Cezary W. Włodarczyk, Iwona Koprowska

Instytut Zdrowia Publicznego
Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

Wykorzystanie programu policy maker *w polityce zdrowotnej. Niektóre aspekty wdrażania reformy opieki zdrowotnej w Polsce*

Wstęp

Złożoność uwarunkowań, w które uwikłany jest sektor zdrowotny, wpływa bezpośrednio na trudności badawcze występujące w jego analizie, wyjaśnianiu i projektowaniu. W grę wchodzi tutaj nie tylko bardzo duża liczba dyscyplin naukowych, posiadających kompetencje w poszczególnych aspektach działania sektora, ale także obecność wartości i emocji wpływających na postrzeganie i rozumienie zachodzących w tym sektorze zjawisk. Należy pamiętać, że samo pojęcie zdrowia wchodzi w bezpośrednie związki z sensem – semantycznym i aksjologicznym – takich kategorii, jak życie, cierpienie i śmierć (Wulff i in. 1993).

Zasygnalizowane wyżej problemy ujawniają się z całą mocą w procesach reformowania opieki zdrowotnej. Próby wprowadzania głębokich zmian są dokonywane we wszystkich właściwie krajach i wszędzie towarzyszą im bardzo silne emocje. Dzieje się tak, bo zmiany te dotyczą każdego/każdej żyjących w społeczeństwie, lecz również dlatego, że wpływają na sposób funkcjonowania znacznej części gospodarki – ochrona zdrowia bywa największym pracodawcą i dotyczą bezpośrednio interesów zarówno słabych, jak i silnych (wpływowych) grup społecznych (Marmor 1994). Pozyskanie ich aprobaty, lub przynajmniej neutralności, powinno być potraktowane jako fundamentalny obowiązek autorów reformy.

Społeczne uwarunkowania funkcjonowania sektorów zdrowotnych i zmian w nich zachodzących od dłuższego już czasu stały się przedmiotem żywego zainteresowania

badaczy. Zainicjowane przez socjologów, wsparte przez ekonomistów, zostały wyraźnie wzbogacone teoretycznie wraz ze stosowaniem podejść politologicznych (Fitzpatrick 1987). Polityka zdrowotna – pozostając częścią polityki społecznej – staje się stopniowo dyscypliną samodzielnie prowadzącą swoje dociekania[1]. Jednym z dowodów jej rozwoju jest wypracowanie w Szkole Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Harvarda narzędzia określanego jako „policy maker", które służy zarówno wspomaganiu decydentów w podejmowanych przez nich rozstrzygnięciach, jak i analizie przebiegu i uwarunkowań ich aktywności i jest intencjonalnie przystosowane do uchwycenia specyfiki problemów zdrowotnych. Przedstawienie tego narzędzia i omówienie zasad jego wykorzystania będą przedmiotem pierwszej części tego opracowania, podczas gdy prezentacja efektów jego zastosowania do pewnego wycinka polskiej reformy zdrowotnej – którego integralnym elementem była współpraca z decydentami – znajdzie się w części drugiej.

Program policy maker

Podstawy teoretyczne

Program *policy maker* (PM), autorstwa Michaela R. Reicha, opiera się na bogatych podstawach teoretycznych, wśród których autor wymienił: model racjonalnego zachowania, model publicznej administracji, model biurokratyczny, koncepcje grup interesu, model wyboru publicznego i zasady analizy marksowskiej. Każde z tych podejść było w przeszłości wykorzystywane w analizach sektora zdrowotnego (Globerman 1990; Fields 1998; Hillier 1987). Do tej listy należałoby dodać „model biurokratyczno-polityczny" (*bureaupolitical model*) oraz „analizę udziałowców" (*stakeholders analysis*); które to podejścia są w jakimś stopniu zawarte w poprzednio wymienionych, ale których wpływ na współczesne dyskusje i badania jest wyraźny[2]. Łączne odwoływanie się do tak różnych orientacji uznać można za próbę połączenia pozytywnych propozycji większości stanowisk stosowanych współcześnie w analizach politycznych, w których dąży się do rozpoznania dynamicznie zmieniających się stanowisk różnych grup broniących egoistycznie swoich pozycji i wpływów, ale gotowych do kompromisu, gdyby okazało się to dostatecznie korzystne (Hogwood, Gunn 1984; *Encyclopedia...* 1992; Harrop [red.] 1992, dwa ostatnie zawierają także analizy sektora zdrowotnego). Zostały już podjęte owocne próby ukierunkowania takiego sumarycznego podejścia nakierowanego na sektor zdrowotny (Gill 1994). Wydaje się, że podstawowe założenia leżące u podstaw metody PM, jako pewną sumę idei wyprowadzanych z tych różnych inspiracji koncepcyjnych, można sformułować w postaci czterech przesłanek. Po pierwsze, polityka zdrowotna, jak wszystkie procesy polityki społecznej, w tym reforma opieki zdrowotnej – jest

[1] Historia emancypacji polityki zdrowotnej jako dyscypliny jest przedstawiona w zbiorze tekstów: *Health Politics and Policy*, 1991.

[2] W analizach politycznych podejścia te są wiązane z nazwiskiem G. Allisona (1971), por. także R. Goodin (1998) oraz Ch. Lindbloma (1959), R. Gregory (1993).

w przeważającej części procesem politycznym (Litman 1991). Polityka ma wpływ na genezę, treść i wdrożenie całej reformy sektora opieki zdrowotnej oraz na warunki i perspektywy jej wdrażania. Ten element polityczny współistnieje zawsze z elementem technicznym, zyskując nad nim przewagę, co oznacza, że interesy polityczne stają się ważniejsze niż rozwiązanie problemów zdrowotnych. Po drugie, w procesie polityki zdrowotnej uczestniczy wielu partnerów – graczy, aktorów – i każdy wywiera wpływ na jej treści i realizacje, który zależy od jego pozycji w układzie władzy, zasobów, doraźnych i strategicznych interesów, a także od wyznawanych idei, przekonań i przesądów[3]. Uczestnicy polityki zdrowotnej często są określani jako aktorzy ze względu na rolę, jaką sprawują. Określenie uczestnika aktorem podkreśla pewną przypadkowość celów, jakie są promowane i realizowane przez poszczególnych uczestników (Włodarczyk 1998).

Aktorzy ci mogą działać indywidualnie, ale mogą także tworzyć mniej lub bardziej trwałe koalicje, jeśli tego wymaga skuteczna realizacja zamierzeń. Po trzecie, decydenci zadowalają się warunkami ograniczonej racjonalności[4]. Oznacza to, że nie poszukują dodatkowych informacji, które pozwoliłyby na bardziej wnikliwe podejście do problemu – nawet, kiedy nie pociągałoby to za sobą dodatkowych kosztów. Rzadko rozpoczynają swoją aktywność od jasnego zdefiniowania celów, w wyniku czego faza decyzji strategicznych (wybór celów) nie daje się wyodrębnić od fazy operacyjnej (wybór środków) [szcz. Lindblom 1971]. Kiedy poszukują metod działania, z reguły poprzestają na pierwszym wariancie dostatecznie satysfakcjonującym, nie troszcząc się o wybory optymalne. Po czwarte, dobór środków jako narzędzi realizacji zaakceptowanych wcześniej celów, nie jest prostą operacją poddaną naukowym rygorom (Sabatier 1993). Jest złożonym procesem, w który ingerują zaangażowani w proces partnerzy, broniący w ten sposób własnych korzyści. Bywa zresztą, że zmiana jest podejmowana bez świadomości racji nadrzędnych. Podkreślić należy, że przedstawione podejście – wraz z jego uszczegółowieniem w postaci przesłanek – nie jest abstrakcyjną konstrukcją, ale koncepcją, która znajdowała już praktyczne zastosowanie w analizach sektora zdrowotnego (Elsinga 1989). Można zasadnie przypuszczać, że wraz pogłębianiem się zainteresowań badaczy jego popularność będzie rosła[5].

Narzędzie

Program *policy maker* ma dwie cechy, które go wyróżniają na tle standardowych koncepcji badawczych. Po pierwsze ma eksplicite zadane dwie funkcje; ma służyć poprawie efektywności tworzenia i realizacji uporządkowanych działań polityki zdrowotnej, podejmowanych w ramach procesu politycznego, a – jednocześnie – także jej

[3] Analiza demokratycznego procesu, w którym uczestniczy wielu partnerów (Dahl 1995).

[4] Koncepcje te były rozwijane w teorii organizacji (Simon 1976), by następnie oddziaływać na analizy polityczne (Brennan 1998).

[5] Niekiedy to sumujące podejście jest określane jako *political mapping*, por. „The method pf Political Mapping is a technique that can help policy makers in analyzing and managing the political dimensions of policy reform and in improving the political feasibility of reform" (Reich 1995; Frenk 1995).

systematycznej analizie. Po drugie, ma postać programu komputerowego i ten fakt ma ułatwiać wykorzystanie analitycznych i konstrukcyjnych możliwości tkwiących w koncepcjach współczesnej polityki zdrowotnej, tak jak one zostały wyżej przedstawione, i czynić całe przedsięwzięcie bardziej atrakcyjnym. Program „pyta" o cele polityki zdrowotnej, a następnie o podmioty wywierające wpływ na ich dobór i realizację. Po sporządzeniu wykazu grup (aktorów), potencjalnie ważnych dla procesu rozpatrywanej polityki, program pomaga oszacować ich władzę i wpływy w konkretnej sytuacji. Aby to osiągnąć, konieczne jest ustalenie miejsca danego podmiotu, aktora w systemie i posiadane przezeń zasoby oraz interesy, stanowisko, zaangażowanie, które wpłyną na ich zachowanie w rozpatrywanej polityce. Na tej podstawie program ułatwi zdefiniowanie stanowiska poszczególnych uczestników wobec różnych aspektów zmian i przewidzenie ich przyszłego postępowania, postracjonalizacji podjętych wcześniej decyzji. Program pomaga także w przewidywaniu zawierania koalicji i sojuszy zmierzających już to do blokowania, już to do wspierania przygotowywanych zmian. Policy maker zawiera dwie metody planowania strategii, służących zwiększeniu prawdopodobieństwa wykonalności rozpatrywanej polityki przez odpowiednie oddziaływanie na poszczególnych udziałowców. Po pierwsze, program stawia do dyspozycji użytkownika ogólny zestaw strategii rutynowo stosowanych w reformach zdrowotnych. Po drugie program pozwala na dokonanie przeglądu i oceny informacji już wprowadzonych w celu stworzenia własnych rozwiązań (Reich 1995). Program pozwala zatem na jednoczesne operowanie wieloma strumieniami informacji, a jego funkcje, na automatyczne ich wzajemne konfrontowanie i syntetyzowanie.

Pożytki ze stosowania programu, ze względu na jego dwoistą funkcję, mogą czerpać polityczni decydenci, którzy chcą uczynić swoje działania bardziej skutecznymi, ale także badacze opisujący i wyjaśniający procesy polityki zdrowotnej. Może się zdarzyć, że granica między badawczym i praktycznych stosowaniem *policy maker* ulega zatarciu, kiedy wynik pracy badaczy – pogłębiona diagnoza, ujawnienie zależności przyczynowych – jest wykorzystywany jako podstawa wyboru skutecznych środków służących osiąganiu zamierzeń decydentów. Mieliśmy nadzieję, że coś takiego nastąpi również w naszym przedsięwzięciu.

Zgodnie z przedstawionymi przesłankami polityka zdrowotna – i reforma opieki zdrowotnej – są postrzegane jako dynamiczny, wieloaspektowy i wieloetapowy proces. Autorzy *policy maker* przyjęli, że można w nim wyróżnić pewne fazy, które powinny być przebyte zarówno w projektowaniu skutecznej polityki zdrowotnej, jak i w analizie politycznych zaszłości. Lista tych etapów przedstawia się następująco:
- ustalenie treści polityki,
- określenie listy uczestników,
- zdefiniowanie możliwości i przeszkód,
- zdefiniowanie interesów uczestników,
- określenie strategii,
- analiza oddziaływania strategii[6].

[6] Etapy procesu *political maping* – analizy wyjściowej do opracowania programu komputerowego „Policy

Każdy z wyróżnionych etapów wymaga krótkiej choćby charakterystyki, która powinna być uzupełniona zasadami ogólnej charakterystyki procesu oraz omówieniem specyficznej sytuacji, w której program znalazł zastosowanie w polskich warunkach.

Polityka i jej cele

Ustalenie treści rozwiązań politycznych obejmuje określenie kontekstu działań – ogólne kierunki aktywności podejmowanych w rozpatrywanym układzie decyzyjnym – oraz wymaga określenia celów, którym przygotowywane rozwiązanie powinno służyć[7]. W praktyce reform opieki zdrowotnej cele formułowane są w zwykle sposób ogólnikowy, co uniemożliwia często dokonanie oceny przydatności danego rozwiązania. Z drugiej strony natura celów realizowanych w sektorze zdrowotnym jest tak złożona – zwłaszcza, kiedy chodzi o cele definiowane w długiej perspektywie czasowej – że próby formułowania celów zbyt szczegółowych, a zwłaszcza budowanie „docelowego modelu" są *a priori* skazane na niepowodzenie. Stąd najbardziej teoretycznie uzasadnione jest koncentrowanie się na wyeksponowaniu kierunków zmian uznawanych za pożądane oraz na umiejętnym posuwaniu się w kierunku określonych rozwiązań, realizujących stopniowo przyjęty cel – zgodnie z zasadami „planowania kroczącego". Dopiero na niższym szczeblu działań – i analizy – następuje ukonkretnienie stanów rzeczy uznanych za pożądane, do których zbliżenie się mogłoby oznaczać kolejne fazy planowego działania. Działanie te, uporządkowane w dostatecznie spójne całości, są sposobami realizacji celów, określanymi w *policy maker* jako ich rozwiązania. Należy zauważyć w tym miejscu, że cel rozumiany jako przyszły, wyobrażalny, pożądany stan rzeczy ma dwojaki charakter. Po pierwsze rozumiany może być jako jednorazowo spełnialny, po drugie jako cel gradacyjny.

Pamiętać należy, że na ogół nie istnieje jedno najlepsze rozwiązanie, czy jeden sposób osiągnięcia założonego celu. Świadomość tego powinna chronić przed nadmiernym przywiązaniem do konkretnych treści politycznych, czy konkretnych rozwiązań technicznych, które w realizacji uzgodnionego celu mogą być łatwo zastąpione innymi. W praktyce jednak bardzo często mamy do czynienia z sytuacjami, w których szczegółowe rozwiązania ulegają autonomizacji, są mitologizowane i w efekcie bronione przez zwolenników, jakby chodziło o najwyższej rangi cele, co wyraźnie przeszkadza bardziej efektywnemu uzgadnianiu rozbieżnych stanowisk.

Godnym uwagi jest stanowisko jednego z najwybitniejszych przedstawicieli współczesnej myśli politycznej Glena Tindera o nierozstrzygalności myślenia politycznego.

Gdybyśmy zadali sobie pytanie, dlaczego zajmujemy się problemem analizy politycznej na gruncie polityki zdrowotnej, odpowiemy: aby znaleźć odpowiedzi do których nie da się dojść w żaden inny sposób. Dając jednak taka odpowiedź nie bierze się pod uwagę jednego z najstarszych zastrzeżeń myśli filozoficznej, a mianowicie, iż idee, które formułujemy, zawsze muszą być niepewne i nie do udowodnienia. Wynika to z faktu, ze zaangażowanie się w myślenia pociąga za sobą wątpliwości, które nigdy nie są do końca rozstrzygalne tylko na

Maker" mogą być nazwane w różnych opracowaniach nieco inaczej, np. Walt 1998.

[7] O definiowaniu celów w polityce zdrowotnej zob. Klein 1993.

drodze samego myślenia. A mimo tej ewidentnej nierozstrzygalności myślenia politycznego, watro podejmować próby analizowania rzeczywistości, ponieważ niezależnie od uzyskanych wniosków samo analizowanie pomaga nam osiągnąć poziom człowieczeństwa, jakiego nie można osiągnąć w żaden inny sposób (zob. też: Tinder 1995).

Udziałowcy (aktorzy)

Zgodnie z tradycją utrwaloną w literaturze, jako aktorów polityki zdrowotnej traktuje się takie podmioty, które wywierają wpływ na definiowanie celów zdrowotnych, kształtują warunki i zasady ich realizacji oraz uczestniczą w ich osiąganiu. Istnieje wiele propozycji porządkowania ich list; od prostych – kilkuczłonowych, do bardzo rozbudowanych[8]. Z reguły pewnych aktorów traktuje się jako najważniejszych – należy zwykle do nich politycy, rząd, świadczeniodawcy i ich organizacje, płatnicy, społeczeństwo i jego różne segmenty – ale w różnych specyficznych sytuacjach różni aktorzy mogą pełnić rolę kluczową, w zależności od ich rzeczywistego wpływu na przebieg zdarzeń (Kokko i in. 1998). Właśnie umiejętność trafnego ustalenia, kto w danych warunkach będzie skutecznie oddziaływać na proces decyzyjny i wdrożeniowy – pozytywnie lub negatywnie – ma przemożny wpływ na powodzenie przygotowywanej zmiany. Prawdopodobieństwo tego, czy dana polityka zostanie przyjęta, a następnie efektywnie implementowana, jest uzależnione od możliwości pozyskania dostatecznie silnych sprzymierzeńców wśród aktorów polityki zdrowotnej. W szczególności należy brać pod uwagę następujące aspekty sytuacji:

– względna władza każdego gracza uczestniczącego w grze politycznej (w oparciu o środki dostępne temu graczowi),

– stanowisko przyjęte przez poszczególnych graczy,

– wielkość zaangażowania poszczególnych aktorów w politykę. Będzie to uzależnione od ich interesów i osądów taktycznych,

– zbiór graczy, którzy zostali zmobilizowani i zarazem chcą uczestniczyć w bitwie o los polityki[9].

Wśród aktorów polityki zdrowotnej, ze względu na przedmiot naszej analizy, warto wyróżnić jedną ich grupę – liderów reformy. Łączą oni dwie cechy. Po pierwsze, zajmują ważne miejsce w formalnej strukturze władzy i mają mocną pozycję w układzie politycznym aktualnie sprawującym władzę. Po drugie, posiadają cechy osobowościowe pozwalające im pełnić rolę przywódczą i potrafią cechy te wykorzystywać w działaniach związanych z reformą opieki zdrowotnej.

Możliwości i bariery

W kategorii „możliwości" najważniejsze znaczenie wydaje się mieć sprawa zasobów, ich dostępności, wielkości i możliwości mobilizacji. Chodzi zarówno o możliwości finansowe i rzeczowe, jak i zasoby intelektualne (Williams 1994). Posiadane w przeszłości środki

[8] Materiały z *Flagship Program an Health Sector reform and Sustainable Financing – Diagnostic Approaches to Assesing Strengts, Weaknesses And Change of Health System – Module 2.*

[9] *Ibidem.*

materialne są elementem diagnozy sytuacji, która jest przedmiotem działań reformatorskich. Środki posiadane obecnie wyznaczają możliwości działania – możliwość zatrudnienia personelu, zlecenia ekspertyz, pozyskania ekspertów zagranicznych. Zasoby posiadane w przyszłości wyznaczają nieprzekraczalną granicę mechanizmów i rozwiązań, które mogą być realnie projektowane jako propozycje reformatorskie. Te same funkcje są spełniane przez zasoby intelektualne, przy czym ich brak w momencie podejmowania wysiłków reformatorskich może doprowadzić do sytuacji, w której do liderów reformy nie dociera informacja, że nie są oni w stanie jej przeprowadzić. Paradoksalnie zatem, to co powinno stanowić główny czynnik „możliwości" procesu zmian, staje się głównym czynnikiem hamującym. Stąd rekomendacje badaczy procesów reformatorskich, że brak możliwości pozyskania zasobów niezbędnych dla samego przygotowania reformy powinien zachęcać do ograniczenia zakresu podejmowanych prób.

Interesy

Interesy aktorów biorących udział w polityce zdrowotnej mogą być traktowane już to jako bariera procesów reformatorskich, już to jako ich szansa (Wilsford 1995). Pierwsza możliwość wynika z faktu, że w wielu przypadkach proponowane zmiany naruszają dotychczasowy układ interesów, a przynajmniej wprowadzają element niepewności co do ich poszanowania w przyszłości. Pomijając pewną naturalną inercyjność dużych systemów społecznych i związany z tym opór wobec zmian – które to jednak zjawiska mogą być neutralizowane sensownymi działaniami reformatorów – sama reforma nie musi szkodzić żywotnym interesom ważnych uczestników zachodzących procesów. Wydaje się, że warunkiem unikania destrukcyjnych konfliktów w tej sferze jest uczynienie dotychczasowego i przyszłego układu interesów dostatecznie przejrzystym. Dla uczestników gry musi być dostatecznie jasne kto i jakie korzyści czerpał z dotychczasowego stanu rzeczy, a kogo można traktować jako beneficjenta nowej sytuacji. Niestety, w sektorze zdrowotnym przejrzystości takiej bardzo często brakuje i najbardziej materialne interesy są maskowane hasłami o „służbie choremu człowiekowi i ludzkości", które to hasła występują w kodeksach medycznych wielu krajów. Jeśli warunek przejrzystości jest spełniony, powstaje możliwość uzgodnienia tego, co uznaje się za społecznie, ekonomi moralnie – uzasadnione. Powstaje też szansa uzyskania poparcia ze strony tych grup, które spodziewają się skorzystać z przygotowywanych zmian. Połączenie elementów reformy z wyraźnym interesem wpływowych grup jest najskuteczniejszą metodą jej przeprowadzenia.

Strategie i rozwiązania

Kiedy rezygnuje się z pojęcia „modelu docelowego" uzgodnione w polityce zdrowotnej cele wyznaczają kierunek pożądanych zmian i one wyznaczą strategie (Wennberg 1992). Strategia określana jest jako zestaw celów, programów, działań, decyzji czy alokacji środków, który określa co jest przedmiotem dążeń liderów zmiany w danej fazie procesu politycznego, jaki jest kształt priorytetów i dlaczego (Klich i in. 1998). Formułowanie i wdrażanie strategii musi wiązać retorykę (co ludzie mówią) z wyborami (jak ludzie

decydują i za co chcą płacić) oraz działaniami (co ludzie robią). Poszczególne elementy powinny układać się w sekwencje powiązanych ze sobą zadań – kolejnych wprowadzanych w życie rozwiązań (Walt 1998: 379). Stopień ich uszczegółowienia jest wprost powiązany z kryterium czasu: rozwiązania, które mają być wprowadzone niezwłocznie muszą być zdefiniowanie precyzyjnie, im bardziej odległe w czasie, tym więcej szczegółów można pozostawić do późniejszego dookreślenia. Istotne jest jednak zachowanie wystarczającej spójności między poszczególnymi rozwiązaniami, szczególnie istotne jest przestrzeganie zasady, by mechanizmy wprowadzone wcześniej nie stawały się barierą dla mechanizmów wprowadzanych później, przy czym dotyczy to zarówno rozwiązań technicznych, jak i stymulowanych stanów świadomości osób zaangażowanych w działanie sektora. I tak, jeśli tworzy się bodźce zachęcające do konkurencji między świadczeniodawcami, nie można jednocześnie oczekiwać od nich altruizmu i partnerskiego współdziałania[10].

Ogólna charakterystyka procesu

Należy jeszcze raz podkreślić dynamikę opisywanego procesu i nieustanną zmienność warunków jego realizacji (Taylor, Reinke 1988). Kiedy przystępuje się do oceny wykonalności przygotowywanej i proponowanej polityki musi być ona dokonywana nie tylko w kategoriach stopnia prawdopodobieństwa, ale także prawdopodobieństwa zmieniającego się w czasie. Poza innymi czynnikami, których wpływ na reformę powinien być diagnozowany we wstępnych fazach procesu, prawdopodobieństwo powodzenia przyjęcia określonego projektu zależy w bardzo dużym stopniu od umiejętności oraz zaangażowania grupy określonej wcześniej jako liderzy reformy. Jakie środki polityczne i jakie zasoby mają do swej dyspozycji oraz jaki ich ułamek są gotowi poświęcić na prowadzenie konkretnej bitwy – pozyskanie zwolenników, neutralizację przeciwników, zdobywanie nowych informacji i argumentów? Na ile są inteligentni i wyrachowani oraz w jakim stopniu opanowali umiejętności prowadzenia tak prac technicznych, jak i gry politycznej? Pytanie zatem, czy jakaś polityka jest wykonalna jest po części, pytaniem nie tylko o partie i grupy interesów, ale również o sytuację grupy prowadzącej reformę, o jej kwalifikacje, odwagę i zaangażowanie. Wydaje się, że analizy i oceny dokonane w tej fazie procesu mają rozstrzygające znaczenie tak dla decyzji o podjęciu wdrożenia, jak i dla rozumienia logiki dokonywanych zmian.

Analiza polityczna tego procesu jest natomiast uzależniona od takich czynników jak: okoliczności czy czas, ponieważ polityka jak powszechnie wiadomo nie ma charakteru statycznego (Calnan i in. 1998).

---

[10] Problem formułowania strategii wiążącej retorykę z wyborami i działaniem, tak aby poszczególne jej elementy układały się w sekwencje powiązanych ze sobą zadań, czyli kolejnych wprowadzanych w życie rozwiązań jest bardzo aktualny bodaj przy każdej próbie analizy politycznej. Spodziewać by się należało zatem, że program *policy maker* oparty na tak bogatych, choć cokolwiek jednak eklektycznych podstawach teoretycznych, powinien ułatwić badaczowi to zadanie. Niestety stwierdzono, że w programie brakuje wyraźnego opisu odróżniającego strategię od działania, aktywności zmierzającej do rozwiązania problemów.

Polska reforma

Współpraca z decydentami

Narzędzie zostało zastosowane w ścisłej współpracy grupy badaczy z jednym z zespołów pełniących funkcję „liderów reformy" – zespół kierowany przez Teresę Kamińską, pełniącą w chwili opracowywania analizy funkcję ministra – koordynatora wdrażanych od 1 stycznia 1999 r. w Polsce reform społecznych, obecnie Prezesa Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych (UNUZ) .Uznaliśmy, że pozycja tego zespołu była na tyle ważna, by jego wizja celów reformy mogła być uznana za obowiązujący punkt odniesienia[11]. Już sama formalna rola UNUZ w tworzonym systemie ubezpieczenia zdrowotnego była na tyle silna, by to uznać. Dodatkowym argumentem, odwołującym się do sytuacji faktycznej, była stabilizacja personalna zespołu i jego długotrwała obecność wśród liderów reformy, podczas gdy w Ministerstwie Zdrowia, w tym samym czasie, zmieniały się osoby na najważniejszych stanowiskach. Także osobista pozycja lidera zespołu w gremiach politycznych rządzącej koalicji gwarantowała wysoką reprezentatywność wspólnie wypracowanych celów i poglądów na temat barier utrudniających ich realizację, odtworzenie struktury aktorów (uczestników) i ich interesów zgodne ze sposobem postrzegania przez decydentów oraz przyjęcie strategii mogących liczyć na ich aprobatę – a być może także wdrożenie.

Współpraca obejmowała najważniejsze etapy stosowania programu PM. Wspólnie zostały zdefiniowane cele reformy związane z pierwszym rokiem jej wdrażania. Podstawą ich formułowania były pierwsze obserwacje dotyczące ujawnionych błędów implementacji. Wspólnie też zostały wypracowane strategie służące osiąganiu celów. Członkowie zespołu liderów reformy uczestniczyli zatem w rozstrzygnięciach, w których były dokonywane wybory polityczne. Ich udział w ustalania list udziałowców, określaniu ich interesów, siły i stosunku do proponowanych zmian był mniejszy i polegał na konsultowaniu propozycji przygotowywanych przez zespół badaczy. Propozycje te – niezgodnie z maksymalistycznymi zasadami stosowania programu PM – nie były oparte na odrębnych badaniach, ale na opracowaniach zgromadzonych wcześniej przez zespół[12]. Uwzględniane były tylko te ustalenia i propozycje, które znalazły aprobatę decydentów.

Aktualne cele polskiej reformy

Analiza celów polskiej reformy napotyka pewną istotną barierę informacyjną. Polega ona tym, że liderzy reformy nie przedstawili rozwiniętego dokumentu politycznego, w którym przedstawione byłyby uzgodnione przez rządzący układ polityczny cele polityki

[11] W skład grupy badaczy wchodził zespół w składzie: minister Teresa Kamińska, prof. dr hab. W. Cezary Włodarczyk – Instytut Zdrowia Publicznego CMUJ, Andrzej Ryś – Harvard and Jagiellonian Consortium for Health, Dariusz Dudarewicz – wiceprezes UNUZ, Dariusz Dziełak – UNUZ, Małgorzata Perdeus-Białek – Instytut Zdrowia Publicznego CMUJ, Maria Wasilewska – Kancelaria Rady Ministrów, Iwona Kowalska-Koprowska – Instytut Nauk Politycznych UJ, Harvard and Jagiellonian Consortium for Health.

[12] Mamy na myśli przede wszystkim następujące prace: Włodarczyk (1998; 1999; 1999a).

zdrowotnej, w tym cele reformy opieki zdrowotnej. W pewnym zakresie brak ten może być rekompensowany treścią jednego z artykułów znowelizowanej ustawy ubezpieczeniowej, w którym wskazano postulowane cechy wprowadzanego systemu, ale jest to stanowczo za mało z punktu widzenia potrzeb analizy *policy maker*[13]. Stąd znaczenie listy zrekonstruowanej na użytek tego opracowania celów. Podkreślić przy tym należy, że uzgodnione cele należy traktować jako „obowiązujące w obecnej fazie reformy", a więc w sytuacji powstającej w wyniku wejścia w życie fundamentalnych aktów prawnych wprowadzających zreformowane mechanizmy. Unikamy w ten sposób stereotypowych i ogólnikowych haseł typu „poprawa stanu zdrowia jako cel reformy", koncentrując się na rozwiązaniach stanowiących wyraźną wskazówkę co do kierunku niezbędnych działań.

Jako najważniejsze cztery aktualne cele wprowadzania reformy systemu opieki zdrowotnej uznano:

1. Organizację procesu negocjacji wewnątrz systemu.
2. Restrukturyzację zatrudnienia przy założeniu, że zmniejszenie liczby fachowych pracowników nie jest celem procesu reformatorskiego.
3. Osiągnięcie wysokiego stopnia profesjonalizmu zawodowego uczestników systemu opieki zdrowotnej.
4. Wykorzystanie środków pochodzących z nieformalnego zasilania do publicznej korzyści.

Restrukturyzacja zatrudnienia

Podstawowym założeniem organizacji wprowadzającej reformy jest stwierdzenie, że fachowe kadry medyczne, które są jedną z większych wartości działającego systemu, muszą być wykorzystywane w odmienny, niż dotychczas, bardziej efektywny sposób. Stąd bierze się cel, jakim jest restrukturyzacja zatrudnienia polegająca na przemieszczeniach zachodzących w dwóch kierunkach. Pierwszy to przenoszenie kadr ze szpitali do opieki ambulatoryjnej, a zwłaszcza do POZ, drugi to transfer z dużych miast do miast mniejszych oraz do ośrodków wiejskich. Istotne jest tu zapewnienie o tym, że redukcja zatrudnienia nie jest celem, nawet ukrytym, przeprowadzanej reformy. Pracownicy służby zdrowia w takie zapewnienie nie są w stanie uwierzyć, tym bardziej, że przeczą temu oczywiste fakty obserwowane w systemie. Pracownicy muszą być niestety zwalniani i dla nich przygotowywane są pakiety osłonowe. Generować zwolnienia muszą także kroki, które będą podejmowane w celu przenoszenia

[13] Chodzi o art. 1 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, w którym jest mowa o celach następujących:
- solidarność społeczna,
- samorządność,
- samofinansowanie,
- prawo wolnego wyboru lekarza i kasy chorych,
- równy dostęp do świadczeń,
- działalność nie dla zysku,
- gospodarność i celowość działania.

pracowników do innych miejsc pracy. Społeczeństwo polskie, które nie jest zbyt mobilne, bronić się będzie przed przenoszeniem się do małych miejscowości. Jest niezaprzeczalnym faktem, że warunki pracy mogą być tam gorsze a szanse na rozwój zawodowy znacznie ograniczone. Przeszkodą są także mniejsze zarobki poza centrami oraz niższy poziom życia.

Inną drogą realizacji tego celu jest przenoszenie pracowników z sektora społecznego do prywatnej służby zdrowia. Pomimo że ta droga jest z wielu względów atrakcyjna dla pracowników służby zdrowia, to ona także nie może być często podejmowana. Ograniczeniem jest konieczność inwestowania bardzo dużych ilości pieniędzy. Tych pieniędzy, pracownicy służby zdrowia często nie mają. Decyzja o prowadzeniu samodzielnej działalności niesie za sobą konieczność wzięcia odpowiedzialności nie tylko za proces leczenia, lecz również za finanse i rentowność przedsięwzięcia. Nie jest to zachęcające, ponieważ pociąga za sobą zmniejszenie bezpieczeństwa pracy.

Te kwestie sprawiają, że społeczeństwo jest bardzo negatywnie nastawione do wskazanego celu, a personel medyczny spodziewa się przede wszystkim zwolnień. Dlatego konieczne jest osiągnięcie rozwiązań pośrednich, które zachęcą pracowników służby zdrowia do przekwalifikowania się i zmiany miejsca pracy. Zachętą będzie przede wszystkim gwarancja dobrej pracy po zmianie dotychczasowej specjalizacji na specjalizacje z zakresu medycyny rodzinnej. Po wtóre konieczne istotna zmiana zarobków po podjęciu pracy z tą specjalizacją w zakładach udzielających świadczeń POZ, co powinno być akcentowane w kontraktach z kasami chorych. Dla osób decydujących się na prowadzenie praktyki prywatnej powinny być udzielane kredyty po preferencyjnych cenach. Te elementy powinny być tak połączone, aby pracownikom służby zdrowia została wyraźna i zachęcająca, choć wymagająca odwagi droga ucieczki przed zwolnieniem. Wymaga to nakładów finansowych oraz bardzo dużej aktywności ze strony przede wszystkim administratorów służby zdrowia. Dokonując w miarę bezbolesnej redukcji liczby pracowników oraz ich przekwalifikowania dyrektorzy zyskują znacznie na rentowności prowadzonych przez siebie zakładów.

Profesjonalizm aktorów systemu zdrowotnego

Osiągnięcie wysokiego stopnia technicznej biegłości w stawianiu i rozwiązywaniu problemów wytwórców świadczeń (zakładów, lekarzy i innych fachowych pracowników), samorządów terytorialnych oraz kas chorych to jeden z elementów, który zapewni sprawniejsze funkcjonowanie systemu zdrowotnego w duchu wprowadzanej obecnie reformy. Jako nadrzędną należy potraktować kwestię profesjonalizmu kas chorych. Wynika to z logiki działania procesu reformatorskiego: układ bodźców tworzonych przez treść umowy (i strumień pieniędzy płynący w wyniku jej zawarcia i realizacji) jest w decydującym stopniu tworzony przez kasę. Ponadto fachowość jej pracowników nie tylko bezpośrednio kształtuje układ bodźców, ale ma wpływ na prestiż instytucji, co ma przemożne znaczenie na możliwość pełnienia przez kasę roli racjonalnego płatnika. Wysoki stopień profesjonalnego działania kas chorych jest ponadto niezaprzeczalnie w interesie wszystkich uczestników

reformy. Wartością wskazującą na realizację tego celu jest możliwość reagowania kas chorych na niewystarczające rozwiązania oraz nieprawidłowości kreowanych kontraktów. W przypadku samorządów lokalnych problem profesjonalizmu dotyczy przede wszystkim umiejętności określenia własnej roli w systemie.

Zupełnie inny zakres problemów pociąga za sobą kwestia profesjonalizmu wśród pracowników medycznych, cechuje ich bowiem silne przekonanie o własnym wysokim profesjonalizmie, bez dostrzegania faktu, że chodzi tu nie tylko o kwalifikacje medyczne. Zadaniem reformatorów jest zatem przekonanie środowiska, że nikt nie podważa niczyich kwalifikacji, lecz system potrzebuje pracowników mających np. inną specjalizację (co musi być poparte choćby w znaczącej różnicy w zarobkach). W środowisku tym istnieje powszechne przyzwolenia na daleko posunięta stratyfikację zawodową, w wyniku której rola młodych pracowników jest ograniczana i są oni podporządkowani doświadczonych starszym kolegom.

Niewątpliwie dużą rolę może tu odegrać systematyczne kontrolowanie kwalifikacji poprzez egzaminy zawodowe, szkolenia czy inne posunięcia wymuszające podnoszenie swoich umiejętności. Grupą zawodową, która wydaje się najbardziej zainteresowana podnoszeniem poziomu swojego profesjonalizmu wydają się być pielęgniarki, dla których jest to szansa na podniesie swojej niewątpliwie zbyt słabej pozycji.

Organizacja procesu negocjacji wewnątrz systemu

Cel ten wskazuje na niewystarczającą aktywność pracowników służby zdrowia w podejmowaniu istotnych dla systemu decyzji. Wśród partnerów systemu opieki zdrowotnej panuje ogromny chaos, który powoduje niemożność dochodzenia do konstruktywnych decyzji, uwzględniających interesy wszystkich podmiotów. Konieczne jest uporządkowanie sytuacji, w której stałoby się jasne, kto z kim i w jakim zakresie może zawierać obowiązujące porozumienie. Najważniejsze wydaje się tu uaktywnienie dwóch grup: świadczeniodawów (lekarze oraz pozostali pracownicy) podpisujących indywidualne kontrakty z kasami chorych oraz pracodawców. Z jednej strony konieczne wydaje się tworzenie i wzmacnianie organizacji pracodawców, dlatego że to na nich na przeniesie się gniew pracowników. Od ich też posunięć i skuteczności działania zależy w głównej mierze kondycja i rentowność zakładów. Z drugiej strony niezbędne jest wzmacnianie pozycji świadczeniodawców, zwłaszcza małych, wobec monopolistycznego płatnika, jakim jest kasa chorych. Bardzo także byłoby przydatne wyjaśnienie pozycji zajmowanej przez samorządy, tak terytorialne, jak i zawodowe.

Wykorzystanie środków pochodzących z nieformalnego zasilania systemu dla publicznej korzyści

Warunkiem koniecznym rozpoczęcia działań zbliżających do tego celu jest uznanie faktu trwałego istnienia szarej strefy i uznania jej udziału w pozyskiwaniu środków finansowych, które są czynnikiem umożliwiającym funkcjonowanie systemu na dzisiejszym poziomie. Ustalenie wielkości pozyskiwanych w ten sposób środków powinna poprzedzać dyskusję o ewentualnym zwiększeniu składki jako metodzie zwiększenia publicznego

finansowania systemu. Wystarczające wydaje się już samo stwierdzenie, że polska służba zdrowia jest zasilana przez pieniądze płynące z prywatnych kieszeni pacjentów na pokrywanie kosztów prywatnych usług medycznych dokonywanych na szpitalnym sprzęcie, cegiełek na rzecz szpitali, pokrywania kosztów protez i sprzętu rehabilitacyjnego czy też najzwyklejszych kopertówek. Jest to prawda znana wszystkim, którzy byli pacjentami lub mieli pacjentów w rodzinie, lecz najczęściej przemilczana i traktowana jako element konieczny w systemie. Jest to tak naturalne, że zapomina się o tym, że opieka zdrowotna powinna być finansowana ze składki na ubezpieczenie zdrowotne, zaś wszystkie pozostałe pieniądze płacone za leczenie w publicznej służbie zdrowia to patologia. Nie sposób określić ile pieniędzy w ten sposób zasila system. W związku z tym trudno też jest odpowiedzieć w jaki sposób mogą one być wykorzystane dla publicznej korzyści, jednocześnie nie podnosząc obciążeń pacjentów. Pacjenci zaś mają w świadomości zakodowaną konieczność płacenia, która daje im gwarancje, że dla zdrowia zostało zrobione wszystko co mogli i że ich obawa ewentualny brak troski ze strony lekarzy została uspokojona. Krokiem w kierunku osiągnięcia celu, aby dodatkowe pieniądze zostały przekazywane do systemu zamiast dla prywatnych korzyści. Jest wprowadzenie niewielkiego współpłacenia, pomimo że społeczeństwo nie daje na to przyzwolenia. Fakt fizycznego przepływu oficjalnych pieniędzy od pacjenta do lekarza, w wielu przypadkach usunąłby psychologiczny przymus płacenia lekarzowi. Wielu pacjentów powiedziałoby „zapłaciłem, należy mi się, więcej płacić nie będę".

Aktorzy

Okres transformacji systemowej charakteryzuje się brakiem stabilizacji politycznej, dlatego też w Polsce od 1989 r. dochodziło do częstych zmian rządów, co pociągało za sobą dużą płynność kadr na różnych szczeblach decyzyjnych. Powstawały nowe partie, nowe struktury władzy i nowe instytucje społeczeństwa obywatelskiego. Taka niestabilność utrudniała w znacznym stopniu dokonanie charakterystyki uczestników czy mapy stanowisk.

Ustalenie uczestników (ważniejszych) mających wpływ na system opieki zdrowotnej został dokonany na podstawie dwóch przesłanek: aktywności poszczególnych aktorów oraz ich roli przy realizacji zidentyfikowanych wcześniej celów. Aktor, którego stanowisko jest rozpatrywane w analizie, może być osobą fizyczną, ale częściej bywa zróżnicowaną wewnętrznie grupą lub organizacją. W tym ostatnim przypadku brano pod uwagę ostateczny wynik uzgadniania stanowiska wewnątrz takiej grupy lub organizacji, albo też wersję przedstawiona przez jej przywódców.

Lista udziałowców, którzy uznani zostali za ważnych dla reformy sektora opieki zdrowotnej została podzielona na trzy części według kryterium poparcia dla zmian. Podkreślić przy tym trzeba, że przedmiotem poparcia – lub sprzeciwu – nie było generalne stanowisk wobec reformy, ale stosunek (wyrażany lub dedukowany) wobec celów, które zostały zdefiniowane we wcześniejszych fazach postępowania. Tak skonstruowana lista objęła następujących graczy:

Aktor	poparcie/sprzeciw
Ministerstwo Finansów	+++
Teresa Kamińska	+++
Lekarze rodzinni	+++
Stowarzyszenie menadżerów opieki zdrowotnej	+++
Dyrektorzy Zespołów Opieki Ambulatoryjnej	+++
Ministerstwo Zdrowia	++
Instytuty zdrowia publicznego	++
Prezydent	++
Izby pielęgniarskie	++
Koalicja rządowa (AWS/UW)	++
Dyrektorzy Szpitali	++
Izby lekarskie	+
Komitet Obrony Reform w Ochronie Zdrowia	+
Opozycja (SLD/PSL)	+
Kasy chorych	+

+++ wysokie poparcie; ++ średnie poparcie; + niskie poparcie

Udziałowiec	poparcie/sprzeciw
Władze powiatowe	0
Media	0
Firmy wytwarzające na rzecz ochrony zdrowia	0
Pacjenci	0

Udziałowiec	poparcie/sprzeciw
Władze wojewódzkie	–
Lekarze POZ	– –
Pacjenci zorganizowani	– –
Lekarze specjaliści	– –
WKTS	– –
Lekarze kliniczni	– –
Kadra profesorsko-ordynatorska	– – –
Pracownicy obsługi	– – –

– niski sprzeciw; – – średni sprzeciw; – – – wysoki sprzeciw

Najbardziej chyba uderzającą cechą stanowisk przedstawionych na liście udziałowców jest rozdrobnienie środowiska medycznego i obecność różnych grup jego przedstawicieli zarówno wśród zdecydowanych zwolenników (STOMOZ i Dyrektorzy Zespołów Opieki Ambulatoryjnej), jak i zdecydowanych przeciwników (klinicyści i lekarze specjaliści) proponowanych zmian. Wśród lekarzy wykonujących niemal te same funkcje – lekarze rodzinni, z jednej strony, i lekarze POZ – z drugiej znajdują się na dwóch przeciwległych biegunach kontinuum wsparcia i sprzeciwu. To doprawdy niezwykłe, że środowisko tak zwykle solidarne może zajmować stanowiska krańcowo rozbieżne, kiedy w grę wchodzą bardziej precyzyjnie zdefiniowane interesy. Ostatni przykład jest pod tym względem wymowny: w logice reformy lekarze rodzinni to formacja przyszłościowa, podczas gdy lekarze działający w tradycyjnych strukturach POZ są formacją schyłkową. Jednak w perspektywie bardziej racjonalnej można dostrzec, że lekarze POZ mogliby stosunkowo łatwo przystosować się do nowych warunków i stać się ich protagonistami. Na tym tle nie

może dziwić wysoce negatywna reakcja niemedycznych pracowników służby zdrowia – WKTS i obsługi. Dla nich znalezienie miejsca w reformowanej opiece zdrowotnej może być rzeczywiście bardzo trudne, więc ich opór ma racjonalne jądro. Równie interesujące jest położenie dwóch form samorządu terytorialnego, który był tworzony jednocześnie z wdrażaniem reformy zdrowotnej – powiatu i województwa samorządowego. Ten pierwszy wydaje się zajmować postawę wyczekującą, nie wiedząc jeszcze, jak wprowadzane w sektorze zdrowotnym będą wpływały na jego interesy, natomiast województwo daje się zakwalifikować jako umiarkowany przeciwnik proponowanych celów, widząc prawdopodobnie w funkcjach właściciela szpitali raczej obciążenie niż szansę politycznie opłacalnego służenia swoim mieszkańcom. Potwierdza to głoszone od dawna sądy, że pakiet reform wprowadzanych od 1999 r. był przygotowany w sposób niespójny.

Nie zaskakuje obecność wśród popierających ministerstw i jedynego uczestnika wskazanego imiennie – Teresy Kamińskiej. Jest wśród nich także prezydent – jako reprezentant urzędu, ale oczywiście związany z osobą. Aleksander Kwaśniewski zdawał sobie sprawę z konieczności reform, z tego też powodu akceptował je poprzez fakt podpisywania ustaw, co jest niezbędnym warunkiem skutecznego procesu legislacyjnego. Jednocześnie pozostawał bardzo krytyczny wobec sposobów jej przygotowywania i wdrażania.

Tego rodzaju ambiwalentna pozycja była udziałem wielu podmiotów deklarujących poparcie dla celów reformy. Opozycja parlamentarna także deklaruje poparcie faktu reformy, całkowicie odrzuca przyjmowane w praktyce rozwiązania, ale byłaby skłonna poprzeć proponowane cele. Postawa taka może wywołać zdziwienie w porównaniu z procesem zmiany systemu opieki zdrowotnej szczególnie w państwach o klarownych systemach, gdzie opozycja ma spełniać rolę konstruktywnej krytyki. Pamiętać jednak należy, że dzisiejsza opozycja PSL–SLD rządziła w Polsce w latach 1993–1997 i to właśnie politycy tego ugrupowania politycznego są autorami projektu reformy służby zdrowia, który następnie przez dzisiejszą koalicje AWS–UW z pewnymi poprawkami zaczął być realizowany. W takiej sytuacji trudno oczekiwać, aby obecna opozycja była przeciwko własnemu projektowi. W podobnym położeniu są izby pielęgniarskie i lekarskie i struktura, której są częścią, czyli KOROZ, „werbalnie" są za reformą i za rozpatrywanymi celami, lecz w praktyce organizują strajki i krytykują rząd.

Warto zwrócić jeszcze uwagę na grupę udziałowców znajdujących się w centrum, którym nie można przypisać jednoznacznego stanowiska, w terminologii programu *policy maker* są to „niezmobilizowani". Prócz wspomnianego już samorządu powiatowego są tam firmy rynkowego otoczenia opieki zdrowotnej, media i niezorganizowani pacjenci – grupy bardzo liczne i bardzo wpływowe, które określić można jako „milczącą większość". Jest zastanawiające – i budzące nadzieję – że nie występują oni jako przeciwnicy reformy, co otwiera szansę, że znajdą się oni wśród pozytywnie „zmobilizowanych".

Interesy aktorów a cele procesu

W przedstawionej wyżej charakterystyce uwzględnione zostały uśrednione stanowiska udziałowców wobec całego pakietu zmian, obejmujących wszystkie zdefiniowane cele.

Bliższe wejrzenie w ich stanowisko wobec poszczególnych celów pozwala lepiej zrozumieć poparcie lub sprzeciw wobec różnych aspektów wprowadzanej reformy oraz, dzięki czemu możliwe byłoby przygotowanie bardziej skutecznych strategii, zwłaszcza wobec pracowników służby zdrowia.

Restrukturyzacja zatrudnienia

Ten cel reformy wzbudza sprzeciw niemal wszystkich wyróżnionych grup pracowników służby zdrowia. Charakterystyczne jest to, że im niższy poziom wykształcenia, niższy poziom specjalizacji, tym większy strach przed restrukturyzacją zatrudnienia. Najbardziej dotyczy to lekarzy pierwszego kontaktu, którzy nie mają specjalizacji z zakresu medycyny rodzinnej, pielęgniarek, pracowników obsługi służby zdrowia oraz specjalistów w dziedzinach, w których zbyt duża liczba świadczeniodawców. Postawę pracowników potwierdzają stanowiska organizacji reprezentujących, takie jak związki zawodowe i Izby Lekarskie oraz Izby Pielęgniarek i Położnych. Zdecydowanie zainteresowani restrukturyzacją zatrudnienia są dyrektorzy placówek, także STOMOZ, którzy w tym widzą szanse poprawy rentowności i racjonalizacji pracy.

Profesjonalizm aktorów systemu zdrowotnego

Charakterystyczną postawą aktorów związanych ze służbą zdrowia było akcentowanie poparcia dla tego celu jednak z podkreśleniem, że konieczne jest przede wszystkim podniesienie profesjonalizmu partnerów. Środowiska medyczne postulują poprawę sytuacji jeśli chodzi o kompetencje pracowników kas chorych, ci zaś problem widzą przede wszystkim w niedostatku profesjonalizmu lekarzy i braku lekarzy określonych specjalności. Daje się tu obserwować także niechęć lekarzy specjalistów wobec lekarzy rodzinnych i szerzej: lekarzy POZ. Zgodnie z nowymi rozwiązaniami lekarze specjaliści są częściowo uzależnienie od lekarzy pierwszego kontaktu (skierowania, przekazywanie pieniędzy za świadczenia), którzy ciesząc się większą władzą zachowali stare – niskie – miejsce na skali zawodowego prestiżu.

Usprawnianie systemu negocjacji wewnątrz systemu

Być może z punktu widzenia ustrojowego ten cel jest jednym z najważniejszych, jest to bowiem droga do zmiany dotychczasowych relacji pomiędzy aktorami. Jego realizacją są zainteresowani ci wszyscy, których dotychczasowa pozycja w przetargach o zasoby i wpływy była zbyt słaba, by mogli skutecznie bronić swoich interesów. Z jeden strony dotyczy to świadczeniodawców w negocjacjach z kasami chorych, a z drugiej – medycznych grup zawodowych z takimi podmiotami, jak rząd, dyrektorzy i właściciele zakładów opieki zdrowotnej, a także płatnicy. Wady dotychczasowego systemu wynikały zarówno ze słabości poszczególnych uczestników i ich niedostatecznego zorganizowania, jak i z niejasności przepisów, a nawet braku koncepcji właściwego podziału kompetencji.

Grupy zawodowe, w których interesie jest zmiana i usprawnienie systemu podejmowania decyzji, to przede wszystkim lekarze rodzinni pracujący w niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej. Ich pozycja jest niedookreślona. Praktyka jest różna w róż-

nych regionach kraju, co jest związane z niejasnościami co do sposobu podpisywania kontraktów. Warto w tym miejscu przypomnieć ideę powołania Stowarzyszenia Lekarzy Kas Chorych, zawartą w starych projektach reformy, która nigdy nie doczekała się realizacji. Podobną funkcję mogłyby pełnić stowarzyszenia szpitali, wspólnie ustalające zasady kontraktu z kasami. Z drugiej strony utworzenie powszechnie uznawanej reprezentacji pracodawców, zwłaszcza niepublicznych, pomogłoby prowadzić proces negocjacji. STOMOZ byłby zainteresowany tym, żeby przyznać mu lepiej określoną rolę w tej dziedzinie. Dla rządu uporządkowany proces podejmowania decyzji byłby szansą koncentrowania się na sprawach strategicznych, a także uwolnienia się od dużego zakresu odpowiedzialności.

Wykorzystanie środków z nieformalnego zasilania

Wykorzystanie tych środków jest możliwe tylko wówczas, gdy zaakceptuje się fakt istnienia takiego zasilania. W sytuacji gdy fakt ten objęty jest zmową milczenia, trudno jest wskazać rzeczywiste stanowisko uczestników. Za wykorzystaniem dodatkowych środków są wszyscy, jednak takie stwierdzenie ma jedynie charakter „werbalny". Rzeczywiste poparcie to jedynie poparcie tych grup, które widzą większą korzyść w zmianie niż w dalszym funkcjonowaniu starego systemu, wraz z jego nieoficjalnymi cechami. Te grupy to niewątpliwie lekarze rodzinni i pielęgniarki. Także przedstawiciele władzy są zainteresowani rzeczywistym rozwiązaniem tego problemu. Natomiast grupy, o których twierdzi się, że czerpią korzyści z dotychczasowej sytuacji – lekarze kliniczni, kadra profesorsko-ordynatorska – niezależnie od deklaracji, nie są zainteresowani ujawnieniem skali problemu i jego rozwiązywaniem.

Niekiedy poszczególni aktorzy nie zdają sobie sprawy (lub na razie nie zdają sobie sprawy), jakie posiadają możliwości i jakie staną przed nimi przeszkody w trakcie reformy. Jest to szansa dla organizacji wprowadzającej dokonywania pewnych manipulacji tak bodźcami, jak i informacją (przy zachowaniu wszak warunku – rzetelna informacja i mówienie prawdy) w celu aktywizacji poszczególnych środowisk.

Rozwiązania i strategie

Poprzez współpracę z zespołem liderów reformy zaproponowano strategie i rozwiązania, które powinny prowadzić do wskazanych celów. Strategie i rozwiązania zostały nakierowane na poszczególnych uczestników, tak aby ich zrealizowanie zmniejszało opór lub zwiększało poparcie uczestników, wzmacniało lub osłabiało ich stanowiska, zmniejszało liczbę przeciwników lub zwiększało liczbę zwolenników.

W trakcie pracy z zespołem liderów reformy wypracowano przedstawione niżej zalecenia strategii.

Udostępnienie jasnej wykładni przepisów prawnych

Pod wpływem tej strategii powinni się znaleźć wszyscy. Świadomość praw, obowiązków, możliwości i kompetencji poszczególnych instytucji jest konieczna do realizowania reformy. Rozwiązanie tej strategii nie jest proste ponieważ często jest związane z konieczność-

cią zmian legislacyjnych, których przeprowadzenie przy obecnym układzie sił jest trudne. Proponowane rozwiązanie zawiera dwa etapy. Po pierwsze, konieczne jest zebranie istniejących aktów prawnych w pełnej, ujednoliconej wersji, wskazanie wzajemnych relacji między nimi, ujawnienie występujących w nich rozbieżności i luk i próba ich rozwikłania na gruncie istniejących przepisów. Po drugie, niezbędne jest ustalenia sprzeczności oraz zebranie informacji na temat brakujących aktów prawnych o podjęcie inicjatyw (kroków legislacyjnych) prowadzących do przezwyciężenia stwierdzonej sytuacji. Należy pamiętać, by efekty prac we właściwym czasie były dostarczone do jednostek.

Zapewnienie bezpieczeństwo zwalnianym

Zapewnienie bezpieczeństwa jest niezwykle istotnie, aby unikać napięć społecznych. Osiągniecie tej strategii może być osiągane poprzez programy osłonowe dla pracowników restrukturyzowanych zakładów. Ponadto zapewnienie bezpieczeństwa zwalnianym, przekwalifikowanym czy też przemieszczanych w inne miejsca pracownikom zmniejszy niechęć samorządów do podejmowania zadań z zakresu ochrony zdrowia.

Neutralizowanie środowisk oponentów

Strategia ta dotyczyć będzie przede wszystkim najsilniejszych grup pracujących w służbie zdrowia – lekarzy specjalistów, profesorów, ordynatorów. Jednym z przyjętych rozwiązań jest dążenie do wyłuskiwania ze środowiska jednostek szanowany i poważanych, grupy wybitnych humanistów zorientowanych na dobro pacjenta, których autorytet mógłby poprzeć wprowadzaną zmianę. Dla tego typu osób mogłoby być organizowane nieoficjalne wsparcie ze strony decydentów politycznych.

Informowanie konkretnie, rzetelnie

Strategia ta dotyczy praktycznie wszystkich uczestników systemu jej celem jest dążenie do tego, aby złagodzić skutki powszechnie panującego przekonania, że rząd, wprowadzając reformy, przede wszystkim pozbawia przywilejów, nie dając nic w zamian. Należy nastawić się na pokazywanie pozytywnych skutków reformy oraz negatywnych czynników przejściowych. W strukturze rządu powinny pojawić się osoby odpowiedzialne za informowanie w sposób profesjonalny i rzetelny o skutkach reformy i o planowanych posunięciach. Niezwykle istotna jest tu chęć informowania, bowiem jest to działanie umożliwiające pokonanie oporu przed zmianą, który w przypadku tak dużej reformy jest szczególnie niebezpieczny.

Korzystanie z konsultacji niezależnych ekspertów

Celem strategii jest oparcie reformy na naukowych i merytorycznych podstawach. Niezależne konsultacje, będące wynikiem działalności naukowej prowadzą do lepszego określenia wszelkich elementów koniecznych do bardziej sprawnego kształtowania systemu. Należy wykorzystać fakt, że niezależni eksperci mogą powiedzieć publicznie to, czego politycy powiedzieć nie będą chcieli. Ponadto, jeśli zmiany będą monitorowane przez specjalistów, prawdopodobieństwo uniknięcia błędów będzie większe. W celu realizacji tej strategii należy zwracać się do specjalistów, nie związanych z ośrodkami władzy.

Stosowanie rozwiązań przejściowych w POZ

Strategia ta skierowana jest do lekarzy POZ. W celu jej realizacji należy realizować idee praktyk grupowych lekarzy specjalistów. Praca w takich zespołach zapewni bezpieczeństwo i możliwość rozwoju zawodowego na nowych zasadach. Konieczna jest w perspektywie czasu zamiana takich praktyk na praktyki grupowe lekarzy rodzinnych.

Aktywizowanie lekarzy do działalności indywidualnej

Działaniem zmierzającym do rozwiązania problemu zawartego w strategii powinno być tworzenie centrów usług specjalistycznych. Centra takie zapewnią pracę lekarza niezależnie od jego zatrudnienia w szpitalu. Ponadto taki rodzaj instytucji sprzyja bardziej racjonalnemu wykorzystaniu drogiego sprzętu.

Eliminowanie nierentownych firm w służbie zdrowia

Chodzi o konkretyzację celu określane wcześniej jako „restrukturyzacja". Jednym z rozwiązań proponowanej strategii w stosunku do WKTS jest wprowadzenie koncesjonowanego transportu. Konieczne wydaje się zdefiniowanie roli WKTS przyszłości i konsekwentne realizowanie strategii w taki sposób, aby nie doprowadzić do szczególnie ostrych protestów. W stosunku do pozostałych uczestników, np. obsługi technicznej służby zdrowia, w celu realizacji strategii należy dążyć do tworzenia jednostek wyłączonych ze struktury szpitala, które jako samodzielne będą sprzedawały szpitalowi usługi z zewnątrz.

Gwarantowanie korzyści finansowych

Strategia ta dotyczy przede wszystkim najsilniejszych uczestników systemu, takich jak kliniki, kadra profesorsko-ordynatorska, specjaliści. Działaniem zmierzającym do jej realizacji może być zapewnienie dostępu do organizowanych przez MZ i OS projektów dotyczących wdrażania pewnych aspektów reformy, kreując tym samym odpowiedzialność za nią.

Stworzenie jasnej zasady podpisywania kontraktów

W ramach tej strategii zaproponowano następujące rozwiązanie: podpisywanie kontraktów z lekarzami rodzinnymi na zasadzie *fund holding* oraz odpowiednie do tego zmodyfikowanych kontraktów lekarzy specjalistów. Posiadanie własnego budżetu przez lekarzy rodzinnych spowoduje, że będą się oni czuli i rzeczywiście będą jednymi z istotniejszych uczestników systemu. To oni będą mogli decydować o wyborze lekarzy specjalistów. Takie rozwiązanie jest korzystne nie tylko dla pracujących obecnie, lecz pozytywnie wpłynie na specjalistów pracujących w POZ poprzez zachęcanie ich do zdobywania specjalizacji z zakresu medycyny rodzinnej.

Zwiększyć zakres uprawnień pielęgniarek

Głównym zamierzeniem uzasadniającym stosowanie tej strategii jest osiągnięcie stosunków partnerskich w zakładach na linii pielęgniarki–lekarze. Tłem oddziaływań negatywnych pomiędzy obiema grupami jest niewątpliwie fakt, że środowisko pielęgniarskie jest sfeminizowane, a męska część środowiska lekarskiego odnosi się do tego w sposób nie zawsze

zgodny z poziomem profesjonalnym pielęgniarek. Rozwiązaniem jest tutaj odgórne ustalenie zwiększenia uprawnień pielęgniarek w stosunku do pacjentów co zaowocuje poszerzeniem zakresu odpowiedzialności i samodzielności.

Należy odnotować, że przedstawione strategie przypisać można dwóm wyraźnie różniącym się aspektom reformy: organizacji procesu i treści zmian. Pięć pierwszych strategii jest nakierowanych na usprawnienie samego procesu wprowadzania zmian. Chodzi w nich o uporządkowanie prawne – czego warunkiem jest dojrzałość wdrażanych koncepcji – oraz o różne metody socjotechniczne, które mogą zmniejszać opór i pozyskiwać zwolenników, bez – mamy nadzieję – posądzenia o manipulację. Natomiast pozostałe strategie odnoszą się do treści zmian i były przygotowane przez zastosowanie ogólnych zasad reformy i jej logiki do rozwiązania konkretnych – nie rozwiązanych wcześniej – problemów funkcjonowania systemu. Jednak wspólną cechą obydwu rodzajów strategii jest stosunkowo słaby związek ze zdefiniowanymi wcześniej celami. Tylko w odniesieniu do celu dotyczącego restrukturyzacji można stwierdzić istnienie bliskich zależności; w odniesieniu do pozostałych celów relacje są co najwyżej pośrednie.

Warto też zauważyć, że strategie mające na celu zmniejszenie oporu pracowników służby zdrowia są stosunkowo mało specyficzne. Konieczne jest bardziej wnikliwe zbadanie środowiska medycznego, w celu zaprojektowania skutecznej strategii. Szczególnie istotnym wydaje się bliższe poznanie nieformalnych relacji w samym środowisku i jego kontaktu z innymi grupami. Przeprowadzenie takiego badania dopomoże także w znalezieniu odpowiedzi na pytanie, czy sprzeciw jest wyrazem naturalnego oporu przed zmianą (lub oporu przed zmianą wprowadzaną nieumiejętnie), czy też protestem wobec niewłaściwych z punktu widzenia tych aktorów decyzji systemowych, a więc decyzji, które naruszają uzasadnione interesy.

Podsumowanie i wnioski

Program *policy maker* może być potraktowany jako próba porządkowania chaotycznej rzeczywistości, w której realizowana jest polityka zdrowotna. W podejściu tym akceptuje się pewne fakty – że we współczesnym świecie sprawy zdrowia są traktowane na równi ze wszystkimi innymi problemami społecznymi, w sposobie ich przedstawiania i rozwiązywania spodziewać się można tych samych ograniczeń racjonalności, które występują we wszystkich innych dziedzinach, oraz że kwestie dotyczące zdrowia będą stawały się – bez żadnych wyjątkowych ograniczeń – przedmiotem gier i rozgrywek politycznych. Realistyczne uwzględnienie tych faktów ułatwia analizę, a ponieważ poziom chaosu jest stopniowalny, autorzy PM mają przekonanie, że stosowanie proponowanego przez nich narzędzia będzie się przyczyniło do jego obniżania, a zatem także podnoszenia poziomu racjonalności podejmowanych działań.

W warunkach polskiej reformy opieki zdrowotnej walory PM wydają się być szczególnie przydatne. Uporządkowanie zarówno procesu politycznego, w ramach którego zmiana była przygotowywana i wdrażana, jak i samej reformy (w sensie tak koncepcyjnym, jak

i implementacyjnym) są wyraźnie mniej zaawansowane niż w wielu innych krajach. Zachowanie krajowych uczestników procesu politycznego w zakresie ochrony zdrowia cechuje często bierność. Zagadnienia polityki zdrowotnej są nieobecne w programach najważniejszych partii politycznych kraju (Włodarczyk 1998). Podobnie sytuacja wygląda w dużej części samorządów lokalnych, a także kolejnych rządach. Dialog na temat polityki zdrowotnej – jeśli w ogóle istnieje – prowadzony jest w sposób nieusystematyzowany, dotyczy tylko części z najważniejszych problemów oraz często nie obejmuje wszystkich grup uczestników. Doświadczenie wskazuje na daleko posunięty chaos w sferze dochodzenia do decyzji uzgodnionych między różnymi partnerami systemu zdrowotnego. Poglądy niektórych aktorów formułowane są *ad hoc*, co niewątpliwie uniemożliwia sprawne z nimi komunikowanie i nie ułatwia procesów uzgodnień. Efekt zastosowania w tej sytuacji wymogów *policy maker* mógłby być szczególnie korzystny[14].

Jednak rzeczywiście osiągnięte rezultaty – w ich aspekcie praktycznym, związanym z faktem bezpośredniej współpracy z ważnym zespołem reformatorskim – okazały się bardzo ograniczone. Wprawdzie zdefiniowanie celów można uznać za ważne wydarzenie – podobne do ustalonych w naszym badaniu były powtarzane przez innych liderów zmian – ale nie zostały one ostatecznie wprowadzone do żadnego oficjalnego dokumentu. Co więcej, nie została zainicjowana zorganizowana dyskusja prowadząca do wyjaśnienia problemu. W ten sposób niewyobrażalna sytuacja, w której reforma jest kontynuowana bez ustalenia jej celów trwa nadal. Także opracowane strategie nie wywarły bardziej widocznego wpływu na podejmowane decyzje. Sądzić należy, że program osłonowy, merytorycznie powiązany z celem dotyczącym restrukturyzacji, został przygotowany bez jakiegokolwiek związku z naszym przedsięwzięciem.

Przyczyn niepowodzenia można szukać w braku tradycji współpracy między środowiskami decydenckimi i badawczymi. Z jednej strony decydenci nie byli przekonani co do praktycznej przydatności ustaleń dokonywanych wspólnie z badaczami, a ci drudzy nie zdawali sobie sprawy, jakie narzędzia presji i zachęty mogłyby być użyte, aby przekładać uzyskane wnioski na decyzje i działania praktyczne. Nawet perswazyjna wartość wyników okazała się niewielka – mimo że były one uzyskiwane w projekcie współfirmowanym przez Uniwersytet Harvarda – jako że nie były opatrzone etykietą „ekspertyzy zagranicznej". Jednak – jak sądzimy – to, co przesądziło o praktycznym niepowodzeniu przedsięwzięcia, to zmiany w rozkładzie władzy, które nastąpiły w miesiącach po naszym badaniu. Pozycja zespołu liderów reformy kierowanego przez Teresę Kamińską, który formalnie znalazł się w strukturach UNUZ, została osłabiona. Można także było odnieść wrażenie, że polityczne wpływy jej przywódczyni uległy erozji. Jednocześnie relatywnie umocniła się pozycja Ministerstwa Zdrowia, które pod kierownictwem nowej minister i kilku nowych wiceministrów uzyskało decydujący głos w sprawach dotyczących reformy. W tej sytuacji propozycje wypracowywane w kręgu

[14] Zauważmy jednak, że podejmowana w tych warunkach próba porządkowania rzeczywistości może prowadzić także do jej nadmiernego uproszczenia i spłycenia. Sprzyja temu – niestety – wymagana przez komputerowy program jednoznaczność niektórych charakterystyk.

środowiska tracącego wpływy nie mogły odgrywać bardziej znaczącej roli w toczącym się procesie reformatorskim.

Porażki poniesione w działaniach praktycznych zostały zrekompensowane na płaszczyźnie badawczej. Bariery informacyjne, związane – między innymi – z niestabilnością kadr, okazały się niezbyt dokuczliwe, aczkolwiek przewidziane w programie PM prowadzenie wywiadów z głównymi uczestnikami procesu politycznego okazało się w ramach badania niemożliwe. Systematyczna analiza prowadzona przy pomocy programu PM potwierdziła sądy na temat wysoce chaotycznego charakteru polskiej reformy zdrowotnej i niedojrzałości wielu uczestników polityki zdrowotnej, ale pozwoliła także potraktować te cechy jako – w znacznej mierze – naturalne charakterystyki złożonego procesu politycznego, zwłaszcza takiego, który jest realizowany w czasie transformacji. Jednocześnie uzyskaliśmy dowody, że uporządkowanie procesu naszej polityki zdrowotnej jest – przy przyjęciu przesłanki o elementarnej racjonalności działań jej uczestników – całkowicie realne.

Literatura

Allison, G. (1971) *Essence of Decision – Explaining the Cuban Missile Crisis*, Boston.

Brennan, G. (1998) Ekonomia, w: *Przewodnik po współczesnej filozofii politycznej*, Książka i Wiedza, Warszawa.

Calnan, M., J. Halik, J. Sabbat (1998) *Citizen Participation and Patient Choice in Health Reform*, w: *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*, edited by: R. Saltman, J. Figuereas, C. Sakellaried, Open University Press, Philadelphia.

Dahl, R. (1995) *Demokracja i jej krytycy*, Znak i Fundacja Batorego, Kraków.

Elsinga, E. (1989) *Political Decision Making in Health Care: the Dutch Case*, „Health Policy", 11.

Fields, J.A. (1998) *Innovation Public Choice and Public Control*, „Benefits Quarterly", 14 (4).

Fitzpatrick, R. (1987) *Political Science and Health Policy*, (w: *Sociological Theory & Medical Sociology*, edited by: G. Scambler, Tavistock Publications, London & NY.

Frenk, J. (1995) *Comprehensive Policy Analysis for Health System Reform*, „Health Policy", 32 (1–3).

Globerman, J. (1990) *Free Enterprise, Professional Ideology, and Self-Interest: An Analysis of Resistance by Canadian Physicians to Universal Health Insurance*, „Journal of Health and Social Behaviour", 31, marzec.

Goodin, R. (1998) *Nauka o polityce*, w: *Przewodnik po współczesnej filozofii politycznej*, Książka i Wiedza, Warszawa, 211–243.

Hillier, (1987) *Rationalism, Bureaucracy, and the Organization of the Health Service: Max Weber's Contribution to Understanding Modern Health Care Systems*, w: *Sociological Theory & Medical Sociology*, edited by: G. Scambler, Tavistock Publications, London & NY, 194–220.

Hogwood, B.W., L.A. Gunn (1984) *Policy Analysis for the Real World*, Oxford University Press, Oxford, NY.

Klein, R. (1993) *The Goals of Health Policy: Church or Garage?*, w: „Health Care UK 1992/93, An Annual Review of Health Care Policy", edited by: A. Harrison, King's Fund Institute, Glasgow.

Klich, J., M. Kautsch, P. Capmpbell (1998) *Zarządzanie w opiece zdrowotnej: Planowanie*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius", Kraków.

Kokko, S, P. Hava, V. Ortun, K. Leppo (1998) *The Role of State in Health Reform*, w: *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*, edited by: R. Saltman, J. Figuereas and C. Sakellaried, Open University Press, Philadelphia.

Lindblom, C.E. (1971) *Defining the Policy Problem*, w: *Decisions, organisations and society*, edited by: F.G. Castles i in., The Open University Press, Harmondsworth.

Lindblom, C.E. (1959) *The Science of Muddling Through*, Public Administration Review, Vol. 19, No 2.

Litman, Th.J., *Government and Health: The Political Aspects of Health Care – A Socio-Political Overview*, w: Th.J. Litman, L.S. Robins, *Health Politics and Policy*.

Litman, Th.J, L.S. Robins (1991) *Health Politics and Policy*, 2nd edition, Delmar Publishers Inc. NY.

Marmor, T. (1994) *Understanding Health Care Reform*, Yale University Press, New Haven & London.

Reich, M.R. (1993) *Political Mapping of Health Policy*, Boston, Harvard University.

Reich, M.R. (1996) *Applied Political Analysis for Health Policy Reform. Current Issues in Public Health*, Boston Harvard University.

Reich, M.R. (1995) *The Politics of Health Sector Reform in Developing Countries: Three Cases of Pharmaceutical Policy*, Health Policy, 2 (1–3).

Sabatier, P.A., *Top-down and Bottom-up Approaches to Implementation Reasearch*, w: *The Policy Process*.

Simon, H.A. (1976) *Działanie administracji*, tłumaczył: K. Poznański, PWN, Warszawa.

Taylor, C.E., W.A. Reinke (1998) *The Process, Structure, and Functions of Planning*, w: *Health Planning for Effective Management*, edited by W.A. Reinke, Oxford University Press, NY, Oxford.

Tinder, G. (1995) *Myślenie polityczne. Odwieczne pytanie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.

Walt, G. (1998) *Implementing Health Care Reform: a Framework for Discusion*, w: *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*, edited by: R. Saltman, J. Figuereas, C. Sakellaried, Open University Press, Philadelphia.

Walt, G. (1994) *Health Policy: An Introduction to Process and Power*, Zed Books, London & New Jersey.

Wennberg, J.A. (1992) *AHCPR And The Strategy For Health Care Reform*, Health Affairs, Winter.

Williams, A. (1994) *Economics, Society and Health Care Ethics*, w: *Principles of Health Care Ethics*, edited by R. Gillon, John Wiley & Sons, Chichester.

Wilsford, D. (1995) *States Facing Interests: Struggles over Health Care Policy in Advanced, Industrial Democracies*, „Journal of Health Politics, Policy and Law", 20, 3, Fall.

Włodarczyk, C. (1996) *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Uniwersyteckie Wydawnictwo „Vesalius" Łódź–Kraków–Warszawa.

Włodarczyk, C. (1998) *Reforma opieki zdrowotnej w Polsce. Studium polityki zdrowotnej*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalisus" Kraków.

Włodarczyk, C. (1999) *Reforma opieki zdrowotnej*, w: *Druga fala polskich reform*, pod redakcją L. Kolarskiej-Bobińskiej, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa.

Włodarczyk, C. (1999a) *Reforma opieki zdrowotnej: strategiczne działania naprawcze*, „Polityka Społeczna", 10.

Wulff, H.R., S.A. Pedersen, R. Rosenberg (1993) *Filozofia medycyny. Wprowadzenie*, tłumaczył Z. Szawarski PWN, Warszawa.

Inne źródła danych

Encyclopedia of Government and Politics (1992) Routledge, London, NY.

Power and Policy in Liberal Democracies (1992) edited by M. Harrop, Cambridge.

Materiały z Flagship Program on Health Sector Reform and Sustainable Financing – Diagnostic Approaches to Assessing Strengts, Weaknesses And Change of Health System – Module 2 i 7.

Using policy maker program in health policy

Political mapping is a technique of political analysis at the service of study effectiveness, formulation and implementation of social politics targets. A computer program, Policy Maker was developed at Harvard's University as a tool enabling practical application of mapping. It is based upon extensive theoretical grounds including a model of rational behaviour, model of public administration, model of bureaucracy, concepts of business groups, model of public option, principles of Marxist analysis and stakeholders analysis. In the past each approach was used in analyses of health sector.

Policy Maker enables us or at least makes us easier to make use of the analytical and constructive potential of the technique. Researchers describing and explaining the processes in health politics, as well as political decision-makers that want to be more effective may equally collect benefits.

The main aim of the authors was not only to demonstrate the tool but also to prove its usefulness in direct co-operation with leaders of the health care reforms. The starting point was to define the goals, prepared for this purpose in co-operation between the researchers and the members of the health care reforms leader group. However, it should be emphasised that the goals presented below should be regarded as 'obligatory only in the present phase of the reform'.

The following four goals were considered as most important in the implementation of the health care reform:

Organisation of the negotiation process within the system

Restructuring of the employment with the assumption that the increase in the number of professional workers is not the aim of the reform process

Achievement of a high level of professionalism among the participants of the health care system

Utilisation of external (informal) resources for the public benefit.

A very important element in PM analysis is stakeholders analysis. It is a systematised way of analysing groups and individuals depending on their involvement and role in the implementation of the defined goals. One should identify all critical groups and individuals, both with respect to their true or hidden interests and general approach, which is indispensable for building up an effective coalition and strategy.

The most difficult stage in analysis is working out a strategy. Policy Maker comprises two methods of strategy planning: a general set of suggested strategies to be used or adjusted, and a tool for reviewing and evaluating the information, which has already been entered to provide original solutions.

Two dangers that may be encountered in the implementation of the reform emerged upon scrutiny: opposition or less than expected support due to a lack of knowledge about the reform in a large number of the participants of the health care system, and marked opposition by the key medical staff. Thus, the fundamental goal of the suggested strategy was to overcome these difficulties.

In the course of work with the reform leaders the following recommendations have been proposed:

1. Provide clear interpretation of legal regulations.
2. Ensure security for the laid off persons
3. Neutralise environments of opposition
4. Provide concrete and solid information
5. Consult independent experts
6. Apply temporary solutions in POZ (Primary Care)
7. Motivate doctors to individual practice
8. Eliminate unprofitable organisations in the health care.
9. Guarantee financial benefits
10. Establish clear principles of contracting
11. Increase nurses' scopes of authorization

It should be emphasised that the strategies although worked out in co-operation with the reform leaders have never been applied and in this way the effects of the procedure have only a cognitive nature.