

## Wprowadzenie

Szanowne Czytelniczki, Szanowni Czytelnicy!

W naszych Zeszytach kontynuujemy temat przebiegu i skutków pandemii COVID-19, bo nie ma wątpliwości, że dla zdrowia publicznego to jedno z najważniejszych wydarzeń w dziejach. Kilka tekstów w bieżącym numerze jest poświęconych tym zagadnieniom, ale podkreślić należy, że przedstawione tam analizy obejmują okres nie późniejszy niż październik 2021 r.

Tak jak dawne epidemie przechodziły do historii, co niekiedy znajdowało odbicie w literaturze, tak w dziejach walki z wirusem SARS-CoV-2 wspominane będzie to wszystko, co zaszło w świecie od czasu, kiedy wirus wydostał się z mało dbającego o higienę rynku w mieście Wuhan i zaatakował ludzi – jeśli ta wersja opowieści o jego genezie jest prawdziwa. W bogatym zbiorze informacji o wirusie jest bowiem wiele takich, co do których nie ma pewności, jak się sprawy rzeczywiście miały, a wątpliwości są z uporem podsycane aktywnością licznych trolli, mniej lub bardziej interesownie produkujących teorie spiskowe, które są w stanie wyjaśnić wszystko. Jednak jeśli chodzi o pierwsze wnioski płynące z pandemii, to jeden jest powszechnie akceptowany: krajowe systemy zdrowia publicznego praktycznie nigdzie na świecie nie podjęły działań skutecznie chroniących ludzi przed infekcją i jej konsekwencjami. A jeśli tak, to prawie wszędzie akceptowany jest postulat takiego reformowania systemu, aby nigdy więcej w przyszłości nie powtórzył się stan podobnej bezradności, a ludzie nie znaleźli się w obliczu śmiertelnego zagrożenia. Polska nie jest pod tym względem wyjątkiem, a propozycja reformy jest dobrym punktem wyjścia, by zacząć od oceny rezultatów funkcjonowania uchwalonej przed kilkoma laty ustawy o zdrowiu publicznym.

Reformowanie systemów zdrowotnych nie jest nowym pomysłem, także w naszym kraju od lat podejmowane są próby w tym zakresie i stąd wiadomo, że przedsięwzięcie to może być realizowane na dwa sposoby. Po pierwsze, zamiar przeprowadzenia zmiany może mieć zakres bardzo szeroki i obejmować możliwie dużo elementów mieszczących się w granicach systemu, a także wiele czynników warunkujących. Takie przedsięwzięcia były wcielane w życie w przeszłości, kiedy za czasów Bismarcka tworzone kasy chorych, a współcześnie zmierzają ambitnie do zaprojektowania „modelu docelowego”. Projekty reformatorskie mogą jednak być także realizowane w sposób mniej ambitny, kiedy reformatorzy skupiają się na wybranych, dobrze rozpoznanych, ale i sprawiających szczególne kłopoty problemach cząstkowych. Podejście takie, określane jako inkrementalne, jest zwykle łatwiejsze w przygotowaniu, a jego wdrożenie może być prostsze, bo narusza zwykle mniej interesów grup poddanych zmianie.

Zalety podejścia cząstkowego stają się widoczne przez wskazanie ograniczeń w stosowaniu podejścia ambitnego, w którym należy przygotować bardzo dużą liczbę alternatywnych interwencji, mających prowadzić do jednoczesnego rozwiązania wielu problemów, i przed podjęciem decyzji wszystkie one powinny być ocenione z punktu widzenia założonych celów i kryteriów ewaluacyjnych. Oczywiście w praktyce jest to niewykonalne i stąd popularność wprowadzonej przez teoretyków zarządzania zasady „ograniczonej racjonalności”, zgodnie z którą kryterium wykorzystywane przy ocenach i wyborze alternatyw powinno polegać na uznaniu zadowalającego poziomu rozwiązania problemu, a nie na szukaniu rozwiązania idealnego. Od wybranej i akceptowanej alternatywy nie należy oczekiwać niczego więcej poza uzyskaniem poprawy w stosunku do przeszłości, także wtedy, gdy polepszenie może być uznane za niewielkie z punktu widzenia sytuacji idealnej. Kardynalnym argumentem przemawiającym za stosowaniem rozwiązań cząstkowych jest możliwość ich praktycznego stosowania: łatwiej przygotować małą, przynoszącą odczuwalną korzyść, zmianę, prędzej zyskać dla niej zwolenników wśród interesariuszy i decydentów politycznych, a w konsekwencji wdrożenie i uzyskanie dzięki niemu rezultaty stają się realne.

Za szczególnie bezzasadny uznano postulat kreślenia „docelowego modelu systemu”, bo przy jego stosowaniu reformę traktuje się jako jednorazowy akt, który po wprowadzeniu w życie kończy jakąkolwiek ewolucję systemu zdrowotnego. Jest to założenie całkowicie nierealistyczne, bo każdy system podlega ciągłym planowanym i spontanicznym zmianom, a jednocześnie „reforma”, a raczej „reformowanie” jest procesem trwającym, choć toczącym się ze zmienną intensywnością. Ponadto jest oczywiste, że przy współczesnym tempie technologicznych innowacji, a także fluktuacji postaw i oczekiwań, model traktowany jako docelowy stawałby się przestarzały już w chwili jego zwerbalizowania.

Z całą mocą należy jednak podkreślić, że rezygnacja z budowania modelu docelowego nie jest jednoznaczna z zaniechaniem kompleksowego myślenia o opiece zdrowotnej, do czego niezbędne jest ustalenie kierunku zamierzonych i postulowanych przekształceń, a taki jest sens reformowania systemu. O ile zatem postulat posługiwania się w pracach reformatorskich „docelowym modelem” należy uznać za całkowicie niepraktyczny, o tyle wyznaczenie kierunku zmian jest absolutnie niezbędne. Nie ma bowiem wątpliwości, że system zdrowotny to całość niezwykle złożona, o rzadko spotykanym w organizacjach poziomie skomplikowania wzajemnych relacji, trzeba zatem mieć świadomość, że każda cząstkowa i pozornie niewielka zmiana może wpływać na całość.

Te odległe konsekwencje, o ile tylko dają się przewidywać, powinny być analizowane z punktu widzenia relacji z akceptowanym kierunkiem zmian.

Są dwa istotne wymiary kompleksowego podejścia do procesu reformowania. Po pierwsze, konieczne jest wpisywanie zdrowia publicznego w granice systemu zdrowotnego, którego jest ono integralnym podsystemem. Po drugie, niezbędne jest uwzględnianie możliwie szerokiego zakresu tych determinantów stanu zdrowia, które znajdują się poza systemem zdrowotnym, a kompetencje ich kształtowania ulokowane są poza uprawnieniami sektora zdrowotnego. Cecha kompleksowości odnosi się zatem nie tylko do relacji instytucjonalnych wewnątrzsystemowych, ale także do procesów zachodzących w znacznie szerszym otoczeniu. Stan zdrowia ludzi jest warunkowany przez ogromną liczbę czynników, z tego wiele z nich pojawia się w sektorach pozazdrowotnych i stąd idea „zdrowia we wszystkich politykach” (*Health in All Policies*, HiAP), lansowana przez

międzynarodowe organizacje od kilkunastu lat i traktowana jako rozwiązanie ważne dla zdrowia, szczególnie dla zdrowia publicznego. Uwzględnianie w pracach projektowych możliwie szerokiego kręgu czynników wpływających na zdrowie i funkcjonowanie systemu zdrowotnego – a nie dążenie do tworzenia docelowego modelu – jest rzeczywistym zastosowaniem koncepcji kompleksowego podejścia do reformowania systemu. Bardziej zasadne jest zatem mówienie o „kompleksowym reformowaniu”, a nie o „kompleksowej reformie”, co pozwala zaakcentować dynamiczny i procesualny charakter tej działalności. Jest szansa, że rezultatem tak zorganizowanych działań będzie harmonijne wkomponowanie zdrowia publicznego w zintegrowany system zdrowotny. Wszyscy możemy sobie tego życzyć.

Życzę Państwu interesującej i inspirującej lektury

*Włodzimierz Włodarczyk*