

Cezary Włodarczyk

*Instytut Zdrowia Publicznego
Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego*

Reforma zdrowotna jako proces polityczny. Kilka uwag o wybranych wątkach

Sektory (systemy) zdrowotne zawsze podlegały zmianom. Niektóre zmiany były celowo wprowadzane przez politycznych decydentów, najbardziej znaczącym przykładem było rozszerzanie uprawnień do świadczeń, inne dokonywały się mniej lub bardziej spontanicznie, pod wpływem nowych technologii medycznych i ze sfery zarządzania, albo na skutek zmiany oczekiwań społecznych. Jednak w drugiej połowie lat osiemdziesiątych zmiany zostały zintensyfikowane, a ponadto zaczęły być wyodrębniane jako coś specyficznego i łączone we wspólny nurt przedsięwzięć zwanych reformami opieki zdrowotnej lub reformami sektorów zdrowotnych. Mimo że różniły się między sobą, bo różne były ich przyczyny, uwarunkowania, cele i stosowane metody – im więcej krajów przygotowywało i wdrażało reformy, tym bardziej były odmienne – to jednak w pewnej grupie krajów rozwiniętych można było mówić o wyraźnych cechach wspólnych. Na użytek tego opracowania wyodrębnię reformy prowadzone w Wielkiej Brytanii, Szwecji i Nowej Zelandii. Wszystkie te kraje miały u progu lat dziewięćdziesiątych rozbudowane i spójne systemy zdrowotne – przy eksponowaniu zasady publicznej odpowiedzialności – i wszystkie zdecydowały się wprowadzić różne elementy mechanizmu rynkowego, posługując się koncepcją wewnętrznego rynku, konkurencji, rozróżnieniem między funkcjami płatnika i świadczeniodawcy i eksponując potencjalnie pozytywną rolę odgrywaną przez sektor prywatny. Mimo pewnych sukcesów, jakie osiągnięto, we wszystkich tych krajach – wcześniej lub później – nastąpiło wycofanie się z rynkowych haseł i powrót do wcześniej

stosowanych zasad, choć niekoniecznie do starych rozwiązań organizacyjnych. Interesujące jest zatem szukanie odpowiedzi na pytanie, jakie czynniki przyczyniły się, najpierw, do szerokiej akceptacji i wdrożenia prorynkowych rozwiązań, a później, do ich równie powszechnego odrzucenia. Przyjmuję hipotezę, że odpowiedzi tych należy szukać w cechach procesu politycznego, w ramach którego reforma zdrowotna była realizowana, a nie w treściach szczegółowych rozwiązań, które były wdrażane. Koncentracja na procesie politycznym każe zwrócić uwagę na uczestników działań sektora zdrowotnego – zwanych aktorami, zgodnie z terminologią, która zdobyła już sobie prawo obywatelstwa – oraz na korzyści i straty odnoszone i ponoszone przez nich w wyniku przekształceń reformatorskich.

Opracowanie składa się z pięciu części. Część pierwsza jest poświęcona analizie pojęcia i zjawiska reformy zdrowotnej. Trzy kolejne części zawierają omówienie reform w Wielkiej Brytanii, Szwecji i Nowej Zelandii, przy czym najpierw przedstawiam ogólnie wprowadzone zmiany, by dalej przejść do bilansu korzyści i strat różnych aktorów. W części piątej są przedstawione wnioski dotyczące organizacji procesów reformatorskich, jakie daje się wyprowadzić z międzynarodowych doświadczeń w tej dziedzinie.

Reforma zdrowotna

Mimo że termin „reforma” w odniesieniu do sektora zdrowotnego był w ostatnich latach używany bardzo często, próby jego bardziej precyzyjnego definiowania są rzadkie, jakby autorzy w zdecydowanej większości byli przekonani, że zdroworozsądkowa interpretacja jest wystarczająca do komunikacji i unikania nieporozumień. Zawsze bowiem chodzi o celową zmianę, poprawiającą – przynajmniej intencjonalnie – działania podmiotów, które mają przyczynić się – także intencjonalnie – do poprawy stanu zdrowia populacji. To najbardziej ogólne sformułowanie, niespotkane w piśmiennictwie, maskuje trudności w ustaleniu pierwszej cechy zawężającej zakres pojęcia: reforma czego? Odpowiedzi udzielane w literaturze są różne: reforma zdrowotne¹, reforma sektora zdrowotnego², reforma systemu zdrowotnego³, reforma systemu opieki zdrowotnej⁴, reforma opieki zdrowotnej⁵. Można odnieść wrażenie, że wymienione zbitki pojęciowe są stosowane wymiennie, w każdym razie treści umieszczane pod każdą z nich nie wykazują wyraźnych odrębności, ale nie ulega wątpliwości, że ich zakresy pojęciowe są różne. Zwłaszcza stawiając problem obiektu – obiektów – poddawanych reformie spodziewać się można, że uwaga reformatorów sektora zdrowotnego będzie się kierowała ku innym sprawom niż reformatorów opieki zdrowotnej.

¹ Np. L.D. Brown, M.S. Sparer, *Window Shopping: State Health Reform Politics In the 1990s*, „Health Affairs” 2001, 20(1), s. 50–67.

² Np. J. Frenk, *Dimensions of Health Sector Reform*, „Health Policy” 1994, 27, s. 19–34.

³ Np. A.L. Viana, M.S. Queiroz, N. Ibanez, *Implementation of a Single Health System: New Relationships Between Public and Private Sector in Brazil*, w: Ch. Altenstetter, J.W. Bjorkman (red.), *Health Policy Reform, National Variations and Globalization*. Macmillan Press & IPSA, Houndmills and London 1997, s. 331–347.

⁴ Np. wszystkie wydawnictwa *Health Care Systems in Transition. European Observatory on Health Care Systems*, Copenhagen.

Niekiedy proponowano koncepcje, dzięki którym można było łatwo obejść problem zakresu rzeczywistości obejmowanego działaniami reformatorskimi. Jeden z autorów proponował, by – uwzględniając dostatecznie szeroki kontekst procesu – analizować go na trzech poziomach: kategorii społecznych (podstawowe wartości akceptowane w danym społeczeństwie), kategorii politycznych (podstawowych celów i zasad przyjmowanych w programach zmian, wraz z typową dla nich werbalizacją problemów) i na poziomie technicznym (doboru mechanizmów, służących organizowaniu, finansowaniu, zarządzaniu, monitorowaniu procesu produkcji usług zdrowotnych)⁶. Autor stawiał hipotezę, że im niższy poziom stosowanych kategorii, tym większa podatność zmiany, które mogą być wdrażane przez inicjatywy podejmowane autonomicznie w ochronie zdrowia. Najtrudniejsza jest zmiana wartości społecznych, zawsze zachodząca stosunkowo powoli, możliwa tylko w niektórych, rzadkich sytuacjach, kiedy dokonywana jest w powiązaniu z przekształceniami strukturalnymi lub ideologicznymi.

Przedmiotem sporów bywa kwestia zakresu (głębokości) zmian, które zasługują na miano reformy. Stosunkowo często pojawia się postulat, aby miano reformy przypisywać jedynie zmianom dostatecznie „dużym” i „fundamentalny” charakter przeprowadzanych zmian traktowany jest jako definicyjna cecha reformy⁷. Z drugiej strony w użyciu jest pojęcie reformy inkrementalnej, która z definicji musi mieć ograniczony zasięg⁸, albo pojęcie reformy ewolucyjnej – jako przeciwstawienie reformy strukturalnej – w przypadku której jej twórcy często nie używali terminu „reforma”⁹. Podobne podejście znaleźć można w analizie jednej z inicjatyw, w której znalazło się sformułowanie, że w kraju tym, podobnie jak w wielu innych krajach „reformatorzy próbowali osiągnąć zmiany raczej dzięki ewolucji, a nie przez rewolucję”¹⁰. Zgodzić się więc należy z opinią, że: „Uznanie czegoś za reformę jest w znacznym stopniu kwestią subiektywną...”¹¹. Wielu badaczy korzystało z tej swobody, ale jednocześnie powstała utrwalająca się tradycja stosowania tego terminu w stosunku do pewnego typu działań, podejmowanych w określonym czasie.

⁵ Np. R.B. Saltman, J. Figueras, C. Sakellarides (red.), *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*, Open University Press, Buckingham, Philadelphia, 1998.

⁶ R.B. Saltman, *Convergence, Social Embeddedness, and the Future of Health Systems in the Nordic Region*, w: D. Chinitz, J. Cohen (red.), *Governments and Health Systems. Implications of Differing Involvements*, John Wiley & Sons, Chichester, 1998, s. 69–74.

⁷ H. Lieverdink, J. van der Made, *The Reform of Health Insurance Systems in the Netherlands and Germany: Dutch Gold and German Silver?*, w: *Health Policy Reform, National Variations and Globalization*, op. cit., s. 109–135.

⁸ C.D. Naylor, *Health Care in Canada: Incrementalism under Fiscal Duress*, „Health Affairs” 1999, 18(3), s. 9–26.

⁹ *The Reform of Health Care Systems. A Review of Seventeen OECD Countries*, Organisation for Economic Co-operation and Development, Paris 1994.

¹⁰ M. Laugesen, G. Salmond, *New Zealand Health Care Reform: A Background*, „Health Policy” 1994, 11–23, s. 21.

¹¹ *Health Care Systems in Transition. Sweden*, European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen 2001, s.77.

W związku z istnieniem tej tradycji wydaje się, że kwestia ustalenia znaczeń wskazanych wyżej zbitok pojęciowych ma znaczenie nie tyle teoretyczne, co historyczne i społeczne. Rzecz w tym, że zmianom, które zawsze występowały w sektorach zdrowotnych, w pewnej specyficznej sytuacji, w pewnej fazie tych zmian, zaczęto powszechnie nadawać miano reform. W większości opracowań jako pierwszy dokument reformatorski przedstawiany jest holenderski Raport Dekkera z 1986 r. (1987 r.) i na tej podstawie niektórzy autorzy identyfikują wprost „dekadę reform” na lata 1985–1995¹². Chociaż propozycja zamknięcia okresu reformatorskiego jest rzadko spotykana, to co do jego początku panuje powszechna niemal zgoda. Realizacja reform stała się znakiem wywoławczym wielu przedsięwzięć podejmowanych wówczas w wielu krajach przez polityków dostrzegających wady funkcjonujących systemów zdrowotnych. Powstał specyficzny język reform – wspólna werbalizacja tworzyło wrażenie daleko idących podobieństw, które przy bliższej analizie okazywało się złudne – powstawały wyspecjalizowane kanały wymiany informacji i współpracy naukowej. Szczególnie cenne były próby syntetyzowania doświadczeń poszczególnych krajów dzięki międzynarodowym analizom porównawczym. Biorąc ogół tych faktów pod uwagę okazuje się, że ustalenie – a raczej odtworzenie – treści naszego głównego pojęcia napotyka na mniej trudności, niżby to wynikało z jego teoretycznej analizy.

Wielka Brytania: zarys problemów

Faza pierwsza

W 1988 r. rząd ogłosił zamiar przeprowadzenia reformy opieki zdrowotnej, a w styczniu następnego roku opublikowany został dokument „Working for Patients”, w którym zapowiadano wprowadzenie rynku wewnętrznego, podział zadań między płatnikami i świadczeniodawcami, usamodzielnienie szpitali, jako niezależnych świadczeniodawców (trust), przekazanie budżetów dużym praktykom lekarza rodzinnego oraz wprowadzenia karty praw pacjenta¹³. Pod koniec roku opublikowany został projekt ustawy, zaaprobowany rok później, który wszedł w życie 1 kwietnia 1991 r. Od tego czasu w kolejnych fazach szpitale były przekształcane w trusty, a lekarze rodzinni przejmowali budżety¹⁴. Pod koniec roku opublikowano Kartę Pacjenta. W 1993 r. rząd przygotował program zmian w strukturach administracyjnych NHS. Na jego podstawie uproszczono strukturę władz NHS, utworzono 8 regionów zdrowotnych – w miejsce 14 – oraz zredukowano liczbę dystryktów. Wkrótce potem opublikowano listy prezentujące ocenę efektywności instytucji NHS. W 1995 r. znowelizowano Kartę Pacjenta, wprowadzono bardziej precyzyjne zasady rozliczania praktyk dysponujących budżetem i zapowiedziano wykorzystywanie pry-

¹² S. Gres, P. Groenewegen, J. Kressens, B. Braun, J. Wasem, *Free choice of sickness funds in regulated competition: evidence from Germany and The Netherlands*, „Health Policy” 2002, 60, s. 235–254.

¹³ *Health Care Systems in Transition. United Kingdom, European Observatory on Health Care Systems*, Copenhagen 1999.

¹⁴ C. Ham, *The Politics of NHS Reform 1988–97. Metaphor or reality?*, King’s Funds, London 2000.

watnych środków finansowych na inwestycje w publicznych jednostkach. W 1996 r. zlikwidowano władze regionów zdrowotnych, a ich kompetencje przekazano centralnym władzom NHS. Działające dotychczas rozdzielnie władze dystryktu – kontraktujące usługi szpitalne – i władze kontraktujące świadczenia lekarzy rodzinnych zostały połączone. Opublikowano raport na temat obciążenia pracą administracyjną, dokument na temat zmian w opiece podstawowej oraz dokument na temat przyszłości NHS.

Faza druga

W 1997 r. nowy rząd labourzystowski ogłosił zmianę koncepcji reformy i rezygnację z rynku wewnętrznego, a zatem także ze stosowania konkurencji i fundholdingu. Wkrótce opublikowano dokument strategiczny „Nowa NHS: nowoczesna i niezawodna”, w którym propagowano zasadę współpracy, jako fundamentalną regułę organizacyjną¹⁵. Jako nowe rozwiązania instytucjonalne w 1999 r. zaproponowano Grupy Opieki Podstawowej (Primary Care Groups), a następnie – w 2000 r. – Trusty Opieki Podstawowej. Instytucje te miały dokonywać zakupu świadczeń nie należących do opieki podstawowej dla „swojej” populacji, liczącej około 25 000 pacjentów. Powołanie do życia kilku instytucji służących profesjonalnym wsparciem tak instytucjom NHS, jak i decydom. Wśród nich znalazły się: Narodowy Instytut Jakości Klinicznej (National Institute of Clinical Excellence – NICE), odpowiedzialny za tworzenie standardów, Komisja Poprawy Stanu Zdrowia (Commission for Health Improvements – CHI), nadzorująca przestrzeganie standardów, a także analizująca przypadki ich naruszania, Agencja Modernizacji (Modernisation Agency), ułatwiająca lekarzom i menedżerom przygotowanie projektów poprawy stanu infrastruktury, Komisja Standardów Opieki (National Care Standards Commission), nadzorująca przestrzeganie standardów w pracy pielęgniarek i w domach opieki, Instytucja Oceny Efektywności (Performance Assessment Framework), odpowiedzialna za monitorowanie efektywności struktur NHS (częścią zadań było przygotowanie systemu oceny jakości szpitali, w którym stosowano – jak w hotelach – układ gwiazdkowy. Uruchomiono stale dostępną linię telefoniczną, która umożliwia uzyskanie informacji o działaniu NHS oraz centra zdrowotne (*walk-in centres*), w których możliwe było uzyskanie porady – od zatrudnionej tam pielęgniarki – niezależnie od rutynowych form opieki.

Wielka Brytania: proces zmian

Powstanie pierwszej koncepcji

Dojście do decyzji na temat kształtu i terminu wprowadzenia reformy było efektem kilku współistniejących czynników¹⁶. Istotną rolę odegrała aktywność środowisk nauko-

¹⁵ *The New National Health Service: Modern, Dependable*, Secretary of State for Health, HMSO, London, December 1997.

¹⁶ R. Klein, *The New Politics of the National Health Service*, Prentice Hall, London 2001, s. 231.

wych, zarówno krajowych – w literaturze wymienia się co najmniej trzy ośrodki skupiające neoliberalnych ekonomistów lansujących prorynkowe koncepcje – jak i zagraniczne. Ośrodki te tworzyły koncepcje, zgodne z panującym wówczas klimatem neoliberalnym, które stosunkowo łatwo mogły być tłumaczone na reguły organizacyjne, wdrażane poprzez proces reformatorski¹⁷. Były to głównie ośrodki związane z ekonomią. Środowiska związane z ochroną zdrowia sugerowały konieczność przeprowadzenia badań pilotowych, zwłaszcza dotyczących dysponowania budżetem przez lekarzy rodzinnych, przed wprowadzeniem tego rozwiązania na szerszą skalę. Jednak pod naciskiem politycznym, także z braku czasu, z prowadzenia pilotaży całkowicie zrezygnowano. Na sposobie prac reformatorskich zaważył silnie specyficzny styl pracy M. Thatcher, jako premiera, która pracowała z małymi zespołami ekspertów, których polityczna lojalność była potwierdzona. Dopiero w 1992 r. wyszło na jaw, że przez lata rząd pracował bez ujawniania faktu istnienia i pracy działających w sekrecie podkomitetów¹⁸. Opracowany w tajemnicy projekt został przedstawiony publicznie – i Parlamentowi – w fazie, w której był już koncepcyjnie bardzo zaawansowany. Stanowił całość na tyle logiczna, że trudno było wprost go odrzucić. Parlament nie odegrał większej roli w kształtowaniu reformy – polityczna dominacja konserwatystów dawała pewność w głosowaniach, a jednocześnie nie było tam specjalistów, którzy mogli wnieść wkład merytoryczny. Czynnikiem sprzyjającym podjęciu decyzji o przeprowadzeniu jednorazowo wdrożenia w skali całej NHS była silna, pionowo podporządkowana struktura zarządzania systemem, ułatwiająca komunikację i pozyskanie lojalności. Ciekawą okolicznością w preparacyjnej fazie reformy było swoiste krążenie idei reformatorskich wewnątrz środowisk, które nad zmianami pracowały. W analizach brytyjskiej koncepcji reformatorskiej nieraz podkreślano rolę A. Enthovena i jego książki z 1985 r. poświęconej brytyjskiej NHS, jako podstawowych źródeł inspiracji, które doprowadziły do uznania koncepcji rynku wewnętrznego za podstawę reformy. Warto przy okazji wskazać, że słaba w tym czasie opozycja polityczna nie była w stanie wpłynąć na kształt przygotowywanej i wprowadzanej reformy.

Korzystający i tracący

Reforma wywoływała bardzo poważne zmiany w zastanym układzie władzy. Tracili ogólnie lekarze, jako grupa zawodowa, nie tylko dlatego, że zostali poddani kontroli audytu medycznego, ale zostali potraktowani jako jedna z grup kształtujących sytuację w systemie, wbrew ukształtowanej przez tradycję uprzywilejowanej pozycji. Menedżerowie byli grupą, która wyraźnie korzystała – przygotowywali kontrakty dla konsultantów, przyznawali im nagrody – i popierała silnie koncepcje rządowe. Niektórzy badacze twierdzą, że uprzywilejowanie grupy menedżerów, jako graczy szczególnie korzystających z wpro-

¹⁷ S. Giaimo, Ph. Manow, *Institutions and Ideas into Politics: Health Care Reform in Britain and Germany*, w: *Health Policy Reform, National Variations and Globalization*, op. cit., s. 175–202.

¹⁸ C. Ham, *Health Policy in Britain. The Politics and Organisation of the National Health Service*, Macmillan, Houndmills 1999.

wadzenia reformy, stworzyło środowisko, które stało się jej siłą napędową¹⁹. Wzrastała też siła lekarzy rodzinnych, którzy zdecydowani byli przejąć budżet, ich decyzje istotnie miały teraz wpływać na pozycję wielu partnerów – szpitali oraz lekarzy konsultantów, którzy wcześniej stanowili bardzo wpływową grupę. Pozycja lekarzy rodzinnych uległa dalszemu wzmocnieniu, kiedy w 1995 r. wprowadzono możliwości rozszerzenia zakresu kupowanych w ramach fundholdingu świadczeń (*total purchasing pilots*)²⁰. Niekiedy oznaczało to przejęcie części uprawnień dystryktów, ale zawsze było sygnałem, że lekarze rodzinni stali się integralnym partnerem w strategiach zakupów świadczeń, przygotowywanych przez dystrykty. Władza dystryktów jako płatników i jako autorów długofalowych działań na obszarach swojego działania wzrastała w stosunku do świadczeniodawców, ale jednocześnie centralna kontrola odgrywała większą niż poprzednio rolę. Jednoznacznie – przynajmniej w układzie formalnym – tracili konsultanci (lekarze specjaliści) oraz tracili lekarze rodzinni, którzy sprzeciwiali się zasadzie dysponowania budżetem twierdząc, że niszczy to etos lekarza traktującego troskę o dobro pacjenta jako swoją misję nadrzędną. Royal College of General Practitioners zdecydował się wnieść pozew do Izby Lordów, wskazując sprzeczność propozycji z ustawą o NHS. Pozew został jednak oddalony. Podobnie zdecydowanych sprzeciw wyrażony przez British Medical Association nie wywarł wpływu ani na kształt reformy, ani na przebieg jej wdrożenia. Jednak siła protestu sprawiła, że rząd zdecydował się na przygotowanie bodźców zachęcających do poparcia przygotowanych zmian. Wśród nich znalazły się środki na utworzenie szpitalnych systemów zarządzania zasobami (*resource management system*) oraz komputeryzację praktyk lekarzy rodzinnych, którzy decydowali się na przejęcie budżetów, a także korzystne zasady naliczania budżetów, które osłabiały presję finansową tradycyjnie odczuwaną w NHS²¹. Początkowa niechęć lekarzy rodzinnych do przejmowania budżetów skłoniła władze do zmiany kryteriów wymaganych do przystąpienia do fundholdingu, co zwiększyło liczbę potencjalnych uczestników, a więc także potencjalnych beneficjentów.

Niektóre konsekwencje

Rozwój wydarzeń po 1991 r., kiedy weszły w życie najważniejsze mechanizmy zreformowanego systemu ujawnił, że uzyskiwane po pewnym czasie efekty różniły się znacznie od tych antycypowanych bezpośrednio po wdrożeniu reformy. Okazało się, że konkurencja między trustami jest bardzo słaba²². Z jednej strony, bodźce dostarczane

¹⁹ T. Rathwell, *Implementing Health Care Reform: A Review of Current Experience*, w: R. B. Saltman, J. Figueras, C. Sakellarides (red.), *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*, op. cit., s. 385–399.

²⁰ R. Klein, *The New Politics of the National Health Service*, Prentice Hall, London 2001, s. 198.

²¹ T. Rathwell, *Implementing Health Care Reform: A Review of Current Experience*, op. cit., s. 385–399.

²² J. LeGrand, *Competition, Cooperation, or Control? Tales From The British National Health Service*, „Health Affairs” 1999, 18(3), s. 27–39.

przez płatników nie były na tyle silne, aby zachęcić kierownictwo szpitali do agresywnych, rynkowych zachowań, które były im tradycyjnie obce. Tym bardziej że były poddane trwającej silnej kontroli – zwłaszcza w dziedzinie cen – sprawowanej przez władze centralne, które wcale nie zachęcały do szybkich reakcji, zgodnych z logiką rynku. Z drugiej strony okazało się, że ani władze centralne, ani tym bardziej władze lokalne nie były zainteresowane w egzekwowaniu efektów walki konkurencyjnej, jeśli miały one przybrać postać zamykania oddziałów szpitalnych lub całych szpitali, co mogło prowadzić nie tylko do perturbacji w produkcji świadczeń zdrowotnych, ale mogło destabilizować lokalną gospodarkę. Władze były więc raczej skłonne do wspierania nie radzących sobie szpitali, niż wykorzystywania ich słabnącej pozycji. Należy przy tym zauważyć, że płatnik odpowiedzialny za racjonalne kontraktowanie – władze dystryktu – pozostawał podmiotem działającym w ramach logiki budżetowej. Jego oszczędności pozostałe po rozliczeniu umów stawały się przychodem budżetu i płatnik tracił jakiegokolwiek wpływ na sposób ich spożytkowania. Poza poczuciem urzędniczej lojalności nie miał więc bodźców do starania się o dokonywanie takich oszczędności. Urzędnicza lojalność okazałaby się – być może – silniejszym bodźcem, gdyby nie prorynkowa retoryka reformy oraz fakt, że niektóre podmioty – zwłaszcza lekarze rodzinni dysponujący budżetem – rzeczywiście bodźcom rynkowym zostali poddani. W tych warunkach rozwój mechanizmów rynkowych był bardzo utrudniony, a niekiedy – w niektórych segmentach systemu – praktycznie niemożliwy. Zmiany strukturalne – jeśli były wprowadzane – były efektem decyzji politycznych, a nie rynkowych. W innych sferach działania NHS dostarczane były dowody, że mimo wzmocnionej pozycji menadżerów wobec lekarzy (zwiększone uprawnienia nadzorcze), ci ostatni zachowali wszystkie kluczowe wpływy w kierowaniu i kontrolowaniu jednostek w zakresie organizowania działań medycznych.

Nowe koncepcje

Prawdziwy przełom w procesie reformatorskim został spowodowany wynikiem wyborów parlamentarnych w 1997 r., wygranych przez Labour Party. Jej przywódca, T. Blair, wykorzystał w kampanii wyborczej problem NHS i jej reformy, krytykując koncepcje konserwatystów i deklarując zmianę wcześniej realizowaną wersję reformy²³.

W nowym podejściu nie tylko całkowicie odrzucono retorykę rynkową, ale zrezygnowano z podstawowych koncepcji starej reformy: wewnętrznego rynku i konkurencji. Stawiając tezę o ich szkodliwym wpływie na rozwój NHS zdecydowano, że mają być zastąpione przez współpracę i partnerstwo, oparte na zasadzie instytucjonalnej i profesjonalnej lojalności. Zachowano podział funkcji między świadczeniodawcami i płatnikami, ale ta ostatnia rola przypadła grupom (i trustom) opieki podstawowej, które miały zastąpić zarówno władze kontraktujące szpitale, jak i fundholderów. Miały one działać na obszarach zamieszkiwanych przez około 100 000 osób i dbać o to, by mieszkańcy mieli dostęp do

²³ C. Ham, *The Politics of NHS Reform 1988–97. Metaphor or Reality?*, King's Funds, London 2000, s. 110.

wszystkich uzasadnionych świadczeń, na podstawie zawartych umów. Nowe grupy i trusty przejmowały w ten sposób zasadnicze funkcje istniejących wcześniej płatników, ale je także rozszerzały, ponieważ nowe instytucje miały angażować się w niektóre świadczenia socjalne i z zakresu zdrowia publicznego (*community health service*), a także w problem wydatków na leki. Zasada kontraktowania i funholdingu zmieniła w ten sposób swoje pierwotne znaczenie i lekarze rodzinni stali się nie tylko racjonalnymi nabywcami świadczeń medycznych, ale koordynatorami szerokiego zakresu świadczeń zdrowotnych, produkowanych przez różnych wytwórców. Nie była to jednak tylko techniczna koordynacja, ale także odpowiedzialność finansowa, bo cały strumień świadczeń był objęty jednym budżetem. Lekarzom rodzinnym przyznano szczególne rozumienie potrzeb pacjentów, co miało stanowić gwarancję racjonalnego wydawania środków. W znacznym stopniu był to powrót do starego ethosu NHS, który został zakwestionowany reformą z 1991 r. Interesujące, że ten pakiet zmian – zmiana zakresu uprawnień, zmiana funkcji bodźców moralnych i finansowych – spotkała się z aprobatą środowiska, a także formalnym poparciem BMA. Chociaż była to oczywista interwencja w treść roli lekarza rodzinnego, i to zarówno tradycyjnej, jak i tej kształtowanej w reformowanym systemie, środowisko medyczne dostrzegło w niej szansę powrotu do zasad, które legły u podstaw powołania NHS do życia. Wśród zasad tych techniczne kompetencje w różnych dziedzinach zarządzania odgrywały istotną rolę, ale nie były jednoznacznie podporządkowane kryteriom ekonomicznym. Wiązało się z tym istotne niebezpieczeństwo. Nacisk na profesjonalizm utrzymywał słabą pozycję pacjentów. Wprawdzie poprzednia reforma nie przyniosła wzmocnienia ich realnej pozycji, ale przynajmniej na poziomie słownictwa była mowa o swobodnym wyborze, pozostawionym pacjentom, analogicznie jak swobodnym wyborem mogli się cieszyć konsumenci na rynku. Jeśli w nowym słowniku nie było miejsca na rynek, także sprawa wyboru nie mogła być wyekspozowana, przynajmniej w pierwszych wersjach zmian. Dla labourzystów, ceniących sobie „upodmiotowienie” obywateli był to problem kłopotliwy, co starano się rekompensować przez jasne stawianie problemów szczególnie drażliwych, takich jak istnienie oddziałów szpitalnych, gdzie leczeni byli pacjenci obojga płci, albo kwestia telefonicznego kontaktu z chorymi²⁴.

Nowa filozofia zarządzania

Rząd labourzystowski miał ambicje wpisania programu przemian NHS w szerszy projekt polityczny, związany z koncepcją „trzeciej drogi”, a nie tylko przygotowania listy technicznych przekształceń wynikających z odrzucenia idei rynku wewnętrznego. Chodziło zatem o sformułowanie nowych zasad przywództwa, które zastąpiłyby stosowany wcześniej eklektyczny zestaw narzędzi administracyjnych i rynkowych. Ich nadrzędną przesłanką miało być łączenie idei politycznej i organizacyjnej odpowiedzialności przypisanej rządowi centralnemu, z lokalną inicjatywą moralnie motywowanych i lojalnych wo-

²⁴ R. Klein, *The New Model NHS: Political and Managerial Dynamics*, „Health Care UK, The King’s Fund Review of Health Policy”, Winter 2000.

bec administracji pracowników²⁵. Przesłanka ta miała być wyrazem stosunku labourystów do publicznego zarządzania. W stosunku do NHS została sprecyzowana w treściach zawartych w dokumencie „Plan Narodowej Służby Zdrowia”²⁶. W realizacji tego dążenia miało pomóc pięć mechanizmów. Po pierwsze, wprowadzono system obowiązujących w całym kraju standardów, w których określano wymogi dotyczące jakości i dostępności. Niektóre standardy były określane liczbowo, przy czym podawano wartości progowe (*benchmarking*). Realizacja standardów została poddana stałemu nadzorowi, a wyniki nadzoru stały się elementem ocen wykorzystywanych w decyzjach personalnych i organizacyjnych. Po drugie, zastosowano regułę rozliczania odpowiedzialności na szczeblu lokalnym, rozróżniając wagę spraw, które były przedmiotem odpowiedzialności. Wśród nich była realizacja zadań priorytetowych i przestrzeganie standardów. Po trzecie, w ocenę pracy świadczeniodawców zaczęto systematycznie włączać pacjentów i odbiorców świadczeń, także w formie regularnie przeprowadzanych badań opinii. Po czwarte, zamierzano wprowadzić ściślejszy związek między realizacją zadanych celów – priorytetów, standardów – a wielkością środków dostępnych wykonawcom (niekiedy w postaci wynagrodzeń, niekiedy w formie dodatkowych budżetów w instytucjach). Po piąte, wprowadzono jawne kary dyscyplinarne, stosowane w przypadku niewykonywania zadań, zwłaszcza tych uznanych za priorytetowe, albo w przypadku lekceważenia standardów.

Nowy układ interesów

Odejście od zasad konkurencji, powołanie nowych instytucji i wprowadzenie nowych zasad zarządzania doprowadziło do powstania – raczej powstawania – nowej struktury bodźców i nowych układów interesów²⁷. Instytucje działające na szczeblu centralnym tworzyły liczne dokumenty określające cele działania NHS i jej poszczególnych ogniw, a także metody i standardy postępowania. Podporządkowanie się przedstawianym rekomendacjom było obowiązkowe, brak dyscypliny był zagrożony negatywnymi sankcjami do utraty pracy włącznie. Jednym z adresatów tych dokumentów byli decydenci zajmujący wyższe pozycje. Byli oni poddani silnej presji, tak z powodu szczegółowego wyznaczania zadań, jak i z powodu podkreślania roli zewnętrznej motywacji. Jednocześnie byli zachęceni do kreatywnego działania, operowania szeroką wizją rozwoju NHS, twórczego współdziałania z pracownikami, którzy podobnej presji nie byli poddani. Tworzyło to bardzo silne napięcie, tak z powodu niespójnych oczekiwań, jak i wewnętrznie sprzecznych bodźców. Decydenci i menedżerowie, dawniej siłą napędowa reformy, znaleźli się w bardzo niekomfortowej sytuacji. Szczegółowe instrukcje były dowodem braku wiary przełożonych w ich możliwości, a zagrożenie negatywnymi bodźcami prowadziło do erozji wewnętrznej, twórczej motywacji.

²⁵ N. Goodwin, *Leadership and the UK Health Service*, „Health Policy” 2000, 51, s. 49–60.

²⁶ R. Rosen, D. Florin, A. Clarke, N. Fulop, *Improving Access, Maintaining Fairness: Will the NHS Plan Meet the Challenge?* „Health Care UK, The King’s Fund Review of Health Policy”, Winter 2001, s. 19–33.

²⁷ J. LeGrand, *Further Tales From The British National Health Service*, „Health Affairs” 2002, 21(3), s. 116–129.

Stosunkowo mało zmieniło się w położeniu szpitalnych konsultantów. Już w poprzedniej wersji reformy zostali potraktowani jako mniej wartościowi uczestnicy zmian. Jednak, jak wykazały badania, zachowali kontrolę nad sytuacją i w ich decyzjach racje medyczne przeważały na ogół nad racjami wynikającymi z logiki zarządzania. Mając do czynienia z płatnikami słabo egzekwującymi swoje wymagania mogli względnie swobodnie funkcjonować. Prawdopodobna jest hipoteza, że w nowych warunkach będzie podobnie. Zresztą dla konsultantów większym problemem, niż mało korzystna struktura bodźców w NHS, było łączenie pracy w sektorze publicznym i prywatnym. Reguły brytyjskiego systemu dopuszczały równoległe funkcjonowanie obydwu sektorów, wykorzystując tych samych specjalistów. Dla konsultantów jedynym ograniczeniem był obowiązek – tradycyjnie wyłączony spod kontroli – wypracowania określonej liczby sesji w NHS, po spełnieniu którego mógł bez przeszkód pracować i zarabiać prywatnie. Prowadziło to do konfliktu ról, zwłaszcza w obliczu bardzo długich kolejek oczekujących lekarz mógł ulegać pokusie rekomendowania przeprowadzenia zabiegu w sektorze prywatnym, bez konieczności przestrzegania kolejki. Że pokusa taka jest silna świadczą przytaczane przez badaczy dane, że najdłuższe kolejki są w specjalnościach, w których prywatnie płacone stawki są najwyższe. Jednak równoległe współwystępowanie sektora prywatnego bywa także postrzegane jako szansa rozszerzenia możliwości działania systemu zdrowotnego jako całości. Takie podejście zostało zaproponowane w dokumencie przygotowanym przez jeden z ośrodków naukowych (Institute for Public Policy Research), w którym zalecano robocze partnerstwo między sektorem publicznym i prywatnym. Rząd potraktował to jako szansę zdynamizowania zmian w NHS²⁸. Podstawą tożsamości NHS miał pozostać etos służby, odbudowany po doświadczeniach wewnętrznego rynku, ale to nie powinno przeszkadzać poszukiwaniom najbardziej skutecznych metod świadczenia usług. Jedną z nich jest kontraktowanie świadczeń w sektorze prywatnym, inną w szpitalach zagranicznych, co dotyczyłoby szczególnie usług, których uzyskanie wiąże się z koniecznością bardzo długiego oczekiwania. Choć w oficjalnych wypowiedziach słowo konkurencja nie pada, to nie ulega wątpliwości, że w obydwu typach kontraktów element konkurencji występuje. Jej rozwój między publicznymi i prywatnymi świadczeniodawcami oferującymi podobne usługi byłby łatwiejszy – i prawdopodobnie bardziej efektywny – gdyby udział w korzyściach był bardziej równomierny. Trusty Opieki Podstawowej zawierając umowy z prywatnymi świadczeniodawcami mogłyby taki mechanizm tworzyć. Podobną funkcję mogło pełnić kontraktowanie świadczeń zagranicznych. Być może jednak rację mają przedstawiciele rządu, kiedy twierdzą, że w rozwiązaniach tych nie chodzi o konkurencję, ale skracanie listy oczekujących, a także rozszerzanie możliwości wyboru świadczeniodawcy, co w Wielkiej Brytanii zawsze miało wymiar ograniczony.

²⁸ *A Time for Change in the British NHS: An Interview With Alan Milburn*, „Health Affairs” 2002, 21(3), s. 129–135.

Szwecja: zarys problemów

Faza pierwsza

W 1988 r. powołany został zespół, którego zadaniem była diagnoza sytuacji i przygotowanie propozycji reformatorskich usprawniających działanie systemu. Jej efektem było wprowadzenie zasady, że poszczególne okręgi (*counties*) mogły wprowadzać własne rozwiązania organizacyjne. Chodziło przede wszystkim o tworzenie odrębnych instytucji, które pełniłyby rolę płatnika w ramach oddzielenia funkcji płatnika i świadczeniodawcy. W 1994 r. w ponad połowie okręgów zakup świadczeń był dokonywany przez takie instytucje, zawierające umowy ze świadczeniodawcami²⁹. W 1992 r. gminy (*municipalities*) uzyskały uprawnienia w zakresie organizowania opieki dla osób starszych i niepełnosprawnych (reformacja ADEL). W tym samym czasie podjęto działania zmierzające do skrócenia czasu oczekiwania na świadczenie: pacjenci, którzy nie uzyskali świadczenia w ciągu trzech miesięcy w „swoim” szpitalu, mieli możliwość ubiegania się o usługę u innego świadczeniodawcy i „ich” szpital był zobowiązany w tym pomóc. W 1993 r. zmieniono zasady opłat za leki. W 1994 r. wprowadzono możliwość wyboru lekarza rodzinnego i ułatwienia dotyczące otwierania prywatnych praktyk.

Faza druga

W 1994 r., po powołaniu rządu socjaldemokratycznego, ułatwienia dla prywatnej opieki podstawowej zostały wycofane. W 1995 r. gminy zostały zobowiązane do przejęcia odpowiedzialności za opiekę psychiatryczną. W 1997 r. wprowadzono obowiązek nadzoru merytorycznego nad pracą lekarzy, reguły kontroli jakości oraz zwiększono dostępność do opieki podstawowej i specjalistycznej. Ustalono, że wizyta u pielęgniarki musi być uzyskana w dniu zgłoszenia, u lekarza rodzinnego w ciągu ośmiu dni, a u specjalisty w ciągu miesiąca. W przypadkach, w których terminy te nie mogą być dotrzymane u „własnych” świadczeniodawców, pacjent może (musi) uzyskać je we innej placówce. W tym samym roku wprowadzono zasadę definiowania priorytetów wyznaczających kierunki działania i rozwoju systemu. W 1998 r. rady okręgów przejęły odpowiedzialność za gospodarkę lekową, której zasady były rozbudowywane w następnych latach. W 1999 r. wprowadzono zasady przekazywania informacji na temat działań medycznych przekazywanych na szczebel centralny oraz rozszerzono reguły odpowiedzialności rad okręgów za przestrzeganie praw pacjentów.

²⁹ *Health Care Systems in Transition. Sweden, European Observatory on Health Care Systems*, Copenhagen 2001, s. 79 i n.

*Szwecja: proces zmian**Początek procesu*

Inicjatywa powołania w 1988 r. zespołu roboczego, którego zadaniem była analiza zastanej sytuacji i przygotowanie propozycji zmian została podjęta przez Federację Rad Okręgów (Federation of County Councils), organ koordynujący pracę rządów lokalnych, ale z poparciem i uczestnictwem rządu centralnego. Od początku było to zatem przedsięwzięcie, w którym aktywnie współdziałały różne ośrodki władzy. W pracach bardzo intensywnie uczestniczyli przedstawiciele środowisk naukowych, także zagranicznych, a również takie instytucje jak Instytut Planowania i Racjonalizacji, Instytut Zdrowia i Spraw Społecznych i wiele innych. Jednym z nurtów prac był cykl seminariów, także międzynarodowych, w czasie których przedyskutowano liczne problemy ochrony zdrowia, a także jej powiązań z szerszym otoczeniem (sytuacja ekonomiczna, bezrobocie). W czasie prac powstała imponująca dokumentacja merytoryczna³⁰, a także raport³¹. Mimo politycznego charakteru – był sygnowany przez Federację – jego charakterystyczną cechą było bezstronne i wyważone przedstawienie różnych opcji zmian systemu, w którym zachowane jednak byłyby podstawowe i utrwalone wartości społeczne. Podkreślić należy, że dynamika procesu była bardzo duża i wiele środowisk – także partii politycznych – wyrażało poparcie dla wprowadzenia zmian, chociaż diagnoza werbalizowana syntetycznie w tytule jednego z opracowań zawierała przesłanie sceptyczne: „kryzys, którego nigdy nie było, napięcia, które zawsze będą”. Kryzys był jednak w finansach publicznych i trwająca recesja uniemożliwiała spełnienie przez szwedzkie państwo opiekuńcze jego zobowiązań. Stąd w tle reformy zdrowotnej znajdowało się dążenie do przecięcia problemów gospodarczych i stąd możliwość budowania bardzo szerokiej koalicji politycznej, realizującej cele ogólnoeconomiczne i wyrażającej poparcie dla stosowania mechanizmu rynkowego także w ochronie zdrowia³².

Faza reform prorynkowych

Z punktu widzenia długofalowych przekształceń najważniejszą zmianą w systemie było przyznanie lokalnym rządóm na szczeblu okręgów prawa kształtowania zasad organizowania opieki zdrowotnej, zwłaszcza przy wykorzystaniu koncepcji podziału między płatnika i świadczeniodawcę oraz kontraktowania. Ponieważ każde miejscowe rozwiązanie było oceniane z punktu widzenia uzyskiwanych korzyści, a najlepsze mechanizmy

³⁰ *Health Care and Health care Financing in Sweden: The Crisis that Never Was; the Tensions that Ever Will Be*, Den Svenska Sjukvarden (SNS), Occasional Paper 33, Stockholm 1991; *International Review of the Swedish Health Care System*, Den Svenska Sjukvarden (SNS), Occasional Paper 34, Stockholm 1991.

³¹ *Crossroads. Future Options for Swedish Health Care*, The Federation of Swedish County Councils, Stockholm 1991.

³² M.I. Harrison, J. Calltorp, *The Reorientation of Market-Oriented Reforms in Swedish Health-Care*, „Health Policy” 2000, 50, s. 219–240.

miały szanse na ogólnokrajowe wdrożenie, reforma uruchomiła swoisty konkurs dobrych rozwiązań, co istotnie wzmacniało poczucie uczestniczenia w ważnych dla wszystkich procesach. Lokalne rządy stały się gospodarzami tych zmian, były więc ich przekonany-
mi zwolennikami. Sojusznikami stali się także lokalni politycy, odpowiedzialni przed swoimi wyborcami, którzy nie mogli dopuścić do zarzutu, że nie wykorzystali otwartej możliwości wprowadzenia lepszych rozwiązań dla obywateli.

Ogólnie sprzyjająca sytuacja nie eliminowała jednak wszystkich konfliktów, które zaczęły się ujawniać w związku z wprowadzanymi zmianami i wzrostem samodzielności lokalnych władz. Choć wzmocnienie uprawnień lokalnych było wynikiem inicjatywy rządowej i sam ten fakt nie prowadził wprost do napięć między szczeblami władzy politycznej, to jednak kiedy niektóre okręgi zainicjowały daleko idące zmiany, problemy powstały. Napięcie wystąpiło w dwóch płaszczyznach. Po pierwsze, radykalnymi zmianami była zaniepokojona opinia publiczna, aktor w skandynawskich warunkach bardzo wpływowy, i władze centralne zaczęły występować w jej imieniu. Chodziło o niepokój związany z możliwością zaniechania przez system realizacji jego tradycyjnych zobowiązań. Po drugie, ministerstwo i rząd dostrzegali niebezpieczeństwo powstawania zbyt daleko idących różnic między poszczególnymi obszarami. Nie chcieli do tego dopuścić, nie rezygnując jednak z korzyści, jakie można było uzyskać prowadząc wielki, otwarty eksperyment organizacyjny. Ponadto, politycy na szczeblu krajowym poczuli się zagrożeni wzrastającą samodzielnością władzy lokalnej³³. Czynnikiem, który potęgował ich niepokój, był fakt, że wprowadzanie mechanizmów rynkowych uniezależniało publicznych świadczeniodawców od kontroli sprawowanej przez instytucje polityczne. Od polityków oczekiwano bowiem, że przeddefiniują swoją rolę – przynajmniej częściowo – i będą występować w ramach instytucji kontraktujących i kupujących świadczenia jako rzecznicy spraw zdrowotnych populacji. Utrata kontroli nad przepływem pieniędzy była postrzegana jako zagrożenie pozycji zajmowanej przez polityków w układzie władzy. Dotyczyło to zwłaszcza polityków wyższych szczebli, bowiem na szczeblu lokalnym mieli oni możliwość uczestniczenia w pracach instytucji kupującej, już to w granicach całego okręgu, już to jego części. Doprowadziło to do paradoksalnej sytuacji, w której podmioty inicjujące reformę – i nie ma podstaw by uznać, że inicjowanie zmian było grą czy manipulacją – w zmieniającej się konstelacji grupowych interesów, stają się siłą opozycyjną wobec reformy.

Zdaniem badaczy napięcia te były jednym z czynników, które przesądziły o ograniczonym zakresie wprowadzania elementów rynkowych szwedzkiej reformy³⁴. Innym prawdopodobnym czynnikiem była skandynawska tradycja, zgodnie z którą publiczna odpowiedzialność w ramach zdecentralizowanego systemu politycznego jest właściwym instrumentem rozwiązywania problemów. W tej perspektywie wartością cenioną przez pacjentów stawała się otwierana przed nimi możliwość wyboru, a nie niedostrzegany bezpośrednio mechanizm relacji między płatnikiem i świadczeniodawcą.

³³ M. Brommels, *Contracting and Political Boards in Planned Markets*, w: R. B. Saltman, C. von Otter (red.), *Implementing Planned Markets in Health Care*, Open University Press, Buckingham 1995, s. 86–109.

³⁴ T. Rathwell, *Implementing Health Care Reform: a Review of Current Experience*, *op. cit.*, s. 385–399.

Nowe podejście

Obawy związane z wprowadzaniem mechanizmów rynkowych stały się bodźcem zmiany podejścia do procesu reformatorskiego w związku ze zmianą polityczną, która nastąpiła w wyniku wyborów przeprowadzonych 1994 r. Nowy rząd socjaldemokratyczny nie miał silnej motywacji, by kontynuować prorynkowy kurs swoich poprzedników. Ujawniło się to w całej pełni w związku ze zmianami wprowadzanymi w koncepcjach organizacji podstawowej opieki zdrowotnej. Z punktu widzenia pacjentów istotną zmianą było wprowadzenie prawa wyboru lekarza, także prywatnego, który nie miał pierwotnie umowy z władzami publicznymi. Po wyborze, wynagrodzenie miało być wypłacane częściowo na podstawie liczby pacjentów na liście, a częściowo na podstawie liczby wizyt. Utworzenie praktyki lekarza rodzinnego zostało uniezależnione od norm ustalanych przez rady okręgu określających liczbę lekarzy – i praktyk – na obszarach ich jurysdykcji. W ramach praktyk miały być też świadczone usługi pielęgniarские, więc zatrudniane wcześniej przez rady okręgów pielęgniarki przestawały być elementem systemu. Organ publiczny tracił więc możliwość nadzorowania istotnej części aktywności zapobiegawczej, a możliwości te zyskiwali lekarze rodzinni, także prywatni. Rozwiązanie takie prowadziło do przesunięć w zakresach władzy zainteresowanych podmiotów i rady okręgów – mimo zachowania formalnej odpowiedzialności za wszystko, co wiązało się z ochroną zdrowia – wychodziły z proponowanej reformy znacznie osłabione. Wzmocnieniu ulegał natomiast sektor prywatny i to także w dziedzinach, które nigdy nie należały do jego kompetencji. Wzmacniana też była autonomiczna władza profesjonalistów medycznych, zgodnie z tradycyjnymi postulatami niezależności zawodowej, które – nawiasem mówiąc – nigdy nie były w Szwecji szczególnie rozwinięte. Niemniej napięcia między władzą publiczną a prywatnymi lekarzami świadczącymi usługi ambulatoryjne istniały także w przeszłości i wiele działań prawnych i organizacyjnych podejmowanych w latach osiemdziesiątych miało na celu ich osłabienie. Nic dziwnego, że rządy lokalne nie były zwolennikami projektu, który pozbawiał je wielu zdobytych z trudem uprawnień. Jednak jego zaniechanie nie nastąpiło w wyniku oddziaływania okręgów ani pacjentów zaniepokojonych wzrostem władzy lekarzy, ale w wyniku zmiany rządu. W nowej sytuacji politycznej przywrócono kontrolę rad okręgów nad tworzeniem nowych praktyk, wybory dokonywane przez pacjentów ograniczono do lekarzy mających umowę z publicznym podmiotem, rekomendowano zespołową pracę na szczeblu POZ i zagwarantowano pacjentom dostęp do informacji i wpływ na decyzje medyczne. Zachowując prawo wyboru przez pacjenta wprowadzono stałe miesięczne wynagrodzenie, które likwidowało ekonomicznie motywowane zainteresowanie pozyskiwaniem pacjentów wpisanych na listę³⁵. Zdefiniowano też POZ jako odrębną formę organizowania opieki, co stabilizowało sytuację zawodową dużej grupy lekarzy i innych pracowników.

³⁵ M. I. Harrison, J. Calltorp, *The Reorientation of Market-Oriented Reforms in Swedish Health-Care*, „Health Policy” 2000, 50, s. 219–240.

Konflikty w różnych układach władzy nie były jedynymi, w które uwikłane były władze okręgów i które wywierały wpływ na postęp reformy. W czasie wdrażania zmian dochodziło także do pewnych napięć między radami okręgów (często już reprezentowanymi przez instytucje kontraktujące usługi) a szpitalami. Z jednej strony chodziło o dążenie władz okręgu do rozwijania alternatywnych form leczenia – świadczenia wykonywane ambulatoryjnie, bez potrzeby hospitalizacji – co mogło prowadzić do oszczędności w ogólnych wydatkach. Jednak dla szpitali stanowiło to groźbę utraty wpłat za wykonywane tam wcześniej usługi. Ich opór był bardziej skuteczny, ze względu na tradycję, zgodnie z którą większość świadczeń ambulatoryjnych była wykonywana przy wykorzystaniu infrastruktury szpitalnej. Inna płaszczyzna konfliktu powstawała w związku z próbami skracania list oczekujących. Zgodnie z wprowadzoną w 1992 r. zasadą okres oczekiwania na wskazane 10 nienaglących procedur nie powinien przekraczać trzech miesięcy. „Własny” szpital pacjenta był adresatem i realizatorem tej zasady. Mógł sam świadczyć usługę w wyznaczonym terminie, mógł uzyskać świadczenie dla pacjenta w innym szpitalu, już to na obszarze własnego okręgu, już to poza nim. Konieczność zorganizowania opieki była dla szpitala dodatkowym obciążeniem, ale pozytywnie odbieraną przez pacjentów, nawet wtedy, gdy nie zamierzał z niej korzystać.

Wydaje się natomiast, że bez specjalnych konfliktów przekazanie na szczebel gminy obowiązków i uprawnień w zakresie opieki nad osobami niepełnosprawnymi (1993) i opieki psychiatrycznej (1995). Po stronie obowiązków pojawiła się zasada zapewnienia osobistej opieki osoby towarzyszącej, we wszystkich przypadkach, kiedy stan zdrowia tego wymagał, a także zapewnienia opieki instytucjonalnej, jeśli było to niezbędne dla odciążenia osób sprawujących opiekę na co dzień. Jednocześnie przyjmowano zasadę, że podstawową formą opieki powinna być opieka sprawowana w domu, z zapewnieniem sensownego zajęcia i możliwych do realizacji kontaktów społecznych. Dla władz lokalnych (gminnych) takie rozwiązania stanowiły możliwość powiększenia zasobów, nad którymi sprawowały kontrolę, a także potwierdzenia swoich kompetencji w dziedzinie, którą się tradycyjnie zajmowały w ramach zobowiązań wynikających z realizacji zadań zdrowia publicznego.

Konsekwencje

Ocena sektora zdrowotnego, jaki wyłonił się ze zmian reformatorskich, nie jest jednoznaczna. W niektórych opracowaniach można znaleźć opinię, że odzyskany został stan względnej równowagi, przy szerokim akceptowaniu zasad państwa opiekuńczego, nadal ponoszącego odpowiedzialność za dostęp obywateli do świadczeń, choć nie na tak wysokim poziomie finansowania, jak to miało miejsce w przeszłości³⁶. Zdecentralizowany system nadal był przejrzysty i dawał możliwości udziału obywateli w decyzjach, a możliwość wyboru i przestrzeganie praw pacjenta czyniło sektor zdrowotny nadal atrakcyjnym. W literaturze można jednak spotkać inne opinie. Próby prywatyzacji, zainicjowane na po-

³⁶ *Health Care Systems in Transition. Sweden, European Observatory on Health Care Systems*, Copenhagen 2001.

czątku lat dziewięćdziesiątych nie pozostały bez wpływu na późniejszą sytuację i to zarówno po stronie finansowania, jak i produkcji usług³⁷. W ciągu dziesięciu lat reform prywatne finansowanie wzrosło o połowę (do blisko 16%), udział prywatnych łóżek zwiększył się blisko czterokrotnie (do 22%). Jednocześnie drastycznie zmniejszyła się liczba pracowników zdrowotnych, zwłaszcza pielęgniarek, co przy blisko trzykrotnym wzroście obłożenia łóżek spowodowało bardzo znaczny wzrost obciążenia pracą. Skutki są trójakiego rodzaju. Po pierwsze, rosnąca presja sektora prywatnego na wzrost udziału w otrzymywanych środkach finansowych, już to poprzez bezpośrednie dopłaty, już to poprzez rozwój prywatnych ubezpieczeń. Po drugie, narastający kryzys moralny wewnątrz sektora, w którym pracownicy dostrzegają rosnące obciążenia publiczne, nie rekompensowane ani materialnie, ani psychologicznie. Po trzecie, rady okręgów znajdują się także pod presją sektora prywatnego, dążącego do rozszerzenia swoich wpływów. Zdaniem powołanego autora sytuacja ta stanowi niebezpieczeństwo dla koncepcji państwa opiekuńczego, które – już się wydawało – wyszło obronną ręką z kryzysu lat dziewięćdziesiątych.

Nowa Zelandia: zarys problemów

Faza pierwsza

W 1991 r. opublikowany został rządowy dokument „Twoje zdrowie i zdrowie publiczne”, w którym przedstawione zostały podstawowe idee szerszego stosowania mechanizmów rynkowych, który dotychczas funkcjonował przy ścisłym stosowaniu – podobnie jak w brytyjskim NHS – zasady solidarności i służby³⁸. W dokumencie wykorzystane zostały wcześniejsze opracowania, w których zalecano zwiększenie konkurencji w sektorze, celem poprawy jego efektywności. W projekcie zaproponowano następujące zmiany³⁹:

- rozdział płatnika i świadczeniodawcy, przy zachowaniu zasady publicznej odpowiedzialności za finansowanie świadczeń;
- powołanie czterech Regionalnych Zarządów Zdrowia (Regional Health Authority) jako płatników kontraktujących i finansujących świadczenia zdrowotne;
- zniesienie dotychczasowych obszarów organizowania opieki zdrowotnej i utworzenie samodzielnych instytucji odpowiedzialnych za produkcję świadczeń zdrowotnych;
- powołanie Planów Opieki Zdrowotnej, jako alternatywnego wobec Regionalnych Zarządów Zdrowia płatników i dopuszczenie możliwości przejęcia przez nie finansowania opieki dla wszystkich, którzy podejmą decyzję o wystąpieniu z systemu publicznego finansowania;
- powołanie grupy doradczej przy ministrze zdrowia, której celem było opracowanie zakresu świadczeń gwarantowanych (koszyka);
- opracowanie zasad ustalania uzupełniających opłat wnoszonych przez pacjentów.

³⁸ F. Diderichsen, *Sweden*, „Journal of Health Politics, Policy and Law” 2000, 25(5), s. 931–935.

³⁹ M. Laugesen, G. Salmond, *New Zealand Health Care Reform: a Background*, „Health Policy” 1994, s. 11–23.

W 1993 roku została uchwalona ustawa o zdrowiu i niesprawności (Health and Disability Act), która wprowadzała przedstawione wyżej zasady. Powołano 23 przedsiębiorstwa zdrowotne (*Crown Health Enterprises*), jako publiczne instytucje produkujące świadczenia i pozyskujące środki finansowe za pośrednictwem kontraktów zawieranych w warunkach konkurencji o środki pozostające w dyspozycji regionalnych zarządów. Powołano odrębne ministerstwo nadzorujące i koordynujące ich działalność. Powołano na szczeblu centralnym Komisję Zdrowia Publicznego, odpowiedzialną za koordynowanie działań w tym zakresie i zakup niezbędnych świadczeń. Komisja ta została zlikwidowana w 1995 r., kiedy okazało się, że jej działania dublują obszary kompetencji innych agend rządowych. Środki finansowe, którymi dysponowała Komisja, zostały przekazane władzom regionów. Od początku zrezygnowano natomiast z systemu dodatkowych opłat wnoszonych przez pacjentów, a powołanie do życia planów umożliwiających finansowanie poza systemem publicznym zostało odłożone i nigdy do niego nie powrócono.

W 1994 r. powołane zostało stanowiska rzecznika pacjentów, a dwa lata później przyjęty został lekarski kodeks deontologiczny, który stał się narzędziem jego pracy⁴⁰.

Faza druga

W 1996 r. nowy rząd koalicyjny przedstawił, a następnie wprowadził w życie zmiany dotychczasowego kierunku reformy. Dotyczyło to następujących spraw⁴¹:

- wprowadzenie jednej instytucji finansującej (Health Funding Authority), w miejsce czterech dotychczasowych funduszy, ale z zachowaniem jej odrębności;

- przekształcenie Przedsiębiorstw Zdrowotnych w działające na zasadzie *non-profit* Służby Szpitalne i Zdrowotne (Hospital and Health Services) oraz likwidacja odrębnego ministerstwa zajmującego się ich zarządzaniem (kompetencje przejęło ministerstwo zdrowia);

- usunięcie zysku jako celu działania publicznych szpitali.

Ponadto postulowano zawieranie umów na dłuższe okresy, osłabienie formalnych wymogów stawianych przy zawieraniu umów, z większym naciskiem na uzyskiwanie porozumienia, a także położenie większego nacisku na efekty zdrowotne w całej działalności sektora i większą przejrzystość w procesie przygotowywania i zawierania umów.

W 1998 r. wprowadzono zasady ustalania priorytetów w przyjmowaniu pacjentów do szpitali celem wykonania nienaglących zabiegów (dla wybranych procedur). W 1999 r. podjęta została decyzja o włączeniu instytucji finansującej (HFA) do struktury ministerstwa zdrowia. Władze zdrowotne okręgów miały częściowo pochodzić z wyborów. Zasada współpracy miała zastąpić konkurencję między świadczeniodawcami, czemu miał sprzyjać system zawieranych umów.

⁴⁰C.D. Scott, *Reform of the New Zealand Health Care System*, „Health Policy” 1994, 29, s. 25–40.

⁴¹R. Paterson, *The Patients' Complaints System In New Zealand*, „Health Affairs” 2002, 21(3), s. 70–79.

*Nowa Zelandia: proces zmian**Początek procesu*

Propozycja, a następnie projekt reformy został przygotowany przez wąskie grupy ekspertów, na zamówienie polityczne, wyrażane najpierw przez rządy labourzystowskie i później także przez rządy konserwatywne⁴². Prace prowadzone były bez konsultacji czy to z przedstawicielami społeczeństwa, czy to reprezentantami środowisk medycznych⁴³. Spowodowało to kryzys zaufania co do intencji władzy i trudności w organizowaniu współpracy pomiędzy różnymi ogniwami systemu i obniżenie morale jego pracowników. Pacjenci szczególnie nieufnie przyjęli pomysł zwiększenia ich bezpośredniego udziału w finansowaniu opieki – dopłaty – i ich sprzeciw doprowadził do zarzucenia pierwotnych planów. Generalnie projekt odzwierciedlał panujące wówczas w środowiskach politycznych nastroje neoliberalne, ale nie były one podzielane przez liczne kręgi podmiotów zaangażowane w tworzenie zreformowanego systemu.

Bariery wdrożeniowe

Zapewne to mentalne czy ideologiczne nieprzygotowanie było przyczyną słabego podejmowania przez poszczególne podmioty oczekiwanych od nich ról aktywnych uczestników działań rynkowych. I tak, przedsiębiorstwa zdrowotne, od których oczekiwano maksymalizacji efektu finansowego, pozostawały instytucjami zorientowanymi na zaspokajanie potrzeb zdrowotnych mieszkańców swoich obszarów⁴⁴. Podporządkowanie ich odrębnemu Ministerstwu Przedsiębiorstw Zdrowotnych nie doprowadziło do wytworzenia się zespołu instytucji posiadających samoświadomość swoich interesów. Podobnie rady regionów zdrowotnych, które powinny działać jako nabywcy świadczeń, wybierający oferty najbardziej atrakcyjne ekonomicznie, nadal identyfikowali się z jednostkami działającymi na terenie ich regionu. Ich związek z nadzorującym je Ministerstwem Zdrowia również nie prowadził do powstania koalicji instytucji jasno definiujących i realizujących cele wynikające z przesłanek reformy. Jak napisała jedna z autorek: „płatnicy byli dostatecznie silni (by podejmować niepopularne decyzje), ale otoczenie było zdominowane przez działania polityczne”⁴⁵. W konsekwencji zdarzały się wystąpienia władz politycznych o dofinansowanie szpitali, które nie miały dostatecznie dobrych kontraktów i były przeznaczone do zamknięcia. Płatnicy chętniej zawierali kontrakty ze świadczeniodawca-

⁴² T.A. Kriebble, *New Zealand*, „Journal of Health Politics, Policy and Law” 2000, 25(5), s. 925–930; Ph. Howden-Chapman, T. Ashton, *Public Purchasing and Private Priorities for Healthcare in New Zealand*, „Health Policy” 2000, 54, s. 27–43.

⁴³ C.D. Scott, *Reform of the New Zealand Health Care System*, „Health Policy” 1994, 29, s. 25–40.

⁴⁴ G. Mooney, G. Salmond, *A Reflection on the New Zealand Health Care Reform*, „Health Policy” 1994, 29, s. 173–182.

⁴⁵ L. Malcolm, P. Barnett, *New Zealand’s Health Providers in an Emerging Market*, „Health Policy” 1994, 29, s. 85–100.

mi, którzy gotowi byli przejmować na siebie część ryzyka finansowego, niż z tymi, którzy konsekwentnie dbali o własną efektywność. Świadczeniodawcy dążyli do obniżania kosztów metodami nie mieszczącymi się w regułach gry rynkowej, czego odnotowanym przykładem była presja personelu, domagającego się przeniesienia terminalnie chorego pacjenta do prywatnego szpitala⁴⁶. Wprawdzie uważa się, że system utracił dawne cechy struktury budowanej z pionowo integrowanych instytucji obsługujących przypisane im terytoria – ludność tam mieszkającą – i stał się przykładem rozwiązania opartego na publicznych kontraktach, to jednak siłą napędową przemian nie była konkurencja⁴⁷. Konkurencja nie dostarczała także bodźców, które miały skłaniać poszczególne podmioty do bardziej efektywnych zachowań. System kontraktów powodował natomiast wzrost kosztów transakcyjnych. Nieznana wcześniej dokładność w postępowaniu przygotowującym kontrakty, w czasie prowadzenia negocjacji, monitorowaniu wyników i rozliczaniu prowadziła do znacznego podrożenia kosztów obsługi systemu. Otwarte pozostawało pytanie, czy te zwiększone wydatki są równoważone wzrostem efektów, zwłaszcza efektów zdrowotnych, a jeśli nie, to kto czerpie korzyści ze zwiększonych obciążeń społeczeństwa. Wprawdzie zwolennicy reformy twierdzili, że we wprowadzonym systemie tkwiły bardzo duże możliwości poprawy efektywności, ale opinia publiczna, a także duże kręgi spośród świadczeniodawców, były coraz bardziej rozczarowane i zniecierpliwione kierunkiem przemian zachodzących w systemie.

Problemów wdrożeniowych i związanych z funkcjonowaniem nowych mechanizmów było znacznie więcej. Lekarze rodzinni nie byli chętni do operowania jako dysponenci budżetów i organizowali się w stowarzyszenia rozbudowanych praktyk grupowych, nastawione bardziej na współpracę niż na konkurencję. Plany zdrowotne, które miały pełnić rolę alternatywnych – wobec publicznych rad regionów – płatników w pierwszym okresie w ogóle nie zostały powołane do życia. W tej sytuacji tylko dwie grupy podmiotów związanych z sektorem zdrowotnym były zainteresowane rozwojem reformy. Po pierwsze, politycy, dla których był to ważny element szerszej strategii zmian wprowadzanych w polityce społecznej, w której wycofywano się z niektórych zasad rozbudowanej publicznej odpowiedzialności. Po drugie, sektor prywatny, zwłaszcza szpitalny, który został doceniony w retoryce reformatorskiej, a jednocześnie mógł liczyć na kontrakty zawierane przez publicznych płatników. Poza sektorem zwolennikami reformy były środowiska biznesowe, bo reforma była oparta na zasadach bliskich ich podstawowej logice działania. Generalnie, wielu badaczy wyrażało opinię, że zarówno decyzja o wdrażaniu reformy, jak i jej pierwotna treść były efektem wyborów politycznych, a analiza empiryczna, tak w sensie postawienia precyzyjnej diagnozy, jak i doboru adekwatnych narzędzi odgrywała rolę całkowicie drugorzędną⁴⁸.

⁴⁶ Ph. Howden-Chapman, T. Ashton, *Shopping for Health: Purchasing Health Services Through Contracts*, „Health Policy” 1994, 29, s. 61–83.

⁴⁷ *Ibidem*, s. 75.

⁴⁸ T. A. Kriebel, *New Zealand*, „Journal of Health Politics, Policy and Law” 2000, 25(5), s. 925–930.

Specyfika zdrowia publicznego

Racją wyodrębnienie problemów zdrowia publicznego było dążenie do wzmocnienia jego zaplecza instytucjonalnego, a co za tym idzie, podniesienia jego rangi. Jednak powołanie Komisji Zdrowia Publicznego nie doprowadziło do osiągnięcia celów. Podstawową formułą jej działania było bezpośrednie zawieranie kontraktów z lokalnymi instytucjami i świadczeniodawcami, bez kontaktowania się z miejscową władzą. Prowadziło to do rozrywania istniejących utworzonych wcześniej naturalnych układów współpracy, co przeoczyło funkcji koordynacji i w efekcie prowadziło do osłabienia inicjatyw, zwłaszcza w dziedzinie promocji zdrowia. Na najwyższym szczeblu systemu komitet powołany do opracowania zasad definiowania koszyka świadczeń podstawowych przygotował serię protokołów medycznych, które nie znalazły zastosowania w tworzeniu koszyka⁴⁹. Tak więc mimo naturalnego napięcia między działającymi na tym szczeblu instytucjami, mechanizm konkurencji był w znacznym stopniu uśpiony.

Nowa faza reform

Zwycięstwa wyborcze labourzystów w 1996 r. i 1999 r. ułatwiły odejście od prorynkowej orientacji, zgodnie z oczekiwaniami większości społeczeństwa i większości świadczeniodawców. Zrezygnowano ze stosowania hasła konkurencji na rzecz współpracy i dokonano konsolidacji instytucji finansowych, które zostały ostatecznie włączone do struktur ministerstwa zdrowia. Pozwoli to z pewnością obniżyć koszt obsługi systemu, ale prowadzi do postawienia pytania o źródło bodźców zachęcających do działań proefektywnościowych. Doświadczenie wskazuje, że w wielu przypadkach narzędzia administracyjne, nawet w sprawnych biurokracjach, nie są wystarczające. Teza taka znajduje wstępne potwierdzenie w fakcie – nieznanego wcześniej – narastania zadłużenia szpitali. Instytucja finansująca (HFA), odpowiedzialna za oszczędne gospodarowanie finansami stara się obniżyć wielkości kwot przekazywanych świadczeniodawcom. Kierując się tą samą logiką świadczeniodawcy nie chcą ograniczać swoich wydatków, zwłaszcza tych, które znajdują uzasadnienie w rekomendacjach medycznych. Skutkiem był blisko 40% wzrost zadłużenia sektora szpitalnego między 1993 r. i 1999 r.⁵⁰ Sądzić można, że jedną z przyczyn jest brak bodźców zachęcających do efektywności, o czym była wcześniej mowa. Istniejące bodźce mogą natomiast być wystarczające w poszukiwaniu definicji koszyka świadczeń gwarantowanych, które rozpoczęte po reformie 1993 r. były kontynuowane. W 1998 r. doprowadziły do wprowadzenia – dla wybranych procedur – zasad ustalania priorytetów w przyjmowaniu pacjentów do szpitali celem wykonania nienaglących zabiegów. Racją prowadzenia tych prac było nie tylko powołanie przed laty odpowiedniej struktury, ale do-

⁴⁹ P. Borren, A. Maynard, *The Market Reform in the New Zealand Health Care System: Searching for the Holy Grail in the Antipodes*, „Health Policy” 1994, 27, s. 233–252.

⁵⁰ J. Cumming, *Core Service and Priority-setting: the New Zealand Experience*, „Health Policy” 1994, 29, s. 41–60.

legliwość wynikająca z długich list oczekujących – spośród badanych krajów tylko w Wielkiej Brytanii były one dłuższe. Dla polityków możliwość poprawy sytuacji była bardzo atrakcyjna, zwiększało się też poczucie bezpieczeństwa pacjentów. W intencji twórców wprowadzenie zasad miało doprowadzić do likwidacji list, ale okazało się to niemożliwe. Jedną z przyczyn było wadliwe stosowanie zasad. Zarówno pacjenci, jak i lekarze dostarczali nieprecyzyjnych informacji – przesadzając w przedstawianiu ostrości objawów i pilności potrzeby – zaburzyło rzetelność dokonywanych ocen⁵¹. Badacze twierdzą, że zachowanie lekarzy wynikało z konfliktu ról, będącego ich częstym udziałem, a wynikającego z jednoczesnego zatrudnienia w szpitalach publicznych i prywatnych. W naturalny sposób są oni zainteresowani, by pacjenci wybierali ich prywatne instytucje. W warunkach długich kolejek do instytucji publicznych decyzje pacjentów, korzystne dla prywatnych świadczeniodawców, mogą być podejmowane łatwiej. Ponieważ najczęściej chodzi o procedury nienagłące, ani bezpieczeństwo pacjentów, ani zasady etyczne nie są zagrożone. Natomiast wzrastające wpływy orientacji biznesowej, widoczne wśród części lekarzy, mogą tego rodzaju tendencje wzmacniać. W bardziej odległej perspektywie może to grozić erozją zasad rządzących sektorem publicznym. Być może jest to jeden z czynników, który sprawia, że kryzys zaufania, który pojawił się po wprowadzeniu reform w 1993 r., trwa, a nawet się pogłębia. Jednym z jego przejawów jest wzrost liczby skarg wpływających do rzecznika pacjentów (ponad 40% między 1996 r. i 2001) i towarzyszący temu drastyczny spadek spraw lekarzy o złamanie zasad kodeksu deontologicznego rozpatrywanych przez sądy lekarskie⁵². Prowadziło to do ostrego konfliktu między środowiskiem medycznym i opinią publiczną. Mówiło się wręcz o syndromie „obleżonej twierdzy”, co istotnie utrudniało współpracę, niezbędną przy kontynuowaniu reformy.

Wnioski

Analiza doświadczeń reformatorskich, tak w odniesieniu do trzech wybranych krajów, jak i szersza, prowadzi do konkluzji, że najciekawsze wnioski dotyczą cech procesu politycznego, w ramach którego reforma była przygotowywana i wdrażana. Jeśli zatem szukać źródeł wspierających rekomendacje mogące znaleźć zastosowanie w przyszłości, to w tej sferze należy ich poszukiwać.

Po pierwsze, rytm życia politycznego warunkował przedstawienie reformy zdrowotnej jako problemu⁵³. Takie wydarzenia, jak zbliżające się wybory, kongres partii rządzącej lub opozycyjnej, kryzys parlamentarny i jego przewyciężanie otwierały możliwości, lub wręcz prowokowały, podjęcie spraw dotyczących sektora zdrowotnego. Możliwe stawało się wtedy wprowadzenie idei reformatorskich do publicznej dyskusji politycznej, a poszczególne grupy, potencjalnie dotknięte skutkami reformy, zaczynały rozważać jej pozy-

⁵¹ Ph. Howden-Chapman, T. Ashton, *Public Purchasing and Private Priorities for Healthcare in New Zealand*, *op. cit.*, s. 27–43.

⁵² *Ibidem*, s. 27–43.

⁵³ R. Paterson, *The Patients' Complaints System In New Zealand*, „Health Affairs” 2002, 21(3), s. 70–79.

tywne i negatywne konsekwencje. Dla rządzących otwierało to szansę wystąpienia w roli organizatorów procesu prowadzącego do rozwiązania ważnych problemów, a jednocześnie wpływania na jego przebieg zgodnie z oczekiwaniami własnego elektoratu – wprowadzenia własnych idei lub korygowania – co wraz z upływem czasu stawało się coraz częstsze – idei wprowadzonych przez konkurentów politycznych.

Po drugie, w zdecydowanej większości przypadków reformy udawało się przygotowywać i wdrażać, jeśli u władzy znajdowały się silne, jednopartyjne rządy⁵⁴. W warunkach istnienia silnego poparcia politycznego możliwe było kontynuowanie zakrojonych na dużą skalę reform, mimo dyszatisfakcji i oporu środowisk profesjonalnych. Kraje, w których istniały rządy koalicyjne, znalazły się w dużo trudniejszej sytuacji, co polegało na konieczności merytorycznych ustępstw w toku poszukiwania politycznego poparcia, zawężenia zakresu przeprowadzanych zmian, jeśli kompromisy okazywały się niemożliwe do osiągnięcia, a ponadto na konieczności przewyższania licznych barier na drodze uzgadniania treści zmian, tak w fazie opracowywania, jak i wdrażania koncepcji. Generalnie można twierdzić, że efektywność reformy zależy – odwrotnie proporcjonalnie – od liczby zaangażowanych aktorów⁵⁵. Tak po stronie podmiotów czynnie przygotowujących i wdrażających reformę, jak i po stronie podmiotów poddanych skutkom zmian, może się znaleźć mniejsza lub większa ich liczba. Reforma jest tym łatwiejsza, im mniejsza liczba aktorów. Musi to być to jednak powiązane z jej treścią i zakresem, a nie może wynikać z celowego pomijania współpracy z podmiotem, który może mieć istotny wpływ na przebieg zdarzeń. Z reguły zatem obecność wielu aktorów jest konieczna, a problem polega na sposobach współpracy. Bariery występują wtedy, gdy organizacja instytucji, poprzez które prowadzi się reformy, nie sprzyja skutecznej koordynacji działań. Może to zachodzić w przypadku złej koordynacji prac w ciałach ustawodawczych⁵⁶, w warunkach złych kontaktów między przedstawicielami zainteresowanych grup interesów z reprezentantami rządu i urzędnikami, a także w warunkach złej organizacji pracy wewnątrz rządu⁵⁷.

Po trzecie, doświadczenia wszystkich krajów potwierdzało trudności, jakie napotykały rządy chcące przekroczyć bariery własnych opcji politycznych. Wszędzie bowiem widoczne były bliskie – choć nie zawsze bezpośrednie – związki między procesem politycznym, ideologiami akceptowanymi przez głównych aktorów biorących w nim udział oraz treścią i stylem przeprowadzanych zmian. We wszystkich przedstawionych tu systemach był bezpośredni związek między rynkowymi koncepcjami i prorynkowymi projektami reform brytyjskich, szwedzkich i nowozelandzkich partii centrowo-prawicowych. Również wszędzie dojście do władzy partii centrowo-lewicowych powodowało nie tylko odstąpienie od rynkowej retoryki, ale także rezygnację z wielu rynkowych mechanizmów.

⁵⁴ M. R. Reich, *The Politics of Health Sector Reform in Developing Countries: Three Cases of Pharmaceutical Policy*, „Health Policy” 1995, 32, 1–3, s. 47–77, s. 73 i n.

⁵⁵ T. Rathwell, *Implementing Health Care Reform: a Review of Current Experience*, *op. cit.*, s. 385–399.

⁵⁶ G. Walt, *Implementing Health Care Reform: a Framework for Discussion*, w: *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*, *op. cit.*, s. 365–384.

⁵⁷ C. N. Kahn, R. F. Pollack, *Building a Consensus for Expanding Health Coverage*, „Health Affairs” 2001, 20(1), s. 40–48, s. 41.

Podobnie działo się w wielu innych krajach. Pozwala to formułować wniosek, że praktycznie nigdzie nie udaje się traktować reformy zdrowotnej jako problemu politycznie neutralnego.

Po czwarte, analiza doświadczeń reformatorskich nie dostarczyła jednoznacznych wniosków co do związków między zakresem przeprowadzanych zmian i efektywnością ich wdrożenia. Autorzy jednego z raportów napisali, co następuje: „Wydaje się trudne jednoczesne zajmowanie się wszystkimi celami polityki zdrowotnej: kontrolą kosztów, relacją koszt–efekt, wysoką jakością i równym dostępem. Warto więc rozważyć bardziej skoordynowane podejście, które zawierałoby wszystkie ważne cele polityki zdrowotnej, a nie tylko oderwany od reszty wąski problem, który jest najbardziej palący w danym czasie”⁵⁸. Trudno byłoby sformułować rekomendacje na podstawie takiej opinii. Z jednej strony, oczywiste są trudności prowadzenia zmian dotykających jednocześnie zbyt wielu kwestii, bo skala problemów stwarza oczywiście bardzo duże trudności koordynacyjne. Z drugiej strony w poważnych analizach przedstawiane są rekomendacje, w których zawężanie zakresu zmienianej regulacji traktowane jest jako istotny błąd, utrudniający osiągnięcie powodzenia⁵⁹.

Po piąte, hasło reform opieki zdrowotnej stało się swoistą modą, zwłaszcza w powiązaniu z retoryką rynkową. W pierwszej fazie reform rozwiązania rynkowe były traktowane jako najbardziej obiecująca metoda przekształcania sektorów zdrowotnych, prowadząca do poprawy efektywności, wzrostu satysfakcji pacjentów i pozwalająca maksymalizować efekty zdrowotne. Za nadziejami takimi nie stały dowody empiryczne, co więcej, nie próbowano ich wtedy poszukiwać. Jeśli więc tak często wdrażano wtedy reformy, to atrakcyjne jest wyjaśnienie odwołujące się do pojęcia mody. Kiedy dochodziło do wdrożenia i uzyskiwane efekty mogły stać się przedmiotem bardziej systematycznej analizy, początkowy entuzjazm zwykle słabł. Pozytywne skutki okazywały się zwykle mniej znaczące, niż oczekiwano, i uzyskiwane bardzo dużym kosztem, zwłaszcza społecznym. Rynkowe mechanizmy, także konkurencja, prowadziła do wzrostu zróżnicowań między różnymi grupami pacjentów, co w krajach akceptujących wartości egalitarne wzbudzało sprzeciw i wymuszało zmianę pierwotnie przyjętych koncepcji zmian. Zwrot ku poszukiwaniu nowych rozwiązań był także wzmacniany wygaśnięciem mody na reformy rynkowe i nadejściem nowej fali koncepcyjnej, w której kluczowe kategorie to kooperacja i współpraca (*networking*), a także regionalizacja.

Zakończenie

Reformy zdrowotne, budzące tyle nadziei w chwili ich podejmowania, nie przyniosły spodziewanych skutków. Efektywność systemów nie poprawiła się w oczekiwanym stopniu, poziom satysfakcji pacjentów raczej się obniżył, niż podniósł, a stan zdrowia – jeśli się poprawił – to prawdopodobnie w wyniku innych sił sprawczych. Jednak doświadcze-

⁵⁸ C. Ham, *The Politics of NHS Reform 1988–97. Metaphor or Reality?*, op. cit.

⁵⁹ *Health Care Systems in Transition. Sweden, European Observatory on Health Care Systems*, op. cit., s. 92.

nia „dekady reform” nie poszły na marne. Wszyscy wyciągający lekcje z tego, co zostało zrobione i z tego, co się nie udało, mogą sformułować przynajmniej następujące wnioski. Po pierwsze, stało się całkowicie jasne, jak złożony jest problem opieki zdrowotnej, i że nie uda się go rozwiązywać prostymi metodami. Po drugie, że dalece nie wszyscy uczestniczący w kształtowaniu sytuacji sektora zdrowotnego są zainteresowani racjonalizacją jego funkcjonowania i jakże często partykularne interesy przeważają nad dążeniem do dobra wspólnego. Po trzecie, że nieprzekraczalną barierą możliwości przygotowania i wdrożenia zmiany jest wydolność instytucji, w ramach których podejmuje się decyzje, zwłaszcza polityczne i trudno oczekiwać, by niekompetentni decydenci podejmowali kompetentne decyzje. Nie mam wątpliwości, że wnioski te, w tym opracowaniu wysnute z doświadczeń zagranicznych, znajdują pełne zastosowanie do analizy także polskiej sytuacji.

*Health care reform as a political process.
Some remarks on selected clues*

Health sectors (systems) have always been undergoing many changes. But in late eighteenth century changes were intensified and looked at as something specific and referred to as “health reforms”. Though changes considered and implemented in different countries varied, most observers underlined the similarities occurring in reforms, especially in industrialized countries.

In this paper reforms in United Kingdom, Sweden and New Zealand are analyzed. In early nineteenth century all these countries had comprehensive health systems, emphasizing the rule of public responsibility. All made decision to implement a number of market-oriented mechanisms, relying on concepts of internal market, competition, provider-purchaser split and appreciating the role of private sector. The reforms resulted in limited successes but were abandoned after shorter or longer periods. All countries gave up market slogans and returned to rules of public (state’s) responsibility, even if solutions that proved efficient were preserved.

A question on factors contributing to two problems is posed. First, why market-oriented solutions were accepted and implemented so easily and broadly. Second, why market-oriented solutions, once in use, were so willingly rejected. My hypothesis is that the answers should be sought in characteristics of political process in which health reform was being prepared and implemented.

⁶⁰ R. B. Saltman, R. Busse, *Balancing Regulation and Entrepreneurialism in Europe’s Health Sector: Theory and Practice*, w: R.B. Saltman, R. Busse, E. Mossialos (red.), *Regulating Entrepreneurial Behaviour in European Health Care Systems*, Open University Press, Buckingham, Philadelphia 2001: 3–52, s. 14.

