

Kuracja Baracka Obamy



fol. Archiwum

Rozmowa z Ronaldem J. Steingardem (na zdjęciu z prawej), profesorem Commonwealth Medicine University of Massachusetts, doradcą ds. medycznych władz stanu Massachusetts

Jak zmieni się amerykański system opieki medycznej po zmianie warty w Białym Domu?

Zmiany będą istotne, nie tylko dlatego, że odeszli od władzy republikanie, którzy nie chcieli przeprowadzić istotniejszych reform. Kolejnym powodem jest fakt, że wielu rodzin amerykańskich zwyczajnie nie stać już na płacenie za opiekę zdrowotną. Kryzys przyspieszy zmiany. Najistotniejszą będzie pomoc finansowa dla rodzin, które utraciły źródła dochodu w czasie kryzysu. To musi zacząć działać od razu, choć idea ta ma przeciwników. Trzeba rozwiązać ich wątpliwości, działać szybko.

Czego dotyczą te wątpliwości?

Nie ma zgody na to, by bezwarunkowo pomagać wszystkim dotkniętym kryzysem. W USA ubezpieczenie jest dobrowolne. Jeżeli okaże się, że płacący składki mają takie same świadczenia jak ci, którzy tego nie robią, powstanie wyłom w systemie. Obawiamy się, że także osoby mające pracę przestaną dobrowolnie płacić składki i zaczną się starać o objęcie ich bezpłatnymi programami pomocowymi. W efekcie systemowi ochrony zdrowia groziłoby odcięcie od źródeł finansowania, jeśli nawet nie w całości, to w tak istotnej części, że naszej służbie zdrowia groziłby paraliż.

Od lat składek ubezpieczeniowych w ogóle nie płaci kilkanaście milionów Amerykanów. Demokraci opowiadali się za zbliżeniem do modelu europejskiego, objęciem podstawowym ubezpieczeniem wszystkich obywateli. A teraz nie ma zgody nawet co do tych, którzy nie z własnej winy stracili pracę?

Jak mówiłem wcześniej, musimy być ostrożni w przyjmowaniu nowych zasad ubezpieczenia, by nie wyrzucić do góry nogami całego systemu ochrony zdrowia. Moim zdaniem, od powszechnego objęcia wszystkich ochroną zdrowia nie ma odwrotu. Do tego modelu dochodzić jednak będziemy latami, idąc z jego przeciwnikami na rozmaite kompromisy, wprowadzając go po kawałku, zaczynając na przykład od dzieci.

Dlaczego od dzieci?

Bo tu najłatwiej o wypracowanie kompromisu, i tu najlepiej to działa. Już dziś jest tak, że dzieci są objęte specjalnymi programami rządowymi, stanowymi, a nawet prywatnymi. Często spotkać można rodziny, w których dzieci, korzystając z darmowych programów, mają znacznie lepszy dostęp do opieki zdrowotnej niż ich rodzice. Opieka dla dzieci to jeden z fundamentalnych punktów zdrowotnej polityki administracji Obamy. Drugim jest zwiększenie praw wyboru programów opieki zdrowotnej dla dorosłych.

Co oznacza zwiększenie praw wyboru programów opieki zdrowotnej dla dorosłych? Skoro w USA płacenie ubezpieczeń zdrowotnych jest dobrowolne, można sądzić, że Amerykanie mają pełnię praw wyboru programu ubezpieczeniowego.

W praktyce tak nie jest. W USA o wyborze firmy ubezpieczeniowej decyduje nie pracownik, lecz pracodawca. To on kupuje konkretne pakiety programów emerytalnych i zdrowotnych dla pracownika i za pracownika. Chcemy to zmienić, dać pracownikowi znacznie większe prawo do decydowania w tych sprawach.

Administracja Obamy chce także zwiększenia wydatków na programy prewencyjne i edukacyjne.

Prócz humanitarnego wymiaru tych programów, mają one także wielkie znaczenie ekonomiczne. Po prostu profilaktyka jest znacznie tańsza niż leczenie. Konsekwentne zwalczanie nikotynizmu prowadzi do spadku zachorowań na raka i choroby krążenia. Mamy wielki problem z otyłością społeczeństwa. Tu także leczenie jest skomplikowane i bardzo drogie – o wiele tańsze jest objęcie szkół programami edukacyjnymi, klarowne oznakowanie zdrowej żywności, promocja sportu, wysiłku fizycznego. Wydajemy coraz więcej i będziemy wydawać jeszcze więcej na tego typu kampanie. Odciąży to system ochrony zdrowia, obniży wydatki na leczenie. Podobnie rzecz się ma w przypadku ograniczenia wpływów czegoś, co w USA określamy *health industry* (przemysł zdrowotny). Promowanie jego interesów znacznie zwiększa nakłady, które musimy ponosić na ochronę zdrowia.

Chodzi o koncerny farmaceutyczne? To jedno z najskuteczniejszych lobby, nie tylko w USA.

I o koncerny, i o właścicieli szpitali. W ochronie zdrowia, podobnie jak w niemal każdym segmencie rynku, czy szerzej – usług publicznych najdroższe są zabiegi najbardziej skomplikowane. Specjaliści zarabiają krocie, gdy porównać ich wynagrodzenia z wykonującymi mniej skomplikowane usługi. Trwa więc nieustanna presja, by przeprowadzać jak najwięcej skomplikowanych zabiegów i terapii.

Wytłumaczę to na przykładzie. Kontrolowaliśmy kiedyś wydatki medyczne w trzech podobnej wielkości miastach jednego stanu, Florydy. Ze zdumieniem stwierdziliśmy, że w jednym z nich wskaźnik pacjentów z endoprotezami jest kilkakrotnie wyższy niż w dwóch pozostałych. Usiłowaliśmy dociec dlaczego. Okazało się, że jeden z ambitnych lekarzy w tym mieście z wielką determinacją zabiegał o stworzenie oddziału zajmującego się wszczepianiem endoprotez. Postawił na swoim, z ośrodka były dumne władze samorządowe, chwaliła go prasa, do miasta na operacje zaczęli zjeżdżać pacjenci. Skutkiem ubocznym tego sukcesu było to, że wielu obywatelom miasta, w którym działał ośrodek, wszczepiono endoprotezy po chopnie. Bo skoro był do-

bry klimat i moce przerobowe, i troska o to, by ośrodek dalej słał dobre imię miasta, łatwiej było podjąć decyzję o skierowaniu na operację. Przed takimi niespodziankami pacjentów trzeba bronić.

Do tego trzeba gigantycznego aparatu kontroli. Nie obawia się pan nadmiernego zbiurokratyzowania ochrony zdrowia? Na ręce lekarzy patrzeć będą kontrolerzy, tym kontrolerom superkontrolerzy...

Nie o to chodzi, jest znacznie lepszy sposób. Po pierwsze, lepsza informatyzacja, lepszy przepływ informacji. W tym zakresie i amerykańskie firmy, i amerykańska administracja zrobiły już bardzo wiele, ale efekt jest niesatysfakcjonujący. Każda z firm ubezpieczeniowych, właściciel szpitala czy ich sieci pieczołowicie zapisują i przechowują informacje. Kłopot polega na tym, że każdy zbiera je pod nieco innym kątem, kładzie nacisk na co innego, niektóre dane pomija, inne zbiera zbyt szczegółowo. W efekcie trudno potem dane z jednego szpitala porównać z danymi z drugiego. Któregoś z ważnych szczegółów zawsze brak. Musimy zająć się ujednoczeniem sposobu zbierania danych, by można je lepiej analizować, wyciągać odpowiednie wnioski.

Po drugie, oczywiście, nie da się pominąć kontrolerów, urzędników czy ubezpieczalni. Ale najlepszym narzędziem kontroli są profesjonalne wytyczne kliniczne i kosztowe, opracowane przez zespoły najlepszych fachowców, wiarygodne instytucje. To właśnie mamy na myśli, mówiąc kontrola.

Pozostaje jedno podstawowe pytanie – kiedy uda się te wszystkie zamierzenia wprowadzić i na ile pacjenci, środowiska medyczne oraz firmy ubezpieczeniowe gotowe są do zmian, kompromisów?

Taka gotowość jest. Pytanie, kiedy uda się wprowadzić zmiany, musi pozostać otwarte. W Ameryce tego typu sprawy zawsze załatwiano na drodze długotrwałych negocjacji, w których uczestniczą setki, tysiące podmiotów. Każdy musi zostać wysłuchany, zdanie każdego trzeba wziąć pod uwagę. To żmudny proces. Skończy się nie prędzej jak za rok. Być może będziemy skazani na to, by cały pakiet zmian wprowadzać jedna po drugiej, etapami. Jednak mimo wszystko co do tempa zmian pozostają optymistą. Ich pilna potrzeba stała się jasna dla wszystkich podmiotów debaty, nikt nie weźmie na siebie roli hamulcowego, który uniemożliwi zrobienie kroku naprzód. Pierwsze elementy planu Obamy zaczną obowiązywać szybko.

Rozmawiał Bartłomiej Leśniewski

Wywiad został przeprowadzony podczas łódzkiej konferencji *3rd International Conference of Medical Students and Junior Doctors on Family Medicine May 8-9*, na specjalnej sesji zorganizowanej przez dr. hab. n. med. Przemysława Kardasa, kierownika I Zakładu Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.