

Czego uczy nas radziecka medycyna?

20 lipca 2012

W 1918 r. Związek Radziecki stał się pierwszym krajem, który obiecał powszechny dostęp do opieki medycznej „od kołyski aż do grobu”. Miało się to stać poprzez całkowite upaństwowienie medycyny. „Prawo do zdrowia” stało się „konstytucyjnym prawem” obywateli radzieckich.

Zaletami tego systemu miała być „redukcja kosztów” i eliminacja „marnotrawstwa”, które wynikało z „niepotrzebnego namnożenia podmiotów świadczących te same usługi”, tzn. konkurencji.

Cele były podobne do tych zadeklarowanych przez Obamę i Pelosi – atrakcyjne i humanitarne cele powszechnego dostępu i niskich kosztów. Co w tym złego?

System ten działał przez wiele dekad, lecz powszechna apatia i słaba jakość pracy paraliżowały opiekę zdrowotną. W odmętach socjalistycznego eksperymentu instytucje opieki zdrowotnej w Rosji były co najmniej 100 lat za średnim poziomem amerykańskim. Co więcej, bród, smród, koty spacerujące po salach, pijany personel medyczny i braki mydła oraz środków czyszczących dołożyły cegiełkę do ogólnego obrazu beznadziei i frustracji, które paraliżowały ten system. Według oficjalnych rosyjskich szacunków, 78 proc. wszystkich ofiar AIDS w Rosji zaraziło się wirusem przez brudne strzykawki czy krew osób HIV-pozytywnych w państwowych szpitalach.

Nieodpowiedzialność wyrażona w popularnym rosyjskim powiedzeniu „Oni udają, że nam płacą, a my udajemy, że pracujemy”, poskutkowała przerażającą jakością usług, powszechną korupcją i śmiercią wielu osób. Mój przyjaciel, sławny neurochirurg w dzisiejszej Rosji, otrzymywał miesięczną pensję w wysokości 150 rubli – jednej trzeciej przeciętnej

płacy kierowcy autobusu.

Aby uzyskać choć minimalną opiekę lekarzy i personelu pielęgniarskiego, pacjenci musieli dawać łapówki. Byłem nawet świadkiem przypadku „niepłacącego” pacjenta, który umarł, próbując dostać się do toalety na końcu długiego korytarza po operacji mózgu. Znieczulenie było zazwyczaj „niedostępne” w przypadku aborcji czy pomniejszych operacji uszu, nosa, gardła czy skóry. Był to środek wymuszania pieniędzy przez pozbawionych skrupułów medycznych biurokratów.

Żeby poprawić statystyki liczby ludzi umierających w tym systemie, pacjenci byli zwyczajnie wypychani za drzwi przed złapaniem swego ostatniego oddechu.

Kiedy byłem deputowanym ludowym w okręgu moskiewskim od 1987 do 1989 r., dostawałem wiele skarg o zbrodniczych zaniedbaniach, łapówkach branych przez medycznych aparaczków, pijanych załogach ambulansu oraz zatrutym jedzeniu w szpitalach i instytucjach opieki nad dziećmi. Przypomina mi się przypadek 14-letniej dziewczyny z mojej dzielnicy, zmarłej na ostre zapalenie nerek w moskiewskim szpitalu. Umarła, ponieważ lekarz uznał, że lepiej jest zaoszczędzić „cenną” błonę rentgenowską (przywiezioną przez Sowieców za twardą walutę), niż jeszcze raz sprawdzić swą diagnozę. Te promienie rentgenowskie obaliłyby jego diagnozę bólu neuropatycznego.

Zamiast tego, lekarz leczył nastolatkę ciepłymi okładami, które zabiły ją niemal od razu. Nie było żadnej kompensacji dla rodziców bądź dziadków dziewczyny. Zgodnie z definicją, model jednego płatnika nie może na to zezwolić. Dziadkowie dziewczyny nie mogli pogodzić się ze stratą i oboje zmarli w przeciągu sześciu miesięcy. Lekarz nie dostał żadnej oficjalnej nagany.

Nic dziwnego, rządowi biurokraci i funkcjonariusze partii komunistycznej już w 1921 r. (trzy lata po Leninowskiej

nacjonalizacji medycyny) zdali sobie sprawę, że egalitarny model służby zdrowia był dobry jedynie dla ich własnych interesów jako dostawców, zarządców i dystrybutorów – ale nie jako prywatnych użytkowników systemu.

Także, tak jak w każdym państwie z państwową służbą zdrowia, stworzono system dwupoziomowy: jeden dla „szarych mas” i drugi, z całkowicie różnym poziomem usługi, dla biurokratów i ich intelektualnych usług. W ZSRR, gdy robotnicy i chłopi umierali w państwowych szpitalach, często sprzęt i leki, które mogły uratować ich życia, leżały nieużywane w ośrodkach nomenklatury.

U schyłku tego socjalistycznego eksperymentu oficjalna śmiertelność niemowląt w Rosji była ponad 2,5 razy większa niż w Stanach Zjednoczonych i ponad pięciokrotnie większa od tej w Japonii. Poziom 24,5 zmarłych niemowląt na 1000 żywych urodzeń był ostatnio kwestionowany przez kilku deputowanych do rosyjskiego parlamentu, którzy twierdzą, że współczynnik ten był naprawdę 7 razy wyższy niż w Stanach. Z tego wynika, że rosyjska śmiertelność wynosiła 55, podczas gdy amerykańska 8,1 zgonów na 1000 żywych urodzeń.

Mimo to należy wyjaśnić, że Stany Zjednoczone mają jeden z najwyższych poziomów tego wskaźnika w uprzemysłowionym świecie jedynie dlatego, że wliczają wszystkie zmarłe noworodki, także wcześniaki, które stanowią większość przypadków śmiertelnych.

Większość państw nie wlicza zgonów wcześniaków. Niektóre z nich w ogóle nie wliczają żadnych zgonów w przeciągu pierwszych 72 godzin od urodzenia. Pewne państwa zaś nie wliczają nawet przypadków śmierci w pierwszych dwóch tygodniach życia. Na Kubie, która chwali się bardzo niską śmiertelnością niemowląt, niemowlaki są rejestrowane dopiero w wieku kilku miesięcy, skutkiem czego w oficjalnych statystykach pomija się wszystkie zgony niemowlaków w pierwszych miesiącach życia.

W wiejskich regionach Karakałpacji, Jakucji, Czeczenii, Kałmucji i Inguszetii śmiertelność niemowląt jest bliska 100 zgonów na 1000 urodzeń, porównywalna z takimi państwami jak Angola, Czad i Bangladesz. Dziesiątki tysięcy niemowląt każdego roku pada ofiarą grypy, a liczba zgonów dziecięcych z powodu zapalenia płuc i gruźlicy ciągle wzrasta. Krzywica, powodowana niedoborem witaminy D, obca reszcie współczesnego świata, zabija wielu młodych ludzi.

Uszkodzenie macicy jest powszechne wskutek 7,3 aborcji, którym poddawana jest przeciętna Rosjanka w wieku rozrodczym. Pamiętając, że wiele kobiet unika w ogóle aborcji, średnia 7,3 oznacza, że wiele kobiet przechodzi przez kilkanaście lub więcej aborcji w swoim życiu.

Nawet dziś, według Państwowego Komitetu Statystycznego, średnia oczekiwana długość życia rosyjskich mężczyzn jest mniejsza niż 58 lat i 11 miesięcy, zaś kobiet 72 lata. Daje nam to średnią 65 lat i 3 miesięcy[1]. Dla porównania, średnia długość życia mężczyzn w Stanach Zjednoczonych wynosi 73 lata, a kobiet 79. W Stanach Zjednoczonych, oczekiwana długość życia w chwili urodzenia dla całej populacji jest najwyższa w historii – 77,5 lat – choć wiek temu wynosiła 49,2 lat. Oczekiwana długość życia w Rosji jest o 12 lat mniejsza[2].

Po 70 latach socjalizmu 57 proc. rosyjskich szpitali nie miało bieżącej ciepłej wody, a 36 proc. szpitali w regionach wiejskich nie miało w ogóle wody ani kanalizacji. Czyż nie jest zdumiewające, że socjalistyczny rząd, który rozwijał program badań kosmosu i tworzył wymyślną broń, kompletnie ignorował podstawowe potrzeby swoich obywateli?

Zatrważająca jakość usługi nie jest charakterystyczna jedynie dla „dzikiej” Rosji i innych wschodnioeuropejskich nacji: jest bezpośrednim skutkiem rządowego monopolu na opiekę medyczną i może ona zaistnieć w każdym państwie. Dla przykładu, w „cywilizowanej” Anglii na liście oczekujących na operację jest prawie 800 tys. spośród 55 mln ludzi. Najnowocześniejszy

sprzęt jest nieobecny w większości brytyjskich szpitali. W Anglii jedynie 10 proc. wydatków na opiekę zdrowotną pochodzi ze środków prywatnych.

Wielka Brytania była pionierem w rozwoju technologii dializy nerek, jednak ma jeden z najniższych współczynników dializy na całym świecie. The Brooking Institution (instytucja raczej nie będąca zwolennikiem wolnego rynku) odkryło, że co roku 7 tys. Brytyjczyków wymagających endoprotezy stawu biodrowego, między 4 a 20 tys. wymagających pomostowania aortalno-wieńcowego i około 10–15 tys. wymagających chemioterapii, odmawia się opieki medycznej w Wielkiej Brytanii.

Dyskryminacja ze względu na wiek jest szczególnie widoczna we wszystkich państwowych lub silnie regulowanych systemach opieki zdrowotnej. W Rosji pacjenci powyżej 60. roku życia uważani są za bezwartościowe pasożyty, a ci powyżej 70. często nie otrzymują nawet podstawowej opieki medycznej.

W Wielkiej Brytanii osobom z przewlekłą niewydolnością nerek powyżej 55. roku życia w 35 proc. centrów dializ odmawia się leczenia. Taką odmowę otrzymuje 45 proc. 65-letnich pacjentów, a pacjenci 75-letni lub starsi rzadko otrzymują w takich centrach opiekę medyczną.

W Kanadzie populację podzielono na trzy grupy wiekowe pod względem dostępu do opieki zdrowotnej: ci poniżej 45., ci między 45. a 65. i ci powyżej 65. roku życia. Nie trzeba dodawać, że pierwsza grupa, nazwijmy ją „aktywnymi podatnikami”, cieszy się najlepszym traktowaniem.

Zwolennicy państwowej służby zdrowia w Stanach Zjednoczonych używają radzieckich taktyk propagandowych, by osiągnąć swe cele. Michael Moore jest jednym z najbardziej znaczących i skutecznych socjalistycznych propagandzistów w Ameryce. W swym filmie, Sicko (w wersji polskiej: Chorować w USA – przyp. tłum.), niesprawiedliwie i nieprzychylnie porównuje opiekę medyczną dla starszych pacjentów w Stanach Zjednoczonych ze

złożonymi i nieuleczalnymi chorobami do opieki medycznej we Francji czy Kanadzie świadczonej młodym kobietom podczas zwykłych porodów. Gdyby sytuację odwrócił – tzn. porównał opiekę zapewnianą młodym kobietom z dziećmi w Stanach Zjednoczonych do tej świadczonej starszym pacjentom ze złożonymi i nieuleczalnymi chorobami w państwowych systemach opieki zdrowotnej – film wyglądałby tak samo, jednak to system opieki medycznej w Stanach byłby tym idealnym, zaś Wielka Brytania, Kanada i Francja wyglądałyby barbarzyńsko.

Obecnie w Stanach Zjednoczonych jesteśmy przygotowywani na dyskryminację starszych w opiece zdrowotnej. Ezekiel Emanuel jest dyrektorem Clinical Bioethics Department przy US National Institutes of Health oraz architektem planu zreformowania służby zdrowia Obamy. Jest też bratem Rahma Emanuela, szefa sztabu Białego Domu. Foster Friess donosi, że Ezekiel Emanuel napisał, iż usługi zdrowotne nie powinny być gwarantowane „osobom nieodwracalnie pozbawionym możliwości bycia aktywnymi obywatelami. Oczywistym przykładem jest brak opieki medycznej dla pacjentów z demencją”[3].

Równie zatrważający artykuł, którego współautorem był Emanuel, ukazał się w czasopiśmie medycznym „The Lancet” w styczniu 2009 roku. Autorzy piszą, że „w przeciwieństwie do przydzielania [opieki medycznej] w zależności od płci czy rasy, alokacja na podstawie kryterium wiekowego nie jest dyskryminacją z nienawiści; każda osoba przechodzi przez różne stadia życia, nie jest cały czas jednakowo stara. Nawet jeśli 25-latkowie mają priorytet w stosunku do 65-latków, każdy kto dziś ma 65 lat, był kiedyś 25-latką. Traktowanie 65-latka inaczej z powodu stereotypów czy kłamstw byłoby dyskryminacją ze względu na wiek; jednak traktowanie ich inaczej, gdyż oni przeżyli już więcej lat, już nie[4].”

Państwowa służba zdrowia stworzy olbrzymią rządową biurokrację, podobną do jednolitych regionów szkolnych – narzuci drogie, niszczące pracę zobowiązania na pracodawców, aby zapewniali ubezpieczenie i narzuci kontrolę cen, która

nieuchronnie spowoduje niedobory i słabą jakość usługi. Doprowadzi także do pozacenowej dyskryminacji (tzn. alokacji opartej o względy polityczne, korupcję i nepotyzm) usług opieki zdrowotnej przez biurokratów rządowych.

Prawdziwe „oszczędności” w uspołecznionym systemie opieki zdrowotnej mogą być osiągnięte jedynie przez wyzysk dostawców i odmawianie opieki – nie istnieje inny sposób oszczędzania. Tych samych argumentów używano w obronie plantacji bawełny na Południu przed wybuchem wojny secesyjnej. Niewolnictwo na pewno „redukowało koszty” pracy, „eliminowało marnotrawstwo” negocjacji cenowych i unikało „niepotrzebnego namnożenia podmiotów świadczących te same usługi”.

Wspierając nawoływania do nacjonalizacji służby zdrowia, amerykańscy fachowcy medyczni są jak owce domagające się wilka: nie rozumieją, że wysokie koszty opieki medycznej w Stanach Zjednoczonych spowodowane są po części faktem, że amerykańscy fachowcy medyczni są jednymi z najlepiej opłacanych na świecie. Kolejnym źródłem wysokich kosztów naszej opieki zdrowotnej są istniejące przepisy prawne – regulacje przeszkadzające konkurencji w obniżaniu cen. Istniejące przepisy, takie jak licencjonowanie oparte o „certificates of need” i inne restrykcje dostępności usług opieki zdrowotnej, przeszkadzają konkurencji, skutkując wyższymi cenami i mniejszą ilością usług.

Uspołecznione systemy opieki medycznej nigdzie nie przyczyniły się do ogólnego polepszenia zdrowia czy warunków życia. W rzeczywistości zarówno rozumowanie analityczne, jak i dowody empiryczne prowadzą do przeciwnych wniosków. Lecz ponura porażka uspołecznionej służby zdrowia w zadaniu poprawy zdrowia ludzi i ich żywotności nie wpłynęła na pohamowanie polityków, zarządców i ich intelektualnych sług w dążeniu do osiągnięcia władzy absolutnej i całkowitej kontroli.

Większość krajów zniewolonych przez imperium radzieckie uciekło z w pełni uspołecznionego systemu przez prywatyzację i

konkurencję ubezpieczycieli w systemie opieki zdrowotnej. Inni, włączając w to wielu europejskich socjaldemokratów, zamierzają sprywatyzować system opieki zdrowotnej i zdecentralizować kontrolę medyczną. Prywatna własność szpitali i innych obiektów opieki zdrowotnej postrzegana jest jako czynnik prowadzący do nowego, wydajniejszego i bardziej ludzkiego systemu.

Autor: Yuri N. Maltsev

Tłumaczenie: Kamil Strumidło

Źródło oryginalne: mises.org

Źródło polskie: [Instytut Misesa](http://InstytutMisesa.pl)

PRZYPISY

[1] Russian Life Expectancy on Downward Trend („St. Petersburg Times”, 17. stycznia 2003 r.).

[2] Raport CRS dla Kongresu: Life Expectancy in the United States. Uaktualniony 16. października 2006 r., Laura B. Shrestha, nr katalogowy RL32792.

[3] Foster Friess, Can You Believe Denying Health Care to People with Dementia is Being Considered? (14. czerwca 2009 r.) Zobacz też Ezekiel J. Emanuel, Where Civic Republicanism and Deliberative Democracy Meet („The Hastings Center Report”, vol. 26., nr 6.).

[4] Govind persad, Alan Wertheimer i Ezekiel J. Emanuel, <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2809%2960137-9/fulltext#back-aff1> („The Lancet”, vol. 373, numer 9661).