

Etos medyczny a kontrakt handlowy

prof. nadzw. dr hab. Tadeusz Biesaga SDB

Katedra Bioetyki Uniwersytetu Papieskiego Jana Pawła II w Krakowie

Presja wolnego rynku na funkcjonowanie medycyny

„Dla wielu «wolny rynek» oznacza wolność od opresji rządzących oraz pełną realizację ludzkiej różnorodności i wyborów. Dla innych «wolny rynek» to mechanizm dehumanizacji, niesprawiedliwości i eksploatacji ludzi, ukryty pod zwodniczym językiem ludzkiej wolności”.¹

Sukcesy ekonomiczne wolnego rynku w krajach demokratycznych, szybki rozwój biotechnologii, rosnące możliwości i koszty opieki zdrowotnej silnie oddziałują na funkcjonowanie służby zdrowia. Niektóre dziedziny związane z medycyną, takie jak przemysł medyczny, w tym przemysł farmaceutyczny całkowicie zostały wchłonięte przez wolny rynek. Rosnące uzależnienie praktyki lekarskiej od coraz to nowych urządzeń technicznych dowodzi, że przemysł ten wkracza coraz szerzej do instytucji medycznych. Styk instytucji medycznych i lekarzy z przemysłem medycznym, w tym z koncernami farmaceutycznymi, staje się coraz wyraźniejszy i silniejszy. Logika wolnego rynku, logika biznesu używa wszelkich dopuszczalnych metod oddziaływania, by promować i sprzedać swoje produkty. Dopuszczenie reklamy nie tylko urządzeń medycznych, ale w jakimś zakresie i leków, pozwala oddziaływać bezpośrednio na lekarzy, a pośrednio również na pacjentów. Różne formy wciągania lekarzy do współpracy z koncernami farmaceutycznymi sprawiają, że w tym samym lekarzu logika zysku firmy miesza się z logiką etyki lekarskiej.

Szanujący swój etos medyczny lekarze zdają sobie sprawę z odmienności celów i zasad etyki lekar-

skiej i etyki biznesu. Świadczą o tym choćby ogólne kodeksy etyki lekarskiej i kodeksy poszczególnych specjalności medycznych. Niemniej współczesny lekarz jest coraz bardziej osaczany przez struktury wolnego rynku, które chcą tak pokierować jego decyzjami, aby przynosiły korzyści finansowe szpitalowi, jego administracji oraz ubezpieczycielom i różnym firmom zarządzającym opieką zdrowotną.

Różne systemy finansowania służby zdrowia w różny sposób próbują sterować decyzjami lekarza. W bardzo skomercjalizowanej medycynie amerykańskiej dokonuje się to poprzez różne firmy zarządzania opieką zdrowotną (*managed care*), które wraz z firmami ubezpieczeniowymi sterują środkami finansowym i specjalizują się w ich zarządzaniu tak, by osiągnąć jak największe oszczędności i zyski. „Podstawowym założeniem firm zarządzających opieką zdrowotną jest przeświadczenie, że służbę zdrowia należy traktować tak samo jak inne towary, tzn. że jej koszt, dostępność i dystrybucja powinno się zostawić mechanizmom wolnego rynku z jak najmniejszymi regulacjami ze strony rządu. Dzięki mechanizmowi konkurencji ma się osiągnąć w ten sposób wyższą «jakość produktu», gdyż producenci będą współzawodniczyć ze sobą w jakości, cenie, satysfakcji konsumentów i wysokości swoich zysków”.²

Formułowane przez firmy zarządzania opieką zdrowotną zasady obliczania kosztów leczenia i przyjmowania pacjentów mogą się wprawdzie przyczynić do lepszego wydawania pieniędzy, niemniej duży procent funduszy pochłania właśnie obsługa owego zarządzania pieniędzmi, a poszukiwanie zysku dla firm obsługujących skonstru-

¹ D. Callahan: *Medicine and the market: a research agenda*. J. Med. Philos., 1999; 24: 228

² E.D. Pellegrino: *The commodification of medical and health care: the moral consequences of a paradigm shift from a professional to a market ethic*. J. Med. Philos., 1999; 24: 244

owane programy sprawia, że w końcu zyski te są zdobywane kosztem pacjenta, poprzez sterowanie decyzjami szpitala oraz decyzjami lekarzy w kwestii kogo i w jaki sposób oraz w jakim zakresie opłaca się leczyć. Eliminuje to w pierwszym rzędzie pacjentów w ogóle nieubezpieczonych lub niewystarczająco ubezpieczonych. Pacjent traktowany jest jak klient o określonym zasobie środków finansowych. Jeśli posiada odpowiednio wysokie ubezpieczenie, to może być przez szpital przyjęty i może otrzymać pewne przeznaczone dla niego usługi. Jeśli jest słabiej ubezpieczony lub nieubezpieczony, to często nie może być przyjęty i leczony. Szpitale konkurują w ściganiu do siebie bogatych pacjentów i zniechęcaniu do siebie pacjentów ubogich. Wiele milionów obywateli Stanów Zjednoczonych nie ma żadnego ubezpieczenia, inni mają zapewnioną tylko podstawową opiekę, a bogaci mogą mieć opiekę w zależności od zasobów swego portfela. Wolny rynek miał zmniejszyć koszty leczenia. Tymczasem zmniejszył on dostępność pacjentów do opieki zdrowotnej. „Dotychczas nie ma żadnych międzynarodowych dowodów na to, że wolny rynek jest skutecznym środkiem kontroli kosztów leczenia”.³ W Stanach Zjednoczonych wolny rynek nie zatrzymał wzrostu kosztów leczenia, m.in. dlatego że lekarze jako właściciele ośrodków diagnostycznych zbyt często wysyłali pacjentów na zbędne badania, tak aby ich własna aparatura diagnostyczna generowała jak najwięcej zysków. A coraz nowsza aparatura generuje coraz wyższe koszty.

Jeśli się weźmie też pod uwagę wciąganie lekarzy w Stanach Zjednoczonych do udziałów finansowych w firmach zarządzających opieką zdrowotną, w laboratoriach diagnostycznych, w przychodniach i szpitalach, to nie trudno dostrzec, że lekarz taki występuje w dwu funkcjach, w funkcji biznesmena zarządzającego swoją firmą i w funkcji lekarza zajmującego się leczeniem pacjentów. Zgodnie z pierwszeństwem swoich interesów pierwsza funkcja może zdominować tę drugą.

Nie rozstrzygając, jaki system finansowania służby zdrowia jest lepszy – czy amerykański, bez odgórnego obowiązku składek zdrowotnych, w którym zasadniczą rolę odgrywają firmy ubez-

piezeniowe i zarządzające funduszami ubezpieczeniowymi, czy europejski, w którym obowiązuje zasada powszechnego ubezpieczenia, a rząd odpowiada za odpowiednie struktury organizacji finansowania służby zdrowia – można na terenie etyki prześledzić, czy komercjalizacja nie zmienia natury relacji lekarz-pacjent, czy nie narzuca medycynie innych celów w stosunku do jej właściwych, czyli czy nie redukuje etyki lekarskiej do etyki wolnego rynku i biznesu.

Etyka medyczna a etyka wolnego rynku i biznesu

W etyce hipokratejskiej dobro pacjenta, jego zdrowie, leczenie, a w razie niemożności wyleczenia opieka, by mimo dyskomfortu związanego z chorobą mógł żyć i funkcjonować w swej rodzinie czy społeczności, stanowiły zasadniczy cel działań medycznych. Chrześcijaństwo podkreślając godność każdego człowieka, wpisało w etykę lekarską personalistyczne rozumienie relacji lekarz-pacjent. Ta międzyosobowa relacja wyklucza instrumentalne traktowanie osoby ludzkiej, wymaga zaangażowania wolności obu osób – lekarza i pacjenta – w realizacji terapii. Dobro osobowe zostało postawione ponad dobrami utylitarnymi i konsumpcyjnymi. Z tego względu sprzedaż części swego ciała w postaci narządów do transplantacji czy też użycie swego ciała przez matkę zastępczą wynajętą do wyhodowania w sobie i urodzenia dziecka dla kogoś innego – są niemoralne.

W etyce hipokratejskiej takie cele jak zarabianie pieniędzy, realizacja polityki instytucji medycznej czy też polityki danego rządu traktowane były jako cele pozamedyczne, znajdujące się poza etyką lekarską. Lekarz przede wszystkim miał obowiązek leczenia pacjenta, natomiast inne cele miały realizować powołane do tego grupy zawodowe i społeczne.

Z czasem dokonano kilku wyłomów (mutacji) w tak rozumianej etyce hipokratejskiej.⁴ Zaczęto

³ D. Callahan, dz. cyt., 235

⁴ Zob. Sześć mutacji medycyny Hipokratesowej. W: Bp. H. Hoser SAC: *Deus Caritas est, Evangelium vitae i Humanie vitae: przełożone na praktykę medyczną.* Życie Płodność, 2008; 2: 27nn

narzucać medycynie inne cele niż zdrowie pacjenta. Narzucono jej wykonywanie zadań wyznaczonych przez różne grupy społeczne. Również prawodawstwo zaczęło nakazywać medycynie realizację celów pozamedycznych. Mimo że płodność nie jest chorobą, to jednak w przypadku legalizacji aborcji na żądanie zmuszono medycynę do realizacji sterowania płodnością ludzką środkami farmakologiczno-technicznymi. Skierowano medycynę do działań sprzecznych z jej etosem, czyli w miejsce ochrony życia zmuszono ją do jego niszczenia, tylko dlatego że urodzeni są silniejsi od nieurodzonych. Medycyna, wbrew wskazaniom medycznym, w przypadku dobrze rozwijającego się embrionu ludzkiego została zmuszona do zdrady swej misji, czyli do niszczenia życia ludzkiego przez aborcję.

Zrzucano na medycynę różnorodne trudności radzenia sobie ludzi ze swoją seksualnością. Skutki skrajnego permisywizmu seksualnego postanowiono zniwelować środkami technicznymi i medycznymi. Zażądano od medycyny, aby to ona korygowała nieuporządkowane i nieodpowiedzialne działania seksualne człowieka poprzez antykoncepcję, sterylizację, i co najgorsze – aborcję. Niektóre kraje przez legalizację eutanazji narzucają medycynie nowe zadanie – by podjęła się skracania życia ludzi starych i ciężko chorych. Żąda się, aby medycyna zamiast leczyć zadawała śmierć ludziom zbliżającym się do końca swego życia. Nie wiemy, czy w przyszłości nie zalegalizuje się sterowania środkami farmakologicznymi osobowością ludzi uznanych za niebezpiecznych dla społeczności. Nie wiemy bowiem, na jak długo odstrasza nas od tego zbrodnicze przykłady medycyny nazistowskiej i sowieckiej.

Podobnie próbuje się wciągnąć medycynę do selekcji eugenicznej, do uczestnictwa w klonowaniu człowieka, w tworzeniu hybryd zwierzęco-ludzkich, do manipulowania genomem ludzkim, do uczestniczenia w transplantacji narządów pochodzących z handlu, czyli eksploatacji żywych dawców z krajów biednych. Wolny rynek i nieograniczony etycznie pęd krajów do posiadania nowych biotechnologii niszczy etos medyczny.

Komercjalizacja medycyny wprowadza, w miejsce personalistycznej relacji lekarz-pacjent, relację handlową: sprzedawca-konsument-klient. Międzyosobowa relacja i wyznaczone nią cele,

zostaje zastąpiona relacją komercyjną (kontraktem). Medycyna odarta jest w tej perspektywie ze swojej własnej misji i swego etosu, na rzecz supermarketu, w którym oferuje się całe spektrum towarów, a klient, konsument przebiera i wybiera, co kupić.

Zwolennicy całkowitego urynkowania opieki zdrowotnej traktują ją jako taki sam towar jak produkty spożywcze czy techniczne. Nie widzą oni różnicy między sprzedażą pożywienia podtrzymującego nasze życie a sprzedażą usług medycznych też koniecznych dla życia i zdrowia. W myśl skrajnego indywidualizmu oraz społecznego darwinizmu każdy człowiek sam ma się zatroszczyć o siebie. Jeśli nie potrafi zdobyć pożywienia czy opłacić sobie leczenia, to jest sam sobie winien. Jeśli zginie, poza nim nikt nie ponosi za niego odpowiedzialności. Biedni są sami sobie winni, że są biedni, chorzy sami sobie są winni, że nie mają środków na leczenie i umierają. Wolny rynek w tej perspektywie jawi się jako bezosobowa siła, która wymiata i niszczy słabych, dając nieograniczone możliwości silnym, dzięki którym dokonuje się nieustanny postęp ekonomiczny i militarny ludzkości. Niektórzy zauważają, że tego typu ideologia wolnego rynku ubrana w hasła nieograniczonej wolności jednostki jest dość rozpowszechniona w mentalności Amerykanów, którzy każdy pomysł regulujący powszechność ubezpieczeń i solidarność ze słabszymi traktują jako zamach na wolność obu stron. „Dotychczas – pisze Daniel Callahan – nie ma jednak w świecie czegoś takiego jak dobrze funkcjonujący system rynkowy opieki zdrowotnej, w którym występowałaby faktyczna równowaga między międzyludzką równością i efektywnością”.⁵ W związku z tym często idea wolnego rynku przybiera formę utopii albo wprost ideologii.

W Europie w wyniku innych doświadczeń tworzenia narodów i ich dziejów niż w Stanach Zjednoczonych wspólnotowa solidarność ma większe ugruntowanie historyczne i aksjologiczne. Dotychczas medycyna europejska nie zrezygnowała z idei solidarności ze słabszymi, choć przy trudnościach finansowania medycyny wzrastają w niej tendencje do komercjalizacji i zrzucenia tego ciężaru na bezosobowe mechanizmy wolnego rynku.

⁵ D. Callahan, dz. cyt.: 230

Międzyludzka solidarność wynika z naszej przygodnej i kruchej kondycji, jaką otrzymujemy z rąk natury i Boga. Tak jak przyroda jest darem nie tylko dla indywidualnych i silnych jednostek, ale dla ludzkości jako takiej, tak istnienie każdej osoby, jej życie jest darem dla wspólnoty ludzkiej, więc solidarnie powinniśmy ten dar przyjąć i go chronić.

Zdrowie nie jest jedynie wynikiem naszej przedsiębiorczości i troski. Jest darem kruchym i mimo naszej troski możemy je utracić. Teoretycy skrajnego liberalizmu twierdzą, że w losowej i społecznej loterii zawsze są przegrani. Nie możemy się nimi przejmować przy rywalizacji i eliminacji na wolnym rynku.⁶ Skrajni liberałowie nie rozumieją jednak życia jako daru darmo danego nie tylko dla siebie, ale dla drugich. Nie rozumieją wspólnoty ludzkiej, która rozwija w człowieku to, co w nim ludzkie, moralne i duchowe. Nie rozumieją, że kondycji człowieczeństwa nie osiągamy i nie przekazujemy dzięki potędze technicznej silnych, która może być również użyta przeciw ludzkości, lecz dzięki miłości i solidarności wspólnoty ludzkiej. U podstaw skrajnego liberalizmu kryje się dość okrojona, wąska antropologia bliska darwinowskiej teorii walki o byt i przyrodniczej selekcji słabych. Według tego myślenia medycyna nie powinna pomagać słabszym, ale powinna się włączyć w ich selekcje i eliminację. Taka krótkowzroczna antropologia nie odpowiada na podstawowe pytania filozoficzne, skąd przychodzimy, po co żyjemy i dokąd zmierzamy.

Lekarz i pacjent w kontekście mechanizmów wolnego rynku

Zamiana etyki lekarskiej na etykę wolnego rynku i biznesu niszczy personalną relację lekarz-pacjent. Celem biznesu jest maksymalizacja wkładu inwestora.⁷ Instytucje medyczne, lekarze i pacjenci są przyporządkowani temu celowi. Każdy z nich

jest oceniany według kryterium maksymalizacji zysków. W tym ujęciu dobry lekarz to taki, który kalkuluje, jakiego pacjenta opłaca się leczyć, jakie terapie opłaca się stosować, a jakich nie należy podejmować ze względu na ryzyko większych kosztów niż finansowych zysków. To nie zdrowie i życie pacjenta jest celem, lecz wykorzystanie jego sytuacji do rozwoju firmy. Lekarz w kalkulacji korzyści będzie wybierał mniej ryzykowne, ale intratne terapie, i unikał skomplikowanych, które w razie niepowodzenia mogą być powodem roszczeń finansowych z tytułu odszkodowania. Swoim zachowaniem będzie przyciągał pacjentów bogatych i odpychał słabo ubezpieczonych albo w ogóle nieubezpieczonych lub biednych. Lekarz dla pomnożenia zysków będzie odpowiednio reklamował swój towar, wyolbrzymiał chorobę, by pacjent po wyleczeniu był świadomy, jak wielkiego doznał cudu uzdrowienia, by wychwalał potęgę sztuki lekarza i napędzał następnych pacjentów do jego gabinetu.

Lekarz w relacji komercyjnej uprzedmiotawia też samego siebie. Rezygnuje ze swojej profesjonalności i integralności moralnej. Jeśli pacjent życzy sobie pewnych interwencji medycznych, to chociaż byłyby one niezgodne z zasadami wiedzy medycznej i z zasadami etyki lekarskiej, to dla zysku będzie je podejmował. „Klient nasz pan” – ważne, za co chce płacić. W ten sposób lekarz może przepisywać pacjentowi, jeśli on sobie tego życzy i za to płaci, na przykład farmakologiczne preparaty dopingowe dla jego wyczynów sportowych, artystycznych czy towarzyskich. Lekarz jako sprzedawca usług medycznych jest właściwie na usługach kaprysów pacjenta. Swoją integralność osobową, zawodową i moralną położył na szali zysków, które są dla niego ostatecznym kryterium dobra i zła.

Również pacjent, mimo realizacji swoich racjonalnych i nieracjonalnych decyzji, jest uprzedmiotowiony. W razie ciężkiej choroby, której finansowania nie pokryje jego ubezpieczenie czy majątek, jest na straconej pozycji. Również wtedy kiedy ma wystarczające środki finansowe, jest łatwym łupem komercyjnych technik. Lekarz biznesmen ma nad nim przewagę dzięki swojej wiedzy medycznej. Pacjent jest bowiem w sytuacji przymusowej. Musi się leczyć, jest skazany na tego

⁶ R. Nozick: *Anarchy, state, and utopia*. New York, Basic Books, 1974

⁷ M. Friedman: *The social responsibility of business is to increase its profits*. N. Y. Times Mag., September 13, 1970: 33

czy innego lekarza. Jego sytuacja jest egzystencjalnie inna niż klienta supermarketu, który przeбира w produktach luksusowych i może je wybrać, porzucić lub zamieniać jedne na drugie. W terapii to jednak wiedza medyczna dyktuje, jaki wybór jest właściwy, a jaki niewłaściwy. Zdrowie nie jest towarem wymiennym. Nie można życia i zdrowia zamienić na inne dobra luksusowe. Trzeba się leczyć w oparciu o możliwości, jakie daje medycyna i lekarz. Dość cynicznie brzmi pomysł, by ciężko chory i umierający pacjent wybierał w supermarkecie medycznym to, co mu się podoba dla podwyższenia standardu swego życia.

Wśród zasad europejskiej etyki lekarskiej, oprócz autonomii, godności ludzkiej i integralności wymienia się również „podatność pacjenta na zranienie” (*vulnerability*). „Podatni na zranienie – czytamy w Deklaracji Barcelońskiej – są ci, których autonomia lub godność lub integralność może być zagrożona. Wszystkie istoty posiadające godność powinny być, jako takie, zgodnie z tą zasadą, chronione”.⁸ Nie chodzi przy tym tylko o pozostawienie chorego samemu sobie, ale o asystencję, wspólnotę, solidarność, by mógł bez dyskryminacji realizować swoje człowieczeństwo.⁹ Według tej zasady człowiek chory podatny jest na zranienie i trzeba należytą ostrożności, aby go nie skrzywdzić i nie wykorzystać w jego ciężkiej sytuacji. Zasada ta wyklucza użycie bezosobowej gry sił wolnego rynku dla eliminacji chorych. W myśl tej zasady nie wystarczy podać choremu rzetelną informację o chorobie i pozostawić go samemu sobie. Nawet jak otrzyma on taką informację od lekarza, to i tak w ciężkiej czy śmiertelnej chorobie pozostaje bezradny. Medycyna i opieka zdrowotna powstała po to, aby tej bezradności zaradzić. W ściśle skomercjalizowanej medycynie człowiek chory, podatny na zranienie, stałby się łatwym przedmiotem manipulacji, wykorzystania, dyskryminacji czy nawet eliminacji.

⁸ P. Kemp, J. Dahl Rendtorff: The Barcelona declaration towards an integrated approach to basic ethical principles. *Synth. Philos.*, 2008; 46: 239–251

⁹ Tamże.