

Kazimierz Szewczyk

Zgoda i sprzeciw

Diametros nr 5, 239-248

2005

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Zgoda i sprzeciw

Kazimierz Szewczyk

Polemika prof. Jacka Hołówki z moimi poglądami wyrażonymi w rzeczy wprowadzającej do debaty *Medycyna i finanse* dotyczy dwóch zagadnień:

- a. właściwego zdefiniowania pojęcia racjonowania oraz miejsca i roli tej procedury w dobrze urządzonym systemie opieki zdrowotnej,
- b. wagi zasady solidarności społecznej w budowaniu takiego systemu.

Odpowiedź na polemikę Jacka Hołówki zacznę od ponownego przedstawienia mojego poglądu na temat pierwszego zagadnienia. [...] Po kilkukrotnym przestudiowaniu wypowiedzi Szanownego Polemisty zaczynam bowiem podejrzewać, że w dużej części różnica zdań między nami wynika z tych niejasności.

1. Ustalanie priorytetów jest także racjonowaniem

Uzasadnianie tego poglądu rozpocznę od przedstawienia krótkiego zarysu ewolucji poglądów dotyczących sposobów rozdzielnictwa świadczeń zdrowotnych wychodząc z założenia, że będzie to pomocne w lepszym zrozumieniu mojego stanowiska.

Głównym powodem rozpoczęcia liczącej około 20 lat bioetycznej refleksji nad racjonowaniem usług zdrowotnych było rozpoznanie nieuchronności ustalania limitów na te świadczenia. Jej dotychczasową historię zawrzeć można w trzech etapach: teoretycznym, systemowym i procesualnym. Różnią się one sposobem uzasadniania kryteriów ustalania hierarchii priorytetów w opiece zdrowotnej – w literaturze anglosaskiej proces budowania hierarchii priorytetów określa także jako „priorytyzację” świadczeń na podstawie opracowanych wcześniej jawnych kryteriów¹. Kryteria (reguły) służą do definiowania autentycznych potrzeb zdrowotnych i oddzielania ich od jedynie preferencji oraz do ustalania

¹ Ham, Coulter [2000] s. 2.

ważności potrzeb autentycznych. Pacjenci, których potrzeby w świetle kryteriów uznano za jedynie preferencje nie byliby wpuszczani do systemu. Podobny los mógł spotkać osoby o mniej ważnych potrzebach. Z tego powodu „priorytyzację” potraktowano jako synonim racjonowania lub – jeszcze szerzej – ustalania limitów (*setting limits*).

Etap teoretyczny. Na tym etapie uzasadniania kryteriów budowy priorytetów poszukiwano w teoriach filozoficznych. Do najbardziej znanych koncepcji fazy teoretycznej należy model sprawiedliwej opieki zdrowotnej podany przez Normana Danielsa².

Daniels swoją koncepcję nazywa „rozszerzeniem” na opiekę zdrowotną teorii sprawiedliwości Rawlsa. W szczególności nawiązuje do zasady równości szans, będącej pierwszym warunkiem reguły różnicy. Przypomnę, że warunek ten dopuszcza nierówności społeczne i ekonomiczne, o ile konstytucja zapewnia wszystkim obywatelom autentycznie równe szanse dostępu do stanowisk i urzędów. Z koncepcji Rawlsa Daniels wyprowadza wniosek, że społeczeństwo ma sankcjonowany sprawiedliwością moralny obowiązek zapewnienia swym obywatelom autentycznie równych szans umożliwiających realizację ich planów. Choroba i kalectwo zawężają jednostkom społecznie dostępny zasób szans. Wynika stąd wniosek, że *społeczeństwo* ma polityczny obowiązek zaspokajania potrzeb zdrowotnych obywateli do poziomu normalnego dla tego społeczeństwa zasobu sposobności.

Kryterium normalnego dla danego społeczeństwa zasobu szans pozwala na obiektywne odróżnianie autentycznych potrzeb od preferencji. Natomiast w budowaniu hierarchii priorytetów Daniels posługuje się, najprościej mówiąc, oceną skuteczności instytucji i świadczonych przez nie usług w zapobieganiu odchyleniu do Rawlowskiego ideału równości szans oraz służących korekcie pojawiających się odchyleniu.

Według Danielsa, „przyzwoite minimum” opieki wystarcza do utrzymania funkcjonowania jednostek na poziomie normalnego zasobu szans. Dostęp do

² Daniels [1985].

niego powinny dawać powszechne publiczne ubezpieczenia. Preferując jedno-stopniowy model organizacji, zaznacza jednak, że jego propozycja nie stoi w sprzeczności z wielostopniową organizacją służby zdrowia, dopuszczającą także ubezpieczenia prywatne.

Etap systemowy. Próby nawiązania do filozofii rozczarowały (także Danielsa). Przyniosły diametralnie odmienne modele systemów opieki zdrowotnej. Cechował je również wysoki poziom ogólności mało przydatny dla praktyków. Mimo rozczarowania do teorii drugą fazę refleksji nad racjonowaniem świadczeń cechuje zaskakująco duży optymizm. Planiści opieki zdrowotnej nadal wierzą w opracowanie spójnego systemu racjonalnych zasad ustalania priorytetów³.

Tytułem przykładu wspomnę o dwóch rozwiązaniach tego etapu: *Planie usług zdrowotnych stanu Oregon* i *Wyborach w Opiece Zdrowotnej* – dokumencie opracowanym w Holandii przez Rządowy Komitet do Spraw Wyborów w Opiece Zdrowotnej na początku lat 90. ubiegłego wieku. Nazywa się go potocznie *Raportem Dunninga* (od nazwiska szefa zespołu opracowującego raport – profesora kardiologii A. Dunninga). W przeciwieństwie do *Planu usług zdrowotnych* rozwiązania zawarte w raporcie Dunninga nie zostały zrealizowane. Mimo to więcej napiszę właśnie o nim, gdyż ładnie ilustruje **tożsamość jawnego racjonowania świadczeń z ustanawianiem ich priorytetów**.

W przeciwieństwie do Amerykanów ustalających gotową listę rankingową świadczeń, Holendrzy skupili się na próbie podania systemu ustalania priorytetów. Dzięki tej zmianie autorzy *Raportu* mogli położyć silny nacisk na konieczność dokonywania wyborów w sferze opieki zdrowotnej⁴. W dokonywaniu właściwych wyborów pomagać ma system czterech kryteriów, metaforycznie nazywanych „sitaми”. Ich zadanie polega bowiem na odsiewaniu świadczeń podstawowych refundowanych w ramach powszechnych ubezpieczeń od pozostałych usług zdrowotnych. Sita te są tożsame z jawnymi regułami ustalania priorytetów. Stanowią także jawne zasady racjonowania, służące „rozdzielaniu”

³ Holm [1998].

⁴ Dunning [1992].

świadczeń na gwarantowane – należne w ramach powszechnych ubezpieczeń, i pozostałe – które obywatel może sobie w ten czy inny sposób wykupić.

Pierwsze kryterium nazwać można sitem społecznej perspektywy. Pomaga ono oddzielić rzeczywiste potrzeby zdrowotne od usług służących subiektywnym preferencjom, za które każdy z nas ponosi indywidualną odpowiedzialność. W ocenie autentyczności potrzeby autorzy *Raportu* przyjęli perspektywę społeczną. Zgodnie z nią, opieką podstawową jest usługa dająca „jednostce zdolność dzielenia i utrzymywania oraz – jeśli to możliwe – doskonalenia własnego życia razem z pozostałymi członkami społeczeństwa”. Dobitniej to samo wyrażając: w skład koszyka usług podstawowych (gwarantowanych) powinny wchodzić tylko te świadczenia, „co do których społeczność sądzi, że są niezbędne z punktu widzenia pacjenta”⁵.

Sito społecznej perspektywy stanowi konkretyzację etycznych zasad solidarności i sprawiedliwości w kryterium potrzeb. Po przepuszczeniu przez to sito perspektywy w koszyku pozostaną:

- a. świadczenia korzystne dla wszystkich członków społeczności takie, jak domy opieki pielęgniarstwa, czy opieka nad psychicznie upośledzonymi;
- b. usługi korzystne dla wszystkich, których głównym celem jest utrzymanie lub przywrócenie zdolności do uczestnictwa w życiu społecznym, między innymi, intensywne leczenie medyczne i zakłady leczenia ostrych przypadków psychiatrycznych;
- c. usługi o niezbędności determinowanej ciężkim przebiegiem danej choroby i liczbą chorych.

Generalnie rzecz ujmując, omawiane sito zatrzymuje świadczenia dobroczynne dla pacjentów pokrzywdzonych w naturalnej lub/i społecznej loterii, gdyż osoby te znalazły się w okolicznościach zmniejszających zasób szans i będących poza ich kontrolą. Są też grupą chorych o dużym ryzyku dla ubezpieczyciela.

Drugim sitem jest kryterium skuteczności. Umożliwia ono uszeregowanie usług w skali od potwierdzonej i udokumentowanej efektywności, poprzez

⁵ Have [1998] s. 57.

jedynie domniemaną, aż do potwierdzonej i udokumentowanej nieefektywności. Zgodnie z rekomendacją Komisji, tylko usługi o potwierdzonej i udokumentowanej skuteczności mogą przejść na następny poziom selekcji.

Trzecie sito selekcjonuje usługi na podstawie ich wydajności, używając różnych ekonomicznych narzędzi, w tym analizy efektywności kosztowej. Kryteria skuteczności i wydajności mają ściśle techniczno-instrumentalny charakter. Jednakże decyzja o ich użyciu w racjonowaniu świadczeń ma, w moim głębokim przekonaniu, charakter decyzji moralnej. Członkowie Komisji Dunninga za moralnie słuszne uznali wyłączenie z koszyka usług gwarantowanych procedur mało skutecznych oraz zbyt drogie w stosunku do ich skuteczności.

Czwarte sito – kryterium indywidualnej odpowiedzialności – zatrzymuje usługi, które nie powinny być objęte przymusową solidarnością. Pomaga ono ocenić czy zaspokojenie danej potrzeby jest sprawą społeczną, czy powinno się ją pozostawić w gestii jednostki i wyłączyć z powszechnych przymusowych ubezpieczeń.

Mój tekst inicjujący w istocie swej służył etycznemu uzasadnieniu konieczności wprowadzenia „sita” ekonomicznej wydajności odsiewającego zbyt drogie procedury i w ten sposób będącego jednym z kryteriów ustalania priorytetów. Jednocześnie wyrażałem w nim wątpliwość czy odesłanie wykluczonych ze zbyt drogiej usług do ubezpieczycieli prywatnych jest moralnie słuszne. Kwestionowałem tym samym przekonanie o podniesieniu do rangi kryterium racjonowania indywidualnej odpowiedzialności za stan zdrowia, obecne u członków Zespołu Dunninga. Indywidualna odpowiedzialność jest istotna, lecz nie na tyle by stać się sitem w ustalaniu priorytetów. Jak pokazały doświadczenia samych Holendrów, eliminuje ono przede wszystkim świadczenia medycznie marginalne, natomiast – o czym pouczają polskie dyskusje – z łatwością może być użyte do odsiania świadczeń niewygodnych ideologicznie.

Uzasadniając niezbędność jawnego nierynkowego racjonowania ekonomicznego odwoływałem się, między innymi, do filozoficznej koncepcji Ricoeura tłumaczącej genezę i funkcje „etyczności”. W tym zakresie jestem kontynuatorem etapu filozoficznego dziejów racjonowania. Jako z tempera-

mentu filozof medycyny, po prostu nie mogłem zrezygnować z filozoficznej podbudowy moich wywodów. Pozostałe argumenty, a jest ich większość, mają już zdecydowanie bardziej empiryczny charakter i mogą być przyjęte przez zwolenników różnych opcji filozoficznych i światopoglądowych.

Etap procesualny. W fazie systemowej wierzone w możliwość skonstruowania stosunkowo prostego algorytmu – maszynki pozwalającej na niemal automatycznie „priorytetyzowanie”. Rzeczywistość zburzyła tę wiarę. Dostrzeżono, że reformowanie systemów opieki zdrowotnej wymagające wytyczania limitów, racjonowania i ustalania priorytetów stanowi ciągły proces. Jednym z zasadniczych wymogów jego powodzenia jest uzyskanie społecznej akceptacji dla proponowanych zmian. W bioetycznej literaturze przedmiotu najczęściej przywoływane są proceduralne zasady ustalania priorytetów podane przez Normana Danielsa i Jamesa Sabina jako niezbędne warunki osiągnięcia tej akceptacji. Autorzy nazywają je warunkami społecznej wyjaśnialności rozsądnego charakteru decyzji alokacyjnych podejmowanych przez planistów⁶. Inaczej mówiąc, podane warunki proceduralne mają umożliwić ukazanie społeczeństwu racji stojących za podejmowanymi decyzjami oraz poddanie ich dyskusji i ewentualnej korekcie. W rezultacie tego procesu zaproponowane przez autorów zasady proceduralne powinny ułatwiać „rozsądne” rozdzielnictwo.

Reguła *jawności* nakazuje, aby zasady racjonowania i ich uzasadnienia były publicznie dostępne.

Znaczenie wymaga, aby podawane uzasadnienia podjętego racjonowania wynikały z przesłanek, które muszą być uznane za istotne przez **wszystkie strony** zainteresowane procesem rozdzielnictwa, w tym również przez grupy daną decyzją wykluczone. Pamiętajmy, że racjonowanie opieki wymuszane jest przede wszystkim sytuacją umiarkowanego niedoboru środków, głównie finansowych. Stąd zasada znaczenia nakłada ważne ograniczenie na możliwe uzasadnienia dokonywanego rozdzielnictwa. Jest nim konieczność zaproponowania przez planistę kryterium oceny efektywności kosztowej procedur. Znaczenie nakłada

⁶ Daniels, Sabin [2002].

tym samym obowiązek uwzględniania w budowaniu priorytetów racjonowania ekonomicznego.

Warunek *rewizji* nakłada na planistę obowiązek zbudowania mechanizmu apelacji umożliwiającego zmiany w priorytetach czy też zawartości koszyków świadczeń. Natomiast zasada *realizacji* wymaga włączenia w proces racjonowania sprawnych urządzeń gwarantujących realizację pierwszych trzech warunków. Takim urządzeniem mogą być instytucje powołane do oceny nowych technologii medycznych.

Ze względu na podkreślaną przez Daniela i Sabina wagę aspektu ekonomicznego w ustalaniu priorytetów oraz warunku jawności postanowiłem w tekście wprowadzającym skupić się przede wszystkim na jawnym racjonowaniu ekonomicznym. Dodatkowo na taki właśnie wybór tematu wpłynęła okoliczność, że nakaz uwzględnienia aspektu ekonomicznego decyzji alokacyjnej jest jednym z najtrudniejszych warunków do spełnienia. Społeczeństwo nie dostrzega konieczności ekonomicznego racjonowania opieki. Również lekarze nie są wdrażani do tej formy rozdzielnictwa. Po drugie, mamy bardzo mało danych empirycznych dotyczących klinicznej i ekonomicznej efektywności technologii medycznych. Nie dysponujemy także dostateczną wiedzą na temat wartości, jakie społeczeństwo skłonne jest przypisywać poszczególnym potrzebom zdrowotnym. Nie mamy także dosyć czułych metod obliczania korzyści zdrowotnych uwzględniających wartości społecznie przypisywane potrzebom.

Jawne decyzje, których rozsądny charakter można wyjaśnić wszystkim zainteresowanym stronom podejmowane są na dwu najwyższych poziomach racjonowania:

- poziomie *makro*, obejmującym planowanie systemów opieki zdrowotnej; nazwać go można szczeblem polityczno-parlamentarnym. Na nim odbywa się proces „profilowania oferty”. Dokumentem odnoszącym się to tego poziomu jest raport Zespołu Włodarczyka, którego członkiem był mój Polemista;
- poziomie *mezo*, na którym sytuują się „instytucje pośrednie”, między innymi nasz NFZ i jego oddziały, instytucje przeprowadzające ocenę

technologii medycznych, jak postulowana przez Zespół Włodarczyka Polska Agencja Technologii Medycznych (być może zmaterializuje się w obiecaniej przez ministra Balickiego Agencji Oceny Technologii Medycznych) czy jej angielski odpowiednik o wdzięcznym skrótce *NICE* (*The National Institute for Clinical Excellence*). Do poziomu *mezo* zaliczane są także szpitale prowadzące własną politykę ustalania priorytetów *w ramach* swobody pozostawionej im przez reguły szczebla *makro*.

Nie podejmuje się natomiast takich decyzji na poziomie *mikro* obejmującym relację lekarz – pacjent. Znaczy to, że również omawiane przeze mnie jawne nierynkowe racjonowanie ekonomiczne nie obejmuje tego szczebla i odnosi się jedynie do pozostałych poziomów. Co więcej, jak pisałem w tekście wprowadzającym, ustalenie jawnych reguł tego racjonowania ma uwolnić lekarzy od niewdzięcznej funkcji odźwiernych. Cały mój tekst odnosi się więc do „drugiego rodzaju racjonowania” – do ustalenia „w sposób ogólny i w sytuacji, gdy jakikolwiek rodzaj dóbr jest ograniczony, kto ma je otrzymać i na jakich warunkach, bez dodatkowego zatwierdzania, przyznawania, dopuszczania”, by posłużyć się słowami prof. Hołówki. Tu całkowita zgoda między Polemistą i mną. Mam też pewną nadzieję, że rozważania o „sitach” uczyniły Jacka Hołówkę bardziej skłonny do postawienia znaku równości między racjonowaniem a ustalaniem priorytetów, i to nie tylko na użytek niniejszej polemiki. Ja osobiście wolę używać terminu „racjonowanie”, aby wyraźnie podkreślić, że ustanawianie priorytetów jest także formą rozdzielnictwa wykluczającą pewne grupy ze świadczenia pewnych usług i że również w stosunku do rankingowania świadczeń obowiązują warunki podane przez Daniela i Sabina.

2. Jestem w dalszym ciągu przeciwnikiem łamania solidarności społecznej

Prof. Jacek Hołówka ma o tyle rację, że statystycznie rzecz ujmując, mieszkańcy zachodniej Europy w odniesieniu do opieki zdrowotnej są – z wyjątkiem Polemisty – komunistami; chętnie akceptują zasadę: każdemu wedle potrzeb (zdrowotnych) i od każdego wedle możliwości (płatniczych). Ta „komunistyczna” maksyma dobrze oddaje istotę solidarności społecznej w medycynie. Zgodnie z

nią, uprawnienia do świadczeń nie są związane z wielkością indywidualnego ryzyka zdrowotnego i powinny być definiowane na podstawie kryterium dobroczynności usługi (potrzeby zdrowotnej bądź przewidywanej korzyści). Tym samym zasada solidarności nakłada na nas obowiązek pomagania słabym, cierpiącym i upośledzonym w społecznej lub/i naturalnej loterii.

J. Hołówka twierdzi, że tak pojęta „solidarność społeczna to nienasycona bestia. Jeśli raz zaczniemy oddawać jej ofiary, zniszczy nas bez litości.” Ja natomiast sądzę, że tę bestię wyzwalają w nas wymienione w tekście wprowadzającym czynniki, przede wszystkim zaś cechy strukturalne właściwe medycynie jako działalności etycznej i jako sztuce leczenia i zapobiegania, a także specyficzny charakter potrzeby medycznej oraz czynniki historyczne. Stąd też mam nadzieję, że można w miarę skutecznie kontrolować te czynniki i ujarzmić **bestię nienasyconego popytu** nie niszcząc solidarności społecznej. Podstawowym warunkiem budowania klatki dla bestii jest rozpoznanie i społeczna aprobata dwóch nieprzekraczalnych granic wszelkich interwencji medycznych (a więc i potrzeb zaspokajanych przez te interwencje):

- granicy, jaką jest skończoność ludzkiego życia. Jej akceptacja nakazuje przyjąć postawę pokory terapeutycznej odrzucającej wszelkie formy daremnego (heroicznego, uporczywego) leczenia;
- granicy ekonomicznej stawianej przez zawsze niewystarczające zasoby środków finansowych dostępnych opiece zdrowotnej. Jej uznanie sankcjonuje konieczność ekonomicznego racjonowania świadczeń, któremu to wymogowi poświęcona była obecna debata.

Bibliografia

- Daniels [1985] – N. Daniels, *Just Health Care*, Oxford University Press, New York 1985.
- Daniels, Sabin [2002] – N. Daniels, J. E. Sabin, *Setting Limits Fairly. Can We Learn to Share Medical Resources?*, Oxford University Press, Oxford 2002.
- Dunning [1992] – Government Committee on Choices In Health Care, *Choices in Health Care*, Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs, Rijswijk 1992.
- Ham, Coulter [2000] – Ch. Ham, A. Coulter, *Introduction: International Experience of Rationing (or Priority Setting)*, w: *The Global Challenge of Health Care Rationing*, red. Ch. Ham, A. Coulter, Open University Press, Buckingham 2000.
- Have [1998] – H.A.M.J. ten Have, *Consensus Formation and Health Care Policy*, w: *Consensus Formation in Healthcare Ethics*, red. H.A.M.J. ten Have, H.-M. Sass, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht 1998.
- Holm [1998] – S. Holm, *Goodbye To the Simple Solutions: The Second Phase of Priority Setting in Health Care*, „British Medical Journal” (10) 1998.