

WSPÓŁCZESNA POLITYKA ZDROWOTNA

WYBRANE ZAGADNIENIA

2. WYDANIE

Włodzimierz Cezary Włodarczyk

SERIA AKADEMICKA



LEX

a Wolters Kluwer business

WSPÓŁCZESNA POLITYKA ZDROWOTNA

WYBRANE ZAGADNIENIA

2. WYDANIE

Włodzimierz Cezary Włodarczyk

Zamów książkę w księgarni internetowej

proinfo.pl
księgarnia internetowa



LEX

a Wolters Kluwer business

Warszawa 2014

Stan prawny na 1 września 2014 r.

Recenzenci

Dr hab. med. Tomasz Zdrojewski, prof. nadzw. GUMed

Dr hab. Jacek Klich, prof. UEK

Wydawca

Izabella Małecka

Redaktor prowadzący

Małgorzata Jarecka

Opracowanie redakcyjne

JustLuk

Łamanie

JustLuk Łukasz Drzewiecki, Krzysztof Drzewiecki

Ta książka jest wspólnym dziełem twórcy i wydawcy. Prosimy, byś przestrzegał przysługujących im praw. Książkę możesz udostępnić osobom bliskim lub osobiście znanym, ale nie publikuj jej w internecie. Jeśli cytujesz fragmenty, nie zmieniaj ich treści i koniecznie zaznacz, czyje to dzieło. A jeśli musisz skopiować część, rób to jedynie na użytek osobisty.

prawolubni

SZANUJMY PRAWO I WŁASNOŚĆ
Więcej na www.legalnakultura.pl
POLSKA IZBA KSIĄŻKI

© Copyright by

Wolters Kluwer SA, 2014

ISBN: 978-83-264-3430-3

2. wydanie

Pierwsze wydanie książki ukazało się pod tytułem „Wprowadzenie do polityki zdrowotnej”

Wydane przez:

Wolters Kluwer SA

Dział Praw Autorskich

01-208 Warszawa, ul. Przyokopowa 33

tel. 22 535 82 00, fax 22 535 81 35

e-mail: ksiazki@wolterskluwer.pl

www.wolterskluwer.pl

księgarnia internetowa www.profinfo.pl

Ewie, Renatce i Jaškom

SPIS TREŚCI

Wykaz skrótów	11
Wstęp	13
Rozdział pierwszy	
Koncepcja polityki zdrowotnej	19
1. Ustalenia wstępne	19
2. Specyfika sektora zdrowotnego	24
3. Definicja minimum	27
4. Aspekty i kontekst polityki zdrowotnej	32
5. Wartości	34
6. Zaniechania	39
7. Problemy i zakres polityki zdrowotnej	43
8. Misja polityki zdrowotnej	51
9. Samodzielność i podporządkowanie polityki zdrowotnej	57
10. Substraty polityki zdrowotnej	60
11. Podsumowanie	62
Rozdział drugi	
Modele polityki zdrowotnej	64
1. Uwagi wstępne	64
2. Model racjonalny	65
2.1. Uwagi ogólne	65
2.2. Nieobecność konfliktów	66
2.3. Bezinteresowność wykonawców	67
3. Racjonalność w polityce zdrowotnej	68
4. Podejście inkrementalne	71
4.1. Uwagi ogólne	71
4.2. Kryteria w modelu inkrementalnym	73
4.3. Powtarzalność i wyjątkowość sytuacji	74
4.4. Częstkowe rozwiązania	76
4.5. Odrzucenie modelu docelowego	79
5. Modele polityki zdrowotnej a reformowanie systemów	80
6. Modele polityki zdrowotnej: próby kompromisu	87

7. Fazy procesu	89
8. Fazy w polityce zdrowotnej	94
9. Realistyczne podejście do faz	95
10. Dyskurs jako kategoria polityki zdrowotnej	101
11. Podsumowanie	107

Rozdział trzeci

Dobre rządzenie i korupcja	108
1. Uwagi wstępne	108
2. Rządzenie	108
3. Konteksty instytucjonalne	112
3.1. Uwagi ogólne	112
3.2. Organizacja Narodów Zjednoczonych i jej instytucje	113
3.3. Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju	114
3.4. Unia Europejska	116
3.5. Bank Światowy	118
3.6. Agencja Stanów Zjednoczonych ds. Rozwoju Międzynarodowego	119
4. Interpretacje	119
5. <i>Governance</i> : kontekst zdrowia i stanowisko WHO	121
6. Koncepcja <i>stewardship</i>	123
7. Kwestie koncepcyjne	127
8. <i>Governance for health, health governance</i>	133
9. Dobre rządzenie a korupcja w sektorze zdrowotnym	138
10. Korupcja na rynku farmaceutycznym	144
11. Podsumowanie	148

Rozdział czwarty

Aktorzy i dynamika procesu	150
1. Uwagi wstępne	150
2. Aktorzy	150
3. Państwo jako aktor	153
4. Problem profesjonalizmu	156
5. Lepsza administracja	160
6. Model Kingdona	162
7. Żelazne trójkąty (<i>iron triangle</i>)	168
8. Zdolność odpowiadania na oczekiwania (<i>responsiveness</i>)	170
9. Uczestnictwo	172
9.1. Uwagi ogólne	172
9.2. Wyrażanie opinii	174
9.3. Reprezentowanie	175
9.4. Udział w decyzjach	175
9.5. Przestrzeganie praw pacjenta	176
10. Formuły partycypacji	179
10.1. Uwagi ogólne	179
10.2. Społeczności polityczne (<i>policy community</i>)	179

10.3. Sieci problemowe (<i>issue network</i>)	180
10.4. Sieci polityczne (<i>policy network</i>)	181
10.5. Koalicja (<i>advocacy coalition framework</i> – ACF)	182
11. Nowy instytucjonalizm	184
12. Podsumowanie	188

Rozdział piąty

Kontrola kosztów, priorytety, racjonowanie	191
1. Uwagi wstępne	191
2. Krótka historia	191
3. Ograniczone zasoby	193
4. Racjonowanie	194
5. Priorytety	200
6. Racjonowanie ze względu na wiek	204
7. Opinia publiczna	207
7.1. Uwagi ogólne	207
7.2. Badania europejskie	207
7.3. Badania brytyjskie	209
7.4. Badania niemieckie	209
7.5. Szwecja 1	210
7.6. Szwecja 2	210
7.7. Hiszpania	211
7.8. Portugalia	212
7.9. Komentarz	212
8. Doświadczenia z budowaniem priorytetów i racjonowaniem	213
8.1. Uwagi ogólne	213
8.2. Holandia – technologia racjonowania	213
8.3. Oregon – lista priorytetów	215
8.4. Izrael – trudności z rozszerzaniem koszyka	217
8.5. Przykład brytyjski – czas oczekiwania	218
9. Podsumowanie	219

Rozdział szósty

Nauka jako wsparcie polityki zdrowotnej	221
1. Uwagi wstępne	221
2. Dowody w polityce zdrowotnej	221
3. Instytucje badawcze	233
4. Fazy procesu a wykorzystanie danych	242
5. Modele współpracy	244
6. Realia	247
7. Modele wykorzystywania wiedzy	249
7.1. Uwagi ogólne	249
7.2. Model pełnego uzasadnienia	250
7.3. Model rozwiązywania problemów	250
7.4. Model interaktywny	251

7.5. Model polityczny	252
7.6. Model taktyczny	252
7.7. Model naukowego oświecenia	253
8. Dane w politykach zdrowotnych	254
9. Podsumowanie	258
Rozdział siódmy	
Zaplecze koncepcyjne	260
1. Uwagi wstępne	260
2. Koncepcja Alforda: wewnętrzna dynamika systemu	260
3. Michael Reich: modele polityki zdrowotnej	264
4. Prawo Harta: prawo odwrotnej adekwatności opieki (<i>Law of Inverse Care</i>)	265
5. Prawo Roemera: łóżka szpitalne jako stymulator korzystania i popyt stymulowany przez świadczeniodawców	269
6. Lokalne różnice praktyki	273
7. RAND: Eksperyment Ubezpieczeń Zdrowotnych (<i>Health Insurance Experiment</i>)	276
8. Eksperyment oregoński	286
9. Efektywność prywatnych szpitali	287
10. Sytuacja społeczna i ekonomiczna a zdrowie	292
10.1. Uwagi ogólne	292
10.2. Zamożność	293
10.3. Wykształcenie	295
10.4. Środowisko pracy	298
11. Bogactwo i zdrowie	303
12. Uwarunkowania sukcesu procesu reformatorskiego	305
12.1. Uwagi ogólne	305
12.2. Badanie OECD	305
12.3. Badanie amerykańskie: niepowodzenie reform	308
12.4. Badania amerykańskie: proces legislacyjny	310
13. Podsumowanie	311
Zakończenie	313
Piśmiennictwo	317

WYKAZ SKRÓTÓW

BMJ	– British Medical Journal
CRS	– Congressional Research Service
DRG	– Diagnosis Related Group
EBM	– Evidence Based Medicine
EFS	– Europejski Fundusz Społeczny
GGM	– Good Governance for Medicines Programme
GMC	– General Medical Council
HMO	– Health Maintenance Organization
MPNHD	– Managerial Process for National Health Development
NGO	– non-governmental organization
NHS	– The National Health Service
NICE	– The National Institute for Health and Clinical Excellence
NPM	– new public management
NSRO	– narodowe strategiczne ramy odniesienia
OECD	– Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju
POZ	– podstawowa opieka zdrowotna
TVA	– Tennessee Valley Authority
UNDP	– United Nations Development Programme
USAID	– United States Agency for International Development
WHO	– World Health Organization
WMA	– World Medical Association

WSTĘP

Polityka zdrowotna, nim osiągnęła dzisiejszą postać, rozwijała się w bardzo nierównym tempie. Nawet wtedy, gdy po drugiej wojnie światowej w wielu krajach zaczęło się budowanie powszechnie dostępnej służby zdrowia, rozwój koncepcji przydatnych w ich efektywnym funkcjonowaniu był bardzo powolny. Praktycznie wszędzie zadowalano się próbami dochodzenia do przyjętych „wzorcowych modeli” – ubezpieczeniowego w Niemczech, Narodowej Służby Zdrowia w Wielkiej Brytanii czy quasi-rynkowego w USA. Jeśli dostrzegano coś niekorzystnego, to powstawanie braków przypisywano albo niedostatkowi zasobów – niewystarczającemu finansowaniu, zbyt małej liczbie szpitali i personelu – albo nie dość starannemu realizowaniu modelowych założeń. Powszechne było przekonanie, że wystarczy zwiększyć nakłady, by było lepiej.

Załamanie optymizmu przyszło w latach 70. Przyczyn było wiele. Najpierw pojawiły się wątpliwości dotyczące wpływu działań medycznych na poprawę stanu zdrowia. Analizując zdarzenia historyczne, sformułowano tezę, że występujące w XIX wieku znaczne zmniejszenie śmiertelności nie może być przypisywane zasługom medycyny, a czynnikami sprawczymi były poprawa standardu życia, w tym odżywiania, oraz znacznie lepsze warunki sanitarne¹. Skuteczność podejmowanych działań medycznych także zaczęła budzić wątpliwości. Prowadzone przez kompetentnych badaczy analizy wykazywały, że liczba lekarzy w danym kraju nie ma bezpośredniego związku ze stanem zdrowia mieszkańców, a więc nie jest tak, że im więcej lekarzy, tym zdrowsze społeczeństwo, przynajmniej w krajach rozwiniętych, co wzbudzało wątpliwości, czy kierunki ówczesnej polityki zdrowotnej były słuszne². W jednym z ważnych opublikowanych wówczas tekstów stwierdzono wprost, że według najlepszych szacunków opieka medyczna wpływa na około 10% wartości wskaźników stosowanych zwykle do pomiaru stanu zdrowia³. Przedstawione tam pojęcie wielkiego równania, zgodnie z którym nakłady na medycynę naprawczą są tożsame z nakładami na poprawę stanu zdrowia, zostało ocenione jako całkowicie pozbawione empirycznych podstaw. Tezy te, zyskując popularność w społecznej świadomości, stały się podstawą przypuszczeń o nieopłacalności inwestowania w służbę zdrowia z punktu widzenia korzyści zdrowotnych. W połowie lat 70. ukazała

¹ T. McKeown, R.G. Record, *Reasons for the decline of mortality in England and Wales during the nineteenth century*, *Population Studies: A Journal of Demography* 1962, vol. 16, nr 2, s. 94–122.

² A.L. Cochrane, A.S.S. Leger, F. Moore, *Health service 'input' and mortality 'output' in developer countries*, *Journal of Epidemiology and Community Health* 1978, vol. 32, s. 200–205, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1060946/pdf/jepicoh200003-1055.pdf> [dostęp: 27.06.2014].

³ A. Wildavsky, *Doing Better and Feeling Worse: The Political Pathology of Health Policy*, *Daedalus*, vol. 106, Winter 1977, s. 105–123.

się jedna z najbardziej krytycznych wobec ochrony zdrowia książek o tej tematyce, *Medyczna Nemezis* Ivana Illicha, w której postawiono tezę, że systemy medyczne mają negatywny wpływ na zdrowie ludzi⁴. Autor twierdził, że współczesna medycyna zdejmując z ludzi odpowiedzialność za zdrowie i skłania ich do uzależniania się od zewnętrznych autorytetów – przedstawicieli medycyny, którzy podporządkowują sobie coraz więcej obszarów życia. Znaczenie pojęcia jatrogenyzy, pierwotnie odnoszącego się do błędów medycznych, zostało rozszerzone, by opisać skutki działań medycznych w skali społecznej, i weszło do słownika polityki zdrowotnej. Wydaje się jednak, że to nie kwestie pojawiające się w świecie idei przesądziły o powstaniu nowych wyzwań, wobec których stanęła polityka zdrowotna. Wydarzeniem przełomowym było załamanie ekonomiczne krajów rozwiniętych, wywołane kryzysem naftowym z 1973 r.⁵ Embargo na sprzedaż ropy i znaczne podwyżki cen doprowadziły do poważnego kryzysu gospodarczego, a w konsekwencji do ograniczania wydatków na zdrowie. Skończył się okres trwającej od drugiej wojny światowej prosperity, kiedy zasilano wszystkie sektory społeczne stale wzrastającym strumieniem środków finansowych. Nie ma wątpliwości, że brak pieniędzy, bardziej niż jakikolwiek inny samodzielnie działający czynnik, doprowadził do ujawnienia przed opinią publiczną problemu konieczności ograniczania wydatków na zdrowie (*cost containment*)⁶. O ile wcześniej politycy nie wahali się zwiększać tych wydatków, jeżeli pieniądze były dostępne, o tyle teraz imperatywem stało się oszczędzanie. W konsekwencji zaczęło się wykształcać nowe teoretyczne podejście fundamentalne do nowej polityki zdrowotnej: pytanie o proporcje między wielkością korzyści zdrowotnych i wielkością zasobów zużytych do ich osiągnięcia⁷. Następnym zwrócenia uwagi na efektywność były rozwiązania wprowadzane na wielkiej fali przedsięwzięć reformatorskich rozpoczętych pod koniec lat 80. Ich bardzo znaczącą część stanowiły różne rozwiązania rynkowe⁸. Przyczyniło się to do utraty przez systemy zdrowotne otaczającego je przez długi czas nimbu służby oddanej bezinteresownie dobru ludzi. Ułatwiło to rozwijanie się z czasem koncepcji demokratyzowania decyzji podejmowanych w polityce zdrowotnej – rynek jest wszak otwarty dla wszystkich mających pieniądze – ale jednocześnie ułatwiło ugruntowanie się przekonania, że opieka zdrowotna to usługi podobne do innych. Dla wszystkich wierzących, że świadczenie zdrowotne jest udzielane człowiekowi jako ludzkiej osobie, w perspektywie humanistycznej, co nie pozwala ograniczać działań do sfery wyłącznie technicznej, nie była to sytuacja komfortowa.

Czynnikiem, który – jak sądzę – w decydującej mierze przyczynił się do przywrócenia prestiżu systemów zdrowotnych i doceniania wartości otrzymywanych usług, były rzeczywiste osiągnięcia medyczne. Do ich docenienia przyczyniło się zapewne rozróżnienie, obecne w literaturze już od wielu lat, indywidualnych i zbiorowych korzyści, jakie mogą być osiągnięte dzięki interwencjom medycznym. Procedura mająca niewielkie odzwierciedlenie w statystykach krajowych może mieć bezcenne znaczenie dla pojedyn-

⁴ I. Illich, *Limits to Medicine: Medical Nemesis, The Expropriation of Health*, Harmondsworth 1976.

⁵ L. Ilie, *Economic considerations regarding the first oil shock, 1973–1974*, University of Sibiu, May 2006, http://mpr.ub.uni-muenchen.de/6431/1/MPRA_paper_6431.pdf [dostęp: 27.06.2014].

⁶ I. Fraser, *Health Policy and Access to Care (w:) Health Politics and Policy*, red. T.J. Litman, L.S. Robins, New York 1991, s. 302–319.

⁷ W. de Gooijer, *Trends in EU Health Care Systems*, New York 2007.

⁸ *Critical challenges for health care reform in Europe*, red. R.B. Saltman, J. Figueras, C. Sakellarides, Buckingham–Philadelphia 1998.

czego człowieka – może ratować jego zdrowie i życie. Według bardziej precyzyjnych obliczeń ustalono, że – dla przykładu – operacja wyrostka robaczkowego przynosi korzyść około 4 miesięcy społeczeństwu, ale dla jednostki oznaczać może zysk 50 lat⁹. Interwencja w zagrożonej ciąży to zysk 2 tygodni w krajowej statystyce, a dla kobiety oznacza 45 lat życia, których nie byłoby bez zabiegu.

W krajach rozwiniętych imponujące jest wydłużanie się okresu życia. W publikacji OECD *Health at glance 2011* pisano o „wspaniałych” osiągnięciach w tej dziedzinie¹⁰, a w 2012 r. o „dramatycznej poprawie”¹¹. Rok później słowa były inne, ale informacja o tym, że w tej grupie krajów średnia oczekiwanego trwania życia przekroczyła 80 lat, a umieralność niemowląt oscyluje około 4 na tysiąc żywych urodzeń, napawała optymizmem¹². Zwiększyła się także przeżywalność po wielu procedurach stosowanych w najgroźniejszych chorobach. Pozostaje problem nierówności w zdrowiu i na tym polityka zdrowotna koncentruje swoje programy już od pewnego czasu. Oczywiście obywatele boją się niesprawności w późnym wieku, demencja i choroba Alzheimera budzą lęk, ale nigdy nie byli tak zdrowi i sprawni, jak obecnie. Polityka zdrowotna może przypisywać sobie przynajmniej część tych sukcesów, niezależnie od sporów, jak duży był jej rzeczywisty udział.

Mimo ogólnie pozytywnej sytuacji często dostrzega się zwiększenie rozbieżności między obiektywnymi możliwościami działań medycznych a ekonomicznie warunkowanymi realiami i oczekiwaniami ludzi. Możliwości techniczne rozrosły się niepomierne, transplantacje stały się zabiegami rutynowymi, wykorzystywanie komórek macierzystych otworzyło szanse nigdy wcześniej nieistniejące, a zastosowanie badań genetycznych może prowadzić do wyprzedzania negatywnych zdarzeń zdrowotnych, zanim wystąpią jakiegokolwiek objawy. Równocześnie prawne i finansowe fundamenty systemów zdrowotnych są mniej pewne niż w przeszłości. Pozostały problemy związane z dostępnością i koordynacją różnych działań zapobiegawczych i leczniczych. Pojawiła się świadomość nowych zagrożeń, wśród nich niepewność co do zakresu odpowiedzialności za zdrowie przyjmowanej przez podmioty publiczne, w tym przez państwo, co zagraża budżetom gospodarstw domowych. Wdrażane mechanizmy rynkowe mogą utrudniać pewne i regularne korzystanie z opieki zdrowotnej. Wprawdzie w większości politycznych deklaracji i oficjalnych dokumentów, a także w praktyce większości państw perspektywa takiego niebezpieczeństwa jest minimalizowana, jednak poczucie zagrożenia pozostaje. Innym aspektem publicznej odpowiedzialności jest wspomniana już kwestia nierówności w zdrowiu i korzystaniu z opieki zdrowotnej. Ma ona dramatyczne natężenie w wymiarze międzykontynentalnym – kraje afrykańskie są w większości w położeniu nieporównanie gorszym niż mieszkańcy innych rejonów świata – ale także między krajami należącymi do tych samych wspólnot politycznych, takich jak Unia Europejska, skala różnic na niekorzyść nowych członków jest uderzająca. Również w poszczególnych państwach dystanse zdrowotne między bogatymi i biednymi albo między wykształ-

⁹ J.P. Bunker, H.S. Frazier, F. Mosteller, *Improving Health: Measuring Effects of Medical Care*, The Milbank Quarterly 1994, vol. 72, nr 2, <https://extranet.uj.edu.pl/stable/DanaInfo=www.jstor.org+3350295> [dostęp: 15.09.2014].

¹⁰ OECD, *Remarkable gains in life expectancy (w:) Health at a Glance 2011 OECD Indicators*, s. 5, <http://www.oecd.org/els/health-systems/49105858.pdf> [dostęp: 14.09.2014].

¹¹ „Health status has improved dramatically in European countries” – OECD, *Health at a Glance: Europe 2012*, s. 9, <http://www.oecd.org/els/health-systems/HealthAtAGlanceEurope2012.pdf> [dostęp: 14.09.2014].

¹² OECD, *Health at a Glance 2013 OECD Indicators*, s. 13 i n., <http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf> [dostęp: 14.09.2014].

conymi i niewykształconymi są bardzo duże i ich eliminacja – choć często traktowana jako cel polityczny – jest trudna do osiągnięcia. Do negatywnych czynników, których oddziaływanie można przewidywać, należy nieprzezwyciężony kryzys finansowy i gospodarczy. Zjawisko, które początkowo robiło wrażenie cyklicznie pojawiającej się dekonunktury związanej ze złym gospodarowaniem kredytami, nadal wywiera wpływ na realne gospodarki w innych państwach, które mogą reagować obniżaniem produkcji i zwalnianiem pracowników. Nadzieja, że któryś z krajów może uniknąć jego skutków i utrzymać się na ścieżce rozwoju, okazuje się słabo uzasadniona.

Brak pieniędzy w gospodarkach i budżetach domowych – jeśli kryzys nie zostanie trwale przezwyciężony – z pewnością źle wpłynie na służbę zdrowia. Wprawdzie współcześnie często powtarza się pogląd, że zdrowie jest jednym z czynników służących produktywności i ekonomicznemu powodzeniu, ale realia są takie, że działania służące zdrowiu – podejmowane w różnych formach – wymagają nakładów, także finansowych. Chociaż jest faktem, że sektor zdrowotny tworzy miejsca pracy, a różne gałęzie przemysłu związane z ochroną zdrowia są bardzo rentowne, jednak ich funkcjonowanie pociąga za sobą wydatki, także – a niekiedy głównie – ze źródeł publicznych. Brak pieniędzy czy choćby czasowe opóźnienia opłat, wynikające z zatorów płatniczych, mogą przynieść katastrofalne następstwa. W żadnym kraju systemy zdrowotne nie są na tyle niezależne pod względem finansowym, aby zapewnić sobie samodzielne funkcjonowanie, bez oglądania się na stan całych gospodarek. Wybór mechanizmu ubezpieczeniowego w miejsce budżetowego – lub na odwrót – nie rozwiązuje problemu, jeśli gospodarka jest niewydolna. Bezrobotni nie płacą ani składek, ani podatków, więc ochrona zdrowia traci źródła pieniędzy. W kryzysie jedynym wyjściem może się okazać przerzucenie kosztów na gospodarstwa domowe, co dla żadnej polityki zdrowotnej nie jest perspektywą atrakcyjną.

Prawdopodobieństwo trudności finansowych jest jednym z wielu zewnętrznych problemów, przed którymi staje polityka zdrowotna. Jej wewnętrznym zmartwieniem jest pojawiający się niedostatek bardziej nowatorskich idei, które mogłyby być twórczo wykorzystywane w rozwoju nowych rozwiązań wprowadzanych w sektorze zdrowotnym i jego otoczeniu. O ile we wczesnych reformach lat 90. mechanizmy rynkowe zdawały się obiecywać poprawę efektywności, o tyle obecnie, już od kilku lat, poczucie pewności reformatorów znacznie osłabło. Charakterystyczne z tego punktu widzenia było oświadczenie prezydenta USA, który mówiąc o potrzebie reformy, przyznał, że można znaleźć argumenty zarówno za prawicową, jak i lewicową opcją, a Kongres musi dokonać politycznego wyboru¹³. Przyznanie, że naukowe dowody mogą przemawiać za różnymi rozwiązaniami, ujawniało bezsilność badaczy w ustalaniu strategii postępowania w polityce zdrowotnej. Siłą sprawczą musi być organ sprawujący władzę i dobrze by było, gdyby brano pod uwagę dobro ludzi. Optymistyczne jest jednak to, że polityczna władza prezydenta została wykorzystana do opracowania koncepcji oraz przeforsowania jej wejścia w życie, mimo desperackiego niekiedy oporu, i miliony obywateli zyskały szanse korzystania z dobrej opieki zdrowotnej. Jeszcze kilka lat temu deklaracja naukowej bezyśły nie byłaby możliwa, a dzisiaj jest uznaniem takiego stanu rzeczy, w którym doszło do wyczerpania się starych paradygmatów umożliwiających podpowiadanie gotowych

¹³ Obama's Health Care Reform Speech to Congress, 9 September 2009, <http://usliberals.about.com/od/healthcare/a/ObamaHealthInsSpeech.htm> [dostęp: 14.09.2014].

rozwiązań. Wysiłki w celu reformowania sektorów zdrowotnych wyraźnie to ilustrują. Polityka zdrowotna opisuje i ma ambicje wyjaśniania tych procesów.

Współcześnie coraz większa liczba badaczy, ale także polityków, pacjentów i obywateli uświadamia sobie, że zbudowanie idealnie funkcjonującego systemu zdrowotnego, z którego działania byliby zadowoleni wszyscy, nie jest możliwe. Co więcej, coraz częściej można odnieść wrażenie, że nie jest możliwe nawet stworzenie idealnego wzorca takiego systemu – wobec wątpliwości dotyczących jego fundamentalnych zasad – i nieuchronnie jesteśmy zmuszeni do powtarzania drobnych kroków usprawniających. Miejsce daleko siężnych i ambitnych wizji zdaje się zajmować postulat definiowania kierunku przemian, stale potrzebnych, ale prowadzących do celu, który nie jest precyzyjnie określony. Stąd opinie malkontentów krytykujących którąś z reformatorskich propozycji z powodu braku jej powiązania z „docelowym modelem” są całkowicie bezpodstawne i opierają się na przebrzmiałych przesłankach i oczekiwaniach. Jednym z pozaekonomicznych skutków kryzysu jest postępujące zmniejszanie się zaufania do głównonurtowych eksperckich analiz, których autorzy nie byli w stanie przewidzieć nowych procesów gospodarczych i procesów politycznych. Racjonalne i zmatematyzowane podejście do zagadnień społecznych, oparte na założeniach oderwanych od rzeczywistości, okazało się mało przydatne. Stwarza to szansę dla polityki zdrowotnej, w której nie dąży się do jednoznacznych wniosków, ale chce się uwzględnić zróżnicowane opinie, tendencje i rzeczywiste interesy. Zamiast gotowego wzorca, o którego przewagach są przekonani głównie jego twórcy, konieczne się staje wdrażanie żmudnych i z reguły mało efektywnych, niewielkich usprawnień.

Publikowany teraz tekst jest kolejną próbą przedstawienia Szanownym Czytelnikom tych problemów polityki zdrowotnej, które z perspektywy doświadczeń 2014 r. wydają się najważniejsze. Kiedy pisałem pierwsze opracowanie na ten temat, jeszcze w latach 80., można było mieć wrażenie, że sprawą zasadniczą jest sprawność działania, stąd skupienie się na prakseologicznych wyzwaniach, jakie były wówczas udziałem polityki zdrowotnej¹⁴. W następnej dekadzie, kiedy w Polsce budowano fundamenty nowego ustroju, kwestie demokratycznie organizowanej polityki zdrowotnej zyskały kluczowe znaczenie¹⁵. W kolejnej próbie starałem się wyeliminować zagadnienia już powszechnie znane, a w ich miejsce wprowadzić wątki związane z szerokim uczestnictwem w decyzjach i pokazać możliwości szukania naukowych podstaw rozstrzygnięć w zakresie polityki zdrowotnej¹⁶. Obecna wersja ma służyć, bardziej niż poprzednie, zebraniu nowych, pochodzących z ostatnich lat, informacji dotyczących polityki zdrowotnej, badanej i rozwijanej w wielu krajach i omawianej w dorobku organizacji międzynarodowych. Więcej jest w niej danych opartych na rzeczywistych doświadczeniach lub pozyskanych w empirycznych badaniach, więcej o instytucjach wspierających politykę zdrowotną, a mniej rozważań definicyjnych i teoretycznych. Zachowałem kompozycję i tytuły rozdziałów, ale dodałem nowy: o kontroli wydatków, priorytetach i racjonowaniu. Podsumowanie także napisałem na nowo. Na świecie wiedza o tych zagadnieniach jest bardzo obszerna, analizy liczne i bogate – sądzę, że nie do końca owocnie wykorzystywane w naszym kraju. Wyobrażam sobie, że przedstawiony materiał może posłużyć opisowi i interpretowaniu zjawisk zachodzących w tej sferze zarówno w naszym kraju, jak i w innych. Wyposażeni w teoretyczną wiedzę Czytelnicy

¹⁴ W.C. Włodarczyk *Prakseologiczny dylemat polityki ochrony zdrowia w Polsce*, Łódź 1988.

¹⁵ *Idem*, *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Łódź–Kraków–Warszawa 1996.

¹⁶ *Idem*, *Wprowadzenie do polityki zdrowotnej*, Warszawa 2010.

będą mogli odnosić się ze zrozumieniem, ale i krytycznie, do wszystkich propozycji zmian, które w intencji twórców mają służyć czemuś dobremu, a w praktyce mogą opierać się tylko na życzeniowym myśleniu. Realistycznie myślę też o tym, że przedstawione rozważania będą inspirowały Czytelniczki i Czytelników do występowania z własnymi propozycjami rozwiązań lepszej polityki zdrowotnej.

Niezależnie od uzupełnień i zmian merytorycznych, jak poprzednio, adresatami książki są przede wszystkim osoby zajmujące się praktycznie problemami polityki zdrowotnej i takie, dla których ta dziedzina jest przedmiotem studiów. Ale nie są oni adresatami jedynymi. Zadaniem publikacji ma być nie tylko zaspokajanie potrzeb poznawczych, lecz także dostarczanie narzędzi pomagających świadomie uczestniczyć w wyrażaniu opinii i podejmowaniu decyzji dotyczących spraw zdrowia. Jestem gorącym zwolennikiem pogłębiania procesów demokratycznych i angażowania obywateli w rozstrzyganie problemów, które ich dotyczą. Ich udział może prowadzić do złych decyzji, ale nie sądzę, by ciężar błędów był znacząco większy niż wtedy, gdy w tej dziedzinie dominowali profesjonalści medyczni. Zwiększony udział ludzi nie ma jednak polegać na mechanicznym udzielaniu poparcia albo – co częściej – sprzeciwu wobec pomysłów podsuwanych przez władze i ekspertów, ale na próbach samodzielnego ustosunkowywania się do nich. Przy czym ocena przychodzących z zewnątrz propozycji nie powinna się ograniczać do obrony własnego interesu, który wydaje się zagrożony, ale na ważeniu racji, w których bierze się pod uwagę interes innych. Mało jest prawdopodobnie sfer życia społecznego, które równie dobrze jak zdrowie nadają się do rozwijania wartości wynikających z solidarności społecznej. Jej zasadniczym składnikiem jest gotowość do kompromisów i zdolność ich zawierania. W tej perspektywie przywiązanie do skrajnych poglądów i głębokie przekonanie o własnej racji ogólnej, rzutuującej na szczegółowe sprawy, które powinny być regulowane w społeczeństwach, uniemożliwia rozwiązywanie problemów. Stąd idea praktykowana w wielu liberalnych demokracjach, by pewne zagadnienia wyłączać ze sporów publicznych, pozostawiając je indywidualnym wyborom. Trudność stosowania tej idei polega jednak na tym, że w pluralistycznych wspólnotach często brak zgody co do tego, gdzie powinna przebiegać granica między sferą publiczną a prywatną. Wydaje się, że jeśli hipoteza o nadchodzących trudnościach – powodowanych wieloma przyczynami – miałaby się sprawdzić, udział ludzi w większym stopniu uczestniczących w przygotowywaniu i podejmowaniu decyzji, także w sektorze zdrowotnym, miałyby dobre następstwa zarówno pod względem klimatu politycznego, jak i – mam nadzieję – jakości rozważanych i implementowanych rozwiązań.

Zamiar napisania książki przedstawiającej nowe tendencje pojawiające się w polityce zdrowotnej i pomocnej w uświadamianiu ludziom możliwości oddziaływania na sprawy zdrowia, także w wymiarze systemowym, miał wpływ na dobór przedstawianych problemów i wątków.

Doceniam inicjatywę Wydawnictwa, które zachęciło mnie do przygotowania nowej wersji książki i cierpliwie czekało na dokończenie mojej pracy. Książka spełni swoją rolę, jeśli przyczyni się do lepszego rozumienia i aktywnego interpretowania ważnych problemów polityki zdrowotnej w kraju. Być może przedstawione informacje będą przydatne w ich nazywaniu, wyjaśnianiu i poszukiwaniu alternatywnych – oby lepszych – rozwiązań. A głos w tych sprawach powinni zabierać nie tylko eksperci i nie tylko lekarze, lecz także obywatele mający narzędzia do kompetentnego wypowiedzania się w kwestii dotyczącej wszystkich – w sprawie zdrowia.

Rozdział pierwszy

KONCEPCJA POLITYKI ZDROWOTNEJ

Polityka zdrowotna to współcześnie jedna z najważniejszych form aktywności publicznej, zarówno ze względu na wartość i znaczenie, jakie ludzie przypisują zdrowiu¹⁷, nadziei związanej z możliwościami jego ochrony¹⁸, jak i z uwagi na wielkość wydatków ponoszonych na opiekę zdrowotną¹⁹. Nie powinno dziwić, że sprawa dla ludzi tak ważna jest żywo dyskutowana, stając się bardzo często przedmiotem naukowych i politycznych kontrowersji – wszak ludzie spierają się o to, co jest dla nich rzeczywiście istotne.

1. Ustalenia wstępne

W rozważaniach politologicznych od dawna zwraca się uwagę na podwójny sens nadawany terminowi „polityka”. Oczywiście w angielszczyźnie rozróżnienie *policy* i *politics* z pewnym trudem przyjmuje się w językach narodowych²⁰. Pierwsze znaczenie odnosi się do uporządkowanych działań dotyczących wyodrębnionej sfery rzeczywistości albo do zbioru zasad, które służą za wytyczne do podejmowania skoordynowanych decyzji dotyczących tej sfery²¹. Podkreśla się konieczność definiowania celów, przyjęcia dłuższej perspektywy czasowej i stosowania procedur planistycznych, w których należy wykorzystywać metody naukowe. Drugie znaczenie dotyczy sprawowania władzy, jej zdobywania, utrzymywania i rozszerzania, działań podejmowanych w ramach sformalizowanych procedur, ale także różnorodnych nieformalnych form aktywności wypełniających treści

¹⁷ 75% Europejczyków stwierdziło, że zdrowie jest najważniejszym czynnikiem warunkującym szczęście, o 2 punkty procentowe więcej niż we wcześniejszym badaniu, Eurobarometer 77 Values of Europeans, Fieldwork: May 2012, http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/eb/eb77/eb77_value_en.pdf [dostęp: 7.07.2014]. W 2010 r. 97% Polaków uznało je za ważną wartość, w tym 85% za bardzo ważną. Był to szczyt hierarchii najważniejszych wartości, CBOS, *Co jest ważne, co można, a czego nie wolno – normy i wartości w życiu Polaków*, Warszawa, lipiec 2010, BS/99/2010, http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2010/K_099_10.PDF [dostęp: 7.07.2014].

¹⁸ R.L. Kravitz, *Patients' Expectations for Medical Care: An Expanded Formulation Based on Review of the Literature*, Medical Care Research Review, March 1996, vol. 53, nr 1, s. 3–27; R.L. Cruess, S.R. Cruess, *Expectations and obligations: professionalism and medicine's social contract with society*, Perspectives in Biology and Medicine, Autumn 2008, vol. 51, nr 4, s. 579–598.

¹⁹ Połowa krajów OECD w 2011 r. wydała na zdrowie kwoty mieszczące się w przedziale 3000–4500 ppp\$, przy średniej 3322 ppp\$ (9,3% GDP) (ppp\$ – dolary według paritetu siły nabywczej), OECD, *Health at a Glance 2013 OECD Indicators*, s. 207, <http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf> [dostęp: 14.09.2014].

²⁰ K. Opałek, *Zagadnienia teorii prawa i teorii polityki*, Warszawa 1983, s. 252–253.

²¹ Webster's *Encyclopedic Dictionary of the English Language*, New York 1988, s. 777.

życia publicznego. Przy uprawianiu *politics* jest mniej możliwości wykorzystywania ustaleń naukowych, a kryteria „racjonalności” dotyczą bardziej skuteczności niż zgodności z naukowymi algorytmami. Inny jest także moralny wymiar obydwu form aktywności. W utrwalonej tradycji od badacza, a zwłaszcza od uczonego, oczekuje się otwartości na sprawy wartości i występowania na rzecz interesu publicznego. Uczony powinien mieć poczucie misji i służyć przede wszystkim prawdzie, nawet wtedy, gdy liczni reprezentanci metodologii wyrażają wątpliwości, czy dojście do prawdy jest realnie osiągalne w rygorystycznym postępowaniu naukowym. Tymczasem od polityków oczekuje się głównie sprawnego rządzenia lub administrowania sprawami ważnymi dla obywateli, a w ich działaniach zasady uczciwości i lojalności są łatwo zastępowane skutecznością i dążeniem do wzmacniania własnej pozycji.

Rozróżnienie *policy* i *politics* ma istotne znaczenie w rozważaniach dotyczących polityki zdrowotnej, w której nazwie zawarte są obydwa znaczenia. Działania związane z *policy* i *politics* prawdopodobnie występowały równolegle i trudno orzekać o historycznym pierwszeństwie któregoś z nich. Pamięć o starożytnych akweduktach czy rozdawnictwie zboża przypomina o aktywności władzy na rzecz zdrowia. Aktywność *policy* jest związana z rozsądnym spojrzeniem na problemy zdrowia, w którym poszukuje się dobrych rozwiązań mających służyć jego zachowaniu i poprawianiu, a *politics* dotyczy sprawowania władzy. Wspomniane budowanie akweduktów pozwala sądzić, że już wtedy dostrzegano znaczenie problemu czystej wody – być może także dla zdrowia. Oczywiście chęć pozyskania poparcia ludzi także była motywem tych przedsięwzięć. Współcześnie, od połowy XIX wieku, *health policy* była również obecna – na przykład szczepienia przeciw ospie – ale podejmowano też decyzje w sferze *politics*: pierwsza ustawa o zdrowiu publicznym została uchwalona w 1848 r., a wielka, o historycznym znaczeniu, ustawa o ubezpieczeniu chorobowym w roku 1883.

W konsekwentny sposób termin *health politics* był używany przynajmniej od początku lat 70. XX wieku, także w tytule jednego z klasycznych opracowań na ten temat, opublikowanym w 1984 r.²² Tytuł jednego z cenionych czasopism, wydawanego od 1976 r., brzmi *Journal of Health Politics, Policy and Law*²³. Istnieją różnorodne fora umożliwiające prezentację oraz wymianę informacji i doświadczeń, w których ważnym elementem koncepcji jest omawianie rozróżnienie²⁴. Wydaje się, że obydwa aspekty polityki zdrowotnej są merytorycznie interesujące, ale niektórzy badacze są skłonni utożsamiać pojęcie polityki zdrowotnej przede wszystkim ze sferą *politics*, pozostawiając kwestie treści działań w zakresie *policy* – na przykład treści programów promocji zdrowia – innym dyscyplinom naukowym. Tak postępowala Gill Walt w swojej ważnej książce, w której twierdziła, że najważniejsze dla polityki zdrowotnej pytania dotyczą podmiotów wpływających na jej treść i okoliczności ich akceptowania, a także jakie są narzędzia czy reguły wywierania tego wpływu oraz jakie zewnętrzne czynniki kształtują te procesy²⁵. Stąd problem władzy, który pojawia się już w tytule jej opracowania.

Wprowadzenie użytecznej definicji wymaga odróżnienia opisowego i normatywnego podejścia do problemu. Stawiając zagadnienie w perspektywie opisowej, szuka-

²² *Health Politics and Policy*, red. T.J. Litman, L.S. Robins, New York 1984, kolejne wydanie 2008, red. J.A. Morone, T.J. Litman, L.S. Robins, następne prawdopodobnie 2014 (zapowiedziane), red. J.A. Morone, D. Ehleke.

²³ *Journal of Health Politics, Policy and Law*, <http://jhpl.dukejournals.org/>.

²⁴ *Health Policy and Politics Network*, <http://hppnuk.wordpress.com/>.

²⁵ W. Gill, *Health Policy: An Introduction to Process and Power*, New Jersey 1994.

my odpowiedzi na pytanie, jaka jest polityka zdrowotna, biorąc pod uwagę zwyczaj stosowania tego pojęcia w praktyce i dyskusjach naukowych. Narzędzia analityczne, które musimy wówczas stosować, powinny umożliwić precyzyjny opis sytuacji, a następnie jej interpretację i próby wyjaśniania. Wynikiem ustaleń może być charakterystyka zdarzeń, które zaszły w określonym czasie i miejscu, a więc opis konkretnego zdarzenia lub procesu, ale może mieć także postać wyabstrahowanych modeli. W płaszczyźnie normatywnej chcemy wiedzieć, jaka polityka zdrowotna być powinna, a więc potrzebne są narzędzia pozwalające stwierdzić, jakie są cechy „dobrej”, „właściwej” czy „słusznej” polityki zdrowotnej, biorąc pod uwagę szczególne uwarunkowania kraju czy środowiska, w którym polityka zdrowotna miałaby być realizowana. Punktem odniesienia pozwalającym ustalać sugerowane do realizacji zasady jest zwykle ujawniany lub przyjmowany milcząco system wartości. Pojęciowa, ale i faktyczna bliskość wysiłków związanych z rozwiązywaniem problemów zdrowotnych i procesu politycznego sprawia, że dogodne jest koncepcyjne lokowanie polityki zdrowotnej w powiązaniu z działaniami państwa jako wyodrębnionego i względnie samodzielnego bytu politycznego. Sytuowanie problemu w obrębie granic państwa i jego struktur nie jest równoznaczne z uznaniem, że państwo jest najważniejszym twórcą i wykonawcą polityki zdrowotnej. Przeciwnie, podczas realizowania procesów polityki zdrowotnej aktywizuje się bardzo wiele podmiotów i uznawanie ich obecności – zarówno twórczej, jak i destrukcyjnej – jest jedną z cech akceptowanego współcześnie sposobu ich postrzegania. Jest także sprawą bezsporną, że wiele form aktywności polityki zdrowotnej odbywa się we współpracy między krajami, a silne organizacje międzynarodowe ze Światową Organizacją Zdrowia na czele odgrywają bardzo ważną rolę w stymulowaniu zainteresowania sprawami zdrowia, wymagając także uznawania ich istotnego miejsca.

Uprzedzając bardziej szczegółowe rozważania przedstawione w dalszych częściach tekstu, mogę stwierdzić, że w każdym współczesnym państwie zawsze realizowana jest jakaś polityka zdrowotna – na ogół możliwe jest opisanie, jak ta polityka wygląda, jaka była treść propozycji, a jaki efekt wdrożenia – natomiast stosunkowo rzadko się zdarza realizować politykę, która zasługiwałaby na jednoznacznie pozytywną ocenę opinii publicznej czy badaczy. Przeciwnie, w ostatnich latach można odnieść wrażenie, że zadowolenie z polityki zdrowotnej raczej się zmniejsza niż zwiększa.

Rozstrzygnięcie kwestii definicyjnych – odpowiedź na pytanie, czym jest polityka zdrowotna, a raczej jak ją definiować – ma posłużyć możliwości odróżniania polityki zdrowotnej od innych form aktywności publicznej i jej identyfikacji jako specyficznej postaci aktywności. Polityka zdrowotna jest zawsze tylko częścią – większą lub mniejszą – zainteresowań i działań organów pełniących różne funkcje publiczne, a także innych instytucji aktywnych na tym polu, i stąd konieczność wypracowania kryteriów pozwalających ustalić, która część aktywności powinna być traktowana jako polityka zdrowotna. Jeśli bowiem jakiś fragment rzeczywistości – wyodrębniony proces, ciąg zdarzeń – należy do polityki zdrowotnej, to uznać należy, że zapewne podlega typowym dla niej prawidłowościom i uwarunkowaniom. Znając jego charakterystykę w określonym czasie, można próbować wyjaśniać jego przeszłość i przewidywać – przynajmniej z pewnym prawdopodobieństwem – przyszłość. Możliwości takie, jeśli są wykorzystywane w systematycznie podejmowanych przedsięwzięciach badawczych, tworzą podstawy do upra-

WSPÓŁCZESNA POLITYKA ZDROWOTNA

WYBRANE ZAGADNIENIA

Włodzimierz Cezary Włodarczyk – profesor doktor habilitowany nauk ekonomicznych, wykładowca w Instytucie Zdrowia Publicznego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego oraz w Katedrze Prawa Ubezpieczeń Społecznych i Polityki Społecznej Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Łódzkiego; autor książek i koordynator kilku programów badawczych z dziedziny zdrowia publicznego, zaangażowany w prace nad reformą sektora zdrowotnego w Polsce.

■ W publikacji w sposób spójny i kompleksowy omówiono najważniejsze i najbardziej aktualne problemy polityki zdrowotnej na świecie, szczególnie w krajach wysoko rozwiniętych gospodarczo i społecznie. Zaprezentowano w niej takie zagadnienia jak:

- koncepcja i modele polityki zdrowotnej oraz jej związek z nauką,
- kontrola kosztów i racjonowanie wykorzystania dóbr w ochronie zdrowia,
- korupcja w sektorze ochrony zdrowia.

■ Celem opracowania jest nie tylko zaspokajanie potrzeb poznawczych, ale także dostarczanie narzędzi pomagających świadomie uczestniczyć w wyrażaniu opinii i zarządzaniu podmiotami leczniczymi. Autor położył szczególny nacisk na współpracę ze środowiskiem naukowym i ekspertami, od których wsparcia zależą w znacznym stopniu decyzje dotyczące polityki zdrowotnej.

■ Książka przeznaczona jest dla studentów kierunku zdrowie publiczne, a także wydziałów medycznych, społecznych, ekonomicznych, prawnych oraz zarządzania. Może być również cenną lekturą dla wszystkich osób zainteresowanych problemami działań służących zdrowiu.

ISBN 978-83-264-3430-3



9 788326 434303

Cena 59 zł
(w tym 5% VAT)

Zamówienia:

infolinia 801 04 45 45, fax 22 535 80 01

zamowienia.książki@wolterskluwer.pl

www.wolterskluwer.pl

księgarnia internetowa www.profinfo.pl



9788326434303 W02P01