

Konferencja naukowa

„Nowe technologie medyczne a standardowa opieka zdrowotna”

W dniach 5-6 czerwca 2014 r. odbyła się konferencja naukowa zatytułowana *Nowe technologie medyczne a standardowa opieka zdrowotna* zorganizowana przez Zakład Etyki i Filozofii Człowieka Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, Interdyscyplinarne Centrum Etyki Uniwersytetu Jagiellońskiego oraz Polskie Towarzystwo Bioetyczne. Konferencja odbyła się w ramach projektu „Sprawiedliwość w opiece zdrowotnej” finansowanego przez NCN. Przewodniczącym Komitetu Naukowego był prof. dr hab. Włodzimierz Galewicz z Uniwersytetu Jagiellońskiego – prezes Polskiego Towarzystwa Bioetycznego, a przewodniczącym Komitetu Organizacyjnego dr hab. Jakub Pawlikowski z Zakładu Etyki i Filozofii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. Patronat medialny nad konferencją objęło wydawnictwo Medycyna Praktyczna.

Konferencja cieszyła się dużym zainteresowaniem (około 140 uczestników, w tym około 70 wystąpień ustnych), co wskazuje na wagę podjętego tematu. Wśród prelegentów znaleźli się czołowi reprezentanci środowiska medycznego (między innymi konsultanci krajowi w dziedzinie genetyki klinicznej oraz chirurgii plastycznej), filozoficznego, jak i prawniczego, co świadczy o interdyscyplinarności przedsięwzięcia. Oprócz uczestników z Polski, udział w wydarzeniu wzięli również goście z Belgii, Wielkiej Brytanii i Ukrainy.

Celem konferencji była refleksja nad stosowaniem nowych technologii w medycynie w odniesieniu do standardowej opieki zdrowotnej w kontekście zasady sprawiedliwości. Nakłady na rozwój ochrony zdrowia to jedna z najważniejszych inwestycji na rzecz rozwoju społeczno-ekonomicznego kraju. Jednocześnie nieustający wzrost wydatków na ochronę zdrowia, związany z demografią, starzejącym się społeczeństwem, epidemiologią, coraz szybszą diagnostyką, ale przede wszystkim z postępem medycyny i kosztownymi innowacjami terapeutycznymi, powoduje konieczność szukania odpowiedzi na pytanie jak efektywnie i sprawiedliwie dysponować środkami finansowymi przeznaczonymi na opiekę zdrowotną? Priorytetem systemów ochrony zdrowia jest zapewnienie wszystkim obywatelom równego dostępu do świadczeń medycznych o wysokiej jakości. W praktyce realizacja tego powszechnie przyjętego prawa napotyka jednak na bardzo liczne trudności. W Unii Europejskiej najmniejsze nakłady na ochronę zdrowia są siedmiokrotnie mniejsze od największych, co przekłada się na ograniczenia w dostępie do świadczeń i różnice w długości i jakości życia oraz w wielu innych wskaźnikach zdrowotnych. W Polsce mamy do czynienia z dużą dysproporcją pomiędzy formalnie deklarowanym zakresem świadczeń gwarantowanych a realnymi możliwościami, które pozwalają na pokrycie tylko części zapotrzebowania. Realizacja zasady sprawiedliwości w systemie opieki zdrowotnej powinna zapewniać wszystkim obywatelom neutrudniony i szybki dostęp do przejrzystego określonego zakresu skutecznych i efektywnych kosztowo metod leczenia i zapobiegania chorobom. Wiąże się to z trudnymi zagadnieniami etycznymi i dokonywaniem trudnych wyborów, ale

unikanie tych trudności powoduje dalsze narastanie nierówności i niesprawiedliwości w systemie.

Tematyka wystąpień konferencyjnych obejmowała między innymi następujące zagadnienia: skuteczność, bezpieczeństwo i koszty nowych technologii medycznych; podstawy wyróżniania nowych świadczeń medycznych finansowanych ze środków publicznych; kryteria kolejności w dostępie do nowych technologii; równe traktowanie a różnorodność pacjentów; przejawy dyskryminacji w opiece medycznej; komercjalizacja w medycynie a jakość opieki i równość dostępu do świadczeń; transgraniczna opieka zdrowotna a równość dostępu i jakość świadczeń; sprawiedliwe zasady finansowania systemu ochrony zdrowia; rola podmiotów samorządowych i organizacji pozarządowych w tworzeniu sprawiedliwego systemu opieki zdrowotnej; zasada sprawiedliwości w badaniach naukowych w biomedycynie. Wystąpienia zostały podzielone na 3 sesje plenarne i 8 sesji równoległych. Odbyła się również sesja plakatowa. Warto w niniejszym sprawozdaniu przybliżyć wybrane treści z kilku najważniejszych wystąpień.

W wykładzie otwierającym prof. dr hab. Jan Duława ze Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w referacie „Nowe technologie – medycyna czy biznes?” zwrócił uwagę, że wysokie koszty nowych technologii oraz ograniczone środki finansowe podmiotów odpowiedzialnych za finansowanie opieki medycznej powodują, że konieczne jest opracowanie dostępności tych technologii. Z drugiej strony stosowanie wyrafinowanych i bardzo drogiej metod często nie przekłada się na znaczącą poprawę zdrowia pacjentów. Taka sytuacja powoduje zmianę dotychczasowych zasad implementacji nowych metod leczniczych, w tym coraz częściej zdarzają się poszukiwania „nowych” chorób dla istniejących już sposobów leczenia. Takie postępowanie jest bardziej zbliżone do zasad rządzących biznesem niż medycyną. To z kolei rodzi pytanie o różnice między celami biznesu i medycyny, oraz co ważniejsze – pytanie, czy i w jaki sposób cele biznesu i medycyny można ze sobą pogodzić. Jednym z bardziej dobitnych przykładów niewłaściwych relacji biznesu i medycyny jest wydanie przez firmy farmaceutyczne w 2013 roku 3,7 mld złotych na reklamę w Polsce. Zdaniem autora cele biznesu i medycyny, mimo pewnych punktów wspólnych, są w przeważającym stopniu rozbieżne.

Dr hab. Rafał Filip i dr Mariola Drozd wskazywali na problemy etyczne związane z reklamą leków w praktyce lekarza i farmaceuty. Zarówno pacjenci jak i specjaliści mogą być wprowadzani w błąd przez reklamę podającą informacje niezgodne z charakterystyką produktu leczniczego. W latach od 2006 do kwietnia 2014 roku Główny Inspektor Farmaceutyczny wstrzymał 326 reklam skierowanych zarówno do pacjentów jak i specjalistów. Innym problemem jest nierzetelna reklama przesadnie eksponująca korzyści, bądź zbyt minimalizująca ryzyko czy działania niepożądane. Zjawiskiem znanym od lat 70-tych ubiegłego wieku jest tzw. „rozszerzanie” kryteriów istniejących chorób, a także tworzenie, całkowicie nowych chorób, nie sklasyfikowanych w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD.

Prof. dr hab. Barbara Chyrowicz z Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego analizowała dylematy etyczne w sytuacji niedoboru środków finansowych („Rachunek bezcenneści - czy

w przypadku niedoboru środków wolno liczyć pacjentów?”). Prelegentka mówiła o trudnych sytuacjach, w których ze względu na ograniczone środki trzeba zdecydować ilu pacjentom będziemy mogli efektywnie pomóc. Można w takich okolicznościach przyjąć różne strategie 1) środki podzielić równo między potrzebujących - wtedy szanse na ich wyleczenie będą co prawda niewielkie, ale nie można by zarzucić, że podejmujący decyzję uznał życie któregokolwiek z pacjentów za mniej wartościowe, albo 2) wybrać spośród grupy pacjentów taką ich liczbę, której jesteśmy w stanie zabezpieczyć dawkę leku niezbędną dla odzyskania zdrowia. Druga strategia będzie optymalna jeśli chodzi o liczbę wyleczonych pacjentów, staniemy jednak przed dwoma pytaniami: nie tylko przed pytaniem kogo wybrać, ale pytaniem względem niego uprzednim: czy w przypadku życia ludzi powinniśmy w ogóle przeprowadzać rachunek optymalizacji. Czy jednak wtedy nie mierzymy „niemierzalnego”?

Prof. dr hab. Tomasz Pasiński z Warszawskiego UM (Przewodniczący Rady Przejrzystości przy Prezesie Agencji Oceny Technologii Medycznych) w swoim referacie „Etyczny wymiar oceny technologii medycznych” mówił o celach HTA (*Health Technology Assessment*) – procesu oceny skuteczności i efektywności kosztowej technologii medycznych – leków, wyrobów medycznych, programów zdrowotnych. Do celów HTA należy wskazywanie decydentom, które technologie są efektywne i bezpieczne, a których stosowanie - jako nieskutecznych, o kosztach zbyt wysokich w stosunku do korzyści, należałoby ograniczyć lub wyeliminować dla dobra pacjenta oraz dla optymalnego wykorzystywanie ograniczonych zasobów.

Prof. dr hab. Piotr Szymański z Instytutu Kardiologii w Warszawie w referacie „Nowe technologie medyczne – któż pilnować będzie samych strażników?” przedstawił dylematy jakie budzi wprowadzanie nowych technologii medycznych, w tym konsekwencje dominacji medycyny opartej na dowodach naukowych, standardów bioetycznych i wynikających z ich zastosowania nowych metod oceny technologii medycznych. W tym kontekście omówił zagadnienia związane ze zmianą indywidualnej roli lekarza we współczesnym społeczeństwie oraz dylematy merytoryczne i etyczne związane z przyjętą metodyką gromadzenia i interpretacji dowodów naukowych.

Prof. dr hab. Krzysztof Marczewski w referacie „Etyczne aspekty tworzenia standardów medycznych” wskazywał, że zadaniem standardów postępowania klinicznego jest z jednej strony zwiększenie skuteczności i efektywności leczenia, ale z drugiej strony ułatwienie oceny postępowania lekarskiego przez coraz bardziej obecnych w medycynie "nielekarzy". Wytyczne mogą też spełniać rolę czynnika decydującego o sprzedaży leku czy sprzętu medycznego, zwłaszcza jeżeli są bezkrytycznie przejmowane przez płatnika np. NFZ, lub urzędy np. ministerstwa czy wojewodów. Ta wiedza jest oczywiście dostępna również firmom czy organizacjom forsującym swoje interesy. Dlatego osoby uczestniczące w tworzeniu, stanowisk, wytycznych czy standardów mają szczególne znaczenie w ochronie zdrowia i ciąży na nich wielka odpowiedzialność. Postulował ujawnianie nazwisk wszystkich osób tworzących dokument oraz ich ewentualnych powiązań z podmiotami zainteresowanymi (firmy komercyjne, stowarzyszenia wyższej użyteczności).

W sesji dotyczącej sprawiedliwości w systemie opieki zdrowotnej, prof. dr. hab. Paweł Łuków podjął temat potrzeb zdrowotnych w pluralistycznym społeczeństwie. Prelegent mówił, że pomimo niemal powszechnego cenięcia wartości zdrowia, obserwujemy rozbieżności poglądów na miejsce zdrowia w hierarchiach dóbr. Zwrócił uwagę, że jeżeli pojęcie potrzeby zdrowotnej ma być użyteczne w praktyce społecznej, to konieczna jest zmiana punktu widzenia na kwestię uzasadniania systemów alokacji świadczeń zdrowotnych lub aspiracji jednostek w tym zakresie. Prof. dr. hab. Joanna Haberko (członek Rady Poltransplant-u) omówiła realizację zasady niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń zdrowotnych w kontekście listy oczekujących na przeszczep. Prelegentka dokonała analizy konstrukcji i zasad rządzących listą oraz wpisem. Prof. dr. hab. Wojciech Załuski z UJ wykazywał, że istnieje związek kausalny między sprawiedliwością społeczną (rozumianą jako niski poziom nierówności społeczno-ekonomicznych) i sprawiedliwością medyczną (rozumianą jako sprawiedliwy dostęp do świadczeń medycznych). Bronił również tezy, że w dłuższej perspektywie najskuteczniejszą strategią osiągnięcia sprawiedliwości medycznej jest strategia pośrednia, skoncentrowana na celu nie związanym z nią bezpośrednio – tj. na niwelowaniu nierówności społecznych i ekonomicznych.

Kilku prelegentów zaprezentowało analizy z perspektywy filozofii medycyny. Dr hab. Jarosław Sak (UM w Lublinie) opisał ewolucję pojęcia choroby w kontekście rozwoju nowych technologii wskazując, że diagnostyka obrazowa (CT, MRI, PET, TDE, STE), badania nad ludzkim genomem oraz diagnostykę laboratoryjną produktów metabolicznych przyczyniły się w dużej mierze do zjawiska rekonstrukcji ogólnego pojęcia choroby. Na przykład idea choroby genetycznej jest efektem stosowania nowoczesnych technologii w badaniach nad aparatem genetycznym człowieka i związanym z nią procesem „molekularyzacji” biologii i medycyny. Istnieje we współczesnej medycynie tendencja do przeceniania wpływu nosicielstwa określonego genu na wystąpienie choroby co niekiedy określane jest mianem „genetycznego imperializmu”. Dr hab. Andrzej Kapusta (UMCS) będący ekspertem w zakresie filozofii psychiatrii wskazywał, że od końca XIX wieku w dziedzinie psychiatrii zaczęła pojawiać się postawa określana jako „technologiczne alibi”. Optymistyczna postawa wobec radykalnego postępu i przełomu w badaniach nad zaburzeniami psychiatrycznymi często wiązała się z niedocenianiem doświadczeniowych, społecznych i organizacyjnych rozwiązań w psychiatrii.

Wiele wystąpień koncentrowało się wokół problemów praktyki klinicznej. Szczególnie poruszające było wystąpienie prof. dr. hab. Jerzego Strużyny, konsultanta krajowego w dziedzinie chirurgii plastycznej. Wskazywał na dylematy etyczne w leczeniu ciężkich oparzeń, ograniczenia prognozy i postawy etyczne leczących. Prof. dr. hab. Lucjusz Jakubowski w wystąpieniu pt. „Współczesne możliwości metodyczne w zakresie testów genetycznych, a ryzyko nadmiernej medykalizacji życia” zwracał uwagę na niebezpieczeństwa związane z coraz powszechniejszym dostępem do testów genetycznych oraz na potrzebę edukacji społeczeństwa w tym zakresie. Prof. dr. hab. Janina Suchorzewska z GUMed skoncentrowała swoje wystąpienie na dostępności do kompleksowego leczenia bólu przewlekłego w aspekcie myślenia medycznego, etycznego i ekonomicznego. Wskazywała, że zapewnienie w obecnych warunkach powszechnej dostępności do leczenia bólu przewlekłego jest nierealne, dlatego należy dokonywać wyborów z uwzględnieniem kryteriów medycznych poszukując

sposobu na maksymalne eliminowanie nierówności w dostępie do leczenia (na zasadzie oceny korzyści w stosunku do nakładów finansowych i udzielania pomocy z podziałem na świadczenia wg zasady *triage*). W ramach konferencji odbyły się również warsztaty prowadzone przez zagranicznych gości Davida Howarda i Danny'ego Walsh, którzy przybliżyli realia funkcjonowania systemu opieki psychiatrycznej w Wielkiej Brytanii.

Do zasady sprawiedliwości nawiązywano także w sesji dotyczącej badań naukowych. Zasada sprawiedliwości w badaniach naukowych polega na tym, że żadnej osobie bez uzasadnionego powodu nie odmawia się prawa do przysługujących jej korzyści a także żadnej osoby nie obarcza się nieuzasadnionymi obciążeniami. W praktyce zasada sprawiedliwości wymaga nie tylko prawidłowego doboru uczestników badań naukowych, ale także zapewnienia im dostępu do korzyści wynikających z realizowanego badania (między innymi możliwość dostępu do testowanego produktu leczniczego po zakończeniu badania klinicznego) oraz nienarażania ich na ponoszenie nieuzasadnionych obciążeń. Dyskutowano także o wątpliwościach i ograniczeniach związanych z randomizowanymi badaniami klinicznymi (RCT), komercjalizacji badań naukowych czy dyskryminacji embrionu w procedurze diagnostyki preimplantacyjnej.

Inne wystąpienia poruszały problem dyskryminacji pacjentów w systemie opieki zdrowotnej z powodu biedy (co przekłada się na gorsze wyniki leczenia, ponieważ pacjenci nie wykupują leków) i wieku, aspekty etyczne stosowania nowych technologii laboratoryjnych i obrazowych w dziedzinie diagnostyki i leczenia, równość dostępu do świadczeń deficytowych (np. transplantacji) oraz propozycje zmniejszenia tej nierówności (spółdzielcze centra medyczne, dostęp do kredytu na zabieg medyczny). Poruszano również inne zagadnienia związane z dostępem do świadczeń, jakości opieki medycznej oraz etycznych, społecznych i prawnych aspektów rozwoju współczesnej medycyny i zdrowia publicznego.

Duże zainteresowanie konferencją, liczni uczestnicy reprezentujące różne środowiska i oraz żywe dyskusje zarówno w trakcie sesji jak i w czasie przerw, pozwalają stwierdzić, że konferencja była nie tylko ważnym wydarzeniem naukowym, ale również istotnym głosem w dyskusji na temat aktualnych problemów ochrony zdrowia. Mamy nadzieję, że to spotkanie przyczyni się do wypracowania rozwiązań kształtujących bardziej sprawiedliwe warunki funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej, zarówno na poziomie indywidualnym, jak i na poziomie społecznym. Serdecznie dziękujemy wszystkim osobom zaangażowanym w organizację tego przedsięwzięcia.