

Trzymać pacjenta z dala od doktora



foto: Archiwum X2

Rozmowa z Kennethem E. Thorpe, profesorem Emory University w Atlancie, doradcą prezydenta Billa Clintona, jednym ze współtwórców reform Baracka Obamy

Jakie są pierwsze efekty reform zdrowotnych Baracka Obamy?

Zwiększenie wpływów do systemu ochrony zdrowia z prywatnych kieszeni Amerykanów. Nie mamy jeszcze konkretnych sum i wyliczeń, ale już wiadomo, że setki tysięcy dotychczas nieubezpieczonych obywateli, nie czekając na konkrety rządowych i stanowych programów, zaczęło kupować polisy ubezpieczeniowe. To wielki zastrzyk finansowy zarówno dla ubezpieczycieli państwowych, jak i prywatnych.

Dlaczego prywatnych? Dlaczego Amerykanie nie zdecydowali się czekać na skonkretyzowanie pro-

gramów rządowych? Może byłyby korzystniejsze niż prywatne?

Bo mówimy o grupie Amerykanów, która od dawna chciała się ubezpieczyć i miała na ten cel pieniądze. Problemem było to, że ubezpieczyciele odmawiali im polis, wykluczali z systemu. Mowa o cierpiących na choroby przewlekłe, takie jak np. cukrzyca czy nadciśnienie. Przyjęte niedawno prawo federalne zabrania instytucjom ubezpieczeniowym odmowy zawarcia polisy z powodu takich chorób. Koniec z wykluczeniem z systemem. Ci wykluczani zwyczajnie korzystają ze swojego nowego prawa do polisy. I płacą, co przekłada się na poważny zastrzyk finansowy.

Tak, ale na krótką metę. Przecież te pieniądze trzeba będzie niemal od razu wydać na ich leczenie. Czy budżety firm ubezpieczeniowych to wytrzymają? Czy nie zażądadą pomocy od państwa, jak banki podczas kryzysu? Czy wtedy wytrzymają to budżety stanowe, budżet USA?

Nowy system na pewno nie obciąży budżetu federalnego czy stanowych, czy wreszcie szpitali i związanych z nimi ubezpieczalni bardziej niż szkodliwa praktyka obowiązująca dotychczas. Amerykańskie społeczeństwo, szpitale, ubezpieczalnie i system bankowy dopłacały do leczenia nieubezpieczonych horrendalne sumy, tyle że w formie ukrytej. I choć bezpośrednią przyczyną ostatniego globalnego kryzysu nie był amerykański system ochrony zdrowia, to na pewno wady w jego funkcjonowaniu mocno się do niego przyczyniły.

Amerykański system ochrony zdrowia przyczyną kryzysu finansowego? W jaki sposób?

Ameryka nie była przecież państwem, w którym nieubezpieczonym czy ubogim odmawiano pomocy medycznej. Otrzymywali ją wg tych samych reguł co ubezpieczeni. Tyle że później wystawiano im za nią rachunek. Jeśli pomoc nie była kosztowna, rachunek niezbyt wysoki – rzeczywiście płacili. Jeśli jednak była kosztowna, wymagała zastosowania drogich leków i procedur terapeutycznych, rachunek opiewał na sumę, która była poza zasięgiem pacjenta. Świadczeniodawcy upominali się oczywiście o swoje pieniądze, dochodzili ich sami, poprzez firmy windykacyjne, przez sądy. Przypominało to trochę sztukę dla sztuki, w wielu wypadkach wiadomo było, że pieniądze są nie do odzyskania. Jedynym ratunkiem dla pacjenta było

ogłoszenie bankructwa osobistego. Dziś szacuje się, że 50 proc. przypadków ogłoszenia bankructwa osobistego w USA miało miejsce właśnie wtedy, gdy nieubezpieczonego obywatela nie było stać na opłacenie rachunku za pomoc medyczną.

Co drugi przypadek? To przecież może rozsądzić w każdym kraju nie tylko system ochrony zdrowia, ale i finansowy.

Dlatego rozsądzało, i to przez lata. Skutki bankructwa osobistego boleśnie odczuwał nie tylko pacjent. Odczuwały i szpitale, które zamiast wymienialnych na gotówkę aktywów miały stertę papierów windykacyjnych, bez szansy na uzyskanie należności. Pośrednio i banki, które udzielały np. kredytów hipotecznych. Ich klient, przez lata regularnie spłacający raty, nagle wskutek choroby stawał się bankrutem, niezdolnym do spłaty innych zobowiązań. Ktoś te straty musiał pokryć. Albo wliczano je w koszty innych usług, co skutkowało wzrostem cen, albo upominano się o państwową rekompensatę. Co więcej, jeżeli pacjent-bankrut uległ wypadkowi lub stan jego zdrowia się pogarszał i wymagał pomocy medycznej, dostawał ją. Jego dług rósł w nieskończoność, a należności, które w teorii powinien otrzymać szpital, pozostawały na papierze. Żyliśmy w świecie finansowej iluzji, absurdu, w którym rachunek „winien i ma” zupełnie inaczej wyglądał na papierze, a inaczej w rzeczywistości. W realnym świecie *puchły* długi nieubezpieczonych Amerykanów, którzy i tak otrzymywali drogą pomoc medyczną. Żaden rząd, żadne cywilizowane społeczeństwo naszych czasów nie pozwoli na to, by nie udzielać pomocy medycznej potrzebującym, a nieposiadającym czy to ubezpieczenia, czy pieniędzy. Problem trzeba było rozwiązać inaczej.

Inaczej, czyli po europejsku?

Źródła inspiracji szukaliśmy wszędzie, także w Europie. Ale nie trzeba było ich szukać aż tak daleko. Także w USA mieliśmy źródła i inspiracje, pomysły, jak sobie z tym problemem poradzić. Radziły sobie z nim np. stany Massachusetts i Vermont, że wymienię te najbardziej zaawansowane. Tam od lat prywatne ubezpieczenia wspierane były przez stanowe programy pomocowe, dodatkowe zachęty. Problem ludzi nieubezpieczonych w zasadzie w tych stanach nie istniał. Funkcjonuje natomiast bardzo dobry system kontroli nad instytucjami ochrony zdrowia. To jest droga, którą chcemy iść w całym kraju.

Na czym będzie polegać ta kontrola instytucji ochrony zdrowia?

Chcemy doprowadzić do tego, by – o ile to możliwe – trzymać pacjentów jak najdalej od szpitali i lekarzy. Kluczem jest dobra profilaktyka i dobre przeszkolenie średniego personelu medycznego. To są rzeczy, o któ-

„Przyczyną połowy bankructw osobistych w USA była niemożność zapłacenia przez pacjentów rachunków za pomoc medyczną. To jeden z powodów ostatniego kryzysu finansowego”

rych przy okazji wprowadzania ostatnich reform nie mówiło się wystarczająco dużo. Głosy w tej sprawie nie przenikały do publicznej debaty, bo emocje skupiały się na kwestiach obowiązkowych ubezpieczeń.

Trzymać pacjentów jak najdalej od szpitali i lekarzy? Brzmi szokująco.

Tylko na pierwszy rzut oka. Gdy się przyjrzeć temu bliżej, bycie jak najdalej od szpitala to naturalne pragnienie każdego człowieka. Szpital to miejsce, do którego się idzie nie dlatego, że się chce, a dlatego, że jest taka konieczność. Recepta na to, by tej konieczności uniknąć – o ile pominiemy element siły wyższej – jest prosta i znana każdemu: dbać o zdrowie na co dzień, dobrze się odżywiać, uprawiać sport, unikać używek, regularnie poddawać się badaniom kontrolnym. Zamierzamy w tym pomóc Amerykanom. Zwłaszcza że z finansowego punktu widzenia procedury szpitalne są najdroższe ze wszystkich usług medycznych. Taniej i bardziej zgodnie z oczekiwaniami ludzkimi jest tak dbać o zdrowie obywateli, by nie było potrzeby ich hospitalizowania.

Dlaczego z dala od lekarzy?

Jak powiedziałem wyżej – najdroższe są świadczenia szpitalne. Znacznie niższe są koszty świadczeń udzielanych przez lekarzy rodzinnych, specjalistów, przychodnie, ambulatoria. Niższe, ale i tak wysokie. Najmniej kosztuje pomoc udzielana przez średni personel medyczny, pod warunkiem że jest odpowiednio do tego przygotowany. I to szczególnie widać w wypadku profilaktyki chorób i opieki nad chorymi przewlekle – a poprawa w tych dziedzinach to nasze priorytety. Nie trzeba kończyć studiów medycznych, zdobywać skomplikowanej wiedzy, by bardzo dobrze odgrywać swoją rolę w tych zakresach. Pielęgniarki szkolne i środowiskowe doskonale pełnią funkcję osób pierwszego kontaktu, wychytujących niepokojące symptomy w populacji. Pomogą również w większości czynności medycznych związanych z terapią chorych obłożnie. Oczywiście, pracować powinny pod kontrolą lekarza, nie wahać się odesłać do niego, gdy same nie radzą sobie z sytuacją. Ale to one powinny przejąć na siebie większość obowiązków, które dziś zbyt mocno obciążają lekarza. Na przykład – przygotować do wizyty u lekarza, wykonać pierwsze rutynowe badania, móc je wstępnie zinterpretować.



„ Chcemy doprowadzić do tego, by – o ile to możliwe – trzymać pacjentów jak najdalej od szpitali, jak najdalej od lekarzy „

Ostatnie reformy jednak dużą część troski o zdrowie Amerykanów zdejmą z barków zawodów tradycyjnych dla systemu ochrony zdrowia. Najtańsza jest profilaktyka i w nią warto skutecznie zainwestować.

Czyli lekarzy zastąpią specjaliści od *public relations* przygotowujący kampanie prozdrowotne, copywriterzy z firm reklamowych opracowujący sugestywne hasła, dziennikarze piszący o zdrowiu?

W pewnym stopniu tak. Warto docenić, że rzetelny artykuł czy dobra kampania mogą przynieść doskonały efekt, zastępujący pracę dziesiątek lekarzy. Ale przy pełnym szacunku dla zawodów, które wymienił pan w swoim pytaniu, zdajemy sobie sprawę z tego, że wysiłki podejmowane przez nich mają – mimo wszystko – dość ograniczony efekt. Czasem sprowadzają się do przekonywania już przekonanych, czasem do podjęcia pod wpływem impulsu niedotrzymywanych potem postanowień. Nie PR-owcy i nie dziennikarze zastąpią lekarzy, mamy lepszy pomysł.

Jaki?

Pracodawcy i urzędnicy państwowi. Tym pierwszym przypadnie rola dobrego policjanta, tym drugim – złego. Zamierzamy stworzyć system zachęt skłaniający do konsekwentnego dbania o zdrowie i tu dużą rolę do odegrania mają pracodawcy. Urzędnicy państwowi zadbają natomiast o to, by zniechęcić obywateli do podejmowania działań szkodliwych dla ich zdrowia.

Mój pracodawca dobrym policjantem?

Tak. Zamierzamy stworzyć system zachęt, także finansowych, do tego, by pracodawcy dbali o zdrowie pracowników. Chcemy, by zachęcali ich materialnie

do wykonywania badań kontrolnych, do uprawiania sportu. Mówiłem wcześniej o roli kampanii prozdrowotnych, które już przekonały miliony Amerykanów do podjęcia aktywności fizycznej. Pracodawcy dopomogliby w przekonaniu kolejnych milionów. Mało tego, dopilnowaliby, by wysiłek podejmowany był konsekwentnie. Chcemy, by organizowali i kontrolowali programy prozdrowotne dla pracowników, np. zachęcali finansowo osoby zatrudnione w biurze do aktywności fizycznej. Na zachętę materialną zareaguje na pewno jakaś część osób dotychczas biernych.

Czyli zamiast iść do szefa z prośbą o podwyżkę, będzie można iść do niego i oświadczyć: zapisałem się na aerobik, należy się 3 proc. premii?

W zasadzie tak, ale pod warunkiem, że będą to zajęcia autoryzowane przez pracodawcę, że pracodawca będzie miał jakąś kontrolę, możliwość weryfikacji, czy pan rzeczywiście na ten aerobik chodzi. Myśmy się temu dokładnie przyglądali. Przy wszystkich ułomnościach i wadach tego typu rozwiązania: spośród rozmaitych instytucji, które mogłyby skutecznie wprowadzić system zachęt do prozdrowotnego stylu życia, nie ma lepszej niż pracodawca. Skoro może on pobierać i odprowadzać do odpowiedniej instytucji składki ubezpieczeniowe, dlaczego nie miałby pójść krok dalej? Zwłaszcza że to leży i w jego interesie, pracownik dbający o zdrowie to mniej absencji, lepsza jakość pracy.

A zły policjant, urzędnik państwowy?

Cóż, w USA w ciągu ostatnich 30 lat odsetek palaczy tytoniu spadł z 50 do 20 proc. społeczeństwa. Metoda była prosta – wysokie podatki dla palących i kary dla tych, którzy palą w miejscach publicznych. Ludzi, którzy sami sobie szkodzą, należy wysoko opodatkować, a tych, którzy szkodzą zdrowiu swoich sąsiadów – czy to z za płotu, czy z sąsiedniego stolika kawiarnianego – karać za to uszkodzenie. Kilkudziesięcioletnia kampania kar i zachęt przyniosła pożądany efekt, gdy chodzi o palenie tytoniu, bo była prowadzona konsekwentnie, z zaangażowaniem służb fiskalnych, inspekcji stanowych, nawet policji – wbrew protestom firm tytoniowych i plantatorów. Zastanawiamy się, jak te doświadczenia wykorzystać w profilaktyce innych chorób cywilizacyjnych. Na pewno nie można ich wprost przenieść czy to do sektora produkującego żywność, czy innych, od których zależy zdrowie. Ale część rozwiązań przenieść można i trzeba. Choćby w takiej postaci, jak wprowadzony kilka lat temu zakaz sprzedaży wysokosłodzonych napojów w sklepach szkolnych. Kar, represji czy ograniczeń rynku nie należy unikać, gdy stawką gry jest zdrowie.

Rozmawiał Bartłomiej Leśniewski