ACTA UNIVERSITATIS LODZIENSIS
FOLIA SOCIOLOGICA 30, 2003

Marek Bryla, Włodzimierz Stelmach
Łódzki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

ASPEKTY ETYCZNE DZIAŁALNOŚCI PROFILAKTYCZNEJ INSTYTUCJI UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

L'éthique médicale ne se laisse jamais emprisonner
dans des formules simplistes ou dans des réponses stéréotypées.
Elle exige le jugement nuancé, le choix critique bien pesé,
de celui qui assure la responsabilité des soins* .

1. TEORETYCZNE RAMY OPRACOWANIA

Tytuł opracowania zawiera trzy człony: „aspekty etyczne", „działalność profilaktyczna" i „instytucje ubezpieczenia zdrowotnego". Z wymienionych trzech członów tylko ostatni nie powinien budzić wątpliwości. Pod pojęciem instytucji ubezpieczenia zdrowotnego rozumiemy kasy chorych, przekształcone na mocy ustawy o ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia w oddziały wojewódzkie Funduszu (*Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu...*, 2003).

Sformułowanie „aspekty etyczne" wymaga przynajmniej krótkiego komentarza, bez wdawania się w szczegółowe rozważania. Na potrzeby opracowania przyjmujemy, że etyka zajmuje się badaniem moralności, innymi słowy ustalaniem tego, co jest dobre i co jest złe (Kulmatycki 2000: 3–9). Jest to dział filozofii podejmujący zagadnienia postępowania ludzkiego z punktu widzenia dobra i zła, sposobu zachowania się, ocen, norm, wartości,

* „Etyka medyczna nigdy nie pozwala się zamknąć w prostych formułach lub w stereotypowych odpowiedziach. Wymaga rozważnego sądu, dobrze wyważonego krytycznego wyboru, takiego, który bierze na siebie odpowiedzialność za świadczenia" (*Décret n° 95...*). Jest to fragment komentarza do art. 2 francuskiego kodeksu deontologii lekarskiej. Charakterystyczne jest, że o ile artykuł ten składa się z dwu zdań, to komentarz do nich zajmuje kilka stron tekstu.

którymi powinien kierować się człowiek. Zdaniem E. Mielczarek-Pankiewicz, zasadnicza różnica pomiędzy etyką a często utożsamianą z nią moralnością polega na tym, że etyka jest teorią, moralność zaś dotyczy praktycznego postępowania (Mielczarek-Pankiewicz 1992: 369–409). Etyka normatywna, jako nauka o moralności, określa praktyczne reguły postępowania, ocenia i stara się podać optymalny w danych warunkach system norm. Próbuje odpowiedzieć na pytanie, jak postępować, co jest dobrem, a co złe moralnie i co powinno być celem ludzkich dążeń; formułując przy tym i uzasadniając reguły moralnego postępowania. W skład dociekań etyki normatywnej wchodzi deontologia – nauka o powinnościach, teoria powinności, utożsamiana najczęściej z etyką zawodową lekarzy. Deontologia ocenia i wskazuje drogę właściwego, zgodnego z aktualnymi ideałami moralnymi, postępowania. Etyka zawodowa przybiera często formę kodeksu etycznego danego zawodu, opisującego akceptowany społecznie ideał. Medycyna, jako pierwsza wśród zawodów, dorobiła się wielu zbiorów wskazań normatywnych. Zachowały się one w postaci przysiąg składanych przez nowo promowanych lekarzy, od przysięgi Hipokratesa poczynając, do współczesnych kodeksów deontologii lekarskiej (Lukas, Borek 2003: 121–123; Więckowska 2003: 89–95). Kodeks etyki obejmuje całokształt obowiązków moralnych lekarzy, stawiając przed nimi duży zespół, niejednokrotnie wysokich, wymagań moralnych (*Kodeks etyki lekarskiej...*, 2003: 1–4). Według K. Szewczyka moralność jest obszarem przekonań, postaw i działań ludzi motywowanych wartościami moralnymi i nastawionych na realizację tych wartości. Moralność jest więc organicznie związana z ocenianiem ludzkich postaw, przekonań i działań, a także intencji skłaniających ludzi do przyjęcia takich właśnie postaw, przekonań i działań, przez porównanie ich z pewnymi wartościami uznawanymi za godne realizacji (za moralnie pożądane). Mieści się ona w pojęciu etyki, czyli zalecanego i przyjętego sposobu postępowania (Szewczyk 1994).

Współcześnie wiele uwagi problemom etycznym w medycynie poświęca J. Kurkowski. W jednym z opracowań pisze:

> Lekarzom, zmuszonym do opanowania rozległej wiedzy, narzuca to dodatkowo konieczność rozstrzygania dylematów etycznych oraz przestrzegania stanowionych praw, regulujących – nie zawsze jednoznacznie – tę zawiłą i skomplikowaną materię związaną z ludzkim życiem, chorobą i śmiercią. [...] Uwzględniając istniejący konflikt wartości [etyka kliniczna – dop. autorów], dostarcza też wskazówek, jak rozwiązywać trudne problemy kliniczne i rozstrzygać moralne dylematy (Kurkowski 1998c).

W innym dodaje:

> zdrowie ma nie tylko aspekt społeczny, lecz poprzez swoje związki z gospodarką i konieczność ustalania priorytetów – także polityczny. Polityczny – ponieważ zdrowie to jakość naszego życia – życia rodziny, miasta, narodu, wspólnoty międzynarodowej. Dążąc do zdrowia trzeba wybierać, ponieważ zasoby są ograniczone. Skoro więc zdrowie jest pochodną dokonanych wyborów, wymaga ono wrażliwości etycznej... (Kurkowski 1998b: 17).

Kurkowski pisze, że jedną z barier tego, że mimo ogromnych nakładów i wielkiego wysiłku intelektualnego oraz finansowego nie potrafimy rozwiązać najważniejszych problemów zdrowotnych i medycznych, są nieprzystające do obecnych problemów paradygmaty medycyny, zdrowia, choroby i leczenia, a także oparta na nich przestarzała doktryna ochrony zdrowia. Zwraca uwagę m. in. na to, że dopiero niedawno ze służby zdrowia zostało zdjęte odium omnipotencji, całkowitej odpowiedzialności za niezliczone problemy zdrowotne obywateli i społeczeństw (Kurkowski 1999).

Między etyką i medycyną istnieje szereg podobieństw, które – jak uważa M. Miśkiewicz – związane są z tym, że lekarz ma doskonałą wiedzę i talent dostosowany do wymagań indywidualnej opieki nad chorym. Leczenie staje się wówczas sztuką, sztuką uzdrawiania. Podobnie etyka medyczna operuje dokładnymi danymi i wiedzą naukową, jednak nie ogranicza się do nich. Dobry lekarz kieruje się instynktem i doświadczeniem, dobry etyk stosuje zaś swoje kryteria i zasady w konkretnych warunkach w zastanych sytuacjach. Bez tego etyka pozostawałaby, podobnie jak medycyna, ograniczona do zwykłej techniki (Miśkiewicz 1997: 1 i 10). Zatem wspólnym celem obu dyscyplin jest ochrona człowieka przed cierpieniem. Inną cechą łączącą etykę z medycyną jest roztropność i rozwaga w wygłaszanych sądach i w postępowaniu. Alternatywy w postępowaniu medycznym czy w wyborze etycznym powinny być przedstawiane pacjentowi przez jego lekarza lub etyka. Również pacjent, jako równorzędny partner tego dialogu, jest upoważniony do własnego wyboru etycznego.

Kolejny człon zawarty w tytule opracowania, to „działalność profilaktyczna". W potocznym rozumieniu profilaktyka kojarzy się z zapobieganiem chorobie, a więc z zachowaniem zdrowia. Na potrzeby niniejszej pracy przyjmujemy definicję E. Rużyłło:

> W ostatnich dziesiątkach lat rozwija się nowy ważny dział medycyny, a mianowicie profilaktyka. Jest to określenie pochodzenia greckiego i oznacza zespół środków zapobiegawczych, eliminujących lub zmniejszających możliwość zachorowania. Cele profilaktyki w medycynie osiąga się również za pomocą szczepień ochronnych i masowych badań ludności dla wykrycia nie ujawnionych zmian chorobowych u poszczególnych osób. Profilaktyka oznacza więc postępowanie, które ma na celu nie dopuszczenie do choroby lub [...] jej wczesne wykrycie i przez to wpłynięcie korzystnie na jej przebieg (Rużyłło 1999: 18).

Z punktu widzenia zadań instytucji ubezpieczenia zdrowotnego na szczególną uwagę zasługuje właśnie profilaktyczne ukierunkowanie działalności współczesnej ochrony zdrowia. W procesie kontraktowania świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych, obok świadczeń zdrowotnych związanych z leczeniem czy rehabilitacją, jednym z elementów działalności instytucji ubezpieczenia zdrowotnego jest finansowanie programów profilaktycznych. We wskazanym ujęciu profilaktyka jest zatem elementem promocji zdrowia. Obrazuje to definicja J. B. Karskiego:

promocję zdrowia określa się dzisiaj jako jednolity proces działań zmierzających do poprawy i utrzymania ludzkiego zdrowia, składający się z trzech ściśle związanych ze sobą elementów, tj. edukacji zdrowotnej, zapobiegania chorobom i ochrony zdrowia (polityki zdrowotnej) (Karski 2001a).

W piśmiennictwie tematu zakłada się, że promocja zdrowia jest procesem mającym umożliwić kształtowanie właściwej polityki społecznej, w tym także i zdrowotnej, ułatwiającej wybór właściwego stylu życia, zwalczanie czynników utrudniających dokonanie takiego wyboru, ma uczynić wybór zdrowia – wyborem łatwym (Karski 2001b: 29–36). Promocja zdrowia ma się zaczynać i kończyć na poziomie lokalnym, ma integrować na tym poziomie działania, które wpływają na relacje pomiędzy zdrowiem a środowiskiem, zdrowiem a społeczeństwem, zdrowiem a jednostką, zdrowiem a ekonomią (Karski 2000: 315–321). Promocja zdrowia musi opierać się na konsekwentnych i perspektywicznych planach, a nie epizodycznych akcjach. Niezbędne jest zatem prowadzenie długofalowych działań na rzecz interdyscyplinarnie rozumianej promocji zdrowia oraz strategicznego planu działania. Nie ulega wątpliwości, że nie istnieje nowoczesna ochrona zdrowia bez długofalowej polityki zdrowotnej państwa (jednym z najważniejszych jej narzędzi powinna być promocja zdrowia), bez szerokiego programu oddziaływań profilaktycznych oraz bez wzmacniania prozdrowotnych zachowań obywateli. Wciąż jednak brak jest spójnej polityki zdrowotnej państwa w odniesieniu do promocji zdrowia, a w niektórych kasach chorych promocja zdrowia jest nie tylko niedoinwestowana, ale także zaniedbana pod względem merytoryczno-organizacyjnym (Kulmatycki 2002: 38–46).

2. DZIAŁALNOŚĆ PROFILAKTYCZNA INSTYTUCJI UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO – ASPEKTY ETYCZNE

Wśród różnych przedsięwzięć ukierunkowanych na poprawę stanu zdrowia ludności, podejmowanych przez instytucje ubezpieczenia zdrowotnego, nie może zabraknąć prowadzenia przez kasy chorych różnorodnych działań w odniesieniu do zapobiegania chorobom, a więc podejmowania interwencji jeszcze w „sferze zdrowia" i tym samym wyprzedzanie stanów chorobowych.

Prowadzenie działalności profilaktycznej i promocji zdrowia w instytucjach ubezpieczenia zdrowotnego regulowane jest ustawowo. Na szczególne podkreślenie zasługuje fakt, że działalność instytucji ubezpieczenia zdrowotnego w zakresie profilaktyki chorób i promocji zdrowia znajduje należne jej miejsce w ustawie o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia.

Zasadniczym przesłaniem wzmocnienia rangi promocji zdrowia w reformującej się służbie zdrowia jest skierowanie uwagi na odpowiedzialność za

swoje zdrowie, jakie spoczywa na każdym z ubezpieczonych, oraz w konsekwencji na aspekt ekonomiczny. Z doświadczenia wiadomo, że promocja zdrowia, mająca znaczący wpływ na zdrowie społeczeństwa, jest najtańsza i najłatwiej ją zastosować. Według Karskiego, jedną z najistotniejszych dróg prowadzących do zmniejszenia kosztów kasy chorych jest obniżenie zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne, co można uzyskać przede wszystkim poprzez poprawę stanu zdrowia ubezpieczonych. Ten cel można osiągnąć m. in. poprzez leczenie, a więc jeden z droższych sposobów przywracania zdrowia, przy czym wiadomo, że uzyskanie pełnego czy nawet częściowego efektu zdrowotnego nie zawsze jest pewne lub możliwe. Musimy poszukiwać innych, tańszych sposobów przywracania, a przede wszystkim utrzymywania zdrowia, choćby były to metody nie przynoszące natychmiastowych efektów.

W związku z tym Fundusz będzie określać plany kontraktowania świadczeń zdrowotnych według ujednoliconych warunków i cen, określające liczbę oraz zakresy świadczeń zdrowotnych zaspokajających potrzeby danej populacji, wynikające z kolei z planów zdrowotnych przygotowywanych przez samorządy województw (*Narodowa Ochrona Zdrowia...*, 2002). Wątpliwości budzi postulat dotyczący „opracowania i wdrożenia jednakowych na terenie całego kraju zasad kontraktowania świadczeń zdrowotnych na rok 2003". Wprowadzenie zasad kontraktowania powinno być bowiem połączone z wymogiem przedstawienia przez oferenta kalkulacji kosztów. Każde inne rozwiązanie utrzyma faktyczną uznaniowość kontraktów, co – pomijając już kwestie etyczne (rzeczywista równość szans poszczególnych podmiotów) – wywołuje fatalne skutki ekonomiczne.

Zakłada się, że powołanie Narodowego Funduszu Zdrowia jako podmiotu posiadającego osobowość prawną spowoduje, że minister zdrowia zostanie wyposażony w kompetencje do podejmowania strategicznych decyzji o alokacji środków finansowych (poprzez zatwierdzanie planów zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych i planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia). Zgodnie z art. 112.1. *Ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia*, minister właściwy do spraw zdrowia przygotuje wieloletni Narodowy Plan Zdrowotny, w którym określi priorytetowe cele polityki zdrowotnej oraz wytyczne do ich osiągnięcia. Nasuwa się pewna refleksja: dobrze by było, aby – tak jak to zakłada się w podobnych planach, np. w USA – etycznymi celami takiego planu była poprawa stanu zdrowia ludności i osiągnięcie równości w stanie zdrowia (*Ethical Essentials of a National Health Program*, 1990). Nowe rozwiązania przewidują wprowadzenie jednakowych programów zdrowotnych we wszystkich województwach, w tym m. in. programy profilaktyczne ze szczególnym uwzględnieniem chorób nowotworowych i układu krążenia. Problem wprowadzenia jednakowych programów zdrowotnych we wszystkich województwach budzi

poważne wątpliwości. W literaturze tematu spotyka się opinie, że można jednakowo planować akcje szczepień, ale już w doborze programów związanych z chorobami cywilizacyjnymi zasada rozpoznania docelowej populacji i różnych jej uwarunkowań sprawia, że skuteczne działania powinny być oparte na lokalnych uwarunkowaniach (Sidorowicz 2002: 55–62).

W tym miejscu nieodzowne jest nawiązanie do sprawy ograniczoności zasobów. Wydaje się, że zasadne jest odwołanie się do Gail Wilensky, wykładowcy na kursie z ekonomiki zdrowia, zorganizowanym przez amerykańską fundację Project Hope w Krakowie, która jako ideę przewodnią rozważań przyjęła hasło: „There is no free lunch" („Nie ma nic za darmo"). Co więcej, powszechnie artykułowane w ekonomice zdrowia pojęcie, znane pod angielską nazwą *opportunity cost*, to nic innego jak koszt utraconych korzyści (Stelmach, Bryła, Maniecka-Bryła 2001: 12–14). Tak jest w istocie, podjęcie bowiem jakiegokolwiek działania, zwłaszcza w zakresie finansowania, wiąże się albo z zaniechaniem jakiegoś innego działania, albo z przeformułowaniem innego działania, a wraz z tym i zmianą skutków, jakie może ono generować. Nie trzeba uzasadniać, jak ważne są takie decyzje, zwłaszcza wtedy, gdy wiążą się z wpływem na stan zdrowia populacji (Rudawska 2002: 43–48; Singer 1999: 282; *Skończył się czas...* cz. 1: 6–11). Ekonomia to nauka o tym, jak w sposób najbardziej sprawiedliwy przydzielić zawsze niewystarczające środki na konkurujące ze sobą potrzeby i alternatywne użycia. Tam, gdzie nie ma wyboru, nie ma problemu ekonomicznego (Rydlewska-Liszkowska, Jugo, Melaniuk 1996: 77–85; Smoleń, Rydlewska-Liszkowska 1992: 541–572; Stelmach, Bryła, Stelmach, Denys 2002: 453–457). Zasady ekonomiczne, wypracowane w trakcie badań nad rynkiem, gdzie bezustannie dokonuje się wyborów, okazały się przydatne w rozwiązywaniu wielu problemów związanych z procesami decyzyjnymi w różnych dziedzinach życia, w tym i w ochronie zdrowia (Kurkowski 1997: 41–43). Słusznie zatem Kurkowski stawia pytanie: „Czy jest więc moralnie dopuszczalne unikanie wiedzy o rynku i ekonomice w ochronie zdrowia?" (Kurkowski 1998a:). Problemy moralne związane w szczególności z analizami ewaluacyjnymi, są dostrzegane od początku rozwoju ekonomiki zdrowia jako nauki. G. H. Mooney, jeden z prekursorów ekonomiki zdrowia na kontynencie europejskim, opublikował m. in. interesującą pracę poświęconą konfliktom, jakie mogą zaistnieć między analizą typu koszty-korzyści a etyką medyczną.

Ekonomiści roszczą sobie prawo do tego, by ich nauka, a może raczej – sztuka, mogła służyć nie tylko określaniu jak w najlepszy sposób osiągnąć różne cele, ale także czy i do jakiego stopnia konkurujące ze sobą cele powinny być realizowane. Takie wybory nie mogą być podejmowane przy braku pewnych rozważań etycznych i jest ważne, aby decydenci ochrony

zdrowia byli świadomi związków pomiędzy ekonomiką (zwłaszcza dzięki stosowaniu analizy koszty-korzyści) i etyką medyczną (Mooney 1980: 179).

Zagadnienia te znajdują odzwierciedlenie także w warunkach poddawanego reformie systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Zdaniem etyka, Z. Szawarskiego, system ubezpieczeń dostępny jest jedynie dla tych, którzy mogą sobie na niego pozwolić. Wśród rozlicznych pytań, pojawia się także następujące: „Ile powinniśmy wydać na leczenie, a ile na promocję zdrowia?" (Szawarski 2002). Pewnego typu panaceum na mankamenty systemu powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych może stać się instytucja prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych (Szawarski 2001a). Rozważając w niezwykle interesującym szkicu, wartości i cele ochrony zdrowia, Szawarski zwraca uwagę na to, że im sprawniejszy jest system zdrowia publicznego, im lepiej zorganizowany system profilaktyki i promocji zdrowia, tym mniejsze problemy ze zdrowiem i kosztami leczenia w przyszłości. Oto trzy cytaty zaczerpnięte z tego opracowania: „Prewencja jest znacznie tańsza niż leczenie"; „Prewencja, powtórzę, jest zawsze tańsza niż leczenie"; „Prewencja, powiem to po raz trzeci, jest zawsze tańsza niż leczenie" (Szawarski 2001b: 66, 71).

Trzeba sobie zdawać sprawę z tego, że dylematy moralne w medycynie nie ustaną wraz z wprowadzeniem w Polsce systemu powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych, nie ustaną także i wtedy, gdy zostaną wprowadzone ubezpieczenia prywatne. Tu po prostu działa prawo ekonomiczne, zgodnie z którym źródła finansowania są zawsze ograniczone, co skutkuje i będzie skutkowało tym, że zgodnie z jedną z podstawowych kategorii, jaką posługuje się ekonomika zdrowia – koncepcją kosztu utraconych korzyści – wydatkowanie środków finansowych na dany cel wiąże się z tym, że zabraknie tych środków na realizację innych celów. Jest tu niezwykle ważny problem o znaczeniu etycznym – etyki zarządzania ochroną zdrowia. W jaki sposób w obliczu niedoboru środków zrealizować konstytucyjną zasadę równości podmiotów w dostępie do pełnego zakresu świadczeń medycznych? Wydatkowanie zaplanowanych pieniędzy w zbyt krótkim czasie, w zbyt dużej ilości lub na błędnie zdefiniowane cele jest nie tylko błędne, ale i nieetyczne.

Odnosząc rozważania do systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce należy zwrócić uwagę, że rok 2003 jest pierwszym, w którym występuje zachwianie tendencji wzrostu kosztów świadczeń zdrowotnych finansowanych przez kasy chorych (od 1 kwietnia 2003 r. przez oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia). Wiarygodne dane na ten temat zostały opublikowane 13 marca 2003 r. przez Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych (*Podstawowe informacje...*, 2003). Dane te zestawiono z informacjami o finansowaniu świadczeń zdrowotnych przez Łódzką Regionalną Kasę Chorych w tab. 1.

Tabela 1

Koszty świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych w Łódzkiej Regionalnej Kasie Chorych na tle kosztów zdrowotnych dla ubezpieczonych wszystkich kas chorych ogółem w latach 1999–2003

Rok	Koszty świadczeń zdrowotnych wszystkich kas chorych ogółem w:		Koszty świadczeń zdrowotnych Łódzkiej Regionalnej Kasy Chorych (ŁRKCh) w:		Stosunek kosztów świadczeń zdrowotnych ŁRKCh do kosztów świadczeń zdrowotnych ogółem w (%)
	tys. zł	zł *per capita*	tys. zł	zł *per capita*	
1999	21 536 468	562	1 404 589	587	6,52
2000	23 009 321	600	1 348 809	598	5,86
2001	26 409 100	689	1 613 612	652	6,11
2002	28 822 248	752	1 759 843	721	6,11
2003	27 916 820	728	1 704 392	700	6,11

Źródło: oprac. własne na podstawie: *Podstawowe informacje...*, 2003 oraz danych Departamentu Finansowego ŁRKCh.

Na szczególne podkreślenie zasługuje zmniejszenie kosztów świadczeń dla ubezpieczonych, wynoszące w skali kraju 905 428 tys. zł, przy czym aż 135 984 tys. zł z tego, to zmniejszenie kosztów profilaktycznych programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej. Sprawa ta musi budzić uzasadniony niepokój i powinna stać się przedmiotem odrębnej, szczegółowej analizy, tym bardziej że zmniejszenie środków na profilaktykę jest relatywnie największe spośród wszystkich kierunków wydatkowania środków przez instytucje ubezpieczenia zdrowotnego. Należy jednak zaznaczyć, że dane odnoszące się do roku 2003 wynikają z przyjętych planów, które – jak wskazują dotychczasowe doświadczenia – prawdopodobnie ulegną modyfikacji w okresie sprawozdawczym.

Szereg interesujących spostrzeżeń wynika z analizy tab. 2. Po pierwsze, planowane koszty świadczeń zdrowotnych w 2003 r. w przeliczeniu na 1 mieszkańca wahają się od 642 zł w kasie zachodniopomorskiej do 804 zł w kasie mazowieckiej (przy średniej 728 zł). Zróżnicowanie między poszczególnymi instytucjami ubezpieczenia zdrowotnego jest trudne do interpretacji: czy jest ono skutkiem faktu, że stan zdrowia ludności województwa mazowieckiego jest gorszy niż zachodniopomorskiego? Czy wynika stąd, że w województwie mazowieckim zlokalizowane są niektóre placówki wysoko specjalistyczne (generujące wysokie koszty), które nie występują w innych województwach? Czy może algorytm wyrównania finansowego między kasami nie spełnia należycie swojej funkcji? Oczywiście, pytań takich można stawiać znacznie więcej, ale o wiele trudniej znaleźć na nie dostatecznie

Tabela 2

Koszty profilaktycznych programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej na tle kosztów zdrowotnych dla ubezpieczonych, według planów finansowych kas chorych na 2003 r. sporządzonych przy 8% podstawy wymiaru składki

Kasa Chorych	Koszty świadczeń zdrowotnych ogółem w:			Koszty profilaktycznych programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej w:			Udział kosztów profilaktycznych programów zdrowotnych w kosztach świadczeń zdrowotnych ogółem (w %)
	tys. zł	%	zł *per capita*	tys. zł	%	zł *per capita*	
Dolnośląska	1 921 899	6,88	723	1 274	1,39	0,48	0,066
Kujawsko-Pomorska	1 342 120	4,81	695	5 571	6,08	2,88	0,415
Lubelska	1 428 048	5,12	685	5 000	5,46	2,40	0,350
Lubuska	645 761	2,31	691	8 000	8,74	8,56	1,239
Łódzka	1 704 392	6,11	700	3 000	3,28	1,23	0,176
Małopolska	2 173 879	7,79	713	4 100	4,48	1,34	0,189
Mazowiecka	3 704 741	13,27	804	3 905	4,27	0,85	0,105
Opolska	652 816	2,34	701	1 500	1,64	1,61	0,230
Podkarpacka	1 426 913	5,11	718	6 073	6,63	3,06	0,426
Podlaska	787 380	2,82	695	1 500	1,64	1,32	0,191
Pomorska	1 404 706	5,03	717	1 500	1,64	0,77	0,107
Śląska	3 545 959	12,70	793	24 000	26,21	5,37	0,677
Świętokrzyska	856 964	3,07	692	2 070	2,26	1,67	0,242
Warmińsko-Mazurska	973 089	3,49	740	4 000	4,37	3,04	0,411
Wielkopolska	2 342 272	8,39	712	3 772	4,12	1,15	0,161
Zachodniopomorska	986 421	3,53	642	7 291	7,96	4,75	0,739
Branżowa	2 019 459	7,23	727	9 000	9,83	3,24	0,446
Razem	27 916 820	100,00	728	91 556	100,00	2,39	0,328

Źródło: obliczenia własne na podstawie: *Podstawowe informacje...*, 2003.

uargumentowane odpowiedzi. Sytuacja ulega daleko większej komplikacji, gdy odniesiemy ją do profilaktycznych programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej. Niektóre kasy zdecydowanie przodują w finansowaniu tej działalności. Cztery z nich: śląska, branżowa, zachodniopomorska i lubuska finansują 52,74% kosztów programów profilaktycznych realizowanych przez wszystkie kasy. Zróżnicowanie pod tym względem między kasami jest w przeliczeniu na 1 mieszkańca w ciągu roku bardzo duże: od 0,48 zł w kasie dolnośląskiej do 8,56 zł w kasie lubuskiej, a więc prawie 18-krotne! Czy tak duże różnice w wysokości środków finansowych przeznaczonych na profilaktykę są etyczne? Przeciętnie środki te wynoszą 2,39 zł *per capita* rocznie, co oznacza, że z każdych 305 zł wydatkowanych w skali kraju na świadczenia zdrowotne dla ubezpieczonych, na profilaktykę przypada 1 zł. W kasie lubuskiej z każdych 81 zł na świadczenia, 1 zł przeznaczany jest na profilaktykę, a w kasie dolnośląskiej, gdzie proporcje są zdecydowanie niekorzystne w odniesieniu do profilaktyki, na zapobieganie chorobom i promocję zdrowia wydatkowany jest tylko 1 zł z 1515 przeznaczonych na świadczenia zdrowotne. Czym uzasadnić aż tak duże różnice? Nie wiadomo. W tym miejscu warto przytoczyć jeszcze jeden wskaźnik, tzn. udział środków finansowych przeznaczanych na profilaktykę w całości kosztów świadczeń zdrowotnych. Przy przeciętnej dla całego kraju wynoszącej 0,328%, w kasie lubuskiej wynosi on 1,239%, a w kasie dolnośląskiej zaledwie 0,066%. Czy jest to etyczne? A ponadto, i na to należy także zwrócić uwagę, jaką działalność profilaktyczną można zaoferować ubezpieczonym za 48 groszy *per capita* rocznie, czyli za 4 grosze miesięcznie? Czy taki poziom środków może odpowiadać oczekiwaniom społecznym? Czy nie spotykamy się tu z tzw. syndromem krótkiej kołdry? Czyż nie jest to przysłowiowa „kropla w morzu potrzeb"? I kolejna refleksja: czy te – niezwykle szczupłe – środki finansowe są w pełni wykorzystywane? Odpowiedź brzmi: nie. Mamy na to liczne dowody, przykładowo, we wspomnianej kasie dolnośląskiej w roku 2001 wykorzystanie środków na profilaktykę sięgnęło 88,27% (Jaruzelska, Grudniewski, Lachowska 2002), a według danych z kasy łódzkiej w 2001 r. wyniosło ono 68,09%, a w 2002 roku 71,24% (Bryła, Stelmach 2003: 3–13).

Łódzka Regionalna Kasa Chorych od początku swojego istnienia przykładała duże i jednocześnie coraz większe znaczenie do działalności profilaktycznej. Niestety, dylematy wyboru, z jakimi borykała się ustawicznie nasza kasa, w konfrontacji z niekwestionowaną koniecznością priorytetowego zaspokajania najbardziej istotnych potrzeb zdrowotnych, nie umożliwiały przeznaczania takiej ilości środków finansowych, jaką byśmy chcieli, na wykorzystanie na miarę potrzeb w zakresie programów profilaktycznych (Bryła, Stelmach, Maniecka-Bryła 2003: 99–111; Bryła 2000: 10–11; Stelmach, Bryła, Maniecka-Bryła 2001: 12–14; Stelmach, Bryła 2002: 36–46). Środki na realizację tych programów są coraz bardziej ograniczone. Budzi to nie

tylko niepokój tych świadczeniodawców, którzy realizują owe programy i tych, dla których nie starczyło z nich środków, ale przede wszystkim nas – pracowników instytucji ubezpieczenia zdrowotnego, gdyż zdajemy sobie sprawę z konsekwencji nieuchronnych ograniczeń działalności profilaktycznej.

W planie finansowym Łódzkiej Regionalnej Kasy Chorych w każdym roku jej działalności przewidywano następujące środki na realizację programów profilaktycznych: w 1999 r. było to 368,00 tys. zł, w 2000 r. 4007,28 tys. zł, w 2001 r. 3400,00 tys. zł, w 2002 r. 3290,00 tys. zł. Oznacza to, że koszty programów profilaktycznych finansowanych ze środków kasy wynosiły: 0,026% w 1999 r. 0,297% w 2000 r., 0,211% w 2001 r. i 0,187% w roku 2002. Niestety, środki, jakie zostały zapisane w planie finansowym na profilaktykę, nie były w pełni wykorzystywane w ramach kontraktowania świadczeń. Przykładowo, w roku 2001 łączna kwota kontraktów na wszystkie programy profilaktyczne wyniosła 3084,196 tys. zł i osiągnęła 90,71% planowanej kwoty, w 2002 r. wyniosła zaś 2976,535 tys. zł, co stanowiło 90,47% środków wydzielonych na te cele. Innym niezwykle ważnym, a niepokojącym problemem związanym z realizacją zadań promocji zdrowia w ŁRKCh było niepełne wykonywanie zawartych kontraktów. Globalnie, na wszystkie programy profilaktyczne w 2000 r. wydatkowano 2100,03 tys. zł, a w 2002 r. 2120,561 tys. zł. Jak wcześniej wspomniano – w 2001 r. kontrakty na programy profilaktyczne zrealizowano w 68,09%, a rok później w 71,24%. Stopień wykorzystania środków przeznaczonych na poszczególne programy jest zróżnicowany. Spośród 12 programów profilaktycznych realizowanych w roku 2002, pełne wykonanie zawartych kontraktów dotyczyło tylko 5 programów, wykonanie na poziomie 90–99,99% – dalszych 3; przeciętne wykonanie – jak już wspomnieliśmy wyniosło 71,24%. Kontrakty zawarto na łączną kwotę 2976,535 tys. zł, a wykonano je w kwocie 2120,561 tys. zł. Rzetelność wobec świadczeniodawców wymaga, by zastrzec, że nie zawsze wina za niepełne wykorzystanie środków finansowych, na jakie kasy podpisały kontrakty, leży po ich stronie. Zdarza się bowiem np. że sytuacja taka jest spowodowana specyfiką realizowanego programu: dzieje się tak np. wtedy, gdy liczba świadczeń w placówkach wysoko specjalistycznych jest zależna od liczby skierowań z niższych szczebli referencyjnych.

Działalność Łódzkiej Regionalnej Kasy Chorych ukierunkowana była zawsze na dobro pacjenta, w tym zwłaszcza na zapewnienie poprawy jego stanu zdrowia. Jest to cel, od którego na pewno nie odstąpimy jako oddział Narodowego Funduszu Zdrowia. Szczupłość środków finansowych, jakimi dysponujemy, nie pozwala jednak – tak, jak byśmy tego chcieli – na zaspokojenie wszystkich potrzeb zdrowotnych tych, którzy zawierzyli naszej instytucji. Niemniej, staramy się racjonalnie gospodarować środkami, jakie posiadamy. Nie ustajemy w wysiłkach, by podejmowane przez nas nowe formy aktywności jak najpełniej odpowiadały rzeczywistym potrzebom

i zarazem wyzwaniom, stawianym przez nowoczesną opiekę medyczną. Nie miejsce tu na szczegółową enumerację różnorodnych kłopotów, z jakimi się borykamy i problemów, jakie musimy rozstrzygać. Działania te wiążą się zawsze z koniecznością dokonywania wyborów. Dylematy z tym związane są nam nieobce. Z drugiej strony jednak znajdujemy sojuszników – to przede wszystkim wdzięczni pacjenci, którzy rozumiejąc uwarunkowania, w jakich funkcjonujemy, potrafią docenić wysiłek wkładany w podejmowanie jakże trudnych, decyzji i związanej z nimi odpowiedzialności. Otrzymujemy wsparcie naszych wysiłków ze strony wielu pracowników systemu opieki zdrowotnej, przedstawicieli środowiska akademickiego, towarzystw naukowych, izby: lekarskiej i in. (Stelmach, Bryła 2001: 75–89).

Dylematy wyboru, przed jakimi stoimy, dotyczą wielu problemów, z których na plan pierwszy wysuwają się dwa: jakie rodzaje świadczeń zdrowotnych można finansować rozporządzając określoną pulą środków do podziału? w jakiej proporcji, według jakiego priorytetu dzielić te środki w sposób akceptowalny społecznie? Dylematy związane z prowadzeniem działalności finansowej są przecież tym większe, że ich skutki znajdują odzwierciedlenie w stanie zdrowia całej populacji. Wiążą się one z nadrzędnym celem instytucji, jakim jest zapewnienie ubezpieczonym ustawowych świadczeń zdrowotnych, dzięki planowemu gospodarowaniu powierzonymi środkami finansowymi. Ma to duże znaczenie, gdyż w powszechnym odczuciu społecznym, ochrona zdrowia traktowana jest jako ten dział gospodarki, który w decydującym stopniu determinuje poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego ludności.

Reasumując, za niezwykle ważne zadanie instytucji ubezpieczenia zdrowotnego należy uznać dokładną analizę zapotrzebowania na wszystkie rodzaje usług medycznych, w tym na profilaktykę i promocję zdrowia. Chcielibyśmy, aby dylematy wyboru, leżące u podstaw racjonalnej działalności profilaktycznej Łódzkiej Regionalnej Kasy Chorych, a obecnie Łódzkiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, dzięki profesjonalnemu podejściu do rozwiązywania jakże trudnych, bolesnych i nabrzmiałych problemów zdrowotnych, były brane pod uwagę w praktyce zorientowanej na poprawę stanu zdrowia mieszkańców województwa łódzkiego.

Problemów etycznych w działalności instytucji ubezpieczenia zdrowotnego jest wiele, co wykazano w szczególności na przykładzie działalności profilaktycznej. W pełni zgadzamy się z L. Kulmatyckim, że w odniesieniu do promocji zdrowia etykę interesują te zagadnienia, które zmuszają promotora zdrowia do wyboru między jednym a drugim zachowaniem, czyli między postępowaniem właściwym (etycznym, moralnym) i niewłaściwym. Jest szereg obszarów, które rodzić mogą wiele trudnych pytań. Oto kilka z nich: czy normy obyczajowe lub kulturowe powinny mieć wpływ lub nawet decydować o sposobach kampanii zdrowotnej? do jakiego momentu można zdać się na inicjatywę zainteresowanych, a od jakiego wychodzić jako

promotor zdrowia, ze swoją inicjatywą? Jak wiele prób „zachęty", „zaproszenia" do zmiany stylu życia, zachowania itp. powinno się kierować do indywidualnej osoby, aby nie przekroczyć społecznych norm „nadmiernej ingerencji"? w jakim stopniu promotor zdrowia powinien identyfikować się ze swoją zawodową rolą we własnym życiu prywatnym, np. w odniesieniu do przyjaciół lub rodziny? (Kulmatycki 2000: 3–9).

UWAGI KOŃCOWE

1. W systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w Narodowym Funduszu Zdrowia nadal niezbędne będzie zapewnianie ubezpieczonym świadczeń z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia, jako nieodłącznego atrybutu tego systemu. Podstawowe problemy związane z kontraktowaniem świadczeń z tego zakresu nie znikły wraz z wprowadzeniem od 1 kwietnia 2003 r. Narodowego Funduszu Zdrowia z centralą i oddziałami wojewódzkimi.

2. Niewątpliwie najważniejszym problemem pozostaje szczupłość środków finansowych kierowanych na cele związane z prowadzeniem działalności profilaktycznej. Trzeba będzie więc nadal roztropnie gospodarować niezwykle ograniczonymi zasobami.

3. Plany finansowe opracowane jeszcze przez kasy chorych na rok 2003 potwierdzają duże zróżnicowanie wysokości środków finansowych, przeznaczanych na profilaktykę i promocję zdrowia.

4. Na dzień dzisiejszy nie ma żadnych wytycznych, jakimi kryteriami natury etycznej należy kierować się przy zawieraniu kontraktów na świadczenia zdrowotne, w tym na działalność profilaktyczną. Można wyrazić przekonanie, że sytuacja pod tym względem ulegnie poprawie dopiero po wprowadzeniu w ramach Funduszu planowania zdrowotnego, opartego na ujednoliconej metodyce. Dopiero wówczas zaistnieją przesłanki do tego, aby środki finansowe były przydzielane w zależności od stwierdzonych obiektywnych potrzeb zdrowotnych.

BIBLIOGRAFIA

Bryła M., 2000, *Programy profilaktyczne ŁRKCh – wyzwanie u progu XXI wieku*, „Informator Łódzkiej Regionalnej Kasy Chorych", R. 2, nr 4.

Bryła M., Stelmach W., 2003, *Programy profilaktyczne Łódzkiej Regionalnej Kasy Chorych jako element promocji zdrowia. Ogólnopolska Konferencja Promocji Zdrowia: „Promocja zdrowia wyzwaniem XXI wieku"*. Materiały konferencyjne, Warszawa, 3–4 kwietnia, Warszawa.

Bryła M., Stelmach W., Maniecka-Bryła I., 2003, *Kontraktowanie świadczeń medycznych jako element polityki zdrowotnej Łódzkiej Regionalnej Kasy Chorych*. „Zeszyty Naukowe Wyższej

Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi", ser. III. Nauki ekonomiczne i informatyka, zeszyt: *Ubezpieczenia* pod red. H. Worach-Kardas, nr 1 (3).

Décret n° 95–1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale, http//www.conseil-national.medecin.fr/Cnom/Deontologie.nsf/VDE/first

Ethical Essentials of a National Health Program, 1990, „Journal of Public Health Policy", Spring.

Jaruzelska L., Grudniewski R., Lachowska G., 2002, *Programy profilaktyki chorób i promocji zdrowia w 2001 roku w DRKCh. Ewaluacja procesu*, „Promotor Zdrowia", nr 4 (30).

Karski J. B., 2000, *Aktualne wyniki i potrzeby współpracy ekonomii i promocji zdrowia*, „Zdrowie Publiczne", t. 110, nr 9.

Karski J. B., 2001a, *Promocja zdrowia jako zadanie kas chorych*, „Zdrowie i Zarządzanie", t. 3, nr 6.

Karski J. B., 2001b, *Promocja zdrowia. Pakiet samokształceniowy: Szkolenie podstawowe dla pracowników kas chorych*, Międzynarodowa Szkoła Menadżerów, Warszawa.

Kodeks Etyki Lekarskiej. Projekt, 2003, „Gazeta Lekarska", nr 4.

Kulmatycki L., 2002, *Promocja zdrowia w polskim systemie ubezpieczeniowym – próba podsumowania 1999–2001*, „Zdrowie i Zarządzanie", t. 4, nr 3–4.

Kulmatycki L., 2000, *Zdrowie jako wartość*, „Promotor Zdrowia", nr 1 (19).

Kurkowski J., 1997, *Wiedza, ekonomia i etyka*, [w:] *Człowiek i medycyna. Pieniądze albo życie*, Śląska Akademia Medyczna, Katowice.

Kurkowski J., 1998a, *Ekonomia i medycyna*, „Gazeta Lekarska", nr 3.

Kurkowski J., 1998b, *Medycyna i polityka*, „Gazeta Lekarska", nr 2.

Kurkowski J., 1998c, *Zagadnienia etyczne w praktyce klinicznej*, „Gazeta Lekarska", nr 7–8.

Kurkowski J., 1999, *Biologia i humanizm*, „Gazeta Lekarska", nr 7–8.

Lukas W., Borek A., 2003, *Kultura, moralność, etyka w praktyce lekarza rodzinnego*, „Zdrowie i Zarządzanie", t. 5, nr 1.

Mielczarek-Pankiewicz E., 1992, *Wybrane zagadnienia z etyki*, [w:] *Opieka nad zdrowiem pracowników w środowisku pracy*, t. 2, B. Dobrowolska i E. Mielczarek-Pankiewicz (red.), Instytut Medycyny Pracy, Łódź.

Miśkiewicz M., 1997, *Medycyna i etyka*, „Służba Zdrowia", 11–15 września, nr 73–74 (2654–2655), s. 1 i 10.

Mooney G. H., 1980, *Cost-benefit Analysis and Medical Ethics*, „Journal of Medical Ethics", vol. 6, No 4.

Narodowa Ochrona Zdrowia. Strategiczne kierunki działań Ministra Zdrowia w latach 2002–2003, 2002, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa, 27 maja.

Podstawowe informacje o kosztach świadczeń zdrowotnych w latach 1999–2003, 2003, Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych, Warszawa, 13 marca.

Rudawska I., 2002, *Między ekonomią a deontologią lekarską – konflikt wartości na rynku usług medycznych*, „Antidotum. Zarządzanie w Opiece Zdrowotnej", R. 11, nr 6.

Rużyłło E., 1999, *Etyka i medycyna*, Oficyna Wydawnicza „Stopka", Łomża.

Rydlewska-Liszkowska I., Jugo B., Melaniuk M., 1996, *Uwarunkowania analiz typu koszt-korzyść medycznej działalności profilaktycznej*, „Antidotum. Zarządzanie w Opiece Zdrowotnej", R. 5, nr 6–8.

Sidorowicz W., 2002, Narodowa Ochrona Zdrowia Ministerstwa Zdrowia – czy tędy droga?, „Zdrowie i Zarządzanie", t. 4, nr 3–4.

Singer P. A., 1999, *Medical ethics*, „British Medical Journal", Vol. 321, No 7256.

Skończył się czas Judymów? Między etyką a ekonomiką, 2003, cz. 1, „Panaceum", nr 2 (78), luty.

Skończył się czas Judymów? Między etyką a ekonomiką, 2003, cz. 2, „Panaceum", nr 3 (79), marzec.

Smoleń M., Rydlewska-Liszkowska I., 1992, *Ekonomika zdrowia jako problem racjonalnych wyborów w opiece zdrowotnej*, [w:] *Opieka nad zdrowiem pracowników w środowisku pracy*, t. 2, red. B. Dobrowolskiej i E. Mielczarek-Pankiewicz, Instytut Medycyny Pracy, Łódź.

Stelmach W., Bryła M., 2001, *Finansowanie świadczeń medycznych przez Łódzką Regionalną Kasę Chorych – teoria i praktyka. Finanse i koszty SP ZOZ*, red. A. Jackiewicz, ser. Przedsiębiorczość i zarządzanie, t. 3, z. 5.

Stelmach W., Bryła M., 2002, *Profilaktyka i promocja zdrowia w Łódzkiej Regionalnej Kasie Chorych, Doświadczenia i perspektywy rozwoju w systemie Narodowej Ochrony Zdrowia*, „Zdrowie i Zarządzanie", t. 4, nr 6.

Stelmach W., Bryła M., Maniecka-Bryła I., 2001, *Niektóre problemy działalności finansowej Łódzkiej Regionalnej Kasy Chorych – dylematy wyboru*, „Biuletyn Kas Chorych", R. 3, nr 5.

Stelmach W., Bryła M., Stelmach I., Denys A., 2002, *Ekonomika zdrowia, etyka medyczna a medycyna oparta na dowodach naukowych*, „Polski Merkuriusz Lekarski", t. 13, nr 78.

Szawarski Z., 2001a, *Wartości i cele ochrony zdrowia*, „Lekarz Rodzinny", R. 6, nr 2.

Szawarski Z., 2001b, *Zdrowie i zysk*, „Lekarz Rodzinny", R. 6, nr 7–8.

Szawarski Z., 2002, *Moralność i medycyna*, „Polityka", 29 marca 2002 r. nr 13 (2343), (http:/polityka.onet.pl/ 162.107977.3,,druk.html).

Szewczyk K., 1994, *Etyka i deontologia lekarska*, Polska Akademia Umiejętności, Kraków.

Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, DzU, 2003, nr 45, poz. 391.

Więckowska A., 2003, *Deontologia lekarska – rys historyczny*, „Wiadomości Lekarskie", R. 6, nr 1–2.

Marek Bryła, Włodzimierz Stelmach

ETHICAL ASPECTS OF PROPHYLACTIC ACTIVITIES OF HEALTH INSURANCE INSTITUTIONS

The paper consists of two parties. The former deals with the theoretical framework of the problem. On the one hand, attention is paid to selected elements of medical ethics, especially its connections with health economics. On the other hand, the authors discuss the notion and significance of prophylactic activities carried out by health insurance institutions. The latter part of the paper is based on an empirical material, which was made available by the Supervisory Office for Health Insurance in mid-March 2003 and concerns the costs of medical services incurred by all the regional health insurance institutions in Poland from 1999 to 2003. The costs of prophylactic health programmes and health policy programmes are analysed with the use of additional data obtained from the Financial Department of the Łódź Regional Sickness Fund. It has been calculated that the costs of prophylactic health programmes and health policy programmes *per capita* will range from 0.48 zł to 8.56 zł in 2003, depending on the health insurance institution. The share of these costs on total costs of medical services will range from 0.066 to 1.239%. The presented situation gives rise to a justified anxiety and makes one ask numerous questions connected with ethical dilemnas.