

W. Cezary Włodarczyk

Instytut Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Jagielloński

Książka obrońców rynkowego systemu ochrony zdrowia¹

W strukturze dyscyplin naukowych **polityka zdrowotna** jest daleką krewną polityki społecznej, a *zdrowie publiczne* tam nie istnieje. Młodzi badacze, którzy chcą zajmować się zdrowiem – jeśli nie są lekarzami i chcą zdobywać stopnie naukowe – szukają okrzężnych dróg poprzez dyscypliny pokrewne. Klasyczne dyscypliny niekiedy na tym korzystają, przeżywając krótkotrwały rozkwit, ale brak instytucjonalnego zaplecza nie pozwala na utrwalenie pozycji, co się przytrafiło socjologii zdrowia.

Piśmiennictwo, które można by zaliczać do tego obszaru zainteresowań nie jest w Polsce reprezentowane w nadmiarze. Przedstawia się zwykle wąsko kreślone analizy lub publicystycznie traktowane uzasadnienia różnych wariantów proponowanych zmian. Brakuje zwłaszcza informacji na temat przekształceń obficie wdrażanych we wszystkich prawie krajach, stanowiących tworzywo nowych ustaleń dotyczących treści i metod wprowadzania w życie nowych rozwiązań.

W tej sytuacji ukazanie się na rynku wydawniczym książki zapowiadanej tytułem jako „raport o światowych systemach opieki zdrowotnej”, pochodzącej z 2004 roku musi wzbudzać nadzieje. Może być traktowane jako zapowiedź wypełnienia ważnej luki informacyjnej.

¹ J.C. Goodman, G.L. Musgrave, D.M. Herrick Jak uzdrowić służbę zdrowia? Raport o światowych systemach opieki zdrowotnej, Fijorr Publishing, Chicago, Warszawa 2008

1. Poszukiwanie lepszych rozwiązań

Gdyby literalnie potraktować deklaracje autorów książki, to ich cele były głównie badawcze. Chodziło im bowiem o poddanie analizie „istotniejszych niepowodzeń państwowych systemów ubezpieczeń” zdrowotnych (s.44). Skoncentrowanie się na niepowodzeniach nie powinno dziwić; po latach samozadowolenia, od kiedy rozpoczął się ruch reformowania opieki zdrowotnej, a więc od końca lat osiemdziesiątych ubiegłego wieku, badacze z ferworem wydobywali na światło dzienne liczne przykłady błędów będących następstwem złych rozwiązań organizacyjnych. Krytyczne diagnozy zastanych sytuacji były i są traktowane jako uzasadnienie szczegółowych projektów zmian przygotowywanych w poszczególnych krajach, ale stały się także składnikiem ogólnoświatowego dorobku polityki zdrowotnej, gdzie tezę o powszechności kryzysu systemów zdrowotnych – o różnych wszakże nasileniu – akceptuje się dość szeroko. Panuje także zgoda co do podstawowych wymiarów kryzysu: rosnące koszty i trudności osiągania celów dotyczących powszechnego i sprawiedliwego dostępu. Powszechnie mówi się o niewystarczającej efektywności, ale recepty, jak ją poprawić są rozbieżne i ściśle związane z poglądami w sprawie sposobu urządzania życia społecznego. Wiele podjętych inicjatyw nie doprowadziło do odczuwalnej poprawy sytuacji, liczni badacze krytycznie odnoszą się do podjętych wysiłków i poszukiwania lepszych rozwiązań stale trwają.

Zamysł analizy można wiązać z oczekiwaniem w miarę bezstronnego przedstawienia sytuacji panującej w wielu krajach, szczególnie w Wielkiej Brytanii, Kanadzie i Nowej Zelandii, a w tym także sytuacji systemu w USA. Oczekiwanie bezstronności jest tym bardziej uzasadnione, że autorzy przedstawiają się jako „najbardziej zagorzali krytycy” amerykańskiej opieki zdrowotnej (s.43).

Bardziej uważny czytelnik mógł jednak dostrzec pewne przesłanki skłaniające do niepokoju. Pierwszą jest pojawienie się Milтона Friedmana, znanego jako zwolennika ograniczania interwencji państwa w funkcjonowanie ochrony zdrowia. Nie o symboliczne nazwiska jednak najbardziej chodzi. Już we wstępie pojawia się stwierdzenie, że przyczyną zła w sektorach wszystkich krajów jest „zdławienie normalnych reakcji rynkowych”, które – przechodząc długotrwałą ewolucję – doprowadziły najpierw do wprowadzenia barier w dostępie świadczeniodawców do rynku, a następnie opanowały możliwości kształtowania relacji między świadczeniodawcami i konsumentami. Generalnie chodzi o wyeliminowanie konkurencji jako mechanizmu kształtującego reguły postępowania – i motywacje postępowania w tym sektorze. Ten fatalnie oceniany stan rzeczy zapanował we wszystkich krajach rozwiniętych, chociaż system amerykański osiągnął największe, w porównaniu z innymi, sukcesy w jego eliminacji.

Przy przyjęciu takiego punktu widzenia zbiory informacji, które miały przedstawiać obraz różnych systemów krajowych zamieniają się w ciąg ilustracji przedstawiających znaczne przewagi USA we wszystkich niemal aspektach działania ochrony zdrowia. Wprawdzie opieka zdrowotna w tym kraju daleka jest od doskonałości – o rozwiązaniach doskonałych jest mowa w dalszych partiach tekstu – ale i tak, relatywnie, system tam funkcjonujący jest najlepszy. Jeśli występują tam mankamenty to

są wynikiem zbyt silnej ingerencji państwa, jego przesadnie dużej szczodroblewości, tolerowania nadużyć ze strony nieuczciwych konsumentów, generalnie – z niedostatecznej obecności rynku i jego praw.

Zadanie polegające na odrzucaniu wszystkiego, co nierynkowe – nie mam wątpliwości, że świadomie realizowane – jest ułatwione dzięki przejściu kategorii „mitu” jako sposobu określania wszystkich poglądów niezgodnych z dążeniem do maksymalizowania zakresu sektora zdrowotnego poddanego mechanizmom rynkowym. Zidentyfikowano ich aż dwadzieścia. „Obalenie mitów”, co *explicite* deklarują autorzy, jest ułatwione przez sam fakt perswazyjnego nazwania krytykowanych, a więc obalanych, poglądów. W efekcie czytelnik otrzymuje wiele argumentów poświadczających wyższość amerykańskiego systemu zdrowotnego i skąpe informacje o prorynkowych rozwiązaniach w RPA i Singapurze (rachunki zdrowotne) oraz zmianach prywatyzacyjnych w kilku innych krajach rozwiniętych.

2. System idealny?

Rozważania autorów prowadzą do zaproponowania zarysu „idealnego systemu ubezpieczeń zdrowotnych” (s.339 in). Miałby on stanowić „połączenie starej koncepcji ubezpieczenia wypadkowego z dwoma stosunkowo nowymi pomysłami : uniwersalne ZRO (w celu kontrolowania popytu) oraz rozpowszechnienie zogniskowanych fabryk (dla kontrolowania podaży)” (s.341). Skrót ZRO był wcześniej wprowadzony i oznacza zdrowotne rachunki oszczędnościowe (s.30), natomiast termin „zogniskowane fabryki” pozostaje niejasny, choć jest pewne, że chodzi o formę organizowania procesu produkowania świadczeń. Mechanizmem napędowym, tak w fazie bieżącego zarządzania, jak i rozwoju, mają być siły rynkowe. Jego uczestnicy, poszukując użyteczności – maksymalnej, a może satysfakcjonującej – działają zgodnie ze swoim interesem, tak jak jest przez nich postrzegany, co powinno prowadzić do konkurencji i rozwoju.

Struktura rynku świadczeń zdrowotnych, który ma być obsługiwany przez „idealny system” jest prosta, bo składa się z pacjentów (klientów), świadczeniodawców i ubezpieczycieli. Zaspokojenie potrzeb i poziom uzyskiwanej użyteczności powinien plasować się blisko optimum. Rola rządu i tworzonej przezeń regulacji jest sprowadzona do absolutnego minimum. Sektor jest autonomiczny i rządzi się zasadami tworzonymi głównie przez zainteresowane strony. Transakcje są zawierane dobrowolnie, stawki ustalane przez umawiające się strony, na podstawie sygnałów pochodzących z rynku. Prostota konstrukcji i dobrowolność działań – zgodnie z regułami rynku – jest źródłem poważnych braków. Są one następstwem dwóch rozwiązań. Po pierwsze, uwzględnieni partnerzy są na tyle silni i działają na tyle racjonalnie, że osiągnięcie równowagi na optymalnym (korzystnym) poziomie jest możliwe i żadna zewnętrzna interwencja nie jest potrzebna. Nie ulega wątpliwości, że taki obraz rozwoju sytuacji może budzić sprzeciw. Po drugie, w konstrukcji nie uwzględnia się obecności dwóch bardzo poważnych graczy: wytwórców i dystrybutorów leków i sprzętu medycznego. Tymczasem są to partnerzy dysponujący dużymi pieniędzmi, mający liczne interesy

polegające na zwiększaniu sprzedaży i zysków oraz wywierający silny wpływ tak na bieżące rozstrzygnięcia (zakupy), jak i strategiczne ustalenia (treść list leków refundowanych). Jeśli uwzględnia się obecność tych partnerów – nawet bez wnikania w sposoby zakres ich interwencji w działania systemu – to przyjęta wcześniej przesłanka równości partnerów musi leć w gruzy. W porównaniu z bogactwem, siłą politycznego wpływu i determinacją grup przemysłowych siła żadnej innej grupy – czy koalicji – nie może być traktowana jako samodzielny partner. W przeszłości obecność tych wpływowych graczy bywała często pomijana bo badacze operowali wyidealizowanym obrazem polityki zdrowotnej, nastawionej na zaspokajanie potrzeb ludzi. Jednak od dłuższego czasu – przynajmniej od pojawienia się *rewolty antyprofesjonalnej* w latach siedemdziesiątych – obraz taki jest nie do utrzymania i problem walki o władzę w podejmowaniu decyzji dotyczących zdrowia wysuwa się na plan pierwszy.

W przedstawionej konstrukcji skrywają się przynajmniej dwie słabości. Pierwszą jest mankament koncepcyjny. Odnosi się on do odrzucenia tego wszystkiego, co w ostatnich latach powiedziano o ograniczeniach możliwości stosowaniu narzędzi rynkowych w sektorze zdrowotnym. Chodzi przede wszystkim o asymetrię informacyjną, która bardzo utrudnia możliwości traktowania pacjentów jako świadomych konsumentów. Autorzy wiedzą o tym fakcie, ale nie traktują jako przeszkody dla zasadności rozwijania i wdrażania proponowanego przez nich modelu. Także wtedy, gdy szukają narzędzia opisu i wyjaśniania procesów decyzyjnych powołują się jedynie na teorię społecznego – publicznego – wyboru (s. 267 i inne). Jest to z pewnością idea użyteczna, postrzeganie państwa jako interesariusza a urzędników jako grupy nacisku, pozwala dostrzec wiele istotnych, a ukrytych przed oczyma opinii publicznej procesów. Ale z pewnością nie jest to teoria jedyna, która mogłaby być do takich celów wykorzystywana.

Drugą słabością jest wyraźna sprzeczność wśród przyjmowanych założeń. Jako jeden z punktów wyjścia, będący elementem diagnozy, przyjęto, że charakterystyczną cechą współczesności jest „prawdziwa eksplozja innowacji technologicznych i szybkie rozprzestrzenianie się wiedzy o potencjale, którym dysponują nauki medyczne” (s.339). Jest to z pewnością trafne przedstawienie sytuacji i czynnik ten musi być bezwzględnie brany pod uwagę przez decydentów zajmujących się ochroną zdrowia. Nie jest jednak jasne, jak nieuchronną zmienność dostępnych możliwości godzić z dążeniem do projektowania i wdrożenia „idealnego” systemu. W systemie tym materializowałyby się najnowsze osiągnięcia wiedzy, ale pochodzące z czasu jego konstruowania. Myślowo idealny system ubezpieczeniowy funkcjonowałby w „idealnym świecie”, o czym informuje przypis na s. 342. „Idealny system” ma cechę niewygodną dla jego autorów – powinien być niezmienny. Ideału nie można udoskonalać – jeśli tylko poprawnie rozumie się używane słowa – i z tego faktu płyną destrukcyjne – dla tworzonoego modelu - konsekwencje. Nie można przecież wykluczyć, że zasady organizowania i finansowania systemu – fundamenty systemu ubezpieczeniowego, nie będą podlegały tej samej konieczności rozwojowej, jak sprawy związane z innowacjami medycznymi.

Wydaje się, że złe doświadczenia, które stały się udziałem realizatorów programów wielkich utopii społecznych (wielkich narracji) powinny stać się ostrzeżeniem dla autorów zbyt ambitnych planów. Nie trzeba zresztą odwoływać się do odniesień tak szerokich. Literatura, w której opisywane są doświadczenia reform zdrowotnych dostarcza jednoznacznych argumentów przemawiających za podejmowaniem przedsięwzięć ograniczonych co do zakresu i podporządkowanych możliwie precyzyjnie zdefiniowanemu celom. Zamierzenia, w których odwoływano by się do modelowych i docelowych koncepcji są współcześnie szeroko odrzucane, nie tylko ze względów koncepcyjnych, lecz przede wszystkim z racji na małą skuteczność działania.

3. Nieubezpieczeni w USA

Przewagi systemu amerykańskiego w takich sprawach jak skuteczność interwencji medycznych, możliwość korzystania z najnowszych technologii, szybkość uzyskiwania świadczeń, wysoka samoocena stanu zdrowia – nie budzą w oczach autorów wątpliwości. Istnieje jednak zjawisko szeroko wskazywane przez wielu badaczy jako ważny mankament. Jest nim znaczna grupa osób nie mających formalnego tytułu do korzystania ze świadczeń, mimo funkcjonowania dużych programów publicznych, takich jak *Medicare* i *Medicaid*. Autorzy nie kwestionują samego faktu, jakim jest brak gwarancji powszechnego dostępu do opieki zdrowotnej na podstawie ubezpieczenia lub innego tytułu, ale poddają go swoistej interpretacji. Twierdzą zatem, że brak formalnych uprawnień nie jest równoznaczny z niemożliwością korzystania z opieki (s.75 in). Wiele mechanizmów wbudowanych w system taką możliwość otwiera. Twierdzą także, że dane wskazujące na ograniczony zakres świadczeń udzielanych osobom nieubezpieczonym – mniejszą ich wartość finansową - nie są dostatecznie rzetelne, aby je poważnie traktować. Sytuacja nie jest zatem tak zła, jak chcieliby ją przedstawiać niezyczliwi krytycy systemu.

Bardzo ważnym wątkiem argumentacji autorów, przemawiającej za zaletami systemu amerykańskiego jest teza, że rezygnacja z posiadania ubezpieczenia jest dobrowolnym, przemyślanym wyborem osób, które nie chcą ponosić wydatków związanych z wykupem polisy. Wzrastająca liczba osób nie posiadających ubezpieczenia miałyby być dowodem dwóch zjawisk. Po pierwsze, łatwości zyskania pełnowartościowej opieki także bez ubezpieczenia. Miałyby to wynikać z licznych regulacji prawnych, umożliwiających otrzymanie świadczenia dzięki wspaniałomyślności przepisów, ofiarności świadczeniodawców lub instytucji wspierających (s. 318 in). Po drugie, dobrowolnego wyboru osób zainteresowanych. Teza o rezygnacji z ubezpieczenia jako strategii życiowej miałyby być popierana faktem zmniejszającego się odsetka osób mieszkających w gospodarstwach domowych o najniższych dochodach, przy jednoczesnym wzroście odsetka osób, którym powodzi się lepiej. Sytuacja taka, pozwalająca na poniesienie, w razie potrzeby, doraźnych wydatków lub zaryzykowanie skorzystania z opieki charytatywnej, pozwala na manipulowanie decyzją o przystąpieniu lub rezygnacji z ubezpieczenia, zgodnie z indywidualnymi preferencjami.

Jeśli zatem są osoby, które nie mają ubezpieczenia, to wynika to z ich własnej decyzji, jeżeli zatem w konsekwencji popadają w kłopoty, to same są sobie winne. Wskazywanie odpowiedzialności innych podmiotów, w tym państwa, jest zatem całkowicie nieuzasadnione, tak w planie skuteczności ekonomicznej, jak i w płaszczyźnie moralnej.

W 2006 r. liczba osób nieubezpieczonych wynosiła 47 milionów, co stanowiło 15.8% ludności, i wynikało ze wzrostu o 2.2 miliona w porównaniu z sytuacją z roku poprzedniego²). Prognoza przedstawiona na portalu *Medical News Today* zawierała informacje o możliwym dalszym wzroście liczby nieubezpieczonych, co wiązano z narastającymi trudnościami ekonomicznymi. Przyjmowano mianowicie, że każdy wzrost bezrobocia o jeden procent będzie pociągać za sobą wzrost liczby osób bez ubezpieczenia o 1.1 miliona³. Autorzy omawianej książki przyjęliby zapewne, że decyzje bezrobotnych o pozostawaniu poza ubezpieczeniem są ich swobodnym wyborem.

Przypomnijmy, że zgodnie z danymi przedstawionymi w opracowaniu powołanym przez autorów (tabela s.31), w roku 1999 osób takich było 42.6 miliona, co stanowiło 15.5%⁴). Wzrost liczby nieubezpieczonych wyniósł 4.8 mln w ciągu siedmiu lat, a odsetka - 0.3 punktu procentowego. Najliczniejszą grupę stanowili młodzi dorośli, co pozwala sądzić, że zwalniana gospodarka gorzej, niż poprzednio, wchłania pracowników.

Na portalu *Kaiser Daily Health Policy Report* przedstawiono opinię jednego z kandydatów do urzędu prezydenta, który stwierdził, że w ciągu 15 lat liczba nieubezpieczonych wzrosła o 10 milionów, co musi być określone jako rzecz coraz bardziej oburzająca (*deeper outrage*).

Ze względu na argumenty przedstawiane przez autorów ważne są charakterystyki dochodowe osób nieubezpieczonych. W 2006 r. 62% osób nieubezpieczonych żyło w gospodarstwach o dochodzie niższym niż 50 tysięcy \$, w 1999 osób takich było 69%. W 2006 r. 31% gospodarstw miało dochody poniżej 25 tysięcy \$, siedem lat wcześniej osób takich było mniej niż 33%. W 2006 18.1% żyło w gospodarstwach o dochodach między 50 a 75 tysięcy \$ - wcześniej odsetek ten wynosił mniej niż 16%. Jeśli zatem porównywać wielkości procentowe, udział gospodarstw o najniższych dochodach ulega zmniejszeniu, co potwierdzałoby tezę sformułowaną przez autorów. Jeśli jednak porównywać liczby bezwzględne, to okazuje się, że zmiany są mniej wyraźne i wynoszą mniej niż pół miliona osób, przy grupach o wielkości 29 milionów, a więc około 1%. Miałbym poważne wątpliwości, czy teza przyjęta przez autorów znajduje wystarczająco silne potwierdzenie w faktach.

Inny wątek argumentacji dotyczy podejmowania pracy jako okoliczności, która rzuca światło na decyzje o dobrowolnej, lub wymuszonej, rezygnacji z ubezpieczenia. W 2006 r. 58.2% spośród nieubezpieczonych podejmowało prace w pełnym lub części-

² Kaiser Daily Health Policy Report www.kaisernetwork.org/daily_reports/rep_index.cfm?DR_ID=47178

³ www.medicalnewstoday.com/articles/105772.php

⁴ www.census.gov/prod/2000pubs/p60-211.pdf

ciowym wymiarze godzin, w 1999 r. osób takich było 56.2%. To nie jest duża różnica, choć pozwala formułować hipotezę, że praca – odmiennie niż w przeszłości – nie stanowi gwarancji posiadania ubezpieczenia. Nie pozwala jednak również popierać twierdzenia o dobrowolnej rezygnacji. Blisko trzy czwarte osób nie posiadających ubezpieczenia w 2006 r. miało obywatelstwo amerykańskie. Czynniki etniczny odgrywał jednak bardzo dużą rolę w kształtowaniu struktury tej grupy. O ile wśród białych odsetek nieubezpieczonych pozostawał bez zmian, o tyle wzrastał wśród przybyszów z Ameryki Łacińskiej do ponad 15 milionów (43.1%), a wśród Afroamerykanów do blisko 9 milionów (20.5%). Liczba nieubezpieczonych osób pochodzenia azjatyckiego zmalała. Polemizując z tezą przyjętą przez autorów twierdziłbym, że te dane osłabiają ich przypuszczenie. Nie ma podstaw by sądzić, że przybysze z Ameryki Łacińskiej oraz Afroamerykanie są szczególnie biegli w wykorzystywaniu dobrodziejstw systemu opiekuńczego działającego w USA, który umożliwiłby korzystanie bez przeszkód z opieki zdrowotnej, mimo braku ubezpieczenia.

4. Sprawa odmiennych poglądów

Sprawa być może marginalna, ale ilustrująca sposób podejścia autorów do tych, którzy głoszą poglądy odmiennie. Nie podoba im się Raport WHO opublikowany w 2000 r⁵. Mają z pewnością do tego prawo, nie tylko dlatego, że w rankingach jakości, jakie zostały przedstawione w tym dokumencie system amerykański znalazł się na 37 miejscu, przy zastosowaniu syntetycznej miary efektywności. Krytyka zastosowanej metody i uzyskanych wyników miała zresztą szeroki zasięg, co WHO przyznaje, publikując wiele negatywnych opinii na swoich stronach internetowych. Nie chodzi przy tym o szacunek, jakim należy darzyć WHO, bo sprawa dotyczy meritum, a nie prestiżu tej organizacji.

Nawet zdeklarowani przeciwnicy Raportu przyznają, że stanowił on przełom w próbach stosowania empirycznych miar, przy pomocy których szacować można efektywność krajowych systemów zdrowotnych. W praktyce WHO oznaczało to przejście od głoszenia słusznych, na wysokim poziomie ogólności i politycznie poprawnych zasad do zajmowania się praktyką i osiąganymi dzięki niej rezultatami. Było to zresztą zgodne z coraz powszechniejszymi oczekiwaniami od administracji publicznej podjęcia problemu mierzenia i oceniania efektów ich aktywności (tendencja określana jako *new public management*). Politycy wielu krajów, zaangażowani w ochronę zdrowia, otrzymali narzędzie, dzięki któremu uzyskiwali możliwość prowadzenia dyskusji bardziej rzeczowej, niż tylko odwoływanie się do szczytnych zasad. Oczywiście, narzędzie to mogło być wykorzystywane do różnych celów... Nie jest więc eleganckie – gdyby stosować kryteria polemiki naukowej – streszczenie założeń Raportu jako „zapatrywać jego autorów na pojęcie sprawiedliwości i równości” (s.114), a osiągniętych efektów jako „dziwaczkich rankingów opartych na prawie przypadkowych

⁵ The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance, Geneva 2000

danych” (s.115). Uderza przy tym arogancja, z jaką autorzy traktują kraje zajmujące na różnych listach czołowe miejsca – Chile, ZEA, Kolumbię.

5. Rzetelność Wydawcy

Nosicielami odpowiedzialności za treść książki są głównie autorzy, ale udział Wydawcy (pisanego dużą literą, jak w tekście – s.1) w kształtowaniu jej ostatecznego kształtu jest duży. Istotnym problemem w odbiorze książki jest jakość pracy tłumacza i redaktora – oboje wymienieni z nazwiska. Jedną z przyczyn trudności w lekturze jest wprowadzanie przez tłumacza polskich ekwiwalentów anglojęzycznych, znanych skądinąd nazw oraz opatrywanie ich wywodzonymi z tych nazw akronimami. Przykładów jest wiele. *Health Maintenance Organization – HMO* – i pod takim skrótem znana w polskim piśmiennictwie, jest nazywana organizacją ochrony zdrowia lub organizacją świadczącą usługi zdrowotne, a więc OOZ (s.26, 30). Brytyjska instytucja *National Health Service (NHS)* to Państwowa Służba Zdrowia – PSZ (s.42, 56). Cytologia, określona w przypisie jako „podstawowe badanie przesiewowe w kierunku raka szyjki macicy” jest przedstawiana jako „rozmaz Pap”, co jest kalką angielskiego „Pap smear” (s.181,183). Czytelnik trafia też na barierę chcąc zrozumieć, co to jest „Brytyjska Fundacja Serca – BFS (s.66), Dziecięce Centrum Medyczne sąsiadujące z Parkland (s. 78) lub Instytut Badawczy Usług Zdrowotnych (s.79).

Nie zawsze jednak chodzi tylko o nieliczącą się z tradycją twórczość. Zdarza się, że tłumaczenie deformuje znaczenie terminu. Stosowany szeroko wskaźnik *Disability Adjusted Life Expectancy (DALE)*, a więc spodziewana długość życia skorygowana niesprawnością – wykorzystany także w Raporcie WHO z 2000 r. jest przedstawiony jako „Skorygowany Wskaźnik Przewidywanej Długości Życia Osób Niepełnosprawnych” (s.115). Zamęt językowy osiąga szczyt we fragmentach dotyczących opieki zdrowotnej w Wielkiej Brytanii. Najpierw jest mowa o dokumencie określanym jako „Raport Beveridge” (s. 63), a więc sugeruje się czytelnikowi, że to nazwa własna opracowania. Tymczasem jest oczywiste, co wynika z kontekstu, że chodzi o słynny Raport opracowany przez komisję pracującą w czasie wojny pod przewodnictwem lorda Williama Beveridge’a, który zawierał wiele fundamentalnych ustaleń, wykorzystanych później w budowie brytyjskiej wersji państwa opiekuńczego. Eskalacja absurdów jest kontynuowana. Na następnej stronie pojawia się informacja o innym dokumencie – „tzw. Czarnym Raporcie”, o którym można się dowiedzieć, że został przygotowany w latach osiemdziesiątych ubiegłego wieku (s.64). W tytule występuje słowo Black, ale pisane dużą literą, co powinno zwrócić uwagę tłumacza. Tym razem autorzy mieli na myśli raport przygotowany przez zespół pracujący pod kierownictwem lorda Douglasa Black’a, który został opublikowany w 1980 r. Raport został zamówiony w 1977 r., a liczba wydrukowanych kopii wynosiła 260 egzemplarzy, udostępnionych po próbach ukrycia ustalonych w toku badań rezultatów, co stanowi jedno z najbardziej smakowitych zdarzeń dla badaczy zajmujących się polityką zdro-

wotną. Oczywiście, gdyby autorzy książki chętniej posługiwali się przypisami, do tak horrendalnych nieporozumień nie mogłoby dojść. Innym rozwiązaniem, które pozwoliłoby na uniknięcie kompromitujących pomyłek było zatrudnienie kompetentnego tłumacza lub przynajmniej redaktora. Błędy redaktorskie uniemożliwiają niekiedy podjęcie merytorycznej dyskusji z autorami, jak ma to miejsce w przypadku tabeli 23-2 na s.316. Podana jako źródło publikacja ma datę 1999, strona Census Bureau ma datę 2000, a tytuł tabeli prezentuje dane jako dotyczące roku 2002. Coś w tych informacjach musi być niezgodne z prawdą. W rzeczywistości tekst podany pod tabelą przedstawiał dane za rok 1999. Znalazłem jeszcze informacje na temat dostępu do ubezpieczenia w latach kolejnych – choć bez roku 2002.

W argumentacji przedstawionej wyżej wykorzystywałem informacje zrekonstruowane dzięki dodatkowym poszukiwaniom a nie przedstawiane przez autorów. Nie sądzę jednak, aby to była właściwa metoda postępowania Wydawców, jeśli książka miałaby pełnić jakąkolwiek rolę informacyjną. Sposobów uniknięcia pomyłek było wiele. Redaktor mógłby spełnić swoją powinność sprawdzając w Internecie informacje, co do których miałyby wątpliwości. Mogłyby one dotyczyć podanych na s. 235 danych na temat liczby łóżek szpitalnych w kanadyjskich prowincjach, które miałyby wynosić od 22.3 do 10.6 na tysiąc osób, podczas gdy – jak wynika z danych OECD – w Japonii, gdzie wartość tego wskaźnika była najwyższa, wynosił on około 8 na tysiąc mieszkańców. Kiedy mowa jest o Kanadzie podana wielkość wskaźnika nasycenia kadrą lekarską wynosi 211 na 100 tysięcy mieszkańców i określono ją jako wysoką (s.234). Ocena taka jest sprawą bardzo względną, jeśli zważy się, że w krajach OECD średnia wartość tego wskaźnika wynosiła 310, a w takich krajach jak Grecja sięgała pułapu 490. Być może jednak ocena ta jest sprawą interpretacji autorskiej związanej z *amerykocentryzmem*, a nie sprawą rzetelności redakcyjnej.

Generalnie, brak przypisów wskazujących źródła licznych szczegółowych informacji, na które powołują się autorzy, znacznie utrudnia śledzenie wywodu. Szczególnie gdyby czytelnik chciał konfrontować interpretację przedstawianą w książce z uzyskanymi empirycznie wynikami, a także z warunkami pozyskiwania danych. Jedna próba sprawdzenia wykorzystanych danych – kwestie dotyczące nieubezpieczonych w USA – wypadła dla autorów niekorzystnie. Nie chcę sugerować, że w innych przypadkach mogłoby być podobnie, ale niepokój i niekorzystne wrażenie pozostają.

6. Podsumowanie

Książka w żadnym razie nie spełnia roli książki naukowej, w której stawiany problem poddawano by wielostronnej i wyważonej analizie, która stanowiłaby podstawę i uzasadnienie formułowanych wniosków. Może być raczej potraktowana jako manifest polityczny, w którym autorzy przekonują – niezbyt rzetelnie – do jednej, z góry przyjętej tezy: należy prywatyzować służbę zdrowia i wtedy przyjdzie czas powszechnej szczęśliwości.

W głoszeniu takiego wezwania nie byłoby niczego złego, gdyby nie przewrotna argumentacja, do której odwołują się autorzy. Polega ona na stosowaniu dwóch metod. Po pierwsze, na selekcji informacji. Ponieważ sprawy dotyczące zdrowia i systemów zdrowotnych są opisywane przy pomocy wielu metod i wielu danych, prawie zawsze można znaleźć takie, które posłużą do potwierdzenia głoszonej tezy. Po drugie, jeśli znalezienie słusznych informacji napotyka na trudności, można dokonać ich przeliczenia w taki sposób, by uzyskać właściwy rezultat. Ten sposób postępowania został wykorzystany – między innymi – przy okazji przedstawiania kwestii kosztów administracyjnych, gdy *należało* twierdzić, że koszt ten jest wyższy w systemach publicznych (s.165 in). Wielu czytelników może ulec stronniczo przedstawianym faktom – czy raczej ich interpretacji – i uwierzyć, że zaproponowana droga jest najlepszą z możliwych.

Książka ma jednak zaletę, którą – zwłaszcza w obliczu dyskusji prowadzonych w Polsce – należy podkreślić. Książka jest przykładem angażowania się badaczy w poszukiwanie rozwiązań mających prowadzić do poprawy działania jednego z najważniejszych sektorów. Ważna sprawa efektywności sektora zdrowotnego nie zostaje pozostawiona politykom, którzy mogą mieć trudności z docieraniem do ważnych aspektów jego funkcjonowania. Autorzy nie ukrywają, że opisywane przez nich zjawiska i procesy są bardzo złożone, docieranie do rzetelnych i bezstronnie gromadzonych danych jest bardzo trudne, a bardzo wiele w ich rozumieniu zależy od dokonywanej interpretacji, która pozostaje w związku z poglądami na wartości społeczne. W książce pokazane jest także, jak wiele różnych spraw i doświadczeń pochodzących z różnych krajów należy brać pod uwagę w takich poszukiwaniach.

W naszym kraju, gdzie wszystkie niemal projekty reformatorskie są efektem myślenia słabo zakorzenionego w wiedzy i analizach, taki przykład może mieć znaczenie zbawcze.