

Systemy zdrowotne

Publikacja zbiorowa pod redakcją Włodzimierza Cezarego

Włodarczyka: **Systemy zdrowotne**, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Wydanie I, 2021

Autor: Włodzimierz Cezary Włodarczyk

Wstęp do książki **Systemy zdrowotne**

Wzajemne relacje między problemami poruszonymi w książkach i otaczającą nas rzeczywistością są skomplikowane. Bywa, że jedno z drugim ma niewiele wspólnego – pamiętamy jeszcze ze szkoły głoszone przez artystów hasło „sztuka dla sztuki”. Większość autorów stara się jednak, by temat był wyraźnie wskazany, a czytelnicy wiedzieli, o co chodzi. Dotyczy to zwłaszcza tekstów autorstwa badaczy realizujących granty badawcze. Jeśli książka jest formą sprawozdania z badań, musi zaspokoić oczekiwania sponsora, zwykle sprecyzowane jeszcze w fazie pisania aplikacji, kiedy detale dotyczące uzyskanych w przyszłości efektów pozostają na ogół mgliste – ich znaczenie należy jednak zaakcentować. Zainteresowanie ewentualnych czytelników nie jest wtedy argumentem szczególnie znaczącym, choć dla autorów możliwość praktycznego wykorzystywania wyników w rozliczanych za punkty publikacjach, w znajdujących praktyczne zastosowanie rekomendacjach, a może także w dających się komercjalizować patentach, może być wysoce atrakcyjna.

Już w fazie planowania tej książki byliśmy przekonani, że temat – systemy zdrowotne – jest ważny jako problem i dotyczące go rozważania będą mogły być sensownie wykorzystywane. Nie przewidywaliśmy jednak, że pewne wydarzenia nadadzą mu rangę o wyjątkowym zupełnie znaczeniu. Nie dlatego, że zmienił się sam opisywany i analizowany przedmiot: to zmieniony kontekst, zmienione otoczenie, w którym ludzie żyją i obserwują niedostrzegane wcześniej zjawiska, sprawiły, iż w opisywanym i analizowanym przez nas zagadnieniu czytelnicy mogą odnaleźć coś szczególnie interesującego.

Tak właśnie stało się z naszym tematem. Kiedy blisko rok temu planowaliśmy napisanie niniejszej książki, mieliśmy na myśli standardowy podręcznik, choć towarzyszyły nam zarazem ambicje, by jak najlepiej wykorzystać dydaktyczne doświadczenie zdobywane latami w pracy ze studentami przed- i podyplomowymi. Zamierzaliśmy także sięgnąć po wiedzę pozyskaną w pracy w zespołach próbujących przygotować projekty reformowania opieki zdrowotnej lub je wdrażających. Nie planowaliśmy ograniczać się do własnych obserwacji, ale chcieliśmy wykorzystać to, co na temat przekształcania systemów było publikowane przez innych autorów. Zdawaliśmy sobie także sprawę, że podzielona na dwie części książka szybciej będzie traciła aktualność w tej z nich, która jest poświęcona opisom systemów zdrowotnych wybranych krajów, a nieco wolniej w części teoretycznej, gdzie przedstawiliśmy koncepcje służące analizie problemów.

W tradycyjnie przyjmowanej perspektywie systemy zdrowotne w integralny sposób przynależą do instytucji zapewniających funkcjonowanie współczesnych państw dobrobytu, niezależnie zresztą od tego, na ile politycy danego kraju stosują

taką nazwę (są środowiska, które są jej niechętnie). W takim państwie prawo do zdrowia i jego ochrony jest zwykle – choć nie wszędzie – traktowane jako prawo obywatelskie, a publiczne gwarancje zapewniają możliwość intencjonalnie równego dostępu systemu i korzystania z niego. Przy takich założeniach system zdrowotny jest dobrym narzędziem do zaspokajania zdrowotnych potrzeb ludzi. Uznaje się powszechnie, że forma własności, w jakiej funkcjonują świadczeniodawcy, nie ma znaczenia, choć w przeszłości były w tej sprawie ideologicznie motywowane wątpliwości. Przyjmuje się zatem, że w ramach systemu jest miejsce zarówno dla własności publicznej, jak i prywatnej. Od władzy politycznej na ogół nie oczekiwano, że bezpośrednio zaangażuje się w dostarczanie świadczeń, ale spodziewano się, iż będzie stała na straży dostatecznie sprawnie zorganizowanego procesu ich udostępniania. Dostrzegano oczywiście grę partykularnych interesów różnych grup – interesariuszy – mających wpływ na funkcjonowanie systemu, lecz traktowano to jako naturalny element procesu politycznego, w ramach którego podejmowane były decyzje dotyczące tegoż systemu. Również jako całkowicie naturalne traktowano rozliczne powiązania i zależności występujące między nim i jego otoczeniem. Zarówno jego zasobność i skłonność dysponentów pieniędzy do płacenia, jak i poglądy polityczne decydentów, a często polityczna tradycja kraju i ewoluująca wraz z nią ochrona zdrowia przesądzały o treści wielu zachodzących w systemach przemian, a także o ich osiąganym w danym czasie kształcie. Postrzeganie systemów zdrowotnych jako złożonych struktur znajdujących się stale w procesie przemian, będących efektem zarówno celowego oddziaływania ze strony decydentów, jak i różnorodnych zmian zachodzących w społecznym, technologicznym i ekonomicznym otoczeniu oraz następstw procesów przystosowawczych zachodzących w jego instytucjach, stało się składnikiem powszechnie akceptowanego podejścia badawczego.

W tradycyjnej perspektywie system zdrowotny był jednym z wielu instytucjonalnych układów, który wyróżniał się przedmiotem swoich oddziaływań – zdrowiem – ale niczym więcej. Tymczasem wybuch i ogłoszenie pandemii spowodowanej wirusem SARS-CoV-2 sprawił, że postrzeganie jego pozycji i roli uległo dramatycznej zmianie. Okazało się, że lęk przed masowymi zachorowaniami jest siłą, która wymusza decyzje, jakie jeszcze kilka tygodni wcześniej były nie do wyobrażenia. Powszechnie wprowadzane zakazy wychodzenia z domu, zakaz gromadzenia się, w tym wskazanie największej dopuszczalnej liczby wiernych uczestniczących w uroczystościach religijnych, doprowadziły do drastycznego ograniczenia aktywności ludzi. Chociaż wiele zakładów produkcyjnych kontynuowało działalność, to zerwanie łańcuchów dostaw upośledzało jej efekty. Funkcjonowanie sektora usług zostało formalnie zastopowane, tak jak szkolnictwa i instytucji kultury. Ogólnie rzecz ujmując – wirus, poza bezpośrednimi konsekwencjami w życiu gospodarczym, spowodował zawieszenie – miejmy nadzieję, że czasowe – demokratycznych swobód i praw obywatelskich. Co ciekawe i raczej niespodziewane, ograniczanie obywatelskich wolności było na ogół aprobowane, a protesty dotyczyły raczej aktywności gospodarczej, z innych spraw krytykowano zaś niedogodności tego rodzaju, jak wymóg noszenia maseczek.

Stawiane w wielu krajach zarzuty dotyczące niewystarczających nakładów na opiekę zdrowotną, traktowane dotąd jako mało poważny element międzypartyjnych rozgrywek, po wybuchu epidemii okazały się argumentem o

niezwykle dużym potencjale politycznej krytyki. Wraz z wybuchem epidemii wyszło na jaw, że praktycznie prawie żaden kraj nie był dobrze przygotowany do stawienia czoła zagrożeniu, choć nieliczne, bardziej zamożne pod względem materialnym i sprawniej zorganizowane systemy, poradziły sobie lepiej niż pozostałe. Politycy i opinia publiczna ze zdumieniem zauważyli, że groźba, która długo była postrzegana jako całkowicie nieprawdopodobna, stała się realna. Wszyscy też zauważyli, że skuteczność instytucji powołanych do reagowania w sytuacjach kryzysowych – jak zagrożenie epidemiczne – okazała się dalece niewystarczająca i dla ratowania sytuacji konieczne było sięganie do improwizowanych rozwiązań nadzwyczajnych (jak w pierwszej fazie epidemii – powszechne szycie maseczek).

Zapewne zadaniem antropologów kultury będzie w przyszłości ustalenie, na czym polegał mechanizm wypierania ze świadomości faktów dobrze znanych z historii – każdy nawet średnio wykształcony człowiek wiedział, że Dekameron powstawał w czasie zarazy niosącej śmierć prawie połowie ludności zachodniej Europy, a epidemia grypy hiszpanki spowodowała ofiary, których liczba przekroczyła liczbę ofiar I wojny światowej. Można zadumać się nad sytuacją, w której wyniki prac żadnego zespołu zajmującego się przewidywaniem przyszłości epidemicznej nie przedostały się do świadomości ogółu, o świadomości decydentów nie wspominając. W każdym razie to nie tylko systemy zdrowotne okazały się niezdolne do odpowiedniej i skutecznej reakcji. Gotowa nie była też świadomość społeczeństw całego zachodniego świata. Lata wzrastającego dobrobytu i intelektualne rozleniwienie hedonistycznie zorientowanych obywateli, spośród których duże grupy poczuły się niedoceniane i pokrzywdzone, sprawiły, że zajmowano się innymi sprawami niż śledzenie informacji płynących od badaczy. Sprzyjało temu niespotykane w przeszłości zjawisko narastania nierówności dochodów i poziomów życia różnych grup społecznych, który to proces ujawniał się nie tylko na styku bogatej Północy i biednego Południa, lecz także wewnątrz poszczególnych krajów.

Informacje o negatywnych zjawiskach od kilku już lat publikowane przez naukowców nie wpływały na zmianę polityk wielu państw, ale postrzegane i uświadamiane sobie przez ludzi dostrzegających swoją krzywdę, doprowadziły do przekonania, że władzę należy oddawać populistom. Ci ostatni, jak wiadomo, nie dysponowali – i nie dysponują – żadnym sensownym opisem sytuacji i propozycją zmiany, jednak sama retoryka uznająca rzekomą krzywdę ludzi okazała się politycznie skuteczna. Brak pogłębionego rozumienia sytuacji wynikał również z tego, że populiści nie cenią nadmiernie wiedzy eksperckiej, która zwykle bardziej komplikuje opis, niż go upraszcza. Natomiast w prostej, by nie rzec – prostackiej, wizji rzeczywistości łatwo było wskazać odpowiedzialnych za niesprawiedliwość. W powiązaniu z niechęcią do wiedzy chętnie wskazano wykształconych i, skądinąd mających skłonność do wywyższania się, członków elit. Skutkiem ich kompromitacji było odrzucenie poglądów głoszonych przez jej członków, w tym także wyników naukowych dociekań. Raz podważony autorytet nie dawał się łatwo odbudować; lekceważenie naukowo uzasadnianych racji stało się swoistym obyczajem populistycznie zorientowanych polityków. Jeśli jakakolwiek naukowa opinia mogła prowadzić do niezadowolenia zmitologizowanego suwerena, była bezzwłocznie odrzucana, niezależnie od jej naukowej rzetelności. Mogło to praktycznie dotyczyć wszystkich dziedzin życia.

Efekty wywołane pojawieniem się pandemii COVID-19, w wielu krajach zatrważające, były szokiem dla wielu. Po raz kolejny w dziejach okazało się, że ludzkość, nawet w XXI w., może być całkowicie bezradna wobec sił natury. I chociaż, poza oczywistą nonszalancją, trudno jednoznacznie wskazać konkretne błędy, które doprowadziły do tragedii, to poczucie wielkiej przegranej jest z pewnością uzasadnione.

Niemniej, niezależnie od wszechobecnego pesymizmu, ujawniono zaniedbania w pełni uchwytne, a te dotyczyły stanu całkowicie bezradnych systemów zdrowotnych, które nie były zdolne adekwatnie zareagować. Wprawdzie drastyczne opóźnienia w pozyskiwaniu wyposażenia pozwalającego na skuteczne i bezpieczne dla personelu medycznego działania były wynikiem zaniedbań decyzyjnych władzy, to jednak ujawnił się też brak wyraźnego i skutecznego nacisku ze strony profesjonalistów z dziedziny medycyny i zdrowia publicznego. Kiedy epidemia stała się rzeczywistością i trzeba było działać, wyszło na jaw, że uzasadniony strach lekarzy, pielęgniarek i ratowników przed zakażeniem w wielu sytuacjach często utrudniał skuteczne ratowanie ludzkich istnień. Nierzadko górę nad obawami brało poczucie misji, ale wymuszany brakiem technicznych zabezpieczeń heroizm świadczeniodawców nie powinien być wykorzystywany jako reguła funkcjonowania opieki zdrowotnej. Nieprzypadkowo odsetek zgonów wśród personelu medycznego okazał się w wielu krajach bardzo wysoki. To ci ludzie byli najbardziej eksponowani na czynniki zagrażające życiu i zdrowiu, w wyniku czego wykonywania zabiegów nierespektująca wymogu utrzymywania „społecznego dystansu”, prowadziły do nieuchronnych w tych warunkach – jak się okazało – ofiar.

Obecnie, kiedy epidemia stała się faktem i zaskoczenie nieprzygotowanych społeczeństw, rządów i służby zdrowia okazało się dla wszystkich jasne, łatwo sformułować pierwsze wyjaśnienia tłumaczące powstałą sytuację: znaczącym czynnikiem był krótki horyzont czasowy, w którym rozpatrywano opłacalność szybko osiągniętych korzyści – różnej natury, często finansowych, ale także politycznych czy prestiżowych – uniemożliwiający przewidywanie niebezpieczeństw, jakie mogły pojawić się w nieodległej, jak się okazało, przyszłości. Wywiedziona z biznesu orientacja transakcyjna przeniesiona do polityki i rozstrzygania problemów społecznych doprowadziła do tragicznych konsekwencji. Przychodzą na myśl przytaczane przez metodologów dydaktyczne anegdoty o indykach uspokajanych regularnością posiłków otrzymywanych przed Dniem Dziękczynienia. Wielu spośród nas żyło w przekonaniu, że zagrożenia są odległe albo w przestrzeni (Ebola w Afryce, SARS gdzieś w Azji), albo w czasie (ocieplenie klimatu dotyczące następnych pokoleń). A zatem nie tylko praktyczne przygotowywanie się na gorsze czasy nie było możliwe. Również samo podjęcie procesu myślowego dopuszczającego ideę, że nadchodzące okoliczności mogą być mniej korzystne niż życziwa współczesność, okazało się wykraczać poza horyzont poznawczy ludzi. Albo raczej było tak, że wiedza i świadomość możliwości wystąpienia zagrożeń gdzieś – w ośrodkach badawczych – istniały, lecz nie przedostawały się na zewnątrz. Stąd oczywista lekcja, że musi istnieć ośrodek badawczy nie tylko niezależny, ale i mający możliwość ujawniania oraz propagowania wyników swoich ustaleń. To, czy wnioski płynące z tych ustaleń będą przez kogokolwiek uwzględniane, nie zależy już od ludzi związanych z systemami zdrowotnymi.

Przedstawiając obraz sytuacji, która zapanowała w otoczeniu, w jakim przychodzi działać systemom zdrowotnym, wyrażamy przekonanie, że przekazujemy czytelnikom książkę o bardzo istotnych zagadnieniach. Opisuując najważniejsze teoretyczne koncepcje odnoszące się do systemów zdrowotnych, mamy nadzieję, że wiedza okaże się pomocna w rozumieniu uwarunkowań, jakim podlegają, i mechanizmom, jakie oddziałują na ich efektywne funkcjonowanie. Oczywiście, decyzje o przyznawaniu dostatecznych środków na zdrowie nie zależą od wiedzy ludzi zajmujących się systemami, jednak ich przekonania wsparte wzbogaconymi informacjami o tym, co jest niezbędne dla zdrowia ludzi, mogą przyczynić się do podejmowania odpowiedzialnych decyzji. Także przykładowe opisy systemów zdrowotnych dobranych na podstawie ich wyjątkowej pozycji – znaczenia historycznego albo wyjątkowej efektywności – powinny dostarczyć argumentów pozwalających na lepsze działanie systemu zdrowotnego w naszym kraju.

* * *

W książce, po omówieniu najważniejszych – jak się wydaje – koncepcyjnych problemów systemów zdrowotnych, przedstawiamy pięć wybranych funkcjonujących współcześnie systemów zdrowotnych. Ich dobór spowodowany był następującymi względami: pierwszy publiczny system ubezpieczeniowy (Niemcy), pierwszy publiczny system zaopatrzeniowy (Zjednoczone Królestwo), dominujący system rynkowy (USA), system uznawany za najlepszy system europejski (Szwajcaria), system wielokrotnie uznany za najlepszy, a obecnie zajmujący miejsce drugie w Europie (Niderlandy). Powody przedstawienia rozwiązań modelowych są oczywiste, a zaprezentowanie systemów najlepszych może przyczynić się do popularyzacji rozwiązań przynoszących satysfakcjonujące efekty. W Polsce, od lat reformującej służbę zdrowia, poznanie takich rozwiązań może przynieść wymierne korzyści.

Publikacja zbiorowa pod redakcją Włodzimierza Cezarego Włodarczyka:

Systemy zdrowotne, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Wydanie I, 2021
