

W. Cezary Włodarczyk: *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Łódź–Kraków–Warszawa 1996.

W. Cezary Włodarczyk: *Reforma opieki zdrowotnej w Polsce. Studium polityki zdrowotnej*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 1988.

Istnieją co najmniej dwa ważne powody, aby do obu książek opublikowanych w ostatnich latach przez Cezarego Włodarczyka sięgnęli nie tylko „branżowi” specjaliści od ochrony zdrowia, ale wszyscy spragnieni pobudzającej lektury politycy społeczni (i – szerzej – wszyscy adepti nauk społecznych i politycznych).

Po pierwsze, fakt opublikowania opasłego – bez mała 800 stron! – dwutomowego dzieła (bo tak traktuję te dwie książki, choć formalnie stanowią one dwie odrębne pozycje) prezentującego całościowo problematykę zdrowia i polityki zdrowotnej prowadzonej na świecie i w Polsce, powinien pobudzić ambicje specjalistów z innych „branż”, które wciąż czekają na podobnie obszerne i kompetentne ujęcia syntetyczne. Przemnożmy w wyobraźni owych 800 stron przez kilkanaście najważniejszych „branż” polityki społecznej (z polityką edukacyjną, rodzinną, mieszkaniową, polityką zabezpieczenia społecznego i ochrony pracy na czele), a otrzymamy imponującą bibliotekę – wciąż jeszcze nie istniejącą, a niezbędną dla takiego uprawiania i reformowania polityki społecznej w naszym kraju, które nie byłoby mozolnym wyważaniem otwartych drzwi.

Kompletność opisu jednej z polityk „branżowych” (która zresztą także dzieli się – jak to podkreśla Włodarczyk – na „szczegółowe polityki zdrowotne”) nie grozi przy tym rozbiciem obrazu polityki społecznej. Wręcz przeciwnie, autor już w pierwszym rozdziale pierwszej z omawianych książek deklaruje (a następnie przestrzega tej deklaracji), że

„poszukiwanie tożsamości polityki zdrowotnej poza kontekstem polityki społecznej byłoby błędem” (s. 25). „Wspólnych elementów polityki społecznej i polityki zdrowotnej można poszukiwać w wielu dziedzinach: w założeniach aksjologicznych, w stosowaniu tego samego aparatu teoretycznego i metodologicznego, który – mówiąc najogólniej – byłby tożsamy dla całej rodziny nauk społecznych, a także w działaniach organów publicznych, dla których obszar zainteresowań polityki zdrowotnej jest pewnym podzakresem realizowanej przez nie ogólnej polityki społecznej. Nie jest jednak tak, że polityka zdrowotna jest jedynie konsumentem dorobku teoretycznego polityki społecznej. W wielu sytuacjach zmiany inicjowane w sferze zdrowia tworzą wzorce dla innych. Rozwój koncepcji następujący w polityce zdrowotnej może przyczyniać się do pogłębienia refleksji nad całą polityką społeczną” (s. 26). Do sposobu myślenia o polityce społecznej zaprezentowanego przez Włodarczyka bardzo pasuje wzięte skądinąd określenie „jedność w różnorodności”.

Po drugie, obie książki Cezarego Włodarczyka są pierwszymi w Polsce tak poważnymi próbami uprawiania nauki o polityce społecznej, która wykracza poza podejście właściwe nauce *dla* polityki społecznej.

Wypada przypomnieć istotę tego rozróżnienia, które od dawna i z uporem lansuję. Otóż nauka *dla* polityki społecznej angażuje się w proces decyzyjny, stara się (na zamówienie lub samowolnie) pomagać politykom decydującym o kształcie realizowanej w praktyce polityki społecznej państwa, odpowiadając na pytania: *Jakie są potrzeby ludzi? Czy ich zaspokojenie jest zagrożone? Jakie cechy rzeczywistości należy oceniać krytycznie i dlaczego? Jakie cele – przy pomocy jakich środków i instytucji, w jakiej kolejności i w jakim tempie – powinno państwo realizować?* Są to pytania konieczne w dociekaniach naukowych nastawionych na bezpośrednią – czy wręcz natychmiastową (*wash and go*) – użyteczność dla konkretnego podmiotu politycznego odpowiedzialnego za realizację konkretnego programu. Ale nie są one wystarczające. Trzeba je uzupełniać „metapytaniem” właściwym nauce *o* polityce społecznej, stawianymi z pozycji zewnętrznego obserwatora procesów decyzyjnych: *Jaka była dawniej i jaka jest dzisiaj polityka społeczna prowadzona przez różne podmioty? Dlaczego? Co i kto decyduje o wyborze jej celów i środków? Co i kto przesądza o jej powodzeniach i niepowodzeniach? Jak silnie jej zamierzony kształt i jej rzeczywiste skutki są uwikłane w kontekst polityczny, ekonomiczny i kulturowy?* W Polsce badacze problemów społecznych wiele rozmawiają na te tematy prywatnie, niejako „w kularach życia naukowego”, natomiast zbyt rzadko jeszcze skłonni są uznawać je za pytania warte pogłębionej i systematycznej refleksji naukowej. Z kolei decydentom takie pytania wydają się mniej doniosłe praktycznie, zbyt „filozoficzne”; wolą oni często pielęgnować mit własnej autonomii i niepowtarzalności. Jednak na dłuższą metę – gdy skumuluje się wiedza o wielu procesach decyzyjnych i uruchomionych przez nie procesach społecznych, nie tylko tych dziejących się aktualnie, „tu i teraz”, ale także tych, które wydarzyły się „gdzieś i kiedyś” – samowiedza polityków o uwarunkowaniach ich własnych zachowań i o mechanizmach produkujących błędy polityczne mogłaby zwiększyć skuteczność prowadzonej przez nich polityki.

Włodarczyk w obu książkach bardzo eksponuje tę właśnie problematykę, co więcej, uprawia już nie tylko naukę o polityce społecznej, ale nawet „naukę o nauce o polityce społecznej”, obszernie i z wielką erudycją opisując różne omawiane w literaturze zachodniej sposoby analizy tej polityki.

Szczególnie doniosłe wydają mi się rozważania autora na temat dwóch paradygmatów polityki zdrowotnej i dwóch modeli procesu podejmowania decyzji w polityce społecznej.

Pierwszy z omawianych paradygmatów polityki zdrowotnej koncentruje się na jej przedmiocie: „cele polityki zdrowotnej są definiowane w taki sposób, że odnoszą się bezpośrednio do zdrowia. Przy drugim podejściu polityka zdrowotna jest postrzegana przede wszystkim jako fragment procesu politycznego. Cele tak rozumianej polityki zdrowotnej są definiowane inaczej niż poprzednio. Nawet jeśli ich warstwa werbalna obejmuje jedynie treści dotyczące stanu zdrowia, to ich rzeczywiste znaczenie uwzględnia także cele dotyczące systemu społecznego i politycznego” (*Polityka zdrowotna...*, s. 42). Drugi paradygmat skłania więc do skupienia uwagi badawczej na procesach decyzyjnych. Coraz powszechniej uważa się, że „priorytety nie wynikają automatycznie z ustaleń na temat stanu zdrowia, lecz są formułowane poprzez złożony proces składający się z elementów eksperckich, społecznych i politycznych” (s. 378) i normą staje się „świadome wiązanie polityki zdrowotnej z szerszym procesem politycznym. Współzależności między tymi procesami istniały zawsze, ale były chętnie skrywane pod pozornie obiektywnymi racjami wynikającymi z sądów profesjonalnych” (s. 380). Współcześnie „eksperci i profesjonalści, traktowani niegdyś jako najbardziej powołani do podejmowania trafnych decyzji w imię interesów ogólnych, są dziś postrzegani jako jedna z licznych grup społecznych, o poziomie egoizmu grupowego nie niższym niż inni. Ogólne rozczarowanie możliwościami i postawami ekspertów i profesjonalistów objęło również profesjonalistów medycznych” (s. 377). Tak więc twórcy naukowych podstaw polityki społecznej, działający dla niej, zostają – w tym ujęciu – zdegradowani do roli obiektu badań. I nie ma w tym nic złego.

W drugiej z omawianych książek, bardzo obszernie opisującej procesy reformowania opieki zdrowotnej w Polsce lat 90. (począwszy od „prehistorii” reform obmyślanych już na początku lat 80.), znalazło się też wiele miejsca dla prezentacji dorobku zachodniej „reformologii”. I w tym właśnie kontekście Włodarczyk konfrontuje dwa modele analizy działań reformatorskich.

Model racjonalny polegał na analizowaniu procesu decyzyjnego jako konsekwentnie realizowanej sekwencji działań. Miał to być proces rozpoczynający się „od jasnego sformułowania celów, poprzez dobór najlepszych środków, ocenionych pod względem skuteczności i efektywności, i prowadzący do implementacji poddanej następnie bezstronnej ocenie dla wyciągnięcia wniosków usprawniających. Cały ten ciąg aktywności miał się odbywać z wykorzystaniem pełnej wiedzy o zdarzeniach będących przedmiotem zamierzonych oddziaływań i przy podejmowaniu optymalnych decyzji” (*Reforma opieki...*, s. 31). Niestety, tak powinno być, ale na ogół tak nie bywa.

Model drugi – *model inkrementalny* – opiera się na przeświadczeniu, że polityka społeczna jest notorycznie i nieuchronnie pogrążona w sytuacji „wydostawania się z bałaganu”, a „pełna strukturalizacja takiego procesu jest niemożliwa i z reguły formułowanie celów występuje jednocześnie z doborem środków, albo nawet po ich ustaleniu, służąc jako racjonalizacja i uzasadnienie faktycznie podjętych działań. W zachodzących procesach występują zarówno intencjonalnie podejmowane i celowe działania, różnorodne siły zewnętrzne wpływające na zachodzące zmiany, jak i zwykle zbiegi okoliczności, które ułatwiają lub utrudniają osiągnięcie zamierzonych celów” (s. 31). W tej sytuacji optymalizacja okazuje się mrzonką, zaś realistycznymi zadaniami są jedynie cząstkowe i odcinkowe – „inkrementalne” – interwencje. Ten właśnie model wydaje się bardziej przydatny – bo bardziej realistyczny – do *opisywania* procesów tworzenia polityki zdrowotnej i – szerzej – polityki społecznej. Tak sądzą autorzy cytowani przez Włodarczyka, tak sądzi też on sam.

Można natomiast toczyć spór na temat *normatywnych walorów* modelu racjonalnego. Może jest on zbyt piękny, aby mógł stać się prawdziwy? A może uda się go wywalczyć? W tej kwestii Włodarczyk stara się zająć stanowisko umiarkowane. Sądzi, że – mimo braku szans na pełną realizację tego modelu – warto maksymalnie zadbać o dobrą organizację całego procesu tworzenia polityki, o szczególną precyzję przy formułowaniu celów i priorytetów, by choć częściowo okiełznać żywioł polityczny i stwierdza, że „praktyczny postulat polityki zdrowotnej polegałby zatem na dążeniu do maksymalnego oddalania się od modelu inkrementalnego, z zachowaniem świadomości, że oderwanie się od niego nie jest możliwe” (s. 32) Ten postulat może stać się mottem każdego badacza angażującego się w doradzanie podmiotom kreującym politykę społeczną.

Jolanta Supińska

Instytut Polityki Społecznej,
Uniwersytet Warszawski