albo żebractwem lub prowadzą ryzykowny tryb życia (paląc, nadużywając alkoholu, zażywając narkotyki itd.). A jednak również takim osobom przyznaje się w imię sprawiedliwości społecznej podobne uprawnienia, jak osobom zaradnym, pracowitym i uczciwym. Ileż to razy okazuje się, że alkoholik z rozbitą głową po interwencji pogotowia ratunkowego uzyskuje od ręki dostęp do badania tomografem komputerowym, na które to płacący składki ubezpieczeniowe chorzy czekają miesiącami! Trudno tu mówić o sprawiedliwości – szczęśliwie zazwyczaj chorzy o takich przypadkach w ogóle się nie dowiadują...

Konieczność stosowania zasady solidaryzmu w publicznym systemie ochrony zdrowia wynika bezpośrednio z zapisów Ustawy Zasadniczej¹⁰. Artykuł 2. Konstytucji głosi wprost, że państwo polskie jako demokratyczne państwo prawne urzeczywistnia zasadę sprawiedliwości społecznej. Artykuł zaś 68. głosi, że każdy ma prawo do ochrony zdrowia, a państwo polskie zapewnia wszystkim obywatelom równy dostęp do świadczeń zdrowotnych i to – co bardzo ważne! – niezależnie od ich sytuacji materialnej. Co prawda przepis ten jest nieco złagodzony wzmianką, że to, jak należy rozumieć tę „równość” w dostępie do świadczeń zdrowotnych reguluje ustawa. Niemniej ustawy zdrowotne muszą być przecież zgodne z Konstytucją, więc musi być w nich zawarta idea sprawiedliwości społecznej oraz wspomniany solidaryzm w publicznym systemie ochrony zdrowia.

W tym miejscu znowu można by zapytać, czy taki system jest sprawiedliwy i czy nie lepszy byłby system ubezpieczeń prywatnych, bardziej oszczędny i motywujący do zachowań prozdrowotnych? A przynajmniej warto zapytać, jakie mechanizmy można by wprowadzić do publicznego systemu ochrony zdrowia, aby był bardziej oszczędny, wydajny i nie wiązał się z krzywdą osób bardziej pracowitych i zaradnych, którym lepiej się w życiu powiodło? Te pytania, choć ważne, pozostaną tu otwarte.

Z drugiej wszakże strony trudno przecież uznać za osoby „same sobie winne” chorych na choroby rzadkie, które często mają podłoże genetyczne, a ich leczenie jest wyjątkowo kosztowne. Dlatego problem chorób rzadkich i tzw. leków sierocych jest niewątpliwie poważnym problemem w finansowaniu publicznej ochrony zdrowia, a zwłaszcza w sprawiedliwej alokacji dostępnych w niej dóbr. Dotyczy to również finansowania chorób opornych, tzn. takich, dla których wprawdzie są dostępne leki, lecz ich efekt terapeutyczny jest znikomy. W obu przypadkach mamy do czynienia z dużymi nakładami finansowymi przy rela-

¹⁰ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej.

tywnie niewielkiej korzyści w skali całego systemu¹¹. Wydatek rzędu dwóch lub trzech milionów złotych rocznie w przypadku leczenia niektórych niezwykle rzadkich chorób genetycznych jest kwotą astronomiczną. Stosowanie zasady solidaryzmu w ochronie zdrowia oznacza jednak, że taki wydatek jest do pomyślenia i to nawet kosztem uszczuplenia możliwości finansowania leczenia dla wielu innych chorych. Być może ktoś uzna, że takie działania są – w pewnym sensie – niesprawiedliwe. Dają jednak szansę leczenia wszystkim pomimo tak drastycznej nierówności w nominalnych nakładach finansowych związanych z kosztami leczenia. Poza tym są miłosierne, bo płyną z miłości do drugiego człowieka. A jaki może być związek sprawiedliwości z miłością? Jak się okazuje, mogą one mieć ze sobą znacznie więcej wspólnego, niż można by się spodziewać – zwłaszcza w kontekście powołania lekarskiego do służby dobru drugiego człowieka¹². Dlatego mądra organizacja publicznej ochrony zdrowia już u samego źródła wystawiona jest na trudności i poważne konflikty.

Wracając tymczasem do głównego pytania, jakiej sprawiedliwości wolno oczekiwać od lekarza, należy jasno stwierdzić, że cnota sprawiedliwości, która tradycyjnie wpisana jest w etykę lekarską, a lapidarnie zamknięta jest w tekście przyrzeczenia lekarskiego słowem „bezstronność”, jest czym innym niż tzw. sprawiedliwość społeczna. Pojęcia sprawiedliwości społecznej i związane z nim pojęcie solidaryzmu w opiece zdrowotnej, jakkolwiek wiążą się z ochroną zdrowia jako taką, to jednak nie wiążą się bezpośrednio z profesją lekarską. Do cnót typowo lekarskich możemy zaliczyć: współczucie, szczerłość, życzliwość, wierność wobec zaufania, odwagę¹³ czy właśnie sprawiedliwość¹⁴. Ale wszystkie te cnoty dobrego lekarza wiążą się ze specyfiką jego zawodowego powołania, tzn. niesienia pomocy drugiemu człowiekowi. Lekarz jako profesjonalista zobowiązuje się publicznie do tego, że będzie służył życiu i zdrowiu ludzkiemu, i będzie niósł pomoc medyczną wszystkim, którzy tej pomocy będą potrzebowali, bez względu na jakiegokolwiek różnice związane z płcią, wiekiem, pochodzeniem, stanem majątkowym itp., czyli właśnie bezstronnie, co tutaj oznacza: sprawiedliwie. Lekarza jako lekarza powinno interesować przede wszystkim niesienie pacjentowi profesjonalnej pomocy wszelkimi dostępnymi metodami. Lecz o dostępności tych metod w swojej placówce ochrony zdrowia, a w szczególności w skali całego kraju, czyli o polityce zdrowotnej, nie decyduje już sam lekarz.

¹¹ Galewicz [2013] s. 316–318.

¹² Pellegrino, Thomasma [1993] s. 94.

¹³ Pellegrino [2002] s. 381.

¹⁴ Pellegrino, Thomasma [1993] s. 92 i n.

Sprawiedliwa alokacja dóbr

Racjonowanie dostępu do świadczeń medycznych, czyli rozdzielanie niewystarczających zasobów wobec osób, które mają do nich uprawnienie (w skrócie rzecz ujmując: komuś trzeba odmówić świadczenia), może się odbywać jawnie lub niejawnie, a ponadto w skali „makro”, „mezo” i „mikro”. Jak zauważa Kazimierz Szewczyk¹⁵, racjonowanie w skali makro polega na podejmowaniu decyzji polityczno-parlamentarnych o poziomie finansowania ochrony zdrowia w skali całego kraju, sposobie dystrybucji tych środków finansowych oraz o funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia jako całości. Racjonowanie na poziomie pośrednim (mezo) będzie polegało na rozdzielaniu dostępnych środków finansowych przez instytucje pośrednie, takie jak Narodowy Fundusz Zdrowia, Agencja Oceny Technologii Medycznych, Poltransplant i in. Oba typy racjonowania w skali makro i mezo mają charakter jawny i przebiegają zgodnie z przyjętymi regułami.

Z punktu widzenia etyki lekarskiej niezwykle ważne jest racjonowanie w skali mikro, czyli w konkretnych placówkach ochrony zdrowia, a nierzadko wręcz przy łóżku chorego. Dyrektorzy placówek oraz sami lekarze dysponują tu dużą autonomią i ciążą na nich bezpośrednio duża odpowiedzialność. Tego typu działania budzą również sporo kontrowersji, ponieważ często nie ma tu jednoznacznych kryteriów racjonowania, a odbywa się ono niejawnie, co prowadzić może do licznych nadużyć czy zachowań patologicznych z korupcją włącznie.

Konieczność prowadzenia racjonowania dostępu do świadczeń medycznych w skali mikro wydaje się oczywista, dlatego stosowane jest ono na masową skalę. Jednak jego formy mogą budzić poważne wątpliwości etyczne. Pierwszym i podstawowym problemem jest sam brak jawności w przypadku tego typu działań, co w połączeniu z brakiem równości w traktowaniu pacjentów oraz ich poczuciem krzywdy rodzi wśród nich poczucie chaosu w funkcjonowaniu placówek medycznych oraz podejrzenia o brak uczciwości personelu medycznego¹⁶, wtórnie zaś – generuje zachowania korupcyjne. Do niejawnych sposobów racjonowania dostępu do świadczeń medycznych stosowanych powszechnie należą między innymi: zniechęcanie pacjentów licznymi formalnościami administracyjnymi, opóźnianie dostępu do świadczeń (wielomiesięczne lub nawet kilkuletnie kolejki), zmniejszanie częstotliwości świadczeń oraz ograniczanie czasu trwania świadczenia poprzez jego przedwczesne kończenie¹⁷. Pacjenci muszą się wykazywać dużą determinacją w dążeniu do uzyskania należnych im świadczeń, aby tego typu

¹⁵ Szewczyk [2009b] s. 19 i n.

¹⁶ Waligóra [2013] s. 470.

¹⁷ Ibidem.

utrudnienia przewyciężyć. Muszą się uzbroić w cierpliwość w czekaniu i pilnowaniu swojej kolejki, muszą skrupulatnie dopełniać wszystkich formalności itd., a jeżeli komuś takiej determinacji zabraknie i zniechęci się do publicznej ochrony zdrowia, ukryty cel tego typu utrudnień zostanie spełniony. Trudno tu mówić o sprawiedliwym traktowaniu pacjentów, bo faworyzowane mogą się okazać osoby o mocniejszej konstrukcji psychicznej.

W kontekście sprawiedliwości lekarza największym problemem jest właśnie kwestia racjonowania w skali mikro, kiedy to lekarze bywają zmuszeni do podejmowania szybkich decyzji dotyczących możliwości wykorzystania dóbr medycznych, decydując nierzadko o życiu pacjentów. Tutaj właśnie najsilniej uwiadamia się cnota sprawiedliwości lekarza jako lekarza.

Jak zauważają Edmund Pellegrino i David Thomasma, kluczowa w kontaktach lekarza z pacjentem jest relacja leczenia. Biorąc zaś pod uwagę tę relację, sprawiedliwość lekarza rozumiana jako cnota, ma swoje najgłębsze korzenie w jego miłości do drugiego człowieka i jest formą miłosierdzia, które zawsze jesteśmy winni innym ludziom. Pacjenci oczekują od lekarzy współczucia i troski, ponieważ osoba zawsze ma prawo być kochana, zwłaszcza w obszarze ochrony zdrowia¹⁸. **I na tym właśnie polega sprawiedliwość lekarza - na leczeniu, wynikającym ze współczucia i troski, a szerzej patrząc: z miłości do drugiego człowieka.** „Zawód lekarza oznacza wierność pojęciu sprawiedliwości, przekształconemu przez miłość i współczucie, jako moralnemu obowiązкови”¹⁹ - twierdzą Pellegrino i Thomasma.

Można tu zaryzykować przekonanie, że sprawiedliwy lekarz, kierujący się konsekwentnie dobrem swojego pacjenta, będzie miał skłonność do zadłużania szpitala, w którym pracuje, dlatego potrzebuje limitów i wytycznych odgórnie narzuconych najlepiej przez kogoś, kto nie pełni roli lekarza. Lekarz powinien być adwokatem swojego pacjenta, dbać o jego interes i stawać w jego obronie wobec postępującego procesu komercjalizacji medycyny. Jednak powinien to czynić wyłącznie w ramach swoich kompetencji jako lekarz oraz możliwości racjonowania dostępu do świadczeń medycznych w skali mikro, do których bywa zobligowany. Ale zarządzanie finansami w ochronie zdrowia, a zwłaszcza polityka zdrowotna państwa oparta np. o ideę sprawiedliwości społecznej oraz solidaryzm w ochronie zdrowia nie należy przecież w żadnej mierze do działań lekarskich, a idee te są raczej kategoriami politycznymi. Ekspertyzy czy doradztwo doświadczonych lekarzy mają oczywiście kolosalne znaczenie i w związku z tym powinni oni mieć

¹⁸ Pellegrino, Thomasma [1993] s. 94.

¹⁹ Ibidem, s. 95 - tłumaczenie własne [M.O.].

wpływ na politykę zdrowotną²⁰, niemniej należy pamiętać, co jest ich właściwym powołaniem.

Jakiej sprawiedliwości wolno oczekiwać od lekarza?

Wracając zaś do sprawiedliwości społecznej, to zgadzając się, że jest ona rzeczywiście wartością, która powinna być urzeczywistniana w życiu społecznym w naszym kraju (w pełnej zgodności z tym, do czego zobowiązuje obywateli Konstytucja RP), to i tak nie ma ona bezpośredniego odniesienia do lekarza jako lekarza. Jest to wartość oraz cnota, odnosząca się do człowieka jako obywatela, nie zaś do profesjonalisty²¹ (w przeciwieństwie do sprawiedliwości jako takiej, która jest uniwersalną cnotą etyczną). Lekarz może angażować się w działania na rzecz sprawiedliwości społecznej w ochronie zdrowia, ale nie będzie to wówczas jego postawa lekarska, lecz obywatelska.

Sprawiedliwej organizacji ochrony zdrowia oraz takiegoż dostępu do świadczeń medycznych możemy natomiast słusznie oczekiwać od polityków zajmujących się ochroną zdrowia i biorących odpowiedzialność za własne powołanie polityka. Tymi politykami mogą być rzecz jasna również lekarze, ale już w innej roli. Jako lekarze bowiem mają zawsze za zadanie nieść wszystkim pacjentom profesjonalną i możliwie jak najlepszą pomoc wszelkimi dostępnymi metodami. A w racjonowaniu dostępu do świadczeń medycznych na mikroskalę powinni zachowywać bezstronność i kryteria medyczne. I takiej właśnie sprawiedliwości można i należy od nich oczekiwać. Jednak jako politycy oraz jako kierownicy oddziałów NFZ albo placówek zdrowotnych mają również obowiązek liczyć pieniądze i brać pod uwagę interesy wszystkich pacjentów. To musi się w końcu zderzać z powołaniem lekarza, który chciałby leczyć każdego i to w sposób możliwie jak najlepszy. Dlatego słusznie twierdzi Tadeusz Tołłoczko, że „o tym, kto ma żyć, kto ma umrzeć, decydują nie lekarze, a politycy i ekonomiści”²². Pogląd ten, choć wydaje się bardzo radykalny, jest słuszny o tyle, że od lekarza oczekuje się bezstronności w leczeniu każdego i to możliwie jak najlepszymi metodami, od polityka zaś oczekuje się troski o dobro całego społeczeństwa. Dlatego politycy muszą narzucać – czasem jakże dramatyczne! – limity w finansowaniu ochrony zdrowia, bo i oni zobligowani są do kierowania się zasadą sprawiedliwości społecznej.

Podsumowując, warto zauważyć, że dyskusja na temat sprawiedliwego dostępu do świadczeń medycznych w gronie samych tylko lekarzy nigdy nie mogła-

²⁰ Huddle [2013] s. 378.

²¹ Ibidem, s. 377.

²² Tołłoczko [2013] s. 329.

by być konkluzywna, ponieważ dążenie do dobra każdego pacjenta z osobna oraz jednocześnie wszystkich jako całości, nie dają się ze sobą pogodzić przy ograniczonych zasobach. Konieczne jest tu niezależne spojrzenie ekonomistów, filozofów czy polityków. Bo chociaż pretensje pacjentów z powodu poczucia krzywdy i niesprawiedliwego potraktowania zapewne nie sposób zupełnie uniknąć, to jednak – wspólnymi siłami – należy dążyć do tego, by niesprawiedliwości było możliwie jak najmniej. A nieobciążanie lekarzy odpowiedzialnością za kwestie ekonomiczne może tylko przysłużyć się poprawie ich opieki nad pacjentami i – zapewne – większej jeszcze satysfakcji z pracy.

Bibliografia

- Almgren [2007] – G. Almgren, *Health Care Politics, Policy, and Services. A Social Justice Analysis*, Springer Publishing Company, New York 2007.
- Arystoteles [2000] – Arystoteles, *Etyka nikomachejska*, tłum. D. Gromska, [w:] *Dzieła wszystkie*, tom 5: *Etyka nikomachejska. Etyka wielka. Etyka eudemejska. O cnotach i wadach*, przekłady, wstępy i komentarze D. Gromska, L. Regner, W. Wróblewski, Warszawa 2000.
- Augustyn [1999] – Św. Augustyn, *O wolnej woli*, tłum. A. Trombala, [w:] Św. Augustyn, *Dialogi filozoficzne*, W. Seńko (oprac.), Znak, Kraków 1999.
- Beauchamp [2013] – D.E. Beauchamp, *Public Health as Social Justice*, [w:] M. Donohou (red.), John Wiley & Sons 2013, s. 11-19.
- Brzeziński [2011] – T. Brzeziński, *Etyka lekarska*, PZWL, Warszawa 2011.
- Daniels [2002] – N. Daniels, *Justice, Health, and Health Care*, [w:] *Medicine and Social Justice: Essays on the Distribution of Health Care*, R. Rhodes, M.P. Battin, A. Silvers (red.), Oxford University Press 2002, s. 6-23.
- Drane [1995] – J.F. Drane, *Becoming a Good Doctor. The Place of Virtue and Character in Medical Ethics*, A Sheed & Ward Book, Rowman & Littlefield Publishers Inc., 1995.
- Galewicz [2013] – W. Galewicz, *Medyczne i ekonomiczne kryteria gwarantowanej opieki zdrowotnej*, [w:] *Etyka w medycynie – wczoraj i dziś. Wybrane zagadnienia*, K. Basińska, J. Halasz (red.), Impuls, Kraków 2013, s. 311-319.
- Hartman [2009] – J. Hartman, *Bioetyka dla lekarzy*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2009.
- Huddle [2013] – T.S. Huddle, *The limits of social justice as an aspect of medical professionalism*, „Journal of Medicine and Philosophy” (38) 2013, s. 369-387.
- KEL [2003] – *Kodeks Etyki Lekarskiej*, 2003, dostępne na: http://www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0003/4764/Kodeks-Etyki-Lekarskiej.pdf [26.09.2014].
- Kolwicz [2013] – M. Kolwicz, *Solidaryzm społeczny jako etyczna wartość w ochronie zdrowia*, [w:] *Etyka w medycynie – wczoraj i dziś. Wybrane zagadnienia*, K. Basińska, J. Halasz (red.), Impuls, Kraków 2013, s. 331-346.
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, Warszawa, 6 kwietnia 1997.

- Olejniczak [2013] – M. Olejniczak, *Znaczenie etyki cnót we współczesnej etyce medycznej*, [w:] *Etyka w medycynie – wczoraj i dziś. Wybrane zagadnienia*, K. Basińska, J. Halasz (red.), Impuls, Kraków 2013, s. 159–169.
- Pellegrino [2002] – E.D. Pellegrino, *Professionalism, Profession and the Virtues of the Good Physicians*, „The Mount Sinai Journal of Medicine” 69 (6) 2002, s. 378–384.
- Pellegrino, Thomasma [1993] – E.D. Pellegrino, D.C. Thomasma, *The Virtues in Medical Practice*, Oxford University Press, New York – Oxford 1993.
- Rawls [1994] – J. Rawls, *Teoria sprawiedliwości*, tłum. M. Panufnik, J. Pasek, A. Romaniuk, PWN, Warszawa 1994.
- Szewczyk [2009a] – K. Szewczyk, *Bioetyka*, tom 1: *Medycyna na granicach życia*, PWN, Warszawa 2009.
- Szewczyk [2009b] – K. Szewczyk, *Bioetyka*, tom 2: *Pacjent w systemie opieki zdrowotnej*, PWN, Warszawa 2009.
- Tołłoczko [2013] – T. Tołłoczko, *Leczenie chorych i liczenie pieniędzy. Równość szans czy większa skuteczność?*, [w:] *Etyka w medycynie – wczoraj i dziś. Wybrane zagadnienia*, K. Basińska, J. Halasz (red.), Impuls, Kraków 2013, s. 321–329.
- Waligóra [2013] – M. Waligóra, *Etyka mikroalokacji świadczeń zdrowotnych*, [w:] *Bioetyka*, J. Różyńska, W. Chańska (red.), Wolters Kluwer, Warszawa 2013, s. 469–479.