

Lesław Niebrój

Prawo pacjenta do uzyskania informacji medycznej: lekarze i reklama

Patient's right to obtain medical information: doctors and advertising

Zakład Filozofii i Etyki Śl. A. M

Wprowadzenie

Potrzeba ochrony jednostki przed niemalże nieograniczonym wpływem państwa stała się racją sformułowania „tablicy” takich praw człowieka, które jako przynależne mu z racji jego natury są niejako wcześniejsze od jakichkolwiek zobowiązań wynikających z dowolnych kontraktów społecznych. Fundamentalne znaczenie ma przy tym rozpoznanie „sfery życia prywatnego” jednostki, w którą ingerencja instytucji społecznych winna być w zasadzie wykluczona. Jednostka w społeczeństwie wchodzi w relacje z innymi, jednak relacje te nie mają już – jak było to przed rozpoznanie praw człowieka – charakteru przede wszystkim wertykalnego (w myśl zasady: ja wydaję polecenia, a ty jesteś im posłuszny) lecz raczej horyzontalny (ja i ty wydajemy polecenia i jesteśmy im posłuszni). Jednostki bowiem przestrzegane są jako autonomiczne podmioty niezbywalnych praw do tego, by być w pełni autorem i aktorem własnego życia..., tak zapewne można by scharakteryzować narodziny liberalizmu, który – wprowadzony w życie społeczne – zainicjował rewolucję liberalną, rewolucję demokratyczną (6).

Rewolucja ta, ze znacznym co prawda opóźnieniem, stała się udziałem także tego sektora życia społecznego, jakim jest ochrona zdrowia. Uznając publikację *A Patient's Bill of Rights* za wydarzenie inicjujące zerwanie z tradycją paternalizmu w medycynie, zaznaczyć należałoby, że rewolucja liberalna w medycynie dokonywała się raczej w imię zasad neoliberalizmu, wiąza-

nego z globalizmem, niż pierwotnego liberalizmu, jaki był znany z prac Adama Smith'a (9).

Teoretyczne założenia neoliberalizmu nie są przy tym zasadniczo od tych ostatnich różne. I tu, i tam przyjmuje się, że wolne oddziaływanie się na rynku prowadzi do lepszego zarówno rozdysponowania, jak i – w konsekwencji takiej alokacji dóbr – także wykorzystania dostępnych zasobów, prowadząc ostatecznie do podniesienia poziomu satysfakcji wśród konsumentów tych dóbr, a także szybszego tempa wzrostu ekonomicznego i rozwoju (4). Różna dla liberalizmu i neoliberalizmu pozostaje natomiast skala, w jakiej jego idee mają znaleźć zastosowanie w życiu społecznym. W przypadku neoliberalizmu jest to skala ogólnoswiatowa, gdy liberalizm koncentrował się na nieingerencji państwa w jego rynek wewnętrzny.

Indywidualizm, wolność rynku uzyskana drogą prywatyzacji i deregulacji oraz decentralizacja stanowią trzy fundamentalne zasady neoliberalizmu (9). Wszystkie one odgrywają właściwą sobie rolę w kształtowaniu przemian opieki zdrowotnej. Na postawiony w niniejszym artykule cel jakim jest prawo pacjenta do uzyskania informacji medycznej: lekarze i reklama szczególną uwagę zwracają dwie pierwsze z wyżej wymienionych zasad.

Indywidualizm, wolny rynek i opieka medyczna

Indywidualizm neoliberalizmu zakłada, że poszczególne jednostki zawsze są skłonne do

faworyzowania siebie, tak w stosunku do innych osób, jak i potrzeb (wykorzystania dostępnych dóbr) środowiska, w którym żyją. Co więcej, przyjmuje się że podejmując swoje działania jednostki spełniają je w sposób autonomiczny (13). Przyjęcie tego ostatniego założenia wymaga z jednej strony (negatywnie) wykluczenia takich nacisków na jednostkę, które sprawiłyby, że działanie jej miałoby charakter heteronomiczny, z drugiej zaś strony (pozytywnie) zapewnienie jednostce warunków umożliwiających dokonanie autonomicznych działań. To ostatnie oznacza w szczególności potrzebę zapewnienia jednostce adekwatnej wiedzy, której posiadanie jawi się jako warunek konieczny podejmowania decyzji skutkujących autonomicznym działaniem.

Realizacja poszczególnych ze wskazanych wymagań staje się kryteriami autonomiczności działań jednostki, w tym także jednostek wchodzących w takie relacje z pracownikami ochrony zdrowia, z racji których mogą być nazywane pacjentami (12, 5) gotowi byli stwierdzić, że „X działa autonomicznie tylko wówczas, gdy spełnia akty: (1) intencjonalnie; (2) ze świadomością i (3) bez zewnętrznej kontroli”. Przy czym, dany czyn uznawany jest za spełniający drugie ze wskazanych kryteriów wówczas, gdy świadomość pacjenta pozwala mu rozumieć istotę działania proponowanego mu w procesie czy to terapeutycznym, czy pielęgnacyjnym oraz znać racjonalnie przewidywalne skutki podjęcia lub zaniechania owego działania. Wymaga się zatem jedynie adekwatnej świadomości (wiedzy) pacjenta, odróżniając taką od świadomości (wiedzy) pełnej, a nawet tylko możliwie pełnej. Podobnie w przypadku trzeciego ze wskazanych kryteriów nie oczekuje się całkowitej wolności pacjenta, rozumianej jako niezależność od jakiegokolwiek formy zewnętrznej kontroli. Dla orzekania o autonomiczności danego czynu pacjenta wystarcza ma to, że jest on zasadniczo wolny od takiej kontroli (6).

Zasada indywidualizmu głoszona przez neoliberalizm prowadzi do przekonania, że poszczególnym jednostkom należy pozostawić jak największe pole wyboru w zakresie wydatkowania dostępnych tym jednostkom środków, na cele, uznane przez nie za wartościowe. Wolność rynku, będąc z jednej strony gwarancją dla realizacji tak pojętego indywidualizmu, z drugiej strony postrzegana jest jako efektywny (jedyńy rzeczywi-

ście efektywny?) sposób na osiągnięcie i utrzymanie stałego i wysokiego wzrostu ekonomicznego.

Drogą do osiągnięcia wolnego rynku jest zniesienie (istotne ograniczenie) regulacji ograniczających swobodny przepływ dóbr i prywatyzacja tych sfer życia społecznego, które pozostają pod kontrolą publiczną lub państwową. Wśród takich sfer i instytucji wciąż domagających się „wejścia” na wolny rynek neoliberaliści często skłonni są wymieniać: szkolnictwo, uniwersytety, opiekę zdrowotną, radio i telewizję, takie elementy infrastruktury jak drogi i transport publiczny, w szczególności koleje i linie lotnicze. Istnienie takich instytucji, jako kontrolowanych przez państwo jest przy tym uważane za nie dającą się zaakceptować ingerencję w ekonomię, a samo państwo widziane jest raczej w perspektywie „problemu ekonomicznego”, niż sposobu na rozwiązywanie takich problemów (9).

Wolny rynek, dzięki mechanizmom autoregulacji, zapewnia równocześnie podstawową sprawdziłość w rozdziale dostępnych środków. Co okazuje się szczególnie istotne w odniesieniu do ochrony zdrowia (11). Upodobnienie rynku opieki zdrowotnej do ideału wolnego rynku staje się zasadniczym motorem reform proponowanych przez neoliberalistów w tym sektorze życia społecznego. Podobnie jak gdzie indziej, i tu mają panować te same mechanizmy, a miarą skuteczności pozostaje jedynie wzrost ekonomiczny. Sektor opieki zdrowotnej, jeśli regulowany jedynie prawami wolnego rynku, miałby nie tylko przestać być obciążeniem dla społeczeństwa (dla budżetu państwa, co ostatecznie znaczy dla płatników podatków) lecz raczej instrumentem wzrostu ekonomicznego. Płacący za usługi opieki zdrowotnej, przyczyniliby się przecież do wzrostu obrotu kapitału. Jeżeli jednak opieka zdrowotna ma być skuteczna na wolnym rynku, nie wolno odmówić jej prawa do stosowania mechanizmów działania obowiązujących na takim rynku, w szczególności prawa do swobodnego korzystania z narzędzi związanych z reklamowaniem własnych usług.

Reklama medyczna: prawo pacjenta do informacji i prawo lekarza do udziału w wolnym rynku

Reklamowanie się lekarzy było postrzegane w Stanach Zjednoczonych, jako nieetyczne aż do 1975 r. Wówczas, za sprawą orzeczenia Fe-

deralnej Komisji ds. Handlu, zauważono, że uniemożliwienie lekarzom swobodnego reklamowania swoich usług narusza fundamentalne zasady amerykańskiego kapitalizmu, wprowadzając niesprawiedliwą nierówność pomiędzy lekarzami a innymi usługodawcami oferującymi swą działalność na wolnym rynku (10). Dyskusja dotycząca reklamy lekarzy (i reprezentowanych przez nich instytucji) miała dalej skupić się raczej na kwestii „jak”, a nie „czy” reklamować.

Co więcej zauważono, że reklama taka może mieć niezwykle istotne znaczenie dla pacjenta zapewniając mu możliwość zdobycia niezbędnej wiedzy do podjęcia autonomicznej decyzji o procesie leczenia i pielęgnacji, wyrażenia świadomej zgody czy raczej dokonania świadomego wyboru pomiędzy proponowanymi działaniami medycznymi (15). A warto przy tym także zauważyć, że niedostateczne informowanie pacjentów na temat ich choroby, prognozowania czy dostępnych opcji terapeutycznych postrzegane jest jako zasadnicze źródło braku satysfakcji pacjentów z usług świadczonych im przez sektor opieki zdrowotnej (1). Brak satysfakcji, który w warunkach wolnego rynku musi przekładać się na złe wyniki ekonomiczne, ostatecznie złą ocenę opieki zdrowotnej.

Jeżeli reklama medyczna rzeczywiście przyczynia się do wzrostu wiedzy potrzebnej pacjentowi w procesie leczenia, to reklamowanie się lekarzy staje się ich prawem już nie tylko w znaczeniu „przywilejem”, jako równoprawnych uczestników wymiany na wolnym rynku, ale także „obowiązkiem” w imię poszanowania zasady autonomii pacjenta. Przy czym poszanowanie zasady autonomii pacjenta spełnia wobec zagadnienia dopuszczalności reklamy medycznej podwójną rolę. Z jednej strony staje się źródłem zobowiązania do jej podjęcia, z drugiej wyznacza zasady jej poprawności.

Reklama medyczna: pomiędzy informacją a perswazją

Reklama, ze swej natury, zdaje się dążyć zawsze do realizacji dwu rozróżnialnych, przynajmniej w teorii, celów: poinformowania konsumenta o oferowanym towarze (usługach), w tym także o producencie (usługodawcy) oraz przekonania konsumenta do wyboru danego towaru

(usługi), co oznacza także danego producenta (usługodawcy) spośród innych dostępnych. W praktyce oznacza to z zasady takie informowanie, aby spełniało równocześnie funkcję perswazyjną. Zapewne nie można by danego działania nazwać reklamą, gdyby nie można w owym działaniu rozpoznać zarówno informacji, jak i perswazji. Z drugiej strony, z całą pewnością nie oznacza to, że każda reklama w równym stopniu jest informatywna i perswazyjna. Z pewnością jest możliwe różne położenie akcentów pomiędzy realizacją jednego lub drugiego celu. Pozwala to mówić o tzw. „reklamie informatywnej” z jednej strony, z drugiej o „reklamie perswazyjnej”. Przy czym należy je rozumieć raczej jako krańce pewnego continuum, niż w perspektywie dwu rozłącznych zbiorów.

W tym też sensie mówić można o medycznej reklamie informatywnej i perswazyjnej. Ta pierwsza postrzegania jest jako etycznie słuszna, jako respektująca zasadę autonomii pacjenta. Przekazując pacjentowi dane dotyczące leczenia, lekarzy i instytucji opieki zdrowia pozostawia ona pacjentowi realną wolność wyboru (10). Specyficzne problemy pojawiają się przy tym odnośnie tego, co powinna obejmować informacja przekazywana pacjentowi o osobach lekarzy.

Deklaracja z Lizbony (16) stwierdza, że pacjent ma prawo do swobodnego wyboru lekarza oraz zaakceptowania lub odrzucenia proponowanego mu leczenia w oparciu o adekwatną informację. Aby móc realizować swoje prawa, pacjent musi posiadać, niezbędne do wyboru lekarza i terapii (niewątpliwie dla prowadzenia terapii kluczowe niemalże znaczenie ma to, kto leczy) informację o osobie lekarza. Prawo to zostało rozpoznane przez jurysdykcję stanu Massachusetts już w 1997 r., kiedy, między innymi z wykorzystaniem Internetu (<http://www.docboard.org>), każdy z pacjentów mógł dowiedzieć się na temat wykształcenia zdobytego przez poszczególnych lekarzy, miejsca gdzie praktykują i godzin przyjmowania pacjentów, afiliacji do instytucji ochrony zdrowia, współpracy z firmami ubezpieczeniowymi ale także (co wzbudzało szczególne kontrowersje) informacji na temat udowodnionych błędów w sztuce, jakich dany lekarz się dopuścił, a z ostatnich dziesięciu lat także o postępowaniu dyscyplinarnym lub karnym, jeżeli takie przeciwko niemu się toczyło (7). Pomimo oporu i protestów w ślad tych rozstrzygnięć postępują także inne stany USA.

Medyczna reklama perswazyjna postrzegana jest, w odróżnieniu od informatywnej, z zasady jako etycznie wątpliwa lub wprost zła. Oceny takiej dokonuje się również w imię poszanowania zasady autonomii. Perswazja, zwłaszcza z wykorzystaniem mechanizmów psycho- lub socjotechnik, stanowi formę zewnętrznej względem działającego kontroli, stając się w określonych przypadkach formą zewnętrznego przymusu (3, 4). W tym właśnie zasada autonomii „wyznacza granice”, określa zasady poprawności reklamy medycznej.

Można przy tym wskazać, przynajmniej na swego rodzaju linie przewodnie, według których reklama medyczna winna być przygotowywana, by zbliżyć się do krańca wyznaczonego przez reklamę informatywną, unikać zaś tego związanego z perswazją (2). Wskazuje się, że punktem wyjścia w przygotowywaniu takiej reklamy winny być pytania stawiane przez samych pacjentów. Reklama winna rozwiewać najczęstsze nieporozumienia oraz niepokoje związane z proponowanym działaniem. Powinna przy tym odnosić się do wszystkich realnie dostępnych, innych niż proponowane w reklamie, alternatywnych opcji leczenia (unikać świadomego przemilczania rozwiązań konkurencyjnych). W treści reklamy pacjent powinien móc znaleźć rzetelną informację o korzyściach, ale i niebezpieczeństwach związanych z proponowanym leczeniem, określając (w miarę możliwości) prawdopodobieństwo osiągnięcia owych korzyści, ale także wystąpienia działań niepożądanych. W reklamie medycznej pacjentowi należy wskazać źródła, w których będzie mógł szukać dalszych informacji. W tym co dotyczy użytego języka oraz strony edytorskiej, od reklamy medycznej wymaga się, aby była wolna od sformułowań o charakterze alarmistycznym, przejrzysta, z wykorzystaniem czytelnych ilustracji, z wyraźnym wskazaniem, kto jest jej autorem i daty spisania informacji, które reklama zawiera.

Wnioski końcowe

Jakkolwiek uwagi dotyczące etyczności reklamy medycznej zostały powyżej sformułowane niejako „w obrębie” koncepcji medycyny neoliberalistycznej, równie wielkim nieporozumieniem byłoby bezkrytyczne odnoszenie ich poza wskazaną koncepcję, jak i odbieranie im wszelkiej

wartości w innych koncepcjach medycyny. To ostatnie dotyczy zwłaszcza tego, co wiąże się z poszanowaniem prawa pacjenta do zdobywania adekwatnej wiedzy, niezbędnej do podejmowania przez niego świadomego wyboru terapii i pielęgnacji. Zakaz reklamy medycznej jawi się zawsze, jako przejaw paternalizmu medycznego łamiącego fundamentalne prawa człowieka. Niewątpliwie przejawem takiego paternalizmu pozostaje zapis 63 p. 1 Kodeksu Etyki Lekarskiej (8) stwierdzający: „Lekarz tworzy swoją opinię jedynie w oparciu o wyniki swojej pracy, dlatego wszelkie reklamowanie się jest zabronione”. A warto zauważyć, że także w dokumentach prawa państwowego (np. w art. 56.1 Ustawy o zawodzie lekarza oraz art.18b Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej) znaleźć można podobne zapisy.

Streszczenie

Wpływy oddziaływujące na życie społeczne w Polsce w ostatniej dekadzie doprowadziły do zmiany w postrzeganiu standardów etycznych wielu grup zawodowych. W odniesieniu do praktyki medycznej wyróżnić należy, wśród wielu innych, dwa typy takich wpływów, a mianowicie te dążące do: (1) promocji autonomii pacjenta oraz (2) uznania zdrowia za towar podlegający prawom rynku, a praktykujących medycynę za uczestniczących w tym rynku na równi z innymi usługodawcami. Kwestia moralności reklamy medycznej (co znaczy zarówno reklamowania się lekarzy, jak i ich udziału w reklamach różnych produktów firm farmaceutycznych i innych) wydaje się być problemem, który jest podejmowany przy bardzo silnym oddziaływaniu obu wymienionych wpływów. Wskazuje się, że prawo lekarzy do reklamy stanowi jedno z fundamentalnych praw każdego uczestnika „wolnego rynku”. Reklama lekarska jest uznana za ważny i użyteczny element w realizacji prawa pacjenta do zdobywania adekwatnej wiedzy medycznej. Udział lekarzy w reklamie produktów różnorodnych firm może stawać się elementem promocji zdrowia (obowiązkowi lekarzy?). Jednakże należy pamiętać o dokonaniu rozróżnienia pomiędzy informatywną a perswazyjną reklamą, która odniesiona do medycyny jest moralnie wątpliwa lub wręcz zła. Wyliczone zostały niektóre warunki, które winna spełniać etycznie słuszna reklama medyczna.

W konkluzji stwierdza się, że zakaz reklamy, który stanowi normę zapisaną w Kodeksie Etyki Lekarskiej, jest nieetyczny.

Słowa kluczowe: **etyka lekarska, neoliberalizm, autonomia pacjenta, reklama medyczna**

Summary

Over the last decade, some forces have been at work, which have changed the ethic of many of the professions in Poland. In regard to medical practice there are, among other, two very powerful considerations which have led to recognition of (1) the patient as an autonomous subject and (2) health as a consumer product and medicine as an integral part of "free market". The question of morality of medical advertising by which I mean both doctors' advertising or their participation in the promotion of different products of pharmaceutical and other companies seems to be a very complex problem, which is subject to strong influence by both of these factors. Doctors' right to advertising is recognized as one of the fundamental rights of participants in the free market. Moreover, doctors' advertising is perceived as an important and very useful element of the realization of the patient's right to receive adequate medical information. On the other hand, doctors' participation in advertising products of different companies might be viewed as health promotion activity (doctors' duty?). However it is necessary to distinguish medical advertising which is informative form that which is persuasive. The latter, when applied to medicine, is ethically questionable or even wrong. In the paper, there are enumerated some conditions which ethically correct medical advertising should fulfill. A conclusion is drawn that prohibition of medical advertising, which is a norm of the Polish Doctors' Code of Ethics, is morally wrong.

Keywords: **medical ethics, neoliberalism, patient's autonomy, medical advertising**

Piśmiennictwo

1. Coulter A.: „Information or advertising? Health Expectations” 2001, 4: 203–204.
2. Coulter A., Entwistle V., Gilbert D.: Informing Patients: an Assessment of the Quality of

Patients Information Materials, King's Found, London, 1998.

3. Crisp R.: Persuasive advertising, autonomy, and the creation of desire, „The Journal of Businesses Ethics”, 1987, 6: 413–418.
4. Dyer A.R.: Ethics, advertising and the definition of a profession. „Journal of Medical Ethics”, 1985, 11: 72–78.
5. Faden R. R., Beauchamp T. L.: A History and Theory of Informed Consent, Oxford University Press, New York, 1986.
6. Gracia D. Fondamenti do bioetica. Sviluppo storico e metodo, San Paolo, Milano
7. Kluge E-H. W. (2000), Physicians' practice profiles and the patient's right to know, „Journal of Evaluation in Clinical Practice, 1993, 6/3: 235–239.
8. Kodeks Etyki Lekarskiej: Oficyna Wydawnicza Naczelnej Izby Lekarskiej, Warszawa.
9. McGregor S. (2001), Neoliberalism and health care, International Journal of Consumer Studies”, 1994, 25, 2: 82–89.
10. McKneally M. F.: Controversies in cardiothoracic surgery: Is it ethical to advertise surgical results to increase referrals? „The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery” 2002, 123/5: 839–841.
11. Niebrój L. L.: „Pokojowe i laickie społeczeństwo pluralistyczne” (H. T. Engelhardt): zasady sprawiedliwego finansowania ochrony zdrowia. „Pielęgniarstwo Polskie”, 2001, 11/1, 79–87.
12. Niebrój L., Cabaj M.: Kryteria autonomii pacjenta w praktyce pielęgniarskiej, [W:] Pielęgniarstwo w nowej erze. VI Kongres Pielęgniarek Polskich, Busko-Zdrój, 2002, 167–171.
13. Rösch M.: What Does Neoliberalism Mean?, <http://tiss.zdv.uni-tuebingen.de/webroot/sp/barrios/themeA2a.html> 1998.
14. Strum L, Similarities and Differences Between Neostructuralism and Neoliberalism, <http://tiss.zdv.uni-tuebingen.de/webroot/sp/barrios/themeA3c.html> 1998
15. Veatch R. M., Abandoning Informed Consent, [W:] Kuhse H., Singer P., Bioethics. An Anthology, Blackwell Publishers, Oxford, 523–532.
16. World Medical Association (1981), Declaration of Lisbon on the Rights of the Patient, WMA Farmborough, Hampshire

Adres do korespondencji

Lesław Niebrój
Zakład Filozofii i Etyki Śl. A. M.
ul. Medyków 12
40–752 Katowice
e-mail: lniebroj@poczta.onet.pl