

**Zawał serca nie jest wypadkiem losowym!**

**CZY SŁUŻBA ZDROWIA JEST ULECZALNA ? JAKA MEDYCYNĄ SIĘ OPŁACA?**

*W obecnej nauce ekonomii liczy się tylko to, co da się wyliczyć.*

*W naszej codziennej rzeczywistości to, co najważniejsze, jest nie-wyliczalne.*

Zalety medycyny najmocniej odczuwamy w sytuacjach nagłego zagrożenia, gwałtownie nasilających się dolegliwości, urazów, zatruc, oparzeń. Dopóki nic takiego nas nie spotyka, wolimy na ogół trzymać się z dala od lekarzy. Procesy przewlekłe często przez długi czas nie powodują wyraźnych objawów, a drobne dolegliwości z reguły lekceważymy jako przemijający wynik zdenerwowania, przemęczenia itp. Pozwala nam to nadal nieuważnie obchodzić się ze swoim organizmem, w sposób jaki uznalibyśmy za niedopuszczalny wobec np. naszego samochodu. Z zaskoczeniem stwierdzamy, że ktoś tyle czasu był zdrowy, a tak nagle „się zawinał”. Dopatrujemy się błędów leczenia, nieskuteczności medycyny w dziedzinach innych niż zabiegowe, finansowej niemożności zakupu drogich leków, które na pewno by pomogły.

I tak liczymy na automatyczne polepszenie rezultatów dzięki większym dawkom i coraz „mocniejszym” lekom. Liczymy na automatyczną poprawę zdrowia, jeśli tylko uda się obniżyć alarmujące poziomy wskaźników, gorączkę, ciśnienie, cholesterol. Liczymy tym bardziej im więcej wydamy pieniędzy. Liczymy, że doraźny brak silnych dolegliwości lub ich szybkie ustąpienie oznacza, że z naszym organizmem jest nadal albo ponownie wszystko w porządku.

Podobne błędy popełniają też organizatorzy i administratorzy systemów, m.in. systemu służby zdrowia. Nie docenia się sprzężenia zwrotnego inwestycji w służbę zdrowia z siłą nabywczą społeczeństwa. A przecież więcej pieniędzy w naszej kieszeni to także więcej pieniędzy na opiekę zdrowotną. Nie docenia się zysku realnego a przecenia się zysk pieniężny, uważając, że są one automatycznie proporcjonalne i że samo zwiększenie finansowania wszystko załatwi. Lecz czy ciągłe zwiększanie ilości i dawek zażywanych leków naprawdę uczyni nas zdrowszymi?

Praktykuje się zasadę finansowego dyskontowania przyszłości, mówiącą że np. lepiej się opłaca zaraz wyciąć las i złożyć pieniądze do banku niż hodować go przez kilkadziesiąt lat. Bardziej opłaca się składać na procent pieniądze niż wydawać je na wychowanie dziecka. Eksperti przekonują nas, że zysk pieniężny przedsiębiorców prywatnych przekłada się

automatycznie na lepsze zaspokajanie potrzeb społeczeństwa. W każdym razie ekonomiści tłumaczą nam, że zysk finansowy powinien być jak najszerszej sprywatyzowany. Lecz dla nas liczy się powszechna dostępność podstawowych dóbr. Chcemy aby Państwo to wszystkim umożliwiło. Politycy obiecują poprawę opieki zdrowotnej dzięki kolejnym reformom. A może należało by przede wszystkim nie szkodzić, jak podpowiada medyczna roztropność. Teoria systemów mówi, że jeśli coś jest bardzo skomplikowane, to postępowanie ewolucyjne daje lepsze wyniki. Za „rewolucje” zawsze płacimy – w istocie pewnie po to, aby wszystko zostało zasadniczo po starym.

Uważam, że nie uwzględnianie tych ostrzeżeń prowadzi do niezgodności oczekiwanych skutków naszych działań z faktycznymi rezultatami. Zaskakują nas nagle zaostrzenia chorób. Lekarz narzeka, że interwencja jest spóźniona, a szanse wyleczenia są małe. Rezultatem w dziedzinie systemu opieki zdrowotnej jest zajmowanie się przede wszystkim przypadkami jaskrawo nagłymi. Załamuje się profilaktyka, wczesna diagnostyka i leczenie. Następuje eksplozja kosztów – znacznie spada skuteczność leczenia. Odczuwamy to jako naruszenie zaufania i poczucia bezpieczeństwa. Taki model medycyny nazywam *medycyną alarmową*. Różni się on zasadniczo od tego, co nazywam modelem zapobiegawczym – wcześniej interwencyjnym, w skrócie – *modelem przedalarmowym*.

Zapobieganie i wczesne wykrywanie jest szczególnie ważne w stanach przewlekłych, takich jak nowotwory, zaburzenia sercowo-naczyniowe, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, w przewlekłych stanach zapalnych różnych tkanek i narządów jak np. płuca, nerki, czy wątroba. We wszystkich tych przypadkach objawy mają długi okres powolnego wzrostu, po którym następuje gwałtowne przyśpieszenie.

Jeśli np. porównamy pierwszą komórkę nowotworową raka piersi do nasiona i jeśli ilość komórek podwaja się np. co 200 dni, to guz zwiększy się do rozmiarów czereśni po kilkunastu latach. Dalsze zwiększenie, do rozmiarów dużego jabłka nastąpi już po około 5 latach...

Szansę na wyzdrowienie są tym większe a koszty mniejsze im wcześniej zacznie się przyczynowe leczenie. Jeszcze lepiej w ogóle nie zachorować. *Lepszy gram zapobiegania niż kilogram leczenia.*

*Medycyna przedalarmowa* kładzie szczególny nacisk – przeznaczając największe fundusze – na aktywizację służby zdrowia w okresie przed zachorowaniem i w fazie wczesnej powolnego rozwoju choroby. Do zadań *medycyny przedalarmowej* należałoby też propagowanie zdrowego stylu życia i zabieganie o zdrowie środowiska przyrodniczego i społecznego. Szacuje się, że te trzy czynniki decydują o 70 - 80% szans na zdrowie psychofizyczne. Pełna mobilizacja i kierowanie strumienia finansowego dopiero w okresie „nagłego” nasilania się patologii – to właśnie *medycyna alarmowa*. Postępowanie alarmowe jest konieczne w stanach gwałtownego zagrożenia zdrowia i życia. Gdy jest to wypadek

losowy reakcja musi być natychmiastowa. Zawał serca nie jest wypadkiem losowym. Najczęstszym, nielosowym sytuacjom alarmowym można zapobiegać dzięki postępowaniu profilaktycznemu, wcześniej interwencyjnemu. Czy ktoś przyznałby publicznie, że to się nie opłaca? Lecz jaka jest codzienna praktyka? - Na leczenie w nielosowych przypadkach alarmowych kieruje się obecnie ogromną większością dostępnych pieniędzy. Przypomina to zajmowanie się najpierw najmocniej nadpsutymi jabłkami, bo inaczej zaraz trzeba je będzie wyrzucić. Tymczasem te zdrowe i mniej popsute dochodzą do stanu, kiedy trzeba będzie się koniecznie zająć nimi natychmiast.

Jeśli za najbardziej opłacalną uznaje się medycynę profilaktyczną – wcześniej interwencyjną, to dlaczego praktyka i regulacje prawne działają wręcz przeciwnie? Dlaczego rezultaty są uporczywie niezgodne z oczekiwaniami. Gdzie tkwi błąd?

Poszukiwanie głównych przyczyn tego stanu nasunęło mi przypuszczenie, iż wynika on przede wszystkim ze stwierdzenia o znacznie większej opłacalności *medycyny alarmowej* dla przemysłu farmaceutycznego, dla producentów sprzętu diagnostycznego i terapeutycznego, dla instytucji ubezpieczeniowych, dla administracji państwowej a nawet dla lekarzy i... dla samych pacjentów. Dla pacjentów jest to doraźna „opłacalność” finansowa – gdy brakuje pieniędzy – lecz chyba głównie psychologiczna. Z drugiej strony wierzymy ekspertom, że prywatna opłacalność finansowa automatycznie lepiej zaspokoi nasze rzeczywiste potrzeby. Uważamy, że wydatki i dochody z długofalowych działań są finansowo mniej opłacalne niż wydatki i dochody doraźne. Mamy tu więc sprzeczność interesów. W ramach *modelu alarmowego* można mieć duże **doraźne** zyski finansowe. Natomiast zaspokajanie potrzeb w skali **wieloletniej i wielopokoleniowej** jest dużo lepsze w ramach polityki przedalarmowej. Jednakże finansowo to się nie opłaca. W obecnym systemie finansowym zyski doraźne trzeba uznać za lepsze od odległych. Mówi się przecież „kto zaraz płaci, dwa razy płaci”. Jest to nieuchronny skutek tego, że banki stwarzają dla nas „pieniądz” kredytowy jako dług oprocentowany. Innym przykładem takiej sprzeczności interesu publicznego z prywatnym jest proponowana powszechna prywatyzacja szpitali publicznych, pełniących statutowo społeczną misję służebną, która zastąpi je korporacjami, z mocy prawa zobowiązanymi do przynoszenia jak największego zysku finansowego swoim właścicielom. W moim przekonaniu nieuchronnie pogłębi to wspomnianą sprzeczność interesów i jeszcze dokładniej ją przesłoni. Podtrzyma też i nasili tendencję wzrostową kosztów służby zdrowia, wbrew obietnicom zwolenników prywatyzacji. Właśnie nastawienie na zwiększanie doraźnych zysków finansowych jest jednym z głównych czynników stałego i coraz szybszego wzrostu kosztów służby zdrowia, widocznego także w krajach, gdzie ją w znacznej mierze sprywatyzowano.

Jednakże podejście alarmowe – obecne zresztą w całej gospodarce, nie tylko w medycynie – zdaje się mieć swoje pierwotne, najgłębsze źródło w zwodniczej identyfikacji naszej

różnorodności z odrębnością, prowadzącej do przeświadczenia, że jesteśmy radykalnie osobnymi istotami, a więc posiadającymi radykalnie osobne interesy, z którymi się utożsamiamy.

Musimy zobaczyć, czy faktycznie jesteśmy zbiorem zasadniczo odrębnych jednostek, a zatem życie społeczne polega głównie na ich konkurencji. Staramy się złagodzić ją pobożnymi życzeniami i wezwaniami do solidarności i miłości bliźniego. Czy może jesteśmy naprawdę *organiczną całością* zróżnicowanych, inteligentnych lecz *istotowo nie osobnych* jednostek, pomiędzy którymi konkurencja też zdaje się mieć jakieś miejsce, lecz podstawą jest współdziałanie?

My, nasze dzieci, nasze życie, nasze zdrowie, lasy, środowisko przyrodnicze to coś niepomierne większego niż rynkowe koncepcje.

Czy poza psychologicznymi abstrakcjami, które stwarzają i podtrzymują nasze ego, zobaczymy to, na czym świat stoi?

- Utopia !
- Utopia, czy zagłada?<sup>1</sup>
- Jak to mogłoby się stać?

Na proste pytania odpowiedź pojawia się szybko. Trudne pytania dają nam do myślenia. Pytania niemożliwe – jak to – dają nam do milczenia. Gdy stwierdzamy: „wszystko skrupulatnie, wnikliwie, inteligentnie przemyślałem i – nie wiem”, ustaje przeszukiwanie zasobów pamięciowych. Jest przestrzeń, w której może się pojawić nowe spojrzenie, nieprzeczuwalna odpowiedź.

Tekst jest znacznie poszerzonym streszczeniem artykułu „Nasza medycyna alarmowa”, opublikowanego w książce Ozimek E. red. „Zdrowie – dobro wspólne”, wyd. Fundacja Bonum Commune, Poznań 2006, którego poprawiona i rozszerzona wersja została opublikowana w piśmie ekologów Zielone Brygady, w numerze 12 (233) 2007.

---

<sup>1</sup> Buckminster Fuller *Utopie or Oblivion* Bentam Books New York 1969; [www.bfi.org](http://www.bfi.org)