

Włodzimierz Cezary Włodarczyk

**RACJONALNA POLITYKA ZDROWOTNA
SPRZYJAJĄCA ZDROWIU
Uwagi sceptyczne**

Wstęp

W tym tekście stawiam tezę, że polityka zdrowotna (przy przyjęciu neutralnej, czyli nie normatywnej definicji) może:

- a. nie sprzyjać zdrowiu – jeśli w jakimś swoim fragmencie wyraża interesy partykularne;
- b. nie być racjonalna, tak w sensie zachowywania sekwencyjności działań, wykorzystywania informacji przy doborze celów, jak i doboru metod optymalnych.

Ponadto polityka zdrowotna może napotykać trudności w interpretowaniu zależności przyczynowych i zapominać o uzgadnianiu planowanych przedsięwzięć z zainteresowanymi środowiskami, co nie ułatwia racjonalnych działań sprzyjających zdrowiu.

Te wątki rozwijam w niżej przedstawionych rozważaniach. Rozpaczynam od definiowania polityki zdrowotnej, omawiam jej racjonalność, koncepcje sekwencyjności i konsultacji społecznych. Kończę sceptycznymi uwagami na temat polskich zamierzeń reformowania opieki zdrowotnej.

1. Definicje polityki zdrowotnej

Ważnym punktem odniesienia moich rozważań jest rozróżnienie między *policy* i *politics*. W wielu językach narodowych dystynkcja taka nie istnieje z prostego powodu: na ogół jest tylko jedno słowo, jak w polszczyźnie – polityka. Wydawać by się mogło, że różnica między tymi słowami na gruncie angielszczyzny jest oczywista, ale liczne pytania osób anglojęzycznych wskazują, że sprawa jest bardziej skomplikowana¹. W rozważaniach politologicznych nie ma przeszkód, by odróżniać „policy” od „politics”². To pierwsze odnosi się do

¹ Difference Between Similar Terms and Objects, Difference Between Policy and Politics, <http://www.differencebetween.net/-miscellaneous/politics/difference-between-policy-and-politics/>

² Dotyczy to zarówno wytworów naukowych, np.: Theodore J. Lowi Four Systems of Policy, Politics, and Choice, *Public Administration Review*, Vol. 32, No. 4. (Jul.-Aug., 1972), pp. 298-310, http://www.platonicmedia.co.uk/wp-content/uploads/2011/02/Lowi_1972PAR.pdf, Bonoli, Giuliano The politics of the new social policies: providing cover-

uporządkowanych działań dotyczących wyodrębnionego ich ciągu, mających oddziaływać na pewne sfery rzeczywistości, zwykle takie, gdzie stwierdzono jakieś niekorzystne zjawiska. Są to najczęściej aktywności zaplanowane i celowe. Dążenie do rozwiązania, czy przynajmniej minimalizacji, problemu jest zwykle rzeczywistym motywem postępowania. Tak rozumiana polityka może też zawierać wartości lub zasady odnoszące się do rozwiązywanych problemów lub uzasadniających podejmowane interwencje. Politics dotyczy sprawowania władzy politycznej na różnych szczeblach jej zdobywania, utrzymywania i rozszerzania. W demokratycznych, stabilnych krajach działania te są podejmowane w ramach sformalizowanych procedur – poprzez wybory, a także różnorodne aktywności nieformalne wypełniające treści życia publicznego w ramach społeczeństwa obywatelskiego.

Jeśli występują dwa znaczenia „polityki”, to z pewnością są dwa sensy „polityki zdrowotnej”, która może odnosić się do rozwiązywania problemów zdrowotnych, a może też wskazywać uwikłane w życie polityczne decyzje, które mają, w intencji ich twórców, przyczynić się do ich rozwiązywania. Trudno orzekać, które z nich pojawiło się wcześniej, czy mówiąc ściślej: kiedy podejmowane były działania odnoszące się do pierwszego lub drugiego znaczenia. Już w starożytności budowano akwedukty – zdrowotny problem czystej wody – i podejmowano decyzje o rozdawnictwie zboża – pozyskanie głosów w procedurze wyboru urzędników. Współcześnie, od połowy XIX wieku, „health policy” była chyba odrobinę wcześniejsza (szczepienia przeciw ospie), ale pierwsza, wielka ustawa o ubezpieczeniu chorobowym to początek lat 80. W sposób systematyczny nazwa „health politics” była używana przynajmniej od początku lat 70. XX wieku, także w tytule jednego z klasycznych opracowań na ten temat, opublikowanego w 1984 roku³. Tytuł jednego z cenionych czasopism, wydawanego od 1976 roku brzmi „Journal of Health Politics, Policy and Law”⁴. Istnieją różnorodne fora, które umożliwiają prezentację oraz wymianę informacji i doświadczeń, w których ważnym elementem koncepcji jest omawiane rozróżnienie⁵.

W tym tekście koncentruje się raczej na politics, nie policy i przyjmując, że polityka zdrowotna podejmuje analizę problemu zdrowia z politycznego punktu

age against new social risks in mature welfare states, *Policy & Politics*, Volume 33, Number 3, July 2005, pp. 431-449(19), Frank Fischer *Reframing Public Policy Discursive Politics and Deliberative Practices*, Oxford University Press, 2003; jak i form stymulowania dyskusji w czasopiśmie, np.: *Policy & Politics* is the leading journal in the field of public Policy... <http://www.ingentaconnect.com/content/tpp/pap>, albo *Political Science > Public Policy & Administration > Politics & Policy*, Wiley Online Library, <http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/%28ISSN%291747-1346>

³ *Health Politics and Policy*, Th. J. Litman, L.S. Robins (editors), John Wiley & Sons, New York 1984, kolejne wydanie 2008 by James A Morone, Theodor J Litman, Leonard S. Robins, następne prawdopodobnie 2014 (zapowiedziane) by James A. Morone, Dan Ehlke.

⁴ *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Duke University Press, <http://jhpl.duke-journals.org/>

⁵ Health Policy and Politics Network, <http://hppnuk.wordpress.com/>

widzenia. Z tej perspektywy za mało interesujące uważa się uwarunkowania biologiczne i fizjologiczne i przejawy zdrowia – co nie oznacza, że nie docenia się ich ważności – a jako znacznie bardziej zajmujące traktuje się działania podmiotów politycznych: parlamentu, prezydenta czy premiera, partii politycznych, grup interesu, biurokracji rządowej, administracji różnych szczebli, a także wielu organizacji i ruchów społecznych. Polityka zdrowotna próbuje ustalić, na czym polegają problemy zdrowotne i jakie środki ich rozwiązywania są proponowane w różnych sytuacjach.

Rozważając znaczenie pojęcia polityki zdrowotnej warto odwołać się do opracowań przygotowanych przez WHO lub z jej inspiracji. Pierwsze miało charakter monografii i stwierdzono tam, że „polityka (policy) jest zgodą dotyczącą celów (goals) i zadań (objectives) i kierunków postępowania mającego prowadzić do ich osiągnięcia”⁶. Pojęcie „cele” odnosiło się do długofalowej perspektywy, w której określony jest całościowy kierunek działań w ogólnych kategoriach, a pojęcie „zadania” odnosiło się do przyszłości mniej odległej i przedstawiało problemy w sposób bardziej konkretny. Drugie sformułowanie pochodzi ze słownika promocji zdrowia, przygotowanego przez WHO, gdzie stwierdza się, że polityka zdrowotna to „formalne określenie lub określona procedura stosowana w instytucjach, szczególnie w rządzie, w których ustala się priorytety i parametry działania podejmowane w odpowiedzi na potrzeby zdrowotne, biorąc pod uwagę dostępne zasoby i różne polityczne naciski”⁷. W uzupełnieniu, czy rozwinięciu definicji, stwierdza się, że polityka zdrowotna jest często realizowana poprzez akty prawne i inne metody normotwórcze, w których określa się reguły udzielania świadczeń zdrowotnych i realizowania programów zdrowotnych oraz korzystania z tych świadczeń i programów. Metody postępowania, które mogą być w praktyce zastosowane, nie są cechami, mającymi wpływ na znaczenie pojęcia polityki zdrowotnej, ale informacja o nich wzbogaca to znaczenie. Interesujące, że element „nacisków politycznych” nie zawsze jest w dokumentach WHO obecny i autorzy zadowolają się treścią poprzedzającą⁸.

Uznając, że polityka zdrowotna to „proces polityczny (fragment procesu) mający związek ze zdrowiem” warto wysunąć problem stanu świadomości i intencji osób biorących udział w podejmowaniu decyzji o zdrowiu. Może być bowiem tak, że politycy chcą celowo oddziaływać na zdrowie i podejmują wysiłki, by zdobyć informacje o metodach najbardziej skutecznego oddziaływania. Może się jednak zdarzać, i w praktyce ma to niejednokrotnie miejsce, kiedy

⁶ Ritsatakis A. et al. *Using the health for all framework to explore the development of health policy in the European Region of WHO*, in: *Exploring health policy development in Europe*, Edited by: Anna Ritsatakis, Ruth Barnes, Evert Dekker, Patsy Harrington, Simo Kokko, Peter Makara, WHO regional publications. European series; No. 86, WHO 2000, pp. 1-24.

⁷ WHO Health Promotion Glossary, World Health Organization 1998, <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>

⁸ WHO A Glossary of Terms for Community Health Care and Services for Older Persons, World Health Organization Centre for Health Development (WHO Kobe Centre), Japan, 2004, http://www.who.int/kobe_centre/ageing/ahp_vol5_glossary.pdf

politycy interweniują w sprawy, których wpływ na zdrowie jest jedynie pozorny, czy też istnieje w przekonaniach osób zaangażowanych w decyzje. Kiedy zapada decyzja o sfinansowaniu lub niesfinansowaniu szczepień ochronnych przeciw jakiejś chorobie, a skuteczność szczepionki jest wysoce prawdopodobna, to z dużą pewnością można przewidywać, że będzie to miało wpływ na zdrowie. Rzeczywistość działań w sferze zdrowia podejmowanych w różnych krajach, dostarcza jednak licznych przykładów decyzji, których oddziaływanie na zdrowie jest prawdopodobnie znikome lub żadne. Trwająca przez lata euforia związana z oczekiwanymi skutkami wprowadzenia ubezpieczeń zdrowotnych czy późniejszy spór o wady zdecentralizowanych kas chorych versus korzyści wynikające z utworzenia scentralizowanego Narodowego Funduszu Zdrowia to dobre przykłady oczekiwań nie wspartych żadnym empirycznym dowodem.

Na dostępnej na bieżąco stronie WHO można znaleźć inną, składającą się z dwóch części, propozycję definicyjną. W pierwszej części stwierdza się, że polityka zdrowotna „odnosi się do decyzji, planów i działań, które są w społeczeństwie podejmowane po to, by osiągnąć specyficzne cele dotyczące opieki zdrowotnej”⁹. W części drugiej, w następnym zdaniu, wprowadza się termin „jawna polityka zdrowotna” (an explicit health policy), która może dotyczyć różnych spraw: a) definiuje wizję na przyszłość, która pomaga w ustaleniu celów i punktów odniesienia w krótkiej i średniej perspektywie; b) określa priorytety i oczekiwane role różnych grup; c) buduje porozumienie i informuje ludzi (o sprawach dotyczących zdrowia i polityki zdrowotnej). Na dwa aspekty definicji warto zwrócić uwagę. Po pierwsze, jej zakres przedmiotowy. Wbrew własnej, bardzo szerokiej definicji zdrowia, wbrew wieloletniej tradycji poszukiwania czynników warunkujących zdrowie daleko poza sektorem zdrowotnym, w przedstawionej definicji polityka zdrowotna ma się zajmować wyłącznie opieką zdrowotną (health care goals). Nie znajduję żadnego merytorycznego, ani tym bardziej politycznego względu, który mógłby wyjaśniać odstępstwo od poglądu, którego propagowaniu WHO przez lata poświęcała bardzo dużo energii. Po drugie, trudno dociec, skąd wzięta się idea „jawnej” polityki. Domysł, że jest to ten jej członek, który miałby być przeciwstawiany „ukrytej” polityce nie jest przekonywujący. Po trzecie, drugi członek definicji jest natrętnie normatywny. Oczywiście, w rzetelnie prowadzonej polityce zdrowotnej istnieje wizja przyszłego stanu zdrowia i przyszłego systemu zdrowotnego, ale przypadki, kiedy decydenci mają szansę dysponować tego rodzaju konstrukcją są nad wyraz rzadkie. Dobrze jest mieć uporządkowane priorytety, co oznacza głównie proporcje i kolejność finansowania różnych przedsięwzięć, ale w obliczu trwających już od pewnego czasu kłopotów finansowych oraz małej przewidywalności zmian sytuacji epidemiologicznych petryfikacja priorytetów w dłuższych okresach nie jest specjalnie rozsądna. Także dialog z dobrze poinformowanym społeczeństwem jest wielce wskazany – wielu polityków stara się forsować takie podej-

⁹ WHO Health Policy, http://www.who.int/topics/health_policy/en/, czytane 15 sierpnia 2013: “... refers to decisions, plans, and actions that are undertaken to achieve specific health care goals within a society”.

ście. Biorąc jednak pod uwagę prawdopodobieństwo racjonowania świadczeń, zmniejszania zawartości koszyka świadczeń publicznie finansowanych oraz konieczność zwiększania obciążeń finansowych pacjentów – są to zmiany bardzo prawdopodobne – szanse powodzenia dialogu nie są duże. Nie wystarczy poinformować społecznych uczestników konsultacji by przekonać ich, że mieliby zrezygnować z uprawnień, z których już korzystają. Obawiam się zatem, że przydatność zaproponowanej definicji jest ograniczona.

Raz przyjęte sposoby definiowania pojęć są w praktyce WHO traktowane mało konsekwentnie. Prócz bowiem pojęcia „polityki zdrowotnej” stosuje się także pojęcie „krajowych polityk zdrowotnych”. Wbrew oczekiwaniom nie jest to jednak podzakres pierwszego pojęcia, a więc praktyki realizowanej na terytorium jakiegoś kraju, ale konstrukcja samodzielna, która z poprzednio omówionym sensem ma tylko niektóre elementy wspólne. Jak napisano na stronie WHO: „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 ludności¹⁰. W stosunku do powołanej wcześniej propozycji, w tej ostatniej przywrócony zostaje pierwotny, bardzo szeroki zakres pojęcia. Jednocześnie takie elementy procesu, jak wizja, kierunki działań, ustalenia finansowe, które rutynowo zalicza się do części składowych polityki zdrowotnej, tutaj są potraktowane jako efekt jej realizacji.

2. Racjonalność polityki zdrowotnej

Pisząc przed laty o polityce zdrowotnej i nawiązując do wspomnianego wyżej rozróżnienia pomiędzy policy i politics, zaproponowałem rozróżnienie dwóch jej paradygmatów: racjonalistycznego (racjonalnego) i realistycznego. Odnosiłem je do sposobu postrzegania i opisu rzeczywistości i twierdziłem, że charakteryzuje je zasadniczo różny sposób określania i stosowania pojęcia racjonalności oraz celowości działań, odmiennosc spojrzenia na formę obecności państwa w procesie formułowania i prowadzenia polityki zdrowotnej, inny sposób widzenia roli podmiotów niepaństwowych i wykonawców polityki zdrowotnej oraz różnie określany układ relacji między badawczym i praktycznym aspektem polityki zdrowotnej. Mam wrażenie, że współcześnie tego rodzaju dystynkcja jest szeroko przyjmowana w analizach polityki zdrowotnej¹¹. Opisując kwestie racjonalności odwoływałem się do polskiej tradycji prakseologicznej, której przedstawiciele twierdzili, że działanie racjonalne to "działanie przystosowane do okoliczności i w ogóle do wszystkiego, co w sądzie prawdziwym stwierdzić można", jest to "działanie poznawczo ugruntowane"¹². Oznaczało to konieczność spełnienia dwóch warunków. Po pierwsze, powinno umożliwiać reakcje na

¹⁰ WHO National Health Policies, <http://www.who.int/nationalpolicies/en/>

¹¹ Andy Alaszewski and Patrick Brown, *Making Health Policy: A Critical Introduction*, Wiley 2011.

¹² J. Zieleniewski, *Organizacja zespołów ludzkich*, PWN Warszawa, 1964, s. 251.

zdarzenia zachodzące w otoczeniu, albo samo być reakcją na te zmiany. Po drugie, powinno opierać się na prawdziwych sądach o rzeczywistości. Podobne atrybuty działań czy zachowań racjonalnych wskazuje się także w analizach należących do innych dyscyplin i orientacji badawczych. Filozofowie zwracają uwagę na dwa warunki działań racjonalnych:

- dążenie podmiotu do wybranego celu;
- wiedza podmiotu, zgodnie z którą określone aktywności prowadzą do osiągnięcia wybranego celu¹³.

Położenie nacisku na celowość działania tworzy koncepcyjne ramy postrzegania polityki zdrowotnej w kategoriach celu. Element drugi jest związany ze wskazywanym przez prakseologów poznawczym ugruntowaniem działań. Nie ma znaczenia, czy podmiotem aktywności jest jednostka, czy instytucja, co we współczesnej polityce zdrowotnej jest znacznie częstsze.

W poszukiwaniu racjonalności polityki zdrowotnej ważnym punktem odniesienia są ustalenia medyczne¹⁴. Hasło, ale także usystematyzowany sposób postępowania określany jako Evidence Based Medicine, stają się w ostatnich latach coraz szerzej akceptowane i stosowane¹⁵. Nie można zapominać, że bardzo istotnym obszarem jej zainteresowań i oddziaływań jest system medyczny, niekiedy wręcz uznawany za sprawę najważniejszą¹⁶. Dla zwolenników racjonalnej polityki zdrowotnej jest to podejście bardzo atrakcyjne, jeśli zważy się, że sama medycyna z coraz większą intensywnością poszukuje empirycznego uzasadnienia dla swoich działań¹⁷. Mając potwierdzone to uzasadnienie, także dzięki wykorzystywaniu analiz statystycznych, w wielu systemach zdrowotnych wprowadza się standardy postępowania medycznego. To nie tylko wiedza, pamięć i doświadczenie lekarza miały przesądzać o sposobach diagnozowania i leczenia pacjenta, ale uznany przez profesjonalne autorytety algorytm. W jakiejś fazie zarządzania standard bywa przekształcany w normę prawną – taka kolejność działania publicznych podmiotów miała znamionować racjonalną politykę zdrowotną¹⁸. Nie musi to być jednoznaczne z odrzucaniem problemów

¹³ K. Zamiara, *Zachowania*, w: *Filozofia a nauka. Zarys encyklopedyczny*, Ossolineum, Wrocław 1987, s. 759.

¹⁴ N. Biller-Andorno, Lie RK, ter Meulen R. *Evidence-Based Medicine as an Instrument for Rational Health Policy*, *Health Care Anal.* 2002;10(3): 261-75.

¹⁵ *Evidence-Based Medicine. A New Approach to Teaching the Practice of Medicine*, *JAMA* November 4, 1992 Vol. 268, No.17, 2420-2425.

¹⁶ Jedną z definicji WHO wyraźnie na to wskazywała

¹⁷ Piotr Gajewski, Roman Jaeschke, Jan Brożek, *Podstawy EBM czyli medycyny opartej na danych naukowych dla lekarzy i studentów medycyny*, Wydawca: Medycyna Praktyczna, 2008.

¹⁸ Richard E. Leahy, *Rational Health Policy and the Legal Standard of Care: A Call for Judicial Deference to Medical Practice Guidelines*, "California Law Review", Volume 77, Issue 6, 1989: 1483- .http://scholarship.law.berkeley.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1848&context=californialawreview&seiredir=1&referer=http%3A%2F%2Fscholar.google.pl%2Fscholar_url%3Fhl%3Dpl%26q%3Dhttp%3A%2F%2Fscholarship.law.berkeley.edu%2Fcgi%2Fviewcontent.cgi%253Farticle%253D1848%2526context%253Dcalifor

wartości i dylematów etycznych, jakie wiążą się z próbami racjonalizowania polityki zdrowotnej poprzez standaryzowanie działań, kiedy dąży się do wykorzystywania ocen ekonomicznych, takich jak analiza koszt–efekt oraz losowo kontrolowanych badań klinicznych (randomly controlled clinical trial)¹⁹.

Niekiedy uznanie racjonalności polityki zdrowotnej bywa jednoznaczne z jej pozytywną oceną dokonywaną przez polityka lub eksperta, w wielu jednak przypadkach osoba dokonująca oceny ma na myśli takie cechy, jak więcej przejrzystości wobec pacjentów, bardziej intensywne procesy ewaluacyjne, więcej uwagi poświęcanej uzyskiwanym efektom, lepsze warunki wstępne dla zarządzania jakością opartego na dowodach są bezspornymi korzyściami płynącymi z zasady posługiwania się celami zdrowotnymi²⁰. Te wstępne warunki odnoszą się do systematycznego angażowania partnerów, realistycznego i pragmatycznego podejścia w relacjach międzypersonalnych, jednoznacznego powiązania odpowiedzialności z zadaniami, jasnego ustalenia wielkości i rodzaju zasobów, które mogą być wykorzystane w realizacji zadań, wskazania możliwości przeglądania skutków osiągniętych dzięki podejmowanym interwencjom. W tym kontekście racjonalny znaczy tyle, co wykorzystujący w postępowaniu cele zdrowotne.

Cechą racjonalnej polityki zdrowotnej może być jasność kryteriów stosowanych w wyborach dotyczących celów. Cele mogą dotyczyć następstw w dużej skali, jak dostępność do świadczeń dużych grup ludzi, ale mogą też odnosić się do kwalifikowania indywidualnych pacjentów do określonych zabiegów. Jako przykład można tu podać wybór pacjentów do transplantacji w sytuacjach, kiedy są oni uzależnieni od narkotyków²¹. Pojęcie racjonalności w polityce zdrowotnej może odnosić się nie tylko do zasad korzystania z opieki, ale także do warunków wpływających na stan zdrowia dużych grup ludzi. Warunki życia z punktu widzenia jakości środowiska, zamieszkania i odżywiania koniecznie powinny być brane pod uwagę²².

Racjonalność w polityce zdrowotnej – podobnie zresztą jak w uprawianiu innych dyscyplin naukowych – może polegać na przestrzeganiu elementarnych

nialawreview%26sa%3DX%26scisig%3DAAGBfm07jcwLxs0NbbmhlkQwEntXglgg%26oi%3Dscholarr%26ei%3DgJoUo3SEqq0QXxqIHYBQ%26ved%3DOCCsQgAMoADAA#search=%22http%3A%2F%2Fscholarship.law.berkeley.edu%2Fcgi%2Fviewcontent.cgi%3Farticle%3D1848%26context%3Dcalifornialawreview%22

¹⁹ Paul S. Appelbaum, *Clarifying the Ethics of Clinical Research: A Path toward Avoiding the Therapeutic Misconception*, "The American Journal of Bioethics", Volume 2, Number 2, Spring 2002, pp. 22-23.

²⁰ Birgit Weihrauch, *Health Targets as a Means of a Rational Health Policy in North Rhine-Westphalia*, "European Journal of Public Health", Volume 10, Issue suppl 4, 2000: 34-37.

²¹ Erin Minelli and Bryan A. Liang, *Transplant Candidates and Substance Use: Adopting Rational Health Policy for Resource Allocation*, "University of Michigan Journal of Law Reform", Spring, 2011.

²² Eli H. Newberger, Carolyn Moore Newberger, Julius B. Richmond, *Child Health in America: Toward a Rational Public Policy*, *The Milbank Memorial Fund Quarterly* – "Health and Society", Vol. 54, No. 3, Summer 1976, 249-298.

zasad uczciwości²³. Ich zakorzenie w ogólnych normach etycznych jest bezsporne, ale badacz zajmujący się zdrowiem jest wystawiony na szczególne niebezpieczeństwa. Ujawnianie albo równie często nieujawnianie rezultatów badań dotyczących ustalenia zdrowotnych skutków kontaktu z różnymi produktami leży z reguły w interesie różnych grup biznesowych. Koronnym tego przykładem są papierosy, kiedy to firmy tytoniowe blokowały informacje, a nawet sponsorowały badania mające przekonać konsumentów i polityków, że palenie ma pozytywny wpływ na zdrowie. Blokowanie informacji nie jest jedynym problemem. Sam dobór tematów poddawanych analizie, w warunkach, kiedy znacznie łatwiej jest pozyskiwać pieniądze chętnie oferowane przez biznes, a znacznie trudniej przez sponsora zainteresowanego dobrem wspólnym, często wymaga heroizmu. Wybór tematu słabo finansowanego pociąga bowiem za sobą konieczność rezygnacji z wielu korzyści, w tym także z szans własnego awansu lub wspierania macierzystej placówki akademickiej.

Dawna idea przebiegającego prosto procesu kształtowania stanu zdrowia została zastąpiona wieloma modelami wieloczynnikowymi. Od znanego od lat modelu pól zdrowia Marca Lalonde'a²⁴ po liczne modele proponowane i wykorzystywane przez innych badaczy²⁵. Modele, w których czynników oddziałujących na stan zdrowia poszukiwano daleko poza granicami oddziaływań medycznych, były także wykorzystywane w rozwiniętych teoretycznie programach zdrowotnych, takich jak amerykański Healthy People 2020²⁶. Postulat poszukiwania czynników wpływających na zdrowie jest szczególnie akcentowany w stosunku do społecznego otoczenia²⁷. To ważna przesłanka w poszukiwaniu sensu „racjonalności” polityki zdrowotnej, jeśli zważy się intensywność interesowania się tym zagadnieniem tak w środowiskach badawczych, jak i politycznych²⁸. Zwieńczeniem poszukiwań efektywnego identyfikowania czynników

²³ Colin L. Soskolne, *Integrity in Epidemiology as the Science Basic to Rational Public Health Policy: Conflicting Interests at Work*, Inaugural Conference of the Society for the Advancement of Science in Africa (SASA), University of Limpopo, Polokwane, South Africa, April 25-28, 2013. <http://www.colinsoskolne.com/documents/Soskolne-SASA,Polokwane,April34-28,2013.pdf>

²⁴ Marc Lalonde A New Perspective on the Health of Canadians, Ottawa, Minister of National Health and Welfare, April 1974, <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>

²⁵ Evans RG, Barer ML, Marmor TR, eds. *Why Are Some People Healthy and Others Not?: The Determinants of Health of Populations*. New York: Aldine de Gruyter; 1994

²⁶ About Healthy People, <http://www.healthypeople.gov/2020/about/default.aspx>

²⁷ Babar T. Shaikh, *Understanding Social Determinants of Health Seeking Behaviours, Providing a Rational Framework for Health Policy and Systems Development*, “Journal of Pakistan Medical Association”, (bez daty), http://www.jpma.org.pk/full_article_text.php?article_id=1284

²⁸ WHO Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health, the Commission on Social Determinants of Health, Geneva 2008, także Rio Political Declaration on Social Determinants of Health, World Conference on Social Determinants of Health, Rio de Janeiro, Brazil, 21 October 2011, http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration.pdf

warunkujących stan zdrowia jest procedura Health Impact Assessment (ocena skutków zdrowotnych – HIA)²⁹. Dzięki stosowaniu HIA możliwe jest dostrzeżenie potencjalnych następstw zdrowotnych – tak korzyści, jak i strat – interwencji podejmowanej w jakiegokolwiek dziedzinie i niezależnie od tego, kto jest podmiotem działającym³⁰. Rzetelność ustaleń, które można poczynić w ramach HIA, zależy bezspornie od jakości modeli, dzięki którym poszukuje się zależności między tymi czynnikami i stanem zdrowia.

Jednym z bardzo ważnych problemów, które muszą być podejmowane przez politykę zdrowotną, są kwestie związane z technologiami medycznymi. Powszechnie uważa się, że rozwój nowych technologii jest jedną z przyczyn lawinowego wzrostu wydatków na zdrowie³¹. Jeśli zasadny jest pogląd, że „rząd nie może sobie pozwolić na finansowanie każdej nowej technologii medycznej”³², to decyzje na temat wyboru technologii, które powinny być zakupione, musi być podejmowana racjonalnie. Odpowiedzią na tak sformułowany postulat jest procedura określana jako Oceny technologii zdrowotnych (Health Technology Assessment – HTA). Panuje powszechna zgoda co do tego, że HTA powinna służyć bardziej racjonalnemu podejmowaniu decyzji przyczyniających się do poprawy stanu zdrowia dzięki sprawnej działającej opiece zdrowotnej³³. Konkludując, racjonalna polityka zdrowotna to taka, w której HTA jest wykorzystywana na możliwie szeroką skalę, a przygotowane wnioski są podstawą rzeczywiście podejmowanych decyzji. Niemniej wskazać należy, że nadzieje związane z HTA, że procedura ta zawsze służy racjonalizacji decyzji, są przez niektórych przyjmowane sceptycznie. Biorąc pod uwagę, że w HTA zawsze

²⁹ John Kemm, *What is HIA and why it Might be Useful? w: The Effectiveness of Health Impact Assessment. Scope and limitations of supporting decision making in Europe*, Edited by M. Wismar, J. Blau, K. Ernst, J. Figueras, European Observatory on Health Systems and Policies, The Crommwell Press, Wilts, 2007: 3-14, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/98283/E90794.pdf

³⁰ NHS Executive a Short Guide to Health Impact Assessment, Informing Healthy Decisions, Commissioned by NHS Executive, London, August 2000, www.londonhealth.gov.uk/pdf/hiaguide.pdf

³¹ Kenneth E. Thorpe, Curtis S. Florence and Peter Joski, *Which Medical Conditions Account For The Rise In Health Care Spending?* Health Affairs, Project HOPE – The People – to - People Health Foundation, Inc., 25 August 2004, <http://www.northstarhealth.com/articles/thorpe-article1.pdf>, Sorenson, Corinna, Drummond, Michael and Bhuiyan Kahn, Beena (2013) *Medical technology as a key driver of rising health expenditures: disentangling the relationship*. ClinicoEconomics and outcomes research, 2013 (5). pp. 223-234, http://eprints.lse.ac.uk/48043/1/Sorenson_Medical_technology_key_2013.pdf

³² Review of Health Technology Assessment in Australia, December 2009, [http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/00E847C9D69395B9CA25768F007F589A/\\$File/hta-review-report.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/00E847C9D69395B9CA25768F007F589A/$File/hta-review-report.pdf)

³³ Marcial Velasco Garrido, Finn Børllum Kristensen, Camilla Palmhøj Nielsen, Reinhard Busse Introduction, w: Marcial Velasco Garrido, Finn Børllum Kristensen, Camilla Palmhøj Nielsen and Reinhard Busse *Health technology assessment and health policy-making in Europe. Current status, challenges and potential*, European Observatory on Health Systems and Policies, 2008, 1-4.

uczestniczą reprezentanci tych grup, których sytuacja określana jest przez bilans zysków i strat ulegających zmianie pod wpływem stosowania nowych technologii, trudno liczyć na ich bezstronność. Może więc się okazać, że interesy grupowe mogą wywierać większy wpływ na orzeczenia HTA, niż chłodno wyważane „obiektywne” czy „racjonalne” argumenty³⁴.

Racjonalność polityki zdrowotnej może też być interpretowana jako silne poparcie „naukowej” medycyny krajów zachodnich i przeciwstawienie się różnym alternatywnym terapiom poszukiwanym zwłaszcza przez ludzi rozczarowanych medycyną naukową. Interesujące, że stanowisko takie jest akceptowane w środowiskach medycznych wielu krajów, na przykład takich jak Kanada³⁵ i Polska³⁶, a więc funkcjonujących w dalece odmiennych warunkach. Pojęcie racjonalności jest traktowane jako synonim naukowej sensowności, przeciwstawianej zabobonnym przesądom na temat skuteczności tradycyjnie akceptowanych metod postępowania.

W nawiązaniu do nurtu, w którym szuka się badawczego uzasadnienia interwencji medycznych, głoszone są koncepcje stosowania tej samej zasady w odniesieniu do rozwiązań w ramach polityk publicznych – evidence based public policy. Postulaty te są z jednej strony adresowane do badaczy, by poszukiwali rzetelnych uzasadnień interwencji, które mogą być podejmowane, a z drugiej strony do decydentów, by korzystali z dostępnych ustaleń³⁷. Idea popularyzowania rzetelnie uzasadnionych propozycji zyskiwała szeroki krąg zwolenników³⁸. Postulaty, które początkowo traktowano bardziej jako pobożne życzenia, były przenoszone do praktyki, o czym świadczy inicjatywa administracji Prezy-

³⁴ Mary Wiktorowicz, Raisa Deber, *Regulating Biotechnology: a Rational-Political Model of Policy Development*, „**Health Policy**”, Volume 40, Issue 2, Pages 115-138, May 1997.

³⁵ Charakterystyczny cytat: „It is time for the scientific community to stop giving alternative medicine a free ride.” Canadians for rational health policy (bez daty), <http://www3.bc.sympatico.ca/think/>

³⁶ Stanowisko Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 4 kwietnia 2008 r. w sprawie stosowania homeopatii i pokrewnych metod przez lekarzy i lekarzy dentyistów oraz organizowania szkoleń w tych dziedzinach; należy odnotować, że Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów nakazał zaniechanie jej stosowania. Decyzja Nr DOK - 6/2011, Warszawa, dnia 25 lipca 2011 r., http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:tN8QvhcGNfkJ:decyzje.uokik.gov.pl/dec_prez.nsf/xsp/.ibmmodres/domino/OpenAttachment/dec_prez.nsf/1E08E0E526BF445AC12578DA0053CCDC/Body/Decyzja%2520nr%2520DOK%25206_2011%2520z%2520dnia%252025%2520lipca%25202011%2520r.pdf+%&cd=9&hl=pl&ct=clnk&gl=pl&client=firefox-a

³⁷ G. Banks, 2009, ‘Evidence-based policy-making: What is it? How do we get it?’, ANZSOG Public Lecture, 4 February, http://www.pc.gov.au/__data/assets/pdf_file/0003/85836/cs20090204.pdf

³⁸ Ken Young, Deborah Ashby, Annette Boaz and Lesley Grayson, *Social Science and the Evidence-based Policy Movement, Social Policy and Society/ Volume 1/Issue 03/ July 2002*, pp 215-224, <http://journals.cambridge.org/action/displayFulltext?type=1&fid=110010&jid=SPS&volumeId=1&issueId=03&aid=110009>

denta Obamy, będąca fragmentem większej całości³⁹. W inicjatywie podjęto dwa problemy należące do kompetencji polityki zdrowotnej: cięższe nastolatki i opieka zdrowotna w miejscu zamieszkania. Było oczywiste, że postulat kierowany do wszystkich polityk publicznych miał szczególne znaczenie dla polityki zdrowotnej, do której analogiczne sugestie docierały już wcześniej ze strony medycyny.

3. Kierunek zależności przyczynowych

W stabilnych społeczeństwach ceni się zdrowie w znacznej mierze dlatego, że jest warunkiem życia satysfakcjonującego, choć raczej nie w sensie areté (ἀρετή), ale raczej codziennych przyjemności. Jeśli zdrowie jest narzędziem ważnym, to naturalne jest dążenie do ustalenia czynników mających nań wpływ, zwłaszcza pozytywny. Stąd gotowość konstruowania modeli uwarunkowań stanu zdrowia – była o nich mowa wcześniej – w których zdrowie jest zmienną wynikową, uzależnioną od wielu, a niekiedy bardzo wielu czynników lokowanych w samym człowieku i jego otoczeniu. Niekiedy jednak pojawiają się wątpliwości, czy nie bywa tak, że to zdrowie i jego stan wpływają na różne parametry zewnętrznej, społecznej czy ekonomicznej rzeczywistości. Takie wątpliwości były przedstawiane przez niektórych ekonomistów i dają się one ujawnić w tekstach dotyczących problemu nierówności w zdrowiu, jednego z najbardziej znaczących zagadnień współczesnej polityki zdrowotnej.

W pierwszym, słynnym opracowaniu należącym do tego nurtu, w Rapocie Black'a przedstawiono hipotezę, która mogła wyjaśniać związki między stanem zdrowia i położeniem społecznym (klasowym) ludzi należących do różnych warstw społecznych⁴⁰. W hipotezie tej przyjęto, że czynnikiem przesądzającym o znalezieniu się w upośledzonej grupie społecznej był zły stan zdrowia, który utrudniał lub uniemożliwiał zdobycie dostatecznie wysokiego wykształcenia i znalezienie dobrze płatnej pracy. Analogicznie, dobry stan zdrowia sprzyjał awansowi społecznemu. Niektórym osobnikom, tym zdrowszym i lepiej zmotywowanym, ich jednostkowe przymioty pozwoliły na awans. W tym samym czasie osoby mniej zdrowe i mniej uzdolnione znalazły się w grupach o niższym statusie społecznym. Przy przyjęciu takiego modelu wyjaśniania, zróżnicowanie w stanie zdrowia było postrzegane jako czynnik wyjaśniający istnienie wielu różnych odmienności między przedstawicielami różnych grup społecznych. Wprawdzie hipoteza naturalnej selekcji nie została podtrzymana w dalszych

³⁹ Jon Baron and Ron Haskins, *The Obama Administration's Evidence-Based Social Policy Initiatives: An Overview*, April, 2011, <http://www.brookings.edu/research/articles/2011/04/obama-social-policy-haskins>, oraz Evidence for Social Policy and Practice. Perspectives on how research and evidence can influence decision making in public services, April 2011, http://www.nesta.org.uk/library/documents/Expert_Essays_webv1.pdf

⁴⁰ The Black Report: inequalities in health report of a research working group, dhss 1980, <http://www.sochealth.co.uk/public-health-and-wellbeing/poverty-and-inequality/the-black-report-1980/>

analizach⁴¹, to możliwość tego rodzaju interpretacji zależności przyczynowych, w których zdrowie jest postrzegane jako zmienna niezależna, powinna być brana pod uwagę.

Przekonanie, że występuje wyraźna zależność między bogactwem kraju i wielkością wydatków zdrowotnych, mierzonych zarówno procentem produktu krajowego, jak i wartością w porównywalnych walutach, jest szeroko rozpowszechnione. Jest ono elementem społecznej świadomości, ale znajduje potwierdzenie w wielu badaniach. „Wyższy poziom narodowego bogactwa (mierzonego wielkością PKB per capita) współwystępuje zwykle z dłuższym oczekiwanym trwaniem życia w chwili urodzin” stwierdza się w jednym z raportów⁴². Nie są to incydentalnie uzyskiwane wyniki. W przygotowanym przez WHO raporcie przedstawia się koncepcję określaną jako „krzywa Prestona”, pozwalającą twierdzić, że w skali świata jest tak, że w krajach bardzo biednych oczekiwane trwanie życia jest krótkie, a w krajach bogatych ludzie żyją długo albo bardzo długo⁴³. Są jednak pewne fakty kłopotliwe, utrudniające jednoznaczną odpowiedź na pytanie, co od czego zależy. Po pierwsze, zależność nie jest liniowa. Może być tak, że dany kraj, niezależnie od stanu zamożności, przeznaczają mało środków na zdrowie, a obywatele są zdrowi i żyją stosunkowo długo. Przykładem jest wydający mało Tadżykistan, który ma rezultaty zdrowotne porównywalne z wydającymi bardzo dużo bogatymi Stanami Zjednoczonymi. Podobnie wydająca mało, choć bogata, jest Finlandia, która uzyskuje bardzo dobre rezultaty zdrowotne. Przykład amerykański jest pod tym względem bardzo przekonujący⁴⁴. Problem zdrowotny polega tam nie tylko na stosunkowo krótkim trwaniu zdrowego życia obywateli USA, zwłaszcza w grupach społecznie upośledzonych, ale także na częstszym występowaniu, niż w innych krajach rozwiniętych, takich schorzeń jak choroby serca, astma, nowotwory, osteoporoza. Nie wspominając o lęku osób nieubezpieczonych o przyszłe bezpieczeństwo finansowe rodziny w wypadku pojawienia się schorzenia wymagającego kosztownego leczenia. Druga wątpliwość jest teoretycznie poważniejsza. W powszechnym przekonaniu, siłą sprawczą zmian była sytuacja ekonomiczna – bogactwo kraju. Dzięki pieniądзом pozwalającym podnosić poziom życia, wzbogacać dietę, rozbudowywać infrastrukturę i zachęcać ludzi do prozdrowotnych zachowań, a także rozwijać działania opieki medycznej – ludzie są zdrowsi i żyją dłużej. Sposób dowodzenia można jednak zmienić i kierunek zależności

⁴¹ Richard Wilkinson on the Black Report 2005, <http://www.sochealth.co.uk/public-health-and-wellbeing/poverty-and-inequality/the-black-report-1980/the-black-report-health-inequalities-25-years-on/professor-richard-wilkinson-on-the-black-report/>

⁴² OECD (2011), „Life expectancy at birth”, in *Health at a Glance 2011: OECD Indicators*, OECD Publishing. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-4-en

⁴³ Closing the gap in a generation Health equity through action on the social determinants of health, Commission on Social Determinants of Health, final report, 2008, s. 37.

⁴⁴ D. Carey, B. Herring, P. Lenain. *Health Care Reform in the United States*, *Organisation for Economic Co-operation and Development*, 06-Feb-2009, Economics Department Working Paper no. 665. <http://lysander.sourceoecd.org/vl=16683430/cl=20/nw=1/rpsv/cgibin/wppdf?file=5ksnw5ghd45c.pdf>

przyczynowych może być odwrócony: to zdrowie jest warunkiem umożliwiającym osiągnięcie lepszego życia i to dzięki zdrowiu swoich obywateli społeczeństwa – i gospodarki – stają się bardziej twórcze i produktywne. Kreatywność ludzi, ich zaangażowanie i aktywność umożliwiają rozwój i prowadzą do bogactwa i dobrobytu. W warstwie idei takie stawianie sprawy nie jest niczym nowym ani zaskakującym.

W dokumencie przygotowanym dla Dyrektora Generalnej WHO na temat zależności między zdrowiem i bogactwem przywołana została ludowa mądrość, obecna w wielu kulturach, mówiąca, że „zdrowie to bogactwo” (health is wealth), a zdrowie jest najbardziej obiecującym wkładem, jaki można czynić na rzecz bogactwa⁴⁵. Traktowanie zdrowia – nakładów na zdrowie – jako inwestycji datuje się prawdopodobnie od początku lat 60., kiedy powstawały teoretyczne zręby koncepcji kapitału ludzkiego. Jedna z autorek użyła wtedy tego terminu wskazując, że jednostka zdrowa i wykształcona może być znacznie bardziej produktywna, niż osoba chora będąca ignorantem, z czego płyną oczywiste korzyści dla społeczeństwa⁴⁶. Idea traktowania zdrowia jako składnika kapitału ludzkiego była rozwijana przez wielu badaczy. W jednym z opracowań znalazło się twierdzenie, że „inwestycje w zdrowie mają bezpośredni wpływ na wydajność uzyskiwanych w jednostce czasu efektów (productivity per unit time), a przez to na wzrost gospodarczy. Osoby zdrowsze mogą być bardziej produktywne (wydajne)...”⁴⁷. Takie postrzeganie problemu przyjął David Byrne, Komisarz UE zajmujący się sprawami zdrowia, kiedy jednoznacznie sugerował, że wydatki na zdrowie powinny być traktowane jako inwestycja, a nie konsumpcja⁴⁸. Powołując się na ustalenia WHO oświadczył, że 10-procentowe wydłużenie oczekiwanego trwania życia owocuje wzrostem ekonomicznym w wysokości 0,35% rocznie. Autorytet urzędu autora tych konkluzji pozwala twierdzić, że teza o pozytywnym wpływie dobrego zdrowia na wzrost gospodarczy jest nie tylko składnikiem twierdzeń naukowych, ale także formułą akceptowaną w obiegu politycznym. Choć to ostatnie znacznie bardziej w sferze deklaracji, aniżeli wtedy, kiedy należy podejmować decyzje gospodarcze, a w zbliżających się wyborach dobre intencje polityka strategicznie myślącego o zdrowiu, ale wprowadzającego doraźne utrudnienia, mogą nie być docenione.

⁴⁵ Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development, Report of the Commission on Macroeconomics and Health *Chaired by Jeffrey D. Sachs, Presented to Gro Harlem Brundtland, Director-General of the World Health Organization, on 20 December 2001* <http://whqlibdoc.who.int/publications/2001/924154550x.pdf>

⁴⁶ Selma J. Mushkin, *Health as an Investment*, “Journal of Political Economy”, Vol. 70, No. 5, Part 2: Investment in Human Beings (Oct., 1962), pp. 129-157. <https://extranet.uj.edu.pl/stable/pdfplus/,DanaInfo=www.jstor.org+1829109.pdf?acceptTC=true>

⁴⁷ J.R. Behrman, *Health and Economic Growth: Theory, Evidence and Policy*. w: *Macroeconomic, Environment and Health*, WHO Geneva 1993: 21-62, s.21.

⁴⁸ David Byrne (Commissioner for Health and Consumer Protection) *Enabling Good Health For All. A reflection process for a new EU health strategy*, European Communities, 2004. http://ec.europa.eu/health/archive/ph_overview/documents/pub_good_health_en.pdf

Innym obszarem, na którym poszukiwać można przykładów wątpliwości co do kierunku oddziaływania różnych zjawisk, są problemy związane z pracą. Takie kwestie, jak warunki pracy i zatrudnienia czy bezrobocie, są rutynowo postrzegane jako czynniki ryzyka, które w wielu przypadkach – widocznych w analizach statystycznych – wpływają na zdrowie⁴⁹. Kiedy przybierają one kształt negatywny, ich wpływ na zdrowie jest szkodliwy. Wchodząc w pewne sprawy bardziej szczegółowe, stwierdzić można, że na ogół, kiedy bada się związki pomiędzy niepewnością zatrudnienia i stanem zdrowia, to tej pierwszej przypisuje się rolę sprawczą: poczucie zagrożenia prowadzi do stresu i pogarszania się zdrowia fizycznego i psychicznego⁵⁰. Tymczasem możliwe jest także domniemywanie, że to zły – gorszy niż przeciętny – stan zdrowia skłania pracodawców do oferowania „śmieciowego” zatrudnienia osobom, które z punktu widzenia prosperowania przedsiębiorstwa nie są najbardziej obiecujące.

W bardzo wielu badaniach dotyczących związków między bezrobociem i zdrowiem temu pierwszemu przypisuje się rolę złowieszczą. W efekcie utraty pracy bowiem stan zdrowia pogarsza się tak znacznie, że prawdopodobieństwo przedwczesnego zgonu zwiększa się bardziej niż o połowę w porównaniu z osobami zatrudnionymi⁵¹. Autorzy badania nie mieli wątpliwości, że w kształtowaniu tych zależności działają uwarunkowania przyczynowe i bezrobocie powinno być potraktowane jako źródło późniejszych negatywnych konsekwencji. Przypuszczenie, że zły stan zdrowia albo perspektywę pogarszania się zdrowia, pracodawcy postrzegali jako motyw zwolnienia pracowników, nie było przez badaczy brane pod uwagę.

Podsumowując ten fragment rozważań, z całym przekonaniem podkreślam, że zasygnalizowane wątpliwości dotyczące kierunku zależności przyczynowych, kiedy zdrowie traktuje się jako efekt różnych procesów, nie są równoznaczne z tezą, że to zdrowie jest sprawcą tego, co się w otoczeniu dzieje. Zdrowie bywa przyczyną jednostkowych losów w życiu lub w pracy, bywa też czynnikiem pozwalającym wyjaśniać zjawiska w skali makro, ale zawsze musi być postrzegane jako jeden z bardzo wielu czynników współkształtujących rzeczywistość. Wydaje się to oczywiste, ale kłopot polega na tym, że polityka zdrowotna, jak każda polityka publiczna czy społeczna, będąc dyscypliną praktyczną, mającą ambicje oddziaływania na rzeczywistość, oczekuje rozstrzygnięć jednoznacznych. Polityka zdrowotna, zamierzająca wpływać korzystnie na różne aspekty położenia ludzi, chciałaby wiedzieć, co od czego zależy. Wtedy oddziałując na przyczynę będzie można kształtować skutki.

⁴⁹ *Social Determinants of Health: the Solid Facts*. 2nd edition /edited by Richard Wilkinson and Michael Marmot, WHO 2003.

⁵⁰ Krisztina D. László et al. Job insecurity and health: A study of 16 European countries, *Soc Sci Med*. 2010, March; 70(6-3): 867–874, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2845821/>

⁵¹ David J. Roelfs, Eran Shor,; Karina W. Davidson, Joseph E. Schwartz, *Losing Life and Livelihood: A Systematic Review and Meta-Analysis of Unemployment and All-Cause Mortality*, “Social Science & Medicine” Volume: 72, Issue: 6, March, 2011, pp. 840-854.

4. Porządkowanie sekwencji działań

Jedną z koncepcji wykorzystywanych w analizach polityki publicznej, także zdrowotnej, jest wskazywanie kolejnych etapów postępowania, jakie powinna przebywać polityka zdrowotna. Idea ta może być wiązana z normatywnym podejściem do praktycznych poczynań podejmowanych przez inicjatorów jakiejś aktywności i przedstawiać postulaty kierowane pod ich adresem. W takim przypadku można mieć do czynienia z receptą, której zastosowanie dawałoby szanse przygotowania czy wdrożenia „lepszego”, „bardziej racjonalnego” polityki. Idea etapów może być także traktowana jako postulat metodologicznego porządkowania rzeczywistych procesów, które faktycznie przebiegały w sposób znacznie bardziej chaotyczny. Wprowadzanie ładu w uporządkowanej rzeczywistości może być przydatne w opisie i gromadzeniu dokumentacji na temat wydarzeń, może także być wykorzystywane w procesie samouczenia się instytucji biorących udział w różnych inicjatywach, z nadzieją, że w przyszłości mogą one być podejmowane bez popełniania błędów. Koncepcja ta była przedstawiana w wielu wariantach.

W najprostszym podziale wyróżnia się dwie fazy: przygotowania polityki i jej implementacja. Częściej jednak badacze starają się wskazać więcej szczegółów tego, co się faktycznie dzieje – lub może dziać. Może to prowadzić do wizji procesu siedmioetapowego⁵²: (1) ustalenia, co jest problemem do rozwiązania (issue/problem identification); (2) ustalenia, co jest celem interwencji (specification of objectives); (3) przygotowania wariantów postępowania (development of possible options); (4) wyboru wariantu działania uznanego za najlepszy (choice of preferred option); (5) podjęcia decyzji (policy decision making); (6) przygotowania strategii wdrażania (design of implementation strategy); (7) przeglądu podjętych działań i ich korekty (policy review and reformulation).

Dla problemów specyficznych dla polityki zdrowotnej charakterystyczna była lansowana w swoim czasie przez WHO koncepcja zarządzania na rzecz zdrowia (*Managerial Process for National Health Development*)⁵³. Wyróżniono w niej następujące fazy postępowania: ustalenie priorytetów zdrowotnych i zasad ich porządkowania; (1) ramowe programowanie (przełożenie celów na programy zdrowotne); (2) przetwarzanie strategii i planów na programy szczegółowe; (3) wdrażanie (z troską o skuteczność i efektywność); (4) ewaluacja i (ewentualnie) reprogramowanie. Odrębnym nurtem aktywności, realizowanym stale, łącznie z realizacją kolejnymi fazami postępowania, miało być pozyskiwanie informacji oraz budżetowanie. Obydwa te działania były warunkiem sensownego podejmowania decyzji.

⁵² Joan Corkery, Anthony Land and Jean Bossuyt, *The Process of Policy Formulation Institutional Path or Institutional Maze?* European Centre for Development Policy Management, December 1995, [http://www.ecdpm.org/Web_ECDPM/Web_Content/Download.nsf/0/ED2FA8DD08900C60C12571180055BE12/\\$FILE/PMR3E.pdf](http://www.ecdpm.org/Web_ECDPM/Web_Content/Download.nsf/0/ED2FA8DD08900C60C12571180055BE12/$FILE/PMR3E.pdf)

⁵³ *Managerial Process for National Health Development*. Guiding Principles for Use in Support of Strategies for Health for All by the Year 2000, WHO Geneva 1981, <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800054.pdf>

Wśród stanowisk przedstawianych bardziej współcześnie popularna stała się reguła wskazywania czterech faz: budowanie agendy, formułowanie polityki, wdrożenie i ocena całego przedsięwzięcia⁵⁴. Budowanie agendy jest zagadnieniem porządkowania spraw, z którymi społeczeństwo ma do czynienia. Tylko niektóre spośród wielu z nich mogą zostać uznane za kwestie ważne i godne zajęcia się nimi. W fazie formułowania polityki parlament, rząd lub inne upoważnione podmioty określają treść działań, które mają być podjęte, z intencją rozwiązania problemu. W fazie implementacji, rząd i organy administracji wdrażają w życie – stosując instrumenty, które mają do dyspozycji – postanowienia przyjętej polityki. W fazie ewaluacji ocenia się uzyskane zamierzone i niezamierzone efekty. Niektórzy badacze proponują, by wykorzystywać metodę przedstawioną przez Eugene’a Bardacha w wersji, w której wyróżnia się osiem faz: (1) definiowanie kontekstu (define the context); (2) wskazanie problemu (problemów) do rozwiązania (state the problem); (3) poszukiwanie dowodów dotyczących zależności przyczynowych (search for evidence); (4) rozważanie różnych opcji rozwiązania problemu (consider different policy options); (5) przewidywania dotyczące rezultatów (project the outcomes); (6) przygotowanie kryteriów oceniania (apply evaluative criteria); (7) ocena efektów (weigh the outcomes); (8) podjęcie decyzji (make the decision)⁵⁵.

Wpływ koncepcji Eugenéa Bardacha na strukturalizację procesu politycznego, jego podział na etapy, jest bardzo istotny. Koncepcja ta jest przedstawiona przez autora jako ścieżka ośmioetapowa (the Eightfold Path)⁵⁶. Zgodnie z oryginalną wersją składa się ona z następujących elementów: (1) zdefiniuj problem (define the problem); (2) zbierz rzetelne informacje o zależnościach przyczynowych (assemble some evidence); (3) przygotuj alternatywne działania (construct the alternatives); (4) dobierz kryteria, które mają być wykorzystane w ocenie (select the criteria); (5) zaprojektuj rezultaty (project the outcomes); (6) rozważ obszary konfliktów, kiedy występują skutki pozytywne i negatywne (confront the trade-offs); (7) podejmij decyzję (decise); (8) opowiedz, co się zdarzyło (tell your story).

Przyczyny rozbieżności między dwiema wersjami koncepcji przypisywanej Bardachowi są dla mnie niejasne, ale sam pomysł wprowadzania ładu w chaotyczną rzeczywistość – pozostaje.

54 Gill Walt et al. ‘Doing’ health policy analysis: methodological and conceptual reflections and challenges, *Health Policy Plan.* (2008) 23 (5): 308-317, <http://heapol.oxfordjournals.org/content/23/5/308.full>

55 T. Collins, *Health Policy Analysis: a Simple Tool for Policy Makers*, “Public Health” Vol: 119 Issue: 3, March, 2005.

56 Eugene Bardach, *A Practical Guide for Policy Analysis: The Eightfold Path to More Effective Problem Solving*, Chatham House Publishers, Seven Bridges Press, 2000 [cur-sos.campusvirtualsp.org/mod/resource/view.php?](http://sos.campusvirtualsp.org/mod/resource/view.php?)

5. Głos społeczności

Wprowadzanie w życie jakiegokolwiek reformy instytucji czy programu polityki społecznej (publicznej) powinno być podejmowane i przygotowywane w sposób, który umożliwi obywatelom zabranie głosu w sprawach, które mogą ich w jakikolwiek sposób dotyczyć⁵⁷. Postulat taki dotyczy wszelkich form aktywności publicznej, a w kwestiach ochrony zdrowia od dawna formułowane są postulaty włączania obywateli i pacjentów w podejmowanie decyzji dotyczących polityki zdrowotnej, co było akcentowane zwłaszcza w strategii „Zdrowie dla wszystkich”, gdzie jest mowa o uczestniczącym rozwoju w sprawach zdrowia⁵⁸. Jednym z ważnych obszarów, na których postuluje się udział różnych środowisk społecznych w przewidywaniu skutków zdrowotnych różnych interwencji, jest procedura Health Impact Assessment, o której była już wcześniej mowa⁵⁹. Powstaje wtedy szansa rozwiania wątpliwości i obaw, żywionych przez społeczność znajdujące się pod wpływem wdrażania interwencji. Często lęki tego rodzaju mają charakter merytorycznie nieuzasadniony, oparte są na plotkach, ale w życiu społecznym nabierają realnego wymiaru. Ich przewyciężenie otwiera możliwość, może być zachętą, do mobilizowania poparcia społeczności, przez wykazanie pozytywnych rezultatów zdrowotnych, mogących wynikać z wdrożenia interwencji. Współcześnie, wraz ze wzrostem oczekiwań dotyczących demokratyzowania procesów decyzyjnych, wymagania obywateli odnośnie do możliwości zapoznawania się z ważnymi pytaniami i możliwościami poszukiwania odpowiedzi na nie są coraz większe, a sfera zdrowia i jego ochrony znajdują się z pewnością w centrum uwagi⁶⁰. Jednak szerszy udział ludzi nie związanych zawodowo z systemem zdrowotnym, aby był sensowny i zgodny pokładanymi w nim oczekiwaniami, powinien spełniać kilka warunków wstępnych.

Po pierwsze, ważne jest, kto zostaje zaproszony. Uczestnicy dyskusji czy konsultacji powinni reprezentować szerokie spektrum środowisk zróżnicowanych pod względem poziomu edukacji, wieku, dochodu, zawodu czy miejsca zamieszkania.

⁵⁷ Fay Lomax Cook, *The Need for Public Deliberation: Giving the Public Voice on Affordable, Health Insurance*, „*Journal of Health Politics, Policy and Law*”, Vol. 36, No. 5, October 2011.

⁵⁸ “Participation and accountability of individuals, groups, institutions and communities for continued health development” oraz “participatory health development process that involves relevant partners for health at home, school and work and at local community and country levels, and that promotes joint decision-making, implementation and accountability” European Health for All Series No.5, Health 21. An introduction to the health for all policy framework for the WHO European Region, WHO 1999, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/109759/EHFA5-E.pdf

⁵⁹ Michael Shepherd, Chloe Chadderton Local Voices: The potential for HIA in raising the bar on public participation. <http://si.easp.es/eis2011/wp-content/uploads/2011/04/Participation-and-HIA.pdf>

⁶⁰ Grogan, C., and M. K. Gusmano, *Healthy Voices, Unhealthy Silence: Advocacy and Health Policy for the Poor*. Washington, DC: Georgetown University Press, 2007.

Drugi warunek to zaopatrzenie uczestników w dokładną, obiektywną informację o zagadnieniu, które ma być przedmiotem rozważań. Niedokładna lub niedostateczna informacja zwykle doprowadza do zubożenia dyskusji albo otwiera drogę emocjom, zamiast wskazywania problemów.

Trzeci warunek dotyczy swobody wypowiedzania krytycznych opinii, zarówno wobec autorów przedstawianych propozycji, jak i wpływowych grup, które mogą być bezpośrednio zainteresowane skutkami podejmowanych decyzji. Bez spełnienia takiego wymogu istnieje obawa, że jakieś ważne opinie, a także niepokoje i zagrożenia nie zostaną przedstawione, prowadząc do zakłóceń w fazie dalszych prac.

O ile trzy przedstawione czynniki mają charakter przede wszystkim techniczny, o tyle niezwykle istotne jest zaistnienie warunku związanego bardziej z tradycją i tym, co nazywane bywa kulturą dialogu. Rzecz w tym, że organizowanie publicznej debaty i wsłuchiwanie się w głosy ludzi bezpośrednio zainteresowanych powinno odbywać się z nastawieniem na poszukiwanie porozumienia i zgody. Na ogół, w sytuacji współczesnych społeczeństw musi się to odbywać drogą kompromisów, niemożliwych do osiągnięcia bez wzajemnych ustępstw. Gotowość do rezygnacji z części własnych postulatów i interesów wymaga bezwzględnego uznania, że inni, ci o odmiennych poglądach i interesach, mogą mieć rację. W polskich dyskusjach postawa taka nie jest mocno zakorzeniona.

Zamiast konkluzji



Źródło: Ministerstwo Zdrowia. Strategia Zdrowia. *Reforma systemu lecznictwa 2012-2015*, 22 marca 2013, http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/prezent_decentnfz_20130322ppp.pdf

Polskie koncepcje reformatorskie, już zrealizowane i dopiero zamierzone, zostały wymienione i scharakteryzowane w prezentacji przygotowanej przez Ministerstwo Zdrowia⁶¹. Zamieszczony tam schemat przedsięwzięć jest przedstawiony powyżej.

⁶¹ Ministerstwo Zdrowia. Strategia Zdrowia. *Reforma systemu lecznictwa 2012-2015*, 22 marca 2013, http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/prezent_decentnfz_20130322ppp.pdf

Obawiam się, że żadne z ministerialnych przedsięwzięć nie jest efektem decyzji podjętych w ramach takiego procesu, który można określić jako posiadający w dostatecznym stopniu cechy racjonalnej polityki zdrowotnej służącej zdrowiu. Łatwo wskazać można braki w zdefiniowaniu problemu, który ma być rozwiązywany, kłopoty z ustaleniem celu, który ma być osiągnięty, rezygnację z sekwencyjności działań, przypadkowość doboru stosowanych narzędzi i zaniechanie dialogu z zainteresowanymi środowiskami. Wszystko to odbywało się z pominięciem szerszego kręgu odniesienia, w którym określa się nie tyle „docelowy model systemu zdrowotnego” – co uważam za niemożliwe – ale wskazuje się, opisany w kategoriach wartości, kierunek kształtowania życia społecznego. Bez takiej ramy uprawianie racjonalnej polityki zdrowotnej służącej zdrowiu nie jest chyba możliwe.