

Problem novca u medicini

Atul Gawande

Objavljeno u New Yorker, April 4, 2005, 44-53.

Dok ne postanete liječnik, provedete toliko vremena u tunelima pripreme – sagnute glave, nastojeći da ne zeznete i gurajući iz dana u dan – da je pravi šok kad se nađete na drugom kraju, kad vam stišću ruku i pitaju koliko želite zaraditi. Ali, taj dan dođe. Pred dvije godine, završavao sam osmu, zadnju godinu specijaliziranja kirurgije. Dobio sam intervju za posao kirurga u Brigham i Žene Bolnici u Bostonu, gdje sam i specijalizirao. To je bio izvrstan posao – specijalizirat ću se za kirurgiju određenih tumora koji me zanimaju, a radit ću opću kirurgiju. Zakazanog dana obukao sam fino odijelo i sjeo u drvom obloženi ured šefa kirurgije. On je sjeo nasuprot mene i rekao mi da sam primljen. 'Dali to želite?' Da, odgovorio sam pomalo izvan sebe. Objasnio mi je da radno mjesto garantira plaću tri godine. Nakon toga, ovisit će od mene: Zараđivat ću što uberem od svojih pacijenata a sam plaćati svoje troškove. Nastavio je pitajući me koliko bi me trebali platiti?

Nakon toliko godina kad vam govore koliko trebate platiti (oko četrdeset tisuća dolara na godinu) ili ćete dobiti plaćeno (oko četrdeset tisuća dolara godišnje za vrijeme specijalizacije), bio sam zatečen. 'Koliko obično kirurzi zarađuju?', zapitao sam.

Kimao je glavom. 'Slušajte,' rekao je, 'vi recite meni koliko smatrate da je odgovarajuća plaća za početak, dok ne postanete nezavisni, i ako je bude razumna svota toliko ćemo vam i plaćati.' Dao mi je nekoliko dana da razmislim.

Većina ljudi procjenjuje koliko bi trebali zarađivati po tome koliko su drugi plaćeni za isti posao, pa sam i ja pokušao pitajući kirurge kolika im je plaća. To su bili čudni razgovori. Kad sam ih pitao, oni bi počeli zamuckivati, kao da su im usta puna pijeska. Pitao sam na sve moguće načine. Mogu li mi reći koliko mi treba platiti, ako izvedem osam velikih operacija tjedno? Ili koliko misle da trebam tražiti? Nitko mi nije naveo sumu.

Većina ljudi taji koliko zarađuju, a čini se da u medicini posebno. Od doktora se očekuje da ne rade samo zbog novca, i što se više čini da je doktoru stalo do novca, ljudi su prema njegovom radu sve sumnjičaviji. (Zbog toga dobri doktori iz TV bolnica, voze stare aute i žive u skromnim stanovima, dok loši doktori nose luksuzna odijela. Dok god traje naša specijalizacija sa sto sati tjedno rada i minimalnu plaću, svi nalazimo zadovoljstvo u samo pohvalnom isticanju koliko radimo a kako mali zarađujemo. Nekoliko godina kasnije doktori se smire u redovnoj praksi. Od osamdesetih godina prošlog stoljeća, pregledi javnog mnijenja pokazuju da dvije trećine Amerikanaca smatra da ju doktorima 'previše stalo do novca'. No, ubrzo sam otkrio da zdravstveni sustav traži od doktora da izuzetnu pažnju posvete plaćanju i troškovima.

Da bih stekao uvid o sumama o kojima se radi zatražio sam od računovodstva podatke koliko različita osiguranja plaćaju liječnicima za njihove usluge. Ovaj pregled ima dvadeset četiri kolone, jedna za svaki veliki plan osiguranja, a po jedan red za svaku uslugu liječnika. Sadašnja verzija ima više od šesto stranica. Sve je navedeno, sa dolarskim iznosom. Za one sa Medicare-om – iznosi u sredini ostalih – pregled za novog pacijenta sa 'jednostavnim' problemom (usluga broj 99203) iznosi \$77.29. Posjet za 'složeni problem' (usluga broj 99205) plaća se \$151.92. Namještanje dislociranog ramena (usluga broj 23650) košta \$275.70. Operacija slijepog crijeva: \$621.31. Uklanjanje plućnog krila: \$1,662.34. Koja je najviše plaćena usluga na listi? Kirurška rekonstrukcija za bebe rođene bez ošita: \$5,366.98. Najslabije plaćeno? Podrezivanje noktiju pacijenata ('bez obzira koliko'): \$10.15. Bolnice naplaćuju sve što mogu.

Takav pristup, sa uslugama poput jelovnika, djeluje čudno. Ustvari, ona ima korijene u dalekoj povijesti. Doktore se plaća prema uslugama još od barem Hamurabijevog zakonika; u Babilonu osamnaest stoljeća prije Krista, kirurg je dobivao deset šekela za svaku operaciju kojom bi spasio život (samo dva šekela ako je pacijent bio rob). Standardizirana naplata je sasvim suvremeni oblik. Kasnih osamdesetih godina prošlog stoljeća, osiguranici, i općeg i privatnog osiguranja, počeli su agitirati za 'racionalnije' oblike osiguranja. Desetljećima su plaćali liječnike prema, što se nazivalo 'uobičajenim i razumnim cijenama.' To je bilo uglavnom štogod su liječnici odlučili da naplate. Ne iznenađuje, da su neka naplaćivanja počela znatno rasti. Bilo je i pretjeranih. Na primjer, operacija katarakte (koja je dosizala šest tisuća dolara 1985. godine) je utvrđena kada je operacija prosječno trajala dva do tri sata. Kada su nove tehnologije omogućile oftalmolozima da provedu ove operacije u

polu sata, cijene se nisu promijenile. Naplata za samo ovu operaciju je dosegla četiri posto budžeta Medicare-a. Općenito, cijene zahvata su daleko premašile cijene dijagnoza. Sredinom osamdesetih, doktori su bili plaćeni četrdeset dolara po satu za složenu, po život značajnu dijagnozu; za sat kolonoskopije i vađenje polipa, primali su više od šesto dolara.

Savezna vlada je to ocijenila neprihvatljivim. Sistem je bio usmjeren protiv dobre primarne zaštite, i iskrivljavao specijalističku zaštitu. Zbog toga je vlada odredila da cijena mora biti u skladu sa količinom rada. Princip je bio jednostavan i razuman; stavljanje u praksu je bilo mnogo teže. 1985., William Hsiao, ekonomist sa Harvarda, je zadužen da utvrdi točnu količinu rada u svakom poslu koji liječnici obavljaju. To je bio don kihotski zadatak, poput zahtjeva da se izmjeri točna količina gnjeva u svijetu.. No Hsiao je izradio formulu. Iznio je da je rad iskaz, potrebnog vremena, mentalnog napora i odluka, tehničke vještine i fizičkog napora, i stresa. Sastavio je veliki tim koji su intervjuirali tisuće liječnika više od dvadeset specijalnosti. Oni su analizirali što je uključeno u svemu od četrdeset-pet minutne psihoterapije za pacijenta sa napadima panike do histerektomije žene sa karcinomom grlića maternice.

Odredili su da za histerektomiju treba oko dva puta toliko vremena koliko za jednu psihoterapiju, 3.8 puta koliko za mentalni napor, 4.47 puta, koliko za tehničku vještinu i fizički napor, i 4.24 puta koliko za opasnost. Ukupno je to iznosilo: 4.99 puta rada. Procjene i izračuni su tako izrađeni za tisuće usluga. (Kirurgija katarakte je procjena da treba nešto manje rada od histerektomije.) Cijene su obračunate po pacijentu, a uključeni su i troškovi školovanja. Konačno su Hsiao i njegov tim utvrdili vrijednost svega što doktori čine. Neki specijalisti su bili razjareni pojedinim procjenama. Ipak, Kongres je odredio da se relativne vrijednosti pretvori u dolare, i 1992 je Medicare počeo po tome plaćati doktore. Privatna osiguranja su se ubrzo pridružila (makar su ova unijela neke promjene zavisno od dogovora sa lokalnim liječnicima).

Postoji izvjesna arbitrarnost u svemu. Tko može doista odrediti jeli histerektomija radno intenzivnija od operacije katarakte? Naknadna komisija je preispitala i preračunala cijene za više od šest tisuća različitih usluga. Ovakvo obračunavanje će se bez sumnje trajno nastaviti, ali sam sistem je više ili manje prihvaćen.

Čak i uz popis cijena pred sobom, bilo mi je teško procijeniti koliko ću zarađivati. Moja praksa će prvenstveno obuhvaćati, preglede pacijenata, opću kirurgiju (operacije slijepog crijeva, žući, mokraćnog mjehura i dojke), i - zbog mog interesa za endokrine tumore - brojne zahvate na štitnjači i nadbubrežnoj žlijezdi. Svaki od ovih zahvata naplaćuje se između šesto i tisuću i sto dolara, te mogu očekivati da zaradim oko osam tisuća tjedno. Množeći sa četrdeset osam radnih tjedana u godini, čini se da bi mogao zaraditi enormno, pola miliona dolara godišnje. Ali, moram platiti trideset jednu tisuću za osiguranje grešaka, i osamdeset tisuća za iznajmljivanje ambulante i korištenja bolnice. Moram kupiti računala i opremu, zaposliti tajnicu i sestru ili medicinskog tehničara. Odjel kirurgije naplaćuje 19.5% za svoje usluge. Uz to i pet do deset posto pacijenata ne plaća jer nemaju osiguranje. Čak i kad su pacijenti osigurani, neki plaćaju znatno manje od drugih. Istraživanja pokazuju da osiguranici mogu opravdano odbiti platiti do trideset posto računa.

Roberta Parillo je specijalist za financijski slom liječnika, kojeg zovu grupe liječnika ili bolnice kada odjednom utvrde da ne mogu 'spojiti kraj s krajem'. ('Ja rješavam gužve' mi je opisala svoj rad.) U vrijeme kada sam govorila s njom, nalazila se u Pennsylvaniji, nastojeći da utvrdi što se desilo s bolnicom 'u nevolji'. Prethodnih mjeseci je bila u Missisippiju, pomažući grupi od sto dvadeset i pet liječnika koji su se našli u dugovima; Washingtonu D.C., gdje se grupa liječnika brinula za vlastiti opstanak; i Novoj Engleskoj, u velikom anesteziološkom odjelu koji je izgubio pedeset miliona dolara. Odbila je veći broj drugih klijenata. Realno je moguće, navela je, da grupa liječnika ne zaradi ništa.

Doktori brzo nauče da koliko zarade ima malo veze s kvalitetom njihovog rada. To u velikoj mjeri ovisi od toga kako vode poslovnu stranu svoje prakse. Gđa Parillo ističe, 'Već kada pacijent nazove da dogovori posjetu, stvari mogu krenuti loše'. Ako pacijenti nisu osigurani, morate utvrditi dali imaju pravo na državnu pomoć poput Medicaid-a. Ako su osigurani, morate utvrditi, dali vas osiguranje prihvaća kao liječnika. Morate biti sigurni da će osiguranje pokriti usluge koje su potrebne pacijentu, i utvrdite ograničenja u korištenju usluga. Morate biti sigurni da pacijent ima odgovarajući referalni broj od svog liječnika primarne zdravstvene zaštite. Morate također doznati ima li pacijent kakve velike dugove ili druga plaćanja, jer od pacijenata se očekuje da plate novcem, kada dođu k vama. Parillo ističe, 'Pacijente to jako uzruja. Pa sa imam osiguranje! Nisam ponio novac!' Odjednom morate biti financijski savjetnik. Istovremeno se osjećate užasno, kad im kažete da ih ne možete primiti dok ne dođu s gotovinom, čekom ili kreditnom karticom. Zbog toga ih ipak primite i izgubite dvadeset posto, što je odmah više od onoga što ostaje vama.

Čak ako se i sve to sredi, ostat će izluđujuće područje osiguranja. Ako ste kirurg, može vam trebati različiti brojevi za preglede i operacije. Može vam trebati i prethodno odobren broj. Nakon zahvata,

morate unijeti prethodni broj, broj osiguranja, broj dijagnoze (MKB), kod postupka, kod pregleda, vaš porezni broj, i bilo koju drugi podatak koju osiguranje zahtijeva, da bi uvažili račun. 'Ako išta pogriješite, nema plaćanja – odbija se,' upozorava Parillo. Osiguranja imaju i programe koji odbijaju određene kombinacije dijagnoza, zahvata i kodova posjeta. U slučaju odbijanja, račun se vraća pacijentu. Poziv osiguranju izaziva snimljene odgovore i trajna čekanja.

Parillo iznosi direktne prijedloge. Liječnici trebaju kompjuterizirati vlastito naplaćivanje i pažljivo pregledavati račune koje šalju i plaćanje osiguranja. Trebaju zaposliti službenike isključivo za vođenje poslova osiguranja. Uspješnim radom se stopa odbijanja plaćanja može sniziti trideset do pedeset posto. Tako doktori zarađuju, upozorila je. S osiguranjem se rat na svakom koraku.

Dok sam prolazio medicinsko školovanje i specijalizaciju, stariji liječnici su obeshrabrujuće ponavljali da nikad ne bi išli u medicinu da su znali ono što sada znaju. Veliki broj njih su jednostavno bili nesposobni da se snađu u gunguli osiguranja. Zbog toga je možda pregled stavova liječnika u Massachussettsu 2004 utvrdio da je njih pedeset-osam posto nezadovoljno sa odnosom između sati koje rade i sume koju tako zarade; pedeset-šest posto je smatralo da se njihov prihod ne može uspoređivati sa zaradama u sličnim strukama; a četrdeset posto je očekivalo da će im prihod pasti u idućih pet godina.

William Weeks, profesor na Dartmouth-u je izradio više studija o radu liječnika. On i njegovi suradnici su utvrdili da liječnici rade više od drugih struka. (1998, prosječni kirurg opće prakse je u prosjeku radio šezdeset-tri sata tjedno.) On je također utvrdio da ako smatrate profesionalno školovanje ulaganjem, tada je dobitak u medicini nešto niži nego u drugim strukama. Prateći položaj na završenog medicinskog, pravnog i poslovnog školovanja, sa sličnim ocjenama pri upisu, on je utvrdio da je stopa zarade do srednje dobi šesnaest-posto u primarnoj zaštiti, osamnaest-posto u kirurgiji, dvadeset tri posto u pravu, i dvadeset šest posto u gospodarstvu. Nije loše u bilo kom području, ali razlike postoje. Zarada liječnika obično dosegne vrh nakon pet do deset godina prakse, a nakon toga postepeno opada sa opadanjem spremnosti i sposobnosti za dugi rad.

Kad se sve ovo iskaže, ipak je neprimjereno žaliti se. Evo činjenica. U 2003, srednji prihod liječnika primarne zaštite je iznosio \$156,902. Za općeg kirurga, poput mene, to je \$264,375. Za pojedine specijalnosti prihod može biti i znatno veći. Traženi ortopedi, kardiolozi, stručnjaci za bol, onkolozi, neurokirurzi, plastični kirurzi i radiolozi često zarađuju više od pola miliona dolara godišnje. Možda odvjetnici i poslovni ljudi mogu i bolje. S druge strane, manje zarađuje, većina biokemičara, arhitekata ili profesora matematike. Na koncu, da li mi radimo zbog zarade ili zbog pacijenata? Možemo se smatrati sretnim da nismo morali birati.

Postoje međutim, i oni koji mogu birati – i uspijevaju zarađivati mnogo više od drugih. Razgovarao sam sa jednim takvim kirurgom. On prakticira već trideset godina, opću kirurgiju u istoj bolnici na Istočnoj Obali. Rekao je da voli svoj rad. Nije imao previše posla. Radno vrijeme mu je bilo od devet i trideset do tri i trideset, samo jednom tjedno. Izvodio je oko šest operacija tjedno. Razvio je posebnu vještinu i interes za laparoskopiju – provodeći zahvat kroz sitnu inciziju koristeći precizne instrumente i fleksibilnu video kameru. Više nije pokrивao hitna stanja po noći. Pomalo indirektno sam ga pitao koliko zarađuje s takvim radom. 'Čistog prihoda?' pitao je. 'Oko milion i dvjesto tisuća dolara prošle godine.'

Zastao mi je dah na trenutak. On je zarađivao više od milion dolara najmanje deset godina. Pitao sam se, kako je moguće ili čak dopušteno, da se toliko zaradi općom kirurgijom. On je bio potpuno svjestan moje reakcije. (Znalo se i u njegovoj bolnici, koja dije dopustila navođena imena ni njega ni bolnice u ovom članku.) 'Ja mislim da doktori oduzimaju sami sebi,' rekao je. 'Doktori naplaćuju slično vodoinstalaterima ili električarima' – strukama koje ne traže desetljeće edukacije i specijaliziranja. On ne vidi razloga, zašto bi doktori dozvolili osiguranjima da određuju njihove cijene. Zbog toga on ne prihvaća osiguranje. Ako želite ići k njemu, plaćate u gotovini. Ako želite kasnije to naplatiti od osiguranja, to je vaš problem.

On naplaćuje koliko tržište podnosi. Za laparoskopsku holecistektomiju – uklanjanje žučne kese, jedna od najčešćih operacija u općoj kirurgiji – osiguranja plaćaju kirurzima sedamsto dolara. On traži osam i po tisuća dolara. Za gastričnu fundoplikaciju, operaciju za sprečavanje povrata želučane kiseline, osiguranja plaćaju tisuću i sto dolara. On traži dvanaest tisuća dolara. Nema nedostatka pacijenata.

Nije jasno koliko lako bi drugi mogli ovo izvesti. Treba uzeti u obzir, da on radi u velikom gradu, gdje mnogi imaju visoke prihode ili osiguranja koja dopuštaju njegove cijene. On je također i zvijezda u svom području. 'Ja znam u sebi, da ja mogu izvesti, ono što drugi kirurzi ne mogu,' rekao mi je.

Ali, zamislimo da ja učinim isto – odbijem priznati osiguranje i naplaćujem koliko se može. Ja ne bih zarađivao milione, ali bi mnogo više nego inače. Izbjegao bih i svu gnjavažu sa osiguranjem. Ipak, dali

želim biti liječnik samo onima koji me mogu platiti?

Zašto ne? Pitao je kirurg. 'Doktore koji misle da trebamo biti altruisti, zabijaju glavu u pijesak,' rekao je. Svi nas stišću, da bi zaradili, počevši od snabdijevanja koje plaćamo osiguranju, koja bi trebala plaćati nas. 'Naknada, glavnom menadžeru (C.E.O.) Aetne je milion dolara. 'To su profitne kompanije. Osiguranja zarađuju odbijajući plaćanje liječnicima ili ne odobravajući plaćanje usluga koje smo pružili.' On se pitao zašto uopće poslujemo sa njima. Po njegovu mišljenju, doktori trebaju shvatiti da su poslovni ljudi – ni više, ni manje – i što prije to shvatimo, to bolje.

Njegov stav ima izvjesnu vitalnu jasnoću. Ipak, ako je to samo posao koji se naplaćuje po usluzi, ako se rad doktora ne razlikuje od mehaničara, čemu se onda odlučiti za dvanaest godina medicinske edukacije a ne dvogodišnju školu biznisa? Ja još uvijek vjerujem da je doktor temeljno motiviran nadom da radi značajan i poštovan rad u društvu. Otuda odgovornost koju većina od nas osjeća, da brinemo za ljude, čak i kada nas osiguranja iscrpljuju, ili kada uopće nisu osigurani. Ako zatajimo običnim ljudima, tada nestaje teza da radimo nešto posebno. Razumijem želju da se pobjegne od zavrzlane osiguranja. Ali, nema li i neki drugi način da se to učini?

1971, trideset trogodišnji internist Harris Berman se odlučio da radi drukčije. On se sa kolegom koji je upravo završio specijalizaciju iz opće kirurgije vratio u New Hampshire, u grad Nashua. Oni su se udružili sa pedijatrom, specijalistom obiteljske medicine i obstetričarom. Oni su zajedno ponudili zdravstvene usluge pacijentima uz fiksnu cijenu, bez računa osiguranjima. To je bio radikalni eksperiment. Oni su, prema Bermanovom sjećanju, sebi odredili fiksne plaće od trideset tisuća dolara godišnje, bez razlike među specijalnostima. Oni su također kupili reosiguranje za plaćanje troškova koja prelaze pedeset tisuća dolara u slučaju da se kod pacijenta razvije katastrofalna bolest.

Plan je uspio. Berman koji sada ima šezdeset šest godina, mi je sve ispričao. Nazvali su se Matthew Thornton Plan Zdravlja, po liječniku koji je bio jedan od trojice potpisnika Deklaracije Nezavisnosti iz New Hampshire-a. Ustvari oni su bili mala H.M.O. (Organizacija za održanje zdravlja). Ubrzo im je pristupilo oko pet tisuća pacijenata. Doktori su bili zadovoljni i bilo je vrlo malo sukoba. Na početku, uopće nisu imali sub specijalista, tako da kad su pacijenti išli oftalmologu ili ortopedu, doktori Thorntona su plaćali pojedinačno. S vremenom su tražili specijaliste da im se plaća fiksnom svotom svaki mjesec i prekine svaku administraciju.

Berman nastavlja, 'Neki su prihvatili, a utjecaj na zaštitu je bio izuzetan. Na primjer, urolozi, su iznenada postali zainteresirani da shvatimo koje pacijente oni zbilja trebaju vidjeti, a o koje možemo sami zbrinuti. Oni su dolazili k nama s izlaganjima – što činiti pacijentima s krvi u mokraći, i ocijeniti za koje treba biti zabrinut. Oftalmolozi su dolazili da nam govore što činiti kod iritacije ili suznih očiju. Pošto nisu mogli zaraditi sa nepotrebnim pacijentima, željeli su da mi budemo efikasniji.'

Nakon nekoliko godina Matthew Thornton Plan Zdravlja je počeo biti jeftiniji od drugih osiguranja. Broj osiguranika je naglo rastao. Berman je morao zaposliti više liječnika. Tada su se stvari zakomplicirale. 'Na početku smo se svi trudili,' isticao je. 'Radili smo dobro i mnogo, s mnogo entuzijazma, mladi i gladni. Tada, kako smo rasli i zapošljavali, otkrili smo da su nam novi pristupali iz drugih razloga. Sviđao im se život sa sigurnim primanjima – mogućnost da je rad doktora posao kao svaki drugi a ne trud, danju i noću. Neki su radili honorarno. Zapažali smo da ljudi gledaju na sat sa približavanjem pet po podne. Postale se jasno da postoje teškoće s produktivnošću.' Kad su pokušali dovesti specijaliste u puni rad, ovi su odbili istu plaću kao i drugi. Kako bi dobio jednog ortopeda, Berman, mu je morao platiti, znatno više nego svima drugima. To je bila prva od mnogih prilagodbi koje je morao prihvatiti u plaćanje svojih kolega.

Kroz trideset godina, rekao mi Berman, da je pokušao plaćati liječnike na svaki zamislivi način. Bez obzira dali je plaćao puno ili malo, gledao je kako odlaze u tri po podne. Kada je plaćao po izvršenom, gomilali su se papiri, a doktori su ispisivali račune kako bi više zaradili. Razvio je složene oblike nagrađivanja i dao liječnicima kontrolu budžeta. Omogućio je pacijentima da sami plaćaju svoje liječnike. No, nijedan sistem nije osiguravao i ekonomičnost i ravnotežu između ekonomičnosti i nagrađivanja dobre zaštite.

Sredinom devetsto osamdesetih, šezdeset tisuća pacijenata je pristupilo Matthew Thornton Planu Zdravlja, većinom zbog nižih cijena od drugih. Postali su drugo po veličini osiguranje u New Hampshireu. Sada su se svi liječnici žalili na Bermana, njegova pravila i ugovore. 1986 je Berman napustio Matthew Thornton, koje je preuzeo Plai Križ. On je postao izvršni direktor Tuft Zdravstvenogplana, jednog od najvećih osiguranja u Novoj Engleskoj (sad je imao prihod C.E.O.). Radikalni eksperiment je prekinut.

U Sjedinjenim Državama 2004, potrošeno je oko \$1.8 triliona – 15.4% sveg novca kojeg imamo – za zdravstvenu zaštitu. Država i privatna osiguranja, pokrila su oko osamdeset posto, a ostatak su platili sami pacijenti. Amerikanci se čine relativno zadovoljnim sa samom zdravstvenom zaštitom, ali ne vole cijene – police osiguranja su prošle godine povišene za 9.3 posto. Bolnice su uzele oko trećinu novca; liječnici drugu trećinu; a ostatak je potrošen na ostalo – staračke domove, lijekove sa

recepata, i troškove samog osiguranja.

Kad se oduzmu drugi troškovi, cijena liječnika čini relativno mali postotak medicinskih troškova. Ali mi smo odgovorni za većinu trošenja. Svakog dana za pacijente koje pregledam u ambulanti, propišem oko trideset tisuća dolara medicinske zaštite – specijalističkih pregleda, kirurških operacija, bolničkih boravaka, snimanja i lijekova. U zavisnosti koliko se ove usluge mogu naplatiti, neizbježno utječe koliko ih ja mogu dijeliti. Tu prihod postaje politikom.

Sjećam se, kad sam pred devet godina, dobio račun za operaciju na srcu kojom je spašen život mog sina. Ukupna cijena je bila skoro četvrt miliona dolara. Moj trošak? Pet dolara – osobni dodatak prvog hitnog pregleda liječniku koji je utvrdio da naš blijedi i izmučeni sin boluje na srcu. Tada sam bio stažist, i nisam mogao platiti bilo kakvu veću sumu za liječenje. Da smo moja supruga i ja morali, bankrotirali bi za njega. Ali osiguranje je značilo da je svatko obavezan samo da sagleda svoje potrebe. To je bilo prekrasno. Istovremeno to je i izvor onog što ekonomisti nazivaju 'moralnim rizikom': jer pošto su drugi plaćali račune, ja nisam vodio računa koliko je potrošeno ili zaračunato za spašavanje mog djeteta. Po meni, svaki član tima je zasluživao milion dolara za ono što su učinili. Drugi su pokrivali račun – te je njima prepušteno da provjeravaju cijenu. Otuda protivnički odnos liječnika i osiguranja. Bez obzira dali je osiguranje državno ili privatno, nema razloga za pred postavku, da će bitka – o cijenama, odbijenim računima, prethodnim uvjetima – ikada prestati.

S obzirom na politiku, iznenađuje održavanje tako visokih medicinskih troškova. Liječnici u Sjedinjenim Državama i danas su bolje plaćeni nego liječnici bilo gdje drugdje u svijetu. Naši prihodi su više od sedam puta veći od prosječne plaće u Americi, a taj jaz i dalje raste. (U većini gospodarski razvijenih zemalja, omjer je manji od tri puta.) Ovo je omogućilo američkoj medicini da privuče ogroman broj sposobnih, a liječnike spremnim da rade intenzivnije od gotovo bilo koje druge struke. Istovremeno, politika zdravstvene zaštite je pokazala malo razumijevanja za neosigurane. Jedan od sedam Amerikanca nije osiguran, a jedan od troje mlađih od šezdeset-pet će izgubiti osiguranje u toku iduće dvije godine. To su ljudi koji nisu dovoljno siromašni ili stari da bi imali pravo na državne programe, ali koji ni ne zarađuju dovoljno da bi plaćali osiguranje. Naš bizantinski sistem osiguranja pun je rupa na svakom koraku.

Nekoliko dana nakon što mi je šef kirurgije ponudio posao, došao sam u njegov ured i istakao moju cijenu.

'To je uredu,' rekao je i pružio mi ruku. Danas sam ja onaj kojem je neugodno reći koliko zarađujem. Nastavili smo još malo razgovarati: kako uključiti istraživanja, koliko ću imati noćnih dežurstava, koliko će mi ostati vremena za obitelj. Odgovornosti koje sam preuzeo ispunjale su me i ušitom i strahom.

Pri kraju sastanka, shvatio sam da ima još jedno važno pitanje koje nisam riješio.

'Kakva sa prava zdravstvenog osiguranja?'