



## Jakie świadczenia zdrowotne powinny być obowiązkowe?

**Włodzimierz Galewicz**

Z kilku ważnych kwestii, które poruszył dr Pawlikowski w swoim ostatnim głosie, podejmę tu tylko jedną: które ze świadczeń zdrowotnych, słusznie dozwolonych przez prawo, powinny być równocześnie prawnie obowiązkowe? Na tak sformułowane pytanie możliwe są dwie skrajne odpowiedzi. Pierwsza z nich brzmiałaby: w zasadzie wszystkie (lub też prawie wszystkie). Do takiej koncepcji sprowadza się jedna z tez, które wyraźnie formułuje Julian Savulescu: „Wszyscy lekarze i studenci medycyny powinni zdawać sobie sprawę ze swojego obowiązku wykonywania wszystkich legalnych i pożytecznych świadczeń zdrowotnych”<sup>1</sup>. Zgodnie z tą koncepcją zakres świadczeń zdrowotnych, które lekarze mieliby obowiązek zapewnić upoważnionym do nich pacjentom, byłby bardzo obszerny. Wymagając od tych obowiązkowych świadczeń, aby były nie tylko prawnie dozwolone, lecz także pożyteczne, czyli służyły dobru pacjenta, który może ich sobie zażyczyć, w gruncie rzeczy nie zawęży się tego obszaru; bo przecież o tym, co jest naprawdę dobre dla pacjenta, zgodnie z duchem panującego antypaternalizmu ma ostatecznie rozstrzygać on sam. Tak zatem obowiązkiem lekarzy byłoby udzielenie każdego świadczenia, które w określonych sytuacjach jest świadczeniem prawnie dozwolonym i którego życzy sobie pacjent, znajdujący się w jednej z takich sytuacji.

Tak szerokie ujęcie zakresu świadczeń obowiązkowych jest w moim przekonaniu zbyt obszerne. Przypuśćmy, że w pewnym kraju zalegalizowano medyczną pomoc w samobójstwie (jak to uczyniono w stanie Oregon). Sam akt legalizacji znaczyłby jedynie, że lekarz, który na prośbę ciężko chorego pacjenta

---

<sup>1</sup> „All doctors and medical students should be aware of their responsibility to provide all legal and beneficial care”, Savulescu, J. (2006). ‘Conscientious Objection in Medicine’. *British Medical Journal* 332: 294-297, s. 296.

pomaga mu popełnić samobójstwo, nie postępuje w sposób bezprawny, o ile tylko jeden i drugi – i lekarz, i chory – spełnia przy tym odpowiednie, podyktowane przez ustawę warunki. Z tezy Savulescu wynikałoby jednak, że w tej zmienionej sytuacji prawnej każdy pacjent spełniający nakładane warunki i pragnący rozstać się z życiem miałby prawo *domagać się* od lekarzy, aby któryś z nich udzielił mu pożądanej pomocy. I że mógłby zgłaszać wobec lekarskiej społeczności zasadne pretensje, gdyby żaden z jej członków nie zachciał mu pomóc. To automatyczne przejście od prawnej możliwości do prawnej konieczności wydaje się jednak nieusprawiedliwione.

Skrajnie przeciwnym stanowiskiem w kwestii właściwie określonego zbioru świadczeń obowiązkowych dla społeczności medycznej byłoby pierwsze z rozwiązań, które w swoim ostatnim głosie (ponownie) proponuje dr Pawlikowski:

Procedury, które wyobrażam sobie, że mogłyby się znaleźć w tym zbiorze, można bowiem zaliczyć do świadczeń obowiązkowych w wymiarze jednostkowym (jeśli sytuacja jest nagła, niecierpiąca zwłoki oraz niosąca zagrożenie dla życia lub zdrowia), albo do świadczeń nieobowiązkowych (w pozostałych przypadkach).

Tak zatem pewne świadczenie nakładałoby na lekarzy obowiązek tylko w tym wypadku, gdy zwłoka w jego udzieleniu niesie z sobą zagrożenie dla życia lub zdrowia; kiedy indziej byłoby ono świadczeniem nieobowiązkowym. Trudno jednak nie zauważyć, że takie określenie zbioru świadczeń obowiązkowych byłoby z kolei o wiele za wąskie. Wynikałoby z niego na przykład, że medycy nie są w żaden sposób zobligowani wykonywać zwyczajnych świadczeń lekarskich, gdy sytuacja nie jest tak gardłowa, ani też w sytuacji naprawdę krytycznej podawać cierpiącym pacjentom środków uśmierzających ból, co przecież – jak przyznaje sam Dyskutant – jest jednym z obowiązków, które nakłada na nich chociażby Kodeks Etyki Lekarskiej. Myślę zatem, że dr Pawlikowski znowu wyraża się tutaj skrótowo i że mówiąc o „obowiązkowych” świadczeniach lekarzy, z których klauzula sumienia mogłaby ich zwalniać, ma on w rzeczywistości na myśli świadczenia *bezwzględnie obowiązkowe* – takie, których lekarz właśnie *nie może* odmówić powołując się na klauzulę sumienia.

Oprócz tej pierwszej, jawnie zbyt wąskiej koncepcji (względnie) obowiązkowych świadczeń zdrowotnych, w dalszym toku wypowiedzi dra Pawlikowskiego znajdujemy jeszcze inną:

Kategoria świadczeń obowiązkowych dla społeczności medycznej mogłaby obejmować jedynie świadczenia medyczne. Świadczenia medyczne rozumiem za KEL jako działania mające na celu ochronę życia i zdrowia ludzkiego, zapobieganie chorobom, leczenie chorych oraz niesienie ulgi w bólu. Obowiązek odesłania pacjenta do innego świadczeniodawcy dotyczyłby wtedy jedynie świadczeń medycznych a świadczenia niemedyce, jeśli są zalegalizowane, byłyby jedynie dozwolone.

Tak zatem świadczeniem prawnie obowiązkowym dla społeczności lekarskiej mogłoby być tylko takie (choć niekoniecznie każde takie) świadczenie zdrowotne, które posiada dwie cechy: jest prawnie dozwolone oraz należy do świadczeń „medycznych”, czyli służących któremuś z wymienionych tutaj „wewnętrznych celów medycyny”. W stosunku do tej koncepcji nasuwają się dwie krytyczne uwagi. Po pierwsze, wykluczałaby ona ze zbioru obowiązkowych świadczeń zdrowotnych również i takie czynności, które powinny w nim chyba pozostać, jak choćby owe – wspomniane w poprzednim głosie dra Pawlikowskiego – operacje plastyczne mające związek „z wcześniejszym uszkodzeniem powłok lub wadą wrodzoną” – te bowiem zabiegi, przy całej ich pożyteczności, służą raczej poprawie wyglądu i samopoczucia, aniżeli zdrowia. Po drugie jednak, wydaje się również wątpliwe, aby koncepcja wewnętrznych celów medycyny sama przez się istotnie spełniała nadzieje wiązane z nią przez Dyskutanta, a zatem skutecznie eliminowała spośród świadczeń nakładających prawny obowiązek te etycznie kontrowersyjne praktyki, które dr Pawlikowski chciałby uznać za (co najwyżej) nieobowiązkowe. Nie wspominając już o eutanazji, która jest co prawda u nas zabroniona, lecz gdyby tylko została zalegalizowana, miałyby zapewne służyć „niesieniu ulgi w bólu”, jednemu z wymienionych wewnętrznych celów medycyny służy też roztrząsana aborcja, i to nawet ze wskazań innych niż medyczne: wykwalifikowani lekarze, którzy jej dokonywali, mieli wszak niejednokrotnie na względzie *ochronę zdrowia*

zdeteminowanych kobiet, w przeciwnym razie zdanych – i często też faktycznie decydujących się – na pomoc sił o wątpliwych kwalifikacjach.

Tak więc „medyczne” kryterium przynależności do świadczeń obowiązkowych, proponowane przez dra Pawlikowskiego, nie wydaje mi się zadowalające. Czy mam na podorędziu jakieś jednoznaczne kryterium alternatywne? Otóż wypada mi tylko powtórzyć, że zakres takich obowiązkowych lub „gwarantowanych” świadczeń zdrowotnych nie może zostać ustalony raz na zawsze, lecz musi stanowić rezultat ciągnących się przez lata negocjacji pomiędzy szerszą społecznością a profesją lekarską. Myślę, że moje stanowisko w tej kwestii z grubsza pokrywa się z zapatrywaniem sformułowanym przez sygnatariuszy tekstu *The goals of medicine: Setting New Priorities*<sup>2</sup>, który ukazał się w 1996 r. jako raport z zakończonego niedługo wcześniej czteroletniego projektu badawczego, koordynowanego przez *Hastings Center*. Główne treści tego raportu omówiłem w innym miejscu<sup>3</sup> i przytoczę tu fragment tego omówienia:

Przedmiotem tego projektu, w którym uczestniczyli przedstawiciele kilkunastu krajów z całego świata, były właśnie cele medycyny – chodziło więc o to, czy da się uzgodnić jakąś ich względnie niekontrowersyjną listę i hierarchię. We wstępie do Raportu zostaje postawione między innymi pytanie, czy cele medycyny należy pojmować jako „wewnętrzne wzorce” (*inherent patterns*), tkwiące w samej naturze praktyki medycznej, czy raczej jako „społeczne konstrukty” (*social constructs*). Zgodnie z poglądem określanym tam mianem „inherentyzmu” medycyna zwraca się ku swoim celom w odpowiedzi na „powszechne ludzkie doświadczenie choroby”<sup>4</sup>, z którym wiąże się potrzeba leczenia, pomocy, opieki, przywracania zdrowia. Natomiast koncepcja konstrukcji społecznej skupia swą uwagę na wielkiej różnorodności celów medycyny w różnych epokach dziejów i różnych kulturach, a w rezultacie widzi medycynę raczej jako „rozwijający się zasób wiedzy i zmienny krąg praktyk klinicznych, nie mających stałej istoty”. Jak zauważają autorzy, spór między tymi stanowiskami toczy się na

---

<sup>2</sup> *The Goals of Medicine: the Forgotten Issue in Health Care Reform*, ed. by Mark J. Hanson, Daniel Callahan, Washington, DC : Georgetown Univ. Press, 1999.

<sup>3</sup> Włodzimierz Galewicz, „W sprawie odrębności etyk zawodowych”, w: *Moralność i profesjonalizm: Spór o pozycję etyk zawodowych*, red. Włodzimierz Galewicz, TAIWPN Universitas, Kraków 2010, s. 9-119.

<sup>4</sup> *The Goals of Medicine*, s. 15.

dwóch płaszczyznach: opisowej i normatywnej. W pierwszym wypadku ścierają się w nim „różne interpretacje rzeczywistych i nadzwyczaj zróżnicowanych przejawów medycyny w różnych czasach i miejscach”<sup>5</sup>. W drugim wypadku chodzi zaś o to, „co powinno stanowić naturę medycyny i jej cele”<sup>6</sup>: czy zatem medycyna powinna określić swoje wartości i kierunki swojego działania sama z siebie, wywodząc je ze swej historii i tradycji, czy też ma raczej pozwolić społeczeństwu na to, aby to ono narzucało jej z zewnątrz swe cele. Tę ostatnią kontrowersję sygnatariusze dokumentu próbują rozwiązać lub załagodzić przez pewien kompromis: cele medycyny powinny być ustalane w otwartym i ciągłym dialogu między nią samą i społeczeństwem. Pojednawcze jest również proponowane przez autorów rozwiązanie pierwszej kwestii: „medycyna posiada istotne cele, kształtowane przez mniej lub bardziej uniwersalne ideały i typy historycznych praktyk, ale jej wiedza i umiejętności podlegają także w znacznym stopniu społecznej konstrukcji”<sup>7,8</sup>

Ten kompromis, jaki zaproponowano w przytoczonym raporcie, miał naturalnie swoich przeciwników. Jednym z nich był Edmund Pellegrino, który – jak również pisałem – starał się pokazać, że „właściwe wewnętrzne cele medycyny nie są jej narzucane przez żadną instancję lub grupę społeczną, lecz wynikają z samej natury działalności medycznej jako służby chorym. (...) Te wewnętrzne cele mogą nieraz kolidować z takim czy innym celem zewnętrznym, do którego społeczeństwo próbuje wykorzystywać lekarzy; w takim wypadku ów zewnętrzny cel należy oceniać jako niewłaściwy”<sup>9</sup>. Myślę, że podobnego typu argumenty – nie mogą tutaj przeprowadzać ich szerszej krytyki – wspierają też stanowisko, jakie zajmuje dr Pawlikowski.

---

<sup>5</sup> Tamże, s. 16.

<sup>6</sup> Tamże, s. 16.

<sup>7</sup> Tamże, s. 17.

<sup>8</sup> W. Galewicz, tamże, s. 98-9.

<sup>9</sup> Tamże, s. 99.