

## VII Sympozjum „Dylematy etyczne w praktyce lekarskiej: Czy można pogodzić biznes medyczny z etyką lekarską?” (Warszawa, 3 kwietnia 2014 r.)

Dnia 3 kwietnia 2014 r. odbyło się w Warszawie VII sympozjum z cyklu „Dylematy etyczne w praktyce lekarskiej” z tytułowane „Czy można pogodzić biznes medyczny z etyką lekarską?”. Spotkanie było częścią XIII Krajowej Konferencji Szkoleniowej Towarzystwa Internistów Polskich „Postępy w chorobach wewnętrznych” współorganizowanej przez Towarzystwo i miesięcznik „Medycyna Praktyczna”. Do udziału w spotkaniu zaproszono osoby zajmujące się finansami, zarządzających zakładami opieki zdrowotnej o różnym statusie (publiczny, niepubliczny, prywatny), a także urzędników państwowych odpowiedzialnych za organizację służby zdrowia i polityków. Niestety, na zaproszenie nie odpowiedział ani minister zdrowia, ani jeden z senatorów zajmujący się sprawami opieki zdrowotnej. W dyskusji panelowej udział wzięli również filozof i prawnik.

W pierwszym wystąpieniu „Filozofia biznesu – przede wszystkim zysk?” Maciej Radziwiłł (finansista, analityk giełdowy) wskazał na zysk jako istotę prowadzenia działalności gospodarczej. Podkreślił, że zasadniczo wszystkie decyzje zarządzających firmą mają na celu osiągnięcie dochodu – choć czasem w perspektywie długookresowej. Omówił również – w kontekście trwania firmy w konkretnych warunkach środowiska naturalnego i społecznego oraz budowania jej wizerunku – mający coraz większe znaczenie model „odpowiedzialnego społecznie biznesu”. Prelegent wskazał, że etyka wskazuje na inne, wyższe niż zysk wartości, zaś w działalności gospodarczej działania etyczne bywają podejmowane z innych niż moralne powodów: dla zysku. Wystąpienie zakończone zostało pytaniem otwierającym dalsze rozważania: czy medycyna może być tak rozumianym biznesem?

Rozważania finansisty podjął prof. Jan Duława, prorektor Śląskiego Uniwersytetu Medycznego. Rozdzielił najpierw medycynę – poznanie ludzkiego organizmu i leczenie chorób – od biznesu medycznego, którego celem jest osiągnięcie zysku przez pozyskiwanie i utrzymywanie klienta płacącego za towary i usługi. Podkreślił przy tym, że zdrowie jest wartością, której nie można traktować jako towaru do kupienia. Stąd cele medycyny i biznesu – w tym medycznego – nie pokrywają się, są to dziedziny z różnych płaszczyzn ludzkiej działalności. Prelegent postawił nawet tezę, z którą trudno się zgodzić, że działalność gospodarcza jest amoralna, podlegająca ocenie jedynie w porządku naukowo-technicznym i prawnym.

Kolejne cztery wystąpienia prezentowały stanowiska i problemy pojawiające się w praktyce prowadzenia zakładów opieki zdrowotnej o różnym statusie i różnych

związkach z biznesem medycznym. Wypowiadali się lekarze zarządzający szpitalami publicznym i skomercjalizowanym oraz prowadzący prywatną praktykę; głos zabrał także gość z USA, lekarz i współwłaściciel szpitala.

Dr Andrzej Sawoni, dyrektor szpitala w Ostrowi Mazowieckiej podkreślił, że zakład publiczny nie działa dla zysku, nie może sprzedawać swoich usług na wolnym rynku i nie może zbankrutować – nie jest więc jednostką prowadzącą działalność gospodarczą. Stwierdził, że, z jednej strony, pewna niezależność szpitala publicznego od wolnego rynku umożliwia skoncentrowanie się na zaspokojeniu potrzeb pacjentów zgodnym z zasadami etyki lekarskiej. Z drugiej jednak strony niektóre przepisy prawne (np. związane z zamówieniami publicznymi) mogą prowadzić do działań nieetycznych; jako przykład wymienił preferowanie zakupu materiałów tańszych, niezależnie od ich jakości, oraz podleganie limitowaniu wykonywania procedur.

Dr Wojciech Puzyna, dyrektor Szpitala Specjalistycznego św. Zofii w Warszawie i prezes zarządu Centrum Medycznego „Żelazna”, podkreślił, że każdy szpital (także publiczny) jest swoistym przedsiębiorstwem, podlega prawom ekonomii, musi mieć opracowaną strategię działania na rynku usług medycznych, ma też na tym rynku konkurencję. Zasadniczą różnicą między zakładem publicznym a skomercjalizowanym jest możliwość sprzedaży na wolnym rynku usług przekraczających kontrakt z NFZ. Dzięki temu zmniejsza się niebezpieczeństwo wpadnięcia szpitala w długi. Dr Puzyna zaznaczył, że w jednostce skomercjalizowanej zachowania etyczne (szacunek dla pacjenta, nowoczesne metody leczenia, zaangażowanie personelu, ciągle podnoszenie jego kwalifikacji...) przekładają się na zysk materialny: pacjenci często gotowi są zapłacić, aby otrzymać usługę wysokiej jakości i bez oczekiwania na refundację NFZ.

Dr Konstanty Radziwiłł, mówiąc z perspektywy lekarza prowadzącego prywatną praktykę, podjął ostatnią tezę swojego przedmówcy. W prywatnej praktyce lekarskiej (pierwotnej i przez wieki podstawowej formie opieki zdrowotnej) kompetencje medyka i jego wysoki poziom etyczny to warunki owocnego spełniania misji: leczenia pacjenta i zdobywania środków utrzymania. Dobremu lekarzowi niepotrzebne są też zabiegi marketingowe, jak reklama czy programy lojalnościowe.

Uzupełnieniem wypowiedzi reprezentantów polskich zakładów opieki zdrowotnej o różnym statusie było wystąpienie dra Roberta Shepparda, pracującego w USA lekarza i współwłaściciela szpitala. Powołując się na amerykańskie dane statystyczne wskazał najpierw, że wzrost nakładów na ochronę zdrowia (bezwzględny i liczony jako część PKB) nie przekładał się na poprawę opieki zdrowotnej. Przedstawił także proces, jaki dokonał się w USA: w II połowie XX w. zakłady działające w systemie *non-profit* upodobniły się do zakładów komercyjnych i nie wypełniały zadań społecznych; ostatecznie oba typy instytucji opieki zdrowotnej zostały przejęte przez spółki giełdowe. W zarządzaniu szpitalami pojawiła się wówczas tendencja, aby lekarze nie kontrolowali opieki zdrowotnej ze względu na możliwy konflikt interesów. Dr Sheppard skomentował w tym miejscu, że konflikt interesów jest sytuacją częstą i ważne jest właściwe zarządzanie nim, między innymi przez wprowadzanie

transparentności procedur. Wskazał też, że to właśnie lekarze – ze względu na ich doświadczenie terapeutyczne i etykę skoncentrowaną na dobru pacjenta – są tymi, którzy mogą i powinni zajmować się zarządzaniem opieką zdrowotną. Aspekt moralny jest tu kluczowy: biznes bowiem kierując się zyskiem będzie wykorzystywał leczenie jako narzędzie, bez zwracania uwagi na dobro chorego.

Ilustracją wypowiedzi dra Shepparda była prezentacja Pawła Sztwiertni, Dyrektora Generalnego Związku Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA. Przedstawił on *Kodeks przejrzystości* zawierający zasady udostępniania opinii publicznej informacji na temat zakresu i wartości współpracy firm farmaceutycznych z przedstawicielami zawodów medycznych oraz organizacjami ochrony zdrowia. Kodeks ma na celu podniesienie standardów przejrzystej współpracy i zwiększenie zaufania do relacji innowacyjnych firm farmaceutycznych ze środowiskiem medycznym. Dzięki jasnemu opisaniu tej współpracy opinia publiczna będzie w stanie uznać jej rzeczywistą wartość dla systemu ochrony zdrowia. Jak więc wskazywał dr Sheppard, wprowadzenie wysokich standardów etycznych usuwa konflikty interesów i godzi medycynę skoncentrowaną na dobru pacjenta z prowadzeniem działalności gospodarczej w tym obszarze.

Podsumowując tę część sympozjum można powiedzieć, że wypowiedzi oparte na doświadczeniach z Polski były w zasadzie zgodne: etyka lekarska daje się zasadniczo pogodzić z prowadzeniem medycznego przedsiębiorstwa. Medycyna praktykowana z zachowaniem wysokich standardów moralnych może być źródłem zysku, choć nie jest on jej najważniejszym celem. Doświadczenia bardziej liberalnego systemu amerykańskiego każą spojrzeć na zagadnienie z innej strony i wskazują na nieunikniony konflikt interesów między leczeniem a generowaniem dochodu. Konfliktem tym należy dobrze zarządzać, przede wszystkim przez wprowadzanie wysokich standardów etycznych.

W kończącej sympozjum dyskusji panelowej udział wzięli, prócz prelegentów, prof. Jacek Imiela (krajowy konsultant w dziedzinie chorób wewnętrznych), dr Krzysztof Bukiel (przewodniczący Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy), prof. Zbigniew Szawarski (z Instytutu Filozofii Uniwersytetu Warszawskiego) oraz mec. Andrzej Zdebski (przewodniczący Rady Społecznej Szpitala im. Jana Pawła II w Krakowie). Poszczególne wypowiedzi współgrały ze sobą. Prof. Szawarski wskazał, że konflikt interesów między etyczną medycyną a biznesem jest nieunikniony; aby więc uniknąć nadużyć polegających na wykorzystaniu leczenia w celach czysto zarobkowych należy wprowadzać takie regulacje na poziomie etyki i prawa, które uniemożliwią podporządkowanie medycyny celom biznesowym. Prof. Imiela również mówił o zasadach etycznych, których przestrzeganie prowadzi do zgodnego z moralnością prowadzenia działalności gospodarczej, a jednocześnie pozwala na pozyskiwanie środków niezbędnych w leczeniu chorych. Kontynuując tę myśl dr Bukiel przypomniał, że celem działalności gospodarczej jest zaspokajanie rozmaitych potrzeb ludzi, również zdrowotnych (dzięki temu powstaje zysk). Wolny rynek pozwala na sprawne i tanie zaspokajanie potrzeb, stąd biznes winien

więc być narzędziem medycyny (nigdy odwrotnie). W nieco innym kierunku poszła myśl mec. Zdebskiego. Podkreślił on, powtarzając niejednokrotnie wypowiedane w dyskusji twierdzenie, że istotą działalności gospodarczej jest generowanie zysku. Leczenie nie powinno być, ze względów etycznych, związane z osiąganiem zysku, stąd procedury medyczne winny być wycenione w taki sposób, aby działalność medyczna pozostała w sferze *non profit*.

Wystąpienia i dyskusja miały określone ramy czasowe, nie dało się więc porużyć wszystkich aspektów powiązań medycyny i biznesu. Ważne wydaje się jednak uzupełnienie tych rozważań o twierdzenie, które nie zostało wyraźnie sformułowane, choć wypowiedziano jego przesłanki. Kilkakrotnie wspomniano mianowicie, że etyczne zasady medycyny, podobnie jak etyczne zasady biznesu wypływają z ogólnych zasad moralnych. Jeśli więc zbiór tych ogólnych reguł jest niesprzeczny, to i niesprzeczne ze sobą są normy dotyczące medycyny i biznesu (i każdej innej dziedziny życia). Pogodzenie praktyki lekarskiej z działalnością gospodarczą jest więc możliwe – właśnie dzięki spójnemu systemowi moralnemu, w którym wartością naczelną jest osoba ludzka. Właściwa równowaga może być jednak naruszona. Istnieje wspomniane niejednokrotnie w wystąpieniach niebezpieczeństwo wykorzystania działalności medycznej przez biznes – uczynienie z niej wyłącznie środka generowania dochodu, co spowoduje szkody dla pacjenta, zwłaszcza słabego, niewystarczająco ubezpieczonego czy wymagającego drogich i skomplikowanych procedur. Jest także możliwość, że lekarz dla zysku wykonywać będzie na życzenie pacjenta (lub raczej: klienta) procedury niekonieczne, ale przez pacjenta opłacane. Wszelakim nadużyciom zapobiegać powinno przyjęcie i realizowanie wysokich standardów moralnych, a także prawnych (ze względu na sankcje, które za nimi stoją).

Organizatorzy symposium zapowiedzieli publikację na łamach miesięcznika „Medycyna Praktyczna” oraz na stronach internetowych periodyku.

ks. Jacek Meller  
Gdańskie Seminarium Duchowne