



Fot. iStockphoto.com

Poczet bajarzy

W debacie na temat złego stanu polskiej ochrony zdrowia za dużo mówi się o potrzebie zwiększenia wydatków na jej sprawne funkcjonowanie, a za mało o tworzeniu warunków i otoczenia do tego, aby w ogóle ona jeszcze istniała. Bo w opinii wielu ekspertów polska ochrona zdrowia jest dzisiaj w stanie agonalnym i potrzebuje natychmiastowej trafnej diagnozy oraz szybkiej, intensywnej terapii.

O polskiej ochronie zdrowia często myślimy i mówimy w sposób magiczny. Wierzmy w bajki o tym, że kolejni ministrowie zdrowia, z których każdy jest wybitnym fachowcem oddanym narodowi, za sprawą swej wiedzy, kompetencji i doświadczenia oraz za pomocą czarodziejskiej różdżki uzdrowią ciężko chorą pacjentkę, jaką jest polska ochrona zdrowia, i odniosą historyczny sukces. Wierzmy w te bajki od niemal 20 lat, niestety, wciąż nie ma szczęśliwego zakończenia.

Politycy od zawsze zapewniali wyborców, że zdrowie jest dla nich priorytetem i jeśli tylko znajdą się u władzy, to problemami zdrowia zajmą się w pierwszej kolejności. Tymczasem tak się nie działo. Od 1999 r. kolejne rządy i kolejni ministrowie zdrowia obiecywali skrócenie kolejek do lekarzy. Niestety, dotychczas kolejne ekipy nie potrafiły poprawić sytuacji w tym zakresie, a wręcz przeciwnie – pogarszały sprawę. W 2012 r. na dostęp do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych w Polsce czekał przeciętnie ok. 2 miesiące, w 2014 r. już 3 miesiące. Pacjent, który trafił do lekarza w czerwcu 2017 r., musiał czekać na wizytę 3,1 miesiąca. Ale najszybszy wzrost czasu oczekiwania na dostęp do świadczeń nastąpił w ostatnim roku, po utworzeniu i wprowadzeniu w życie tzw. sieci szpitali. W maju 2018 r. na pomoc czekał przeciętnie już 3,7 miesiąca, co oznacza, że w ciągu roku kolejki wydłużyły się niemal o 3 tygodnie. Tak wynika z raportu przygotowanego przez Fundację Watch Health Care i Warsaw Enterprise Institute.

Ochrona zdrowia w ruinie

Będzie prawdopodobnie jeszcze gorzej. Przede wszystkim dlatego, że coraz bardziej brakuje nam personelu medycznego, a ten, który jeszcze pozostał, jest źle opłacany. Zapewne dlatego aż co dziesiąty polski lekarz emigruje do krajów Unii Europejskiej, w których zarobki są wyższe. Tracimy więc nie tylko personel medyczny, ale również pieniądze, które zainwestowaliśmy w wykształcenie medyków.

Liczba lekarzy spada i będzie spadać, a liczba pacjentów będzie rosła, bo nasze społeczeństwo się starzeje. W Polsce na 1000 mieszkańców przypada zaledwie 2,3 lekarza. To najmniej w Unii Europejskiej. Najlepiej jest w Grecji, gdzie wskaźnik ten wynosi 6,1, w Austrii (5,1) oraz w Portugalii (4,6). W Niemczech na 1000 mieszkańców przypada 4,1 lekarza. Nawet u naszych bezpośrednich sąsiadów nie jest tak źle jak w Polsce: w Czechach wskaźnik ten wynosi 3,7, na Słowacji 3,5, a na Litwie 4,3.

Ponadto okazuje się, że pewne usługi w ościennych krajach są tańsze niż w Polsce, co zdaje się wskazywać, że nasz system jest niewydolny, a nawet nieuczciwy, o czym zresztą świadczą biurokracja wymagana przez NFZ (nękająca lekarzy i pacjentów), odległe (nawet do kilkunastu lat) terminy niektórych zabiegów, stale drożące leki (często droższe niż w bogatszych krajach ościennych) czy zmienianie umów zawartych z placówkami medycznymi.

Obecna sytuacja jest wynikiem długoletnich zaniedbań, prawdziwą hańbą III RP. Kolejni szefowie resortu zdrowia zwalają winę, jak przystało na urzędników dobrej zmiany, na poprzedników. I słusznie, ponieważ mają oni wiele na sumieniu. Ale tak to już jest w polityce, że aktualna władza jest i powinna być rozliczana z tego, co sama czyni w danej sprawie. Zarzuty wobec poprzednich rządów, skądinąd słuszne, nie sprawią, że lekarze wrócą z zagranicy, przybędzie pielęgniarek, a pacjenci poczują się zdrowsi i bardziej szczęśliwi.

Ochrona zdrowia to bardzo czuły punkt, wręcz pięta achillesowa każdego rządu, głównie z powodu modelu finansowania ochrony zdrowia. Wprowadzony w 1999 r. system – choć nazywał się ubezpieczeniowym – w istocie taki nie był. System ubezpieczeniowy różnicuje wysokość świadczeń czy dostęp do nich w zależności od wysokości składki. Tak jest chociażby z systemem emerytalnym: im wyższa składka, tym wyższa emerytura. Tymczasem w ochronie zdrowia bez względu na wysokość odprowadzanych środków dostęp do świadczeń jest identyczny. Co więcej, uzyskują go osoby, które składki albo nie płacą, albo płacą nieporównanie mniej niż inni. Do tego istnieje kosztowny system poboru i sprawdzania, czy ktoś składkę opłacił i czy posiada tzw. tytuł do ubezpieczenia. A na koniec okazuje się, że z mocy konstytucji prawo do opieki zdrowotnej mają wszyscy obywatele RP. Czyli faktycznie składka jest rodzajem podatku, który tym się różni od innych, że wpływa do NFZ.

Jednak najbardziej bolesną i wciąż nierozwiązaną bolączką polskiej ochrony zdrowia jest kontrola kosztów w przychodniach i szpitalach. Wiele już na ten temat powiedziano i napisano, niestety bez pozytywnego rezultatu. Utrzymujące się od wielu lat stałe i wysokie zadłużenie szpitali publicznych dobitnie ukazuje skalę problemu.

Niezbędne jest zatem jak najszybsze zakończenie działań pozornych i przystąpienie do poważnej i profesjonalnej reorganizacji polskiej ochrony zdrowia. Minister zdrowia powinien pilnie przedstawić długofalową wizję określającą przyszłość tego sektora gospodarki, a następnie przygotować systemowy, strategiczny plan naprawy sytuacji, bo obecny sposób łatania *ad hoc* kolejnych dziur w systemie ochrony zdrowia do niczego dobrego nas nie doprowadzi.

O sztuce zarządzania

Problematyka zarządzania obejmuje szerokie spektrum działań na wszystkich poziomach funkcjonowania gospodarki i społeczeństwa. Zarządzanie jest działaniem polegającym na spowodowaniu funkcjonowania rzeczy, organizacji lub osób zgodnie z wytyczonym przez zarządzającego celem. Dotyczy to również działań w obszarze ochrony zdrowia. Istotą zarządzania jest zatem formułowanie celu działania, pozyskiwanie i rozmieszczenie zasobów, planowanie i kontrolowanie

„ Obecna sytuacja jest wynikiem długoletnich zaniedbań, prawdziwą hańbą III RP. Kolejni szefowie resortu zdrowia zwalają winę, jak przystało na urzędników dobrej zmiany, na poprzedników. I słusznie ”

realizacji celów. Do podstawowych funkcji zarządzania należy planowanie, organizowanie, kierowanie i kontrolowanie. Postęp techniczny wpływa na powstawanie coraz bardziej rozbudowanych, innowacyjnych systemów, wymagających rozwoju technik zarządzania integrujących zasoby materialne, ludzkie i informacyjne.

Wizja, misja, strategia

Podstawą funkcjonowania i perspektywą sukcesu każdej instytucji, organizacji lub firmy jest posiadanie przez nią długofalowej wizji określającej jej przyszłość w zakresie nowoczesności oferowanych przez nią produktów (towarów i/lub usług), technologii, którymi dysponuje, stosowanych systemów informacyjnych i organizacyjnych, posiadanego kapitału ludzkiego, zasięgu terytorialnego i segmentów rynków zbytu, obsługi klientów, form marketingu oraz zakładanych wyników finansowych.

Wizja instytucji, organizacji lub firmy to jej samo-identyfikacja, wizerunek w odległej przyszłości, jej kształt, jaki kierownictwo ma ambicję osiągnąć, kierunkowskaz planu strategicznego. Wizja jest wynikiem połączenia i skoordynowania wielu cech charakteryzujących ambitnego, kreatywnego menedżera z wiedzą, praktyką, uzdolnieniami, wyobraźnią oraz inwencją twórczą. Spełnia ona funkcję aktywizującą, porządkującą oraz integrującą. Aby mieć szansę spełnienia, powinna uwzględniać realia zewnętrzne oraz opinie załogi.

Szerszym pojęciem niż wizja jest misja organizacji, spełniająca funkcję „duszy” wizji, czyli powód istnienia firmy lub innej jednostki organizacyjnej, wyróżniającą ją od wszystkich innych. Misja zawiera bowiem najogólniej sformułowany cel działania, przesłanie i idee rozwoju. W misji określa się założenia, wartości, powód istnienia organizacji, wskazuje kierunki oraz dziedziny jej działania.

Misja jako publiczna część planu strategicznego adresowana jest zarówno na zewnątrz, jak i do wewnątrz organizacji i powinna być zrozumiała dla wszystkich jej interesariuszy, tj. właścicieli, akcjonariuszy, pracowników i klientów. Podstawą opracowania misji firmy jest jej przeszłość, a także bieżące preferencje kierownic-

„ W krajach charakteryzujących się wysokim i stabilnym poziomem ochrony zdrowia rozważania o kierunkach rozwoju lub koniecznych zmianach już dawno zostały zakończone i wdrożone do praktyki dnia codziennego ”

stwa oraz wpływ otoczenia, zasoby finansowe, czynnik ludzki w postaci profesjonalnej załogi i kreatywnego kierownictwa. Z misji wynikają cele definiowane jako zamierzenia do zrealizowania, spełniające funkcje porządkujące, planistyczne, motywacyjne i kontrolne. Cele kierunkowe i szczegółowe powinny spełniać określone kryteria, aby stanowić spójny system. Cele muszą wynikać ze strategii i obejmować całość organizacji, aby została zachowana ich spójność (źródło: Hejduk I.K., Planowanie. W: Strużycki M. (red.), Podstawy zarządzania, Szkoła Główna Handlowa, Warszawa 2014).

Misja organizacji (cele, przesłanki, wartości i kierunki) i wynikające z niej cele są powiązane z procesem planowania na zasadzie sprzężeń zwrotnych. Na podstawie celów strategicznych tworzone są plany strategiczne, z celów taktycznych wynikają plany taktyczne, a z celów operacyjnych – plany operacyjne.

Klamrą spinającą cele i plany organizacji jest planowanie strategiczne, wyznaczające zasady jej polityki, programy oraz metody ich realizacji. Strategia definiowana jest z punktu widzenia tego, co zamierza robić organizacja, jest ogólnym programem pełnienia misji oraz definiowania i realizacji jej celów. Planowanie strategiczne jest sformalizowanym, długofalowym procesem określania i realizacji celu organizacji. Jest ono kompleksowe, odbywa się na najwyższych szczeblach zarządzania, obejmuje najdłuższy okres w stosunku do innych rodzajów planów i ma na celu wskazanie przedmiotu działalności, klientów, określenie ram planowania szczegółowego.

Od innych rodzajów planowania strategię odróżniają następujące cechy: 1) długi horyzont czasu, 2) efekty pojawiające się po dłuższym okresie, 3) skupienie wysiłków na względnie ograniczonej wiązce zamierzeń, 4) konsekwentny układ wielu decyzji w danym czasie, 5) wszechobecność na każdym etapie działań, od przydzielenia zasobów do codziennych operacji na wszystkich szczeblach organizacji. Dzięki planowaniu strategicznemu następuje stabilizacja sposobów działania i oczekiwań, integracja decyzji oraz zmniejszenie ryzyka ich błędności.

Zarządzanie strategiczne

Zarządzanie strategiczne ochroną zdrowia nie jest tożsame z jej administrowaniem. Zarządzanie strategiczne wymaga bowiem dialogu strategicznego, czyli szerokiego udziału w podejmowaniu decyzji strategicznych członków zespołu danej organizacji. Organizacja winna budować swój rozwój i kierunki działania, opierając się na dużym zespole decydentów, w tym władz uchwałodawczych, nadzorczych i wykonawczych, ale także zaangażowaniu jej kluczowych interesariuszy oraz klientów. O sile organizacji w praktyce może świadczyć to, czy nie ma ona problemów z przyjmowaniem nowych członków do władz uchwałodawczych i nadzorczych. Ograniczanie procesu zarządzania strategicznego wyłącznie do władzy wykonawczej (ministra, zarządu, dyrektora) nie jest gwarantem skutecznego działania.

Proces zarządzania strategicznego musi być traktowany jako cykliczny, spójny system wzajemnie ze sobą powiązanych mechanizmów, który obejmuje kolejne logicznie następujące etapy działań. Pierwszy z nich to analiza strategiczna, która pozwala określić misję organizacji (szczególny powód jej istnienia), wizję organizacji (wyobrażenie kierunku dążenia), system wartości (trzon kultury organizacji) oraz jej potencjał i deficyty rozwojowe, również w kontekście otoczenia zewnętrznego. Kolejny etap to planowanie strategiczne, które oznacza konieczność zdefiniowania priorytetów z perspektywy klientów (pacjentów) oraz perspektywy organizacyjnej, perspektywy rozwoju i perspektywy finansowej organizacji. Dokument strategii powinien określać również kierunki działań i mierzalne wskaźniki efektów wyznaczające poziom sukcesu we wdrażaniu strategii (tzw. tabela wyników). Trzeci etap to zarządzanie wdrażaniem strategii, które oparte jest na zapisanych w dokumencie strategii mechanizmach monitoringu i ewaluacji i przewiduje proces cyklicznej nowelizacji strategii rozwoju na podstawie wyników monitoringu i ewaluacji (ryc. 1).

Wspólnie dla Zdrowia

W krajach charakteryzujących się wysokim i stabilnym poziomem ochrony zdrowia rozważania o kierunkach rozwoju lub koniecznych zmianach już dawno zostały zakończone i wdrożone do codziennej praktyki. W Polsce zaś, gdy mowa o ochronie zdrowia, dyskusja toczy się przede wszystkim o tym, że finansowanie jest zbyt niskie (w 2018 r. miało to być co najmniej 4,67 proc. PKB, w 2019 r. – 4,86 proc. PKB, a docelowo w 2024 r. prawdopodobnie 6,0 proc. PKB). Zredukowanie dyskusji o publicznej ochronie zdrowia tylko do kwestii pieniędzy służy paradoksalnie wszystkim z wyjątkiem pacjentów potrzebujących pomocy. Dlatego ogólnonarodowa debata o kierunkach zmian w ochronie zdrowia Wspólnie dla Zdrowia, zainicjowana przez ministra zdrowia w kwietniu 2018 r., stanowi pozytywny zwrot w dotychczasowej wieloletniej praktyce.



Źródło: <http://srv2boris.home.pl/narzedzia/strategiczne.pdf>

Rycina 1. Proces zarządzania strategicznego

Byłoby wspaniale, gdyby zaangażowali się w nią i współpracowali ze sobą ponad podziałami wszyscy zainteresowani, którym leży na sercu (teoretycznie i praktycznie) sprawa dobrej i sprawnej opieki zdrowotnej w Polsce, a wśród nich: wszystkie partie polityczne, wszystkie organizacje reprezentujące przedstawicieli zawodów medycznych i liczne grono pacjentów, wszystkie podmioty lecznicze (instytuty, kliniki i szpitale, przychodnie AOS i POZ i in.), organizacje pozarządowe, różne firmy i wspólnoty związane z sektorem ochrony zdrowia. W ciągu określonego z góry, niezbyt długiego czasu tysiące ludzi powinny zintegrować się wokół wspólnego celu i zaangażować bez reszty w ten projekt. Tylko w taki sposób zostanie zrobiony milowy krok i osiągnięty zakładany cel – poprawa stanu ochrony zdrowia w Polsce.

Nie należy jednak zapominać, że kadencja jednej administracji państwowej trwa cztery lata, a nowe wybory parlamentarne w naszym kraju przewidziane są na jesień 2019 r. Dziwnym trafem termin ten jest zbieżny z zakończeniem ogólnonarodowej debaty o zdrowiu. Od razu nasuwa się kłopotliwe pytanie: czy nie jest to przypadkiem kolejne działanie pozorne, podobne do tych, które znamy z przeszłości? Nie możemy sobie dzisiaj pozwolić na tkwienie w miejscu. Bo jak wiadomo, kto nie idzie do przodu, ten się cofa. Czy chcemy znowu cofać się w stosunku do innych krajów europejskich? Nie stać nas na to dzisiaj. Jeśli na to pozwolimy, stracimy zbyt wiele.

Postówie

Za wcześnie jeszcze na dokonanie jakiegokolwiek oceny ogólnonarodowej debaty o kierunkach zmian

w ochronie zdrowia. Na pewno nie powinna ona ograniczać się tylko do opracowania wieloletniego planu rozwoju ochrony zdrowia pozwalającego dążyć do osiągnięcia wytyczonych celów (tak dosłownie napisano na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia). Powinna ona zakończyć się wypracowaniem Narodowej Strategii Ochrony Zdrowia w Polsce, której elementami składowymi będą: wizja, misja, strategia, cele strategiczne, taktyczne i operacyjne wraz z oczekiwanymi rezultatami oraz sposobami ich monitorowania i weryfikacji. Tylko w ten sposób możliwe będzie naprawienie rozregulowanej publicznej ochrony zdrowia. Ograniczanie się tylko do planu dążenia do określonych selektywnie celów to stanowczo za mało.

Polska na tle innych krajów regionu stoi przed wyzwaniem zwiększenia nakładów, ale też zaadaptowania większości technologii i procedur medycznych, które dzisiaj coraz częściej dostępne są na rynkach innych krajów. Najważniejszym wyzwaniem dla naszego kraju jest konieczność zaadaptowania nowych rozwiązań, które z jednej strony dają większą satysfakcję pacjentom, a z drugiej poprawiają wyniki finansowe szpitali i innych placówek zdrowotnych.

Miejmy nadzieję, że inicjatywa ministra Łukasza Szumowskiego nie spełznie na niczym i poczet bazarzy o polskiej ochronie zdrowia nie powiększy się o kolejnego przedstawiciela.

Krzysztof Czerkas
 Autor jest członkiem Rady Naczelnej Polskiej Federacji Szpitali,
 wykładowcą i ekspertem Wyższej Szkoły Bankowej w Gdańsku
 oraz partnerem i ekspertem Formedis Medical Management
 and Consulting w Poznaniu.