

Królestwo „wieloletnich doświadczeń” i „intuicji menedżerskiej”

Fakty i mity

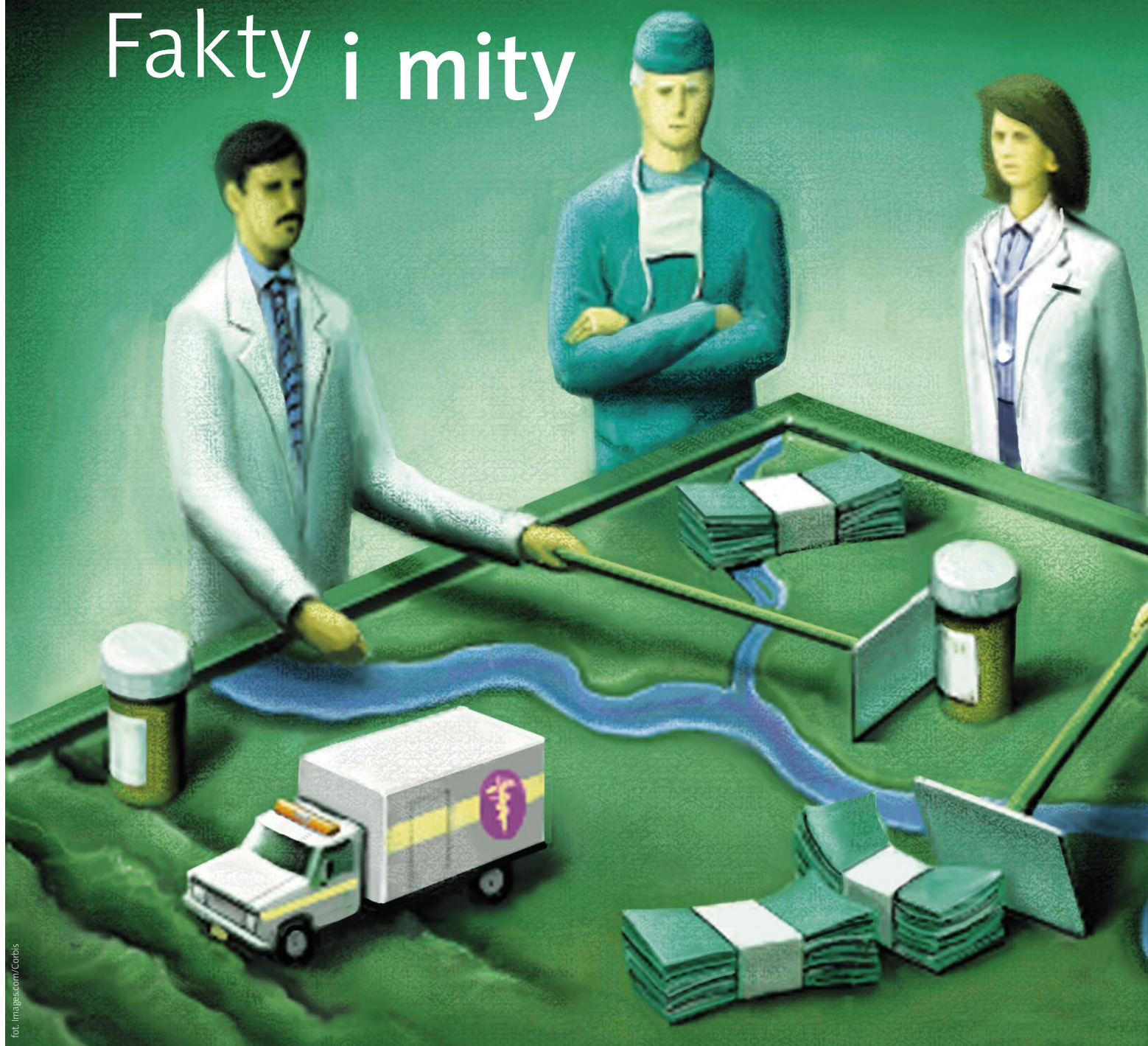


foto: images.com/Corbis

O tym, że współczesna, nowoczesna medycyna powinna być oparta na faktach, nie muszą z pewnością przekonywać czytelników „Menedżera Zdrowia”. Mam jednak wrażenie, poparte wieloma obserwacjami, rozmowami i doświadczeniami, że idea zarządzania opartego na faktach napotyka na ogromny opór, zarówno jeśli chodzi o placówki lecznicze, jak i system ochrony zdrowia.



Zasady medycyny opartej na faktach (*evidence based medicine* – EBM) oraz tworzone zgodnie z nimi standardy postępowania na stałe zagościły w wytycznych i rekomendacjach towarzystw naukowych skupiających lekarzy różnych specjalności (w świecie zachodnim na dużą skalę, a w Polsce w coraz większym stopniu), ale w zarządzaniu polskimi szpitalami i – co gorsza – systemem ochrony zdrowia wciąż dominuje źle pojęta „menedżerska

intuicja” i „wieloletnie doświadczenie”, nierzadko także partyjna polityka, a nie działanie oparte na rzetelnej wiedzy, analizach i prognozach przygotowanych na podstawie danych statystycznych, epidemiologicznych czy demograficznych.

Jak to powinno działać

W medycynie klinicznej EBM, przekładając się na codzienną praktykę lekarską, przesądza o postępie i jakości medycyny pod każdą szerokością geograficzną. Standardy te stają się ponadto podstawą do wyznaczania zasad kupowania świadczeń zdrowotnych przez płatników, a także kryterium wpływającym na cenę świadczeń i jednocześnie wyznacznikiem sposobu i jakości ich realizacji oraz oczekiwanego efektu zdrowotnego. Niestety, z wielu doświadczeń wynika, że chociaż chcielibyśmy, aby najnowsze standardy lecznicze natychmiast stawały się normą realizacji świadczenia dla płatników, po ich stronie zawsze pojawia się pewne opóźnienie. Nie jest zatem tak dobrze, jak byśmy tego oczekiwali, ale na pewno nie jest aż tak źle, żeby można powiedzieć, iż EBM nie przekłada się na praktykę administracji wyceniającej i kupującej świadczenia zdrowotne.

Jak działa

Polskiego systemu opieki zdrowotnej, pomimo zwiększania nakładów na świadczenia i inwestycje w infrastrukturę oraz zasoby, nie można zaliczyć do tych, które szybko i w nowoczesny sposób odpowiadają na potrzeby zdrowotne mieszkańców. Zapewne jest wiele przyczyn tej sytuacji, ale do najważniejszych należy niska efektywność systemu. Jednym z jej powodów jest niedostateczne wykorzystywanie zarówno przez zarządzających systemem ochrony zdrowia, jak i podmiotami lecz-

„ Zarządzanie polskimi szpitalami i – co gorsza – systemem ochrony zdrowia nie jest oparte na danych statystycznych, epidemiologicznych czy demograficznych „

niczymi twardych danych kosztowych, statystycznych, epidemiologicznych i prognoz demograficznych w procesie planowania i zarządzania.

Działają już podmioty prywatne (np. Polskie Centrum Statystyki Medycznej) oferujące nie tylko suche dane, pozwalające zarządzającym samodzielnie wyciągnąć wnioski i podjąć własne decyzje, jak kształtować politykę zdrowotną, lecz także raporty *benchmarkingu* szpi-



„ Widziałem biznesplany, z których wynikało, że szpital w trudnej sytuacji finansowej nie tylko wyjdzie na prostą, ale w ciągu roku czy dwóch będzie zyskowny. Z papierów biła tzw. szczęśliwość ”

talnego i zaspokojenia potrzeb zdrowotnych w powiatach czy województwach, na których podstawie przygotowują rekomendacje dla zarządzających szpitalami szczebla powiatowego i wojewódzkiego, a także zasady polityki zdrowotnej całego województwa. Dzisiaj korzysta z nich zaledwie kilkudziesięciu dyrektorów szpitali w całej Polsce, co niestety może oznaczać, że zdecydowana większość zarządza, opierając się bardziej na intuicji niż na wystandaryzowanych danych. Wiemy, że w polskiej opiece zdrowotnej koldra jest za krótka i że zapewne

zawsze tak będzie. Problem, moim zdaniem, polega w tej chwili bardziej na tym, że nasza koldra jest oprócz tego strasznie poszarpana. Sposobem na jej załatwienie jest planowanie i zarządzanie oparte na faktach.

Nauka na błędach

W zarządzaniu, które nie jest oparte na twardych danych i faktach, miast wniosków i planów realizowanych z zastosowaniem obiektywnych mierników sukcesu, górę bierze intuicja i uczenie się na błędach. Do czego to prowadzi, widać niestety gołym okiem w wielu zadłużonych po uszy szpitalach, których w dotychczasowym kształcie i strukturze nie sposób utrzymać, pomimo potrzeby ich istnienia. Błędy te są zatem często bardzo kosztowne, a problem polega na tym, że raz na kilka lat płacimy za nie wszyscy, w kolejnych kosztujących miliardy złotych programach oddłużania. Pojawia się zatem pytanie, czy błędów tych można było uniknąć. Według mnie, znacznej większości na pewno tak, ale niektórych na pewno nie. Zarządzający są ludźmi, a nie wrózkami, więc omylność należy uwzględnić przy ocenie ich dotychczasowych posunięć. Są pomyłki czy wręcz błędy zarządcze, które należy traktować z pobłażliwością, ale są również takie, które w XX czy XXI w. nie miały prawa się zdarzyć i dlatego ich autorów należy nie

tylko oceniać surowo, ale wręcz na zawsze odsuwać od zarządzania.

Anatomia sukcesu

Ci zarządzający, którzy swoje codzienne decyzje opierają na danych, choć są to często decyzje trudne, niepopularne i „niepolityczne”, a ich szpitale bilansują się lub nawet generują nadwyżki, z pewnością zasługują na szacunek i powinni być stawiani innym za wzór. Powiedzmy sobie szczerze – wielu z nich po prostu miało szczęście, bo podjęli dobre decyzje we właściwym momencie, a dopiero z czasem nabywali umiejętności i budowali swoje doświadczenia oparte na analizach i prognozach. Inni, którzy na fali prostego naśladownictwa kopiowali strukturę świadczeń tych, którym się udało, zamiast odnosić sukcesy, nierzadko wpadali w tarapaty, a doprowadziwszy zarządzane przez siebie szpitale do zadłużenia, są wskazywani jako nieudacznicy. Niektórzy odchodzą sfrustrowani, a nierzadko w niesławie. Nie zgadzam się z uogólniającą opinią, że wszyscy ci, których szpitale popadły w długi, ponoszą za to 100-procentową odpowiedzialność i zasługują na potępienie. Wielu z nich zachowywało się racjonalnie, patrząc wyłącznie na swoje podwórko i poszukując sposobu na zwiększenie kontraktu z NFZ, choćby poprzez uruchamianie nowych pracowni diagnostycznych czy oddziałów, których świadczenia były lepiej wyceniane. Myślenie, że skoro udało się mojemu koledze z sąsiedniego powiatu, to dla czego mnie ma się nie udać, nie było i nie jest rzadkie ani wyjątkowe.

Nie matura, lecz chęć szczerą

Wiara w sukces koncepcji i przekonujące zachowanie często wystarczały, by nakłonić do niej radę społeczną, starostę czy marszałka, a następnie z ich udziałem odpowiednio radę powiatu lub województwa. Lokalnym politykom zainteresowanym sukcesem w zbliżających się wyborach nierzadko wystarczyło pokazać, że jeśli z kasy samorządu wydadzą na sprzęt i inwestycje w infrastrukturę zaledwie 2, 3 mln zł, to szpital zyska przy podpisaniu kolejnego kontraktu z NFZ stabilną wielokrotność tej kwoty, a być może uda się tak wykorzystać ten sprzęt, że będzie generował przychody od innych świadczeniodawców lub uda się świadczyć usługi komercyjne dla pacjentów płacących z własnej kieszeni.

Wiedziałem biznesplany, z których wynikało, że szpital będący dotychczas w trudnej sytuacji finansowej nie tylko wyjdzie na prostą, ale w ciągu roku czy dwóch będzie zyskowny. Z papierów biła „szczęśliwość”, a słowa „dostępność świadczeń”, „jakość” i „satisfakcja pacjentów” były odmieniane przez wszystkie przypadki. Problem pojawiał się dopiero wtedy, kiedy przy próbie kontraktowania świadczeń z NFZ okazywało się, że prognozy przychodów są oderwane od rzeczywistości i powstały *ad hoc*, bez uwzględnienia wielu czynników ryzyka i danych. Brakowało w nich choćby elementar-

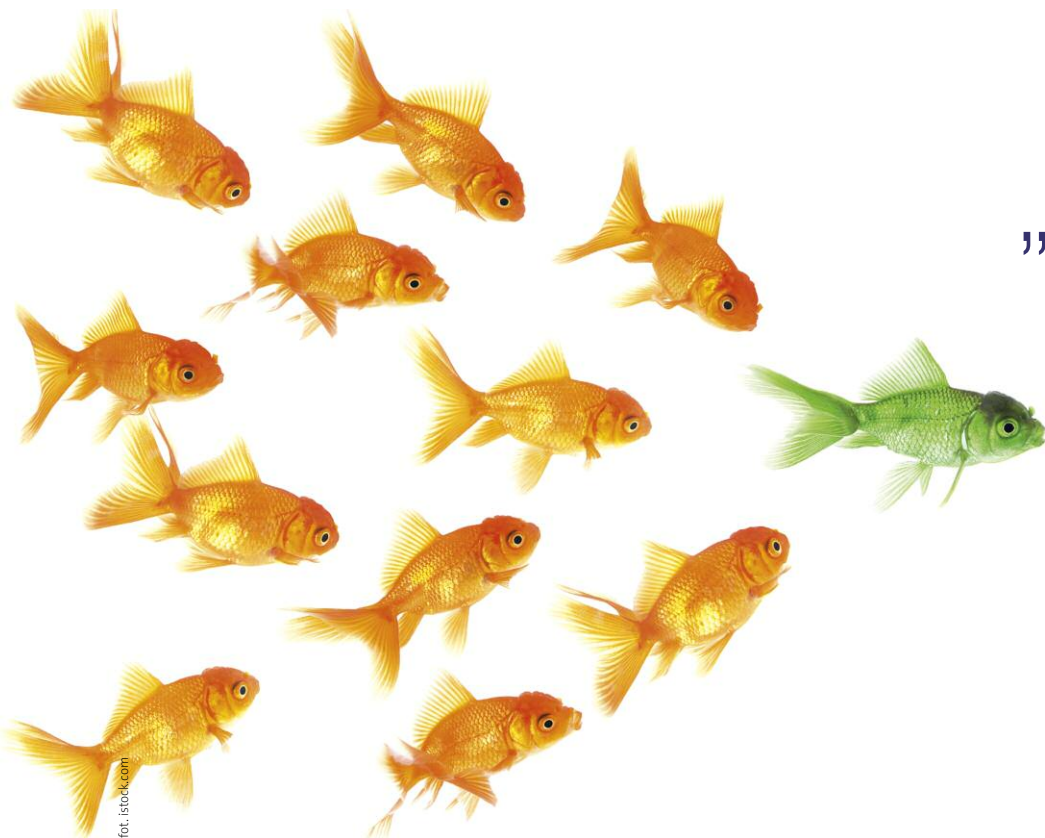
nego rozeznania sytuacji konkurujących szpitali, które nierzadko w tym samym czasie, za sprawą identycznego podejścia podejmowały identyczne decyzje inwestycyjne. W taki sposób w dziesiątkach, o ile nie setkach szpitali w całym kraju w ostatnich 20 latach pojawiło się tyle świadczeń, że nie tylko NFZ nie jest w stanie ich kupić ze względu na posiadane fundusze, ale obiektywnie patrząc – Polacy ich po prostu nie potrzebują. Nierzadko tak podejmowane decyzje inwestycyjne nie tylko nie wyprowadziły szpitali na prostą, ale wręcz pogorszyły ich sytuację, gdyż przy braku restrukturyzacji kosztów nie sposób utrzymać placówkę bez strat.

Chłopiec do bicia

Wobec możliwości realizacji świadczeń na nowym sprzęcie zawsze można zmobilizować pacjentów i opinię publiczną oraz lokalne media, więc od wielu lat jesienią i zimą jesteśmy świadkami nagonki medialnej na NFZ, który w tej sytuacji jest po prostu chłopcem do bicia. Przepisy pozwalają funduszowi na kupienie

„ Są pomyłki, które należy traktować z pobłażliwością, ale są również takie, które w XX czy XXI w. nie miały prawa się zdarzyć i dlatego ich autorów należy oceniać surowo i wręcz na zawsze odsuwać od zarządzania „

świadczeń za zdefiniowaną z góry kwotę i choć w wielu dziedzinach nie zaspokajają to rzeczywistych potrzeb zdrowotnych Polaków, niewiele z tym można zrobić. Fundusz w swoich planach zakupów uwzględnia raczej dane historyczne z własnego kontraktowania i wykonania świadczeń przez świadczeniodawców, a w dużo mniejszym stopniu – żeby nie powiedzieć, że niemal wcale – bierze pod uwagę zapotrzebowanie na świadczenia i stopień ich zaspokojenia. Dlatego w ocenie działań NFZ przyjęło się krytykować, i słusznie, że choć w teorii jest on wyłącznie płatnikiem, w praktyce przez fakt płacenia za zasoby, a nie kupowania świadczeń w odniesieniu do zdefiniowanych potrzeb, w dużo większym stopniu jest źródłem utrzymania istniejącej infrastruktury niż zabezpieczania i zaspokajania potrzeb zdrowotnych Polaków. W ten sposób, z uwagi na brak odpowiednich regulacji prawnych dotyczących zarówno polityki zdrowotnej, jak i służącej jej planowej polityki inwestycyjnej w infrastrukturę medyczną, NFZ stał się



„ Myślenie, że skoro udało się mojemu koledze z sąsiedniego powiatu, to dlaczego mnie ma się nie udać, nie było i nie jest rzadkie ani wyjątkowe ”

czarnym charakterem, który nie mając do tego tytułu, wpływa na politykę zdrowotną.

Czy jest jej kreatorem? Według mnie, nie do końca, bo w moim rozumieniu kreacja to tworzenie czegoś dobrego, a działania NFZ, które polegają na limitowaniu dostępu do świadczeń i niemal wyłącznie na dosypywaniu pieniędzy do systemu opieki medycznej pod warunkiem wyższych przychodów ze składek społecznych na ubezpieczenie zdrowotne, trudno uznać za coś wybitnie kreatywnego. Za kreatywne uznałbym aktywne kupowanie świadczeń profilaktycznych i koordynowaną opiekę zdrowotną przynajmniej nad wybranymi grupami pacjentów lub wymuszanie na świadczeniodawcach współpracy oraz konsolidacji poprzez rozpisywanie konkursów na kompleksowe świadczenia obejmujące różne stopnie referencyjne opieki medycznej. Obecnie, mimo zarzutów przekraczania swoich kompetencji, NFZ tego nie robi, a przynajmniej nie robił do tej pory, a to, co robi, w mojej ocenie bardziej przypomina autorytarne kierowanie z centrali na zasadzie dziel i rządź niż nowoczesne zarządzanie oparte na faktach i prognozach. Według mnie, aktywnej polityki zdrowotnej na miarę naszych potrzeb w Polsce od wielu lat nie prowadzi nikt. Nie prowadziły jej kolejne rządy jako całość, ale także nie robi tego w dostateczny sposób zarówno obecny, jak i wielu poprzednich ministrów zdrowia.

Zgoda na marnotrawstwo

Opisane przeze mnie sytuacje są zapewne znane z wielu miejsc w Polsce, gdzie miast inwestować na podstawie racjonalnych planów i prognoz wynikających z oce-

ny potrzeb zdrowotnych i stopnia ich zaspokojenia przez publicznych i niepublicznych świadczeniodawców, podejmuje się nieskoordynowane decyzje o zakupach i inwestycjach w infrastrukturę. Jeśli zgodzimy się, że to marnotrawstwo i że konieczna jest zmiana dla naszego wspólnego dobra, to trzeba zadać sobie pytanie, kto powinien być odpowiedzialny za koordynację inwestycji w regionach. Według mnie koncepcja, że winien to być wojewoda, jako odpowiedzialny w województwie za prawidłowość działania podmiotów leczniczych, przy współpracy z radą tworzoną przez wojewódzki NFZ oraz przedstawiciele samorządowych organów tworzących podmioty lecznicze, zaprezentowana przez ministra zdrowia w ramach planów zmian na lata 2012–2015, jest godna dyskusji. Brakuje mi w tej radzie głosu niepublicznych świadczeniodawców, którzy – jak wiemy – w lecznictwie ambulatoryjnym stanowią większość, a w wielu województwach zarządzają co najmniej kilkunastoma procentami łóżek szpitalnych, ale uznaję, że nie jest to świadomy zabieg ministra Arłukowicza, a jedynie nieumyślne przeoczenie. Wojewoda, który według ostatniej koncepcji ministra zdrowia ma opracowywać mapę i prognozy potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa, sam nie tworzy podmiotów leczniczych, a jedynie sprawuje nad nimi nadzór jako organ rejestrowy. Nie jest więc interesariuszem systemu opieki medycznej, który tworzy podmioty medyczne i nimi zarządza. Można zatem przyjąć, że choć jest to funkcja z nadania politycznego premiera, to wojewoda jest neutralny zarówno w stosunku do świadczeniodawcy, jak i regionalnego oddziału NFZ czy być może w przyszłości, zgodnie z kon-

cepcją ministra Arłukowicza, wojewódzkiego funduszu zdrowia.

W ostatnich latach uczestniczyłem w wielu dyskusjach na temat problemów wynikających z rozdrobnienia właścicielskiego w polskim systemie opieki medycznej i nieraz wskazywałem, że sprowadzenie wojewody do funkcji pasywnego organu administracji państwowej, którego rola polega niemal wyłącznie na prowadzeniu rejestru podmiotów leczniczych czy też przekazywaniu pieniędzy budżetowych na rezydentury bez jakichkolwiek analiz stopnia zaspokojenia potrzeb zdrowotnych, jest nieporozumieniem. Skoro wiemy, że Polska jest niezwykle zróżnicowana, jeśli chodzi o dostępność świadczeń oraz stan zdrowia mieszkańców, i rzeczywiście chcemy to zmieniać, planowanie inwestycji, kupowanie świadczeń i aktywne kierowanie procesem edukacji podyplomowej lekarzy, a także rozwojem wielu innych kadr medycznych musi się odbywać z uwzględnieniem zróżnicowania wojewódzkiego. Moim zdaniem, wojewoda jako przedstawiciel administracji państwowej nie tylko ma do tego tytuł, ale wręcz z uwagi na strukturę administracyjną kraju powinien to robić jako najwyższej rangi urzędnik państwowy na szczeblu województwa. W ten sposób system zyska i jest szansa, że w ciągu kilku lat zostanie uporządkowany. Jeśli nadzór nad regionalnymi inwestycjami i zakupami sprzętowymi oraz tworzeniem map zapotrzebowania zdrowotnego miałby sprawować nie wojewoda, jak proponuje minister zdrowia, ale marszałek województwa, jak chcą niektórzy jego oponenti, to moim zdaniem w konsekwencji w celu uniknięcia jawnego konfliktu interesów powinien on utracić prawo do tworzenia podmiotów leczniczych lub – co uważam za skrajną, ale logiczną koncepcję – należałoby rozważyć przekazanie nadzoru właścicielskiego nad wszystkimi szpitalami w województwie w ręce marszałka. Wówczas mielibyśmy do czynienia faktycznie z regionalną polityką zdrowotną. Jeśli jednak pójdziemy tak daleko ze zmianami w zakresie nadzoru nad planowaniem i prognozowaniem potrzeb zdrowotnych w regionach, to rodzi się pytanie, czy w takiej sytuacji w ogóle potrzebny jest niezależny, regionalny płatnik. Czy w ten sposób nie stworzymy *de facto* idealnych warunków do samorządowej służby zdrowia z quasi-budżetem? Nie sądzę, żeby ta koncepcja miała dzisiaj szanse na realizację.

Zasoby

Opóźnienia w praktycznym stosowaniu danych w procesie kontraktowania świadczeń i w zarządzaniu zawsze będą wynikać z ograniczeń prawnych i systemowych, a także z wielkości funduszy i zasobów, jakimi dysponuje system opieki zdrowotnej danego kraju. Duży wpływ na długość opóźnienia bez wątpienia ma także jakość i sprawność administracji oraz polityków i menedżerów zarządzających systemem. Jeśli jednak kon-

„ System, który nie zaspokaja potrzeb zdrowotnych dużych grup, będzie siłą rzeczy źle oceniany i stale będzie podlegać dużej presji społecznej na przeprowadzenie zmian ”

strukcja systemu nie wymusza stałego podnoszenia jakości jego funkcjonowania oraz wprowadzania nowoczesnych standardów medycznych i zarządczych, opóźnienia te niestety będą duże.

Czynnik ludzki

Ktoś może powiedzieć, że wszystko zależy od ludzi i przy innym ich podejściu można działać lepiej i szybciej. Po części to prawda, ale mimo że to ludzie tworzą i kształtują system ochrony zdrowia, z czasem jego mechanizmy i zasady funkcjonowania w coraz większym stopniu wpływają na ich zachowania i sposób pracy. A zatem kształt systemu i obowiązujące w nim zasady albo inspirują i zachęcają do rozwoju oraz pozytywnych zmian, albo – co niestety w wypadku Polski jest zdecydowanie częstsze – w znacznym stopniu ograniczają postęp i dostosowanie się systemu do zmieniających się potrzeb zdrowotnych populacji. Nierzadko skutkuje to nieefektywnością i nieadekwatnością opieki medycznej w stosunku do tych potrzeb. Poważny problem pojawia się w sytuacji, kiedy potrzeby zmieniają się dynamicznie, np. na skutek starzenia się populacji czy migracji, a system opieki medycznej, jego organizacja i świadczenia nie nadążają za tymi zmianami. Różnica pomiędzy potrzebami zdrowotnymi a rzeczywistymi możliwościami ich zaspokojenia będzie stanowić o poczuciu bezpieczeństwa zdrowotnego populacji objętej opieką. System, którego inercja jest zbyt duża i który nie zaspokaja w zadowalającym stopniu potrzeb zdrowotnych dużych grup, będzie siłą rzeczy źle oceniany i stale będzie podlegać dużej presji społecznej na przeprowadzenie zmian. Przy ograniczonych zasobach i rosnących kosztach opieki medycznej potrzeba racjonalnego planowania, wpisanego na stałe w systemowe rozwiązania, jest koniecznością chwili. Jestem pewien, że dzięki planowaniu i zarządzaniu opartemu na danych z czasem zwiększy się efektywność systemu mierzona dostępnością, jakością i efektem udzielanych świadczeń, a regionalna polityka zdrowotna z udziałem wojewodów wpłynie pozytywnie na zaspokojenie potrzeb zdrowotnych Polaków.

Paweł Kalbarczyk