

Wprowadzenie

Szanowne i Drogie Czytelniczki,
Szanowni i Drodzy Czytelnicy,

Ten numer „Zeszytów Naukowych Ochrony Zdrowia” jest poświęcony różnym, dość szczegółowym zagadnieniom polityki zdrowotnej. Proponuję, by przed zagłębieniem się w ich rozważanie zajęli się Państwo na chwilę czymś bardziej ogólnym – pojęciem polityki zdrowotnej. Przez politykę zdrowotną rozumiem fragment, czy aspekt, procesu politycznego, który ma związek ze zdrowiem. „Związek” może być rezultatem przyjętych wcześniej, starannie obmyślanych celów, wywodzonych z wielu zgromadzonych danych, ale może być także następstwem rozstrzygnięć przyjmowanych doraźnie, pod presją zniecierpliwionej publiczności, zniechęconej niedostatkami zainteresowania rządzących sprawami zdrowia. Może być zatem tak, że podejmowane decyzje i działania mają służyć rozwiązywaniu problemów zdrowotnych – i faktycznie im służą, a stan zdrowia rzeczywiście się poprawia, ale zdarza się, że poprawa nie następuje mimo najbardziej szczerych intencji. Warto też dostrzec to, że integralnym elementem polityki zdrowotnej jest bierność i brak aktywności. Niejednokrotnie zaniechanie może powodować większy skutek zdrowotny – na dobre i na złe – niż to wszystko, co decydenci zamierzają i realizują. Nie jest to zresztą specyfika polityki zdrowotnej, bo odnosi się do każdej polityki publicznej rozumianej jako obejmującej to wszystko, co rząd robi, ale także to, czego nie robi. Rezygnacja z obowiązku poddawania się bezpłatnym szczepieniom ochronnym albo choćby rezygnacja z jego egzekwowania – co ostatnio polegało na uznaniu bezprawności zakazu przyjmowania do publicznych przedszkoli niezaszczepionych dzieci – jest dobrym przykładem takiej sytuacji. Dodajmy, że ustalenia ograniczające możliwości korzystania ze świadczeń nie muszą mieć jawnej postaci, a mogą wynikać z faktycznie występujących braków zasobów, takich jak wyspecjalizowani świadczeniodawcy.

Zdaję sobie sprawę, że proponowane rozumienie polityki zdrowotnej może naruszać językowe i emocjonalne przyzwyczajenia wielu Czytelników, bo nie ma w nim odniesień do jej szlachetnej misji, jaka jest kojarzona z polityką zdrowotną. Niejednokrotnie bowiem wskazywano, że chodzi o aktywności ukierunkowane na zaspokajanie potrzeb zdrowotnych i jeden z celów polityki zdrowotnej traktowano jako jego opisową charakterystykę. Nie jest to rzecz z odległej przeszłości. Na stronach Światowej Organizacji Zdrowia można przeczytać, że: „Krajowe polityki zdrowotne, strategie i plany odgrywają kluczową rolę w definiowaniu dla kraju wizji, priorytetów, rozstrzygnięć finansowych i kierunków działania, które powinny sprzyjać poprawie i utrzymaniu zdrowia ludności”. Zwracam uwagę na orzekającą formę całego

przytoczonego sformułowania – poza celem odnoszącym się do zdrowia. Rola strategii i planów nie brzmi jak postulat mający kształtować zalecany sposób postępowania polityków w sprawach zdrowia, ale opisywany stan rzeczy. Wyglądałoby na to, że to one faktycznie wpływają na kształt wizji, priorytetów i struktury wydatków. Poczucie nierzeczywistości potęguje się, gdy czyta się inne sformułowanie WHO dotyczące tego samego tematu. Stwierdza się tam mianowicie, że treścią polityki zdrowotnej jest realizowanie trzech funkcji: definiowania przyszłościowych wizji pomagających w ustaleniu celów i punktów odniesienia w krótkiej i średniej perspektywie, określania priorytetów i oczekiwanych ról przewidzianych dla różnych grup uczestniczących w działaniach systemu zdrowotnego oraz przekazywania informacji i budowania aliansów realizujących uzgodnione zadania. W sumie jest to niewątpliwie obraz piękny, w świecie marzeń jest dla niego miejsce, ale w realiach tego, co się dzieje w wielu krajach – a może wszędzie – pozostaje bardzo daleko od życia.

Skromna definicja proponowana na wstępie ma tę zaletę, że nie przesądza, jak polityka zdrowotna powinna być realizowana. Pozwala na jej identyfikowanie niezależnie od tego, na ile jest racjonalna i wspierana przez naukowe ustalenia, a więc dopuszcza się, że opiera się na intuicji i błędnych stereotypach. Sądzę, że niezależnie od sympatii dla formuły *evidence based policy* złożoność procesów, z którymi ma do czynienia polityka zdrowotna, jest tak duża, a dyscypliny mogące je analizować tak liczne, że wielokrotnie potrzebna informacja nigdy nie została wytworzona i po prostu nie istnieje. Nie można też pomijać faktu nieuchronnego uwikłania decyzji dotyczących zdrowia w polityczną grę w sensie oddawanym przez słowo *politics*. Polityka zdrowotna prócz rozwiązywania problemów – lub ich ignorowania – jest przedmiotem politycznych sporów i konkurencji o władzę. W tym przynajmniej zakresie, w jakim wybory polityczne elektoratu są motywowane racjonalnie, przedstawienie atrakcyjnej oferty – albo przynajmniej obietnicy – dotyczącej zdrowia może okazać się argumentem przesądzającym o zwycięstwie lub klęsce. W swojej perswazyjnej roli polityka zdrowotna nie musi sięgać do naukowych dowodów, bo w gorączce przedwyborczych polemik nikt na to prawdopodobnie nie zwraca uwagi, a po wyborach mało się zwykle pamięta o złożonych zobowiązaniach.

Powtórzę, obraz wyłaniający się z powyższych słów nie jest w najmniejszym stopniu wynikiem cynicznej wizji świata wypranego ze szlachetnych dążeń. Wiem doskonale, że zdarzały się w polityce zdrowotnej rozstrzygnięcia motywowane szlachetnością i dążeniem

do wspólnego dobra w stopniu możliwie największym w zastanych okolicznościach. Dostrzegam ogrom wysiłku i poświęceń bardzo wielu świadczeniodawców i nie wykluczam dobrej woli polityków. Ale opis, a zwłaszcza wyjaśnianie tego, co się w polityce zdrowotnej dzieje, wymaga dopuszczenia możliwości dostrzegania motywów mniej wzniosłych i niepozabawionych egoizmu. Jako ilustrację wykorzystania tego podejścia potraktuję wnioski, jakie można wyprowadzić z analizy skutków, do jakich doprowadziły kolejne decyzje prawne, będące jedną z najważniejszych form uprawiania polityki zdrowotnej. Sądzę, że do najistotniejszych można zaliczyć następujące:

- Ustawa z dnia 23 grudnia 1988 r. o działalności gospodarczej, skutek: prywatny handel lekami;
- Ustawa z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich, skutek: przywrócenie samorządu, zniesienie ograniczeń prywatnej praktyki;
- Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, skutek: kres państwowego monopolu, odrębność płatnika i świadczeniodawcy;
- Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, skutek: ubezpieczeniowy tytuł do świadczeń;
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, skutek: koszyk świadczeń gwarantowanych;
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, skutek: szpital jako spółka.

Przyjmuję, że skumulowanym rezultatem kolejnych decyzji jest intensywna obecność mechanizmów rynkowych i słabość mechanizmów regulacyjnych, mogących działać w interesie pacjentów. Jednak ekspansja rynku nie była rezultatem strategicznej decyzji, która nigdy *explicite* nie została podjęta, tak jak nigdy nie została złożona deklaracja o wycofywaniu się organów władzy z odpowiedzialności finansowej i organizacyjnej za zdrowie i opiekę zdrowotną.¹ Przedstawiane na początku transformacji oświadczenia o urynkowaniu sektora zdrowotnego były raczej ideologicznym ornamentem niż wyrazem poważnie traktowanych intencji. Konsekwencje dla wielu chorych są jednak takie, że czas oczekiwania na część świadczeń dostępnych w publicznym systemie, zwłaszcza specjalistycznych, jest bardzo długi, co zmusza pacjentów lepiej sytuowanych do korzystania ze świadczeń za opłatą. Prawdopodobnie nie dotyczy to osób z przyznaną kartą DiLO, której wprowadzenie było przykładem publicznej interwencji w funkcjonowanie systemu. Na pełniejsze wnioski przyjdzie czas, zwłaszcza dotyczące zmiany sytuacji pacjentów onkologicznych wcześniej zdiagnozowanych i niekorzystających z karty, a także pacjentów cierpiących na inne, również poważne schorzenia.

Jeśli obecność rynku nie została zaplanowana, a co za tym idzie, wynikające z tego nierówności są trudne do przewidzenia, to warto zadać pytanie o siły sprawcze. Paradygmat racjonalnej polityki zdrowotnej nie pozwala

na sensowną odpowiedź, ale dopuszczenie myśli o motywach mniej altruistycznych otwiera takie możliwości. Stawiam hipotezę, że w warunkach niedostatku kontroli ze strony władz opowiadających się zdecydowanie po stronie pacjentów, ekspansja grup dbających o własne korzyści, zwłaszcza materialne, doprowadziła do powstałej sytuacji. W gospodarce rynkowej partykularne dążenia dysponentów kapitału do maksymalizowania własnych korzyści czy zysków są czymś naturalnym i oczekiwanym, że będą stosowały szerszą perspektywę ogólnego dobra, są nieuzasadnione. Ale aktywne angażowanie się władzy wszystkich szczebli w troskę o zachowanie równowagi między różnymi podmiotami sektora zdrowotnego jest niezbywalnym obowiązkiem rządzących. Oczywiście, władza może umyć ręce i przekonywać, że dystrybucja rynkowa jest dostatecznie sprawiedliwa i nie wymaga interwencji, ale w demokratycznych systemach jest to stanowisko nie do zaakceptowania. W systemach tych *demos* – my, obywatele – ma prawo rozliczać rządzących z realizacji funkcji moralnego rządzenia, określanego w dokumentach WHO mianem *stewardship*, i rozsądna władza stara się postępować tak, by przekonać obywateli, że troszczy się o ich zdrowie. Niektórzy spośród Państwa mogą stwierdzić, że współcześnie, po rozczarowaniu ideami neoliberalnymi, krytyka niekontrolowanego rozprzestrzeniania się rynku nie jest oryginalna – wystarczy przywołać takie nazwiska, jak Michael Sandel albo Thomas Piketty – ale mam wrażenie, że w naszych dyskusjach o zdrowiu sympatia do szerokiego i – co z naciskiem podkreślam – niekontrolowanego wykorzystywania mechanizmu rynkowego jest wyraźnie obecna. Także bez zwracania uwagi na społeczne konsekwencje.

Pozostawiając Państwa z tymi myślami, zachęcam do lektury niniejszego wydania naszego czasopisma. Niektóre problemy, jakie ma przed sobą polityka zdrowotna – poza rozstrzygnięciami dotyczącymi rynku – są omawiane w przedstawionych tekstach.

Cezary Włodarczyk

Przypis

¹ Żaden z dokumentów powołanych w „Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020. Krajowe ramy strategiczne”, takich jak Uchwała nr 16 Rady Ministrów z dnia 5 lutego 2013 r. w sprawie przyjęcia Długookresowej Strategii Rozwoju Kraju – Polska 2030. Trzecia fala nowoczesności, Uchwała nr 157 Rady Ministrów z dnia 25 września 2012 r. w sprawie przyjęcia Strategii Rozwoju Kraju 2020, Uchwała nr 17 Rady Ministrów z dnia 12 lutego 2013 r. w sprawie przyjęcia Strategii „Sprawne Państwo 2020”, nie przedstawiają takich celów. Nie było o tym mowy w opracowaniu. Strategia rozwoju ochrony zdrowia w Polsce na lata 2007–2013. Dokument przyjęty przez RM w dniu 21 czerwca 2005 r. Za zręby strategii można uznać ogólną deklarację powrotu do budżetowego finansowania opieki zdrowotnej, a więc wprowadzenia obywatelskiego – a nie ubezpieczeniowego prawa do świadczeń.