

KRZYSZTOF CHLEBUS

Platynowe biodro, czyli jak spełnić oczekiwania dwóch pacjentów z problemami kardiologicznymi

Dwie rozmowy z pacjentami. W jednej żal, lęk i niedowierzanie: „Przecież to moje życie. Nie mogę czekać. Boję się...”. W drugiej złość i agresja: „Całe życie płaciłem składki, więc nie proszę, tylko żądam innego standardu. Nie pozwolę się upokarzać...”.

Pierwszy pacjent czeka na wszczęcie kardiowertera-defibrylatora. Po badaniach w szpitalu wie, że powinien mieć prewencyjnie wszczęte urządzenie, które uchroni go przed śmiercią z powodu bardzo prawdopodobnych zaburzeń rytmu. Ma obniżoną kurczliwość serca i wg wszystkich europejskich zaleceń jest kandydatem do takiej implantacji. Jednak w naszym kraju nie wszyscy mogą na to liczyć w czasie przewidywanym przez wytyczne. Chyba że przeżyją epizod zatrzymania krążenia, wtedy automatycznie są pierwsi na liście. Przeżyć zatrzymanie krążenia, przejść skuteczną reanimację. Tylko tyle i aż tyle...

Drugi chory został przyjęty celem wykonania badań niezbędnych do kwalifikacji do planowego zabiegu przeszłowania aortalno-wieńcowego (tzw. by-passów). Pacjent jest naturalnie poddenerwowany i być może to stres wywołuje reakcję zastępczą w postaci niezadowolenia z warunków hospitalizacji. Choć obiektywnie warunki są dalekie od komfortu: sześciuosobowa sala z całym wachlarzem wrażeń zapachowych, szumem rozmów, dokuczliwością chrapania sąsiadów oraz absolutnym brakiem intymności.

Dla każdego z nich to pierwszy w życiu poważniejszy kontakt ze szpitalem, lekarzami czy szerzej systemem opieki zdrowotnej, który do tej pory – nieprzetestowany osobiście – dawał im złudne poczucie bezpieczeństwa. Dziś są sfrustrowani, przestraszeni i źli. U źródeł ich emocji leży obiektywna finansowa niewydolność systemu, który albo nie zapewnia im wykonania procedury medycznej, albo po prostu radykalnie odbiega od oczekiwań w zakresie standardu pobytu.

Wbrew pierwszemu wrażeniu nie zmierzam wcale w kierunku oczywistej z publicystycznego punktu widzenia oraz wtórnej poznawczo tezy o niedofinansowaniu polskiego systemu ochrony zdrowia. Tylko decydent polityczny (i to jedynie aktualnie będący przy władzy) może polemizować z tą dość oczywistą konstatacją, że polska ochrona zdrowia jest od dziesięcioleci finansowana poniżej oczekiwań społecznych oraz, co ważne szczególnie w ostatnich latach – możliwości finansowych naszego

państwa. Więc, mimo że to kuszące, to nie o mizerii finansowej polskiej medycyny chciałbym pisać. Choć i w tym – dość oczywistym wątku dostrzegam sprzeczność między dużym, istic europejskim oczekiwaniem społecznym dotyczącym jakości usług medycznych, a współistniejącym, od lat odnotowanym w sondażach, sprzeciwem wobec jakichkolwiek pomysłów zwiększenia składki zdrowotnej.

Przeciętny Polak ma skłonność do porównywania jakości usług zdrowotnych z zaможniejszymi sąsiadami: Niemcy lub Szwedzi są częstym kontrapunktem dla naszych opowieści o wielomiesięcznych kolejkach do zabiegów lub memów ze zdjęciami posiłków z polskiego szpitala. I o ile rozumiem naturalną niechęć obywatela do zwiększenia podatków, to nie mogę zrozumieć, dlaczego od lat brak jest skutecznej presji społecznej na polityków dla zwiększenia wydatków publicznych na zdrowie, które zgodnie z kolejnymi edycjami badań CBOS jest uważane przez Polaków za jedną z najwyższych wartości. Chociaż ostatnie protesty rezydentów poprawiły nieco medialny klimat dla dyskusji o pilnej potrzebie wzrostu nakładów, to w praktyce niewiele z tego wynikało i niewiele się zmienia.

Polska wydaje na zdrowie około połowy średnich europejskich nakładów, co stanowi szósty najniższy wynik w Europie (OECD 2017). Więc absurdalne jest porównywanie się z sąsiadami z zachodu czy północy, którzy wydają na cele zdrowotne prawie 2/3 więcej od nas i plasują się na początku stawki. A biorąc pod uwagę, że stenty kupujemy za nie mniejszą cenę niż Niemcy, to przy tej proporcji nakładów jest jasne, kto może sobie pozwolić na dobieranie odcienia plastra na opatrunku, a kto będzie zamrażał płace personelu dla uniknięcia zupełnej katastrofy finansowej szpitala. Mimo to w żadnej kampanii wyborczej nie słyhać głośno artykułowanego społecznego oczekiwania zmiany tych proporcji ani – co jeszcze trudniej zrozumieć – rozliczania polityków z niespełnionych dotychczas obietnic poprawy systemu.

Chcemy mieć lepszy system i krytykujemy aktualne realia zgodnie z poczuciem frustracji, jak drugi z opisanych przeze mnie na początku pacjentów, ale jednocześnie nie akceptujemy pomysłu wzrostu składki zdrowotnej i nie egzekwujemy politycznie potrzeby zmiany proporcji w wydatkach publicznych. Podobnie jak niechętnie patrzemy też na pomysł minimalnego choćby współpłacenia czy potrzebę wykupienia dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego. To dla mnie od lat jedna z trudniejszych do zrozumienia sprzeczności w sferze społecznej percepcji problemów ochrony zdrowia w naszym kraju. Podobnie zresztą jak wieloletnie zubożenie społeczeństwa na permanentne łamanie konstytucyjnego zapisu, że władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.

Oczywiście nie ma sensu obrażać się na rzeczywistość. Zmarłem w 2011 r. filozofowi i psychologowi Jamesowi Hillmanowi przypisuje się twierdzenie, że nie można zrozumieć jakiegoś zjawiska, jeśli z góry założy się, że nie powinno ono istnieć. Drugiego pacjenta opisanego na wstępie zapamiętałem mimo upływu kilkunastu lat od tej sytuacji m.in. dlatego, że zaproponowałem mu rozmowę, która finalnie okazała się dość długą dyskusją. Zrobiłem to po pierwsze po to, by rozbroić nerwową sytuację na początku mojego dyżuru, po drugie, by lepiej zrozumieć powody tak gwałtownie wyrażanej frustracji. Oczywiście wiedziałem, że warunki w szpitalu dalekie były od ideału, ale poziom jego agresji był niebywały.

Pacjent okazał się przedsiębiorcą w średnim wieku, z ponadprzeciętnymi zarobkami i adekwatnym poziomem życia. Płacił od wielu lat co miesiąc kwoty, które opisał

jako niewiarygodnie wysokie, i uważał, że skoro raz w życiu korzysta z pobytu w szpitalu, to zapracował sobie na zupełnie inne warunki. Zorganizowałem więc *ad hoc* przyspieszony kurs zasad działania systemu opieki zdrowotnej opartego na składce zdrowotnej. Pominęliśmy w rozważaniach kwestię solidaryzmu społecznego czy pogarszających się trendów demograficznych oraz brak kumulowania wpłacanych kwot. Dokonał się prostej konfrontacji wyliczonej wartości wpłaconych do systemu sum z ceną zabiegu kardiochirurgicznego, któremu pacjent miał być poddany. Szybko okazało się, że operacja jest zaskakująco droga, a suma składek relatywnie niewielka. Racjonalne argumenty podziały, ale myślę, że przeświadczenie tamtego przedstawiciela raczkującej klasy średniej było dość typowe społecznie wtedy i teraz: „płacę za dużo, dostaję za mało”. Jednak brutalna i przez to mało popularna prawda jest inna: płacę co prawda relatywnie (w stosunku do siły nabywczej mojej pracy) sporo, choć wymiennie (w stosunku do innych) mało i dostaję za to i tak nadspodziewanie dużo. Ale to temat na zupełnie inne rozważania. Poza dyskusją jest zaś na pewno aktualna do dziś rozbieżność między oczekiwaniami wobec systemu a jego realnymi możliwościami. I subiektywne poczucie społeczne relatywnie dużych nakładów na ochronę zdrowia, i ich obiektywna wartość.

Takich jaskrawych sprzeczności w społecznej percepcji ochrony zdrowia jest dużo więcej. Wystarczy porównać ogromną atrakcyjność wszystkiego, co drogie lub limitowane, z obojętnością lub lekceważeniem tego, co darmowe lub łatwo dostępne, przy czym obiektywna wartość medyczna leku, procedury medycznej czy badania jest na ogół bez znaczenia. Myślę, że wszyscy mamy świeżo w pamięci, jak bardzo pożądane stały się szczepienia przeciw COVID-19 po nagłośnieniu informacji o grupie polskich aktorów, którzy zaszczepili się poza kolejnością. Sądzę, że dla promocji szczepień nie można było zorganizować skuteczniejszej akcji. Nagle okazało się, że nawet ci, którzy do tej pory deklarowali daleko idący sceptycyzm do „rzekomo niepewnych” szczepionek, teraz publicznie byli pełni pretensji i oczekiwali szybkiego dostępu do nowych preparatów.

Szerzej rzecz ujmując: większość systemowych działań w zakresie prewencji spotyka się z raczej małym entuzjazmem społecznym i rzadko możemy powiedzieć, że w pełni wykorzystaliśmy nawet te relatywnie niewielkie środki, jakie państwo polskie przeznacza na profilaktykę. Jako wiceminister nadzorowałem swego czasu realizację Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych. Naszą największą bolączką była niska zgłaszalność kobiet na mammografię i cytologię, badania, które nie tylko były bezpłatne, ale również pojawiały się w postaci mammbusów praktycznie pod drzwiami pacjentek. Szczyciliśmy się zgłaszalnością na poziomie dwudziestu kilku procent odpowiedzi na imienne zaproszenia, zastanawiając się, jakim cudem kobiety fińskie czy szwedzkie zgłaszają się w ilościach przekraczających ponad 4/5 populacji.

Jako twórca i koordynator Krajowego Centrum Hipercholesterolemii Rodzinnej jestem zaskoczony brakiem motywacji niektórych pacjentów wysokiego ryzyka sercowo-naczyniowego do poddania się diagnostyce laboratoryjnej i genetycznej: bezpłatnej, szerokiej w nieosiągalnym nigdzie indziej zakresie i w formule pełnego komfortu. Im bardziej namawiamy pacjentów, im dokładniej informujemy o korzyściach płynących z wczesnej diagnostyki, a szczególnie wczesnej terapii, tym częściej spotykamy się ze sceptycyzmem i zdystansowaniem.

Na drugim biegunie tej dychotomii są bezkrytycznie wydawane gigantyczne kwoty na suplementy diety, wszystkie sprzedawane bez recepty preparaty, rzekomo popra-

wijące pamięć, potencję, odporność, nastrój czy tak „wysublimowane” problemy, jak tajemniczy „zespół niespokojnych nóg”. Wbrew opiniom lekarzy, bez refundacji i bez jakichkolwiek racjonalnych przesłanek. I to wszystko w sytuacji, gdy wielu Polaków deklaruje, że nie stać ich na wykupienie podstawowych leków, a produkty farmaceutyczne pochłaniają większość wydatków w ramach świadczeń nier refundowanych w naszym kraju (13% wszystkich wydatków przy średniej unijnej na poziomie 5,5%). Generalnie obserwujemy częstą prawidłowość, że im terapia droższa, trudniej dostępna na skutek barier finansowych bądź formalnych, tym bardziej jest pożądana i tym bardziej bezkrytycznie przyjmowana przez pacjentów. Dla przykładu rośnie obecnie presja ze strony wielu pacjentów oczekujących obniżenia kryteriów dla rozpoczęcia terapii inhibitorami PCSK9. To nowoczesne leki biologiczne niezwykle skuteczne w obniżaniu LDL-cholesterolu do wartości tak niskich, że nigdy wcześniej dla nas osiągalnych. Są drogie, a kryteria włączenia do programu lekowego zostały przez płatnika ustalone na tak wysokim poziomie, że w praktyce dostęp do leku ma obecnie zaledwie nieco ponad 100 (dosłownie: stu!) chorych w całym kraju. Pacjenci pytają o lek, chcą go przyjmować i mam wrażenie, że w tym wypadku wszystkie artykułowane na ogół obawy dotyczące bezpieczeństwa czy uzasadnień dla tak radykalnego obniżania stężenia cholesterolu zostały w cudowny sposób wygaszone. Równolegle zmagamy się z oporem wobec statyn, terapii obecnie taniej, powszechnie dostępnej i wiarygodnie zweryfikowanej przez ogromną ilość badań klinicznych i – co nawet ważniejsze – ponad 25 lat praktycznych obserwacji klinicznych. I mimo że obniżanie cholesterolu przez statyny jest mniej agresywne, to wątpliwości ze strony pacjentów jest znacznie więcej, możemy nawet mówić o rosnącej „histerii antystatynowej”. Co ciekawsze: w połowie lat 90. statyny jako nowa i droga terapia były przez pacjentów poszukiwane i pożądane, tak jak dziś wspomniane wyżej przeciwciała monoklonalne.

Wiele ekonomicznych aspektów ochrony zdrowia czy szerzej medycyny ma fascynujące implikacje etyczne, społeczne czy filozoficzne. Pamiętam własne niedowierzanie, gdy jako młody lekarz przeczytałem u Thomasa E. Getzena obrazoburczą dla mnie tezę, że życie ludzkie ma wyliczalną wartość, dającą się wyrazić konkretną kwotą. Wcześniej, w czasie całych studiów, utwierdzano mnie w przekonaniu, że życie jest bezcenne, a dywagacje na ten temat były odbierane jako impertynencja i brak predyspozycji do zawodu lekarza. Kiedy wiele lat później opowiadałem o tym moim wykładowcom w Carlsson School of Management University of Minnesota, przyjęli to z wyrozumiałym uśmiechem i zrewanżowali się anegdotą dobrze ilustrującą stopień oderwania się postsocjalistycznego systemu ochrony zdrowia lat 90. od zasad zdrowej ekonomii. Otóż w grupie Jeffreya Sachsa, liberalnego jeszcze wtedy profesora Columbia University, doradzającego Leszkowi Balcerowiczowi w tworzeniu terapii szokowej dla polskiej gospodarki, byli również specjaliści zajmujący się ekonomiką zdrowia. Po zapoznaniu się z dostępnymi danymi i dokumentami Ministerstwa Finansów i Ministerstwa Zdrowia poprosili o potwierdzenie, że przeznaczamy na ochronę zdrowia kwoty opisane w budżecie. Po uzyskaniu ze strony polskiej potwierdzenia, przerwali spotkanie i zaczęli się żegnać. Wyjaśnili polskim partnerom, że nie będą w stanie niczego ich nauczyć, bo mogą im tylko pogratulować umiejętności zarządczych i ekwi-librystyki ekonomicznej pozwalającej na funkcjonowanie powszechnej ochrony zdrowia w prawie czterdziestomilionowym kraju w oparciu o taki budżet. Niezależnie od tego, na ile prawdziwa jest opisana anegdota, myślę, że jej aktualność jest wciąż duża.

I w ten oto sposób możemy zmienić pespektywę naszych rozważań z pacjenckiej na decydencką i wykonawczą. Negatywne emocje opisanych dwóch pacjentów kardiologicznych mają swoje źródło w obiektywnym niedofinansowaniu systemu ochrony zdrowia oraz subiektywnym poziomie oczekiwań, który każdy z nich w sobie nosi. To czy oczekiwania te są zawsze realistyczne i zawsze oparte na prawidłowych przesłankach, to zupełnie inna kwestia. Bo przecież środków zawsze jest za mało, a potrzeby stale rosną (i nie jest to wcale złośliwa ocena naszego systemu ochrony zdrowia, ale uniwersalna zasada ekonomiczna). Ograniczona podaż usług medycznych (na skutek braku środków, ale też w wyniku decyzji politycznych czy rozwiązań prawnych) zawsze zderza się z niezaspokojonym popytem na świadczenia zdrowotne. W latach 70. minionego wieku specjalne komisje w naszych szpitalach podejmowały decyzje w kwalifikacji do rutynowo dziś dostępnej dializoterapii, obecnie z tych samych powodów musimy dokonywać wyboru pacjentów, którzy będą mieli szanse na przeszskorną (a więc mniej inwazyjną i bezpieczniejszą od tradycyjnej operacji kardiochirurgicznej) implantację zastawki aortalnej (TAVI). Przecież nawet samo wskazanie miejsca w kolejce oznacza często praktycznie szansę na życie lub jej brak.

Oczywiście zamożność społeczeństwa i prospołeczne rozwiązania organizacyjno-prawne podnoszą poprzeczkę zrealizowanych potrzeb wyżej, ale nie zmienia to ogólnej zasady nigdy niezrealizowanego popytu. Świadomość tej sytuacji stawia lekarza (czy innego pracownika ochrony zdrowia realizującego działalność medyczną) w pozycji stałego rozdarcia. Otóż skończona ilość pieniędzy w systemie sprawia, że każda próba kompletnego spełnienia wszystkich potrzeb zdrowotnych indywidualnego pacjenta zmniejsza szanse na realizację potrzeb całej reszty. Najdotkliwiej konflikt ten widać przy próbie pogodzenia perspektywy lekarza skupionego na relacji z konkretnym pacjentem z pespektywą decydenta politycznego lub specjalisty zdrowia publicznego widzącego szerszy kontekst podejmowanych działań. Choć w praktyce oznacza to wewnętrzny konflikt świadomego lekarza, który musi pogodzić w swych działaniach te dwie pespektywy.

To, co jest przedmiotem moich dywagacji w kontekście ekonomicznym, Ian M Graham widział w zakresie oceny ryzyka sercowo-naczyniowego konkretnego pacjenta oraz całej populacji („Clinicians see individuals. High risk individuals gain most from preventive measures & therefore are the highest priority for clinicians. But, in a population, most deaths come from those at only slightly increased risk, simply because they are so numerous.”).

Podstawowe pytanie zawsze brzmi: kiedy uznamy, że potrzeby zdrowotne pacjenta zostały zrealizowane optymalnie? Wiemy jednak, że satysfakcja pacjenta to warunek konieczny, ale niewystracający, z bardzo prostego powodu: pacjent nie jest w stanie ocenić w pełni jakości usługi medycznej, bo nie posiada ku temu żadnych kompetencji. Stąd oprócz dobrych wrażeń dotyczących otoczenia realizacji świadczenia medycznego chory musi obdarzyć swego lekarza zaufaniem, że ten wykonana swoją pracę maksymalnie dobrze. Gdzie jest to optimum? Przecież zawsze można wszczepić lepszą soczewkę, wstawić lepsze wypełnienie stomatologiczne czy implantować panewkę stawu biodrowego z najnowszej generacji materiałów.

W tym miejscu spieszę z wyjaśnieniem, skąd w tytule niniejszego rozdziału pojawiło się platynowe biodro. W filmie „Cwał” Krzysztofa Zanussiego, ciotka głównej bohaterki granej przez Maję Komorowską, ratuje finansowo swoją krewną w trudnej sytuacji życiowej. Największa nagroda czeka jednak na bohaterkę po śmierci ciotki:

odziedziczy po niej platynowy staw biodrowy, który z satysfakcją prezentuje spadkobierczyni na zdjęciu rentgenowskim. Towarzyszy temu zresztą dość sarkastyczna uwaga, że „Anglicy uważają to nadal za swoją własność” (to *a propos* ograniczoności środków w najzamożniejszych nawet społeczeństwach). A wszystko to w siermiężnej, stalinowskiej Polsce, w której owe platynowe biodro urasta nawet nie tyle do symbolu różnic w jakości usług zdrowotnych między dwoma systemami, ale staje się ono wręcz gwarantem materialnego bytu grupy Polaków żyjących za żelazną kurtyną. Scena przygotowań do „wydobycia” cennego metalu po śmierci ciotki nie pozwala widzowi zbagatelizować ani zapomnieć tego epizodu.

Niech więc to platynowe biodro z obrazu Zanussiego będzie symboliczną, w pełni zrealizowaną potrzebą zdrowotną. Nie wiem, na ile na przełomie lat 40. i 50. XX w. był to powszechnie dostępny standard w Zjednoczonym Królestwie, ale możemy domniemywać, że była to z oczywistych powodów procedura droga. Jako lekarz, który decyduje o losie mego pacjenta, chcę maksymalizować jego korzyść i zadowolenie, więc będę dążył do największej staranności oraz do najlepszych znanych nauce metod i materiałów. Problemem jest to, że każde platynowe biodro zabiera środki na zaspokojenie innych potrzeb medycznych. Może więc biodro nie musi być platynowe i lepiej jest za jego wartość zrealizować szczepienie na polio dla kilkudziesięciu tysięcy dzieci (pierwsze podanie szczepionki Hilarego Koprowskiego miało miejsce w 1950 r., więc mniej więcej w czasie akcji filmu mistrza kina moralnego niepokoju)?

Może realizacja potrzeb zdrowotnych jednej osoby powinna ustąpić przed korzyścią większej grupy społecznej? I nie próbujemy uniknąć trudnej decyzji przez proste dodanie środków do systemu, tak by starczyło na jedno i drugie. To tylko odsunięcie dylematu na inny poziom. Bo przecież problem zostanie, a decyzja musi być podjęta. W dzisiejszej rzeczywistości oznacza to na przykład niezwykle trudne pytania takiego typu: czy powinniśmy finansować terapię przeciwciałami monoklonalnymi za kilkaset tysięcy złotych, uzyskując w zamian jedynie przedłużenie życia dziecka z chorobą nowotworową o kilka tygodni? Czy taka szlachetna decyzja jest moralna wobec dziesiątków tysięcy chorych, którym moglibyśmy przyspieszyć w zamian za to kluczową wizytę u specjalisty lub dopłacić do refundacji nowego leku, który populacyjnie obniża ryzyko sercowo-naczyniowe? Bo za tymi mniej spektakularnymi decyzjami idą przecież również uratowane istnienia ludzkie. Które dobro jest ważniejsze? Które daje nam poczucie optymalnego wykorzystania środków? I czy to poczucie jest wystraszającą przesłanką do decyzji wykluczających alternatywne rozwiązania? Takich dylematów jest bardzo dużo, są one wręcz codziennością decydenta, oczywiście przy założeniu, że potrafi i chce je dostrzec.

Może więc przewrotnie spójrzmy nieco inaczej na trudne położenie pacjentów kardiologicznych z naszego przykładu? Może fakt braku realizacji ich potrzeb oznacza przynajmniej, że inne potrzeby, innej grupy pacjentów zostały zrealizowane z lepszym efektem populacyjnym? Nie sądzę, by poprawiło im to nastrój, ale z perspektywy potrzeby optymalizacji decyzji zarządczych w systemie to uprawniona nadzieja.

Warto zauważyć, że świadomość takich dylematów jest już mocno wpisana w codzienne życie lekarza klinicysty. Coraz rzadziej zdarza się postawa, która jeszcze dwadzieścia lat temu była dość powszechna: jestem lekarzem, zajmuję się leczeniem, a koszty to nie moja sprawa. System wymusza na lekarzach rozumienie faktu, że każda recepta czy skierowanie to rodzaj czeku z określonymi skutkami finansowymi.

Pozostaje mieć nadzieję, że zarówno w decyzjach politycznych dotyczących systemu ochrony zdrowia, jak i percepcji społecznej budującej oczekiwania wobec polityków w tym zakresie, znajdzie się miejsce na otwartą dyskusję o sposobie podejmowania decyzji i priorytetach, które uznano za najistotniejsze przy ich podejmowaniu. Bez tego trudno marzyć o odbudowaniu autorytetu lekarzy i zaufania do ich decyzji. A to podstawa większej satysfakcji pacjenta. I złagodzenia kolizyjnego kursu między odwiecznym, immanentnym dla systemu konfliktem między nienasyconym popytem i ograniczoną podażą. Przy założeniu istotnie większych nakładów finansowych oczywiście.

I z uśmiechem mrugając do Czytelnika na koniec, dodam moją odpowiedź dla wszystkich ewentualnych polemistów (cytuje mój ulubiony chwyt erystyczny Antoniego Pawlaka, który przypisuje te słowa Jackowi Kuroniowi): „Błąd w Twoim rozumowaniu polega na tym, że absolutnie nie masz racji”. To dość uniwersalny kontrargument.