

Paweł Nawara

Mazowiecki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

ODPOWIEDZIALNOŚĆ SPOŁECZNA PRZEDSIĘBIORSTWA W POLSKIM SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA: AUTONOMIA I PATERNALIZM

1. Wstęp

Celem referatu jest wskazanie na relatywizm w podejściu do problematyki odpowiedzialności społecznej w przedsiębiorstwach wykorzystujących wiedzę opartą na faktach naukowych. W związku z tym, że istniejące konstrukcje metodologiczne odnoszą się przede wszystkim do przedsiębiorstw działających w oparciu o wysokie technologie (*Knowledge-Based Economy* – dalej: KBE) oraz do przedsiębiorstw działających w systemie ochrony zdrowia (*Evidence-Based Medicine* – dalej: EBM), autor poddaje analizie wspólną część rynku wysokich technologii powiązanych z rynkiem usług medycznych.

Teza autora: odpowiedzialność społeczna rynku wysokich technologii i jej przejawy są bezpośrednio zależne od relacji wiążących dostawcę usług z odbiorcą oraz dostawcę usług z wytwórcą wysokich technologii. Zależność ta jest dodatkowo pogłębianą przez funkcję płatnika w systemie ochrony zdrowia.

O odpowiedzialności społecznej przedsiębiorstw napisano już wiele; autor, przed przedstawieniem przedmiotu referatu, chciałby zwrócić uwagę na sokratejskie pytania o pojęcia ogólne, szczególnie w kontekście rynku wysokich technologii stosowanych m.in. w medycynie: otóż czymże jest owa odpowiedzialność?

2. Odpowiedzialność – podstawowe założenia

Według klasycznego dziś słownika¹ odpowiedzialność wiąże się z poczytalnością, sprawiedliwością, miłością. Niewątpliwie odpowiedzialność jest przede wszystkim akceptacją konsekwencji jakiegoś czynu oraz uznaniem jego spraw-

¹ *Mały słownik terminów i pojęć filozoficznych*, opr. A. Podsiad, Z. Więckowski, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1983.

stwa. Podstawowymi warunkami odpowiedzialności są: (1) istnienie prawa, (2) poczytalność, (3) wolność. Zadajmy więc sobie pytanie, jak spełnione są dziś warunki konieczne do dyskusji o odpowiedzialności w ogóle.

Istnienie prawa jest faktem niepodważalnym, choć jest ono kontrykcyjne; w tematyce referatu, szczególnie w zakresie medycyny, bądź nie wydano jakiegoś ważnego aktu wykonawczego, bądź aktem prawnym wymusza się działania nie mające wiele wspólnego ze swobodą zarządzania (tzw. ustawy podwyżkowe, które doprowadziły do poważnego wzrostu zadłużenia placówek publicznej ochrony zdrowia). Ani działalność firm farmaceutycznych, ani zasady wprowadzania na rynek nowych urządzeń diagnostyczno-terapeutycznych również nie są regulowane kompletnym zestawem aktów wykonawczych, ale taka sytuacja dotyczy całości polskiego systemu prawnego, więc należy ją z pokorą przyjąć.

Niepoważne byłoby twierdzenie, że działania rynkowe mogą być pozbawione poczytalności. Istnieje jednak sfera, w której poczytalność zajmuje miejsce co najmniej drugie – na pierwszym stoi, jak chcą jedni, dobro publiczne, jak chcą drudzy – polityka.

Był taki czas, gdy w Polsce wolnością określano zdanie sobie sprawy z istniejących ograniczeń. Czy dziś taka ironiczna definicja ma rację bytu? W odniesieniu do tematyki tu podnoszonej, wolność to przede wszystkim uprawnienie do czynienia bądź nieczynienia czegoś ze względu na przyjęte normy etyczne.

Uznając, że o odpowiedzialności możemy – z pewnymi ograniczeniami – mówić, zastanówmy się, jak mówić o odpowiedzialności społecznej przedsiębiorstwa. W wielu środowiskach do dziś podstawą teleologiczną przedsiębiorstwa jest maksymalizacja zysku; są jednak i tacy ekonomiści, którzy zauważyli wagę godności człowieka w praktyce gospodarczej (choćby L. Balcerowicz). Zdaniem autora podstawowe zdefiniowanie odpowiedzialności społecznej przedsiębiorstwa to – poza spełnieniem warunków koniecznych samej odpowiedzialności – odpowiedzialność o godność interesariuszy przedsiębiorstwa.

„Przemysł nowoczesny wymaga organizacji podstawowych zasobów radykalnie różnej od wszystkiego przedtem. Po pierwsze, horyzont czasowy nowoczesnej produkcji i decyzji w biznesie jest tak odległy, że znacznie wykracza poza długość życia człowieka jako aktywnego czynnika w procesie gospodarczym. Po drugie, trzeba wnieść do organizacji zasoby, materialne i ludzkie, którym dla ich produktywności trzeba zapewnić wysoki poziom trwałości. Po trzecie, te zasoby, materialne i ludzkie, muszą być ujmowane w duże skupiska”². Przytoczone zdanie P.F. Druckera potraktujmy tu jak wstęp do rozważań o roli, jaką odgrywają wspólnie KBE i EBM. Obie te – tak je określimy – postawy metodologiczne mają wiele wspólnych cech, z których najistotniejsze, to:

² P.F. Drucker, *Praktyka zarządzania*, przekł. T. Basiuk, Z. Broniarek, J. Gołębiowski, Czytelnik Nowoczesność AE, Kraków 1998, s. 408.

- konieczność prowadzenia takiej polityki w zakresie nauki, która pozwoli na prowadzenie kosztochłonnych badań (pozyskiwanie badań);
- posiadanie infrastruktury informacyjnej, która pozwoli na niemal jednoczesne porównywanie bądź kompletowanie badań prowadzonych w różnych ośrodkach naukowych (stymulowanie badań);
- dysponowanie odpowiednim zapleczem doświadczalnym (wykorzystanie badań).

3. KBE i EBM w systemie ochrony zdrowia

W opisywanym tu obszarze rynku sytuacja tych trzech czynników nie jest doskonała. W *Raporcie o ochronie zdrowia w Polsce*³ czytamy, że Polska została sklasyfikowana na 21 miejscu (na 26) pod względem dostępu do nowoczesnej medycyny, a szczególnie źle oceniono dostęp do nowoczesnej farmakoterapii. Przykład rynku usług medycznych nie jest odosobniony: dlaczego tak się dzieje? Powszechnie wiadomo, że nakłady na naukę polską są na poziomie zbyt niskim: w 2005 r. było to 0,58 PKB, a do 2008 r. (według *Krajowego programu reform*) wydatki te mają wzrosnąć do 1,65% PKB. Wydatki na naukę polską to nie jedyny problem: tylko około 6% polskich naukowców zatrudnionych jest w przedsiębiorstwach⁴. Podczas szczytu w Goeteborgu w 2001 r., w podstawowym dokumencie, który ma uczynić z gospodarki UE gospodarkę najbardziej konkurencyjną i dynamiczną, *Strategii lizbońskiej*, założono wzrost PKB do 2010 r. do poziomu 3%; pozostaje mieć nadzieję, że cel ten zostanie osiągnięty. O planach zwiększenia wydatków publicznych na ochronę zdrowia dziś nie można powiedzieć nic ponad to, że muszą przestać być planami. Odpowiedzialność społeczna to także odpowiedzialność rządzących wobec rządzonych i to ich decyzje obarczone są dbaniem o godność człowieka, czyli każdego z nas.

Zarówno KBE, jak i EBM mają za swój przedmiot wiedzę, która jest stanem poznania mniej lub bardziej zintegrowanego. Różnie się wiedzę klasyfikuje; ze względu na przedmiot niniejszego referatu ustalmy, że mamy do czynienia z dwoma głównymi rodzajami wiedzy:

- wiedzą usystematyzowaną, skodyfikowaną, zorganizowaną;
- wiedzą „cichą”, która charakteryzuje się szczególną cechą: ma ją jedynie człowiek, który nie tylko posiada odpowiednie informacje będące wynikami kompilacji danych, ale je odpowiednio, według osobniczych cech umysłu, uszeregował, tworząc z nich wiedzę szczególną, często unikatową.

To właśnie wiedza „cicha” stanowi szczególny element wiążący KBE z EBM: szczególna wiedza naukowca (w naszym przypadku lekarza) może w istotny spo-

³ A. Koziarkiewicz, W. Misiński, A. Sośnierz, T. Teluk, *Raport o ochronie zdrowia w Polsce*, www.globalizacja.org.

⁴ Dane pochodzą z artykułu P. Kościelniaka, *Gospodarka oparta na wiedzy*, „Rzeczpospolita”, 31.05.2006.

sób, wykorzystując potencjał, jaki daje KBE, tworzyć rozwiązania unikatowe, dające szansę na zachowanie zdrowia bądź wręcz na jego poprawę.

„Gospodarka wiedzy jaką znamy obecnie jest przesłaniana przez coś nowego – nazwijmy to gospodarką kreatywną [...]. W stopniu wzrastającym główną kompetencją jest kreatywność – właściwe tworzywo mózgu, które sprawne korporacje opanowują po to, aby generować najwyższe piętra wzrostu. Zmieniają się reguły gry. Nie chodzi już o matematykę i naukę. Chodzi o kreatywność, wyobraźnię, a nade wszystko o innowacje”⁵.

Jak słusznie zauważył J. Wierzbołowski, indukcyjny charakter nauki zmienił się: dotychczasowy ciąg „od badań podstawowych przez prace rozwojowe i wdrożeniowe do innowacji”⁶ zatracił swój procesowy charakter i staje się interdyscyplinarnym tworzeniem (produkowaniem wiedzy); świetnym tego przykładem jest przemysł farmaceutyczny, gdzie często badania kliniczne nad lekami najnowszej generacji prowadzą do znacznego rozszerzenia ich stosowania w przypadkach chorób, które nie były brane pod uwagę. Najświetniejszym tego przykładem są dziś leki immunosupresyjne, które do niedawna stosowane były jedynie do obniżenia reakcji immunologicznej organizmu w przypadkach schorzeń autoimmunologicznych (np. atopowe zapalenie skóry) oraz po przeszczepach narządów; mówiąc wprost, obniżają one odporność organizmu, zapobiegając odrzuceniu przeszczepu. Jak się okazuje, wstępne badania kliniczne wskazują na możliwość ich stosowania także w schorzeniach o zupełnie innej etiologii, np. w schorzeniach demielinizacyjnych (stwardnienie rozsiane).

Rozszerzanie stosowania niektórych terapii wynika nie z owego ciągu „od badań podstawowych...”, lecz właśnie z kreatywności osób zajmujących się danym przypadkiem czy danym zjawiskiem, zatem łączona jest tu kreatywność jednostki z tygłem wiedzy, w którym mieszają się wszystkie etapy ciągu badawczego. Niezwykle interesującym zjawiskiem interdyscyplinarności badań są „leki sieroce”, czyli leki produkowane dla niezwykle małej populacji chorych. Na początku 2007 r. rozgorzał spór o leczenie trójki dzieci ze zdiagnozowaną mukopolisacharydozą typu VI: w Polsce są właśnie tylko trzy osoby z tym schorzeniem. Nie wdając się tu w szczegóły etiologii choroby, wiemy, że jest to choroba genetyczna, której leczenie ogranicza się jedynie do leczenia objawowego, to znaczy do polepszenia jakości życia; leczenie przyczynowe do niedawna było niemożliwe. Dziś istnieje lek, którego skuteczność jest podważana z powodu braku odpowiedniej grupy klinicznej, która potwierdziłaby skuteczność opracowanego w USA preparatu mającego wspomagać leczenie tej choroby. Do stworzenia preparatu, który być może okaże się skuteczny, przyczynili się nie tylko lekarze czy farma-

⁵ B. Nussbaum, *Get creative – How to build innovative companies?*, „Business Week”, 15.08.2005, za: A. Kukliński, *Ku kreatywnej Europie XXI wieku*, WSB-NLU, Nowy Sącz 2006.

⁶ J. Wierzbołowski, *Dematerializacja produkcji i rola państwa w rozwoju współczesnego przemysłu*, „Telekomunikacja i Techniki Informacyjne” 2000 nr 1-2, s. 23.

ceuci, ale także – a może przede wszystkim – genetycy i biolodzy zajmujący się działaniem enzymów, ponieważ leczenie przedmiotowe schorzenia polega na podawaniu rekombinowanego enzymu ludzkiego, którego brak uwarunkowany jest genetycznie. Dylematem moralnym w przypadku leków sierocych, leków na niezwykle rzadkie schorzenia, jest cena, jaką wszyscy płacimy: roczne leczenie trójki dzieci kosztuje ponad pięć milionów złotych, czyli tyle, ile wynosi półroczny budżet klinicznego oddziału dziecięcego. Decyzję o sfinansowaniu leczenia podjął Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ, mimo że żadne z tych dzieci nie jest mieszkańcem Mazowsza, z powodu prowadzenia terapii właśnie w Warszawie. Wiele dni trwała dyskusja nad tym, czy mamy moralne prawo, przy tak niskich środkach, jakimi dysponujemy na ochronę zdrowia, finansować terapię trójki dzieci lekiem o nie potwierdzonym zgodnie z zasadami EBM działaniu, zwłaszcza że środki na to leczenie mogłyby zostać przeznaczone na sfinansowanie półrocznej działalności 50-łóżkowego oddziału pediatrycznego. W efekcie terapia ta jest finansowana, a zastanowienia wymaga fakt niezwykle wysokiego kosztu preparatu. Sama jego produkcja nie jest szczególnie droga: wytwarzanie rekombinowanych białek ludzkich czy rekombinowanych enzymów to dziś olbrzymi przemysł o dobrze opracowanej technologii. Kosztem, który tu ponosimy, jest właśnie koszt owego „właściwego tworzywa mózgu” – kreatywności, która spowodowała powstanie preparatu; właściwym efektem produkcji jest tu konstrukt myślowy, który jest nieodłączną konsekwencją KBE: dematerializacją produkcji.

Odpowiedzialność społeczna wyrosła z etyki, owej arystotelesowej filozofii praktycznej, której głównym przedmiotem jest moralność oraz to, co z moralnością nierozłączne: wartość. Wartość jest cechą przysługującą danej rzeczy bądź jej przypisywana; wartość może być utylitarna, instrumentalna, hedonistyczna. Intrygujące w tym pojęciu jest to, że o wartości mówi się w etyce, estetyce i... w ekonomii. Okazuje się, że etyka z ekonomią ma bardzo dużo wspólnego, także w samym przedmiocie badania. W opisanym wyżej przypadku spotkały się dwa wymiary wartości: wartość życia, czy też wartość jakości życia człowieka, i wartość rynkowa leku. Spotkały się także dwie postawy: postawa trójki dzieci i ich rodzin mających niezbywalne, autonomiczne prawo do opieki zdrowotnej oraz postawa paternalistyczna z jednej strony środowiska medycznego, z drugiej – płatnika.

4. Relacje w systemie ochrony zdrowia

Odpowiedzialność społeczna w ochronie zdrowia ma swój szczególny wymiar, gdyż nie jest – jak w przypadku innych sektorów gospodarki – odpowiedzialnością wobec pracowników polegającą na organizacji szkoleń, podnoszeniu komfortu pracy czy – jak dawniej bywało – organizowaniu wycieczek na grzyby; nie jest też wyrazem sumienności wobec interesariuszy czy dbaniem o ochronę środowiska. Tutaj odpowiedzialność społeczna jest wyrazem odpowiedzialności za zdrowie i życie człowieka oraz jego godność, czyli za wartości podstawowe. Wartości te są niezbywalne, lecz ich respektowanie w opisywanym tu obszarze życia pojmowane

jest różnie właśnie w świetle swoistej dychotomii autonomii i paternalizmu w relacji pacjent–lekarz. Modeli takiej relacji jest kilka, warto – za T. Biesagą⁷ – pokrótce je prześledzić.

Konsumpcyjny model relacji pacjent–lekarz to model, w którym lekarz traktowany jest po prostu jak dostawca czy sprzedawca wiedzy bądź wręcz farmaceutyków; pacjent płaci za wiedzę lekarza bez chęci uzyskania informacji o możliwych wątpliwościach, bez oczekiwania na jego decyzję. Decyduje pacjent: „płacę i wymagam”. Z postawą taką często można spotkać się w instytucji płatnika, gdy pacjenci skarżą się na lekarzy (często skargi te dotyczą tego, że „lekarz nie przepisał mi tego leku, co chciałem”), z wyrzutem dodając, że przez wiele lat płacili składki ubezpieczeniowe i im się należy właśnie to.

Negocjacyjny model ma bardzo drastyczne konsekwencje; w dyskursie między lekarzem a pacjentem chodzi o to, czy życzenie pacjenta jest przez lekarza możliwe do spełnienia. Model ten tworzy dziś tak nieobojętne moralnie zjawiska, jak zgoda lekarza na decyzję pacjenta o przerwaniu terapii czy obecność lekarza przy popełnianiu samobójstwa. Przysięga Hipokratesa z jednej, a przyrodzona nam ufność wobec lekarza z drugiej strony nie mają tu zbyt wiele do powiedzenia, ważna jest umiejętna negocjacja warunków i ceny działania, którego życzy sobie pacjent.

Zawarcie kontraktu pacjenta z lekarzem to jeszcze jeden model relacji. Pacjent, podchodząc z nieufnością do efektów terapii, traktuje lekarza jak stronę umowy, często przybierającej formę spisanej umowy cywilnoprawnej, w asyście prawników czy ekspertów. Lekarz, w takiej samej asyście, podpisuje umowę i realizuje ją. Zauważmy: tak właśnie niektórzy rodzice traktują zapłodnienie *in vitro*, właśnie jak kontrakt, a nie jak możliwość pojawienia się jednego z najwspanialszych cudów świata: nowego życia.

„Model paternalistyczny w medycynie kojarzy się z dominacją, autorytaryzmem, arbitralnością, manipulowaniem pacjentem, okłamywaniem go, ukrywaniem prawdy i oszukiwaniem [...]. Na pewno należy dążyć, by w relacjach lekarz–pacjent było jak najmniej paternalizmu, a jak najwięcej partnerstwa. Działania paternalistyczne są poza przypadkami wyjątkowymi – bezprawne, nieetyczne, świadczą o niedostatku kultury i profesjonalizmu”⁸. Ten głos praktyka w dyskusji dotyczącej postaw uczestników „zdarzenia medycznego” wydaje się praktycznym odzwierciedleniem zasad EBM, wedle których paternalizm można podzielić na trzy rodzaje:

1. Paternalizm prawdziwy to takie działania medyka wobec pacjenta, które w żaden sposób nie są z nim konsultowane; nie są – bo nie mogą, gdyż o paternalizmie prawdziwym mówimy wówczas, gdy pacjent jest nieprzytomny, nieświadomy, głęboko upośledzony psychicznie.

2. Paternalizm upoważniony to swobodne, bezkonsultacyjne postępowanie lekarza w przypadku, gdy pacjent świadomie zrezygnuje z brania udziału w procesie

⁷ Za: T. Biesaga, *Autonomia lekarza i pacjenta a cel medycyny*, „Medycyna Praktyczna” 2005 nr 6.

⁸ W.T. Gajewski, *Z problematyki bioetycznej. Paternalizm czy partnerstwo?*, „Eskulap Świętokrzyski” 2005 nr 11.

decyzyjnym dotyczącym jego leczenia. Postępowanie takie to np. oświadczenie pacjenta przed określonym zabiegiem operacyjnym, że w przypadku wystąpienia konieczności wykonania interwencji dodatkowej, nie zaplanowanej, daje na to swoją zgodę. Tylko chirurg wie, co czuje, gdy przy klasycznym zabiegu okazuje się, że konieczne jest działanie daleko bardziej drastyczne.

3. Paternalizm nieupoważniony to po prostu działanie wbrew woli pacjenta. Klasycznym tego przykładem jest stosowanie preparatów krwi u pacjentów, którzy sobie tego nie życzą, mimo że dysponujemy w wielu przypadkach preparatami równie skutecznymi uzyskanymi w inny, niż klasyczne krwiodawstwo, sposób⁹.

Autonomia i paternalizm to podstawowe pojęcia, które, funkcjonując w etyce medycznej, mają wpływ na wszelkie relacje zachodzące w systemie ochrony zdrowia. Po wielu obserwacjach praktycznych, doświadczeniach zebranych w pracy w publicznych szpitalach, prywatnej przychodni, w instytucji płatnika autor zauważa poważne braki w rozumieniu pojęcia odpowiedzialności wśród uczestników rynku ochrony zdrowia. Kilkuletnie przemyślenia doprowadzają do sformułowania tezy o czteroaspektowym wymiarze koniecznej odpowiedzialności społecznej w ochronie zdrowia, szczególnie w kontekście coraz częściej wykorzystywanych wysokich technologii w praktyce medycznej oraz stosowaniu zasad EBM.

Posługując się metodologią dwóch postaw badawczych: KBE i EBM, odnajdujemy we wspólnym obu postawom języku autonomię i paternalizm, ale w innym, niż opisane, kontekście: **autonomia** procesu decyzyjnego i **paternalizm** przedstawianego wyboru dotyczy nie tylko relacji pacjent–lekarz, ale także relacji

- lekarz (bądź świadczeniodawca, czyli placówka medyczna) – płatnik (obecnie Narodowy Fundusz Zdrowia),
- pacjent (świadczeniobiorca) – płatnik,
- lekarz (lub świadczeniodawca, czyli placówka medyczna) – wytwórca dóbr używanych w procesie diagnostycznym/terapeutycznym.

Relacja między świadczeniodawcą a płatnikiem jest wielopłaszczyznowa: począwszy od konkursu ofert, który jest procedurą złożoną i rzutuującą na zabezpieczenie możliwości leczenia wszystkim ubezpieczonym, poprzez wymianę danych o zrealizowanych świadczeniach, które mają wpływ na przekazywane środki, aż do presji świadczeniodawców do finansowania przez płatnika świadczeń, których zasadność bywa wątpliwa.

Aspekty odpowiedzialności społecznej płatnika w tej relacji to przede wszystkim rzetelne, zgodne z najlepszą wiedzą oraz poparte metodologią EBM planowanie zabezpieczenia odpowiedniej populacji w odpowiedni rodzaj świadczeń. W obliczu stałego niedoboru środków finansowych płacić powinno się jedynie za te terapie, których skuteczność została dowiedziona. Odpowiedzialność świadczeniodawcy to przede wszystkim rzetelna informacja; niestety, w praktyce mamy do czynienia z wykazywaniem wielokrotnie tych samych zabiegów u tych samych pacjentów czy wręcz u osób zmarłych. Zdaniem autora w miejsce wielu kodeksów

⁹ Za: H.R. Wolff, P.C. Goetzsche, *Racjonalna diagnoza i leczenie. Wprowadzenie do medycyny wiarygodnej czyli Evidence-Based Medicine*, Aksis, Łódź 2005, s. 211.

etycznych funkcjonujących w środowisku medycznym (lekarzy, pielęgniarek i położnych, aptekarzy etc.), należałoby przede wszystkim stosować się do jednej z trzech głównych cnót – norm moralnych w szerokim znaczeniu: do **prawdomówności**. Płatnik powinien odpowiedzialnie, transparentnie konstruować zasady planowania finansowania świadczeń, a świadczeniodawca po prostu zdawać prawdziwą relację o tym, co realizuje.

Odpowiedzialność społeczna w relacji płatnik–pacjent to wielka odpowiedzialność urzędnika za zdrowie i życie pacjenta. Na biurka pracowników instytucji trafiają sprawy konkretnych ludzi, z konkretnymi problemami i konkretnymi oczekiwaniami. Trudno opisać, co czuje taki urzędnik, gdy dzwoni do niego matka syna chorego na padaczkę lekooporną, dziękując za to, że wyrażono zgodę na specyficzne leczenie dietą ketogeniczną prowadzoną w poradni dla dzieci, a syn skończył już dawno 18 lat: takie chwile warte są dużo. Niestety, urzędnik nie zawsze zauważa za leżącym pismem człowieka, a pacjent nie zawsze uważa urzędnika za człowieka, któremu należy się poszanowanie jego godności. Cnotą, która powinna obie strony obowiązywać, jest banalnie brzmiące, a jakże wielkie słowo: **dobroć**, kolejna z trzech głównych cnót, czyli norm moralnych w szerokim znaczeniu.

5. Podsumowanie: etyka cnót

Etyka cnót, której renesans dziś przeżywamy dzięki wspaniałym pracom A. MacIntyre'a, wskazuje na trzecią jeszcze cnotę: **uczciwość**. Ta powinna przyświecać wszystkim tym producentom czy handlowcom, którzy chwytają się wszelkich metod, żeby zbyć swoje produkty, nie zważając na to, że mogą być nieprzydatne, a nawet szkodliwe. Świadczeniodawca, dostając propozycję niezwykle korzystnego finansowo zakupu sprzętu wysokiej klasy, zrobi wiele, by go mieć, nie zwracając uwagi na to, czy to właśnie ten sprzęt jest konieczny w jego placówce. W skali kraju toczy się dziś niezwykle intrygujący spór o aparaty służące do badań tomografii pozytonowej; w mediach wiele mówi się o niezwyklej przydatności tego sprzętu, o jego wyjątkowej dokładności, o tym, że będzie to sprzęt diagnozujący schorzenia onkologiczne w najwcześniejszym stadium. W Polsce funkcjonują już trzy aparaty tego typu¹⁰ i najprawdopodobniej będzie ich więcej; niewiele mówi się o tym, że badania tym aparatem są niezwykle kosztowne, a wskazania do badań są stosunkowo rzadkie. Płatnik, pod presją opinii publicznej, która nie musi znać wyników oceny zgodnej z zasadami EBM przydatności tego sprzętu, będzie zmuszony do finansowania badań, co zmniejszy pulę środków na inne świadczenia. W efekcie może zdarzyć się tak, że finansując wysokie technologie, nie mamy środków na finansowanie tych prostszych, a wręcz nie mamy środków na finansowanie tego, co zgodnie z zasadami KBE jest tak naprawdę najważniejsze: kreatywnych lekarzy.

¹⁰ W chwili obecnej finansowany przez płatnika jest aparat w Bydgoszczy; w czerwcu 2007 r. zaczęła funkcjonować aparaty w Warszawie i we Wrocławiu.

Konkludując: konieczne jest ujęcie dokonywanego wartościowania w procesie podejmowania decyzji autonomicznej (odbiorca) i paternalistycznej (dostawca, płatnik), która ma bezpośredni wpływ na wytwórcę, ukierunkowując rozwój badań w określonym kierunku tak, by system ochrony zdrowia pozostał systemem wydolnym, by podolał nieprostemu przecież zadaniu utrzymania bezpieczeństwa zdrowotnego kraju.

Presja zasad odpowiedzialności społecznej może kanalizować produkty wytwórcy w kierunku pożądanym społecznie, a nie wyłącznie w kierunku maksymalizacji zysku. A zasadami odpowiedzialności społecznej, oprócz kodeksów, niech będą te normy moralne, które nazywane cnotami tracimy czasami z pola widzenia: **dobroć, prawdomówność, uczciwość.**

Literatura

- Biesaga T., *Autonomia lekarza i pacjenta a cel medycyny*, „Medycyna Praktyczna” 2005 nr 6.
- Drucker P.F., *Praktyka zarządzania*, przekł. T. Basiuk, Z. Broniarek, J. Gołębiowski, Czytelnik Nowoczesność AE, Kraków 1998.
- Gajewski W. T., *Z problematyki bioetycznej. Paternalizm czy partnerstwo?*, „Eskulap Świętokrzyski” 2005 nr 11.
- Kościelniak P., *Gospodarka oparta na wiedzy*, „Rzeczpospolita”, 31.05.2006.
- Kozierkiewicz A., Misiński W., Sośnierz A., Teluk T., *Raport o ochronie zdrowia w Polsce*, www.globalizacja.org.
- Kukliński A., *Ku kreatywnej Europie XXI wieku*, WSB-NLU, Nowy Sącz 2006.
- Mały słownik terminów i pojęć filozoficznych*, opr. A. Podsiad, Z. Więckowski, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1983.
- Nussbaum B., *Get creative – How to build innovative companies?*, „Business Week”, 15.08.2005.
- Wierzbowski J., *Dematerializacja produkcji i rola państwa w rozwoju współczesnego przemysłu*, „Telekomunikacja i Techniki Informacyjne” 2000 nr 1-2.
- Wolff H.R., Goetzsche P.C., *Racjonalna diagnoza i leczenie. Wprowadzenie do medycyny wiarygodnej czyli Evidence-Based Medicine*, Akasis, Łódź 2005.

CORPORATE SOCIAL RESPONSIBILITY IN POLISH HEALTH-CARE SYSTEM: AUTONOMY AND PATERNALISM

Summary

The author takes up the question of postulate's realization of creation of four dimensions related with social responsibility in Polish health care system. The paper indicates relations between patients, health care officials and high-technologies producers from the side of methodology of Knowledge-Based Economy end Evidence-Based Medicine. The paper is based on author's experience in Polish health-care system from the side of National's Health Found research worker.

As a conclusion the author gives as a matter at issue the virtue's ethics consequences of Corporate Social Responsibility.