

Medycyna i finanse. Czy ekonomiczne racjonowanie świadczeń zdrowotnych jest sprawiedliwe?*

Kazimierz Szewczyk

I. Zagadnienia terminologiczne

Od późnych lat 80. ubiegłego wieku żywe zainteresowanie bioetyków budzi problematyka rachunku ekonomicznego w opiece zdrowotnej. W tym bowiem czasie dostrzeżono, że bez radykalnej reformy finansowania systemu świadczeń zdrowotnych stanie się on niewydolny ekonomicznie i medycznie. Istotna część debaty nad naprawą medycyny skupiała się – i skupia nadal – wokół racjonowania usług zdrowotnych. Wobec dosyć dużej swobody terminologicznej jej uczestników chcę uściślić podstawowe pojęcia, których będę używał w niniejszym tekście. I tak:

1. Przez racjonowanie rozumiem rozdzielnictwo deficytowych świadczeń zdrowotnych. Jako synonimu rozdzielnictwa będę też używał terminu „alokacja”.

2. Za Ublem racjonowanie definiuję w sposób szeroki jako budowanie jawnych lub niejawnych mechanizmów pozwalających ludziom obejść się bez dobroczynnych usług¹. Wartość świadczenia – jego dobroczynność – określa sam zainteresowany. Zawarta w tej definicji subiektywna ocena wartości świadczeń ukazuje wielką rolę społecznego dialogu jako nieodzownego i fundamentalnego składnika dyskusji nad reformą systemów opieki. Społeczeństwo należy przekonać do proponowanych przez reformatorów mechanizmów alokacji, przy jednoczesnym poszanowaniu społecznie akceptowanej wartości usług. Eksperci zajmujący się racjonowaniem świadczeń i reformowaniem systemu opieki muszą nawiązywać do już istniejących miejsc społecznej zgody i jednocześnie budować

* Poniższy artykuł stanowił wprowadzenie do debaty *Medycyna i finanse. Moralna problematyka racjonowania ekonomicznego w opiece zdrowotnej*, która odbyła się na forum ICF *Diametros* w dniach 16 – 18 września 2005. Nawiązujące do niego głosy innych dyskutantów wraz z odpowiedziami autora wprowadzającego tekstu zamieszczamy w dziale *Dyskusje* (przyp. red.).

¹ Por. Ubel [2001] s. 28.

nowe jej obszary². Szeroka definicja racjonowania umożliwi zróżnicowanie alokacji świadczeń na ich rozdzielność ekonomiczną i nieekonomiczną.

3. Terminu „racjonowanie ekonomiczne” używa się w dwu znaczeniach: rozdzielności rynkowej i nierynkowej. Rozdzielność rynkowa usług zdrowotnych, nazywane jest także cenowym. Mechanizmami racjonowania są w nim reguły wolnego rynku z prawem popytu i podaży na czele. Natomiast ekonomiczne rozdzielność nierynkowe stanowi alokację procedur finansowanych z pieniędzy publicznych. Dokonując tej alokacji planista bierze pod uwagę wymiar finansowy procedur. Podstawowym kryterium racjonowania jest tu relacja spodziewanych dobroczynnych efektów danej procedury do jej szacowanych ekonomicznych kosztów. Nazywane jest ono także kryterium efektywności kosztowej lub wydajności świadczeń. Najprościej mówiąc, *nierynkowe racjonowanie ekonomiczne polega na odmowie procedur dobroczynnych dla jednostki w celu poczynienia oszczędności finansowych dla kogoś innego niż dany pacjent*. W dalszej części tekstu zwrot „racjonowanie ekonomiczne” będzie odsyłał wyłącznie do rozdzielności nierynkowej.

4. Alokację nieekonomiczną moralnie usprawiedliwia interes konkretnego pacjenta lub dobro wspólne (interes społeczny). Medyk ordynujący choremu tańszy lek w trosce o stan jego kieszeni dokonuje nieekonomicznej alokacji motywowanej dobrem tego pacjenta. Ilustracją drugiego rodzaju rozdzielności nieekonomicznej będzie rezygnacja przez lekarza z silnego mającego szerokie spektrum działania antybiotyku w bakteryjnej infekcji, np. dróg moczowych, na rzecz leku teoretycznie mniej skutecznego, jeśli wiodącym motywem rezygnacji jest zmniejszenie prawdopodobieństwa selekcji szczepów lekoopornych leżące w interesie wspólnym.

Z przyjętej przeze mnie szerokiej definicji racjonowania wynika, że w pewnych okolicznościach także zaprzestanie lub niepodjęcie leczenia uznanego przez lekarza za daremne jest formą racjonowania nieekonomicznego. Okoliczności te mają miejsce wówczas, gdy pacjent lub jego przedstawiciel subiektywnie uznaje terapię za jeszcze dobroczynną i domaga się jej stosowania. W takich

² Ten Have [1998] s. 45.

przypadkach moralną sankcję odmowy daje zasada nieszkodzenia i pragnienie zgodności działań podejmowanych przez lekarza z aktualnym stanem wiedzy – pozwala ono medykowi zachować tzw. integralność moralną. Ewentualne motywy finansowe schodzą tu na drugi plan, choć w skali systemu opieki są to niebagatelne koszty. W Polsce terminologicznym odpowiednikiem daremnego leczenia jest tzw. „uporczywa terapia”.

5. Rozdzielnictwo świadczeń zdrowotnych może być jawne i niejawne. Jak sama nazwa wskazuje, pierwszy rodzaj racjonowania poddany jest jawnym mechanizmom (regułom, zasadom) dostępnym społeczeństwu. Jego przykładem są niedawno wprowadzone w naszym kraju zasady tworzenia kolejek pacjentów oczekujących na deficytowe procedury. Racjonowanie jawne obejmuje świadczenia finansowane ze źródeł publicznych – powszechnego przymusowego ubezpieczenia i/lub budżetu. Obecnie ta forma rozdzielnictwa zyskuje coraz większą aprobatę bioetyków i organizatorów opieki zdrowotnej. Natomiast lekarze, szczególnie polscy, odnoszą się do niej z dużą rezerwą. O ich niechęci do poddania się regułom jawnego rozdzielnictwa świadczy, między innymi, zmasowana krytyka prób kontroli przez NFZ zasadności ordynowania leków recepturowych.

Wyróżnikiem racjonowania niejawnego jest brak społecznie akceptowanych reguł rozdzielnictwa. Dostęp do świadczeń jest tu limitowany żywiołowo bądź przez suwerenne decyzje lekarzy podejmowane „przy łóżku” pacjenta. Przykładem żywiołowego racjonowania jest nieregulowany wydłużający się czas oczekiwania na wizytę u specjalisty. Niejawne rozdzielnictwo „przy łóżku” pacjenta ma wielu zwolenników wśród lekarzy. Pozostawia ono medykom większą swobodę decydowania w porównaniu z jawną reglamentacją. Dzięki tej okoliczności rozdzielnictwo niejawne jest bardziej od jawnego wrażliwe na:

- a. indywidualne zróżnicowanie pacjentów i
- b. niepewność efektów opieki medycznej.

Z dwu powodów w dalszej części tekstu ograniczę się praktycznie wyłącznie do rozważenia moralnej strony jawnego nierynkowego racjonowania ekonomicznego. Po pierwsze, wprowadzenie tego rodzaju rozdzielnictwa stanowi kluczowy etap reformy systemu opieki zdrowotnej finansowanej – jak w naszym kraju –

przez płatnika z przymusowej powszechnej daniny. Po drugie, jest to etap najtrudniejszy, gdyż racjonowaniu ekonomicznemu świadczeń zdrowotnych niechętni są zarówno medycy, jak i większość społeczeństwa. Lekarze i laicy skłonni są przyjmować za pewnik, że racjonowanie usług zdrowotnych jest nieetyczne, że medycyna i ekonomia wzajemnie się wykluczają. Jest to, jak spróbuję pokazać, postawa całkowicie błędna i, rzecz można, wysoce niemoralna. Akceptacja ekonomicznego rozdzielnictwa nie powiedzie się bez gruntownej zmiany społecznych oczekiwań wobec medycyny. Bez tej przemiany nie powiedzie się więc także i reforma systemu opieki zdrowotnej.

II. Nierynkowe ekonomiczne racjonowanie opieki zdrowotnej jest koniecznością

W tej części tekstu scharakteryzuję kilka najważniejszych czynników uzasadniających konieczność ekonomicznego rozdzielnictwa usług zdrowotnych. Zaczę od:

1. determinant ekonomicznych. Medycyna, podobnie jak wiele innych dziedzin aktywności ludzkiej, uprawiana jest na Zachodzie (łącznie z USA, a także z Polską) w warunkach co najmniej umiarkowanego niedoboru środków finansowych. Niedobór pieniędzy wpływa pośrednio na deficyt świadczeń. Zdaniami części planistów systemów zdrowotnych odwołujących się do „twardych” faktów ekonomicznych, zasoby finansowe będące w dyspozycji społeczeństw są zawsze (nieredukowalnie) mniej lub bardziej ograniczone.

Limity ekonomiczne określają obszar działania czynników wpływających bezpośrednio na zwiększanie luki popytowo-podażowej w systemie opieki. Na pierwszym miejscu wymienię:

2. determinanty związane z opieką zdrowotną jako działalnością etyczną służącą dobru indywidualnemu i wspólnemu. Stawiam tezę, że uznanie medycyny za przedsięwzięcie etyczne jest niezwykle wydajnym czynnikiem nakręcania popytu na świadczenia zdrowotne. Wiąże się ono z podstawową funkcją etyki. Uzasadnienie postawionej tezy znajduję u Paula Ricoeura³ przyjmując jego pogląd, że do świata etyczności wkroczyliśmy ze strachu przed karą chorobą

³ Ricoeur [1986] s. 31-46.

i śmiercią naruszeniem nakazów i zakazów płynących ze sfery *sacrum*. U swego zarania świat etyczności był obszarem archaicznej trwogi przed zemstą bogów. Nieco później dołączył do niej lęk przed niedostatkiem miłości. Ma on dwie formy:

- a. „altruistycznego” poczucia, że nie dość się kocha Boga (i bliźnich),
- b. „egoistycznej” obawy, że nie dość się jest kochanym przez Boga (i bliźnich).

Podstawowa funkcja etyki polega na wzbudzaniu obu rodzajów lęku i ciągłym ponawianiu nadziei na ich usunięcie poprzedzone eliminacją bólu, cierpienia, choroby i śmierci. Medycyna, zajmując się tymi wydarzeniami egzystencjalnymi była, jest i pozostanie działalnością etyczną. Będąc zaś nią, także wypełnia tę zasadniczą funkcję etyki jaką jest granie nadzieją i strachem. Dominujący nurt oświaty zdrowotnej i profilaktyki apeluje przede wszystkim do lęków tanatycznych. Śmierć i choroba są traktowane jako kara za naruszenie – już nie boskich, lecz formułowanych przez medycynę – zakazów i nakazów zdrowotno-profilaktycznych. Ze wzrostem lęków tanatycznych powiększa się neutralizująca je nadzieja na „technologiczną nieumieralność”⁴. Nadzieję uzasadniają postępy medycyny prowadzące, jak skłonni jesteśmy sądzić, do zwalczania chorób i śmierci. Tyle, że postęp kosztuje. Nasilający się popyt na świadczenia zdrowotne i lawinowo narastające w bogatych państwach nakłady na opiekę zdrowotną są w dużej mierze ceną płaconą za redukującą lęk nadzieję nieumieralności. Między lękami i nadzieją zawiązuje się obwód dodatniego sprzężenia zwrotnego pozwalający skutecznie drenować medyką finanse państwa.

Lęk przed niedostatkiem miłości także w sposób znaczący przyczynia się do wzrostu popytu na świadczenia medyczne. Zmedykalizowana postać „egoistycznej” obawy, że nie dość się jest kochanym sprzyja postawom roszczeniowym i wymuszaniu przez pacjenta terapii daremnej bądź przynoszącej minimalne korzyści. Umacnia ona i usprawiedliwia postawę egoizmu terapeutycznego – przeświadczenia, żywionego przez pacjentów, że w razie choroby, szczególnie

⁴ Thomas [1991] s. 159.

grożącej śmiercią, należą mu się wszelkie dostępne świadczenia, niezależnie od ich kosztu i skuteczności.

Podobne rezultaty daje zmedykalizowana forma „altruistycznego” lęku przed niedostatkiem miłości. Odczuwający go bliscy chorego częstokroć wymuszają procedury o znikomej efektywności terapeutycznej. Lekarze, z różnych powodów, chętnie tym naciskom ulegają. Jest to zjawisko szczególnie dwuznaczne moralnie. Rodzina pacjenta koi bowiem w ten sposób dręczący ją wyrzut sumienia. Płaci za to bliski zbędnym cierpieniem i płacą obywatele zwiększaną sumą obowiązkowej daniny zdrowotnej. Płacą również krzywdą im wyrządzaną ci pacjenci, dla których zabraknie środków na skuteczne leczenie.

Determinanty związane z medycyną jako przedsięwzięciem etycznym zostały w naszej cywilizacji wzmocnione kolejną ważną grupą czynników wzrostu luki popytowo-podażowej, mianowicie:

3. determinantami historyczno-kulturowymi. Wymienię najistotniejsze:
 - a. kulturowo powiększony strach przed śmiercią. Jest to, w uproszczeniu rzecz ujmując, dziedzictwo doktryny grzechu pierworodnego, chrześcijańskiej „pedagogii strachu” i związanego z nią kaznodziejstwa strachu⁵. Pedagogia ta eksponuje grzeszność człowieka i straszy mękami piekielnymi. Kształtująca się w XIX wieku współczesna (kliniczna, popasteurowska) medycyna przejmując tę pedagogię. Większość lekarzy z upodobaniem i zapewne w dobrej wierze uprawia zmedykalizowane kaznodziejstwo strachu: efektywnym straszakiem nie jest już piekło, lecz rak. Dziennikarze chętnie podejmują ten edukacyjny styl, również i dlatego, że straszenie śmiercią w kulturze nasilonego lęku przed nią jest wielce dochodowym przedsięwzięciem.
 - b. Kulturowo wzmocniona nadzieja na cudowne wyleczenia i uzdrowienia. W kulturze schrystianizowanej od świętych (i Boga) oczekiwaliśmy cudów o charakterze medycznym. Były one, i są nadal, ważnym wskaźnikiem i miarą świętości świętego. W zmedykalizowanej cywilizacji z bodaj jeszcze większą wiarą i nadzieją oczekujemy cudownych

⁵ Por. Hryniewicz [1990]; Delumeau [1994].

wyleczeń od medycyny. Nadzieja ta nakazuje nam trwać „heroicznie” nawet przy daremnej terapii.

- c. Okoliczności kształtowania się współczesnej medycyny. Można przyjąć, że jej właściwe narodziny przypadają na drugą połowę XIX stulecia. Przypomnę, że jest to czas dominacji „krwawej fazy darwinizmu” eksponującej walkę wszystkich ze wszystkimi jako motoru napędowego ewolucji, historii i postępu. Zgodnie z tą wizją, lekarz był konkwistadorem chorób, a więc i śmierci, bohatersko walczącym w imię życia i nieumieralności. Równocześnie w tym samym okresie pojawia się bezprecedensowa w dziejach wiara w naukę. Daje ona mocne – bo właśnie naukowe – usprawiedliwienie nadziei na nieumieralność, czyniąc z medycyny formę „niecierpliwiej religii”.
- d. Kolejna ważna historyczna determinanta ograniczona jest do krajów byłego obozu socjalistycznego. Polega ona na błędnym, acz silnym przekonaniu, że pełna opieka zdrowotna należy się „za darmo” każdemu pacjentowi. Wzmaga ono egoizm terapeutyczny i postawy roszczeniowe oraz sprzyja moralnemu potępieniu rachunku ekonomicznego w opiece zdrowotnej.

Determinanty historyczno-kulturowe wpłynęły na zdefiniowanie dobra, do którego realizacji powinna zmierzać opieka zdrowotna jako przedsięwzięcie etyczne. Przyjeliśmy, że jest nim bezwzględna walka o (prze)życie pacjentów. Przypomnę, że dla medycyny tradycji hipokratesowej dobrem tym było zdrowie. Jeśli lekarz nie mógł zdrowia utrzymać bądź przywrócić, miał moralny obowiązek odstąpienia od łóżka chorego.

Następnym istotnym dla filozofia czynnikiem napędzającym popyt na świadczenia zdrowotne jest:

4. specyficzny charakter potrzeby zdrowotnej. Po pierwsze, zgodnie z definicją zdrowia podaną przez WHO, w ich identyfikowaniu i definiowaniu można nie uwzględniać żadnych granic. W zmedykalizowanym społeczeństwie, dążąc do „pełnego dobrostanu”, skłonni jesteśmy włączać w zakres pojęcia „potrzeby zdrowotnej” coraz to nowe obszary naszej aktywności życiowej. Skłonność ta

koresponduje z drugą istotną właściwością potrzeb zdrowotnych: są one, w przeciwieństwie do innych potrzeb, praktycznie niemożliwe do zaspokojenia, szczególnie w cywilizacji negującej śmierć i umieranie. Po trzecie, obywatele zmedykalizowanych i zarazem coraz bardziej zamożnych zachodnich społeczeństw zaczynają traktować świadczenia zdrowotne jak dobra luksusowe. Korzystanie z nich nobilituje konsumentów tych usług, potwierdzając przynależność do grupy ludzi dbających o zdrowie. Za tę nobilitację skłonni jesteśmy płacić coraz więcej.

Kolejną ważną grupą swoistych dla opieki zdrowotnej czynników powiększających lukę popytowo-podażową są:

5. determinanty związane z medycyną jako sztuką (leczenia i zapobiegania). Tytułem przykładu wymienię dwie:

- a. małą przewidywalność tego kto, kiedy i w jakim zakresie będzie zmuszony korzystać z opieki zdrowotnej. Usiłując polepszyć wydolność prognostyczną medycyny, rozszerzamy zakres i zwiększamy częstotliwość różnego rodzaju badań profilaktycznych i przesiewowych. Rodzi się silna pokusa „intensywnej profilaktyki”. Istotnie zwiększa ona koszty finansowe – a także psychiczne i moralne – uprawiania medycyny. Stąd wniosek, że profilaktyka również powinna być poddana racjonowaniu ekonomicznemu stosującemu kryterium kosztowej efektywności świadczeń.
- b. Oddzielenie kupującego od płatnika. W opiece zdrowotnej świadczenia ordynuje, a więc kupuje lekarz. Płaci natomiast za nie tzw. trzecia strona – ubezpieczyciel, budżet, pacjent. Oddzielenie to w dużej mierze uwalnia lekarza od dyscypliny finansowej i sprzyja praktykowaniu drogiej medycyny, częstokroć nieuzasadnionej rzeczywistymi potrzebami. Reguły jawnego racjonowania ekonomicznego stanowią jeden ze skuteczniejszych mechanizmów kontroli i finansowego dyscyplinowania medyków „kupujących” świadczenia.

Usprawiedliwiając się inicjującą naturą tego tekstu, pomnę milczeniem inne determinanty zwiększające popyt, między innymi:

- merkantylne (biomedycyna jest bodaj najbardziej dochodową dziedziną ludzkiej aktywności),
- demograficzne (starzenie się społeczeństw),
- polityczne (w starzejących się demokracjach zachodnich o wiele większe poparcie uzyskuje polityk obiecujący zwiększenie wydatków na opiekę zdrowotną, w porównaniu, np. z kandydatem na parlamentarzystę postulującym większe finansowanie edukacji) czy
- związane z naturą ubezpieczeń zdrowotnych (kuszących do unikania ryzyka i tzw. moralnego hazardu. Moralnym hazardem nazywa się skłonność pacjentów ubezpieczonych do nadmiernego korzystania ze świadczeń. Również lekarze chętniej ordynują usługi podopiecznym mającym polisy ubezpieczeniowe).

III. Nierynkowe racjonowanie ekonomiczne jest sprawiedliwe

Wymienione czynniki zwiększania luki popytowo-podażowej pozwalają, jak sądzę, na obronę założenia o konieczności ekonomicznego racjonowania świadczeń. Bardzo wątpliwe, czy rozdzielnictwo cenowe byłoby najefektywniejszym sposobem redukcji zapotrzebowania na świadczenia⁶. Jedno wszakże jest pewne – akceptując założenie o etycznym charakterze medycyny musimy przyjąć, że racjonowanie rynkowe stanowi nieodpowiedni mechanizm alokacji. W warunkach trwałego niedoboru środków finansowych poddanie opieki zdrowotnej twardej grze popytu i podaży doprowadzi do nasilenia ujemnych stron medycyny jako działalności etycznej: nastawiona na zysk alokacja cenowa stanowi bardzo wydajny mechanizm podsycania lęków tanatycznych i wzbudzania ekonomicznie nierealnej nadziei na wykorzenienie ich źródeł. Narusza także zasadę równego dostępu do świadczeń. W obecnych warunkach historycznych, w których dbałość o zdrowie stała się sprawą publiczną, byłoby to szczególnie dotkliwe naruszenie. Dlatego właśnie zakładam, że jedynym skutecznym mechanizmem minimalizacji rozżewu między popytem i podażą

⁶ Włodarczyk [1998]

świadczeń właściwym dla opieki zdrowotnej jest umiejętnie przeprowadzone nierynkowe racjonowanie ekonomiczne.

W poszukiwaniu etycznej sankcji dla nierynkowego rozdzielnictwa niezwykle ważne jest przedefiniowanie historycznie ukształtowanego dobra realizowanego przez opiekę zdrowotną. Przypomnę, że jest nim walka o (prze)życie pacjenta. Na potrzeby tego tekstu przyjmuję, że owym „przedefiniowanym dobrem” powinna być ograniczana sprawiedliwością troska o pacjentów w ich zdrowiu, chorobie i *umieraniu*. Co ważne, zakładam również, że sprawiedliwość jest w tej trosce zakorzeniona. Tak pojmowana sprawiedliwość staje się trudniejszą troską o podopiecznego uwzględniającą obecność wszystkich aktualnych i potencjalnych pacjentów (społeczeństwa). Inaczej mówiąc, jest ona równą dystrybucją troski pomiędzy obywateli w warunkach umiarkowanego niedoboru środków. Podkreślę: uprawniony do równej dystrybucji troski powinien być *każdy* obywatel naszego kraju niezależnie czy ma ubezpieczenie czy nie.

Rozdzielnictwo ekonomiczne umożliwia efektywne praktykowanie sprawiedliwej medycyny troski. Jest ono tym samym nie tylko finansową, ale także moralną koniecznością. Jego wdrożenie stanowi realizację etycznego postulatu sprawiedliwej opieki zdrowotnej, sprawiedliwej na miarę ziemskich, realnych możliwości. Zbyt kosztowne leczenie jednych pacjentów jest beztroską wobec innych, dla których świadczeń zabraknie. Zaniechanie racjonowania ekonomicznego jest więc „podwójnie” niemoralne: niesprawiedliwe i przysparzające możliwych do uniknięcia cierpień.

Zastąpienie walki o życie troską limitowaną sprawiedliwością wymaga istotnej zmiany społecznego nastawienia do powinności opieki zdrowotnej. W Polsce wśród laików i znakomitej większości lekarzy panuje przekonanie, że o życie każdego pacjenta należy walczyć równie bezwzględnie, jak o życie zasypanego górnika. Nastawienie to daje moralną sankcję postawie „maksymalistycznego indywidualizmu” właściwej współczesnej medycynie. Charakteryzuje ją pewność, że każdemu bez wyjątku pacjentowi należy zapewnić najwyższe jakościowo a przy tym wszechstronne świadczenia zdrowotne⁷.

⁷ Łuków [2004] s. 22.

Warunkiem wdrożenia jawnego racjonowania ekonomicznego jest odrzucenie tak pojmowanego maksymalistycznego indywidualizmu na rzecz postawy, którą można nazwać „statystycznym współczuciem”. Nakazuje ona brać pod uwagę cierpienie nie tylko identyfikowalnych, indywidualnych pacjentów, ale także krzywdę jaką wyrządzamy naszymi decyzjami alokacyjnymi wielu anonimowym osobom. Społeczeństwo i medycy muszą zrozumieć, że skupienie troski na jednostkach, „z którymi mamy osobisty kontakt, może prowadzić do zaniedbania potrzeb ogromnie wielu nieznanym ludzi”. Postulowana zmiana społecznego przekonania wymaga podjęcia dużego wysiłku edukacyjnego. Ważną rolę koordynującą powinni odegrać w nim bioetycy. Niestety, dzisiaj jest to jedynie pobożne życzenie.

Chciałbym wyraźnie zaznaczyć, że troska ograniczana sprawiedliwością, wspierana przez postawę statystycznego współczucia, daje również moralną sankcję ekonomicznemu racjonowaniu procedur ratujących życie. Wprowadzając tę formę rozdzielnictwa należy jednak uwzględnić w rachunku ekonomicznym wysoką wartość przypisywaną przez naszą kulturę działaniom ratującym indywidualne życie.

IV. Raport „Zespołu Włodarczyka” jako przykład propozycji ekonomicznego rozdzielnictwa świadczeń zdrowotnych

W styczniu 2004 roku Minister Zdrowia powołał Zespół ds. Rozwiązań Systemowych w Ochronie Zdrowia popularnie nazywany „Zespołem Włodarczyka”, od nazwiska jego szefa prof. Cezarego Włodarczyka. Nawiasem mówiąc, Zespół ten potraktować można jak kolegialne ciało bioetyczne. W jego skład wchodziło troje ekonomistów, dwóch prawników, czterech lekarzy, filozof oraz praktyk w dziedzinie administracji publicznej. Owocem studiów Zespołu było opracowanie *Strategii zmian w systemie opieki zdrowotnej*⁸. Jest to dokument bardzo ważny z punktu widzenia tematu naszej dyskusji. Jego autorzy podejmują w sposób uporządkowany problematykę ekonomicznego racjonowania świadczeń zdrowotnych.

⁸ Zespół ds. Rozwiązań Systemowych w Ochronie Zdrowia [2004].

Istotą konstruowanego w *Strategii* modelu organizacyjnego opieki ma być współistnienie trzech zakresów świadczeń. Pierwszy zakres obejmuje tzw. usługi gwarantowane, drugi – świadczenia rekomendowane, a trzeci – procedury uzupełniające. W koszyku usług gwarantowanych mieszczą się procedury finansowane ze środków publicznych. Obejmuje on świadczenia o potwierdzonej skuteczności i spełniające „w zadowalającym stopniu” kryterium efektywności kosztowej.

Do zakresu świadczeń rekomendowanych należałyby procedury o potwierdzonej skuteczności, ale których relacja koszt-efekt „nie jest dostatecznie zadowalająca”. Inaczej mówiąc, proponuje się tu umieścić usługi dobroczynne, ale zbyt drogie, na które w aktualnej sytuacji finansowej publiczny płatnik (społeczeństwo) nie może sobie pozwolić. Pacjent musiałby współfinansować ten typ świadczeń, przede wszystkim z dodatkowych prywatnych ubezpieczeń.

Procedury uzupełniające są usługami bezpiecznymi z perspektywy uznanych standardów medycznych, odgrywającymi jednakże drugorzędną rolę w zaspokajaniu zdrowotnych potrzeb. Są one traktowane jak inne dobra nie podlegające racjonowaniu. Produkowanie i nabywanie świadczeń tej grupy jest prywatną sprawą producentów i nabywców, co nie oznacza braku ram etycznych i prawnych dla takiej działalności.

Ustalaniu granicy między koszykiem usług gwarantowanych i rekomendowanych służą jawne nierynkowe kryteria ekonomiczne. Kryterium racjonowania jest tu relacja spodziewanych dobroczynnych efektów danej procedury do jej szacowanych finansowych kosztów. Propozycja rozdzielnictwa ekonomicznego wraz z ideą koszyka usług gwarantowanych jest w pełni zgodna z naszkicowanym wyżej postulatem troski o pacjentów ograniczanej sprawiedliwością. W odniesieniu do tej grupy świadczeń obowiązywałyby zasady solidarności społecznej i równego dostępu obywateli prowadzące do sprawiedliwej dystrybucji troski.

W stosunku do procedur rekomendowanych obie te zasady zostały uchylone (przede wszystkim) na rzecz prywatnych dobrowolnych ubezpieczeń. Ich uchylenie czyni, moim zdaniem, moralnie problematyczną koncepcję współ-

płacenia za usługi rekomendowane. Tym samym każe się zastanowić nad moralnym uzasadnieniem dwustopniowego systemu opieki zdrowotnej, zakładającego jego zróżnicowanie na świadczenia opłacane z funduszy publicznych i prywatnych. Należy także starannie rozważyć, czy tak zróżnicowany system, sprzyjając konkurencji oferentów ubezpieczeń dobrowolnych, zbytnio nie nasili ujemnych cech medycyny jako działalności etycznej.

Przeciwko dwustopniowemu systemowi opieki zdrowotnej przemawiają także względy pragmatyczne. Dostępne badania sugerują, że rynek prywatnych ubezpieczeń sprzyja postawom egoistycznym i roszczeniowym⁹, przez co wzmacnia negatywne cechy związane z medycyną jako przedsięwzięciem etycznym. Wprowadzenie ubezpieczeń prywatnych może spowodować wzrost już istniejących nierówności: nie da się wykluczyć, że najubożsi, tworzący zarazem grupę o najniższej zdrowotności, zmuszeni będą do relatywnie większego (współ)płacenia za świadczenia niż bogatsi i statystycznie bardziej zdrowi. Równocześnie dwustopniowy system opieki pozwala na pełniejszą realizację ważnej w naszej kulturze zasady autonomii. Myślę jednak, że w ustawicznej grze jaką toczymy z chorobami, cierpieniem i śmiercią musimy bezwzględnie przestrzegać reguły solidarności i sprawiedliwej dystrybucji troski. Dlatego, moim zdaniem, system świadczeń zdrowotnych powinien być urządzony jedno-stopniowo (z ewentualnymi odpłatnymi procedurami uzupełniającymi).

V. Zakończenie

Z wyżej przedstawionych rozważań wynika, jak sądzę, że:

1. nierynkowe racjonowanie ekonomiczne jest koniecznością we współczesnej opiece zdrowotnej. Pozwala ono na utrzymywanie rozsądnej wielkości luki popytowo-podażowej, przy jednoczesnym zachowaniu zasady równości i sprawiedliwości w dystrybucji świadczeń.

2. Zgoda na nierynkowe racjonowanie ekonomiczne jest decyzją moralną. Jej podjęcie umożliwia przystąpienie do reformy systemu opieki zdrowotnej. Stąd wniosek, że reforma ta ma nie tylko aspekt finansowy i organizacyjny, ale przede

⁹ Hurley [2001] s. 237.

wszystkim ważny wymiar moralny. Bez jego uwzględnienia nie może być mowy o udanej zmianie systemu opieki.

3. Wprowadzenie rozdzielnictwa ekonomicznego wymaga istotnej przebudowy społecznego pojmowania „dobra pacjenta”, które powinna realizować medycyna. Proponuję, aby walka o (prze)życie podopiecznego została zastąpiona przez ograniczoną sprawiedliwością troskę o obywateli w ich zdrowiu, chorobie i umieraniu. Szczególnie podkreślam konieczność uwzględnienia w trosce ostatniego etapu życia, w praktyce negowanego przez polską medycynę walki.

4. Wdrażaniu nierynkowego rozdzielnictwa musi towarzyszyć praca nad zmianą społecznego nastawienia z obecnego opowiadającego się za maksymalistycznym indywidualizmem opieki, na postawę statystycznego współczucia.

5. Moralna zgoda na racjonowanie ekonomiczne i reformę systemu opieki zdrowotnej wymaga istotnej zmiany w organizacji medycyny. Na szczeblu instytucjonalnym trzeba ją poddać kontroli „trzeciej strony” – głównie płatnika i społeczeństwa. Natomiast na poziomie lekarz – pacjent działania medyków muszą kontrolować pacjenci, zgodnie z wymogami poszanowania zasady autonomii podopiecznych. W Polsce zmiany te już się częściowo dokonują – jednak przy wyraźnym oporze i niechęci większości środowiska lekarskiego, szczególnie gdy chodzi o kontrolę na szczeblu instytucjonalnym, którą obecnie usiłuje sprawować Narodowy Fundusz Zdrowia.

6. Implementację nierynkowego racjonowania ekonomicznego powinna przygotować szeroka dyskusja społeczna poszukująca częściowego konsensusu w sprawie tego rozdzielnictwa. Będzie to trudny orzech do zgryzienia, gdyż większość społeczeństwa i lekarzy bardzo nieufnie odnosi się do wszelkiego racjonowania świadczeń zdrowotnych, w tym szczególnie racjonowania ekonomicznego.

7. Próby wdrożenia omawianej formy rozdzielnictwa są dobrym dowodem uzasadniającym tezę o bioetyce jako dyskursie społecznym poszukującym częściowego konsensusu¹⁰. Dla polskich bioetyków i filozofów medycyny doskonałą okazją do zainicjowania społecznej debaty nad moralną stroną reformy systemu

¹⁰ Szewczyk [2004] s. 184 i n.

opieki zdrowotnej było opublikowanie raportu Zespołu Włodarczyka. Niestety, zupełnie jej nie wykorzystaliśmy.

Bibliografia

- Bryant [1984] – J. H. Bryant, *Lekarz i teolog o problemach etycznych opieki zdrowotnej*, w: *Sens choroby, sens śmierci, sens życia*, red. H. Bortnowska, Znak, Kraków 1984.
- Delumeau [1994] – J. Delumeau, *Grzech i strach. Poczucie winy w kulturze Zachodu XII-XVII w.*, tłum. A. Szymanowski, PIW, Warszawa 1994.
- Hryniewicz [1990] – W. Hryniewicz, *Nadzieja zbawienia dla wszystkich. Od eschatologii lęku do eschatologii nadziei*, Verbinum, Warszawa 1990.
- Hurley [2001] – J. Hurley, *Ethics, Economics, and Public Financing of Health Care*, „Journal of Medical Ethics” (4) 2001.
- Łuków [2004] – P. Łuków, *Racjonowanie świadczeń a obowiązki troski o dobro pacjenta*, „Prawo i Medycyna”, (2) 2004.
- Ricoeur [1986] – P. Ricoeur, *Symbolika zła*, tłum. S. Cichowicz, M. Ochab, PAX, Warszawa 1986.
- Szewczyk [2004] – K. Szewczyk, *Debatujmy, poszukujmy, uprawiajmy*, „Diametros” (2) 2004. www.diametros.iphils.uj.edu.pl/pdf/diam2for2szewczyk.pdf
- Ten Have [1998] – H. A. M. J. Ten Have, *Consensus Formation and Health Care Policy*, w: *Consensus Formation in Health Care Ethics*, red. H. A. M. J. Ten Have, H.-M. Sass, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht 1998.
- Thomas [1991] – L.-V. Thomas, *Trup. Od biologii do antropologii*, tłum. K. Kocjan, Wydawnictwo Łódzkie, Łódź 1991.
- Ubel [2001] – P.A. Ubel, *Pricing Life. Why It's Time for Health Care Rationing?*, MIT Press, Cambridge 2001.
- Włodarczyk [1998] – C. W. Włodarczyk, *Reforma opieki zdrowotnej w Polsce. Studium polityki zdrowotnej*, Vesalius, Kraków 1998.
- Zespół ds. Rozwiązań Systemowych w Ochronie Zdrowia [2004] – Zespół ds. Rozwiązań Systemowych w Ochronie Zdrowia, *Strategia zmian w systemie opieki zdrowotnej. Szansa przezwyciężenia kryzysu*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2004. http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/szwsoz_220304.pdf