

Per scientiam ad salutem aegroti. A posse ad esse
(„Przez wiedzę do zdrowia chorego. Od możliwości do rzeczywistości”)

Tadeusz Tołłoczko

Wstęp

Przez cały okres mego lekarskiego życia byłem obserwatorem wielu wielkich naukowych odkryć związanych z praktycznym ich zastosowaniem w medycynie klinicznej, a uwieńczonych przyznaniem Nagród Nobla: od wykrycia i klinicznego zastosowania penicyliny (w 1945 roku), aż po wykazanie wpływu bakterii *Helicobacter pylori* na powstawanie wrzodów żołądka (w 2005 roku) i odkrycia mechanizmu interferencji RNA – systemu komórkowych zabezpieczeń przed wirusami czy obcym DNA (w roku bieżącym). Są to najbardziej oczywiste i wymowne dowody sprawczego wpływu nauki na uzyskiwane sukcesy w medycynie klinicznej. To ostatnie odkrycie ocenione zostało jako „technologia roku” warta wielu miliardów dolarów.

Nasza kultura wyrosła – i jak dotychczas – opiera się na dwóch filarach: nauce i moralności. Wbrew nadziejom Sokratesa sama nauka nie znalazła jednak metody rozstrzygnięcia, co jest etyczne, a co nie – i dlatego nie stała się gwarantem moralności. W sposób szczególny dotyczy to medycyny. Moralność natomiast mówi nam, w jakim stopniu zdobytą wiedzę i technologię można wykorzystać, tak by przyczyniała się do dobra człowieka i zaspokajania wszystkich jego potrzeb, zarówno materialnych, jak i niematerialnych, a nie stanowiła zagrożenia. Tak więc za postęp uznać należy tylko to, co służy człowiekowi. Dlatego do tak rozumianego postępu w medycynie potrzebny jest wielki wysiłek intelektualny i moralny.

Postęp

Nauka coraz bardziej kształtuje nie tylko naszą egzystencję, ale też kryteria oceny stale zmieniającej się codziennej rzeczywistości. Postęp w nauce zmusza nas nie tylko do zmiany koncepcji naukowych i zasad postępowania klinicznego, ale również do zmiany koncepcji filozoficznych, socjologicznych i ekonomicznych. Dlatego przekształceniom ulegają tak istotne definicje śmierci, zdrowia i choroby, dobra i zła, społecznej sprawiedliwości, a nawet początku i końca życia człowieka.

Ceną postępu jest ryzyko, a historia nauki, a więc i historia ludzkości, coraz bardziej przypomina nieustanny wyścig między postępowaniem a katastrofą. Znane jest stwierdzenie, że każdej wiedzy można nadużyć, nawet

tej, że kamień jest twardy. Jednakże nauki medyczne i biomedyczne „stają się już forpczą postępu cywilizacyjnego i jakości życia całych społeczeństw. Fakt ten nie jest doceniony w pełni przez polską opinię publiczną”¹. Powszechna świadomość naukowych osiągnięć powoduje, że ludzie chcą mieć kontrolę nie tylko nad własnym życiem, ale i nad śmiercią. W odniesieniu do rzeczywistości i praw biologii życzenia te, a niekiedy wręcz żądania, bywają, niestety, wygórowane.

Postęp w naukach podstawowych w sposób oczywisty ukazuje nowe możliwości, oraz wytycza kierunek i drogę rozwoju zarówno praktyce klinicznej, jak i opiece zdrowotnej. Największy postęp dokonywać się będzie na styku różnych dyscyplin naukowych, w tym nauk podstawowych i medycyny klinicznej².

Nauka

Współcześnie jesteśmy świadkami zwiększania się przestrzeni pomiędzy nauką i wiedzą, a praktyką ochrony i opieki zdrowotnej zarówno w odniesieniu do całej populacji, jak i poszczególnych chorych. Na zakres tej przestrzeni wpływają w znamienym stopniu między innymi: wysokość nakładów finansowych na naukę i zdrowie, umiejętność zarządzania nauką, wiedzą i zdrowiem, wydolność organizacyjna, poziom edukacji zawodowej pracowników medycznych, stopień edukacji zdrowotnej i kultury ludności, społeczne poczucie „solidarności w zdrowiu”, świadomość ekologiczna całego społeczeństwa. Jednak zawsze sprawdza się reguła, że im więcej wiedzy i pieniędzy, tym większa jest sposobność i skuteczność praktycznego pro-zdrowotnego wykorzystania naukowych osiągnięć.

Współcześnie nauka to wielkie ekonomiczne przedsięwzięcie i dlatego jej finansowanie staje się planem biznesowym podlegającym kryteriom biznesu, użyteczności, opłacalności i zysku³. W ten sposób nauka i jej produkt, jakim jest wiedza stają się towarem, a instytucje

¹ A. Trzebski. Nauki medyczne. W: *Uczeni i ich badania*. Warszawa: PAN; 2002, s. 251-292.

² A. Górski. Konflikt interesów i jego znaczenie w nauce. W: *Problemy etyczne w nauce*. Warszawa: Wyd. Instytut Problemów Współczesnej Cywilizacji, 2002.

³ M.W. Grabski. *Nauka, etyka i pieniądze*. Wygłoszone na UMCS w dn. 20 października 2003.

naukowe nabywają cech organizacji biznesowych. Z prawdziwą nauką wiąże się ryzyko przyjęcia mylnej hipotezy badawczej, a to wiąże się z finansowym ryzykiem sponsorowania planowanych badań. Tylko dyletanci, oszuści i producenci pozorowanych prac naukowych wiedzą, jaki powinien być rezultat końcowy ich prac.

Finansowanie nauki przestało być bezinteresowne, a głównym kryterium wartości prac badawczych staje się już nie tylko stopień użyteczności dokonanych odkryć, lecz ich wartość rynkowa. Co więcej, „oczekiwany wynik nie musi odpowiadać prawdzie, jeżeli tylko przyczynia się do uzyskania odpowiedniego efektu marketingowego i wyparcia konkurencji z rynku”³.

Medycynę kliniczną zalicza się do nauk stosowanych, a doświadczenie życiowe uczy, że nie ma nic bardziej praktycznego niż dobra teoria. Świetną ilustracją tego problemu jest anegdota. Pracownik M. Faradaya zajmującego się problemem indukcji elektromagnetycznej wizytował ówczesny premier Wielkiej Brytanii. Po przeprowadzonym doświadczeniu zapytał on uczonego. Co będziemy mieli z tego, że sfinansujemy te badania? Jeśli badania te sfinansujecie to już wkrótce będziecie mogli wyniki mojej teorii bardzo wysoko opodatkować – brzmiała odpowiedź – a chodziło o opracowanie podstaw działania elektrowni⁴.

W nauce pogoda jest tylko dla bogaczy. O ile jednak eksplozja naukowych możliwości zwiabiła układy komercyjne, o tyle w ramach sprzężenia zwrotnego finansowe możliwości pobudziły aspiracje badawcze pracowników nauki. Komercyjne perspektywy zawsze kuszą i zwiększają ludzkie chęci, siłę woli, zapał i inwencję. Pieniądze to przecież jeden z najsilniejszych bodźców ludzkiej aktywności.

Współcześnie radykalnie zmienia się sposób tworzenia wiedzy. Powstaje ona coraz częściej w procesie aplikacji i tworzona jest coraz częściej nie na uniwersytetach, lecz w przedsiębiorstwach produkujących „towary” naukowe o najwyższym standardzie i usługi wymagające zupełnie innego sposobu zarządzania⁵. Uczelnie tracą więc przodującą rolę w badaniach naukowych również między innymi dlatego, że rządy mają ograniczone możliwości sponsorowania badań naukowych. Natomiast rola uczelni i klinicznych ośrodków naukowych niepomierne wzrasta w odniesieniu do badań klinicznych. Nie tylko w zakładach doświadczalnych i laboratoriach, lecz także przy łóżku chorego można wzbogacać naukę o nowe odkrycia. Dlatego od lat twierdzą, że jeden wyleczony chory ma wartość odkrycia naukowego, jeśli proces diagnostyczno-terapeutyczny nie był procesem rutynowym.

Wiemy jednak, że komercjalizacja nauki może łatwo prowadzić do spaczeń, ponieważ „mieszanie pojęcia biznesu z pojęciem nauki łatwo prowadzi do zgody na

to, że to pieniądź stanowi kryterium prawdy”⁶. W codziennej praktyce atutowym kryterium oceny wartości prac naukowych w medycynie staje się ich użyteczność oraz możliwość ich zastosowania w powszechnej opiece zdrowotnej.

Medycyna kliniczna

Współczesna medycyna kliniczna opiera się na naukowych faktach (*evidence based medicine*), oraz umiejętności – a więc sztuce ich praktycznego wykorzystania. Gdyby nie było biologicznej różnorodności pomiędzy ludźmi, medycyna kliniczna stałaby się wówczas „czystą nauką”. Natomiast pojęcie „sztuki” w medycynie wyraża umiejętność intuicyjnego wykorzystania wiedzy medycznej, technologii oraz klinicznego doświadczenia w praktyce lekarskiej.

Współcześnie zbliżyliśmy się do pełnej możliwości identyfikowania uwarunkowanych genetycznie różnic pomiędzy osobnikami i przewidywania reakcji na leczenie każdego z chorych. Medycyna staje się więc coraz bardziej nauką, a coraz mniej sztuką. Nie przestaje natomiast być nauką i praktyką (*evidence based medical practice*).

Medycyna jako nauka i praktyka usytuowana jest w przestrzeni między życiem i śmiercią, oraz między zdrowiem a chorobą. Jednakże problemy zawarte w tych przestrzeniach wykraczają daleko poza problemy czysto medyczne. Trudno jest, bowiem bezproblemowo poruszać się na obrzeżu nauk ścisłych, biologii, nauk klinicznych, psychologii, sztuki, rzemiosła, magii, przesądów, prawa, organizacji i ekonomii. Tak więc problemy medycyny klinicznej umiejscowione są nie tylko w oddziałach szpitalnych i poradniach. Zasadnicze czynniki decydujące o poziomie nauki, praktyki medycznej oraz zdrowotności całego społeczeństwa znajdują się więc poza obszarem kompetencji lekarskich.

Najważniejszymi elementami charakteryzującymi medycynę kliniczną i opiekę zdrowotną w danym kraju są jej standard i dostępność. Standard jest wiernym odbiciem stanu nauki, kultury, cywilizacji, stanu ekonomicznego danego kraju. Natomiast dostępność świadczeń medycznych to wynik obowiązujących przepisów prawnych. Zależą one jednakże zawsze od relacji: bogactwa państwa i bogactwa obywateli a ponadto w bardzo precyzyjny sposób odzwierciedlają też zarówno rzeczywisty stosunek grupy rządzącej do obywatela, jak i stopień obywatelskiej solidarności. A Polska jest „państwem bez społeczeństwa”, a do tego o niskim wskaźniku kapitału społecznego⁷.

Medycyna kliniczna to wiedza i umiejętność jej wykorzystania. Tu nie wystarczy intelektualista. W medycynie klinicznej nauka jest czynnikiem koniecznym i sprawczym, obiektywnym i wiarygodnym, ale nie gwa-

⁴ T. Grotshalk. Mikro- i nanotechnologie dla medycyny, transportu, i informatyki. W: *Nauka dla Polski*. Warszawa: PAN; 2006, s. 49-52.

⁵ Kwiatkowski S. *Przedsiębiorczość intelektualna*. Warszawa: PWN; 2003.

⁶ W. Zagórski-Ostoja. Instytuty badań podstawowych – misja, funkcja, administracja, perspektywy. *Nauka* 2006; 1: 149-152.

⁷ J. Czapiński. Polska – państwo bez społeczeństwa. *Nauka* 2006; 1: 7-26.

rantującym zwiększenia klinicznej skuteczności. Na wykorzystanie w praktyce zdobyczy naukowych niewątpliwym wpływ mają takie czynniki, jak potencjał intelektualny badaczy i praktyków, czynniki ekonomiczne, finansowe⁸, polityczne, religijne, etyczne, standard cywilizacyjny i kulturowy oraz czynniki determinujące sposób przekazywania wiedzy, a zatem możliwości i umiejętności edukacyjne oraz społeczne poczucie „solidarności w zdrowiu”.

Edukacja

Współcześnie zaciera się różnica między działalnością lekarską a naukową. Dlatego też proces dydaktyczny powinien studentom wpoić przekonanie, że ich rola jako lekarzy nie polega na rutynowej pracy, lecz na traktowaniu swej lekarskiej pracy jako „twórczości”. Każdy lekarz powinien stać się „badaczem” praw obowiązujących w medycynie klinicznej.

Wszystkim manipulatorom w zakresie opieki i ochrony zdrowia warto zwrócić uwagę, że czas potrzebny do wyszkolenia jednego specjalisty w zakresie medycyny klinicznej przekracza żywot kolejnych rządów i parlamentarnych kadencji. Ponadto działalność lekarza praktyka w znamienne dużym stopniu determinowana jest nie tylko przez etykę, ekonomię i obowiązujące prawo, ale również przez zmienne jakościowo wzorce zachowań swoich nauczycieli i przełożonych.

Ochrona zdrowia

W celu jednoznacznego przedstawienia problemu finansowania lecznictwa sformułuję retoryczne pytanie – czy można sobie wyobrazić, aby mógł istnieć jakikolwiek skuteczny system ochrony zdrowia, który byłby wydolny przy niewystarczającym finansowaniu? Trzeba zdawać sobie również sprawę, że limitowane finansowanie oznacza limitowanie świadczeń leczniczych i obniżanie ich jakości. Bez pieniędzy wszelkie zmiany organizacyjne i merytoryczne będą mieć charakter tylko dekoracyjny, a deklarowane zmiany powodować mogą tylko pozorną, statystycznymi ozdornikami wyrażoną poprawę.

W sytuacji, gdy szpitale publiczne zmuszone są do kontraktowania świadczeń leczniczych na poziomie cenowym niższym niż ponoszone koszty, trudno byłoby nawet mówić o możliwości wdrażania naukowych osiągnięć do klinicznej praktyki szpitalnej. Chyba że na kredyt, licząc na kolejne oddłużenie szpitala. Unowocześnianie pracy szpitalnej odbywać się może tylko tam, gdzie będą „na to i z tego” pieniądze.

Salus aegroti vs salus populi suprema lex

W rozwiniętych krajach działalność naukowa wchodzi w codzienność i zaciera się różnica między działalnością

nią naukową a kliniczną. U nas wartość prac naukowych z zakresu medycyny klinicznej polega w dużej mierze na zasypywanie przepaści cywilizacyjnej, która dzieli nas od krajów rozwiniętych, oraz pielęgnowaniu i rozwijaniu naukowej myśli lekarskiej. Pomimo tego polska medycyna kliniczna utrzymuje się w peletonie europejskiego obszaru nauk klinicznych, a niektóre w czołówce.

W społeczeństwach biednych dostęp do ochrony zdrowia staje się proporcjonalnie do stopnia ubóstwa coraz mniej osiągalny – a więc elitarny. Zdrowie obywateli staje się, więc „wartością klasową”, a w rozwiniętym ekonomicznie społeczeństwie rozróżnić można następujące „klasy społeczne”: równi, równiejsi, niepożądani i wykluczeni. W społeczeństwach bogatych z założenia istnieje większa możliwość organizacji egalitarnego dostępu do ochrony zdrowia stwarzającego większe szanse powszechnego zastosowania najnowszych naukowych i technologicznych zdobyczy.

W odczuciu społecznym sprawiedliwy podział funduszy na ochronę zdrowia to taki, który zapewnia wszystkim pacjentom cierpiącym na daną chorobę jednakowe szanse leczenia i wyzdrowienia. Tak więc chodzi o równość szans dla wszystkich o jednakowych potrzebach zdrowotnych w aktualnych uwarunkowaniach ekonomicznych.

„Solidarność w zdrowiu”

W przypadku niewydolności powszechnej ochrony zdrowia kontrasty w dostępie do lecznictwa mogą być w znamienne dużym stopniu niwelowane przez społeczne poczucie „solidarności w zdrowiu”, a zachowania altruistyczne „tak dalece odbiegają od paradygmatu darwinowskiego, że mogą one występować jedynie u ludzi, a w żadnym przypadku na szczeblu podludzi”⁹. Tak więc, pomimo że w biologii zjawisko altruizmu nie istnieje, to jednak życie gatunku *homo sapiens* nie powinno ograniczać się tylko do sfery biologicznej i być sterowane wyłącznie prawem walki o byt. Jednakże u nas wezwania do dbałości o zdrowie wszystkich, a nie tylko dobrze sytuowanych obywateli, jako wyraz troski o dobro społeczne, często nazywane bywa populizmem.

Rynkowa ochrona zdrowia

Prawa rynku nie obejmują całej misji, jakiej od ochrony zdrowia i lekarza oczekuje społeczeństwo i chory. Dobroć, poświęcenie, nadobowiązkowy wysiłek, bezinteresowność, naturalność, normalność, spontaniczność, szlachetność, współczucie – jako elementy humanistycznego stosunku człowieka do człowieka, bliźniego – są przecież z tytułu samej tylko definicji przeciwstawne zasadom polityki rynkowej. Dla rynkowego przedsięwzięcia elementy te są balastem. Pozbywając się balastu, zwiększamy zysk, który jest podstawowym celem rynkowej gry.

⁸ T. Tołłoczko. Ethical implications in the allocation of scarce medical resources in Poland. *Science and Engineering Ethics* 2000; 6: 67-70.

⁹ M. Jędraszewski. Duchowość człowieka jako zdolność wypowiedania posłuszeństwa zasadzie MF. *Nauka* 2006; 1: 79-92.

Nie podlega wątpliwości, że w ten sposób wyłącznie rynkowa organizacja ochrony zdrowia prowadzi wprawdzie do znamiennej większej wydajności pracy i inwestycji, ale równocześnie do pełnej klientelizacji stosunków między ludźmi, co prowadzi prostą drogą do społecznych nierówności.

Z chwilą urynkowania usług medycznych należy w zasadzie przestać mówić o służbie zdrowia, wolny rynek wymienił bowiem społeczną solidarność na konkurencyjność¹⁰, ze wszystkimi tego konsekwencjami. Dziś chory staje się dobrze, grzecznie i bez pośpiechu obsłużonym klientem, który musi jednak najpierw zagwarantować kupno świadczenia, a dopiero potem może z niego skorzystać. Tak więc nie ratowanie zdrowia chorego, ale możliwość kupna świadczenia staje się bezwzględny warunkiem udzielenia pomocy. Prywatna ochrona zdrowia spełnia jednak również swoje, zgodne z prawem, społeczne zadania.

Patenty

W produkcji niematerialnej kluczowe znaczenie odgrywa problem własności intelektualnej. Chodzi tu o prawa autorskie, patenty itp. Wyłania się tu problem etyki¹¹ przekazu zdobytej wiedzy. Metodyka badań podstawowych o możliwym zastosowaniu uzyskanych wyników w praktyce, a więc i w badaniach medycznych, objęta jest najczęściej ścisłą tajemnicą celem szybkiego opatentowania uzyskanych wyników i ich wcześniejszego niż wdrożenia konkurencja.

Nieodłącznym atrybutem pracy naukowej było dotychczas bezinteresowne poszukiwanie prawdy i dzielenie się nią z innymi. Jednakże naukowiec, aby utrzymać się na powierzchni naukowej sceny, musi traktować swoją wiedzę i umiejętności jako towar podlegający prawom rynku. Z pewnością chciałby też zapewnić sobie finansowe możliwości dalszego usprawnienia swego wynalazku lub odkrycia nowego, a co najmniej zwrotu już poniesionych kosztów.

System patentowy sprawia, że koszt opieki medycznej powiększa się zarówno z powodu opłat licencyjnych, jak i dodatkowego ubezpieczenia lekarzy. Tak więc korzyści z patentowania procedur medycznych, jakie odnieść może zarówno chory, jak i społeczeństwo, bywają znacznie ograniczone, ponieważ wynalazca może nie być zainteresowany swobodnym upowszechnieniem jego wynalazku bez uzyskania odpowiedniego – zwykle dużego – finansowego ekwiwalentu.

Wiele argumentów przemawia również i za tym, że system patentowy procedur medycznych stymuluje bardziej marketing niż wynalazczość, wspomaga bardziej nauki stosowane niż podstawowe oraz że jest to metoda „ślepej” promocji technologii.

Była redaktor naczelna¹² *The New England Journal of Medicine* w swym wspaniałym opracowaniu podaje, że „ceny leków pobierane przez wytwórców mają mały związek z kosztem ich wytwarzania i mogłyby zostać drastycznie obcięte bez najmniejszego zagrożenia dla „Research & Development” producentów.

Dla ilustracji istniejących tu różnic między „dawnymi a nowymi czasami” podam dwa przykłady. Einstein rozpoczął swoją karierę naukową w urzędzie patentowym. Nie przyszło mu jednak do głowy opatentowanie praktycznych aspektów równania $E=mc^2$. Kiedy spytano Jonas Salka, dlaczego nie opatentował szczepionki przeciw polio, którą w latach 50. XX wieku zastosowano wobec dziesiątków milionów ludzi – ten odpowiadał – „That would be like patenting the sun”.

Świat nauki zmierza jednak do opatentowania „metody na życie”, która zmonopolizowana zostałaby w kilku/kilkunastu zaledwie krajach czy instytucjach. Będzie to krańcowym przykładem prywatyzacji nauki, wiedzy i społecznych motywacji, innowacyjności i kreatywności. Mamy tu do czynienia z konfliktem interesów między ośrodkami badawczymi a społecznościami, państwami, a zwłaszcza chorymi. Jednakże komercjalizacja nauki doprowadziła do zwiększenia nakładów na badania naukowe, uzyskując znamienne zwiększenie zarówno wartości uzyskiwanych wyników, jak i tempa ich uzyskiwania.

Przyszłość i transformacja

Przyszłość tworzy się dziś. Dzisiejsza nauka determinuje jakość zarówno jutrzejszej medycyny klinicznej, jak i ochrony zdrowia. Wydaje się, że spośród wszystkich odkryć biologii kliniczna możliwość określenia genetycznego ryzyka rozwoju choroby u każdego osobnika pozwoli w przyszłości na wczesne jej wykrycie, wczesną i celowaną interwencję terapeutyczną i na oddzielny plan leczenia dla każdego chorego¹³.

W przyszłości transformacja w ochronie zdrowia z pewnością będzie więc ukierunkowana na prewencje, profilaktykę oraz wykorzystanie kolejnych odkryć w zakresie biomedycyny do prowadzenia indywidualnej terapii¹⁴. Niestety, ta droga prowadzi do nieuchronnego zwiększenia kosztów zarówno poszczególnych świadczeń, jak i całej ochrony zdrowia. Jednakże zarządzanie innowacjami, zwłaszcza w sytuacji kryzysowej, w jakiej znajduje się obecnie nasza ochrona zdrowia, przekracza granice nauki, wiedzy i doświadczenia. Staje się sztuką, której wynik końcowy zależy od przypadków losowych.

¹⁰ Z. Szawarski. Mądrość i sztuka leczenia. *Słowo/obraz terytoria*. Gdańsk: 2006.

¹¹ T. Tołłoczko. Surgical patents and patients – The ethical dilemmas. *Science and Engineering Ethics* 2005; 11: 1-9.

¹² M. Angell M. The truth about the drug companies. How they deceive us and what to do about it. *Ranadom House*. New York: 2004. Tłum. polskie: supl. „Aptekarz” 2005; 13.

¹³ J. Bell. Predicting disease using genomics. [Review]. *Nature* 2004; 429: 453-456.

¹⁴ T. Buchman. The community of the self. *Nature* 2002; 420: 246-251.

Etyka

Musimy sobie uświadomić, że w końcowym efekcie jakość opieki zdrowotnej wobec pojedynczego chorego, jak i całego społeczeństwa, jest również w pełni zależna od zgodności postępowania z normami moralnymi na wszystkich etapach drogi – od pomysłu badawczego do klinicznego wykorzystania dokonanego odkrycia. W ten sposób dochodzimy do problemu standardu moralnego i poczucia odpowiedzialności poszczególnych lekarzy, obywateli, i oraz całego społeczeństwa. Bertrand Russel powiedział: „Bez moralności obywatelskiej społeczeństwa giną. Bez moralności osobistej nie są warte przetrwania”.

To etyka pracy naukowej, przedsiębiorczości, biznesu, organizacji ochrony zdrowia i etyka lekarskiej pracy określają i warunkują, czy i jaką korzyść odniesie chory z odkrycia naukowego lub usprawnienia technologicznego. Jednakże współcześnie to już nie wiedza, nie prestiż, nie chwała, nie etyka, ale wprost pieniądze manewrują układem międzyludzkich stosunków, a w tym i układem między nauką a rynkiem oraz rynkiem a chorem.

Specyfiką naszej medycyny jest to, że finansowanie i organizacja ochrony zdrowia nie uwzględnia dylematów lekarskiego sumienia, a im mniej jest pieniędzy, tym więcej dylematów moralnych i moralnych pułapek, w które niekiedy lekarze wpadają. W ekonomicznym aspekcie ochrony zdrowia oddzielnym zagadnieniem jest etyka dystrybucji środków finansowych i zakres ponoszonej za to odpowiedzialności. Problem ten jest bardzo rozległym odrębnym problemem naukowym¹⁵.

Medycyna jest bardzo specyficzną sferą, w której same przepisy prawne i nadzór administracyjno-biurokratyczny na wszystkich jej poziomach są z założenia niewystarczające, a więc skazane są na nieskuteczność. Najsprawniejszym i bezbłędnym regulatorem i sterownikiem wszelkich działań w medycynie od odkrycia naukowego aż do procesu leczenia jest zawodowa etyka oraz ukształtowane sumienie badacza, lekarza, przedsiębiorcy i decydenta określającego wysokość nakładów finansowych i ich dystrybucję.

Omówienie

Zarówno przed badaczem w naukach podstawowych, jak i przed badaczem klinicystą ujawniają się nie tylko pytania o *know how – what, why, who, when, which, where*, ale również pytania o współzależności między tymi pytaniami i uzyskanymi odpowiedziami.

Sukces naukowy i kliniczny to sprawa wiedzy i pieniędzy. Tak więc, będąc uzbrojonym w kwalifikacje i wolę sukcesu, trzeba dokonywać inwestycji w wiedzę i kwalifikacje. Taka inwestycja jest jednak bardzo kosztowna. Dlatego bardzo istotną sprawą jest też umiejętność zain-

teresowania biznesu, przemysłu, administracji i polityków badaniami w naukach podstawowych.

Na długiej drodze od inwencji twórczej do terapeutycznej skuteczności, przebiegającej jednocześnie w przestrzeni konsumpcyjno-rynkowej, z całą wyrazistością ujawnia się sprzeczność interesów na styku poszczególnych etapów tej drogi oraz na styku różnych specjalności i zawodów. Dla naukowca najważniejszą przesłanką jego działalności może być naukowy sukces, chwała, sława, prestiż, finansowa tantiema; dla etyka – niematerialna cena tego sukcesu, jednakże przez twórców i wyznawców urynkowionej etyki niematerialna cena naukowego sukcesu bywa lekceważona; dla przemysłowca, handlowca, managera niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej – finansowy zysk; dla dziennikarzy (niektórych) – rewelacja, sensacja i skandal; dla adwokatów (niektórych) – błąd lekarski; dla lekarza – terapeutyczny sukces, awans; dla chorego zawsze i wyłącznie – zdrowie.

Musimy jednak sobie uświadomić, że w końcowym efekcie jakość opieki zdrowotnej pojedynczego chorego, jak i całej społeczności jest w pełni zależna od zgodności postępowania z normami moralnymi na wszystkich etapach od naukowej koncepcji do leczenia.

Znany badacz przedsiębiorczości profesor Stefan Kwiatkowski¹⁶ zwrócił mi uwagę, że zbyt duże znaczenie przykładam do pieniędzy, bo „przecież to właśnie brak pieniędzy w przedsiębiorczości bywa podstawowym czynnikiem sukcesu” oraz, że nie przywiązuje dostatecznej wagi do organizacji i zarządzania, w skali zarówno makro, jak i mikro, a być może nawet w skali pojedynczego pacjenta. Argument jest bezdyskusyjnie słuszny i ze wszech miar przekonujący, ale moje odczucie wynika z życiowego doświadczenia, że pieniądź to władza a kto ma władzę nad pieniądzem, ten ma władzę nad ludźmi i motywami ich postępowania i decyzji. Dziś bowiem nad człowiekiem i społeczeństwem władzę mają pieniądze, a nie idee. Przed absolutną władzą pieniędzy chroni nas tylko mądrość, a więc i moralność.

Nie mam najmniejszych wątpliwości, że jeżeli wyrazimy np. zgodę na klonowanie, to nie zdołamy zapobiec komercjalizacji tego zagadnienia, łącznie z powstaniem i bujnym rozwojem szarej strefy. W tej sytuacji etyka kliniczna i biotechnologiczna przegra bój z prawami rynku. Trudno jest sobie w ogóle wyobrazić, aby jakkolwiek, nawet najpiękniejsza idea była w stanie wygrać starcie z takimi pieniędzmi, jakie niesie ze sobą nieograniczony moralnymi zasadami rozwój biotechnologii. Jest ogromne pole do działania. „Jestem niestety przekonany, że nie zaorzą tego pola wyłącznie medycy i finansiści. Nawet, jeśli na czas jakiś sami staną się chorymi!”¹⁶

¹⁵ T. Tołłoczko. Ethical implications in the allocation of scarce medical resources in Poland. *Science and Engineering Ethics* 2000; 6: 67-70.

¹⁶ Prof. S. Kwiatkowski. Kontakt osobisty.



Tadeusz Tołhoczko. Przewodniczący Komitetu Patofizjologii Klinicznej PAN. Profesor emerytowany Kliniki Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej Akademii Medycznej w Warszawie, były rektor Akademii Medycznej w Warszawie (1990-1996), członek Towarzystwa Naukowego Warszawskiego, były Przewodniczący Rady ds. Ochrony Zdrowia przy Prezydencie RP (1992-1995), były Członek Executive Committee (1981-1991), a następnie President of the International Hospital Federation (1987-1989). Doktor *honoris causa* Uniwersytetu Medycznego w Łodzi