Zdrowie Publiczne i Zarządzanie 2025; 23 (1): 3–10
www.ejournals.eu/czasopismo/zdrowie-publiczne-i-zarzadzanie, doi:10.4467/20842627OZ.25.002.22047

Konflikt interesów jako problem etyczny w praktyce medycznej

Jan Hartman https://orcid.org/0000-0001-8800-234X

Zakład Bioetyki, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

Adres do korespondencji: Jan Hartman, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Zakład Bioetyki, 31-126 Kraków, ul. Michałowskiego 12, jan.hartman@uj.edu.pl

Abstract

Conflict of interest as an ethical problem in medical practice

In this paper, the author aims at analyzing and explaining concepts related to conflict of interest in the practice of medical professions, which will help to clarify the misunderstandings related to this issue. The conceptual, terminological and semantic findings made here are going to help in reception and application of the principles of good practice regarding functioning in conflict of interest.

Keywords: bias, conflict of interest, justice, trust

Słowa kluczowe: konflikt interesów, sprawiedliwość, stronniczość, zaufanie

W roku 2013 ówczesny minister zdrowia Bartosz Arłukowicz powołał Zespół do Spaw Etyki w Medycynie. W jego skład weszli uznani specjaliści w dziedzinie bioetyki oraz prawa medycznego, a pierwsze zadanie, którego – w uzgodnieniu z ministrem – podjęło się nowo powołane gremium, polegało na przygotowaniu raportu na temat konfliktu interesów w medycynie. Obszerny raport, zawierający stosowne definicje, diagnozy, a przede wszystkim rekomendacje, został napisany i opublikowany [1], jednakże minister nie odważył się zarekomendować go i wesprzeć swoim autorytetem. Zespół przestał się spotykać, a następca ministra Arłukowicza, Konstanty Radziwiłł, na samym początku swego urzędowania, w roku 2016 zespół oficjalnie rozwiązał.

Historia ta pokazuje, jak drażliwą kwestią jest konflikt interesów. Kto o nim mówi zbyt otwarcie, może naruszyć ważne interesy osób, które konfliktowi interesów się poddają, przedkładając osobiste bądź grupowe korzyści nad wierność zasadom sprawiedliwości, bezstronności i innym wartościom wykonywania swego zawodu. Zmarginalizowanie jedynego krajowego dokumentu poświęconego konfliktowi interesów w medycynie samo w sobie było działaniem w konflikcie interesów. Minister powinien był szeroko upowszechniać opracowanie, które sam zamówił i które z pewnością mogłoby się przyczynić do podniesienia świadomości środowisk medycznych i ich wrażliwości odnośnie do tego, co jest, a co nie jest akceptowalne, jeśli chodzi o funkcjonowanie zawodowe pod presją konfliktu interesów. A jednak obawiając się konfliktu ze środowiskiem, minister wybrał taki sposób postępowania, który go przed nim chronił. Stając przed powinnością zwalczania nadużyć związanych z występowaniem konfliktów interesu, a tym samym znajdując się w sytuacji konfliktu interesu, nie umiał się w nim odnaleźć, poddając się jego presji.

W tym artykule stawiam sobie za cel uporządkowanie pojęć związanych z konfliktem interesów w praktykowaniu zawodów medycznych, dzięki czemu możliwe będzie wyjaśnienie związanych z tą kwestią nieporozumień. Poczynione tu ustalenia pojęciowe, terminologiczne i semantyczne pomogą w recepcji zasad dobrych praktyk odnośnie do funkcjonowania w konflikcie interesów.

Istota konfliktu interesów

Wspomniane opracowanie zaczyna się od definicji:

> Konflikt interesów to sytuacja, w której istnieje niebezpieczeństwo, że na decyzje lub działania zawodowe osoby – oprócz

czynników wynikających z profesjonalnej wiedzy i doświadczenia zawodowego oraz uznanych zasad i wartości – będą mieć wpływ oczekiwane lub zrealizowane korzyści finansowe, prestiżowe, emocjonalne i tym podobne. Jest to więc sytuacja, w której uzyskana lub oczekiwana korzyść własna bądź też korzyść podmiotu, z którym dana osoba jest powiązana, może wchodzić w konflikt z obowiązkami zawodowymi tej osoby, w szczególności negatywnie wpływać na obiektywizm i rzetelność jej profesjonalnego osądu [1, s. 7].

Definicja ta skupia się na aspekcie pokusy i jej wpływie na działanie osoby zobowiązanej do sprawiedliwości i bezstronności, w tym do niekierowania się własnym interesem; trzeba jednakże podkreślić, że nie tylko widoki na korzyści osobiste wytwarzają konflikt interesów, lecz również obawa przez stratami bądź przykrościami, jakie mogłyby spotkać profesjonalistę podejmującego decyzję zgodną z zasadami zawodu, lecz niezgodną z oczekiwaniami przełożonych bądź innych ważnych osób w jego otoczeniu. Oba te aspekty często występują łącznie – choćby dlatego, że nieskorzystanie z okazji do zarobku może być odczuwane podobnie jak strata – lecz mimo to trzeba je od siebie odróżniać. Czym innym bowiem jest pokusa, a czym innym lęk. Znamienne dla podanej w cytowanym opracowaniu definicji konfliktu interesów jest ponadto potraktowanie go jako sytuacji zachodzenia pewnego niebezpieczeństwa czy ryzyka korupcji, a nie jako czegoś z natury swej złego i nieakceptowalnego. Nie mówi o nim wprost jako o złu, które musi być eliminowane, gdyż ze swej natury jest niedopuszczalne. Oznacza to, że konflikt interesów – przynajmniej pod pewnymi warunkami – jest akceptowalny. To bardzo ważne, gdyż w wielu przypadkach zbyt pochopnie pozbawia się pracowników prawa do udziału w określonej procedurze tylko dlatego, że znajdują się w konflikcie interesów.

Nieporozumienie odnośnie do tego, że sformułowanie „konflikt interesów" nie odnosi się wyłącznie do nieprawidłowości czy patologii, które trzeba eliminować, lecz również do ryzyka, iż dojdzie do nadużycia, nie jest jedynym, z jakim mamy do czynienia w tej materii. Do pewnego stopnia myląca jest również sama nazwa zjawiska, albowiem występujące w niej słowo „interes" zbyt mocno sugeruje, że w konfliktach interesów chodzi głównie o korzyści finansowe. Tymczasem bynajmniej tak nie jest. Pracownik czy funkcjonariusz publiczny podlega nie tylko presji pokusy finansowej bądź lęku przed utratą możliwych zysków, lecz również presji moralno-emocjonalnej i presji lęku przed stratą niematerialną, bo związaną z takimi wartościami jak przyjaźń, prestiż czy pozycja w środowisku. Osoba niezłomna i zasadnicza, przestrzegająca standardów etycznych w znacznie większym stopniu niż jej otoczenie, naraża się na niechęć współpracowników jako ktoś niekoleżeński, ktoś niegodny zaufania, „nieżyciowy", a nawet wywyższający się ponad innych przez swój pryncypializm. Paradoksalnie oportunizm – choć sam w sobie jest wadą – w realiach życia społecznego niejednokrotnie traktowany jest nie tylko jako pewna statystyczna typowość, a przez to i postawa zasługująca na akceptację, lecz również jako nieformalna norma moralna. Oportunista zachowujący się „tak jak wszyscy" w wielu przypadkach spotyka się z większym zrozumieniem niż „nieużyty" perfekcjonista moralny. Dlatego nieraz łatwiej jest opanować pokusę moralnie dwuznacznego zarobku, niż oprzeć się lękowi przed sprawieniem zawodu rodzinie bądź przyjaciołom poprzez niespełnienie prośby o protekcję. „Interes" w wyrażeniu „konflikt interesów" należy więc rozumieć bardzo szeroko, a nie zawsze tak się dzieje.

W medycynie całkowite uniknięcie konfliktu interesów jest właściwie niemożliwe. Już sama relacja z pacjentem jest nim naznaczona. Jeśli zarobki lekarza zależą od liczby porad (*fee for service*, FFS), wtedy w jego interesie jest proponować pacjentowi więcej spotkań i więcej świadczeń. Jeśli zaś bardziej liczy się dla zarobków lekarza sama liczba pacjentów (*capitation*), to w wielu przypadkach będzie on skłonny w taki sposób dysponować swoim czasem i zasobami, aby móc obsłużyć możliwie dużą liczbę pacjentów. Warto, aby twórcy regulacji mających wpływ na zarobki lekarzy wspierali lekarzy i ich pacjentów w mierzeniu się z tym banalnym w gruncie rzeczy konfliktem interesów, jakkolwiek co do zasady nie stanowi on istotnej przeszkody w uczciwym praktykowaniu zawodu lekarza. Ogromna większość lekarzy jest w stanie wznieść się ponad pokusy wynikające z takiego bądź innego systemu wynagradzania, choć badania wskazują, że system kapitacyjny wykazuje pewne różnice w dystrybucji uwagi lekarza i ordynowaniu przez niego świadczeń w porównaniu z systemem FFS – bardziej skłania do oszczędzania i dbałości o jakość leczenia (z uwagi na większą porównywalność doświadczeń pacjentów i bardziej transparentną konkurencję świadczeniodawców), jakkolwiek dążenie do obsłużenia jak największej liczby pacjentów jakości świadczeń nie sprzyja [2]. Ten przykład pokazuje, w jaki sposób analiza systemu ochrony zdrowia z punktu widzenia kategorii konfliktu interesów pomaga w znajdowaniu zrównoważonych rozwiązań. Dobry algorytm wynagradzania lekarzy będzie starał się połączyć zalety obu typów, jednocześnie minimalizując ich wady. Podobnie jest w przypadku współpracy publicznych i niepublicznych placówek leczniczych. Zasady kontraktowania świadczeń powinny przewidywać i ograniczać sytuacje, w których podmioty niepubliczne koncentrują najbardziej opłacalne procedury, a jednocześnie zrzekają się odpowiedzialności za pacjentów wymagających mniej zyskownych dla placówki leczniczej świadczeń. To jest oczywiście możliwe, ale wymaga wrażliwości decydentów na problem konfliktu interesów, a przede wszystkim tego, aby sami nie ulegali jego presji i nie przyjmowali rozwiązań instytucjonalnych (przepisów, procedur i kryteriów decyzyjnych) faworyzujących „silnych graczy".

Podkreślmy raz jeszcze, że w etyce profesjonalnej, w tym również w etyce medycznej (bioetyce), nie traktuje się konfliktu interesów jako sytuacji niedopuszczalnej bądź patologicznej, lecz jedynie jako sytuację mającą potencjał korupcjogenny, a przez to wymagającą szczególnej ostrożności oraz zastosowania pewnych procedur zabezpieczających. Jak piszą autorzy cytowanego wyżej raportu, „konflikt interesów zazwyczaj nie jest sam w sobie moralnie naganny. Może, ale nie musi, negatywnie wpływać na rzetelność, bezstronność i bezinteresowność przedstawiciela zawodu medycznego – na jego profesjonalny osąd i postępowanie" [1, s. 10].

Jednakże bez odporności na konflikt interesów niemożliwa byłaby jakakolwiek praktyka instytucjonalna oparta na społecznym zaufaniu. Ważnym aspektem zaufania do funkcjonariuszy publicznych, a w tej liczbie również do lekarzy, jest przekonanie, że do pewnego stopnia są oni odporni na pokusy i obawy towarzyszące działaniu w warunkach konfliktu interesów. Inaczej mówiąc, funkcjonariusze publiczni mają pewną zdolność do tego, co wyżej nazwaliśmy wzniesieniem się ponad pokusy, którym podlegają, a w konsekwencji zdolni są im nie ulegać, jakkolwiek potrzebują w tym wsparcia. Rzecz jasna wsparcie to, czyli procedury służące kontrolowaniu i ograniczaniu konfliktu interesów oraz jego skutków, są niezbędne nie tylko samym funkcjonariuszom, lecz ponadto służą podtrzymaniu zaufania ze strony interesariuszy (w medycynie: pacjentów), niemających wszak powodów, by *a priori* zakładać, iż funkcjonariusze publiczni, z których usług korzystają, mają akurat bardzo silne morale i wybitną odporność na pokusy. Czym innym jest więc subiektywne przekonanie profesjonalisty bądź funkcjonariusza publicznego, iż nie ulegnie presji pokus i lęków, a czym innym społeczne zaufanie do jego osoby i zatrudniającej go instytucji. Społeczność nie ma obowiązku zaufania, a co za tym idzie, ma prawo oczekiwać od instytucji działania transparentnego, poddawania się skutecznej kontroli oraz skutecznego zwalczania nadużyć. Wysokiej jakości w działaniu instytucji, w tym przestrzegania zasad sprawiedliwości wobec jej interesariuszy, nie da się zastąpić moralizatorską retoryką. Co więcej, zdarza się, że dyskurs „etosowy" stanowi swego rodzaju retoryczny parawan dla wątpliwych moralnie i silnie paternalistycznych praktyk. Dlatego regulacyjna kontrola konfliktu interesów dotyczy nie tylko sytuacji, gdy ten konflikt jest rzeczywiście bardzo wyraźny – wystarczy, gdy (jak zwykle to się formułuje) „może budzić wątpliwości". Czyje? Rozsądnego, nieuprzedzonego, lecz i nienaiwnego obywatela. Jak głosi definicja konfliktu interesów w kanonicznym podręczniku bioetyki, „konflikt interesów zachodzi wówczas, gdy bezstronny obserwator uznałby, że opinie, decyzje bądź działania osoby wykonującej zawód medyczny obciążone są ryzykiem znacznego uwarunkowania przez jej osobiste interesy, takie jak interesy finansowe bądź wynikające z przyjaźni" [3, s. 356–357].

Kluczowe znaczenie ma wspomniana transparencja instytucjonalna. W jej ramach możliwe jest spełnienie podstawowego warunku instytucjonalnej i społecznej kontroli konfliktu interesów, jakim jest jego każdorazowe ujawnienie – w ramach procedury wewnętrznej danej instytucji bądź (w poważniejszych przypadkach) w pełni publiczne. Przykładem wdrażania takich zasad jest w Polsce prokuratura. Jak stanowi „Zbiór zasad etyki zawodowej prokuratorów" [4]:

> § 3a.1 1. Na prokuratorach spoczywa szczególna powinność niedopuszczania do wykonywania należących do nich obowiązków i zadań służbowych w sytuacji zaistnienia konfliktu interesów. 3 2. Konflikt interesów zachodzi w sytuacji, w której prokurator ma taki interes prywatny, który może wpływać na bezstronne i obiektywne wykonywanie jego obowiązków lub realizowanie jego uprawnień. 3.3. W razie dostrzeżenia realnej możliwości zaistnienia konfliktu interesów prokurator jest obowiązany zawiadamiać niezwłocznie o tym przełożonego, także wówczas, gdy nie zachodzi najdalej idący przypadek konfliktu interesów, powodujący obowiązek wyłączenia prokuratora z prowadzonego postępowania.

Ujawnienie konfliktu interesów nie jest jeszcze gwarancją utrzymania bezstronności i obiektywizmu w postępowaniu prokuratora, lekarza bądź dowolnego innego funkcjonariusza publicznego. Jest natomiast niezbędnym warunkiem transparentności jego działania oraz czynnikiem radykalnie ułatwiającym zarówno instytucjonalny, jak i społeczny nad nim nadzór. Podlegający ryzyku stronniczości funkcjonariusz, ujawniając konflikt interesów, zwraca na siebie uwagę i niejako każe sobie patrzeć na ręce. W takich warunkach zdecydowanie łatwiej jest uniknąć popełnienia nadużyć, jakkolwiek nie ma jeszcze pewności, że do nich nie dojdzie. Może być nawet i tak, że ujawnienie konfliktu interesów zostanie odebrane jako akt uczciwości wystarczający do tego, by obdarzyć funkcjonariusza pełnym – a może nawet zbyt daleko idącym – zaufaniem. Przykładem są procedury recenzyjne w postępowaniach awansowych. Gdy recenzent napisze, że zna doktoranta czy habilitanta, może to być odczytane jako deklaracja, że nie dopuści do tego, aby ta znajomość miała wpływ na obiektywizm recenzji. Może jednak być odwrotnie – deklaracja minimalnego konfliktu interesów zamiast wzmóc czujność komisji awansowej, czujność tę uśpi. Trzeba więc powiedzieć sobie otwarcie, że deklaracja konfliktu interesów jest ważnym czynnikiem umożliwiającym jego kontrolowanie, lecz sama w sobie nie może być wystarczająca jako środek zaradczy wobec negatywnych skutków jego występowania,

Polski Kodeks Etyki Lekarskiej [5] nie poświęca wiele uwagi konfliktowi interesów, poprzestając na wymogu składania deklaracji dotyczących współpracy z firmami farmaceutycznymi. Czytamy tam: „Art. 56. Lekarz ma obowiązek ujawniać słuchaczom wykładów oraz redaktorom publikacji wszelkie związki z producentami leków lub wyrobów medycznych lub subwencje z ich strony oraz inne korzyści mogące być przyczyną konfliktu interesów". Natomiast w artykule 51c zapisano: „Lekarz powinien ujawniać swoje powiązania z producentem leków lub wyrobów medycznych (sprzętu i wyposażenia medycznego) pacjentom, którzy mają być poddani badaniom sponsorowanym przez tego producenta". To jednakże zdecydowanie za mało. Wydaje się, że świadomość środowisk medycznych odnośnie do tego, w jak wielu obszarach działalności zawodowej pracowników ochrony zdrowia może dochodzić do konfliktu interesów, jest dalece niewystarczająca. Względnie dobrze znane są problemy związane z protekcją i ułatwionym dostępem do leczenia dla rodzin i przyjaciół medyków, zatrudnianiem członków rodzin w placówkach medycznych, wzajemnym zatrudnianiem się (zatrudnianiem krzyżowym), zakłócającym wpływem oczekiwań sponsorów badań klinicznych na treść publikacji komunikujących ich rezultaty, włączaniem się lekarzy w promocję produktów firm farmaceutycznych czy relacjami ekonomicznymi między niepublicznymi i publicznymi placówkami ochrony zdrowia, w których jednocześnie pracują ci sami lekarze.

Jednakże te zjawiska – choć kluczowe – nie wyczerpują spektrum problemów z bezstronnością, sprawiedliwością i obiektywizmem, jakie w praktyce medycznej wiążą się z osobistymi interesami i emocjami profesjonalistów medycznych.

Obszary występowania konfliktu interesów w praktyce medycznej

Sytuacji, w których lekarz bądź szerzej – pracownik ochrony zdrowia – może odczuwać presję, aby podjął decyzję czy też powziął działanie niezgodne z zasadami sprawiedliwości, obiektywną oceną sytuacji osób, których ta decyzja i to działanie będą dotyczyć, a nawet niezgodne z przepisami prawa czy też samą sztuką leczenia, jest wiele – i bynajmniej nie dotyczą one wyłącznie powiązań z firmami farmaceutycznymi, lecz wszelkich powiązań instytucjonalnych i osobistych.

Źródłem konfliktu interesów jest z reguły właśnie to, co potocznie nazywa się układami, a formalnie powiązaniami. Każda osoba, która występuje w więcej niż jednej roli w ramach pewnego systemu instytucjonalnego, narażona jest na konflikt interesów, ilekroć między tymi rolami zachodzi pewna zależność. Zwłaszcza dotyczy to sytuacji, gdy jest to zależność hierarchiczna – oceniającego z ocenianym, kontrolującego z kontrolowanym, przełożonego z podwładnym. To oczywiste, że nikt nie powinien być aktywnym członkiem komisji oceniającej jego pracę, członkiem składu sędziowskiego osądzającego jego sprawę, recenzentem własnej pracy naukowej ani nawet pracy naukowej swojego przełożonego albo też szefem kogoś, kogo jest jednocześnie podwładnym w innej instytucji. To są najprostsze przypadki konfliktu interesów, które rozwiązuje się poprzez prewencję. Takie praktyki są po prostu zakazane, a przynajmniej powinny być zakazane. Nie znaczy to, że nie występują tu jakieś sytuacje nieoczywiste, wymagające dokładniejszej oceny, lecz co do zasady wątpliwości nie ma: nie jesteśmy sędziami we własnych sprawach ani szefami swoich szefów.

O wiele bardziej złożony charakter mają wspomniane już wyżej antagonizmy wynikające z różnych sposobów wynagradzania lekarzy. System premiujący wykonywanie dużej liczby wysoko wycenianych procedur naraża praktykującego lekarza na presję ze strony przełożonych (lub właścicieli) placówki leczniczej, aby ordynował badania i procedury lecznicze korzystne z punktu widzenia rachunku ekonomicznego, a niekoniecznie potrzebne pacjentowi. Zaburzenia w tej dziedzinie prowadzą do daleko idących skutków wymiernych epidemiologicznie i statystycznie. Zależnie od wycen ryczałtowych w drastyczny sposób może się zwiększyć lub zmniejszyć nie tylko wykonalność ryzykownych i kosztownych procedur (takich jak wszczepienia rozruszników serca albo mastektomia), lecz również obłożenie łóżek szpitalnych. Zależność sytuacji pacjentów od rozwiązań systemowych związanych z wynagradzaniem pracy medyków oraz dochodami zakładów opieki zdrowotnej jest ogromna, a przecież dla jakości świadczeń medycznych i bezpieczeństwa pacjentów nie jest rzeczą obojętną, czy oferowane im są zbędne procedury, a inne, potrzebniejsze, stają się trudniej dostępne. Jeśli mamy do czynienia z przeszacowaniem jednych procedur kosztem innych albo z systemowymi zachętami do ekscesywnego wykonywania pewnych procedur, bez wystarczających po temu podstaw w sytuacji zdrowotnej pacjenta, to zaporą przeciwko tej nieprawidłowości jest właśnie nic innego niż odporność poszczególnych lekarzy na presję konfliktu interesów, pod którą działają.

Oprócz systemu wynagradzania istotnym źródłem zagrożeń dla sprawiedliwego traktowania pacjentów jest niewłaściwe uregulowanie świadczenia przez lekarza pracy jednocześnie w publicznych i niepublicznych zakładach leczniczych, a zwłaszcza wtedy, gdy w grę wchodzi prowadzenie działalności gospodarczej przez lekarza w roli udziałowca albo właściciela spółki prowadzącej działalność leczniczą. Pacjenci narażeni są na „żonglowanie" nimi pomiędzy dwiema placówkami, w zależności nie tylko od ich potrzeb medycznych, lecz również od interesu lekarzy i właścicieli niepublicznych podmiotów. Pacjent mający poczucie, że jest protegowany dopóty, dopóki godzi się na wszystkie proponowane mu świadczenia – nieodpłatne bądź odpłatne – nie protestuje, gdy pewne badania lub procedury lecznicze zamiast w szpitalu publicznym otrzyma (za opłatą) w placówce prywatnej, a inne (mniej opłacalne dla prywatnej kliniki bądź przerastające jej możliwości) – w placówce publicznej. Te roszady uzasadniane są względami jakości procedur oraz potrzebą ich przyspieszenia. Z pewnością czasami są to argumenty zasadne, lecz z reguły pacjent nie ma możliwości zweryfikowania swojej sytuacji. Otrzymując wiadomość, że czas oczekiwania na operację w placówce publicznej będzie długi, musi dać wiarę tej informacji, nawet jeśli może podejrzewać, że informacja nie jest prawdziwa i służy nakłonieniu go do skorzystania ze świadczeń odpłatnych. Wielu lekarzy znajduje się w tego rodzaju konflikcie interesów i choć z pewnością tylko część z nich ulega pokusie narażania pacjentów na niepotrzebne wydatki, to jednak takie zjawisko istnieje. Dlatego też – tak jak w przypadku systemu wynagradzania lekarzy – trzeba poszukiwać rozwiązań, które zredukują presję konfliktu interesów i będą chronić pacjentów przed skutkami ulegania przez lekarzy pokusom natury ekonomicznej. Niestety, w wielu krajach wciąż dopuszczalne są nawet wysoce korupcjogenne praktyki, jak na przykład wynagradzanie lekarzy za kierowanie pacjentów publicznej przychodni do prywatnych gabinetów lub klinik.

Kolejny ważny obszar występowania konfliktów interesów wiąże się z działalnością firm farmaceutycznych oraz firm produkujących wyroby medyczne, w naturalny dla gospodarki wolnorynkowej sposób podejmujących starania, aby to właśnie ich produkty, a nie produkty konkurencji były jak najszerzej ordynowane, kupowane i stosowane. Dlatego osoby decydujące o zakupach – na skalę hurtową bądź na skalę całkiem detaliczną – na różne sposoby kuszone są bardziej lub mniej zawoalowanymi benefitami, a przez to stawiane w sytuacji konfliktu interesów. W wielu przypadkach manipulacja jest tak subtelna, że poddany jej lekarz w ogóle nie zdaje sobie sprawy, że narażony jest na działanie nieprzejrzyste i stronnicze. Do manipulacji takich dochodzi na przykład w czasie szkoleń sponsorowanych przez firmy farmaceutyczne albo w związku z dystrybucją

darmowych próbek leków. Przedkładanie jednego produktu ponad inne może być obojętne dla pacjenta bądź nawet korzystne dla niego, jednakże pośród wielu takich sytuacji niepostrzeżenie zaistnieć mogą i takie, gdy pacjent niepotrzebnie narażony jest na ponoszenie wysokich kosztów lub nie otrzymuje najlepiej dopasowanego do swojej sytuacji produktu. Z tych względów jest rzeczą bardzo istotną, aby kontakty przedstawicieli biznesu z lekarzami były ściśle unormowane. Dotyczy to zwłaszcza zasad zawierania umów sponsorskich, przyjmowania prezentów od firm oraz zasad korzystania z kontyngentów bezpłatnych produktów. Na szczęście w większości krajów te kwestie są już dobrze uregulowane.

Znacznie gorzej ma się sprawa z protegowaniem przez lekarzy i innych przedstawicieli zawodów medycznych osób im bliskich, na czele z członkami rodzin i przyjaciółmi oraz innymi lekarzami. Przyzwolenie na otaczanie szczególną troską bliskich sobie osób ma nie tylko długą tradycję, lecz również zakorzenienie w panujących obyczajach. Zasady etyki medycznej są w tym względzie dość liberalne. Lekarze nie mają obowiązku w sposób pryncypialny odmawiać protekcji, jakkolwiek poświęcanie szczególnej uwagi protegowanemu pacjentowi nie może się odbywać ze szkodą dla pozostałych pacjentów. W rezultacie protekcja sprowadza się do leczenia „po godzinach" oraz pewnych przejawów dodatkowej troski o pacjenta na poziomie retorycznym, czyli w sposobie, w jaki lekarz się z nim komunikuje. Taka w gruncie rzeczy jedynie pozorowana protekcja jest powszechnym rozwiązaniem, niemniej jednak należy pamiętać o tym, jak łatwo jest przekroczyć granicę między działaniem nadobowiązkowym (co jest z natury rzeczy moralnie akceptowalne, a w wielu przypadkach wręcz godne pochwały), a niesprawiedliwym faworyzowaniem osoby protegowanej. Skuteczny nadzór przełożonych nad dystrybucją świadczeń i kolejnością ich udzielania w skali mikro, czyli w konkretnym oddziale bądź przychodni, pozwala tej newralgicznej granicy pilnować. Trzeba jednakże pamiętać i o tym, że lekarz co do zasady jest stronnikiem swoich pacjentów, a dbałość o wyrównane i sprawiedliwe dystrybuowanie świadczeń medycznych w skali oddziału czy szpitala należy w pierwszym rzędzie do zakresu odpowiedzialności osób zarządzających daną jednostką. Stronniczość w stosunku do pacjenta protegowanego należy więc rozpatrywać w ogólniejszym kontekście uznanej i naturalnej stronniczości lekarskiej, wynikającej z jego przymierza z pacjentem [6, t. I, s. 151–153].

Szczególnie obfitującym w zagrożenia obszarem działalności medycznej jest praca badawcza i życie naukowe w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu. Najbardziej powszechnym zjawiskiem jest pozorowanie nowatorskiej działalności naukowej lub sztuczne multiplikowanie efektów pracy naukowej (powielanie ich w zbyt licznych publikacjach), co jest następstwem instytucjonalnych wymogów, obejmujących publikacje w punktowanych czasopismach, udział w grantach, projektach, konferencjach itp. Pozorowanie nie musi przekraczać granic fałszowania danych – znacznie częściej polega na przeprowadzaniu badań bardzo podobnych do przeprowadzanych już i powtarzanych wcześniej, stawianiu nieistotnych problemów badawczych, dobieraniu metodologii badawczej do realnych możliwości finansowo-instytucjonalnych (z pogwałceniem reguł naukowości, np. przez zaniżanie wielkości próby), podawaniu zwykłych ekspertyz odnoszących się do partykularnych okoliczności jako osiągnięcie naukowe, tworzeniu periodyków specjalnie przeznaczonych do publikowania w nich prac, które nie miałyby szans na opublikowanie w renomowanym czasopiśmie, korzystanie z wątpliwych ofert publikacji za opłatą i wiele innych. W znanym artykule Johna P.A. Ioannidisa opublikowanym w POLS czytamy: „Opublikowano dotychczas około miliona artykułów napisanych na podstawie badań klinicznych, a do tego dziesiątki tysięcy przeglądów systematycznych – jednakże większość z nich jest bezużyteczna. Straty związane z badaniami klinicznymi i innymi sięgają rocznie 85% całości wydatków" [7, s. 1]. Oczywiście przyczyny tego stanu rzeczy nie są wyłącznie następstwem niekontrolowanego konfliktu interesów, lecz bardzo często się z nimi wiążą. Większość literatury dotyczącej konfliktu interesów w medycynie, a także większość regulacji służących jego kontrolowaniu dotyczy właśnie dziedziny badań klinicznych i skomplikowanych relacji między sponsorami, badaczami, uczelniami, czasopismami medycznym i agencjami rządowymi [8].

Osobną kategorią nadużyć towarzyszących procesom publikacji jest niewłaściwa atrybucja autorstwa, łącznie z dopisywaniem się kierowników jednostek do listy autorów pracy, której nie współtworzyli, sztucznym dzieleniem publikacji na osobno publikowane części, wzajemnym cytowaniem się w gronie znajomych, zbędnymi autocytatami, zwiększającymi wskaźnik cytowań; nade wszystko jednakże groźnym zjawiskiem są plagiaty i tzw. autoplagiaty.

Nadużycia odnoszące się do atrybucji autorstwa są dziś zwalczane dość energicznie. Jednakże nie we wszystkich obszarach ryzykownych konfliktów interesów w sferze badawczej tak jest. Presja związana z awansami naukowymi, rywalizacją zawodową, a także poważne korzyści materialne wynikające z wysokiej pozycji naukowej prowadzą nie tylko do nadużyć, lecz również do wielu zachowań na pograniczu nadużycia, niewiążących się z ryzykiem sankcji. Współczesne instytucje akademickie kładą silny nacisk na wysokie wymagania transparencji i kontroli w przypadku prac naukowych powstających na zamówienie firm farmaceutycznych bądź innych producentów, bezpośrednio lub pośrednio związanych z ich produktami. Deklaracje konfliktu interesów oraz publikowanie wyników negatywnych (odmiennych od oczekiwań merkantylnie nastawionych sponsorów) to najważniejsze wymogi kontroli konfliktu interesów (same w sobie jeszcze niewystarczające) w tym obszarze. Ostatnio coraz większą wagę przywiązuje się również do identyfikowania tzw. czasopism drapieżnych i – szerzej – zwalczania pozorowanych recenzji.

Recenzowanie prac naukowych wiąże się bowiem z bardzo silną presją konfliktu interesów, albowiem zarówno czasopisma mniejszej rangi, jak i instytucje przeprowadzające postępowania awansowe generalnie preferują recenzje pozytywne. Kto chce utrzymać się na „rynku recenzyjnym", musi być ostrożny w pisaniu opinii negatywnych. Dotyczy to wprawdzie przede wszystkim uczelni (procedur awansowych) oraz wydawnictw niższej rangi, lecz z natury rzeczy takich jest większość, przez co problem

wiarygodności procedur recenzyjnych jest bardzo poważny. Ministerstwo Nauki już w 2011 r. sformułowało zasady dobrych praktyk recenzowania w nauce [9], jakkolwiek nie zdołały się one jeszcze w pełni przyjąć w praktyce. Znaczny postęp w przeciwdziałaniu konfliktowi interesów w tym obszarze przyniosło jednakże dość powszechne stosowanie deklaracji konfliktu interesów (*disclaimers*) oraz zasada publikowania recenzji w internecie. Korzystne są również procedury losowania recenzentów z pewnej większej puli, stosowane na przykład przez polską Radę Doskonałości Naukowej.

Nie tylko publikowanie prac i procedury awansowe wiążą się z ryzykiem nadużyć wynikających z rozdarcia pomiędzy zasadami pracy badawczej a osobistym interesem badacza. W obszarze badań klinicznych i ich organizacji pojawiają się zagrożenia jeszcze poważniejsze, łącznie z wprowadzaniem do badań pacjentów, dla których udział w nich nie jest korzystny, bądź pacjentów, którzy nie spełniają wszystkich warunków uczestnictwa. Dzieje się tak zwłaszcza wtedy, gdy badacz lub jego współpracownik będący lekarzem-terapeutą otrzymuje wynagrodzenie (niekoniecznie w pełni sformalizowane) za każdego pacjenta, który podpisze umowę na udział w badaniu klinicznym. W zasadzie w każdym przypadku, gdy badacz jest ekonomicznie związany, a tym bardziej gdy jest zależny ekonomicznie od sponsorów badań klinicznych bądź producentów leków i wyrobów medycznych, ma miejsce poważny konflikt interesów. Jego opanowanie wymaga bardzo wysokich standardów i „higieny organizacyjnej", w które angażować się powinny obie strony. W dobrze pojętym własnym interesie firmy farmaceutyczne pragnące podnieść swój prestiż i wiarygodność korzystają z usług niezależnych doradców (w tym bioetyków), których zadaniem jest monitorowanie przestrzegania zasad naukowego obiektywizmu i bezstronności oraz zasad uczciwej konkurencji.

W klasycznym rozumieniu konflikt interesów jest sytuacją, w której postawiona jest konkretna osoba wykonująca określoną pracę bądź pełniąca określone funkcje w otoczeniu społecznym oraz instytucjonalnym, w którym rodzi się pewnego rodzaju presja, utrudniająca tej osobie kierowanie się w swych decyzjach wyłącznie zasadami wykonywania jej zawodu i pełnienia powierzonej jej funkcji. Można jednakże rozumieć konflikt interesów szerzej – jako sytuację, w której to grupa ludzi, stanowiących kadrę pewnej instytucji czy po prostu zjednoczonych wspólnotą interesów, znajduje się pod presją pokus bądź lęku właśnie jako grupa i ulega tej presji zbiorowo albo też zbiorowo się przed nią broni. Przykładem grupowego konfliktu interesów jest działanie związku zawodowego medyków (na przykład lekarzy), wywierającego na pracodawcach presję w celu poprawy warunków finansowych świadczenia pracy. Jest to jedno z oczywistych zadań związków zawodowych, niemniej jednak w interesie działaczy jest dążenie do maksymalizacji dochodów grupy zawodowej, której służą, podczas gdy interes społeczny i powinność moralna są inne – nakazują bowiem ustalenie nie możliwie najwyższych stawek, lecz takich, które są moralnie słuszne, czyli, jak to się mówi w tym kontekście, godziwe. Zdolność do samoograniczania swoich roszczeń jest w przypadku związków zawodowych bardzo ograniczona, gdyż przyświecająca ich działalności zasada uzyskiwania maksimum korzyści dla członków korporacji (zasada wszak uniwersalna dla wszelkiej działalności społecznej) maskowana jest przez zasadę motywacji, mówiącą, że im lepiej wynagradzany jest profesjonalista, tym lepiej wykonuje swoje obowiązki – z korzyścią dla „interesariusza". To prawda, że dobrze zarabiający i zadowolony lekarz bardziej skłonny jest zadowolić swojego pacjenta, jakkolwiek wciąż rosnący udział płac w budżetach ochrony zdrowia z pewnością nie jest dla pacjentów korzystny. Niestety, ten rodzaj konfliktu interesów jest szczególnie trudny do kontrolowania. Podobnie ma się sprawa z relacjami ekonomicznymi pomiędzy przemysłem farmaceutycznym a stowarzyszeniami lekarskimi. Zależność wielu z nich od sponsorów „big pharma" jest tak znaczna, że wpływa to nawet na wiarygodność w kwestiach ściśle naukowych, na czele z rekomendacjami EBM. Nic dziwnego, że pojawiają się postulaty całkowitego oddzielenia interesów towarzystw lekarskich od firm farmaceutycznych i zakazywania pełnienia funkcji kierowniczych w towarzystwach lekarskich przez lekarzy związanych interesami z tego rodzaju firmami [por. 10]. Walka z nadużyciami – jeśli ma być skuteczna – musi się odwoływać do radykalnych środków.

W zasadzie każde nadużycie w działalności zawodowej poprzedzone jest pewną pokusą, aby się go dopuścić. Tym samym z natury rzeczy związane jest z konfliktem interesów. Dlatego też opracowania dotyczące konfliktu interesów są de facto katalogami możliwych nadużyć, łącznie z najpoważniejszymi patologiami o charakterze występków i przestępstw korupcyjnych. Manipulacje przy kontraktach i zamówieniach publicznych, wywieranie nieformalnych a korumpujących nacisków na urzędników podejmujących decyzje w zakresie alokacji środków bądź refundacji wydatków na procedury w ochronie zdrowia to przykłady ciężkich nadużyć. Oczywiście są one traktowane w kategoriach korupcji, a przepisy i procedury antykorupcyjne, obejmujące różnego rodzaju kontrole instytucjonalne, w tym nawet policyjne („operacyjne"), to broń większego kalibru niż środki zaradcze mające zapobiec utracie przez osobę wykonującą zawód medyczny kontroli nad konfliktem interesów, w którym się znajduje. Można powiedzieć, że te środki zaradcze i zwiększające odporność na konflikty interesów są pierwszym szańcem w obronie przed korupcją w medycynie.

Jak wzmacniać odporność osób i instytucji na konflikty interesów?

Sposób postępowania w obliczu konfliktu interesów Beauchamp i Childress formułują hasłowo za pomocą czterech czasowników: ujawniać, ograniczać, zarządzać, unikać [3, s. 357]. Najpierw zaś należy poddać go analizie, w której kluczowe znaczenie mają dwa ustalenia: jakie jest prawdopodobieństwo szkody wynikającej ze stronniczości osoby funkcjonującej w konflikcie interesów oraz jak wielka może być ta szkoda. Jeśli prawdopodobieństwo jest znaczne, a szkoda poważna, niezbędne jest podjęcie odpowiednich kroków.

Mówiliśmy już o zasadzie ujawniania konfliktu interesów jako podstawowym, choć niewystarczającym środku zabezpieczającym przed jego niekontrolowanym negatywnym wpływem na postępowanie profesjonalisty. Obowiązek składania deklaracji konfliktu interesów dotyczy recenzowania, publikowania prac sponsorowanych przez firmy farmaceutyczne, wystąpień na konferencjach i szkoleniach oraz publikowania materiałów szkoleniowych. Istnieje jednakże wiele sytuacji, gdy profesjonalista medyczny musi sam pamiętać o wymogach transparencji jako niezbędnym warunku sprawiedliwości i zaufania społecznego do jego działalności zawodowej. I tak na przykład dobrą praktyką jest informowanie przez lekarza swoich współpracowników i przełożonych w placówce publicznej, że ma pod opieką pacjenta będącego osobą protegowaną lub pacjentem zakładu niepublicznego, w którym ten lekarz jest zatrudniony.

Ujawnianie konfliktu interesów nawet tam, gdzie nie wymagają tego przepisy, leży w interesie profesjonalisty poddanego jego presji, ułatwiając jej pokonanie. Dzięki ujawnieniu otoczenie zawodowe, czyli przełożeni, współpracownicy, ale także podwładni stają się czujni, przypatrując się, czy podjęte przez osobę poddaną konfliktowi interesów decyzje nie były stronnicze i niesprawiedliwe.

Osobiste, niewymagane przepisami decyzje związane z występowaniem konfliktu interesów dotyczyć mogą nie tylko ujawniania go, lecz również samodzielnego wyłączania się z danej procedury decyzyjnej bądź pola aktywności tam, gdzie nie następuje to w wyniku dyskrecjonalnej decyzji zarządczej (żądania przełożonego) bądź zgodnie z zakazem sformułowanym przepisem. Takie wyłączenia są instytucjonalnie i prawnie wymagane w razie zachodzenia powiązań rodzinnych lub zależności służbowej, a zwłaszcza zależności ekonomicznej w kontekście procedur związanych z przetargami, zatrudnianiem i ocenianiem pracowników. Niemniej jednak jest dobrą praktyką wyłączanie się z każdej procedury, w której niewielki nawet konflikt interesów może wpływać na społeczne zaufanie do niej. Dobrym przykładem jest – niezbyt częste w naszym kraju – odmawianie recenzowania prac (również awansowych) swoich aktualnych bądź byłych uczniów i bliskich współpracowników.

Z pewnością fatalne dla pacjentów, a także samych profesjonalistów medycznych skutki braku kontroli nad poważnymi konfliktami interesów nie mogą być skutecznie ograniczane bez osobistego moralnego zaangażowania poszczególnych osób, które funkcjonują zawodowo w warunkach mniej czy bardziej poważnego konfliktu interesów. Niezbędne są też odpowiednie regulacje, których zresztą prawo medyczne oraz rozporządzenia regulujące działanie instytucji zdrowia publicznego znają wiele [8, s. 31–24]. Jednakże kluczowe znaczenie ma również to, co rozciąga się pomiędzy sferą osobistej etyczności konkretnego pracownika a domeną regulacji. W sferze tej trzeba budować świadomość i wrażliwość odnośnie do tego, czym są i jak groźne mogą być konflikty interesów. Jest to kwestia kultury instytucjonalnej oraz polityki zarządczej, która może być w tej materii uważna i aktywna, a może też ograniczać się do przestrzegania wymaganych przez prawo procedur oraz zakazów. Niestety, najczęściej mamy do czynienia z tym drugim podejściem. Pośród wielu kursów i szkoleń, na które kierowani są profesjonaliści medyczni, bardzo trudno jest znaleźć problematykę konfliktu interesów – a jeśli już to się zdarza (na przykład na szkoleniach z „pisania wniosków grantowych"), to mowa jest raczej o przepisach i regulacjach niż o zasadach etycznych. Tymczasem bez świadomości i wrażliwości moralnej za pomocą samych tylko regulacji nie da się utrzymać i obronić granicy, jaka przebiega między tym, co jeszcze jest akceptowalne, a tym, co już w sposób jednoznaczny kwalifikuje się jako naganne.

Zakończenie

Opanowanie konfliktu interesów w medycynie nie polega na jego całkowitym eliminowaniu. Jest to nie tylko niemożliwe, lecz i niepożądane. Uciekając się do medycznego porównania: całkowite usunięcie konfliktu interesów to jak odcięcie zdrowego człowieka od wszelkich patogenów – nie udałoby się to do końca, a nawet gdyby się udało, to z fatalnym skutkiem dla jakości życia i dla zdrowia jego systemu immunologicznego. Niestety, zarówno od strony intelektualnej, jak i od strony regulacyjnej mamy dużą trudność z opanowaniem zjawisk, które są problematyczne, niebezpieczne, lecz jednocześnie tak naturalne jak występowanie patogenów w środowisku.

Problematyka konfliktu interesów na pozór jest dobrze znana i rozpoznana, lecz w gruncie rzeczy poruszana jest marginalnie i niechętnie. Szczególnym wyrazem skonfundowania, jakie wywołuje, jest omawiana w tym artykule niejednoznaczność, z jaką traktuje się konflikt interesów jako coś z jednej strony akceptowalnego (choć wymagającego ujawnienia i traktowania z ostrożnością przez samą osobę w nim się znajdującą oraz przez jej otoczenie), a z drugiej niepożądanego. Dochodzi nawet do niebezpiecznego rozchwiania terminologicznego. Jak możemy przeczytać w poświęconym konfliktom interesów opracowaniu Weroniki Chańskiej:

> Sam fakt posiadania przez lekarza innych niż wyznaczone mu przez rolę zawodową interesów i dążeń nie jest naganny – tę sytuację określa się w literaturze mianem *potencjalnego konfliktu interesów*. Jednoznacznie negatywną ocenę wywołują dopiero te sytuacje, w których osobiste interesy lekarza w nadmierny sposób wpływają na jego profesjonalny osąd i działanie. Innymi słowy, konflikt interesów w praktyce lekarskiej staje się niebezpieczny wówczas, gdy osobiste dążenia lekarza zaczynają dominować nad obowiązkami wypływającymi z norm wykonywania zawodu – mówimy wówczas o *rzeczywistym konflikcie interesów* [11, s. 360].

Oczywiście Chańska ma rację – używa się takich właśnie terminów. Jest to jednak nielogiczne i świadczy o pewnej bezradności, z jaką traktujemy tę problematykę. Dlatego trzeba bardzo jasno powiedzieć: sytuacja konfliktu interesów jest całkiem rzeczywista (a nie potencjalna), jakkolwiek nie musi prowadzić do nadużyć. To nadużycia są czymś zaledwie możliwym (potencjalnym), podczas gdy konflikt interesów – związany z pokusą materialną, lękiem przed utratą możliwych korzyści osobistych bądź

naruszeniem dobrych relacji, względnie (niekoniecznie dobrych) obyczajów – manifestuje się całkiem jawnie i nieraz w sposób psychologicznie dojmujący. Nie ma w nim bynajmniej nic potencjalnego, a co najwyżej można go uznać za subiektywnie uwarunkowany. Różne osoby znajdujące się w analogicznej sytuacji konfliktu interesów mogą go bowiem odczuwać silniej albo słabiej, dzięki czemu są na niego bardziej lub mniej odporne. Nikt nie jest wszelako odporny całkowicie – zwłaszcza gdy warunki instytucjonalne i obyczaje sprzyjają stronniczemu oraz interesownemu postępowaniu.

Piśmiennictwo

1. Różyńska J., Chańska W., Łuków P., Zielińska E., Chyrowicz B., Karkowska D., Hartman J., *Konflikt interesów w praktyce zawodów medycznych – Rekomendacje Komisji do spraw etyki w ochronie zdrowia (2013–2016)*, „Przegląd Prawa Medycznego" 2021; 1–2: 6–39.
2. Porter M.E., Kaplan R.S., *How to Pay for Health Care. Bundled Payments Will Finally Unleash the Competition that Patients Want*, „Harvard Business Reviev" 2016; 94 (7–8): 88–98, https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27526565/ (dostęp: 15.05.2025).
3. Beauchamp T.L., Childress J.F., *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford University Press, Oxford 2019.
4. Prokuratura Krajowa, *Zbiór zasad etyki zawodowej prokuratorów*, 2021, https://www.gov.pl/web/prokuratura-krajowa/zbior-zasad-etyki-zawodowej-prokuratorow (dostęp: 10.05.2025).
5. Naczelna Izba Lekarska, *Kodeks Etyki Lekarskiej*, https://nil.org.pl/dokumenty/kodeks-etyki-lekarskiej (dostęp: 20.05.2025).
6. Szewczyk K., *Bioetyka dla lekarzy*, t. I i II, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009.
7. Ioannidis J.P.A., *Why Most Clinical Research Is Not Useful*?, „PLOS Medicine", 21.06.2016, https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4915619/pdf/pmed.1002049.pdf (dostęp: 20.05.2025).
8. Bernard L., Field M.J. (red.), *Conflict of Interest in Medical Research, Education and Practice*, The National Academies Press, Washington 2009.
9. *Dobre praktyki w procedurach recenzyjnych w nauce*, wolny dostęp online na kilku portalach, oficjalna publikacja: https://www.rdn.gov.pl/dobre-praktyki.poradnik-recenzje-w-postepowaniach-o-awans-naukowy.html (dostęp: 15.05.2025).
10. Rothman D.J., McDonald W.J., Berkowitz C.D. et al., *Professional Medical Associations and Their Relationships with Industry. A Proposal for Controlling Conflict of Interest*, „Journal of the American Medical Association" 2009; 301 (13): 1367–1372, https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19336712/ (dostęp: 20.05.2025).
11. Chańska W., *Konflikt interesów w praktyce lekarskiej, cz. I–IV*, 2016–2017, https://www.mp.pl/szczepienia/specjalne/139701,konflikt-interesow-w-praktyce-lekarskiej (dostęp: 10.05.2025).