

Amerykańskie Towarzystwo Medyczne

Autor: **Łukasz Jasiński**

Niniejszy artykuł jest fragmentem drugiego rozdziału książki Łukasza Jasińskiego pt. „Agonia. Co państwo zrobiło z amerykańską opieką zdrowotną”, wydaną przez Instytut Misesa. Książka dostępna w sklepie Instytutu.

Powstanie Amerykańskiego Towarzystwa Medycznego

Aż do początków XX w. Stany Zjednoczone Ameryki nie miały instytucji rządowych czy instytucji prywatnych ściśle z rządem współpracujących, które silnie wpływały na procesy rynkowe w systemie ochrony zdrowia. W I połowie XIX w. w większości stanów zniesiono przepisy, obowiązujące jeszcze w epoce kolonialnej, dotyczące licencji na wykonywanie zawodu lekarza, lub słabo je egzekwowano. Było to możliwe między innymi dzięki rozwijającym się nurtom medycyny alternatywnej: homeopatii czy eklektyzmowi (medycynie thomsoniańskiej), które konkurowały z medycyną konwencjonalną (inaczej zwaną alopatią czy medycyną ortodoksyjną)¹.

Rozwój różnych nurtów w medycynie nastąpił w okresie tzw. medycyny heroicznej, którą najczęściej praktykowano pod koniec XVIII w. i w I połowie XIX w. oraz, już w mniejszym stopniu, w latach późniejszych. Jej nazwa wywodzi się od stosowanych metod leczenia, które wymagały od pacjentów znoszenia wielkiego wysiłku i bólu, a nieraz doprowadzały do ich śmierci. Jak wskazuje Nathan Belofsky:

W czasach „medycyny heroicznej” (...) lekarze uważali się za bohaterów takich jak strażacy spieszący do płonącego budynku. To, że pod-sycali ogień, zamiast go gasić, nie przeszkadzało im w najmniejszym stopniu. Właściwie tak bardzo zajęci byli przypalaniem, topieniem, wirowaniem i elektryzowaniem swoich pacjentów, że sprawiali wrażenie, jakby w ogóle niczego nie zauważali. (...)

¹ R. Hamowy, *The Early Development of Medical Licensing Laws in the United States, 1875–1900*, „The Journal of Libertarian Studies” 1979, nr 3, s. 73.

Wówczas upuszczanie krwi oraz oczyszczanie ciała z tajemniczych „humorów” osiągnęło swój szczyt. W obliczu nowych metod, które należało wypróbować, oraz nowych technologii, którymi się zabawia- no, przypominało to zajadłe zwalczanie różnych chorób i schorzeń wraz z... samymi pacjentami. (...)

W epoce heroicznej myśl oraz praktyka medyczna osiągnęły praw-dopodobnie najniższy poziom rozwoju od czasu Hipokratesa, żyjącego dwa tysiące lat wcześniej.²

Tymczasem niekonwencjonalne i stale rozwijające się nurty medycyny alternatywnej stosowały odmienne, i często mniej tragiczne w skutkach, metody leczenia. Eklektyzm zalecał stosowanie środków roślinnych, łaźni parowych i odpoczynku, jednocześnie krytykując metody medycyny hero-icznej. Podobnie było w przypadku homeopatii, która w procesie leczenia wykorzystywała rozcieńczone dawki leków, kładła nacisk na naturalne zdolności lecznicze samego organizmu, zalecała odpoczynek na świeżym powietrzu czy odpowiednią dietę. Bez wątpienia była to duża zmiana, w stosunku do wcześniej stosowanych metod³. Alternatywne metody leczenia skutecznie konkurowały z medycyną konwencjonalną i zyskiwały coraz większą popularność. Homeopatia była popularna w dużych ośrodkach miejskich na wschodzie, a eklektyzm na Środkowym Zachodzie i Południu kraju. Szacuje się, że w 1870 r. około 8,6% wszystkich praktykujących lekarzy stanowili homeopaci, a 4,3% lekarze opierający się na eklektyzmie. Według Amerykańskiego Towarzystwa Medycznego w 1880 r. 14 ze 100 szkół medycznych nauczało homeopatii (12% wszystkich absolwentów), a 9 eklektyzmu (6% wszystkich absolwentów)⁴. Ponadto w II poł. XIX w. w USA zaczęły powstawać i rozwijać się kolejne nurty medycyny alternatywnej, takie jak osteopatia czy chiropraktyka. Zniesienie wymogu posiadania licencji niewątpliwie wpłynęło na rozwój medycyny. Nawet jeśli nie wszystkie nowe szkoły były wystarczająco efektywne i z perspektywy dzisiejszych czasów zaawansowane, to wówczas były one symbolem postępu, zwłaszcza w porównaniu do metod i skutków leczenia wykorzystywanych przez me-dycynę heroiczną. Podkreślmy, że system rynkowy (kapitalizm) nie ponosił

² N. Belofsky, *Jak dawniej leczono, czyli plomby z mchu i inne historie*, tłum. G. Siwek, Wydawnictwo RM, Warszawa 2014, s. 110–111.

³ Więcej na ten temat zob. J.C. Whorton, *Nature Cures: The History of Alternati-ve Medicine in America*, Oxford University Press, Nowy Jork 2004.

⁴ R. Hamowy, *The Early Development of Medical Licensing Laws in the United States, 1875–1900*, „The Journal of Libertarian Studies” 1979, nr 3, s. 74.

odpowiedzialności za stan medycyny w I poł. XIX w. i wcześniej. Wręcz przeciwnie, dzięki niemu wielkie odkrycia w medycynie zastosowano na szerszą czy masową skalę. Sam brak federalnych czy stanowych licencji nie oznacza, że każdy może praktykować medycynę, ale jedynie, że każdy może podjąć taką próbę, konkurując o pacjentów z innymi lekarzami (szkołami).

Właśnie z taką konkurencją musieli się mierzyć przedstawiciele medycyny konwencjonalnej (alopaci) w XIX w. w USA. Rozwój alternatywnych metod leczenia, powstawanie nowych szkół praktykowania medycyny czy różnorodne formy finansowania dostępu do usług medycznych utrzymywały ceny na niskim poziomie oraz wpływały na dochody lekarzy. Istniało wówczas wiele, często małych, szkół medycznych, które kształciły przyszłych lekarzy. Ich poziom bywał różny, od prestiżowych uniwersytetów medycznych stawiających wysokie wymagania w rekrutacji do niewiele wymagających szkół medycznych, które nie funkcjonowały jako uniwersytety. Chociaż poziom kształconych lekarzy był bardzo zróżnicowany, to konkurencja sprawiła, że na rynku pozostawali co najmniej solidni fachowcy, podczas gdy ci o niskiej renomie z niego wypadali⁵.

Aby skuteczniej przeciwdziałać konkurencji i w efekcie spadającym dochodom przedstawicieli medycyny konwencjonalnej, postanowiono zreorganizować instytucje zrzeszające lekarzy alopatów i w 1847 r. utworzono Amerykańskie Towarzystwo Medyczne (American Medical Association – AMA). AMA postawiło przed sobą trzy główne cele: 1) utworzenie stanowych licencji ograniczających możliwość wykonywania zawodu, co miało poprawić sytuację lekarzy na rynku; 2) eliminację prywatnych i nastawionych na zysk szkół medycznych i zastąpienie ich mniej licznymi, ale bardziej prestiżowymi jednostkami nienastawionymi na zysk, które edukowałyby mniejszą liczbę studentów w dłuższym czasie; 3) wyeliminowanie alternatywnych nurtów praktykowania medycyny, co miało zmniejszyć konkurencję w przyszłości⁶. Aby osiągnąć te cele, AMA musiała współdziałać z władzami poszczególnych stanów, a później z rządem federalnym.

Innym, bardziej ukrytym, celem było również podniesienie prestiżu i zaufania do alopatów wśród społeczeństwa. Część alopatów nie robiła dobrej reklamy swojej branży poprzez stosowanie takich metod leczenia jak:

⁵ D. McGuff, R.P. Murphy, *The Primal Prescription*, Primal Blueprint Publishing, USA 2015, s. 14–15.

⁶ R. Hamowy, *The Early Development of Medical Licensing Laws in the United States, 1875–1900*, „The Journal of Libertarian Studies” 1979, nr 3, s. 75.

opuszczanie krwi z żył za pomocą skalpela, wykorzystywanie pijawek czy stosowanie soli metali ciężkich jak arszenik czy kalomel. Zdaniem AMA problem stanowiła obecność lekarzy o niskich kwalifikacjach czy oszustów, którym należało zakazać leczenia ludzi. Jedną samą alopatią również nie była wolna od wielu błędów czy wypaczeń.

Od momentu powstania AMA usilnie starała się, aby na poziomie stanowym wprowadzić licencje uprawniające do wykonywania zawodu. Z jednej strony ograniczenie liczby praktykujących lekarzy miało podwyższyć jakość oferowanych usług, a z drugiej zwiększyć dochody już praktykujących lekarzy. Pierwszym krokiem w tym celu było powołanie stanowych komisji egzaminacyjnych (licencyjnych), które odpowiadały za dopuszczanie do wykonywania zawodu lekarza. Do 1901 r. wszystkie stany, oprócz Alaski i Oklahomy, miały już swoje własne komisje. Spośród 51 jurysdykcji w 30 wymagane było ukończenie studiów medycznych i zdanie obowiązkowego egzaminu, w kolejnych 11 tylko zdanie egzaminu, w 7 następnych zdanie egzaminu lub przedstawienie dyplomu ukończenia studiów, a w dwóch ostatnich przedstawienie dyplomu było warunkiem wstępnym do odbycia praktyk uprawniających do wykonywania zawodu lekarza. Prawo regulujące praktykę medyczną nie obowiązywało tylko w Alasce. Jednak pomimo rozszerzających się przepisów liczba praktykujących lekarzy wciąż rosła – z 82 000 w 1880 r. do 120 000 w 1900 r. Odnotowywano również roczny wzrost liczby absolwentów – z 4250 w 1880 r. do 5200 w 1890 r. Pozwoliło to na utrzymanie się większej liczby praktykujących lekarzy. W 1880 r. na 100 000 ludności przypadało 163 lekarzy, a w 1900 r. 157, i to pomimo stale rosnącej liczby ludności. Ponad 150 istniejących wówczas szkół medycznych było na tyle efektywnych, by przygotować swoich studentów do zdania egzaminów. Dlatego, w celu dalszego zaostrzenia restrykcji, AMA poszła o krok dalej i do wymogu posiadania dyplomu dodała kolejne regulacje. Stanowe komisje otrzymały prawo do wykluczania absolwentów ze szkół, które ich zdaniem nie spełniały wymogów. Na przełomie XIX i XX w. kilkanaście stanów przyjęło przepisy, które upoważniały stanowe komisje egzaminacyjne do egzaminowania jedynie absolwentów szkół (uczelni) medycznych spełniających odpowiednie, zdaniem tych komisji, standardy^{7, 8}.

⁷ Warto się zastanowić, czy wcześniej AMA nie popełniła błędu, ustanawiając zbyt niskie wymagania, a jednocześnie głosząc chęć poprawy jakości procesu edukacji i leczenia.

⁸ R. Hamowy, *The Early Development of Medical Licensing Laws in the United States, 1875–1900*, „The Journal of Libertarian Studies” 1979, nr 3, s. 102–104.

Bardziej radykalne działania podjęto w 1904 r., kiedy powołana została Council on Medical Education (pol. Rada ds. Kształcenia Medycznego i Szpitali). Jeszcze w tym samym roku Rada przeprowadziła inspekcję w uczelniach/szkołach medycznych i uznała, że wiele z nich nie spełnia wymaganych standardów. Doprowadziło to do zamknięcia 35 uczelni/ szkół w ciągu sześciu lat⁹.

Raport Flexnera

Jednak wyniki tego badania nie zostały oficjalnie opublikowane, co utrudniało podejmowanie dalszych działań. Dlatego w 1910 r. zdecydowano się na powtórzenie badania. Zadanie to powierzone zostało Abrahamowi Flexnerowi przy wydatnym wsparciu Nathana P. Colwella, sekretarza Rady, który miał swój wkład w poprzednim badaniu, oraz Fundacji Carnegiego. Tak powstał tzw. raport Flexnera, który de facto w znacznej części był powtórzeniem czy wręcz rozszerzeniem zaleceń inspekcji sprzed 6 lat. Raport był równie krytyczny w ocenie funkcjonujących szkół (uczelni) jak i poprzednie badania. Wynikało to stąd, że punktem odniesienia były standardy obowiązujące w szkole medycznej na prestiżowym Uniwersytecie Johnsa Hopkinsa. Zatem nawet jeśli jakaś jednostka przyzwoicie przygotowywała swoich studentów do egzaminu i wykonywania zawodu lekarza (co miało miejsce w latach wcześniejszych), ale znacząco odbiegała od najwyższych standardów, to według twórców raportu powinna zreorganizować swoją strukturę albo w przeciwnym razie zostanie zamknięta. Ostatecznie przyjęcie zaleceń raportu przez poszczególne stany doprowadziło do zamknięcia wielu uczelni/szkół i w efekcie do spadku ich liczby w całym kraju. Dane Bureau of the Census (pol. Biura Spisowego¹⁰) pokazują, że jeszcze w 1900 r. w USA działało 160 uczelni/szkół medycznych, ale w 1940 r. ich liczba spadła do 77, czyli o ponad połowę, a liczba lekarzy obniżyła się ze 146 na 100 000 ludności w 1910 r. do 125 w 1930 r.¹¹ Ponadto w pozostałych szkołach liczba studentów zmniejszyła się o około 50%¹².

Przyjęcie zaleceń raportu Flexnera miało znaczący wpływ na proces kształcenia lekarzy w całym kraju. Niewątpliwie wprowadzone zmiany przyczyniły się do wzrostu pozycji społecznej lekarzy, którzy od tej pory byli odpowiednio

⁹ D. Steinreich, *100 Years of Medical Robbery*, 10.06.2004, <https://mises.org/library/100-years-medical-robbery> (dostęp: 30.07.2019).

¹⁰ Instytucja ta publikuje dane dotyczące ludności oraz gospodarki.

¹¹ J.C. Goodman, G.L. Musgrave, *Patient power. Solving America's health care crisis*, Cato Institute, Waszyngton 1992, s. 143–145.

¹² D. Steinreich, *100 Years of Medical Robbery*, 10.06.2004, <https://mises.org/library/100-years-medical-robbery> (dostęp: 30.07.2019).

wyedukowanymi i coraz lepiej opłacanymi praktykami i nie musieli już tak bardzo obawiać się konkurencji.

Raport Flexnera, drastycznie ograniczając liczbę szkół medycznych, spowodował również, że uczelnie, które pozostały, podniosły swoje opłaty (czesne), aby trzymać wykwalifikowaną i pełnoetatową kadrę. Jednym ze skutków tych decyzji było rekrutowanie kandydatów (przede wszystkim mężczyzn) z zamożnych rodzin, które mogły opłacić im kosztowne studia. Paradoksalnie osłabiło to pozycję uczelni medycznych, które nie mogły już konkurować kosztami i miały określone limity przyjmowanych studentów¹³. Sytuacja zmieniła się w latach 50. XX w., kiedy Kongres zaczął przeznaczać znaczne środki finansowe na National Institutes of Health (NIH, pol. Narodowe Instytuty Zdrowia) w celu wspierania postępu w medycynie. Odtąd uczelnie medyczne skoncentrowały się na pozyskiwaniu środków z grantów NIH i jednocześnie wymagały tego od swoich wydziałów i pracowników. Wykwalifikowani pracownicy, którzy byli w stanie pozyskiwać takie środki, byli zwalniani z prowadzenia zajęć ze studentami, aby skoncentrować się na zdobyciu kolejnego grantu badawczego. W ten sposób zajęcia ze studentami prowadzili mniej doświadczeni i wykwalifikowani pracownicy¹⁴. O ile dana jednostka mogła zyskać rozgłos i większy prestiż dzięki nowym grantom, np. na badania dotyczące leczenia rzadkich chorób, na takiej strategii tracili przyszli lekarze zajmujący się leczeniem zwykłych chorób.

Innym skutkiem wprowadzonych zmian było to, że kandydaci z innych grup społecznych czy etnicznych mieli odtąd duże problemy z dostaniem się na studia. Dotyczyło to w szczególności kobiet, Afroamerykanów¹⁵, Żydów, homeopatów czy osteopatów¹⁶. Co ciekawe, niektóre badania pokazują, że problem ten nadal istnieje, choć tym razem bardziej poszkodowane mogą być inne grupy. Badanie przeprowadzone przez The Center for Equal Opportunity (CEO, pol. Centrum Równych Szans) w 6 szkołach medycznych pokazało, że biali

¹³ Innymi źródłami finansowania szkół (uczelni) medycznych były środki pochodzące od fundacji, prywatnych darczyńców oraz, od połowy lat 60., środki z rządowego programu Medicare.

¹⁴ Packer, *Med Schools' Business Model Is Officially Dead*, 28.11.2018, <https://www.medpagetoday.com/blogs/revolutionand revelation/76553> (dostęp: 30.07.2019).

¹⁵ Zamknięto większość szkół medycznych, w których się kształcili, a co więcej, sam Flexner nie miał o nich zbyt wysokiego mniemania, co dał do zrozumienia w niektórych swoich wypowiedziach.

¹⁶ M.N. Rothbard, *Ekonomiczny punkt widzenia*, tłum. J. Lewiński i M. Zieliński, Instytut Ludwiga von Misesa, Wrocław 2015, s. 68; D. McGuff, R.P. Murphy, *The Primal Prescription*, Primal Blueprint Publishing, USA 2015, s. 16.

i Amerykanie azjatyckiego pochodzenia nie dostali się na studia mimo wyższych ocen oraz wyników uzyskanych w testach MCAT¹⁷. Ich miejsce, pomimo gorszych wyników, zajęło ponad 3500 Afroamerykanów i Latynosów. Co ciekawe, uczniowie z tych grup mieli później problemy ze zdawaniem egzaminów licencyjnych¹⁸.

Liczba kandydatów na studia medyczne zawsze przewyższała liczbę dostępnych, ale wcześniej sztucznie ograniczonych miejsc. Było to szczególnie widoczne w II poł. lat 70. XX w., gdzie stosunek liczby starających się na studia do liczby osób przyjętych wynosił od 2,1 do 2,8. Przykładowo w roku akademickim 1975–1976 o miejsce na uczelni wyższej starały się 42 282 osoby, podczas gdy przyjęto 15 360 nowych studentów. Z kolei w roku 2014–2015 liczby te wynosiły odpowiednio 49 480 i 21 355 osób. Pozostałe dane na ten temat przedstawiono na rysunku 15.

Ponadto jak wskazuje Mike Holly:

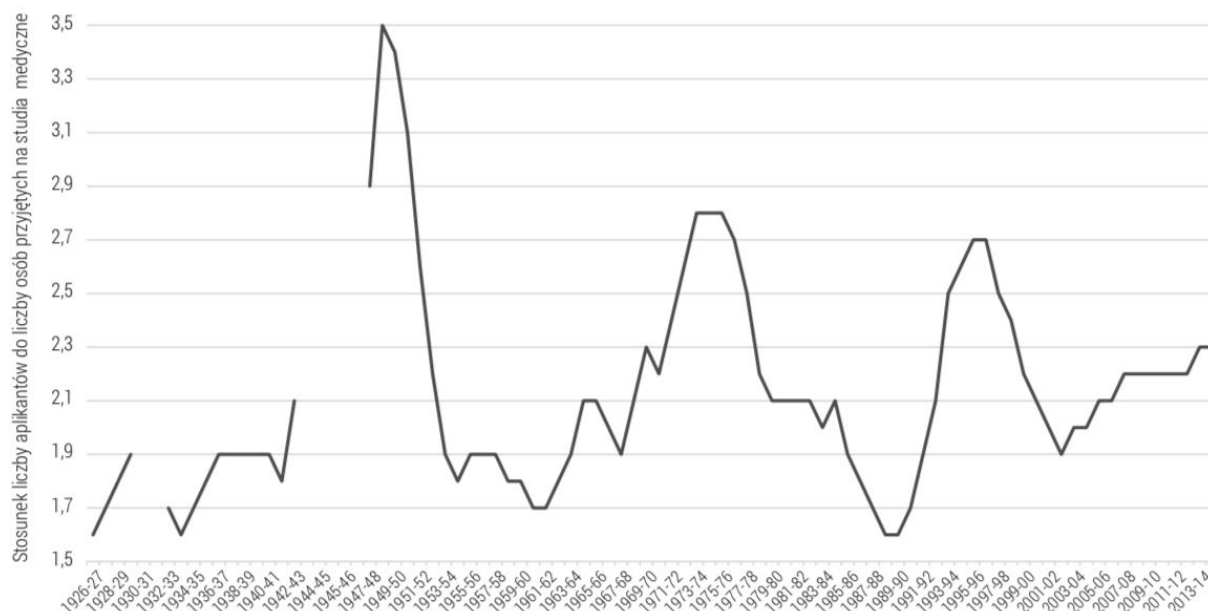
Szkoły medyczne od wielu lat odrzucają kandydatów, którzy mogliby polepszyć jakość usług świadczonych przez lekarzy. Przeciętny odrzucony kandydat z 1975 r. miał wyższy wynik testu MCAT niż przeciętny przyjęty kandydat z 1955 r. (test ten nie ulegał w tym okresie zmianom i został zmieniony dopiero w drugiej połowie lat 70. XX w.). Na początku lat 80. w informatorze Association of American Medical Colleges stwierdzono, że „liczba wykwalifikowanych kandydatów z samych Stanów Zjednoczonych jest ponad dwa razy wyższa niż liczba dostępnych miejsc”. Konkurencja do dziś jest tak duża, że tylko najlepsi studenci decydują się, by spróbować zawalczyć o ograniczone miejsca, a większość z nich jest odrzucana w procesie selekcji, z którym związane jest znaczne kumoterstwo. Równocześnie USA przyznaj licencje lekarzom, którzy uczyli się zagranicą, często na uczelniach o dużo niższej jakości kształcenia, a którzy stanowią 25% praktykujących w kraju lekarzy¹⁹.

¹⁷ Medical College Admission Test–egzamin wstępny, któremu jest poddawana osoba ubiegająca się o miejsce na studiach medycznych.

¹⁸ L. Chavez, *Affirmative action doctors can kill you*, 21.06.2001, <http://www.jewishworldreview.com/cols/chavez062101.asp> (dostęp: 31.07.2019).

¹⁹ M. Holly, *How Government Regulations Made Healthcare So Expensive*, 09.05.2017, tłum. S. Wójtowicz, <https://mises.org/wire/how-government-regulationsmade-healthcare-so-expensive> (dostęp: 31.07.2019).

Rysunek 15. Stosunek liczby osób ubiegających się o przyjęcie do liczby ostatecznie przyjętych na studia medyczne



Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Association of American Medical Colleges, *U.S. Medical School Applicants, Enrollment, and Graduates, 1924–25 to 2014–15*, brak daty, <https://www.aamcdiversityfactsandfigures2016.org/report-section/applicants-enrollment/#> (dostęp: 31.07.2019).

Uwagi: Brak danych dla lat akademickich: 1924–25, 1925–26, 1930–31, 1931–32, 1943–44, 1944–45, 1945–46, 1946–47.

Ze względu na te trudności część kandydatów, w przypadku braku możliwości studiowania w USA, decyduje się na studia za granicą, np. w szkołach medycznych na Karaibach. Pomimo gorszej jakości kształcenia szkoły te są w stanie przygotować swoich studentów do zdania egzaminu w USA. Przykładowo w 1972 r. 46% nowo licencjonowanych lekarzy było absolwentami zagranicznych szkół medycznych. Te trendy doprowadziły do sytuacji, w której na przełomie lat 80. i 90. XX w. w USA ponad 130 000 praktykujących lekarzy, czyli około 20% wszystkich lekarzy, kształciło się w szkołach medycznych za granicą. Jest w tym pewna ironia, jeśli weźmie się pod uwagę nacisk AMA na jakość kształcenia²⁰.

Zapraszamy do zakupu książki w sklepie Instytutu Misesa!

²⁰ J.C. Goodman, G.L. Musgrave, *Patient power. Solving America's health care crisis*, Cato Institute, Waszyngton 1992, s. 161.