

Wprowadzenie

Problematyka ochrony zdrowia zajmuje wiele miejsca w teorii i praktyce chyba wszystkich krajów świata. Wynika to z faktu, że człowiek jest obecny we wszystkich tzw. obszarach życia społeczno-gospodarczego jako obywatel – w polityce, konsument i producent – w gospodarce, twórca i reproduktor, podmiot i przedmiot oddziaływań i wpływów etc.

Stąd jego kondycja fizyczna i psychiczna, formowana w istotnej mierze przez instytucje medyczne, stanowi przedmiot zainteresowania, oddziaływania i wpływu szeregu instytucji i firm, służących i korzystających z roli człowieka czy jednostki w funkcjonowaniu państwa. W każdej teorii kapitału ludzkiego zdrowie człowieka stanowi jego istotny element i czynnik sukcesu ekonomicznego. A zatem, to zdrowie jest produktem, który, choć formowany jest w rodzinie, społeczeństwie, szkole, stanowi główny produkt ochrony zdrowia. Zwłaszcza w sytuacji deficytów zdrowotnych. Produkt ten niezmiernie heterogeniczny i skomplikowany realizowany jest w różnych warunkach, formach, przy różnych kosztach i efektach. Jednak mówienie o produkcji w kontekście usług zdrowotnych budzi sprzeciw wielu środowisk i instytucji, włącznie z autorami niniejszej publikacji.

Może odrzucanie perspektywy produktowej jest nie do końca w pełni słuszne. Przecież produkt, aby był atrakcyjny, musi być unowocześniany, dostosowywany do oczekiwań konsumenta, interesujący technologicznie, spełniający – w szerokim sensie – wymagania jakościowe, ciekawie promowany. Czy produkt/usługa zdrowotna zawsze spełnia te wymogi, czy nie jest niejednokrotnie nazbyt rutynowy, nazbyt tradycyjny, tworzony w oderwaniu od konsumenta. Czy za jej udostępnianiem i realizacją nie kryje się często indywidualna korzyść, wygoda, lekceważenie konsumenta (czytaj pacjenta), rutynowe podejście. Wszystkiego nie można zrzucić na brak pieniędzy, chociaż aspekty finansowe są głównym źródłem antynomii w sferze opieki zdrowotnej.

Niemniej jednak to nieco prowokacyjne podejście do produktu/usługi medycznego jest źródłem antynomii w opiece zdrowotnej. Powoduje równocześnie rozwój i atrofie pewnych obszarów zdrowotnych, stanowi źródło konfliktów, patologii czy wręcz przestępstw. Społeczne podejście do zdrowia wymaga zaspakajania potrzeb zdrowotnych u każdego obywatela. Podejście ekonomiczne nakazuje liczenie kosztów i opłacalności działań. Podejście zarządcze będzie akcentowało optymalizację, oszczędność środków i finansową kalkulację ryzyka. Efektywność kosztowa i alokacyjna zaczynają wchodzić w kolizję z wartością życia. Cena zaczyna być elementem decyzji i ograniczania dostępności do dobra (już nie produktu) o najwyższych priorytetach. Instytucja realizująca usługi medyczne – kreator zdrowia podlega kryteriom produktowym, czyli jego działalność wpisuje się w rynkowe reguły popytu i podaży.

Antynomie opieki zdrowotnej mają też wymiar bardzo indywidualistyczno-spersonalizowany. Kiedy deklaratywna troska o pacjenta zderza się z indywidualnymi aspiracjami konsumpcyjnymi personelu medycznego, wymagającymi wieloletowości czy ograniczania czasu poświęcanego danemu pacjentowi i kiedy rutyna zastępuje wymóg doskonalenia zawodowego. Personalne i kadrowe wymiary antynomii to konflikty

związane z często niewłaściwymi relacjami zawodowymi pomiędzy poszczególnymi grupami pracowników. To konflikty o dostęp do wiedzy i możliwości jej wykorzystania, to paradoksy rozwoju zawodowego zwłaszcza w kontekście paretąńskiej cyrkulacji elit.

Antynomie mogą stanowić impuls do zmiany i postępu, ale też mogą być źródłem olbrzymich konfliktów, zachowawczości, a wręcz wsteczności. Z tego powodu ich identyfikacja stanowi element doskonalenia systemu i przeciwdziałania jego patologii i narastającej entropii.

Szczególnie niepokojące jest to, że najwyższe dobro, jakim jest zdrowie, zyskuje wymiar politycznego sloganu. Powstaje zwiększająca się luka pomiędzy potrzebami i możliwościami, rodzi się frustracja pomiędzy obiema stronami gry – pacjentami i lekarzami. Dominacja podejścia optymalizacyjnego likwiduje możliwość reagowania w nieoczekiwanych sytuacjach, dopasowuje działalność do bieżących kryteriów kosztowych, jakże często sprzecznych z interesem pacjenta i pracownika służby zdrowia.

Istota problemu polega na tym, że z jednej strony traktuje się zdrowie i życie w kategoriach najwyższej wartości, wartości, dla której nie ma ceny i alternatywy, a z drugiej prezentuje się podejście do zdrowia w kategoriach prymitywnego rachunku ekonomicznego i efektywności kosztowej. Powoduje to dramatyczny rozdział pomiędzy potrzebami, wartościami a działaniami, między deklaracjami a ich realizacją. Dramat tych sprzeczności jest w zasadzie nierozwiązywalny, rosnące oczekiwania mijają się z możliwościami, a jednostka i jednostkowe życie ginie w pliku sprawozdań, limitach, zasadach refundacji. Jedynym przybliżeniem do rozwiązania tego dylematu – antynomii pomiędzy deklaracjami a możliwościami – jest etyka i wrażliwość zawodowa oraz wiara, że idea *humanum* w sferze zdrowia chociaż trochę zmniejszy prymitywny rachunek ekonomiczny, a może inaczej, połączy wiele ogniw gospodarki w jeden wspólny cel – zapewnienie zdrowia społeczeństwa. Tę sprzeczność rozwiązać można również poprzez kompleksowe myślenie ekonomiczne, w którym dominuje myślenie rzetelnie uwzględniające korzyści i straty społeczne w długookresowej perspektywie.

Ideą książki jest ukazanie dylematów dwóch światów – wartości i potrzeb, a także ich realizacji w praktyce medycznej. Kiedy rozpacz zaniechania w obliczu braku środków lub niezrozumienia wagi istoty zdrowia i życia budzi konflikt i dramat wszystkich uczestników opieki medycznej, rodzi frustrację i społeczną agresję. Może opisanie praktycznych przykładów sukcesów i niepowodzeń w opiece zdrowotnej przez autorów pochodzących z różnych środowisk z użyciem wybranych przez nich form przekazu doprowadzi jednak do pewnego ograniczenia zarysowanych antynomii. Oby tak się stało.

Prof. dr hab. n. med.
Tomasz Zdrojewski

Redaktor
Zuzanna Opolska

Prof. dr hab. n. ekon.
Krzysztof Opolski