

Są długi, nie ma nowych rozwiązań



Fot. gettyimages.com

Czy stać nas na innowacje?

Pytania postawionego w tytule w niektórych kręgach nie wypada wręcz zadawać. Innowacje nie tylko są modnym hasłem i wytrychem w polityce gospodarczej od przynajmniej kilkunastu lat, lecz wkraczają w kolejne obszary, również usług publicznych. Na tle różnych modnych pojęć kariera tego słowa trwa relatywnie długo. Jedną z przyczyn jest jego nadużywanie do określania wszystkich zmian, z których przynajmniej część na to nie zasługuje. Od kiedy pojęcie na stałe zagościło w języku *public relations*, promocji i marketingu, także dla polityków stało się hasłem, dzięki któremu mogli uzasadnić swoje bardziej lub mniej udane decyzje i polityki. Dla biurokracji zaś – zgodnie z zasadą „nie możesz pokonać, to się przyłącz” – jest kolejnym terminem, który – poddany papierowej obróbce – został włączony do jej słownika, co zresztą rozpoczęło proces zmiany znaczenia, paradoksalnie przez powrót do łacińskiego źródła: *innovare* (odnowić, zmienić).

W takiej perspektywie, skoro „wszystko płynie”, to prawie każda zmiana może być określona jako innowacja. Nawet kiedy mamy do czynienia z wahadłową zmianą z pozycji A do B i z powrotem.

W Polsce moda na „innowacje” utrzymuje się dłużej niż w krajach pochodzenia tego hasła. Wynika to nie tylko z opóźnienia fazowego rozwoju społecznego i gospodarczego naszego kraju, lecz także zapewne z tego, że przynajmniej na poziomie pojęciowym bardziej pasuje do drogiego sercu romantyzmu niż nieco nudnego pozytywizmu.

Są długi, nie ma nowych rozwiązań

Po przejściu z poziomu ogólnej słuszności i idei do języka praktyki okazuje się jednak, że stroje z metką „innowacja” wiszą nadal spokojnie w szafie. W praktyce zdecydowana większość menedżerów podmiotów leczniczych i innych organizacji publicznych działających w ochronie zdrowia wcale nie kwapi się do wdrażania nowości. Pierwszym wskazywanym powodem są oczywiście bieżące problemy: sytuacja finansowa, narastające lub wciąż spłacane stare zadłużenie, niedobory kadrowe, pilne inwestycje odtworzeniowe itp.

Teoretycznie ważnym źródłem finansowania nowatorskich rozwiązań mogłyby być płynące szerokim strumieniem środki unijne. W praktyce jednak część środków jest nadal potrzebna do nadrobienia braków infrastrukturalnych. Mimo że w pierwszym rozdaniu kupiono dużo aparatury, zbudowano nowe bloki operacyjne, udało się przeprowadzić termomodernizację budynków i ich generalne remonty, nadal takich fundamentalnych potrzeb jest wiele. Przy czym problem jest w większym stopniu jakościowy niż ilościowy.

Rozwijane z tych samych środków programy „miękkie” mają wpisane w swoje zasady trzy fundamentalne błędy, które znacząco zmniejszają szanse na uzyskanie nowej jakości w funkcjonowaniu podmiotów leczniczych. Pierwszy błąd polega na braku właściwych strategii rozwojowych w poszczególnych obszarach, a w wielu nawet pogłębionej i rzetelnej analizie problemów i sformułowanych celów operacyjnych. Kluczowy dokument strategiczny, tj. *Policy paper*, nie doczekał się kolejnej rewizji, chociaż od początku było wiadomo, że sporo brakuje mu do doskonałości, zarówno w wymiarze faktografii i analiz, jak i nakreślonych narzędzi realizacji celów. Drugi błąd jest związany z zaburzeniem hierarchii określania problemów, pogłębionych analiz i projektowania kierunków rozwiązań. *Policy paper* właściwie nie powinien być bazowym dokumentem strategicznym państwa w zakresie planowanych zmian w ochronie zdrowia, a jedynie wyborem strategii i operacji, w których uzyskanie dodatkowego wsparcia finansowego z UE przyniesie najwięcej korzyści. W ten sposób, mimo atrakcyjnego na pozór brzmienia części celów, na które mają być przeznaczone środki, w praktyce tylko w niewielkim stopniu mogą być one

„Większość menedżerów nie kwapi się do wdrażania nowości. Powód? Sytuacja finansowa, narastające lub wciąż spłacane stare zadłużenie”

skierowane na rzeczywiście nowatorskie rozwiązania. Trzeci błąd to kwestia przywództwa. W naszym systemie politycznym największymi kompetencjami cieszy się jednoosobowo konstytucyjny minister zdrowia. Jednocześnie rozbudowana ponad rozsądną miarę machina legislacyjna powoduje, że te nadmierne kompetencje obracają się przeciw samej instytucji (i przy okazji osobie, która ten urząd sprawuje), powodując konieczność rozwiązywania problemów... stworzonych przez poprzedników, a nierzadko przez samego siebie. Oznacza to także, że podmioty, które mogłyby działać efektywniej, nie mogą się tego podjąć, gdyż po prostu nie mają odpowiednich kompetencji. Tymczasem to właśnie te przerośnięte kompetencje są przyczyną konieczności osobistej regulacji każdej najdrobniejszej zmiennej, na czym cierpią zarówno jakość decyzji, jak i jej wykonawcy, którzy są obciążeni coraz bardziej uciążliwą biurokracją. W praktyce oznacza to choćby, że najlepsze nawet pomysły są skutecznie mielone przez coraz bardziej opornie obracającą się maszynę biurokratyczną.

Klient innowacji – postać poszukiwana

„Innowacją jest to, co daje wartość dla klienta” – ta teza wygłoszona przez Andrew Garrihy’ego, CEO z Huawei, powinna być kluczem do odpowiedzi na postawione w tytule pytanie. Polski system ochrony zdrowia, z zastrzeżeniem że samo pojęcie „system” jest w przypadku naszego kraju sporym nadużyciem, to rozwiązanie hybrydowe, wiążące w jednym poszarpanym kłębie nici i powiązań mechanizmy czysto rynkowe, takowe udające oraz *stricte* etatystyczne. Samo dojście po tej wielokrotnie zapętlonej nitce do klienta jest już sporym wyzwaniem. Poznanie oczekiwań, potrzeb i określenie wartości, której oczekuje, wymagałoby umiejętności czytania w obcym alfabecie przy zgaszonym świetle.

Cząsteczki już nie są fundamentem

Dobra wiadomość jest następująca: wciąż powstają nowe leki, często skuteczniejsze od poprzednich. Niestety, druga część jest także prawdziwa: większość nowych cząsteczek ma bardzo ograniczone zastosowanie, a docelowe grupy pacjentów, którzy mogliby odnieść korzyści z ich stosowania, są zdecydowanie mniej liczne



Fot. © iStockphoto.com

„Zasadne jest pytanie, dlaczego innowacyjne projekty w zakresie e-zdrowia cierpią na anemię”

od tych, którzy kilkadziesiąt lat temu leczyli się ówczesnymi nowatorskimi środkami z powodu choćby nadciśnienia, choroby wieńcowej czy cukrzycy.

Firmy farmaceutyczne, chcąc uzyskać szybszy zwrot z inwestycji, dyktują niewspółmiernie wysokie ceny jednostkowe oraz wywierają presję na szybszy dostęp do refundacji. Takie działania oczywiście mają swój uboczny skutek w postaci krytyki zarówno firm, narzucających ekstremalnie wysokie ceny, jak i samego systemu. Na samym końcu mamy oczywiście skonfundowanych pacjentów, potencjalnych i rzeczywistych, którzy są bombardowani sprzecznymi informacjami i mają coraz mniejsze podstawy, żeby zaufać komukolwiek. Tymczasem nawet relatywnie niewielki wysiłek ze strony agencji rządowych i polityków mógłby być pomocny, przy czym warunkiem takiego sukcesu jest wyłącznie większa przejrzystość i czytelne reguły.

Czy w procesie tworzenia nowych leków możemy mieć znaczący udział? Tu znowu sukces jest możliwy, jeśli będziemy świadomi ograniczeń. Jest dość oczywiste, że do warunków koniecznych trzeba zaliczyć współpracę międzynarodową. Sukces tylko na polskim rynku, ze względu na niezbędną skalę coraz bardziej niszowych produktów R&D firm farmaceutycznych, nie będzie w zdecydowanej większości wystarczający. Dzielenie ryzyka to oczywiście dzielenie się także możliwymi profitami: mieć ciastko i zjeść ciastko jest moż-

liwe tylko pod warunkiem (znanym z zasady nieoznaczoności), że przyznamy, że nie wiemy, w jakiej formie ten cukierniczy produkt się znajduje.

Oprócz współpracy międzynarodowej należy rozważyć większe zaangażowanie środków publicznych w badania nad nowymi cząsteczkami. To już się zresztą dzieje, ponieważ wiele obszarów potencjalnych badań z powodów wspomnianych wyżej przestaje być atrakcyjnych rynkowo.

W przypadku farmakoterapii mamy jeszcze olbrzymie pole do zagospodarowania w związku z formami podawania, dystrybucją, uzyskaniem właściwego poziomu *compliance* czy redukcją nieefektywnych, a często finansowanych terapii, w których można uzyskać znaczące korzyści, niekoniecznie dysponując drogimi laboratoriami i dziesiątkami lat doświadczeń. Tymczasem obecne reguły refundacji leków nie zawierają prawie żadnych zachęt do poszukiwania i wdrażania nowych rozwiązań w tym zakresie.

W rozważanym obszarze do sukcesu nowych rozwiązań potrzebne jest też sprawne funkcjonowanie instytucji, do czego jeszcze wrócimy.

E-zdrowie i telemedycyna

Dziesiątki projektów w zakresie e-zdrowia i telemedycyny w Polsce, a setki i tysiące w Europie mogłyby zwiastować innowację w sposobie korzystania ze świadczeń. Zapowiedzi większego udziału komputerowo sterowanych algorytmów, a docelowo włączenie technologii sztucznej inteligencji do diagnostyki i poradnictwa medycznego może w istocie być przesłanką do stwierdzenia, że prawdziwa innowacja stoi za progiem. Przechodząc jednak z poziomu ogólnego do codziennej funkcjonalności, łatwo stwierdzić, że nie wszystko idzie tak, jak mistrzowie innowacji obiecują. Nie jest to rzecz jasna jedynie kwestia „nowatorskiego” opakowania optymalizacji podatkowej, którą stosuje popularny pośrednik konkurujący z zawodowymi taksówkami. Podobnie „rewolucyjne” projekty można oczywiście spotkać również w naszych szpitalach czy przychodniach. Pytanie, dlaczego w zakresie e-zdrowia innowacyjne projekty cierpią na anemię, pozostaje zatem zasadne.

Projekty czysto prywatne są z reguły realizowane niewielkimi skokami, które dopiero w dalszej perspektywie układają się w ciekawy wzór zmian technologicznych czy organizacyjnych. Naturalną barierą pozostaje w tym przypadku oczywiście... sam pacjent. Nie tylko z powodu wieku, lecz także preferencji do kontaktu z żywym specjalistą. Ten wyznacznik pozostanie bowiem na pierwszym miejscu na liście usług, za które zechce zapłacić z własnej kieszeni.

Projekty czysto publiczne również rozwijają się bez szczególnej dynamiki. E-zwolnienia to wciąż margines wystawianych orzeczeń o czasowej niezdolności do pracy. Już dzisiaj można założyć, że termin wprowadze-

nia e-zwolnienia jako jedynej legalnej formy z dużym prawdopodobieństwem zostanie przesunięty. Przed nami zaś już niedługo wprowadzenie e-recept. Czy „entuzjazm” wobec wdrażania zmiany utrzyma się na podobnym poziomie wśród pacjentów, lekarzy i pielęgniarek? Czas pokaże, chociaż wśród obstawiających sceptycy przeważają co najmniej dziesięć do jednego.

Za pacjentem korzystającym z innowacji idą pieniądze czy raczej długi?

W przypadku projektów publicznych określenie, kto jest klientem, jest oczywiście trudniejsze. Teoretycznie za pieniądze publiczne kupuje się usługi i towary „w imieniu i na rzecz” uprawnionych. W praktyce wdrażanie tego typu projektów odbywa się w złożonym środowisku interesariuszy, nie wspominając już o gmatwaniu przepisów. Te ostatnie nie tylko oznaczają dodatkową pracę w związku z dostosowaniem działań do norm, nie tylko zwiększają ryzyko błędu i negatywnych konsekwencji dla nadzorujących pracowników urzędów, lecz także wymuszają olbrzymią bezwładność w zarządzaniu. Obrazowo: jeśli w rozporządzeniu był błąd, który skutkuje ograniczoną funkcjonalnością, to po pierwsze, do takiego błędu ktoś musiałby się przyznać. Oznacza to czekanie na okienko związane choćby ze zmianami personalnymi na różnych poziomach kierownictwa. Jednak w takich przypadkach, uwzględniając nawet niestabilność na kluczowych stanowiskach, wskazanie błędu, poniekąd wpisanego do podręcznika wynalazcy i innowatora, nie jest proste. Wskazanie prawdziwego błędu nie jest także równoznaczne z jego poprawieniem – właściwa diagnoza niekoniecznie oznacza zastosowanie odpowiedniej terapii. Po drugie, sama procedura legislacyjna oznacza często kilka miesięcy zwłoki, nie mówiąc o tym, że czasami dopiero trzecia czy czwarta poprawka w danym projekcie przynosi rozwiązania pożądane z punktu widzenia funkcjonalności projektu. Powyższy bezwład ma oczywiście wymiar finansowy. Korzystanie z nowych rozwiązań to nie tylko ryzyko, z którym zawsze należy się liczyć, lecz wymierne straty wynikające ze zmarnowanych lub zamrożonych zasobów.

Problemy występują oczywiście nie tylko w Polsce. Określany jako innowacyjny londyński projekt GP *at hand* można określić jako względny sukces. Z mobilnych konsultacji z lekarzem rodzinnym skorzystało w ciągu dwóch miesięcy kilkanaście tysięcy pacjentów. Jednak mimo dużej akcji marketingowej i świetnego PR okazało się, że nadal część pacjentów nie była świadoma, że korzystanie z tego rozwiązania oznacza jednocześnie rezygnację z opieki dotychczasowej poradni. Czy ostatecznie projekt się upowszechni, trudno oczywiście przesądzić. Nie odkrywamy nowego pierwiastka stwierdzeniem, że łatwiej to będzie osiągnąć wśród 20–40-letnich londyńczyków (obecnie największy udział w GP *at hand* – 90%), przyzwyczajonych już do

„ Nie chodzi o wdrażanie każdej nowości, która ma dobry PR, ale o działanie oparte na rzetelnej i przejrzystej analizie, na ile to możliwe poprzedzone rzetelnymi wdrożeniami próbnymi ”

wielu e-usług, w tym konsultacji telefonicznych z lekarzami, niż wśród 70–90-letnich mieszkańców powiatu biłgorajskiego, chociaż niewątpliwie to ci drudzy mają obecnie zdecydowanie gorszy dostęp do świadczeń zdrowotnych i w największym stopniu mogliby być beneficjentami podobnych rozwiązań.

Warto także zwrócić uwagę, że powyższy projekt w Polsce funkcjonowałby w określonym otoczeniu prawnym i ekonomicznym. Jako taki oddziaływałby na pozostałe instytucje systemu. Podmioty działające w podstawowej opiece zdrowotnej odczułyby prawdopodobnie odpływ pacjentów i związanych z tym przychodów, pokrywających także koszty leczenia osób starszych i częściej korzystających ze świadczeń. Wpływ na korzystanie z pomocy doraźnej i ambulatoriów szpitalnych nie jest jeszcze znany, przynajmniej w dłuższej perspektywie. W praktyce zachowania osób korzystających z różnych form opieki czy rozwiązań technologicznych okazują się zaskakujące i jako mające wymierny wpływ na funkcjonowanie systemu powinny być obiektywnie obserwowane i badane.

Nowe wino w starych bukłakach?

Nie ulega wątpliwości, że więcej innowacji powstaje, jeśli mają szansę rozwijać się w korzystnym otoczeniu instytucjonalnym. Przy tej okazji warto zmierzyć się z dwoma rozpowszechnionymi stereotypami, które nie bronią się po weryfikacji.

Pierwszy jest taki, że innowacje są związane z rozwojem *start-upów*. Oczywiście dobry pomysł, we właściwym czasie i pod dobrym przywództwem pozwala z niewielkiego przedsięwzięcia stworzyć międzynarodową korporację. Takie zjawiska obserwowaliśmy w przeszłości i prawie na pewno pojawią się one w przyszłości. Jednak większość nowych technologii to efekt prac powstałych w większych organizacjach, wśród których dominują zespoły badawczo-rozwojowe. Żelazna logika po prostu działa. Zespół dziesięciu osób, których głównym zadaniem jest opracowanie nowych rozwiązań, pracujących razem, mających wsparcie w stosownych zasobach i możliwość korzystania z wcześniejszych doświadczeń będzie miał zawsze przewagę nad setką ludzi, nawet zdolniejszych, rozproszonych fizycznie i organizacyjnie, których czas poświęcony na projekto-



Fot. gettyimages.com

„Nikt rozsądny nie wprowadzi innowacji wspartych finansowo ze środków publicznych, jeśli nie będzie miał poczucia bezpieczeństwa... w przypadku popełnienia błędu”

wanie i testowanie będzie musiał być siłą rzeczy dzielony pomiędzy różne bieżące zadania, często oddalone od nowego projektu.

Drugi stereotyp jest związany z absorpcją nowych rozwiązań. W istocie nowej organizacji, z relatywnie młodym zespołem, łatwiej dostosować się do rozwiązania. Taka konstatacja nie oznacza wcale, że w tego typu mieszance nowości z młodością tkwią największe pokłady nowych rozwiązań, które zrewolucjonizują rzeczywistość. Nowatorskie rozwiązania działają w idealny sposób, to jest promując organizację, która sprawnie je wdrożyła, jedynie pod warunkiem, że takie działanie okaże się dobrą inwestycją, która zwróci się w postaci czy to zwiększonych przychodów, czy to ograniczonych kosztów i stosownego wzrostu efektywności, a jednocześnie panują przejrzyste warunki konkurencyjności. Tymczasem tylko w niewielu obszarach taka sytuacja ma miejsce. W szczególności podmioty działające w publicznej ochronie zdrowia są poddane jedynie minimalnej presji konkurencyjnej przy olbrzymiej regulacyjnej. Słowem – jest to środowisko skrajnie nieprzyjazne dla nowych rozwiązań.

Wliczając w to poprzednio wspomniane problemy, jak choćby utrzymanie płynności finansowej i funkcjonalnej szpitali, można śmiało stwierdzić, że te nieliczne pozytywne przykłady mogą ładnie wyglądać w dobrze

przygotowanym materiale PR-owym, ale z realnymi innowacjami na skalę choćby europejską jest zdecydowanie gorzej.

Czy stać nas tylko na rezygnację z innowacyjności?

Zanim przejdziemy do powyższego, retorycznego pytania, zatrzymajmy się przez chwilę przy strategii kopiowania cudzych pomysłów. Jak dowodzą doświadczenia wielu krajów, to wcale nie jest zła strategia. Oczywiście nie chodzi o wdrażanie każdej nowości, która ma dobry PR, ale o działanie oparte na rzetelnej i przejrzystej analizie, na ile to możliwe poprzedzone rzetelnymi wdrożeniami próbnymi.

Jedno z narzędzi w postaci dopuszczalności prawnej finansowania rozwiązań pilotowych już istnieje. Kolejnym powinno być znalezienie wystarczających zasobów na przeprowadzenie wdrożeń w większej skali. Strategia taka, chociaż atrakcyjna i (pod warunkiem znalezienia środków) łatwa do wprowadzenia, zawiera w sobie kilka pułapek. Trzy z nich są tożsame z już wymienionymi przy okazji wykorzystania środków unijnych. W gruncie rzeczy kluczowe znaczenie ma to, by zapewnić swobodne zarządzanie środkami przez podmiot lub zespół wdrażający innowację i jednocześnie nie zabić projektu w rozliczeniu każdej złotówki. Co więcej, nikt rozsądny nie wprowadzi innowacji wspartych finansowo ze środków publicznych, jeśli nie będzie miał poczucia bezpieczeństwa... w przypadku popełnienia błędu.

Dlaczego ta kwestia jest kluczowa? Wartością dobrze wdrożonego pilotażu są zarówno projekty udane, które do już funkcjonującego środowiska opieki dodają nowy element, pozytywnie wpływający na całość systemu, jak i projekty, o których w raporcie można definitywnie stwierdzić, że dana innowacja jest nią tylko z nazwy, jest na nią za wcześnie, za późno lub nie jest wcale lepsza od rozwiązania aktualnego. Także wtedy, gdy pomysł był co prawda dobry, ale realizacja niemożliwa z powodu braku wystarczającej współpracy z interesariuszami i gdy projekt musi być zmodyfikowany.

Jaką zatem można postawić tezę co do sensowności realizacji nowych pomysłów za środki publiczne? Połączenie maksymalnej swobody działania z przejrzystością wyników i raportów oraz otwartą debatą przed powszechnym wdrożeniem nowych technologii i innych rozwiązań do codziennego standardu.

*Tadeusz Jędrzejczyk
Autor jest ekspertem ochrony zdrowia.*

Od autora: *Tekst powyższy został napisany jeszcze przed przedstawieniem przez nowego ministra zdrowia planu działania. Nie sposób zatem nie zakończyć rozważań życzeniami sukcesu, realizacji zamierzeń także w zakresie pozytywnego wdrażania innowacji do praktyki naszego systemu, mimo wszystkich przeszkód, z których jedynie część udało mi się w powyższym krótkim tekście nakreślić.*