

## Informatyzacja ochrony zdrowia w zaułku



Fot. istockphoto.com 3x

# Pieniądze to jednak nie wszystko

Z niepokojem pytamy o przyszłość informatyzacji polskiej ochrony zdrowia, stojąc z naszą wizją, a może bez wizji, nad przepaścią. Jeżeli głównym problemem są dysfunkcje systemowe spowodowane obsesyjną centralizacją, to w ślad za nią postępuje blokada energii społecznej, blokada źródeł i mechanizmów finansowania, blokada partnerstwa i współodpowiedzialności interesariuszy, przede wszystkim pacjentów. Pytamy, czy w przestrzeni publicznej jest wystarczający potencjał do zmiany tego stanu rzeczy.

Gdyby się okazało, że ten potencjał jednak jest, to wydaje się, że gotową formułą decentralizacji byłoby odwołanie się do pozostałości instytucjonalnych po kasach chorych zdeponowanych niejako w strukturach NFZ oraz wyciągnięcie wniosków z doświadczenia, jakim były kasy. Myślę przede wszystkim o procesie instytucjonalizacji, który lepiej zabezpieczyłby przed destrukcją, której pamiętnym przykładem była likwidacja Krajowego Związku Kas oraz likwidacja samych kas przez ministra Łapińskiego. I może bardziej jeszcze o rozwiązaniach instytucjonalnych dających rzeczywistą władzę pacjentom – wybory, oraz rzeczywiste partnerstwo świadczeniodawcom – wspólna reprezentacja i znacznie szerszy udział samorządów lokalnych w polityce zdrowotnej.

### Minister i pielęgniarki – obopólne zaskoczenie

Ministra zdrowia zaskoczyło zamieszanie po ostatnim porozumieniu z pielęgniarkami. Pielęgniarki również są zaskoczone. Gwałtowna reakcja innych, jeśli nie

wszystkich, organizacji związkowych sygnalizuje zgola inne ich oczekiwania wobec dialogu społecznego. Wciąż mamy do czynienia z mocowaniem się instytucji i organizacji, a specyficzna „kultura” zarządzania konfliktami zamiast rozwiązywania przynosi rolowanie problemów. To utrwała zły styl szerzej – w całej ochronie zdrowia. Minister nie jest dobrym partnerem dialogu. Jest ofiarą niespójności swej roli. Zarządza ochroną zdrowia coraz bardziej ręcznie, nie mając pieniędzy. Pieniądze pozostają domeną ministra finansów, choć pochodzą od pacjentów jako podatników. Minister ogranicza kompetencje NFZ, choć ten posiada pieniądze pochodzące od pacjentów jako dostawców składki. Minister zarządza całością systemu, koncentrując kompetencje w swoich rękach środkami sztucznymi – administracyjnymi. W kategoriach pomocniczości, czy jak kto woli – subsydiarności, kompetencje rozumiane jako zdolność identyfikowania i rozwiązywania problemów tkwią jednak zdecydowanie bliżej pacjentów, szpitali, samorządów, NFZ.

## Pieniądze – źle, gdy ich nie ma, gdy są, jeszcze gorzej

Pieniądzy jest za mało. A jeśli już – pozostając przy płacach – jakieś pieniądze się znajdują i zaciągnięte zobowiązania można jakoś wypełniać, to spirala dysfunkcji napina się bardziej zamiast rozprężyć. Pieniądze wygospodarowane z budżetu są bowiem znaczone – na konkretną podwyżkę dla konkretnej kategorii zatrudnionych, fundowaną nie przez dyrektora szpitala, ale przez ministra. Płaca przestaje być narzędziem zarządzającym w rękach dyrektora. Przestaje być wynagrodzeniem za pracę w miejscu jej wykonywania. Przestaje mieć związek z kondycją szpitala, z wykonanymi świadczeniami, z ich jakością. Trudniej zarządzać szpitalem. Łatwiej o marnowanie pieniędzy. Oto, jak próba zaradzenia jednemu problemowi rodzi lawinę skutków zdecydowanie gorszych. Centralna biurokracja ochrony zdrowia grzęźnie!

Te regulacje rodem z systemu budżetowego w systemie jeszcze ubezpieczeniowym nie wróżą niczego dobrego, jak pisze Piotr Warczyński na łamach „Menedżera Zdrowia” (6-7/2018). Zaciskają węzeł sieci blokad zarządczych. Są wyrazem bezradności, utrzymują ochronę zdrowia w kręgu zalegających dylematów sprzed dekad, w pełnym oderwaniu od wyzwań współczesności, w tym najważniejszego pod hasłem „e-zdrowie”.

### Utrata kontroli nad pieniędzmi

Ministerstwo Zdrowia koncentruje się kurczowo na stworzeniu pozorów, że 700 mln zł na P1 i uwikłane w to większe kwoty w całym systemie nie poszły na marne. Tymczasem, jak pisze Robert Mołdach z Instytutu Zdrowia i Demokracji: *na korporacyjne systemy informacyjne, systemy sztucznej inteligencji z potencjałem aplikacyjnym w ochronie zdrowia i zaawansowane technologie mobilne są wydawane porównywalne albo jeszcze większe pieniądze* („Menedżer Zdrowia” 4-5/2018). A Comarch deklaruje, że posiada w swoim portfolio gotowe rozwiązania właściwe zarówno dla projektów regionalnych, jak i dla mniejszych jednostek medycznych. Wyraża gotowość stworzenia spójnego systemu spełniającego warunki opieki koordynowanej i personalizowanej.

Niezależnie od tematu rozważań: ochrona czy służba zdrowia, prywatne czy publiczne, centralizacja czy pomocniczość – obiekt rozważań, czyli ochrona zdrowia, wymknął się z rąk. Grupa LUX MED, Medico-ver czy Enel-Med, jak pisze dalej Robert Mołdach, *są w stanie zidentyfikować ryzyko wystąpienia epidemii czy co najmniej wzrostu zachorowań wcześniej niż jakikolwiek obecnie działający w Polsce system centralny*. Dodaje też: *są w stanie tego dokonać co najmniej od dekady, jeśli nie od dwóch*. Trudno się dziwić, że tym większe obawy budzi przyszłość. *Mimo starań* – cytuję tego samego autora – *państwo raczej utraci monopol na wiedzę o zdrowiu swoich*



„Wciąż mamy do czynienia z mocowaniem się instytucji i organizacji, a specyficzna kultura zarządzania konfliktami zamiast rozwiązywania przynosi rolowanie problemów”

*obywateli. Może też w ogóle stracić kontrolę nad kluczowymi obszarami tej wiedzy. Co wówczas?*

### Nie dyskutujemy o problemach

Zaczynamy od pieniędzy, lecz nie mylmy pojęć – pieniądze to nie problem, tylko propozycja rozwiązania. Cytowany wyżej autor pisze w innym miejscu: *nie dyskutujemy o problemie i wariantowych metodach jego rozwiązania, tylko o rozwiązaniu problemu proponowanym przez rząd* (www.termedia.pl/mz). A problemy?

Robert Mołdach alarmuje, porównując polski proces legislacyjny z praktyką takich krajów, jak Niemcy, Francja czy Wielka Brytania. Jak pisze, *referencyjna struktura dokumentu Oceny Skutków Regulacji rozpoczyna się od opisu problemu, rekomendowanego rozwiązania, w tym planowanych narzędzi interwencji i oczekiwanego efektu (...), w praktyce pojawia się tu tylko opis rozwiązań stosowanych w innych krajach oraz komentarz: „Projekt nie był przedmiotem prekonsultacji” i/lub informacja o zakresie dopiero planowanych konsultacji (...)* *Mowa o konsultacjach proponowanego przez wnioskodawcę rozwiązania, a nie samego problemu, nie wspominając o wariantach jego rozwiązania* (www.termedia.pl/mz).

### Rząd dyskutuje sam ze sobą

Efektywność projektów politycznych w ochronie zdrowia zależy nie tylko od środków do dyspozycji, rzeczywistych kosztów leczenia i niezbędnych nakładów inwestycyjnych, lecz także od okoliczności epidemiologicznych i demograficznych czy kosztów pracy. Te czynniki są wymierne i sprawdzalne, choć wiemy, że i one są przedmiotem dyskusji. Ale jest jeszcze prze-



„Ministerstwo Zdrowia koncentruje się na stworzeniu pozorów, że 700 mln zł na P1 i uwikłane w to większe kwoty w całym systemie nie poszły na marne”

strzeń znacznie wrażliwsza – przestrzeń postaw, wyobrażeń, oczekiwań oraz poziomu zaufania: społecznej gotowości do ponoszenia ciężarów na zdrowie własne i ochronę zdrowia, społecznych oczekiwań wobec ochrony zdrowia, społecznych wyobrażeń o kosztach leczenia, społecznej gotowości do zmiany stylu życia dla zdrowia oraz społecznej akceptacji dla zaostrzenia reżimów ochrony środowiska. Tu decydująca jest zdolność dialogiczna uczestników. Obecny układ instytucjonalny nie tylko nie buduje tej zdolności, ale ją burzy – nie tyle ze złej czy dobrej woli, ile z przyczyn strukturalnych.

Rzecz symptomatyczna – ostatnio w Krynicy rząd debatował jednak w formule sam ze sobą – sami ministrowie. To dobrze ilustruje przestrzeń niepewności przy centralistycznym i budżetowym podejściu. Powtórzmy: regulacje rodem z systemu budżetowego w systemie jeszcze ubezpieczeniowym nie wróżą niczego dobrego.

### Skąd się biorą pieniądze

Minister finansów Teresa Czerwińska stwierdziła, że duży wzrost nakładów już się dokonał: *Jeśli spojrzymy na lata 2015–2019, to mamy wzrost blisko 30-procentowy, bo z 75 mld zł do niemal 100 mld zł.* Trzeba jednak dodać, że na ten wzrost złożył się przede wszystkim mechanizm funkcjonowania składki zdrowotnej, a nie coroczna dobroczynność ministrów zdrowia czy finansów. Niestety ów mechanizm został i tak już u zarania reformy ubezpieczeniowej drastycznie okrojony w stosunku do wstępnych założeń sprzed ponad dwóch dekad.

Składka, jak przypomina Piotr Warczyński, wstępnie skalkulowana na 14%, miała być korygowana odpowiednio do zmieniających się okoliczności finansowych w trybie uzgodnień w ramach układu instytucjonalnego obejmującego ubezpieczonych, płatnika i świadczeniodawców. Zdecydowanie bez administracji rządowej z ministerstwem na czele. Punktem wyjścia miał być wsad w postaci przeniesienia części podatku do składki, potem druga część i ewentualny jej wzrost w przyszłości miały pochodzić z kieszeni pacjentów w wyniku uzgodnień ich reprezentantów z kasą chorych. W oderwaniu od podatków. Odpis od dochodu miał mieć związek z oczekiwaniami pacjentów wobec ochrony zdrowia i jej efektywności oraz ze zdolnością do reprezentowania interesów pacjenta wobec świadczeniodawców przez ich reprezentację społeczną oraz przez kasy chorych.

Ten wsad – uszczuplający podatek, czyli w efekcie budżet – określono jednak tylko na ok. 7,5%. Planowane uzupełnienie z kieszeni pacjenta było minimalne i dziś nikt o tym nie pamięta, choć widzi to w rozliczeniu PIT.

### Zanikające trzy S

Nie osiągnęliśmy odpowiedniego finansowania, nie zbudowaliśmy silnej, obdarzonej zaufaniem społecznym reprezentacji ubezpieczonych pacjentów – aktualnych i przyszłych. Narodowy Fundusz Zdrowia w społecznym odbiorze, może nie zawsze sprawiedliwym, nie jest kasą, która troszczy się o nasze pieniądze na zdrowie, dbając o jakość leczenia, lecz przeciwnie – zabiera pieniądze i ogranicza świadczenia.

Trzy S: solidarność, subsydiarność, samofinansowanie, czyli razem – odpowiedzialność, są bliskie zeru, jeśli nie równe. Ostatnie rozwiązania: regulacje rodem z systemu budżetowego w systemie jeszcze ubezpieczeniowym, są dalszym ciągiem odwrotu od trzech S i potęgują trudne skądinąd do opanowania napięcia w systemie.

### Złudzenia biurokracji i „Comarch White Paper”

Informatyzacja od dekad ludzi biurokrację, że pozwoli uruchomić wielką centralną bazę danych o wszystkim i podejmować słuszne decyzje bez uciążliwych konsultacji. Spełni marzenie o wtłoczeniu sieciowej z natury ochrony zdrowia w ład centralizacyjny. Okazuje się jednak, że jest to biurokratyczne złudzenie. Informatyzacja może sprzyjać – i to ze znacznie lepszym efektem – czemuś wręcz odwrotnemu: uczestnikom systemu, zróżnicowanym i współpracującym w sieci zróżnicowanych powiązań poziomych.

W materiale „Comarch White Paper” możemy przeczytać: *wsparcie ze strony systemów informatycznych powinno odbywać się na tym samym poziomie, na którym realizowany jest proces. Takie założenie prowadzi do optymalizacji procesów nie tylko na poziomie organizacyjnym, ale również*

*z punktu widzenia optymalizacji kosztowej, integracji ryzyk, możliwości dostosowania rozwiązań do specyfiki lokalnej, regionalnej, czy zapewnienia odpowiedniej dynamiki informatyzacji obszaru zdrowia. Tak sformułowane założenia otwierają drogę medycynie skoordynowanej, spersonalizowanej i nowoczesnej.*

### Cele z początku stulecia

Koncentracja w ministerstwie decyzji w istocie operacyjnych lub wręcz taktycznych w obliczu jego strukturalnych blokad zarządczych, przy nabrzmiewających problemach strategicznych czyni ministerstwo i jego agendy głównym hamulcowym systemem. Przykładem są blokady w dziedzinie komunikacji i wiedzy. Robert Mołdach pisze: *możliwości takich graczy, jak Google czy Uber, operatorów telefonii komórkowej, płatności elektronicznych, banków, globalnych sieci sprzedaży, które są w stanie przewidzieć populacyjne zjawiska zdrowotne, nim zostaną one zidentyfikowane przez świadczeniodawców, dyskusja o globalnym rejestrze zdrowia zmienia swoją perspektywę. Cele zdefiniowane na poziomie Unii Europejskiej jeszcze na początku stulecia i realizujące je projekty, takie jak P1, muszą być zaktualizowane („Menedżer Zdrowia” 6-7/2018).*

### Aktorzy źle grają swe role

Bardziej spontaniczne niż przemyślane tendencje centralistyczne, godzące w logikę pomocniczości, sprawiają, że wszyscy aktorzy grają swoje role źle. Przykładem są nietrafne inwestycje szpitalne, marnowanie sprzętu oraz pieniędzy. Ewa Książek-Bator, członek zarządu Polskiej Federacji Szpitali, stwierdza: *NFZ bierze przy wycenie kontraktów pod uwagę wyposażenie szpitali w sprzęt, preferując te, w których to wyposażenie jest lepsze. (...) sposób, w jaki szpitale usiłują uzyskać tę przewagę konkurencyjną, woła o pomstę do nieba. Sporą winę ponosi tu Ministerstwo Zdrowia, które dotuje zakupy sprzętu. Skoro dają – to brać: szpitale ustawiają się w kolejce po dotacje niezależnie od tego, czy sprzęt się przyda i zwróci czy nie (www.termedia.pl/mz).*

### Pieniądże i polityka

Słyszymy dwa hasła: dofinansowanie i odpolitycznienie. Obu towarzyszy poczucie bezradności wobec braku pieniędzy i niezdolności do rozmowy – dialogu.

Pieniądże oczywiście są: w kieszeni obywateli i w bankach. Objawiają się w postaci składki zdrowotnej i dysponuje nimi NFZ. Czy składka może być podwyższona? Kto to zrobi? Pieniądże mają postać kredytu do dyspozycji firm informatycznych, inwestorów gotowych budować szpitale lub leasingować sprzęt, i wreszcie do dyspozycji szpitali i przychodni. Kto da gwarancje? Mają postać podatku, zwanego – jak za dawnych czasów – daniną. Kto się odważy go podnieść? Widać je w budżecie. Jak uzgadniać priorytety? O innych dochodach budżetowych nie piszę.

„Informatyzacja łudzi biurokrację, że pozwoli uruchomić wielką centralną bazę danych o wszystkim i podejmować słuszne decyzje bez uciążliwych konsultacji”

Pieniądże są, tylko jak je uruchomić bez dialogu o systemie jako całości? Problemem jest nadmierna centralizacja systemu wbrew kluczowym zasadom zarządczym – zasadzie subsydiarności czy inaczej pomocniczości. System jest zakładnikiem uwarunkowań instytucjonalnych i politycznych ministerstwa. Naturalną, logiczną reakcją na braki kadrowe i płacowe w systemie oraz niewykorzystanie sprzętu przy ograniczonym dostępie powinno być podwyższenie składki zdrowotnej z ewentualną osłoną najbiedniejszych w ramach systemu pomocy społecznej. Tego nie zrobi ministerstwo. Tego nie zrobi się bez ubezpieczonych. Tego się nie da zrobić, jeśli partnerstwo ubezpieczonych z NFZ nie będzie umocowane instytucjonalnie, a NFZ nie odzyska właściwych sobie kompetencji. I to jest odpolitycznienie.

### Obym był złym prorokiem

Jeśli nie nastąpi zamiana systemu z opiekuńczą rolą państwa i z obywatelem roszczeniowym na system solidarnościowy, pomocniczy i partnerski, a to jest niestety bardziej niż prawdopodobne, kluczowe procesy modernizacyjne będą przechodzić z większymi lub mniejszymi oporami centralnej biurokracji poza ramami systemu publicznego. Również pacjenci nie najbogatsi znacznie częściej niż obecnie będą szukać pomocy poza tym systemem. Nastąpi trwała atrofia publicznego systemu ochrony zdrowia, z kosztami społecznymi i finansowymi, których sygnały już obserwujemy.

Przyszłość zablokowanej ochrony zdrowia będzie wówczas zależeć nie od ministerstwa, nie od zdeorganizowanych i osłabionych przez systematyczną marginalizację organizacji społecznych, ale od społecznej odpowiedzialności biznesu. A z tą niestety bywało już różnie – wystarczy przypomnieć jego bezradność wobec rządowych rozwiązań w dziedzinie informatyzacji. Również proces integracji z rozwiązaniami w Unii Europejskiej będzie zależeć po stronie polskiej od procesów i inicjatyw w przestrzeni komercyjnej i od cierpliwości instytucji unijnych.

Wiktor Górecki  
Autor jest ekspertem w dziedzinie informatyzacji systemów ochrony zdrowia.