

ANDRZEJ ZIELIŃSKI

Trudności opieki zdrowotnej, ale czy antynomie?

Gdy czytam lub słyszę słowo „antynomia”, czuję powiew pesymizmu. Dla logików to sprzeczność dwóch sądów, niedająca się rozwiązać na gruncie języka, w którym zostały sformułowane. Jednak w życiu społecznym „nierozwiązywalne problemy” nie mają charakteru absolutnego. Są uwarunkowane okolicznościami, które zwykle można zidentyfikować, a niekiedy usunąć i złą sytuację poprawić.

Wśród trudności opieki zdrowotnej można wyróżnić czynniki obiektywne, takie jak braki kadrowe, niedostatek środków finansowych w budżetach instytucji medycznych lub/i błędna dystrybucja tych środków oraz błędy strukturalne i organizacyjne w systemie opieki zdrowotnej. Te czynniki mogą być i na ogół są korygowane w warunkach pokoju i rozwoju społecznego.

Poważniejsze trudności w sprawnym funkcjonowaniu systemów opieki zdrowotnej stwarzają czynniki subiektywne, wynikające z postaw ideologicznych (np. politycznych lub religijnych) o silnym podłożu emocjonalnym. Właśnie ta polaryzacja emocjonalna często wyklucza rozsądny dialog i uzgodnienie kierunków działania. Silne emocje towarzyszą też ekonomicznym interesom poszczególnych osób albo grup społecznych.

Jednak z moich własnych obserwacji wynika, że bardzo silnym hamulcem dla inicjatyw mających na celu usprawnienia merytoryczne lub organizacyjne może być swego rodzaju inercja, niechęć do zmian, które wymagają dodatkowego wysiłku bez szybkiej gratyfikacji – potrzeba spokoju i brak potrzeby, żeby było lepiej, o ile to „lepiej” nie oznacza lepiej dla mnie.

Problem kształcenia personelu medycznego

Dzięki rozwojowi nauk podstawowych, technologii medycznych i metod epidemiologii analitycznej medycyna w okresie po drugiej wojnie światowej dokonała olbrzymiego postępu. Analityczne badania epidemiologiczne umożliwiły sprawdzanie skuteczności i ocenę bezpieczeństwa leków oraz innych procedur terapeutycznych, a także weryfikację związków przyczynowych między narażeniem a chorobą, tworząc w ten sposób podstawy EBM (*evidence based medicine*) – medycyny opartej na przesłankach naukowych. Związany z tym szybki przyrost zasobów wiedzy klinicznej, a przynajmniej

jego elementy trzeba było upchać w programach studiów medycznych. Odbywało się to najczęściej kosztem, słabiej reprezentowanej w radach wydziałów i senatach uczelni, nauki o zdrowiu publicznym oraz epidemiologii. Doprowadziło to do sytuacji, w której te dziedziny stanowiące podstawy nauczanej wiedzy były zupełnie lub niemal zupełnie pomijane w programach studiów. Ucząc na kursach specjalizacyjnych wstępu do epidemiologii, regularnie zadawałem pytanie o jej przedmiot i nieodmiennie dostawałem odpowiedzi, że jest to nauka o raportowaniu chorób. Brak świadomości, że istnieje epidemiologia analityczna zajmująca się badaniem związków między czynnikami ekspozycji a ich efektami zdrowotnymi, był powszechny. Wiele razy przekonałem się także, że ignorancja w zakresie metodologii badań epidemiologicznych nie stanowi przeszkody w uzyskiwaniu tytułów profesorskich w dziedzinie medycyny.

Nie ma nadziei, żeby w obecnej strukturze studiów medycznych znaleźć miejsce na poważne włączenie metodologicznych podstaw wiedzy medycznej oraz znaczącego zakresu nauki o zdrowiu publicznym do programów studiów lekarskich. Jeśli chcemy kształcić lekarzy przygotowanych do uprawiania medycyny rozumiejącej, to znaczy świadomych metod oceny zaleceń terapeutycznych i diagnostycznych oraz programów zdrowia publicznego, potrzebne są głębokie zmiany w systemie ich kształcenia¹.

Obecny niedobór kadr medycznych, a szczególnie pielęgniarek i lekarzy oraz perspektywa dalszego pogłębiania się tego problemu z powodu migracji powoduje dość paniczne próby zwiększenia liczby kształconych lekarzy i pielęgniarek. Jest to realizowane m.in. przez tworzenie nowych wydziałów na uczelniach niemających tradycji nauczania akademickiego medycyny klinicznej, a szczególnie jej nauk podstawowych. Obecnie atrakcyjność pracy badawczej w naukach podstawowych dla medycyny nie jest wysoka i niedostatek kadr wykształconych na współczesnym poziomie tych nauk jest, w mojej opinii, jeszcze bardziej dotkliwy niż niedobór lekarzy praktyków.

Problem kształcenia lekarzy i pielęgniarek właściwie przygotowanych do wykonywania zawodu według wymagań współczesnych, ale też przygotowanych do nadążania za nieuniknionym dalszym postępem medycyny, jest problemem ogólnościowym. Podejmowane są w tym zakresie liczne próby, niektóre imponująco nowatorskie², inne raczej paliatywne. Te najbardziej nowatorskie pomysły na kształcenie lekarzy na pewno nie nadają się na ogólnokrajową reformę z racji kosztów, wymagań technologicznych i kadrowych oraz z tego prostego powodu, że wymagają sprawdzenia ich skuteczności w zakresie relacji pacjent – lekarz. Zachodzi bowiem obawa technologicznego odczłowieczenia tych relacji. Zarysowana niżej propozycja reformy kształcenia personelu

¹ Aby nie ograniczyć się do ogólników, zastanówmy się nad popularnością wśród lekarzy homeopatii i innych typów tzw. medycyny alternatywnej. Wśród lekarzy zdarzają się również zwolennicy ruchów antyszczepionkowych. Są zatem w tej grupie zawodowej dość liczne osoby, które nie potrzebują, aby wnioskowania o skuteczności ich działań były oparte na badaniach naukowych. Wystarczy im obserwacja pojedynczych zdarzeń lub czyjaś nieweryfikowana opinia.

² Przykładem takiego programu może być Kaiser Permanente Bernard J. Tyson School of Medicine, uczelnia w Pasadenie CA powiązana z wielką firmą ubezpieczeniową. Jej nowatorski program łączy wczesny kontakt z pacjentami z oszłamianą technologią i intensywnym instruktorem w małych grupach studenckich. Inny przykład to opracowane w siedmiu uczelniach szwedzkich programy „zintegrowane wokół układów narządów lub procesów fizjologicznych i pato-fizjologicznych lub zorganizowane wokół podstawowej wiedzy medycznej w połączeniu ze specjalnościami klinicznymi”. Jeśli chodzi o eksperyment szwedzki, to próbowałem sobie wyobrazić kadry przygotowane do prowadzenia zajęć w ramach takiego programu, ale brakło mi wyobraźni.

medycznego pozostaje w ramach zaleceń Unii Europejskiej³ i ma elementy sprawdzone w systemie amerykańskim, a mianowicie:

- przeniesienie dominującej części materiału nauk podstawowych do pewnej formy *premedical college*, który w naszym przypadku byłby trzyletnim studium licencjackim zgodnym z obowiązującym w UE systemem bolońskim,
- w następnym etapie, już na studiach lekarskich lub pielęgniarskich, miałyby nastąpić koncentracja na bezpośrednim kontakcie z pacjentami i w tych ramach wydzielenie istotnej części zadań na wykonywanie rzeczywistych usług pielęgnacyjnych, a stopniowo również diagnostycznych i leczniczych pod ścisłym nadzorem lekarza lub pielęgniarki.

Taka propozycja przedmedycznych studiów licencjackich wychodzi też naprzeciw problemowi edukacji w zakresie nauk podstawowych dla medycyny (anatomii i histologii, fizjologii, biochemii, histopatologii i in.), ale także epidemiologii analitycznej i elementów zdrowia publicznego w nowo powstających wydziałach lekarskich powiązanych z uczelniami niemającymi zaplecza laboratoryjnego ani kadrowego dopasowanego do współczesnych wymogów nauczania w tych dziedzinach. Oddzielenie strukturalne studiów przedmedycznych od medycznych pozwoliłoby na prowadzenie przedmedycznych licencjatów w uczelniach mających warunki do prowadzenia nauczania nauk podstawowych na poziomie spełniającym wymogi współczesnego stanu tych nauk. Tak mogłaby powstać pula kandydatów do studiów medycznych także dla ośrodków niemających możliwości kształcenia podstawowego.

Zastosowanie systemu punktowanych kredytów za odbycie określonych kursów tematycznych i określenie rygorozum – kursów koniecznych wymaganych przy przyjęciu na różne rodzaje studiów policencjackich: lekarskich, pielęgniarskich czy zdrowia publicznego pozwoliłoby na kształcenie w takich szkołach grona studentów o bogatym wachlarzu zainteresowań i różnych planach przyszłej kariery zawodowej.

Sytuacja ekonomiczna personelu medycznego

Polscy lekarze i pielęgniarki pracują ciężko, ale są znacznie słabiej wynagradzani niż lekarze i pielęgniarki wielu innych krajów nie tylko UE. Reagują na to różnie. Jedni słabe zarobki próbują uzupełniać dodatkową, często wyczerpującą pracą. Inni próbują osiągnąć wyższe zarobki przez strajki nagłaśniane i wspierane przez polityków aktualnej w danym okresie opozycji, jeszcze inni przez wyjazdy za granicę, a są tacy, i to dość liczni, dla których rozwiązaniem są działania korupcyjne⁴. Przyczyn i form korupcji jest w opiece zdrowotnej zapewne wiele. Jest jednak pewien powtarzający się schemat, o którym słyzy się najczęściej. Jest to, bezpośrednio lub kamuflowane zbożnymi celami, wymuszanie od pacjentów dodatkowych świadczeń finansowych za zabiegi wykonywane pacjentom w ramach usług finansowanych przez NFZ. Sam słyższam od wiarygodnych ludzi o kilku takich przypadkach, które dotknęły ich samych. Wszystkie dotyczyły zabiegów wykonywanych przez specjalistów o wysokiej renomie.

³ DIRECTIVE 2005/36/EC OF THE EUROPEAN PARLIAMENT AND OF THE COUNCIL

⁴ Używane tu określenie „inni” może być mylące, wszak żadna z wymienionej wyżej opcji poprawy stanu dochodów nie wyklucza żadnej innej.

Co ciekawe, wymuszenia te były przyjmowane raczej ze zrozumieniem i bez oburzenia. Rozumowanie tych pacjentów było proste: „Jeśli chcę, żeby operował mnie sam dr XYZ, muszę za to płacić. I tak jest to lepsza sytuacja niż w prywatnej służbie zdrowia, gdzie musiałbym płacić nie tylko za zabieg, ale pokryć wszystkie koszty z nim związane i w sumie wyniosłoby to wielokrotnie więcej”. Przytaczam to dlatego, żeby pokazać, że nie tylko korupcja jest u nas mocno zakorzeniona, ale również jej akceptacja społeczna bywa widoczna szczególnie wśród osób dobrze sytuowanych, które dzięki korupcji uzyskują przywileje.

W sposób oczywisty tego rodzaju korupcja jest poważnym źródłem nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej według poziomu zamożności pacjentów. Może być też czynnikiem mocno hamującym działanie usprawniające organizację opieki zdrowotnej z tej racji, że ma ona swe podstawowe źródło w niedoborach i w błędach organizacyjnych, których utrzymanie jest w interesie osób skorumpowanych.

Jednak powinniśmy mieć świadomość, że istniejące w polskim systemie opieki zdrowotnej niedobory, błędy organizacyjne i wyrosłe z nich patologie nie dominują obrazu medycyny w Polsce. Ostatnie dekady przyniosły kolosalny postęp w zakresie wprowadzania i dostępności nowych technologii, poprawiając znacznie skuteczność i dostępność pomocy lekarskiej. W mojej opinii szczególnie widoczny postęp nastąpił w zakresie kardiologii, nefrologii oraz technik diagnostycznych w postaci różnych rodzajów fiberoskopii, ultrasonografii i radiologicznych technik wizualizacyjnych, a także w dziedzinie chemoterapii nowotworów.

Mam świadomość, że postęp ten, szczególnie w kardiologii i nefrologii (dializy), przyczynił się do wyrównania dostępności w tych kluczowych dziedzinach usług zdrowotnych i w zasadniczym stopniu uwolnił je od obciążeń korupcyjnych. Często spotykałem się z przekonaniem, że wzrost liczebności i dobre przygotowanie kadr lekarskich i pielęgniarskich oraz odpowiednie wyposażenie zakładów medycznych i właściwa wycena usług wyznaczają główny trakt dla poprawy dostępności i uwolnienia polskiej medycyny od korupcji. Myślę, że banalność takich stwierdzeń jest miarą ich słuszności.

Jednak to, co bywa oczywiste na poziomie stwierdzeń ogólnych, jest nieraz bardzo trudne do zrealizowania na poziomie konkretnych decyzji. Mam pełną świadomość własnej bezradności w kwestii wysokości zarobków personelu medycznego i źródeł jego dochodów. Wydatki na opiekę zdrowotną rosną w szybkim tempie i prócz zarobków personelu składają się na nie: ceny leków, koszty badań diagnostycznych, które obejmują zakupy coraz bardziej wyrafinowanej aparatury diagnostycznej, oraz odczynników, a także ceny aparatury, narzędzi i środków używanych do zabiegów. Niemalę są też koszty „hotelowej” obsługi pacjentów w szpitalach i utrzymania reżymu sanitarnego instytucji medycznych.

Wyważenie proporcji w rozdziale dostępnych środków jest zadaniem bardzo trudnym i wymaga zarówno wiedzy medycznej, jak i wnikliwości ekonomicznej, żeby unikać wydatków, które nie podnoszą jakości usług. Porównanie procedur biurokratycznych i liczby wizyt lekarskich wymaganych do wykonania niektórych testów diagnostycznych lub zabiegów chirurgicznych w Polsce i w krajach Europy Zachodniej stwarza wrażenie działań celowych, obliczonych na podniesienie kosztów usług medycznych. Dotyczy to również hospitalizacji, które są wymagane dla zabiegów, jakie mogą być i za granicą są wykonywane ambulatoryjnie.

W kwestii planowania konkretnych wydatków w systemie opieki zdrowotnej i miejsca, w tym zarobków personelu medycznego, problemem jest sytuacja ekonomiczna i prawna, w której nie posiadam kompetencji. Nie jestem w stanie w sposób odpowiedzialny zaproponować żadnych konkretnych dróg dojścia do pożądanej sytuacji, w której dostęp do opieki zdrowotnej będzie łatwy, równy i powszechny, a personel medyczny będzie zarabiał godziwie i korupcja zniknie. Może jednak dobrze byłoby zacząć od eliminacji wielu oczywistych nonsensów.

Może też nie wszystko w planowaniu poprawy opieki zdrowotnej trzeba wtlaczać w ramy ideologiczne: społeczna czy prywatna. Jest wiele sposobów organizacji i finansowania usług medycznych, które w różnych krajach mają za sobą lata sprawdzania ich skuteczności i efektywności. Są wśród nich systemy ubezpieczeń, wsparcie rządowe, czyli podatkowe, i pieniądze samych pacjentów. Jest więc z czego wybierać i ocenić, co z tego bezpośrednio lub po modyfikacji miałoby sensowne zastosowanie u nas. Obawiam się tylko, że nie sposoby finansowania usług medycznych stwarzają najwięcej problemów, a raczej ich nakładanie się na siebie w działalności niektórych osób. W ekonomicznej analizie systemu opieki zdrowotnej nie można pomijać kosztów kształcenia i zobowiązań osób odbywających studia wobec płatnika, jakim jest społeczeństwo je finansujące. Wiele się o tym mówi w aspekcie migracji lekarzy do innych krajów, ale tylko mówi.

Problem podziału ról między ekspertami i administratorami w podejmowaniu decyzji w zakresie zdrowia publicznego

W dużym uproszczeniu, dalekim od głębi książek z teorii decyzji, sprawa zaczyna się od zauważenia i zdefiniowania problemu. Ocena zagrożeń może opierać się na prostych obserwacjach albo na odpowiednio przeprowadzonych badaniach. Kolejnym problemem jest to, żeby sprawa została przedstawiona decydentom posiadającym władzę administracyjną w sposób dla nich zrozumiały, tak by byli świadomi przewidywanych konsekwencji swoich decyzji. Ale sprawy najważniejszych działań zdrowia publicznego rozgrywane są nie tylko na płaszczyźnie porozumienia między ekspertami i decydentami. Zakres swobody w podejmowaniu decyzji może mieć poważne ograniczenia spowodowane niską dyscypliną społeczną, złą sytuacją finansową i niedostatecznym poziomem przygotowania kadr wykonawczych.

Te relacje dają się dobrze zilustrować w bliskiej mi dziedzinie zwalczania chorób zakaźnych, a szczególnie we wprowadzaniu i modyfikacjach programu szczepień ochronnych. Paradoksalnie w niedemokratycznym okresie PRL, w warunkach głębokich niedoborów finansowych został uzyskany największy postęp w zwalczaniu chorób zakaźnych u dzieci przez wprowadzenie finansowanych przez państwo szczepień obowiązkowych. Wynikał on z mocnego powiązania wiedzy eksperckiej i władzy wykonawczej w osobie profesora Jana Karola Kostrzewskiego, który kierował Zakładem Epidemiologii PZH, a jednocześnie sprawował funkcję wiceministra zdrowia odpowiedzialnego za koordynację zwalczania chorób zakaźnych. Później już się nie powtórzyło tak mocne zestawienie wysokich standardów etycznych, wiedzy, woli działania i możliwości administracyjnych u jednej osoby. Niestety *cum duo faciunt idem, non est idem*.

Po latach sukces programu szczepień obowiązkowych zmniejszył znacznie zagrożenie ze strony chorób zakaźnych, a tym samym lęki rodziców, co stworzyło podatny grunt do aktywności ruchów antyszczepionkowych. Co gorsza, pomijając nazwiska i przykłady, po 1989 r. nie u wszystkich polityków zajmujących wysokie stanowiska w administracji zdrowia dało się zauważyć przygotowanie merytoryczne potrzebne do zrozumienia istoty zagrożeń ze strony chorób zakaźnych i zdolność do stworzenia strategii ich zwalczania.

W obecnym czasie przed ekspertami i pracownikami administracji stoi jedno z największych zadań, jakie były związane z chorobami zakaźnymi w ostatnim stuleciu. Pandemia COVID-19 już spowodowała w wielu krajach dramatyczne skutki zdrowotne i ekonomiczne. SARS-CoV-2 jest przenoszony przez kontakt bezpośredni lub pośredni, a najczęściej przenosi się na drodze kropelkowej. Jest wysoce zaraźliwy, a choroba powiązana jest z wysoką śmiertelnością⁵. Ponieważ próg odporności zbiorowskiej w tej chorobie jest szacowany na 60-70% osób uodpornionych w populacji, trudno oczekiwać naturalnego wygaśnięcia tej epidemii w dającej się przewidzieć przyszłości.

Strategia Ministerstwa Zdrowia, polegająca na wczesnym, ostrym wprowadzeniu restrykcji w zakresie higieny rąk, zakazu grupowania się ludzi i zachowania dystansu w kontaktach między ludźmi, nie była obliczona na przerwanie epidemii, ale na ograniczenie zapadalności w jej wczesnym okresie. Było to uzasadnione potrzebą przygotowania bazy kadrowej, szpitalnej, sprzętowej i materiałowej w zakresie koniecznym, by przyrost nowych przypadków nie przekroczył pułapu dostępności pomocy medycznej. Przykład niektórych krajów z południa Europy pokazał, że była to strategia właściwa. Wiązała się jednak ze znacznymi kosztami i poważnym spowolnieniem gospodarki, co na dłuższą metę prowadziłyby do poważnego kryzysu ekonomicznego. Dobrze jest pamiętać, że ciężkie kryzysy gospodarcze mogą pozostawić głęboki ślad na stanie zdrowia populacji.

W chwili obecnej zasadniczym problemem jest wybranie rozsądnej drogi balansowania między rozluźnianiem restrykcji, szczególnie w zakresie funkcjonowania sektorów produkcji i usług, a ponownym pogorszeniem się sytuacji epidemiologicznej. Na tym etapie zasadniczą rolę powinna odegrać dyscyplina społeczna – przestrzeganie reguł bezpieczeństwa, które są powszechnie znane, a ich środki wspomagające: maseczki, rękawiczki i płyny dezynfekcyjne dostępne. Dobrze by było, gdyby ludzie decydujący o wprowadzeniu szczepień przeciw COVID-19 rozumieli, że wszelkie programy szczepień nieobowiązkowych, przy aktualnej aktywności ruchów antyszczepionkowych mogą, co najwyżej, zamienić epidemię na endemię. Dopiero dobrze opracowany program szczepień ochronnych prowadzonych na masową skalę będzie w stanie doprowadzić odsetek osób uodpornionych w populacji do progu odporności zbiorowskiej i przy odpowiedniej kontynuacji tego programu doprowadzić do eliminacji COVID-19 (przynajmniej w niektórych krajach).

¹ Odsetek zgonów wśród osób zakażonych SARS-CoV-2 jest szacowany w skali globalnej na około 4,3%. Ale w zależności od kraju i okresu epidemii waha się w szerokich granicach. Przyczyny tych różnic są wielorakie i nie do końca poznane. Może mieć tu wpływ sposób definiowania zakażenia występującego w mianowniku wskaźnika śmiertelności, czułość nadzoru, rozkład wiekowy osób chorych, ogólny stan zdrowia populacji oraz dostęp do opieki medycznej i jej jakość. Należy tu dodać, że w okresie występowania nowych zachorowań wskaźnik śmiertelności może zawierać błąd wynikający z tego, że do mianownika wliczane są osoby aktualnie chore, o których nie można orzec, czy wyzdrowieją, czy umrą.