

Od rywalizacji w świecie przyrody do walki o pacjenta



# Konkurencja moderowana współtworzeniem

Fot. iStockphoto.com Zx

Chcielibyśmy, żeby konkurowanie miało jedynie pozytywny charakter. Dla przykładu, w obrębie zawodów medycznych może być jednym z czynników motywujących do rozwoju wiedzy i doskonalenia umiejętności. Konkurencja pomiędzy instytucjami i placówkami medycznymi może się kojarzyć z dążeniem do dbałości o wyższą jakość świadczeń i usług, unowocześnianiem wyposażenia czy zwiększaniem zakresu oferty. Niestety, konkurencja w systemie zdrowia ma też inne, mniej korzystne oblicze.

Zacznijmy – krótko i nietypowo – od przyrody. Konkurencja w naturze jest stanem permanentnym. To stały element rozwoju ewolucyjnego na Ziemi. Warunki dyktowała, i nadal ustala, natura naszej planety, gdzie rośliny i zwierzęta, w tym ludzie, konkurują o teren oraz zasoby konieczne do rozwoju. Pojęcie konkurencji wywodzi się z łaciny (*currō* – biegnę, *concurrentia* – biec razem, współzawodnictwo). Główną zasadą przetrwania od zawsze było przystosowanie się do istniejących warunków i choć mamy XXI wiek obecnej ery, to ewolucja nadal trwa i wymusza konkurencję. Nie będziemy się tu zajmować konkurencją idei (filozoficznych, ustrojowych), religii (politeizm, mono-

teizm), teorii (kreationizm, darwinizm), cywilizacji (zachodniej, wschodniej) czy też konkurencją klas lub ras. Spróbujmy przyjrzeć się znaczeniu pojęcia konkurencji, którym w dzisiejszym świecie tak często się posługujemy, w odniesieniu do wpływu, jaki zmiany kulturowe, polityczne i ekonomiczne wywierają na obszar opieki zdrowotnej. Wiemy, że konkurencja istniała i będzie istnieć bez jakiegokolwiek naszego udziału. Mamy jednak szansę ukierunkować i zoptymalizować efekty jej oddziaływania, kiedy stworzymy odpowiednie warunki. Przede wszystkim to precyzyjnie określony obszar działań i klarowne zasady, które wszyscy uczestnicy ustalą, zaakceptują i których zobowiążą się przestrze-

gać. Jednym z przykładów takiego postępowania jest wspólne wypracowanie strategii krótko- i długoterminowej oraz wdrażanie jej w życie. Współtworząc takie rozwiązania, identyfikujemy się z nimi i jako ich autorzy przyjmujemy na siebie odpowiedzialność za wykonanie. Kiedy natomiast strategia nie jest zaakceptowana lub jeszcze gorzej – jest narzucona, to nietrudno się domyślić, jaki będzie efekt. Zamiast skupiać się na realizacji wspólnego celu w stabilnych i przewidywalnych warunkach, uczestnicy zaczną wprowadzać swoje reguły i stosować rozwiązania, które zabezpieczają przede wszystkim ich własny interes. Obserwujemy wtedy różnorodne zagrania w walce o przetrwanie, a w rezultacie cała gra przynosi wynik ujemny. W takim modelu, jak określa prof. Roman Galar, następuje miękka selekcja – wybór między rozwiązaniem najlepszym a byle czym.

Stworzenie właściwych warunków do zdrowej konkurencji rynkowej wymaga nie tylko wizji i odwagi, lecz także wysokiej, odpowiednio ukształtowanej kultury politycznej oraz świadomości społecznej.

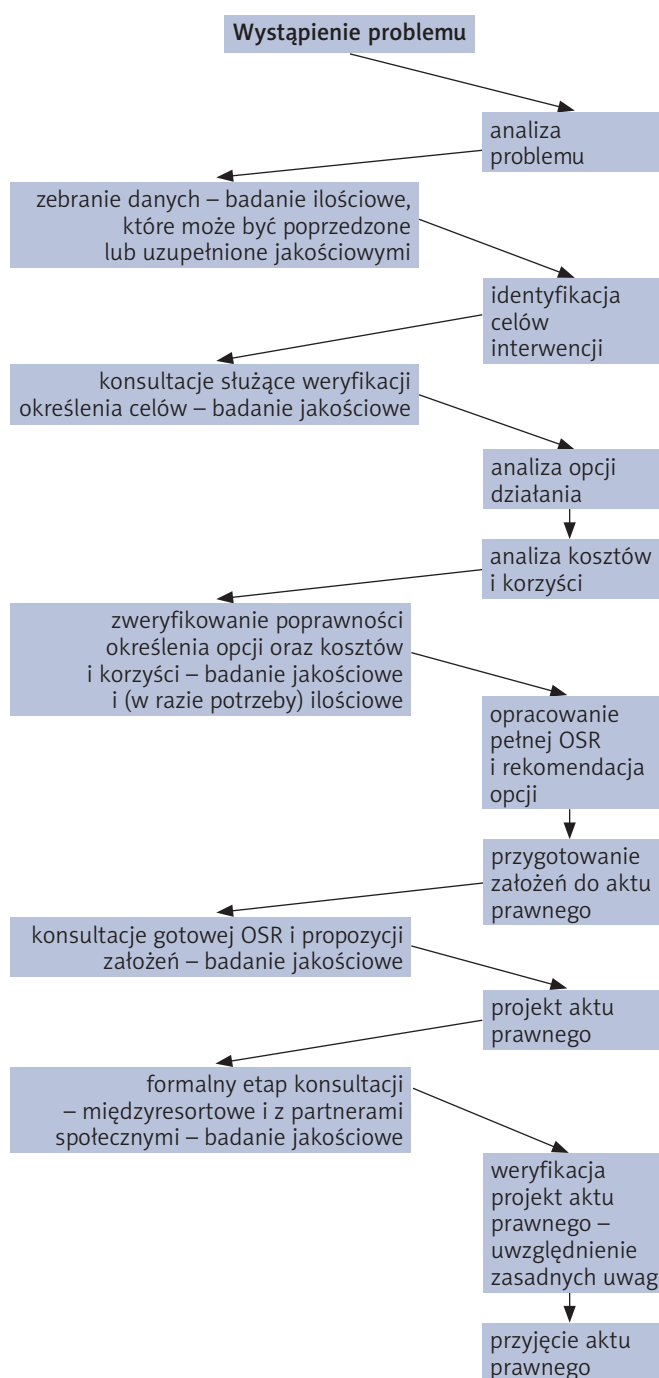
W ekonomii konkurencja istnieje wśród uczestników procesu gospodarowania, którzy dążą do osiągnięcia przewagi nad pozostałymi: w wymianie dóbr, w rywalizacji o efektywne wykorzystanie czynników wytwórczych oraz w dystrybucji dochodów. Ze względu na pamięć o budżetowym systemie finansowania opieki zdrowotnej w minionym ustroju w naszym kraju ciągle jeszcze nie ma powszechnej akceptacji dla włączania tu zasad konkurencji rynkowej. Słysząc głosy, że wystarczy hołdować dbałości o jakość i sumienności w pracy oraz etyce w postępowaniu osobistym, natomiast wprowadzenie usług zdrowotnych na otwarty rynek spowoduje niezdrową atmosferę i obniży etos zawodów medycznych.

### Natura to jedno, ekonomia – drugie, ale co z ochroną zdrowia?

Konkurencja w systemie ochrony zdrowia ma nie tylko korzystne oblicze. Pojawia się na samym szczycie systemu, sięgając głęboko w dół – i nie chodzi tu tylko o komercjalizację usług medycznych.

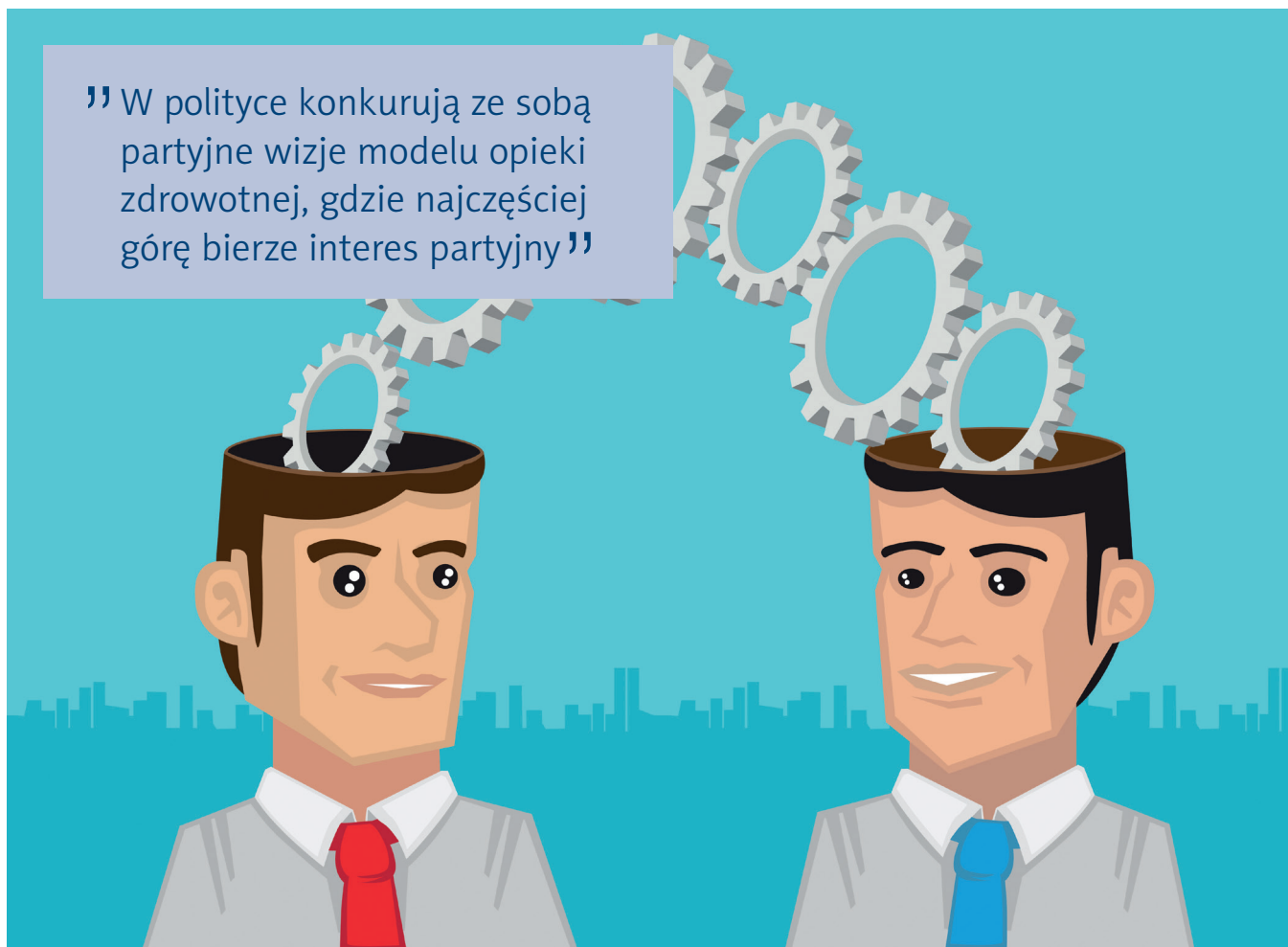
Politycy odpowiadający za funkcjonowanie systemu przygotowują regulacje prawne. Konkurują tu ze sobą partyjne wizje modelu opieki zdrowotnej, gdzie najczęściej górę bierze interes partyjny. Zastanówmy się jednak – może bylibyśmy w stanie osiągać lepsze efekty, dążąc do tych samych celów, poprzez współtworzenie rozwiązań, a nie tylko poprzez konkurencję różnych stronnictw. W przyjętym przez rząd modelu pracy nad dokumentem nowego aktu prawnego (KRM-0102-40-09, „Zasady konsultacji przeprowadzanych podczas przygotowywania dokumentów rządowych – Dokument rekomendowany do stosowania decyzją Komitetu Rady Ministrów z 30 lipca 2009 r.”) zawarty jest piętnastoetapowy proces zasięgnięcia opinii środowiskowych. Jednakże w praktyce nie jest on stosowany. Pro-

pozycje zmian legislacyjnych są zazwyczaj wynikiem przyjętego programu rządu, a prace nad dokumentem kierunkowym przeprowadza się w zaciszu gabinetów ministerialnych aż do pozycji trzynastej (ryc. 1). Dopiero wówczas wystawia się dany projekt do konsultacji społecznych. Wtedy jest już trudno wprowadzić zmiany, a ewentualne poprawki są jedynie kosmetyczne. W rezultacie przygotowany dokument nie spełnia potrzeb końcowego beneficjenta, jakim jest obywatel.



Rycina 1. Proces zasięgnięcia opinii przebiegający na różnych etapach pracy nad dokumentem

„W polityce konkurują ze sobą partyjne wizje modelu opieki zdrowotnej, gdzie najczęściej górę bierze interes partyjny”



Na poziomie rządowym obserwujemy konkurujące ze sobą resorty, ciągle tkwiące w „silosowych” obszarach kompetencji i przydzielonych im budżetów. Zdrowie dla polityków jest na tyle trudnym, bo wielowątkowym obszarem, że unikają przypisania mu najwyższego priorytetu dla reform. Wydatki na zdrowie traktowane są częściej jako zbyt duży koszt niż jako potrzebna i uzasadniona inwestycja.

Z kolei świadczeniodawcy usług konkurują pomiędzy sobą o jak największe kontrakty od jedyne publicznego płatnika. Jedną z negatywnych stron tego procesu jest ograniczanie świadczenia procedur niżej wycenionych. Placówka koncentruje się wówczas na

procedurach wysokopłatnych, osiągając dobry wynik finansowy, co powoduje utrudnienia dla pacjentów w dostępie do świadczeń w tych specjalizacjach, z których zrezygnowano.

Wewnątrz poszczególnych zawodów medycznych konkuruje się o stanowiska, płace, granty badawcze, ale istnieje także konkurencja skierowana na zewnątrz. Pomiędzy tymi środowiskami toczy się wyścig o bardziej korzystne regulacje systemowe definiujące obszary działania, czas pracy, decyzyjność, obciążenia administracyjno-sprawozdawcze lub nadawane prawa (przywileje). Podstawą do tych działań nie jest troska o pacjenta i jakość świadczeń, lecz wąski interes środowiskowy. Jednym z przykładów jest opieka farmaceutyczna, gdzie środowiska akademickie nie mogą (lub nie chcą) dojść do porozumienia, jak podzielić kompetencje, określić wartość takiego świadczenia dla płatnika, zdefiniować warunki udzielania porad itp. Taka sytuacja trwa już od lat i z całą pewnością nie jest korzystna dla pacjentów.

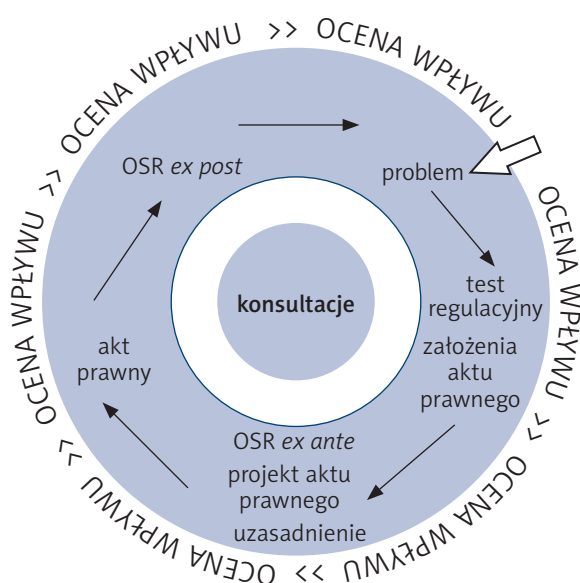
#### Wypaczone cele

Zwróćmy też uwagę, że konkurencja w tym obszarze dotyczy nie tylko świadczeniodawców i zatrudnionych w ich placówkach pracowników, występuje

„Świadczeniodawcy usług konkurują pomiędzy sobą o jak największe kontrakty od jedyne publicznego płatnika”

ona również w innych wymiarach. Po wielu etapach ewolucji naturalnej i zmianach powstałych wskutek rewolucji przemysłowej znaczenia nabrała rewolucja technologiczna. Postęp obserwowany w telekomunikacji, transporcie, elektronice czy biotechnologii prowadzi do sytuacji, w której to technologia zaczyna z nami konkurować. W dużej mierze jest to walka z naszymi przyzwyczajeniami: rozwiązania GSM/WiFi wypierają telefonię stacjonarną, smartfony wypierają telefony klasyczne, podpis elektroniczny wypiera pismo odręczne, algorytmy do analizy danych pacjenta zaczynają konkurować z klasyczną diagnozą lekarską. Zazwyczaj cieszy nas, kiedy dzięki olbrzymim funduszom publicznym na badania i rozwój duże i małe firmy technologiczne czy *start-upy* w krótkim czasie dostarczają innowacyjnych narzędzi, wyprzedzając oczekiwania wielu partnerów. Naturalnym biegiem zdarzeń oczekują, że ich pomysły szybko znajdą zastosowanie. Lecz to, co dla jednych jest siłą, dla drugiej strony może okazać się słabością. Zbyt duży nacisk na szybkie wdrożenie nowych technologii nie jest w medycynie dobrze widziany. Wiąże się to z ryzykiem i wystąpieniem zdarzeń niepożądanych. Potrzeba czasu na dokładne zbadanie działania nowych rozwiązań, ale także dużego nakładu czasu i środków na wyszkolenie kadr do zastosowania nowych technologii. Nie do pominięcia jest tu inny aspekt – kulturowy, wymagający przygotowania do zmiany przyzwyczajeń i obyczajów nie tylko po stronie kadr medycznych, ale również po stronie pacjentów.

Możemy przyjąć, że celem konkurencji w obszarze zdrowia powinno być doskonalenie efektów działań na rzecz pacjenta i podwyższanie efektywności całego systemu. To przynosi postęp w rozwoju zarówno placówek świadczeniodawców, jak i poszczególnych dyscy-



Rycina 2. Proces konsultacji

„Zdrowie dla polityków jest na tyle trudnym, bo wielowątkowym obszarem, że unikają przypisania mu najwyższego priorytetu dla reform”

plin medycyny. Często jednak cel konkurencji zostaje wypaczony, a ona sama, oderwana od kultury, przejada odziedziczone zasoby kapitału społecznego i wysiłki innowatorów. Dochodzi do tego wtedy, gdy organy ustalające kryteria, ignorując użyteczność zewnętrzną, kierują się własnym interesem i wygodą, działają według zasady – łatwiej wygrać, ustalając kryteria, niż je spełniając. Wywołane w ten sposób zamieszanie potęguje się jeszcze bardziej, gdy takie posunięcia występują wraz z każdą zmianą rządu. Każda z ekip proponuje swoje (często odmienne) wizje i stara się zdążyć je zrealizować w trakcie trwania kadencji. Niestety, przy tworzeniu nowych aktów prawnych pośpiech dość często konkuruje z jakością.

Na stronie internetowej Rządowego Centrum Legislacji (stan na 9 maja 2016 r.) szczegółowo opisano „Wytyczne do przeprowadzania oceny wpływu oraz konsultacji publicznych w ramach rządowego procesu legislacyjnego”, jednoznacznie wskazując w pkt 2.1: „... Na każdym z etapów wskazane jest zasięgnięcie opinii zainteresowanych podmiotów w celu zdobycia pełnej informacji. Szczególnie istotne jest to na wczesnym etapie opracowywania projektu założeń i tekstu regulacyjnego do projektu...!”. Ilustrację pełnego procesu konsultacji przedstawia również rycina 2. Tak można współtworzyć każdą reformę. Co zatem stoi na przeszkodzie, aby taki model stał się regułą?

Rozwiązania możemy poszukać w innym rejonie. Według Alfreda Webera cywilizacja to efekt dążenia do racjonalizacji życia ludzkiego i adaptacji do warunków zewnętrznych, podczas gdy kultura sytuuje się poza tą strefą. To kultura (od łac. *colere* – dbać, pielęgnować, uprawa, kształcenie) jest obszarem, w którym zaczyna się kształtowanie naszego życia przez wyznaczanie celów, których nie da się wyprowadzić z potrzeby dalszej egzystencji lub lepszego zaspokajania naturalnych potrzeb życiowych. Zatem tam, gdzie nadmierna konkurencyjność blokuje szanse, prawdziwym *modus vivendi* będzie moderowanie konkurencyjności współpracą, a ściślej mówiąc – współtworzeniem rozwiązań. Stać nas na to.

Tomasz Szelaǳowski  
Autor jest wiceprezesem zarządu  
Polskiego Innowacyjnego Klastra Medycznego PIKMED.