

Polityka sobie, system sobie, każdy sobie...

## Główni aktorzy – cele i strategie

Fot. iStockphoto.com

Napięcia systemowe doprowadzone do granic. W ochronie zdrowia jesteśmy na skraju wytrzymałości lub nawet dalej. Ruch w dowolnej sprawie napotyka problemy, blokady w licznych, jeśli nie wszystkich, pozostałych elementach systemu. Ten stan stał się już dla wszystkich bolesną codziennością. Takie balansowanie na krawędzi trwało w ochronie zdrowia już jakiś czas – może od sławetnego „gestu Kozakiewicza” w wykonaniu prawie już zapomnianego ministra zdrowia Mariusza Łapińskiego. Rzecz zdawałoby się mało prawdopodobna – ten stan utrwalił się do tego stopnia, że pierwszymi hasłami „dobrej zmiany” były likwidacja Narodowego Funduszu Zdrowia i centralizacja. Jakby system był ogólnie stabilny i kontrolowany, wobec czego nadawał się na pole igraszki politycznej. Nie był jednak ani stabilny, ani kontrolowany i taki wszedł w epidemię.

Zdawałoby się, że lista problemów była dostatecznie przygniatająca, żeby uczynić ochronę zdrowia mało

atrakcyjnym łupem politycznym. Nie po raz pierwszy stało się jednak odwrotnie. Świadczy o tym dziwna swoboda i naiwny optymizm, z jakim zabierano się do przejęcia resortu z rąk poprzedników – żeby tym razem dać im nauczkę. Likwidacja czegoś, centralizacja wszystkiego, nacjonalizacja, czego się da – amatorom czegoś takiego powinno się chyba zaproponować inne łupy niż ochrona zdrowia, a jednak. Obecnie brak woli, a nawet zdolności dialogu ze strony centralnej biurokracji – w ochronie zdrowia ministerstwa – stanowi problem kluczowy, klinczący system bardziej nawet niż blokada finansowania. Mnożą się niezrozumiałe, wymuszane i oderwane od rzeczywistości rozwiązania motywowane czy to mentalnością, czy swego rodzaju ideologią. Rozwiązania te szybko stają się niewykonalne, co pociąga za sobą korekty – również niewykonalne lub wywołujące liczne napięcia w innych miejscach systemu. Przykładami mogą być „mapy potrzeb zdrowotnych” i „sieć szpitali”. Towarzyszą temu decyzje ko-

rygowane od ściany do ściany, powodowane napięciami między wymogami rzeczywistości pandemicznej a naciskami ideologicznymi lub przykrywanymi ideologią. Obserwaliśmy to przy zaproszeniu samorządów do udziału w organizacji szczepień czy w wymyślonych, a potem odwoływanych zarzutach w stosunku do sektora prywatnego.

### Wymiary problemów

Wielowymiarowy problem zbyt małego finansowania, kłopot braku kompetencji i narzędzi zarządczych na poziomie centralnym, udręka e-komunikacyjna – niedostatek wiarygodnych danych i mało przydatna statystyka publiczna, dziwny P1.

E-recepta i e-skierowanie przyszły na czas, choć jedno i drugie nawet z ewentualnym kontem pacjenta to jeszcze nie e-zdrowie. Projekt P1, jak deklaruje Centrum e-Zdrowia, ma teraz uruchomić procedury *big data*, ponieważ zgromadzono na tej platformie ogromną liczbę danych. Tu nasuwa się pytanie, co z kluczowym hasłem – interoperacyjność. Jeśli te dane od jakiegoś czasu są gromadzone i zgromadzone, to czy mają do nich dostęp inne ośrodki analityczne, w jakim zakresie i co z tego wynika? Podobne pytanie można zadać w stosunku do określenia „platforma” – czy deklarowana interoperacyjność tego rozwiązania obejmuje systemy funkcjonujące w Polsce poza Centrum e-Zdrowia i poza systemem publicznym? Na ile mamy do czynienia z propozycją skierowaną do innych krajów Unii Europejskiej?

### Mapy potrzeb zdrowotnych

Dodajmy do tego dziwne „mapy potrzeb zdrowotnych” przejęte od poprzedników z dobrodziejstwem inwentarza. Mapy ogniskują w sobie dużą część problemów zarządczych ochrony zdrowia przed „dobrą zmianą”. Przede wszystkim niewiarygodne dane, ale też nieprecyzyjne określenie problemów i celów. Nasuwa się pytanie, czy w mapach chodzi o potrzeby czy o zasoby. Tu kryje się pułapka – zasoby generują potrzeby, lecz niekoniecznie zdrowotne. Mapy potykają się o niedostatek narzędzi zarządczych właśnie w dziedzinie dialogu, konsultacji czy partycypacji. A „dobra zmiana” ma na to centralizację. Minister Sławomir Gadomski twierdzi, że ministerstwo już wszystko potrafi i zrobi teraz dobre mapy. Centralizację z właściwą sobie dezynwolturą nazywa racjonalizacją. Komisja Zdrowia jakoś w to nie uwierzyła, co relacjonuje „Menedżer Zdrowia” z 14 kwietnia ([www.termedia.pl/mz/Mapy-potrzeb-zdrowotnych-przepadly-w-glosowaniu](http://www.termedia.pl/mz/Mapy-potrzeb-zdrowotnych-przypadly-w-glosowaniu)).

### Komunikacja jako zwykła rozmowa – też problem

Obok problemu e-komunikacyjnego mamy kłopot komunikacyjny w sensie tradycyjnym – konsultacje i dialog, problematyczne już wcześniej, teraz zdecydowanie zostały skompromitowane. Ponadto prywatnych

„ Obecnie brak woli, a nawet zdolności dialogu ze strony centralnej biurokracji – w ochronie zdrowia ministerstwa – stanowi problem kluczowy, klinczujący system bardziej nawet niż blokada finansowania ”

dostawców usług zdrowotnych traktuje się często obelżywie. Dopiero od nie tak dawna i to niekonsekwentnie próbuje się pokonać brak zaufania do inicjatyw w dziedzinie modelowania procesów czy do środowisk naukowych z dziedziny zdrowia i zarządzania.

### Za mało pieniędzy – wielowymiarowy problem wymieniany zwykle na początku

Dlaczego wielowymiarowy? Dlatego że wynika ze wszystkiego i wpływa na wszystko. Robi wrażenie problemu kluczowego. Wielowymiarowy i bardzo ważny – tak, to prawda, ale jednak nie kluczowy.

Jeśli podwyższyć finansowanie, to jak? Podwyższyć składkę? To wymaga akceptacji różnych grup, których członkowie mieliby płacić więcej, a także uzgodnień między środowiskami politycznymi. Amatorzy centralizacji, upaństwowienia i budżetu jako wyrazu solidarności władzy z elektoratem (dawniej mówiono „z ludem”) traktują składkę jako żalosne nieporozumienie nie wiadomo skąd wzięte. Gdy „dobra zmiana” zasadza się na resentmentem: wywołuje go, posługuje się nim, przeżywa go, jakakolwiek zgoda na poziomie centralnym jest teraz i później niemożliwa. Oto wojewoda mazowiecki, wcześniej minister zdrowia dr Konstanty Radziwiłł pisze na łamach „Menedżera Zdrowia” (nr 1–2/2021): „24 listopada 2017 r. Sejm przyjął przygotowany przeze mnie, jako ówczesnego ministra zdrowia, projekt ustawy nowelizującej ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Ustawa ta zwiększa stopniowo nakłady publiczne na ochronę zdrowia, tak aby w ciągu kilku lat osiągnęły one 6 proc. PKB. Mechanizm jest prosty – w kolejnych latach przychody Narodowego Funduszu Zdrowia będą uzupełniane dotacją z budżetu do odpowiedniego poziomu, liczonego względem PKB”. Swego czasu jeden z wiceministrów zdrowia stwierdził, że centralnie łatwiej jest rządzić, a na posiedzeniu Komisji Zdrowia w kwietniu 2021 r. wiceminister Sławomir Gadomski, narzekając na uciążliwą wielopod-

„Mnożą się niezrozumiałe, wymuszane i oderwane od rzeczywistości rozwiązania motywowane czy to mentalnością, czy swego rodzaju ideologią”



Fot. iStockphoto.com

„Pamiętamy, że strajkującym rezydentom chodziło o coś więcej, o system. Obstrukcja lub raczej bezradność zarządcza centralnej biurokracji ochrony zdrowia sprawiła, że zesliśmy do parteru”

miotowość w ochronie zdrowia, szukał sposobów na redukcję tej uciążliwości.

Pomijając okoliczność, że takie podejście zarządcze na poziomie centralnym jest skądinąd kwestionowane, gdyż wyraźnie wynika z przyjętego założenia zamiast kierowania się monitoringiem procesów zarządczych i zasadą subsydiarności, zwraca uwagę lekceważąca forma – tylko pozornie grzeczna – tych centralistycznych deklaracji. Stwierdzenia te i propozycje są formułowane w taki sposób, jakby były oczywistością, jakby nie wymagały odniesienia do doświadczeń, dorobku, historii oraz dóbr o wysokiej społecznej wartości.

Składka nie jest pozbawiona kontekstu: społeczne- go, aksjologicznego, prakseologicznego. Aroganckie

lekceważenie tych okoliczności świadczy źle o zdolności dialogicznej centralnego aparatu biurokratycznego ochrony zdrowia. I bardzo źle wróży na przyszłość.

Wielopodmiotowość w swoim konkretnym kształcie może być przedmiotem refleksji, ale nie może być lekceważona jako rodzaj bzdury czy nieporozumienia. W kulturze budowania lub spontanicznego tworzenia się układu instytucjonalnego jest bowiem wyrazem realizmu i wrażliwości na rzeczywistość, a nie wymyśloną różnorodność właściwą społeczności ludzkiej i ochronie zdrowia w szczególności. Składka zaś nie jest wymysłem „godnego wyśmiania salonu”, ale wyrazem refleksji, która angażowała doświadczenie, emocje społeczne i system wartości, towarzysząc budowie ubezpieczeniowego rozwiązania w ochronie zdrowia. Wokół tego rozwiązania była poważna dyskusja, a nawet polemika ze strony podejścia samorządowego. Czy to wszystko można zbyć?

#### „Gest Kozakiewicza”

Forma odnoszenia się do tych kwestii, podobnie jak dezynwoltura, z jaką zaproponowano różnego rodzaju likwidacje nie tylko w ochronie zdrowia, wygląda na zaspokajanie potrzeby swego rodzaju odgrywki za jakąś rzeczywistość lub wymyśloną własną albo cudzą krzywdę. Jest „gestem Kozakiewicza” w zamiarze w stosunku do wybranych, a w rzeczywistości do wszystkich.

Wiemy skądinąd, że gdyby budżet miał coś rzeczywście dodać do systemu, to znacznie bardziej logiczną rzeczą byłoby, co przypomina również „Dziennik Gazeta Prawna” 11 lutego 2021 r., uzupełnienie do odpowiedniej kwoty składki za te osoby, za które budżet powinien lub zobowiązuje się płacić.

Amatorzy „gestu Kozakiewicza” jako sposobu na dziś sami nie wejdą w dialog, a tym bardziej nie zachęcą do tego innych. Co się dzieje dalej ze sprawą składki czy dofinansowania ochrony zdrowia? Hasło 6 proc. jako cel, rzucone przez protestujących rezydentów, można bowiem potraktować jako błąd – błąd w podejściu do wskaźników i mierników ogólnie, a w ochronie zdrowia w szczególności. Błąd przyjęty przez krytyków i błąd podjęty przez ministra. Tak nie można traktować mierników. Pamiętamy, że strajkującym rezydentom chodziło o coś więcej, o system. Obstrukcja lub raczej bezradność zarządcza centralnej biurokracji ochrony zdrowia sprawiła, że zesliśmy do parteru.

#### Wzajemne lekceważenie i niepoważne traktowanie

Celem jest poprawa ochrony zdrowia, czego dopiero wyrazem może być owe proponowane jako cel 6 proc., a nie odwrotnie. Łatwo powiedzieć „dosypimy z budżetu”. Ale gdzie dosypimy? Można żartować, ale tu właśnie są schody. Hasło „dosypimy, uzupełniając czy zastępując składkę” jako zapowiedź jest już groźne – po prostu dobija, a co najmniej ignoruje składkę,



a w realizacji rozbija się o uzgodnienia, gdzie dosypać. I tu kłania się problem z dialogiem, konsultacją, zgodą – nie do przeskoczenia. Wystarczy posłuchać, co mówią związki zawodowe na temat dialogu z szefową Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych.

Same żądania rezydentów: płace od ministra poza mechanizmem zarządczym w ochronie zdrowia i 6 proc., są już wyrazem niemożliwości dialogu. Rezydenci nie powinni stawiać takich żądań. Płace od ministra – finansowane z budżetu czy przez NFZ, ale wciąż znaczone, dobijają system, nie dając w zamian nic w sensie zarządczym. Tak było ze słynną „ustawą 203”. Takie żądania i ich spełnianie są wyrazem wzajemnego niepoważnego traktowania. Wiadomo, że niszczą system. Można się tego dowiedzieć również z raportu NIK, np. z 2018 r. Ktoś, kto tego żąda, daje sygnał, że po ministrze nie można się spodziewać niczego dobrego. Minister, który na to przystaje, traktuje siebie niepoważnie. Który minister? Z pewnością nie tylko Konstanty Radziwiłł.

Już sama dyskusja, o jakim PKB mówimy – sprzed dwóch lat, z bieżącego roku czy z przyszłego, pokazuje manowce, do których dochodzimy.

### Uzgodnienia, dialog, konsultacja, zaufanie – miejsce i problem kluczowy

Można by spytać, na co wydać dodatkowe pieniądze, co jest priorytetem. Ale to też wymaga uzgodnień, dialogu, konsultacji, prekonsultacji. To wymaga również modelowania systemowego, procesowego, zgody w kwestii mapy procesów, a ta mierników i wskaźników, które też trzeba uzgadniać. Wszędzie potrzebne są dialog i zgoda. Mogą być nawet dwie lub kilka wizji systemu, wokół których różne ugrupowania polityczne skupią swoje podejście, prognozy i konkurencyjne propozycje polityczne. Ale u podstaw musi być zaufanie – zaufanie do metody, mierników i wskaźników. Bez zaufania o niczym takim nie może być mowy. A tymczasem w raporcie NIK z 2018 r. czytamy, że nasze statystyki są niewiarygodne. Nasze mapy potrzeb zdrowotnych są problemem. Nie mamy i nie możemy mieć zaufania do podstawowej dokumentacji statystycznej.

Kluczowym problemem nie są pieniądze ani informatyzacja, ale kompetencje zarządcze na poziomie centralnym. Autorytarna kultura zarządcza przytłacza z góry, z centrum cały system ochrony zdrowia. Nieporadność i toksyny na poziomie centralnym wpływają na kulturę zarządzania również na poziomie szpitala, a w szpitalu – na leczenie. Od ćwierćwiecza nie możemy się pożegnać z ordynatorską organizacją pracy w szpitalach – mówi o tym prof. Robert Mróz, koordynator Centrum Diagnostyki i Leczenia Raka Płuca US w Białymstoku, w wywiadzie dla „Menedżera Zdrowia” (nr 1–2/2021).

„ Kluczowym problemem nie są pieniądze ani informatyzacja, ale kompetencje zarządcze na poziomie centralnym. Autorytarna kultura zarządcza przytłacza z góry, z centrum cały system ochrony zdrowia ”

Problemy z dialogiem, wzajemnym zaufaniem, dojrzałym podejściem do siebie i partnerów kładą się cieniem na strategiach głównych uczestników, ich sposobie widzenia otoczenia i kształtowania własnej tożsamości, obniżają potencjał kluczowych aktorów na poziomie centralnym wobec wyzwań czasu epidemii i na przyszłość.

### Strategie głównych aktorów

Obecnie ciężar epidemii przytłacza pacjentów, ich organizacje i ich rodziny. Przytłacza lekarzy, pielęgniarki, ratowników, wszystkich pracowników ochrony zdrowia i ich organizacje. Przytłacza szpitale i praktyki, publiczne, niepubliczne, w tym prywatne. Przytłacza samorządy. Przytłacza NFZ i jego agendy regionalne. Instytucje ochrony zdrowia obciąża dodatkowo centralna biurokracja – ministerstwo. Instytucje i organizacje ochrony zdrowia, w przeważającej większości znajdujące się na granicy wytrzymałości lub poza nią, koncentrują się na przetrzymaniu i dotrzeniu do końca epidemii.

Ministerstwo zależne od głównych aktorów sceny politycznej również jest skoncentrowane na przetrwaniu do końca epidemii. Zmieniające się okoliczności: mało szczepionek, dużo szczepionek, fala śmiertelności niewynikającej z COVID-19, wymagają jednak reakcji trudnych dla ociężałej biurokracji. Prowadzi to do działań niekonsekwentnych i nie zawsze zrozumiałych. Cele polityczne i utrwalone niepragmatyczne strategie, w tym centralizacja dla centralizacji, niechęć do partnerów prywatnych, do tego niedostatek doświadczenia i narzędzi zarządczych obniżają kompetencje zarządcze ministerstwa, co będzie obciążać tę instytucję później.

W przeciwieństwie do ministerstwa, trudne zmaganie z epidemią może wzmocnić kompetencje zarządcze i komunikacyjne pozostałych uczestników systemu, którzy na co dzień rozwiązują problemy praktyczne, mierząc się ze śmiercią pacjentów.

Jak to wpłynie na układ instytucjonalny w ochronie zdrowia po epidemii, strategie głównych aktorów i ich wzajemne relacje? Zobaczymy.

Wiktor Górecki