

### **„Journal of Health Politics, Policy and Law”**

Każdy, kto podejmuje trud analizowania problemów polityki zdrowotnej, musi się prędzej czy później zetknąć z jednym z najważniejszych pism poświęconych tej dziedzinie nauki, czyli z „Journal of Health Politics, Policy and Law”. Jest to wydawany przez Duke University Press (Północna Karolina) od 1976 r. kwartalnik, obecnie już dwumiesięcznik. Zmiana ta (dokonana w roku 1997) może świadczyć, z jednej strony, o rosnącym zapotrzebowaniu na tego rodzaju publikacje, z drugiej zaś – o wzrastającej chęci dzielenia się przez naukowców przemyśleniami, wnioskami, poglądami, ideami, pomysłami bądź też – o wzrastającej liczbie zajmujących się tą dyscypliną naukowców. O swoistym „bombardowaniu” czytelników nowymi informacjami pisze zresztą na łamach pisma Rudolf Klein (Uniwersytet w Bath), o czym będzie mowa w dalszej części tekstu. Pewne trudności może sprawiać przetłumaczenie na język polski tytułu czasopisma, a to ze względu na użycie w nim terminów wyrażających różne strony polityki zdrowotnej: *health politics* i *health policy*. Na niejednoznaczność tego pojęcia zwracano już w literaturze uwagę (Cezary Włodarczyk: *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*: 42–3). Z jednej strony chodzi o politykę w sensie uporządkowanych działań i zbioru wytycznych służących podejmowaniu decyzji w danej dziedzinie, w tym przypadku decyzji dotyczących zdrowia i jego ochrony, z drugiej – o konkretne działania podejmowane przez rząd, podmiot sprawujący władzę, w którym logika sprawowania władzy odgrywa rolę dominującą. Obydwa te nurty pojawiają się stale na łamach „Journal of Health Politics, Policy and Law”. Natomiast wymienione w tytule pisma „prawo” pełni tu właściwie funkcję pomocniczą, nie stanowiąc zwykle samodzielnego obiektu rozważań w postaci konkretnego problemu prawnego, może z wyjątkiem niektórych przykładów, takich jak wspomniane już „prawo i odpowiedzialność”. Jak przypominał Mark A. Peterson, wieloletni redaktor naczelny „Journal of Health Politics, Policy and Law”, z okazji wejścia w dwudziesty rok wydawania czasopisma (t. 20, nr 1, wiosna 1995), gdy ukazał się pierwszy numer, pojawiały się głosy kwestionujące potrzebę tworzenia wydawnictwa poruszającego tę tematykę. W owych czasach za

naturalne uznawano, że kwestie dotyczące zdrowia są integralnymi obszarami takich tradycyjnie uprawianych dyscyplin, jak medycyna, prawoznawstwo, politologia, socjologia, ekonomia, etyka. Uzasadnieniem dla wydawania „Journal of Health Politics, Policy and Law” miało więc być utworzenie forum wielodyscyplinarnego, służącego wymianie poglądów na temat polityki zdrowotnej. Na marginesie warto zauważyć, że owa interdyscyplinarność jest cechą całej serii wydawanej przez Duke University Press. Interdyscyplinarny charakter czasopisma widać zarówno w składzie Rady Wydawniczej, jak i w zamieszczanych na końcu każdego numeru krótkich notkach o autorach. Redakcja liczy 8 osób, wśród których są m.in. przedstawiciele Uniwersytetu Harvarda i Yale, w Radzie Wydawniczej zasiada 41 osób z różnych instytucji naukowych. Naczelnym redaktorem jest Mark Alex Peterson z Uniwersytetu Kalifornijskiego w Los Angeles (do lipca ubiegłego roku – Uniwersytet w Pittsburgh). Zgodnie z zasadą interdyscyplinarności teksty przedstawiane do publikacji są oceniane (anonimowo) przez osoby z różnych dziedzin nauki.

Zgodnie z przyjętym założeniem, „Journal of Health Politics, Policy and Law” koncentruje się na formułowaniu, realizacji i ocenie polityki zdrowotnej – zarówno w ujęciu globalnym, jak i z punktu widzenia różnych krajów, choć znacząca jest dominacja publikacji amerykańskich. W obszarze zainteresowań pisma pozostaje też analiza relacji i zależności pomiędzy władzą i prowadzoną przez nią polityką a zdrowiem, przy czym analiza ta obejmuje zarówno przeszłość, jak i stan obecny oraz perspektywy i wnioski formułowane na przyszłość, ze szczególnym uwzględnieniem procesu podejmowania i realizowania decyzji politycznych, będącego sztuką dokonywania wyboru (Peterson, t. 20, nr 1).

Typowy numer „Journal of Health Politics, Policy and Law” składa się z dwóch części: problemowej i informacyjnej. W części problemowej, rozpoczynającej się przeważnie notą od wydawcy, zawiera się zwykle kilka artykułów powiązanych wspólnym motywem oraz komentarze do niektórych z nich. Osobny dział (którego jednak nie znajdzie się w każdym numerze) stanowi *Report from the Field*, w którym omawiane są procesy reformatorskie prowadzone w poszczególnych krajach. Niektóre numery w całości poświęcone są ważniejszym konferencjom czy sympozjom i prezentują teksty wygłoszone przy takiej okazji.

W części informacyjnej znaleźć można notki o osobach zajmujących się problematyką polityki zdrowotnej i o organizacjach, jak również oferty grantów instytucji współpracujących z „Journal of Health Politics, Policy and Law” oraz informacje o zbliżających się wydarzeniach naukowych – sympozjach czy konferencjach. Ten dział zawiera również krótkie omówienia najnowszych publikacji, a także dane o najnowszych wydawnictwach periodycznych i okazjonalnych. Kilka stron poświęca się recenzjom książek.

Wiele numerów pisma ma charakter monotematyczny. Bez względu jednak na przyjęty motyw przewodni, w każdym prawie numerze podejmuje się w mniejszym lub większym stopniu zagadnienia reformowania opieki zdrowotnej, jako główny obecnie przedmiot zainteresowania polityki zdrowotnej. Piszą o tym wprost autorzy „Journal of

Health Politics, Policy and Law”, np. Pamela Paul-Shaheen (Michigan Public Health Institute) w artykule *The States and Health Care Reform: The Road Travelled and Lessons Learned from Seven That Took the Lead* (t. 23, nr 2, kwiecień 1998). Czasopismo podejmuje zarówno bardziej ogólne aspekty reformy (t. 18, nr 2, 3, lato-jesień 1993) czy analizy idei reformatorskich w Europie (t. 20, nr 3, jesień 1995), jak i zagadnienia bardziej specyficzne: reforma opieki zdrowotnej wg Clintona (t. 19, nr 1, wiosna 1994), debata nad kształtem opieki zdrowotnej w USA (t. 21, nr 1, wiosna 1996) oraz numer dotyczący niepowodzenia reformy (t. 20, nr 2, lato 1995), w którym znalazł się m.in. zapis swego rodzaju dyskusji okrągłego stołu (18 przedstawicieli różnych dyscyplin). W tym numerze znalazły się kolejne próby wyjaśnienia przyczyn niepowodzenia nie tylko najnowszych prób przekształcenia systemu amerykańskiego, ale również tych wcześniejszych, poczynając od polityki Franklina D. Roosevelta. Autorzy jednej z analiz, Sven Steinmo (Uniwersytet Colorado) i Jon Watts (Uniwersytet Yale), stwierdzają nie bez pewnej ironii (także wobec „Journal of Health Politics, Policy and Law”), iż najoczywistsze przyczyny upadku idei zostały już przez wielu badaczy przedstawione, obwiniano więc „Prezydenta Clintona, jego plan, jego doradców, jego żonę, demokratów, republikanów, przemysł medyczny i amerykańskich wyborców”, a „setki uczonych i dziennikarzy proponowało własne sugestie” w rodzaju „gdyby tylko zrobiono to czy tamto” czy „gdyby tylko nie zrobili tego czy tamtego”, podczas gdy faktycznym „sprawcą” nieobecności powszechnych ubezpieczeń w systemie amerykańskim jest logika działania amerykańskich instytucji politycznych, w których sam mechanizm podejmowania decyzji uniemożliwia podjęcie pewnych działań. Za komentarz do tej hipotezy można uznać tekst *Upadek reformy w opiniach ustawodawców* (vol, nr 1, wiosna 1996), pióra siedmiu autorów z Columbia Institute, Harvard School of Public Health i Henry J. Kaiser Family Foundation, będący podsumowaniem badań przeprowadzonych wśród członków Kongresu.

Kolejny przykład zainteresowania autorów problematyką przemian systemu zdrowotnego Stanów Zjednoczonych stanowi artykuł Thomasa R. Olivera (Uniwersytet Maryland – Baltimore County) i Pamelii Paul-Shaheen (Michigan Public Health Institute) *Translating Ideas into Actions: Entrepreneurial Leadership in State Health Care Reform* (t. 22, nr 3, czerwiec 1997), przybliżający zmiany legislacyjne podejmowane w sześciu stanach w latach 80. i na początku 90. i analizujący możliwość traktowania tych stanów jako swego rodzaju poligonów doświadczalnych dla wprowadzających innowacje instytucji ponadstanowych.

Z artykułów poświęconych innym krajom warto wymienić następujące: *Health Care Reform in The Netherlands: Balancing Corporatism, Etatism and Market Mechanisms* (Frederik T. Schut), *The Impact of German Health Insurance Reform on Redistribution and the Culture of Solidarity* (Karl Hinrichs), *Health Care Reform in Sweden in the 1990s: Local Pluralism versus National Coordination* (Peter Garpenby), *Health Care Reform in Norway: The End of the Profession State?* (Vibeke Erichsen) – t. 20, nr 3, jesień 1995; *The British Health Care Reforms, the American Health Care Reforms and Purchaser/Provider Contracts* (Timothy Stoltzfus Jost, David Hughes, Jean McHale, Lesley Griffiths),

*Israel's Health Policy Breakthrough: The Politics of Reform and the Reform of Politics* (David Chinitz) – t. 20, nr 4, zima 1995; *Reform and Reaction in Australian Health Policy* (Gwendolyn Gray, t. 21, nr 3, jesień 1996); *Seeing Difference: Market Health Reform in Europe* (Alan Jacobs, t. 23, nr 1, luty 1998).

Artykuł Rudolfa Kleina *Learning from Others: Shall the Last be the First?* (t. 22, nr 5, październik 1997) może być traktowany jako swego rodzaju podsumowanie tych rozważań prowadzonych na łamach „Journal of Health Politics, Policy and Law”, które zawierają refleksje na temat eksperymentów reformatorskich przeprowadzanych w różnych miejscach świata. Klein analizuje więc „pielgrzymki naukowców z konferencji na konferencję” oraz powstawanie sieci wymiany informacji między politykami i instytucjami pod kątem możliwości wykorzystania tego rodzaju wiedzy i doświadczeń w pracach na terenie własnego kraju. Analiza ta służyć ma, w zamierzeniu autora, wykorzystaniu możliwości przyswojenia sobie wniosków płynących z owych „zagranicznych lekcji” przy podejmowaniu decyzji politycznych, także w dziedzinie polityki zdrowotnej.

W latach 90. podejmowano na łamach pisma również takie kwestie, jak porównawcza polityka zdrowotna (t. 15, nr 1, wiosna 1990, t. 17, nr 4, zima 1992), *policy-making* (t. 15, nr 3, jesień 1990), polityka w zakresie zdrowia psychicznego (t. 17, nr 3, jesień 1992), finansowanie opieki zdrowotnej (t. 15, nr 4, zima 1990), prawo i odpowiedzialność w udzielaniu świadczeń zdrowotnych (t. 21, nr 2, lato 1996), ocenie modelu opieki zdrowotnej Stanów Zjednoczonych przełomu wieków, przewidywaniom jego rozwoju, poświęcono aż trzy kolejne numery w roku 1997 (t. 22, nr 2–4) – opatrzone je hasłem „Health Care into the Next Century: Markets, States and Communities”.

Numer sierpniowy z 1998 r. (t. 23, nr 4, sierpień 1998) poświęcony został „zintegrowanej opiece zarządzanej” – *managed care* – i jej związkom z etyką, zaufaniem pacjenta do podmiotu oferującego mu świadczenie/a zdrowotne oraz odpowiedzialnością. Problem jest dla Amerykanów o tyle ważny, że *managed care* staje się powszechnie stosowanym kształtem organizacyjnym systemu opieki zdrowotnej w Stanach Zjednoczonych (dominując zwłaszcza prywatne ubezpieczenia, daleko bardziej niż programy publiczne typu Medicaid czy Medicare), jest wreszcie częstym przedmiotem debat prawie wszystkich podmiotów udzielających w Stanach Zjednoczonych świadczeń zdrowotnych. Warto w tym miejscu podkreślić, że *managed care* burzy tradycyjne oczekiwania Amerykanów dotyczące opieki zdrowotnej, ogranicza bowiem istotnie swobodę wyboru świadczeniodawcy. W dążeniu do racjonalizacji opieki – a także kosztów – pacjent musi korzystać ze wskazanego świadczeniodawcy, który jest członkiem zintegrowanej instytucji. Wdrażanie *managed care*, traktowane zresztą jako przemiana rewolucyjna, nastąpiło w Stanach Zjednoczonych pierwszej połowie lat 90. i, zdaniem Allena Buchanana, było rezultatem reakcji płatników wobec alarmującej eskalacji kosztów opieki w Stanach Zjednoczonych.

Autorzy sierpniowego numeru „Journal of Health Politics, Policy and Law” rozważają problem z kilku perspektyw – zgodnie z naczelną zasadą interdyscyplinarności wyznawaną przez wydawcę. Pojawia się więc perspektywa filozoficzna, kliniczna, socjologiczna. Podejście etyka prezentuje Allen Buchanan (University of Wisconsin

– Madison), który w odpowiedzi na etyczną krytykę *managed care* obala poszczególne zarzuty stawiane zintegrowanej opiece zdrowotnej czy należytej jakości usług. Podejście socjologa prezentuje David Mechanic (Uniwersytet Rutgers) analizując wpływ *managed care* i komercjalizacji usług zdrowotnych na pięć składowych zaufania w relacji lekarz–pacjent, a więc: postrzeganie kompetencji lekarza, reprezentowanie interesów pacjenta przez lekarza, kontrolę podejmowania decyzji, otwartą komunikację między obiema stronami. Mechanic przedstawia swoją opinię, w jaki sposób organizacje *managed care* winny reagować na to, jak prowadzona przez nie praktyka oddziałuje na zaufanie. Wreszcie Ezekiel J. Emanuel (Dana-Farber Cancer Institute) i Lee Goldman (Uniwersytet Kalifornijski w San Francisco) – praktycy – podejmują problem obawy pacjentów wobec rosnącego wywierania na lekarzy nacisków i stosowania bodźców zmierzających do ograniczania kosztów opieki zdrowotnej oraz sposobów ograniczania tego zjawiska, tak by to dobro pacjenta pozostało główną troską instytucji udzielającej mu świadczeń.

W grudniowym numerze z 1998 r. (t. 23, nr 6) Gwen Gray z uniwersytetu Australian National przestrzega przed powrotem do wprowadzania barier finansowych w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych w związku z naciskiem na ograniczanie wzrostu kosztów opieki zdrowotnej. Jakkolwiek zagadnienie kosztów ma charakter uniwersalny, artykuł dotyczy w głównej mierze Australii i Kanady, które, choć wykazują wiele podobieństw, przyjęły w ostatnich latach odmienne rozwiązania w dziedzinie dostępu do świadczeń.

Fakt, iż „Journal of Health Politics, Policy and Law” jest wydawany w języku najpowszechniej obecnie stosowanym w nauce, nie ograniczając się jednak do kraju będącego miejscem jego wydawania, pozwala na uczynienie z niego poważnego źródła wiedzy o doświadczeniach wielu różnych krajów. Uczeniu się na doświadczeniach innych był np. poświęcony wspomniany już numer inauguracyjny dwudziesty rok istnienia czasopisma, „Learning from Experience” (t. 20, nr 1, wiosna 1995) czy teksty dotyczące niepowodzenia reform prowadzonych w Stanach Zjednoczonych. Trzeba być świadomym – i refleksja taka pojawia się w „Journal of Health Politics, Policy and Law” – że rodzi to różnego rodzaju niebezpieczeństwa. Niejednokrotnie zmiany i metody ich wprowadzania są analizowane zanim zaistnieje możliwość pełniejszego ich zweryfikowania i oceny w kraju, w którym zostały wprowadzone (Klein, t. 22, nr 5, październik 1997: 1267). Refleksje na temat procesów reformatorskich w poszczególnych krajach mają nieraz charakter wybiórczy, nie dając pełnego przekroju podjętych działań czy zaniechań oraz ich rezultatów, a jedynie koncentrując się czy to na wybranych krajach – najciekawszych bądź „dostępnych” dzięki istnieniu źródeł w rozumianych przez naukowców językach, czy to na wybranych zagadnieniach, przy czym wyboru dokonuje zazwyczaj autor tekstu kierując się dostępnością materiałów bądź własnymi preferencjami.

Jeden z artykułów zamieszczonych w „Journal of Health Politics, Policy and Law” (t. 20, nr 4, zima 1995), autorstwa Davida Chinitza (Uniwersytet Hebrajski – Hadassah Medical School; JDC/Brookdale Institute), zawiera w tytule określenie „Reforma

polityki i polityka reformy”. Odnosi się on wprawdzie do przełomowych zmian w systemie opieki zdrowotnej Izraela, ale zaproponowany przez autora splot pojęć „polityka” i „reforma” można zastosować jako podsumowanie tego, czym jest w istocie „Journal of Health Politics, Policy and Law” – polem analizowania, z jednej strony, prób służących reformowaniu polityki zdrowotnej, z drugiej natomiast – polityki podejmowania i realizowania procesów reformatorskich. Polityka redakcyjna „Journal of Health Politics, Policy and Law” dostarcza licznych przykładów, że jest to perspektywa bardzo ciekawa teoretycznie. To, że niektórzy politycy mogą być rozczarowani wynikami niektórych analiz, jest raczej zwycięstwem niż porażką autorów, którzy nie cofają się przed krytyczną analizą rzeczywistości.

*Anna Maria Chmaj*

Instytut Zdrowia Publicznego,  
Uniwersytet Jagielloński