

*Marian Miśkiewicz*

# Polityka zdrowotna

Dwa główne problemy wyznaczają aktualnie kierunek przemian polityki zdrowotnej. Pierwszym jest dokuczliwie odczuwana – prawie w całym świecie – kwestia zagwarantowania szerokim rzeszom ludności warunków i możliwości opieki zdrowotnej, drugim zaś pilna potrzeba intensywnej, międzynarodowej współpracy w ograniczaniu nierówności w dostępie do tej opieki.

Oba problemy pochodzą wprost z zasadniczego przesłania i celu istnienia opieki zdrowotnej, która bez względu na motywy polityczne, ekonomiczne, etniczne i religijne, kierujące polityką zdrowotną poszczególnych państw, ma za zadanie dostarczać w równej mierze odpowiednie świadczenia zdrowotne każdemu potrzebującemu człowiekowi – niezależnie od jego osobistej i ekonomicznej sytuacji. Takie, i temu podobne, jednobrzmiące oświadczenia wydają wszyscy politycy, głosząc je w ślad za celem sformułowanym przez Światową Organizację Zdrowia. Wiemy jednak, jak bardzo oddaleni jesteśmy od realizacji tego szczytnego zamierzenia.

Sytuacja w świecie jest silnie zróżnicowana z każdego punktu widzenia. Istnieje przepaść pomiędzy Północą i Południem, krajami rozwiniętymi i rozwijającymi się. Jedni są już dostatni, wyposażeni w najlepsze i najkosztowniejsze technologie i techniki, inni odczuwają dotkliwy brak nawet najbardziej podstawowych, koniecznych imponderabiliów. Zdarzają się sytuacje, że kraje (narody) nie są w stanie ocenić własnych zagrożeń zdrowia i życia, a w konsekwencji oszacować środków zaradczych, są i takie, które nie doceniają ich, umniejszając ich znaczenie społeczne. Większość jednak, wśród nich część krajów tzw. Trzeciego Świata i kraje bezpośrednich wpływów byłego ZSRR, ma świadomość zagrożeń zdrowia swych społeczeństw i posiada wiedzę i umiejętności niezbędne do zaradzenia im. Na przeszkodzie stoi jednak zła sytuacja ekonomiczna, brak zasobów, zakłócenia organizacyjne, niedostateczna wydolność i zbyt mała efektywność systemu świadczeń.

Różnice takiego lub podobnego rodzaju dotyczą również poszczególnych regionów wewnątrz kraju, czego przykłady spotkać można nawet w niektórych krajach rozwiniętych.

Przytoczone przykładowo przyczyny głębokich odmienności w dostępie do opieki zdrowotnej narzucają pytanie: jak świat, społeczność międzynarodowa powinna pomóc w ich minimalizowaniu, tak aby podstawowy poziom ogólnej higieny, bezpieczne środowisko i zapewnienie zasadniczych świadczeń zdrowotnych było w wielu krajach gwarantowane. Rzeczą o kapitalnym znaczeniu, o którą potyka się wiele dobrze przygotowanych projektów poprawy sytuacji, jest relacja pomiędzy wydolnością ekonomii określonego kraju, stanem służby zdrowia i innych służb społecznych. Jeżeli polityka społeczna, której częścią jest polityka zdrowotna, stawia sobie za zadanie zagwarantowanie bezpieczeństwa socjalnego, to należy sobie zdawać sprawę, że przysporzy to wielu wydatków na

inne świadczenia społeczne i zdrowotne. Były już wyraźne przykłady lansowania hasel o powszechnej dostępności, bezpłatności i zaspokajaniu wszelkich potrzeb na najwyższym poziomie współcześnie zalecanym przez naukę. Ponieważ jednak nie znajdowały one pokrycia w zdolności krajowej ekonomii do zadośćuczynienia im, hasła te rozczarowały wszystkich, poza ideologami, którzy je preparowali. Chcąc być w zgodzie z prawdą i rezygnując z tworzenia pozorów, trzeba uznać za pewnik, że istnieje ścisła, nierozzerwalna zależność pomiędzy stanem ekonomii kraju a poziomem zabezpieczenia społecznego i standardem opieki zdrowotnej. Jedynie poprawa sytuacji ekonomicznej państwa i podniesienie dobrobytu jego obywateli jest w stanie przy każdej formie opieki zdrowotnej – tak prywatnej, jak też publicznej – przyczynić się do znaczącej poprawy zakresu i poziomu świadczeń i odczuwalnych ułatwień/wygód w korzystaniu z nich.

Ta konstatacja skłania do wyrażenia poglądu, że pomoc dla krajów w krytycznej sytuacji socjalnej, z drastycznymi trudnościami w zapewnieniu opieki zdrowotnej i społecznej powinna być kierowana w równym stopniu na rozwój ekonomiczny, co i socjalny.

Bez mała cały świat odczuwa powszechnie, że zwiększające się potrzeby zdrowotne zderzają się z twardą rzeczywistością, jaką stanowią ograniczone zasoby. Potrzeby rosną na skutek działania dwóch czynników, z których jednym jest wydłużanie się przeciętnego trwania życia, zaś drugim postęp medyczny. Postęp jako proces jest kosztowny, nawet jeżeli w niektórych jego elementach daje się zauważyć pewne ograniczanie kosztów. Przemianom demograficznym towarzyszącym wydłużeniu życia towarzyszy nieodmiennie narastanie chorób przewlekłych, specyficzne dla zaawansowanego wieku. Następstwem jest większe, a zatem i kosztowniejsze, zapotrzebowanie na świadczenie zdrowotne. Poprawa jakości i warunków życia, a nawet tylko utrzymanie ich na osiągniętym poziomie, powoduje wysokie koszty społeczne. Wzrost wydatków na zabezpieczenie społeczne starszej i chorej części społeczeństwa nie powinien być przedmiotem utyskiwań, ponieważ jest to zjawisko naturalne i nieodwracalne. Takie stwierdzenie jest wyrażone w koncepcji polityki zdrowotnej Światowej Organizacji Zdrowia, zalecającej nie tylko opiekę wobec chorych, aby przywrócić ich do zdrowia, ale również poprawę poziomu ich życia. Jest oczywiste, że jednym z ważniejszych elementów takiego wieloczynnikowego postępowania jest odpowiednia do potrzeb, skuteczna opieka medyczna. Trzeba w tym miejscu ponownie podkreślić, że pożądana i oczekiwana nowoczesna medycyna praktyczna i teoretyczna, przynosząca korzyści społeczeństwu, nie jest możliwa bez zapewnienia koniecznych środków finansowych. Postęp ma zawsze swoją cenę.

Jest oczywiste, iż nie ma warunków po temu, aby pokryć wydatki dla każdego, w każdej sytuacji i w każdym czasie. Takimi możliwościami nie dysponuje żaden kraj. ➔

Nigdzie nie udało się to w równej mierze dla całej populacji w odniesieniu do najnowszych technologii medycznych.

Nienadążanie za nowoczesnością nie powinno jednak prowadzić do dokuczliwego pogorszenia się zapotrzebowania społeczeństwa w wymagane świadczenia zdrowotne i zwolnienia polityków, organizacji i ludzi, dostarczających opieki, z poszukiwania rozwiązań łagodzących skutki powodowane niedoborem środków finansowych, brakami materialnymi i ludzkimi. Konieczność ograniczenia pewnych wymagań, zastępowania niektórych wysokorozwiniętych procedur medycznych prostszymi, alternatywnymi, mniej kosztownymi, powinna być również uświadomiona społeczeństwu, potencjalnym konsumentom.

Bez względu na rzeczywiste bariery ekonomiczne w państwie, opieka zdrowotna powinna w polityce społecznej być traktowana na równi z innymi ważnymi zadaniami socjalnymi, takimi jak np. gospodarka mieszkaniowa, rodzina, oświata itp. Wartość zdrowia należy rozpatrywać na tle innych wartości istotnych dzisiaj i w przyszłości dla narodu. Zdrowie ma bowiem, podobnie jak inne składowe programy socjalnego, również swą wagę polityczną. Ważne jest również w tym kontekście staranne wyważenie priorytetów społecznych i zdrowotnych oraz towarzyszące temu kierowanie środków na te kierunki.

Przy formułowaniu priorytetów konieczne jest zdecydowanie, które zadania na rzecz zdrowia społeczeństwa i w jakiej skali powinny być realizowane. Tylko w następstwie takich decyzji można odpowiedzialnie stawiać pytanie o wysokość i sposób finansowania.

Spółeczeństwo, ubiegające się o całościową opiekę zdrowotną, musi być zorientowane i systematycznie infor-

mowane, jak jest ona finansowana. W wielu rozwiniętych krajach problematyka zdrowia znajduje się na czele listy osobistych życzeń i oczekiwań większości obywateli. Politycy nie mogą tego ignorować lub pomniejszać – bez narażania się na niepowodzenia. W każdym przypadku powinno się jasno określić w polityce socjalnej, co z oczekiwań społeczeństwa może być zaspokojone oraz przez kogo, biorąc pod uwagę administrację państwową, samorządową, system ubezpieczeń (powszechny i dobrowolny) oraz to, co pozostaje w osobistej odpowiedzialności finansowej obywatela.

Pytanie o priorytety dotyka również problemów etycznych natury socjalnej i zawodowej. Powstaje ważne zagadnienie, kto ma decydować, ogólnie i w indywidualnych przypadkach, jakie świadczenia mogą, bądź nie mogą, być dostarczane. Politycy nie są w stanie uciec od tej odpowiedzialności. Kiedy w państwie ma miejsce krytyczne limitowanie zasobów, nie można wyłącznie na lekarzy czy szpitale przerzucać decyzji, który z pacjentów będzie mógł być np. poddany hemodializie, endoprotezowaniu czy operacji serca. Tej ważnej jednostkowo i społecznie sprawy nie rozwiązują listy oczekujących, pomimo że z konieczności używa się ich w wielu krajach. Wyłączenie z możliwości uzyskania świadczenia ważnego dla zdrowia jest decyzją polityczną i polityk nie może się od tego odżegnać.

*Marian Miśkiewicz*

Autor – dr n. medycznych, były minister zdrowia, dyrektor Instytutu Kardiologii w Warszawie.



**Akademia Controllingu**



prowadzi kompleksowe usługi w dziedzinie  
controllingu

- seminaria ogólnodostępne i wewnątrzzakładowe
- działalność wydawniczą
- oprogramowanie komputerowe controllingu
- wdrażanie controllingu w przedsiębiorstwach

**Controlling to poszukiwanie i znajdowanie drogi do zysku!**

OŚRODEK DORADZTWA I TRENINGU KIEROWNICZEGO

80-286 Gdańsk, ul. Jaśkowa Dolina 78 tel.: 41-10-65, 41-02-22, 41-13-85 tlx: 0512346