

Czy na pewno tak kiepsko i drogo w tej Ameryce?

Nieubezpieczeni



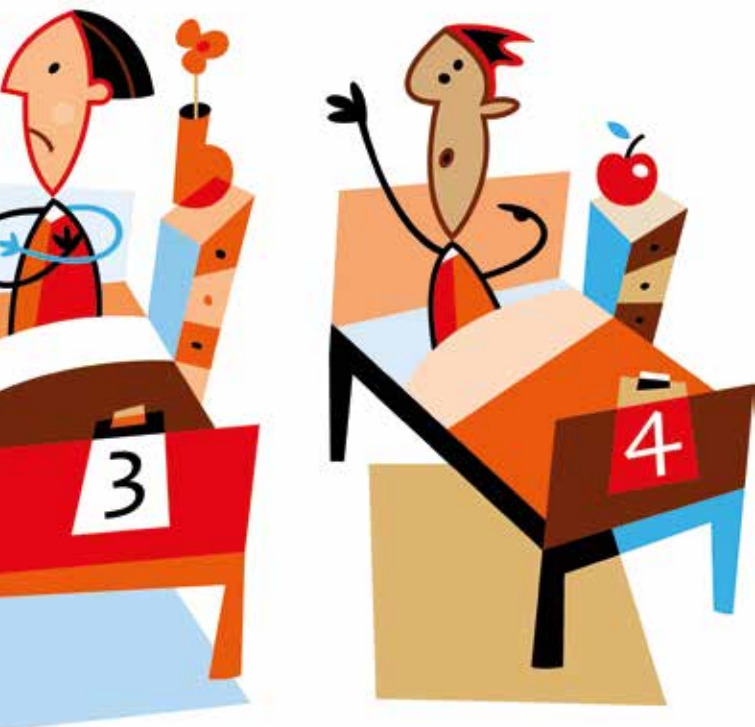
Niedawno podczas konferencji ekonomicznej jeden z polskich profesorów medycyny całkowicie zdyskredytował amerykańską ochronę zdrowia, podając jako koronny argument dużą liczbę nieubezpieczonych (ok. 40 mln, czyli 12 proc. mieszkańców). Otóż połowa z tej grupy to osoby zdrowe, nieźle zarabiające, które po prostu nie miały ochoty się ubezpieczyć, kolejne 25 proc. to ludzie bez legalnego statusu pobytowego, a zaledwie 25 proc. to ci, którzy chcieli wykupić ubezpieczenie, ale nie było ich stać.

I dalej o antymicie Ameryki: w ostatnim numerze czasopisma „Służba Zdrowia” przedstawiono wnioski z międzynarodowego raportu na temat jakości systemów ochrony zdrowia. Jedynym kryterium była długość życia mieszkańców. Żaden z ekspertów komentujących wyniki nie zwrócił uwagi na kardynalny fakt, że spośród różnych uwarunkowań system opieki zdrowotnej ma jedynie ok. 10-procentowy wpływ na długość życia. I tak wiadomo, że długość tę aż w 40 proc. determinuje styl życia, czynniki genetyczne w 30 proc., czynniki socjalne w 15 proc. oraz czynniki środowiskowe w 5 proc. Do rankingów, w których

długość życia jest jedynym lub podstawowym kryterium determinującym jakość systemu ochrony zdrowia, należy zatem podchodzić z dużą rezerwą, żeby nie powiedzieć – z niedowierzaniem. I tak też należy przyjąć jeden z komentarzy do raportu – wypowiedź eksperta, że system ochrony zdrowia w USA jest „kiepski i kosztowny”.

Amerykańska długość życia

Skoro zatem mówimy o długości życia, chciałbym przedstawić główne przyczyny wpływające na długość życia mieszkańców USA. Celowo napisałem



mieszkańców, a nie obywateli, gdyż właśnie w USA odsetek mieszkańców nieposiadających obywatelstwa jest chyba największy na świecie. Powinniśmy chyba współczuć tym ludziom, którzy wyjechali do kraju z „kiepską” ochroną zdrowia. Otóż przyczynami umiarkowości mieszkańców USA są, tak jak w innych krajach, przede wszystkim czynniki związane ze stylem życia, genetyczne, socjalne oraz środowiskowe, a także, choć w dużo mniejszym stopniu – niepowodzenia medycyny.

Jaki jest zatem styl życia Amerykanów w odróżnieniu od np. Europejczyków z UE? Otóż w USA w skali znacznie większej niż w UE mamy do czynienia z narkotykami i wypadkami z użyciem broni palnej, a także z ogromną epidemią otyłości. Liczba śmiertelnych wypadków komunikacyjnych jest także proporcjonalnie duża, ze względu na niespotykaną w Europie mobilność społeczeństwa, korzystającego przede wszystkim z samochodów prywatnych. Oni po prostu przejeżdżają o wiele więcej kilometrów autami niż Europejczycy, a towary są transportowane przede wszystkim

ciężarówkami. Bezpieczniejsza komunikacja kolejowa jest słabo rozwinięta, a ostatnio dużo mówi się o licznych wypadkach małych samolotów i zaniedbaniach w obszarze bezpieczeństwa lotów małymi statkami powietrznymi.

Broń palna

Kolejna sprawa to problem broni palnej i wypadków z nią związanych. Niedawno informowano o przypadku 9-letniej dziewczynki, która podczas treningu na strzelnicy (trening obejmował posługiwanie się pistoletem maszynowym typu UZI!) przypadkowo zastrzeliła instruktora. Takie rzeczy w Europie raczej się nie zdarzają. Prawdopodobieństwo śmierci z powodu zastrzelenia jest w USA nawet 8-krotnie wyższe niż w krajach UE. Według statystyk 35 proc. zgonów z powodu zastrzelenia z broni palnej stanowią zabójstwa, 62 proc. – samobójstwa, a 3 proc. – postrzelenia przypadkowe. W niektórych, całkiem dużych grupach etnicznych śmiertelność z powodu postrzeleń z broni palnej jest jeszcze wyższa. Aż 54 proc. wszystkich zabójstw z użyciem broni palnej dotyczy Afroamerykanów, którzy stanowią ok. 13 proc. populacji USA.

„Prawdopodobieństwo śmierci z powodu zastrzelenia jest w USA nawet ośmiokrotnie wyższe niż w krajach UE”

Narkotyki też są w USA bardziej rozpowszechnione niż w UE, a dominują niestety te najbardziej niebezpieczne: heroina i kokaina. A narkotyki prowadzą także do wzrostu liczby zgonów z powodu wypadków.

Otyłość i cukrzyca

Kolejnym problemem, niespotykanym w nawet zbliżonym stopniu w UE, jest otyłość i często związana z nią cukrzyca. Nie mówimy o nadwadze, a najczęściej o otyłości chorobliwej, z indeksem masy ciała nierzadko przekraczającym 40, a nawet 50 kg/m² (norma < 27). To jest prawdziwa epidemia, nietypowa epidemia, bo spowodowana niewłaściwym stylem życia, a nie zakażeniem. Nie muszę chyba czytelnikom „Menedżera Zdrowia” wyjaśniać, jaki wpływ na długość życia ma otyłość. Dodatkowo jest ona jednym z ważniejszych czynników decydujących o kosztach amerykańskiej medycyny. Mógłbym zaryzykować stwierdzenie, że Amerykanie wcale nie wydają najwięcej pieniędzy na ochronę zdrowia na obywatela, jeśli przeliczymy wydatki na kilogram masy ciała przeciętnego

„Amerykanie wcale nie wydają najwięcej pieniędzy na ochronę zdrowia na obywatela, jeśli przeliczymy wydatki na kilogram masy ciała przeciętnego mieszkańca. Ich po prostu trapi epidemia otyłości”

mieszkańca. Jeśli przyjmiemy, że przeciętny Amerykanin jest o 30 proc. cięższy niż Europejczyk, to może się okazać, że nawet kilkanaście krajów UE wydaje więcej na ochronę zdrowia „kilograma” statystycznego mieszkańca. Szkoda mi trochę USA, bo tam nie ma diabetologów, okazało się jednak, że internści, ewentualnie przy wsparciu endokrynologów, jednak dają radę.

Genetyka

Kolejnym czynnikiem mającym niewiele wspólnego z ochroną zdrowia, a znacznie wpływającym na umieralność, są predyspozycje genetyczne. I tutaj społeczeństwo amerykańskie różni się od europejskiego. Nigdzie indziej na świecie nie ma takiej różnorodności genetycznej. Wieloletnia naturalna selekcja została zastąpiona falami imigracyjnymi. W USA nie było też wyniszczających wojen, które zazwyczaj wpływają na

wzmocnienie genetyczne grup osób, które przeżyły. Jeśli prześledzimy statystyki długości życia Euroamerykanów, to okaże się, że wskaźniki te są nawet lepsze od europejskich. Dla Euroamerykanów prognozowana długość życia to 85,3 roku dla kobiet i 76,1 roku dla mężczyzn, a w UE odpowiednio 82 lata i 75,6 roku! Te wskaźniki mają oczywiście także swoje przyczyny w czynnikach socjalnych, głównie związanych ze statusem materialnym. Tutaj akurat społeczeństwo amerykańskie zasadniczo nie odbiega od znanej od wieków reguły, że dobrze sytuowani żyją dłużej. Brytyjcy arystokraci już w XVI w. dożywali średnio 70 lat. Jednym z kolejnych czynników wpływających na długość życia jest narażenie środowiskowe. Wprawdzie w USA środowisko nie jest bardziej zanieczyszczone niż w UE, ale zjawiska pogodowe występujące tam z większym nasileniem niż w Europie, takie jak huragany, tornado oraz trzęsienia ziemi, mają wpływ na długość życia mieszkańców.

Profilaktyka

W rozważaniach dotarliśmy do samej ochrony zdrowia, która jak wiemy, ma proporcjonalnie niewielki wpływ na długość życia. Największą bolączką amerykańskiej medycyny jest, moim zdaniem, niedostateczna profilaktyka. Ale czy to nie jest też problem spotykany w UE, a w Polsce w szczególności? Kult medycyny naprawczej, wynoszenie zabiegowców i naukowców na piedestał, płacenie za procedury i demolka interny – królowej nauk medycznych – to dobrze znane czynniki osłabiające profilaktykę.

Mierniki skuteczności

W ocenie skuteczności ochrony zdrowia należy zatem brać pod uwagę inne wskaźniki, np. 5-letnią przeżywalność w chorobach nowotworowych, śmiertelność 30-dniową oraz roczną w zawale serca oraz może w dzisiejszych czasach najważniejszy wskaźnik – przeżywalność jakościową, tzw. QUALY. I tutaj akurat amerykańska medycyna ma się czym pochwalić. Śmiertelność 30-dniowa wynosi bowiem 5,2 proc., a np. w Wielkiej Brytanii 10 proc. czy w tak u nas chwalonej Holandii 9,8 proc. (wskaźnik dla OECD32 wynosi 8,9 proc. za 2011 r.). Podobnie korzystne są w USA wskaźniki leczenia udarów mózgu, to właśnie tam jest jedna z najmniejszych śmiertelności 30-dniowych – 4,3 proc., a w takiej Francji (1. miejsce w rankingu WHO) wynosi aż 8,5 proc.! Kolejna korzystna dla USA statystyka dotyczy ciał obcych pozostawionych w ciele pacjenta po operacji. W USA zostaje ich 4,1 na 100 tys. wypisów ze szpitala, a we Francji (znowu podkreślam – 1. miejsce w rankingu WHO systemów ochrony zdrowia) 6,2, co jest szokujące – w Szwajcarii (drugi najdroższy system ochrony zdrowia na świecie) aż 11,6! I kolejne, jakże ważne

Tabela. Liczba zgonów i najczęstsze przyczyny zgonów w USA (2011 r.)

Choroby serca i krążenia	596 577
Nowotwory	576 691
Przewlekłe choroby dolnych dróg oddechowych	142 943
Udary mózgowie	128 932
Wypadki	126 438
Choroba Alzheimera	84 974
Cukrzyca	73 831
Grypa oraz zapalenie płuc	53 826
Niewydolność nerek	45 591
Samobójstwa	39 518



fot. iStockphoto.com

wskaźniki mówiące o skuteczności systemu ochrony zdrowia w USA – 5-letnia przeżywalność w rozpoznaniu raka jelita grubego: USA 62 proc., Dania 50 proc. (kraj o największych państwowych nakładach na ochronę zdrowia *per capita*), a Polska tylko 42 proc. Bardzo podobne wyniki przeżywalności podaje OECD dla raka piersi, w tym wypadku USA jest akurat na pierwszym miejscu na świecie. Podam jeszcze jeden wskaźnik, który również świadczy o skuteczności systemu ochrony zdrowia – wyszczepialności seniorów przeciwko grypie: USA 65 proc., Francja 55 proc., Austria 35 proc., Polska 12 proc.

Inne dobre praktyki

W podsumowaniu chciałbym przestrzec przed pochopnymi i powierzchownymi ocenami amerykańskiej ochrony zdrowia. Ocena nie może być fragmentaryczna i wrywkowa. Należy się trzymać kanonów zdrowia publicznego i jasno podawać, na co ma wpływ opieka medyczna, a na co nie. Należy zwracać uwagę na kwestie demograficzne oraz socjalne. Nie wolno zapominać o świetnym systemie szkolenia studentów medycyny oraz lekarzy rezydentów oraz o tym, że w rzetelnych światowych rankingach uczelnie amerykańskie zajmują najwyższe miejsca.

„Jeśli prześledzimy statystyki długości życia Euroamerykanów, to okaże się, że wskaźniki te są nawet lepsze od europejskich”

Chciałbym jeszcze wspomnieć o dobrych, moim zdaniem, praktykach medycyny amerykańskiej w wypadku złego rokowania. Otóż USA mają bardzo dobrze wypracowany system tzw. testamentów życia i testamentów medycznych, dzięki czemu uporczywa opieka nad chorym terminalnym jest tam rzadko spotykana. Na ten temat wypowiadała się nasza Rzecznik Praw Obywatelskich, ale jakoś nikt nie chce choć w części zaadaptować kompleksowych i mających wieloletnią tradycję rozwiązań amerykańskich. Kwestie związane z uporczywą terapią, zlecenia „nie reanimować”, testamenty medyczne – to tematy na kolejną publikację.

*Jarosław J. Fedorowski
Autor jest ekspertem Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego,
Polskiej Federacji Szpitali i Europejskiej Federacji Szpitali,
University of Vermont Health Network.*