

Joanna Katarzyna Kowalska

Wrocław University of Economics

e-mail: jk.kowal@vp.pl

Etyka lekarska w dobie komercjalizacji świadczeń opieki zdrowotnej w Polsce

Medical ethics in the era of the commercialization of healthcare services in Poland

The purpose of this article is to present the problem of the topicality of the Medical Code of Ethics functioning in the economic and legal environment. The subject of information asymmetry, which occurs in the health sector, has been widely commented on. There were objections raised by people who referred to the current standards and attitudes shown by members of the medical community. Attention was paid to factors affecting the functioning of medical entities and the decision-making process connected with patient treatment. The level of medical care was assessed in view of the research conducted in July 2013 in Lower Silesia.

Keywords: health sector, information asymmetry, Medical Code of Ethics, doctor's mistake, medical error, doctor-patient relationship

JEL Classification: I18

1. Wprowadzenie

Działania podmiotów leczniczych¹ funkcjonujących na rynku usług zdrowotnych są nie-
rozerwalnie związane z koniecznością zachowania zasad etyki w postępowaniu. Zdrowie
jako dobro najwyższe wyznacza granice nieprzekraczalne. Bez względu na ekonomiczny
aspekt funkcjonowania placówek leczniczych osoby świadczące usługi medyczne powin-
ny kierować się przede wszystkim dobrem pacjenta. Zdrowie jest dobrem koniecznym,
związanym z zabezpieczeniem stanu fizjologicznego pacjenta i na tym polega szczególnie
charakter usług związanych z jego ochroną.

Komercjalizacja świadczeń zdrowotnych stała się możliwa w następstwie zmian
wprowadzonych w obowiązujących przepisach, dających prawo do udzielania świadczeń
zdrowotnych zarówno publicznym, jak i prywatnym przedsiębiorstwom leczniczym. Dzia-
łalność tych przedsiębiorstw reguluje ustawa z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działa-
lności gospodarczej (Dz.U. 2004, nr 173, poz. 1807). Podmioty lecznicze funkcjonujące
na rynku usług zdrowotnych, tak jak przedsiębiorcy działający w innych sektorach, mu-
szą zwracać uwagę na aspekty finansowe. Połączenie wymiaru etycznego z wymiarem
ekonomicznym świadczenia usług zdrowotnych stanowi duży problem w codziennym
funkcjonowaniu środowiska lekarskiego.

Artykuł ma na celu analizę etycznego wymiaru działania przedstawicieli środowiska
lekarskiego w istniejących warunkach ekonomiczno-prawnych oraz przedstawienie oceny
ich postępowania dokonanej przez środowisko naukowe oraz pacjentów, czyli głównych
odbiorców usług zdrowotnych. Podstawą do dokonania tejże oceny były badania prze-
prowadzone przez autorkę w lipcu 2013 r. na grupie 201 pacjentów korzystających z pla-
cówek zdrowotnych na terenie Dolnego Śląska.

2. Wyznaczniki etycznego postępowania lekarzy w ramach wykonywanej pracy zawodowej

Nowy Słownik Języka Polskiego definiuje etykę, jako „ogół zasad i norm postępowania,
które obowiązują w danej zbiorowości” (2003, s. 191). Ma to odzwierciedlenie w codzien-
nej pracy personelu medycznego, stanowiąc wyznacznik dla norm i zasad występujących
w obszarze ochrony zdrowia. Zasady te kształtowały się od początku istnienia zawodu
lekarza, stanowiąc podstawę kanonu właściwego postępowania środowiska medyczne-
go do dziś.

Określając podmioty lecznicze jako uczestników rynku, należałoby zastanowić się
nad charakterem dobra, na które zgłaszają zapotrzebowanie pacjenci. W przypadku ryn-
ku usług zdrowotnych potrzebę i dobro należy zdefiniować inaczej niż pozostałe dobra
konsumpcyjne. Wynika to zarówno z rodzaju zgłaszanej potrzeby, jak i środków służą-
cych jej zaspokojeniu. Czynnikiem kształtującym usługę zdrowotną jest jej charakter,

¹ Ustawowa definicja podmiotu leczniczego została przedstawiona w części trzeciej (*przyp. red.*)

nierozerwalnie związany z życiem i zdrowiem pacjenta. Z tego też powodu świadczenie usług zdrowotnych wymaga spełnienia wielu wymagań określonych przez ustawodawcę oraz Kodeks Etyki Lekarskiej.

Słowa przysięgi Hipokratesa, jaką składają lekarze, stały się wyznacznikiem dla zasad etyki tego zawodu, należy więc traktować je jako uniwersalną i ponadczasową wskazówkę właściwego postępowania (Lyons & Petrucelli, 1996, s. 214). 20 września 2003 roku VII Nadzwyczajny Krajowy Zjazd Lekarzy w Toruniu przyjął jednolity tekst Kodeksu Etyki Lekarskiej. Obowiązujące przyrzeczenie lekarskie zawiera następujące treści:

Przyjmuję z szacunkiem i wdzięcznością dla moich Mistrzów nadany mi tytuł lekarza i w pełni świadomy związanych z nim obowiązków przyrzekam: obowiązki te sumiennie spełniać; służyć życiu i zdrowiu ludzkiemu; według najlepszej mej wiedzy przeciwdziałać cierpieniu i zapobiegać chorobom, a chorym nieść pomoc bez żadnych różnic, takich jak: rasa, religia, narodowość, poglądy polityczne, stan majątkowy i inne, mając na celu wyłącznie ich dobro i okazując należyne im szacunek; nie nadużywać ich zaufania i dochować tajemnicy lekarskiej nawet po śmierci chorego; strzec godności stanu lekarskiego i niczym jej nie splamić, a do kolegów lekarzy odnosić się z należną im życzliwością, nie podważając zaufania do nich, jednak postępując bezstronnie i mając na względzie dobro chorych; stale poszerzać swą wiedzę lekarską i podawać do wiadomości świata lekarskiego wszystko to, co uda mi się wynaleźć i udoskonalić. Przyrzekam to uroczyście!

Kodeks zawiera regulacje w zakresie etycznego wykonywania zawodu lekarza. W 78 artykułach zawarto szczegółowe treści, jasno określające normy i zasady postępowania między innymi w stosunku do pacjenta, jakości udzielania świadczeń, tajemnicy lekarskiej, badań naukowych czy relacji zachodzących między lekarzami. Kodeks w obecnej formie jest jednak różnie odbierany w środowisku medycznym. Aktualność i zasadność jego zapisów podważana jest w środowisku naukowym i polityczno-prawnym. Profesor Jan Hartman bardzo krytycznie podszedł do Kodeksu Etyki Lekarskiej, stwierdzając, że:

mimo wieloletniej krytyki środowisko lekarskie nie zdobyło się na napisanie od nowa i na poważnie kodeksu etycznego na miarę współczesnych standardów bioetycznych (Gardyniak, s. 2).

Nazywa on formę utworzenia KEL-u, jako: „zredagowaną na kolanie, nieporadnie i chaotycznie, przypominającą protokół z „burzy mózgów” (Gardyniak, 2013, s. 2). Dużo więcej zarzutów wobec środowiska medycznego wskazuje profesor Jan Hartman w swojej książce (Chańska & Hartman, 2009), odwołując się do poszczególnych zapisów Kodeksu Etyki Lekarskiej. W wywiadzie udzielonym „Med Express” mocno skrytykował on przyjęty dokument. Argumentując swoje stanowisko, przytoczył zarzuty wobec kolejnych artykułów kodeksu. Najpoważniejszy z nich dotyczy ograniczenia prawa do krytyki lekarzy, co według autora: „jest dowodem etycznego i mentalnego zacofania znacznej części środowiska” lekarskiego (Gardyniak, 2013). W art. 52 dokumentu wyraźnie wskazano właściwe postępowanie lekarzy w przypadku dostrzeżenia błędów w postępowaniu innych przedstawicieli tego zawodu. W takich sytuacjach zalecane jest ostrożne formułowanie opinii o działaniach lekarza popełniającego błędy oraz przekazanie informacji

na ten temat wyższemu organowi tylko wtedy, gdy interwencja u sprawcy błędu okaże się nieskuteczna. W przypadku pogorszenia się zdrowia pacjenta lekarz powinien podjąć działania odwracające jego skutki. Błąd lekarski należy rozumieć jako: „błędne z medycznego punktu widzenia rozpoznanie lub leczenie w wyniku, bądź braku wiadomości przeciętnie wymaganych od praktykującego lekarza, bądź braku należytej staranności, przy zachowaniu której nie nastąpiłyby skutki ujemne dla zdrowia lub życia pacjenta” (Podciechowski, Królikowska, Hincz & Wilczyński, 2009, s. 288). Tadeusz Brzeziński (2002, za Nawrocka, 2008, s. 69) wskazuje na słowa Hipokratesa:

Sztuka lekarska jest najdostojniejszą ze wszystkich, lecz wskutek nieuctwa uprawiających ją, jak również wskutek powierzchownych zapatrywań ogółu, pozostała w tyle za wszystkimi innymi. Przyczyna tego jej upośledzenia jest, według mego zdania, następująca: nie istnieje w państwach żadna kara za nadużywanie sztuki lekarskiej, prócz niesławy, ta zaś nie rani tych, których dotknie. Podobni są oni bowiem do statystów, występujących w tragediach: jak ci mają postać, szaty i oblicze aktora, lecz nie są aktorami, tak wielu jest lekarzy z imienia, lecz w istocie rzeczy – nader niewielu.

Błędy, jakie mogą wystąpić z powodu braku odpowiednich umiejętności czy niedokładności w czasie wykonywania świadczenia medycznego, są popełniane także obecnie. W przypadku niewielkiego uszczerbku na zdrowiu pacjenta informacje o tym fakcie zanikają w środowisku lekarskim. W art. 21 Kodeksu Etyki Lekarskiej (KEL) widnieje zapis:

w przypadku popełnienia przez lekarza poważnej pomyłki lub wystąpienia nieprzewidzianych powikłań w trakcie leczenia lekarz powinien poinformować o tym chorego oraz podjąć działania dla naprawy ich następstw.

Słowo „powinien” nie stanowi jednak bezwzględneho nakazu poinformowania pacjenta o takim fakcie. Poza tym zgodnie z art. 52 KEL lekarz, który dostrzeże błędy u innych lekarzy, powinien ostrożnie formułować informacje na ten temat. W mediach co jakiś czas pojawiają się informacje o popełnianych przez lekarzy błędach. Odbijają się one szerokim echem w społeczeństwie i zwracają uwagę na ten problem. Agnieszka Liszewska (2009) w swojej definicji błędu lekarskiego stwierdziła, że:

błędem w sztuce lekarskiej nazywamy takie postępowanie lekarza, które narusza wypracowane na gruncie nauki i praktyki medycznej obowiązujące w konkretnym wypadku reguły postępowania zawodowego.

24 maja 2013 r. ówczesny minister zdrowia, Bartosz Arłukowicz, zwrócił się do „przyjaciół lekarzy”, reagując na przypadki śmiertelne spowodowane nieudzieleniem pomocy medycznej potrzebującym. Minister podkreślał, że:

sprawy medycyny to sprawy życia i śmierci. Wykonywanie zawodu lekarza wiąże się z ryzykiem etycznym i prawnym. (...) Społeczne zaufania do lekarzy nie niszczą pojedyncze przypadki tych, którzy popełnili tragiczne w skutkach błędy (...). Niszczy je zмова milczenia, źle pojęta zawodowa solidarność.

Tak zwana zмова milczenia w środowisku lekarskim prowadzi do dezinformacji opinii publicznej o zaistniałych sytuacjach. Dostęp do informacji na temat popełnionego błędu ograniczony jest często do zamkniętego grona lekarzy. Zatem występuje tu asymetria informacji w relacjach lekarz–pacjent. Na jej istnienie jako pierwszy wskazał George A. Akerlof w 1970 roku w eseju *The market for „lemons”: quality uncertainty and the market mechanism* (s. 488–500). W 2001 roku otrzymał on wraz z dwoma innymi badaczami, A. Michaeliem Spence’em oraz Josephem E. Stiglitzem, Nagrodę Nobla za analizę rynków z asymetrią informacji. W przypadku rynku usług zdrowotnych informacja jest bardzo ważnym elementem ich świadczenia. Z punktu widzenia etyki ważne jest moralne postępowanie wobec pacjentów, każde więc odchylenie ograniczające dostęp do istotnej dla chorego wiedzy może podważać wiarygodność wykonawcy usługi, co prowadzi do utraty zaufania pacjentów danej placówki. Usługi zdrowotne są ściśle powiązane z zaufaniem, którego poziom jest zależny od tego, czy postępowanie lekarzy jest zgodne z ogólnie przyjętymi zasadami etyki.

W odpowiedzi na pojawiające się w środowisku zarzuty dotyczące zawartości KEL Naczelna Izba Lekarska przedstawiła swoje stanowisko (2013), stwierdzając, że kodeks ten: „odwołuje się do ogólnych zasad, które przyjmuje cywilizowany świat, stawiając na pierwszym miejscu w aktach legislacyjnych powszechny obowiązek ochrony zdrowia i życia obywatela”. Różne są opinie na temat przyjętego dokumentu, jednak jest on wyznacznikiem zasad, które kształtowały się przez lata, obligując środowisko lekarskie do postępowania „godnego” z punktu widzenia etycznego, jakiego wymaga ten zawód.

W zawód lekarza wpisane jest ogromne ryzyko. Jednakże każdy lekarz, składając przysięgę, zobowiązuje się do przestrzegania ogólnie przyjętych zasad i postępowania w sposób moralny. Pacjent, przychodząc do specjalisty w danej dziedzinie, poddaje się leczeniu, wierząc, że jest ono prowadzone w oparciu o wiedzę i doświadczenie personelu medycznego. Każda pomyłka może stanowić o życiu i śmierci, więc poczucie zaufania do osoby prowadzącej leczenie musi być bardzo duże. Ze względu na różnorodność przypadków chorobowych oraz specyfikę każdego z pacjentów leczenie jest zawsze związane z ponoszeniem ogromnej odpowiedzialności i będącym tego konsekwencją stresem. Jednak prawdopodobieństwo wystąpienia błędu istnieje zawsze i często jest problemem złożonym.

Społeczeństwo, zgłaszając potrzeby zdrowotne, oczekuje ze strony lekarzy wykonywania zawodu zgodnie z przysięgą lekarską bez względu na sytuację, jaka panuje w polskim systemie opieki medycznej. Niemniej jednak ekonomiczny wymiar funkcjonowania podmiotów medycznych stanowi istotny komponent wpływający na działania lekarzy udzielających świadczeń zdrowotnych, a tym samym na leczenie pacjentów. Na znaczenie tego aspektu zwracał uwagę dr Grzegorz Luboński z Centrum Onkologii w Warszawie (*System ochrony zdrowia?*, 2013). Stwierdził on, że los ciężko chorych Polaków zależny jest od systemu opieki zdrowotnej opartego na pieniądzu. Wskazał na konieczność brania przez lekarzy pod uwagę aspektów ekonomicznych w podejściu do pacjenta ze względu na obowiązek formalnego rozliczenia każdej wizyty z Narodowym Funduszem Zdrowia. Stwierdził nawet, że: „(...) jedynym kryterium jest jakość ekonomiczna i likwidacja długu”, a „(...) system jest odhumanizowany” i uniemożliwiający „rzeczywisty kontakt z pacjentem”.

Z kolei Anna Nawrocka w książce *Etos w zawodach medycznych* (2008, s. 69) stwierdza, że:

w tak skomercjalizowanej medycynie relacja lekarz–pacjent staje się relacją handlową, a etyka zostaje zastąpiona przez interes, zysk i prawo. Komerccjalizacja medycyny zubaża więc etos opieki medycznej, podważa rolę i wolność lekarza, podporządkowuje go pozamedycznym celom, przedkłada koszty i zyski nad zdrowie i troskę o pacjenta, czyniąc tego ostatniego bezwolnym środkiem zwiększania zysku.

W latach 90. w 14 ośrodkach naukowych Azji, Europy i Ameryki, a w szczególności w dwóch wiodących ośrodkach bioetycznych – Hastings Center z Nowego Jorku oraz Kennedy Institute of Ethics w Georgetown University w Waszyngtonie – stworzono interdyscyplinarne zespoły naukowców, do których należeli między innymi specjaliści z zakresu: medycyny, biologii, prawa, filozofii, teologii czy polityki zdrowotnej. Ich zadaniem było zbadanie celów medycyny w odniesieniu do problemów występujących we współczesnych warunkach. Efektem ich pracy było opracowanie raportu, zamieszczonego na łamach Hastings Center (1996), w którym ogłosili międzynarodowe stanowisko dotyczące celów medycyny w warunkach komercjalizacji.

Do wskazanych właściwych celów medycyny należą: zapobieganie chorobom i urazom oraz promocja i podtrzymywanie zdrowia; przynoszenie ulgi w bólu i cierpieniu spowodowanym przez choroby; opieka nad chorymi z różnymi dolegliwościami i ich leczenie oraz opieka nad tymi, którzy nie mogą być w ogóle wyleczeni; zapobieganie przedwczesnej śmierci i stworzenie warunków spokojnej śmierci (Biesaga, 2004).

Zdaniem Leona Kassa (1985, za Biesaga, 2004) celem medycyny jest przede wszystkim zdrowie, czyli prawidłowo funkcjonujący organizm człowieka oraz leczenie wykonywane w celu przywrócenie tego stanu. Gdy medycyna realizuje inne, odbiegające od głównego celu zadania, przestaje pełnić przypisywaną jej od początków istnienia rolę. Na bazie takich spostrzeżeń Leon Kass określił niewłaściwe cele medycyny. Należą do nich: realizowanie zadań ekonomicznych, politycznych, społecznych z pominięciem troski o pacjenta; zamienianie natury ludzkiej, np. przy prowadzeniu eksperymentów z inżynierii genetycznej na genomie ludzkim (Nawrocka, 2008, s. 299).

Wszystkie wskazane właściwe cele medycyny stanowią wyznacznik postępowania lekarzy w trakcie wykonywania zawodu. Istnieje jednak także druga strona, niezależna od wykonawców usługi, a jednocześnie ograniczająca możliwości udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z sumieniem i wiedzą osób uprawiających ten zawód. Istotnym czynnikiem wpływającym na możliwości udzielania świadczeń są warunki zawarte w ekonomiczno-prawnych regulacjach systemu opieki zdrowotnej w Polsce.

3. Ekonomiczno-prawne aspekty funkcjonowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą

Na przestrzeni lat ukształtowały się normy prawne, regulujące prawa ludzi i obowiązki państwa ukierunkowane na ochronę zdrowia i zabezpieczenie pomocy każdej osobie. W Polsce podstawowym dokumentem w tym zakresie jest Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, która w rozdziale II art. 68 pkt. 1 i 2 stanowi, że każdy obywatel ma prawo do ochrony zdrowia finansowanej ze środków publicznych, a warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa. Zgodnie z tą regulacją dokumentem określającym dalsze wytyczne jest ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zgodnie z ustawą o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r., art. 4 podmiotami leczniczymi są: przedsiębiorcy, samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, jednostki budżetowe, instytuty badawcze, fundacje i stowarzyszenia, osoby prawne i jednostki organizacyjne działające na podstawie przepisów o stosunku Państwa do Kościoła katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej, o stosunku Państwa do innych kościołów i związków wyznaniowych oraz gwarancjach wolności sumienia i wyznania, w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą. W Polsce funkcjonuje system ubezpieczeń społecznych, w ramach którego instytucjami odpowiadającymi za zarządzanie funduszami pobieranymi z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego są Zakład Ubezpieczeń Społecznych oraz Narodowy Fundusz Zdrowia. Dysponują one funduszami, z których pokrywane są bezpłatnie dla osób ubezpieczonych świadczenia zdrowotne. Placówki opieki zdrowotnej mogą udzielać świadczeń finansowanych ze środków publicznych na podstawie umów podpisanych z NFZ. Podmioty lecznicze spełniające wyznaczone w przepisach prawa wymagania, które w procesie konkursowym zostały wybrane do podpisania umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, mogą udzielać świadczeń zdrowotnych w ramach ubezpieczenia społecznego. Według przeprowadzonych przez autorkę w roku 2013 na terenie Dolnego Śląska badań, z 200 przebadanych podmiotów leczniczych 46% placówek miało podpisane umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia na wszystkie udzielane świadczenia zdrowotne, a 39% na część usług. Podmioty świadczące usługi na zasadach komercyjnych stanowiły 14% badanej grupy (Kowalska, 2013, s. 154). Wynika z tego, że przeszło 85% placówek udziela świadczeń finansowanych z ubezpieczenia społecznego. Należy jednak zwrócić uwagę na istotne ograniczenia wynikające z podpisanych umów na te świadczenia. Limity zawarte w kontraktach nie pozwalają przyjmować pacjentów zgodnie z zapotrzebowaniem płynącym z otoczenia. Lekarze zmuszeni są do ograniczenia leczenia pacjentów w celu dopełnienia zawartej umowy i konieczności pozyskania środków na dalsze funkcjonowanie placówek. Przekroczenie limitów może bowiem przełożyć się na pogorszenie kondycji finansowej podmiotu i w konsekwencji zamknięcie przedsiębiorstwa. W takiej sytuacji pacjenci nie tylko nie otrzymają pomocy w danej placówce, lecz mogą także nie zostać przyjęci w innych ze względu na długi okres oczekiwania na wizytę u lekarza. Każdy pacjent zdany jest więc nie tylko na umiejętności lekarza w zakresie diagnozowania i leczenia, ale również na możliwości ekonomiczne szpitala czy innej placówki, do której się zgłosił. Pytanie o etyczne postępowanie w tym przypadku pozostaje otwarte. Źródłem kontrowersji jest to, że z jednej strony wskazuje się na brak udzielania pomocy medycznej wszystkim zgłaszającym potrzebę jej uzyskania, lecz z drugiej systemowo narzuca się ograniczenia liczby udzielanych świadczeń medycznych.

Regulacją prawną zawodu lekarza jest ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i dentystry, która w art. 4 wskazuje na obowiązek wykonywania zawodu w sposób zgodny z posiadaną aktualną wiedzą medyczną, dostępnymi metodami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością. Jednak czy może on zastosować dostępne metody zapobiegania i leczenia chorób, wiedząc, że pacjent np. nie zostanie w porę przyjęty do szpitala, nie będzie mógł skorzystać z określonych procedur medycznych z powodu długiej kolejki oczekujących, braku do nich dostępu w miejscu zamieszkania czy braku środków na leczenie prywatne?

Najważniejsze jest dobro pacjenta i to ono powinno być wyznacznikiem dla świadczenia wszystkich usług związanych z działalnością medyczną. Wskazane jest więc potraktowanie usług medycznych jako nie tyle sposobów zaspokojenia zapotrzebowania na jakieś dobro, lecz jako sposobów ochrony pewnych wartości, których zachowanie jest dla ludzi konieczne. Na ten fakt zwrócił uwagę laureat Nagrody Nobla w dziedzinie ekonomii, profesor Kenneth Arrow (1963), który stwierdził, że „popyt na usługi nie jest konsekwencją pożądanego zaspokojenia potrzeby, ale koniecznością, której się unika”. Widoczny jest tu rozdźwięk pomiędzy zapotrzebowaniem społeczeństwa na zgłaszane potrzeby zdrowotne a limitowaniem świadczeń zdrowotnych.

4. Kompetencje jako wyznacznik odpowiedzialności w pracy lekarza

Istotne znaczenie w wykonywaniu zawodu lekarza świadczącego usługi zdrowotne mają jego kompetencje. Należy je określić jako: „zakres posiadanej wiedzy, umiejętności lub odpowiedzialności” (*Słownik języka polskiego PWN*, 1994, s. 977). Odpowiedzialność lekarza poszerzona została aktualnie nie tylko o zakres wykonywanych badań, zabiegów czy leczenia. W obecnej sytuacji lekarz powinien dodatkowo potrafić pomóc pacjentowi, wskazując możliwości realizacji zaplanowanych badań. Aspekt związany z limitowaniem przyjęć pacjentów pozostawia dużo do życzenia zarówno z perspektywy chorych, jak i personelu medycznego, gotowego do realizacji potrzebnych i koniecznych świadczeń wynikających z zawodu lekarza i zapotrzebowania na te usługi. Środowisko medyczne protestuje przeciw ograniczoności środków przeznaczanych na leczenie pacjentów, jednak ze względu na możliwości budżetowe postulaty związane z ich podwyższeniem są trudne do zrealizowania. Słowa krytyki nawiązujące do etyki lekarskiej podważają etos tego zawodu pomimo starań, jakie personel medyczny jest zobowiązany podejmować na co dzień.

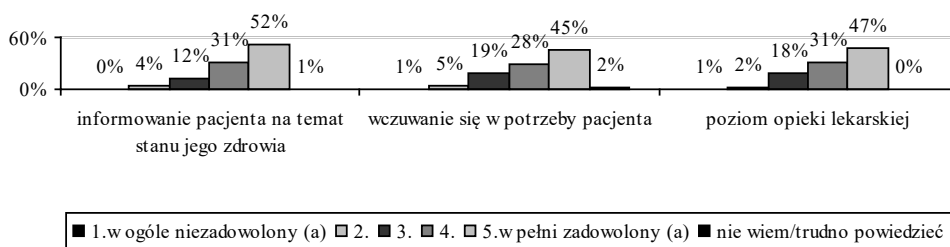
Słusznie zwracana jest natomiast uwaga na rozwiązywanie we własnym gronie problemów związanych z popełnianymi błędami pojawiającymi się w pracy lekarzy. Z informacji Rzecznika Praw Pacjenta w okresie od 1 stycznia 2012 r. do 30 kwietnia 2013 r. wynika, że do wojewódzkich komisji orzekających o zdarzeniach medycznych złożono 880 wniosków, efektem czego zostały wydane 83 orzeczenia o zdarzeniach medycznych, 23 przekazano do ponownego rozpatrzenia, zaś brak zdarzenia medycznego wskazano w 175 orzeczeniach (Sygut, 2013). Należy jednak zwrócić uwagę na to, że kategoria zda-

rzenia medycznego jest szersza od pojęcia błędu lekarskiego. Dotyczy ona nie tylko błędu popełnionego przez lekarza, ale również zawodności sprzętu czy procedur stosowanych przez dany podmiot leczniczy (Korytkowska, 2012, s. 67).

Istotna w codziennej pracy lekarza jest odpowiedzialność w ramach wykonywanych świadczeń zdrowotnych. Dr n. med. mgr prawa Tomasz Jurek (2014) wskazuje na cztery poziomy odpowiedzialności lekarza. Znajdują się wśród nich:

- (1) odpowiedzialność zawodowa, gdy lekarz dopuszcza się naruszenia obowiązków zawodowych (sprzeczność z etyką zawodową),
- (2) odpowiedzialność dyscyplinarna,
- (3) odpowiedzialność cywilna, związana z wyrównaniem uszczerbku na zdrowiu,
- (4) odpowiedzialność karna, wynikająca z art. 160 Kodeksu karnego („Kto naraża człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”).

Kodeks Etyki Lekarskiej nie ustanawia odpowiedniej procedury z tym związanej, jednak przepisy prawa jasno wyznaczają normy i zasady postępowania w takich przypadkach. Przyjęty na posiedzeniu plenarnym Rady Europejskich Lekarzy Dentystów (2009) katalog kompetencji określa między innymi zakres umiejętności zawodowych, jakie musi posiadać lekarz dentysta, udzielając świadczenia w ramach etycznej opieki stomatologicznej. Wymienić tu należy: profesjonalizm, etykę oraz komunikację i umiejętności interpersonalne w kontaktach z pacjentami, ich krewnymi, kolegami, pozostałym personelem medycznym biorącym udział w procesie leczenia pacjenta (2009, s. 3). W przeprowadzonym przez autorkę badaniu marketingowym na próbie 201 osób, w wieku 18 lat i więcej, zamieszkałych na terenie Dolnego Śląska, które korzystały przynajmniej raz w ciągu 12 miesięcy z placówki opieki medycznej, uzyskano opinię pacjentów na temat odczuć związanych z opieką lekarską, w trakcie świadczenia usługi zdrowotnej (Wykres 1). Metodą badawczą były wywiady telefoniczne wspomagane komputerowo – metoda CATI (na temat tej metody, szerzej: Mazurek-Łopacińska, 2005, s. 215).



Wykres 1. Opieka lekarska w ocenie pacjentów placówek ochrony zdrowia

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych autorki².

² Badania własne autorki, przeprowadzone za pośrednictwem IMAS International Sp. z o.o. Instytut Badania Rynku i Opinii Społecznej w okresie 26–31 lipca 2013 r.

Z informacji uzyskanych w badaniu wynika, że 83% respondentów jest zadowolonych z informacji udzielanej przez lekarzy, 73% osób wykazuje zadowolenie z ich empatii, natomiast 78% respondentów oceniło jako zadowalający poziom opieki lekarskiej (wskazania 4 i 5). Uzyskane odpowiedzi pozwalają na sformułowanie wniosku, że kompetencje lekarzy oraz ich praca w procesie świadczenia usługi zdrowotnej są oceniane wysoko. Wskazuje to na pozytywny obraz lekarza pracującego w istniejących warunkach ekonomiczno-prawnych na terenie Dolnego Śląska.

5. Podsumowanie

W dobie prywatyzacji opieki zdrowotnej w Polsce, wynikającej ze zmian zachodzących w otoczeniu ekonomiczno-prawnym, powiązania pomiędzy personelem medycznym a pacjentem uległy zmianie. Ze względu na konieczność rozliczania świadczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia przyjmują one często formę proceduralną, a chory traktowany jest jak jednostka chorobowa, co dalece odbiega od etycznie właściwego postępowania. Narzuca to na usługodawców medycznych konieczność pogodzenia wszystkich czynników powiązanych ze świadczeniem medycznym w zakresie dostosowania się do wymagań (kwalifikacje zawodowe, sprzęt medyczny itp.) i ograniczeń (limitowanie świadczeń, ograniczony dostęp do bezpłatnych badań) NFZ, przy jednoczesnym obowiązku zabezpieczenia potrzeb zgłaszanych przez pacjentów. Podmioty lecznicze funkcjonujące na polskim rynku usług zdrowotnych, pomimo zadań podstawowych, do których zostały utworzone (świadczenie usług zdrowotnych), w celu zapewnienia środków związanych z koniecznością utrzymania personelu i zabezpieczenia warunków do udzielania świadczeń zdrowotnych muszą brać pod uwagę także ekonomiczne aspekty funkcjonowania. Środki finansowe przekazywane na ten cel przez państwo nie do końca zaspokajają materialne potrzeby placówek leczniczych, związane z kosztami ich działania. Podmioty te zderzają się na co dzień z tak zwanym przychodem utraconym, wynikającym z braku możliwości przyjęcia każdego pacjenta zgłaszającego potrzebę zdrowotną (limitowanie świadczeń), pomimo posiadanego potencjału do udzielenia mu pomocy. Można więc stwierdzić, że istniejący system opieki zdrowotnej utrudnia codzienną pracę osób z tej grupy zawodowej.

Niejasności w przyjętych etycznych zasadach postępowania dodatkowo oddziałują na funkcjonowanie lekarzy w miejscu wykonywania zadań zawodowych oraz ocenę ich działań przez otoczenie. Kodeks Etyki Lekarskiej w opiniach specjalistów tej dziedziny wymaga korekt. Uwagi te dotyczą wielu aspektów związanych z wykonywaniem zawodu. Należy jednak stwierdzić, że głównym wyznacznikiem postępowania tej grupy zawodowej jest niesienie pomocy choremu i do tego celu personel ten został przygotowany w trakcie procesu kształcenia. Ciążąca na nim odpowiedzialność wynikająca z udzielania świadczeń medycznych, które zawsze obarczone są możliwością wystąpienia nieprzewidywanych reakcji wynikających z indywidualnych uwarunkowań zdrowotnych pacjenta, narzuca szczególnie podejście z trakcie procesu leczenia. Pomimo wytycznych zawartych w opracowanej wersji KEL, lekarze wykonują swoje zadania w sposób zgodny z własnym sumieniem i posiadaną wiedzą medyczną.

Odwołując się do otrzymanych w badaniu ankietowym pacjentów danych, należy stwierdzić, że pomimo utrudnień wynikających z warunków umów zawartych z NFZ praca lekarzy jest oceniana pozytywnie. Wydaje się, że przysięga Hipokratesa, ze względu na ponadczasowy charakter, nadal kształtuje myślenie i działanie środowiska lekarskiego. Przywoływanie tej zasady ma na celu odpowiednie ukierunkowanie studentów, którzy w przyszłości, wykonując swoją pracę, będą musieli podejmować decyzje zawodowe w różnych warunkach instytucjonalnych, mogących stanowić utrudnienie dla ich zawodowych obowiązków. Wezwanie do postępowania zgodne z zasadami: „*Primum non nocere* – przede wszystkim nie szkodzić”, „*Salus aegroti suprema lex esto* – zdrowie chorego najważniejszym prawem”, tak, aby życie i zdrowie człowieka nadal traktowane było jako najwyższa wartość w codziennej pracy lekarza (cf. Brzeziński, 2011), zachowuje aktualność.

Bibliografia

- Akerlof, G. (1970). The market for „Lemons”: Quality Uncertainty and the Market Mechanism. *Quarterly Journal of Economics*, 84(3), 488–500.
- Arlukowicz, B. (2013). *List Ministra Zdrowia do Przyjaciół Lekarzy*. <http://www2.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=m111111&ms=&ml=pl&mi=&mx=0&mt=&my=26&ma=032000>
- Arrow, K.J. (1963). Uncertainty and the Welfare of Medical Care. *American Economist Review*, 53(5), 941–973.
- Biesaga, T. (2004). Właściwe i niewłaściwe cele medycyny. *Medycyna Praktyczna*, 159(5), 20–25.
- Brzeziński, T. (2011). *Etyka lekarska*. Warszawa: PZWL.
- Chańska, W., & Hartman, J. (red.). (2009). *Bioetyka w zawodzie lekarza*. Warszawa: Wolters Kluwer.
- Gardyniak, A. (2013). *Wywiad z prof. Janem Hartmanem, który oburzył środowisko lekarskie: Kodeks Etyki Lekarskiej to mieszanina frazesów*. <http://paluchja-zajecia.home.amu.edu.pl/etyka/hartman.pdf>
- Hastings Center. (1996). *The Goals of Medicine: Setting New Priorities*. Hastings Center Report, 26(6, Suppl.), 1–27. <http://hdl.handle.net/10822/750279>
- Jurek, T. (2014). *Odpowiedzialność karna, cywilna i zawodowa lekarza*, Katedra Medycyny Sądowej AM we Wrocławiu. <http://www.prawoamedycyna.interpolska.pl/assets/Uploads/Prezentacje/Odpowiedzialno-karna-cywilna-i-zawodowa-lekarza.pdf>
- Kass, L.R. (1985). *The End of Medicine and the Pursuit of Health*. W: L.R. Kass, *Toward a More Natural Science*. Nowy Jork: Free Press.
- Kodeks Etyki Lekarskiej*, http://www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0003/4764/Kodeks-Etyki-Lekarskiej.pdf
- Kodeks karny*, Dz.U. 1997, nr 88, poz. 553.
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej*. Dz.U. nr 78, poz. 483 z 1997 r. z późn. zm.
- Korytkowska, D. (2012). Pojęcie błędu medycznego i zdarzenia medycznego. *Acta Universitatis Lodzianis. Folia Oeconomica*, 274, 61–71.
- Kowalska, J. (2013). Marketing relacji na rynku usług zdrowotnych w świetle badań przeprowadzonych w 2013 r. na terenie Dolnego Śląska. *Wrocławskie Studia Politolologiczne*, 15, 145–159.

- Liszewska, A. (2009). Odpowiedzialność karna lekarza za błąd w sztuce medycznej. *Edukacja Prawnicza*, 5, 3–9.
- Lyons, A. S., & Petrucelli, R. J. (1996). *Ilustrowana Historia Medycyny* (M. Stopa, tłum.). Warszawa: Wydawnictwo Penta.
- Mazurek-Lopacińska, K. (2005). *Badania marketingowe. Teoria i praktyka*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Nawrocka, A. (2008). *Etos w zawodach medycznych*. Kraków: WAM.
- Podciechowski, L., Królikowska, A., Hincz, P., & Wilczyński J. (2009). Organizacyjny błąd medyczny. *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia*, 2(4), 288–292.
- Rezolucja Rady Europejskiej Lekarzy Dentystów. (2009). https://www.nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0009/98136/Rezolucja-CED-w-sprawie-kompetencji-do-wykonywania-zawodu-lekarza-dentysty-w-UE.pdf
- Słownik języka polskiego* (1994). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Sobol, E. (red.) (2003). *Nowy Słownik Języka Polskiego*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Stanowisko zespołu redakcyjnego Kodeksu Etyki Lekarskiej NIL. (2013). http://www.nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0009/89829/Stanowisko-zespołu-redakcyjnego-KEL-19.06.13.pdf
- Sygut, M. (2013, 16 lipca). *Komisje orzekają o zdarzeniach medycznych – pacjenci nie przyjmują odszkodowań*. RynekZdrowia.pl. <http://www.rynekzdrowia.pl/Prawo/Komisje-orzekaja-o-zdarzeniach-medycznych-pacjenci-nie-przyjmują-odszkodowań,132306,2.html>
- System ochrony zdrowia? „Lekarze ratują budżet, nie życie pacjentów”. (2013, 11 czerwca) *Gazeta.pl*. http://wiadomosci.gazeta.pl/wiadomosci/1,114871,14080732,System_ochrony_zdrowia__Lekarze_ratują_budżet__nie.html?utm_source=RSS&utm_medium=RSS&utm_campaign=10199882.
- Ustawa o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r.*, Dz.U. z 2015, poz. 618, <http://isap.sejm.gov.pl/Download?id=WDU20150000618&type=2>
- Ustawa o swobodzie działalności gospodarczej z dnia 2 lipca 2004 r.*, Dz.U. 2004, nr 173, poz. 1807, <http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20041731807>
- Ustawa o systemie ubezpieczeń społecznych z dnia 13 października 1998 r.*, Dz.U. 2015, poz. 121 tekst jedn., <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20150000121>
- Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r.*, Dz.U. 2004, nr 210, poz. 2135.
- Ustawa o zawodach lekarza i dentysty z dnia 5 grudnia 1996 r.*, Dz.U. z 2015, poz. 464, <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20150000464>
- http://nobelprize.org/nobel_prizes/economics/laureates/2001