

0101010100101110101010010101010101001011

Przemeblowanie bez wizji, strategii i... efektu



Panie Prezydencie, Pan powinien być inicjatorem i patronem ponadpartyjnej dyskusji o ochronie zdrowia

Fot. PAP/Piotr Polak/Fot. Archiwum

Jedną z najważniejszych przyczyn permanentnych problemów w ochronie zdrowia, obok niedofinansowania, jest brak ponadpartyjnego konsensusu dotyczącego wizji i strategii systemu ochrony zdrowia.

Od prawie 25 lat trwają gorące dyskusje na ten temat. Opracowano już szereg dezyderatów i recept na uzdrowienie naszego systemu ochrony zdrowia, ale jak dotąd bez finalnego skutku, czyli dokumentu, który zyskałby poparcie większości sił politycznych i równo-

ześnie, co najważniejsze, były wdrażany w życie przez kolejne rządy. Do tej pory za każdym razem nowe ekipy rządzące dokonywały – niestety, bez tej wizji i strategii – chaotycznych przemeblowań systemu, które nie przyniosły efektów.

„Czy ktoś może się nie zgodzić, że potrzebujemy systemu, który będzie gwarantował powszechność ubezpieczenia zdrowotnego?”

Sprawa stworzenia takiej wizji i strategii jest fundamentalna, gdyż różne zmiany i nowe regulacje, które były i są wprowadzane przez kolejne rządy, nie zapewniają systemowi spójności i efektywności, a pacjentom bezpieczeństwa. Działanie bez wizji i strategii skutkuje koszmarem zarówno dla świadczeniobiorców, jak i dla świadczeniodawców, szczególnie w tak złożonej materii, jaką jest ochrona zdrowia.

Różnice między wizją a strategią

Wokół znaczeń słów wizja i strategia narosło wiele niejasności, dlatego należy przypomnieć, że wizja, czyli to, dokąd chcemy dojść, jest opisem wizerunku i kształtu systemu ochrony zdrowia w przyszłości. Strategia zaś odpowiada na pytanie, jak zrealizujemy tę wizję, czyli określa cele krótkoterminowe, długoterminowe i operacyjne. Już w starożytności Seneka powiedział: *Kto nie wie, do jakiego portu chce przybyć, dla tego żaden wiatr nie będzie dobry.*

„W sytuacji ciągłych zmian i braku stabilności nawet przy zapewnieniu większego finansowania ochrony zdrowia trudno mieć nadzieję na poprawę funkcjonowania systemu i zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów”

Pod koniec maja ukazała się w prasie medycznej informacja, że pierwotny termin obowiązywania elektronicznej dokumentacji medycznej zostaje przesunięty z 2018 r. na lata późniejsze i zróżnicowany w zależności od rodzaju dokumentacji medycznej. Tymczasem wiele placówek zakupiło już specjalne systemy do obsługi tej dokumentacji. Teraz okazuje się, że kupiły je za wcześniej i nie takie, jak trzeba, a to oznacza dla nich

dotatkowe koszty. To jeden z wielu przykładów marnotrawstwa i kosztownych skutków braku wdrożonej wizji i strategii polskiego systemu ochrony zdrowia.

A może wizja już jest?

Ostatnio pojawiają się informacje o kolejnych możliwych zmianach w koncepcji funkcjonowania ochrony zdrowia – z równoczesną zmianą na stanowisku ministra zdrowia, który jest jednym z najgorzej ocenianych ministrów w rządzie. W sytuacji ciągłych zmian i braku stabilności nawet przy zapewnieniu większego finansowania ochrony zdrowia trudno mieć nadzieję na poprawę funkcjonowania systemu i zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów.

Tymczasem okazuje się, że taka wizja i strategia zostały przygotowane w 2014 r. – w dokumencie „Krajowe ramy strategiczne. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020” – na potrzeby funduszy unijnych i zatwierdzone jako warunek otrzymania przez Polskę 12 mld zł pomocy unijnej. Zgodnie z tym dokumentem wizja systemu jest następująca: „Zorientowany na dłuższe życie w zdrowiu, potrzeby obecnego i przyszłego pacjenta oraz dostosowany do trendów demograficznych i epidemiologicznych system ochrony zdrowia, oparty na właściwych ilościowo i jakościowo: zasobach, procesach i wartościach efektywnie zarządzanych i prawidłowo alokowanych”.

Czy z tak sformułowaną wizją ktoś może się nie zgodzić? Czy ktoś może się nie zgodzić, że potrzebujemy systemu, który będzie:

- gwarantował powszechność ubezpieczenia zdrowotnego,
- zapewniał równy dostęp do świadczeń zdrowotnych – będzie zorientowany na pacjentów,
- kształtował postawy prozdrowotne, zapobiegał chorobom oraz zwiększał poczucie osobistej odpowiedzialności za własne zdrowie,
- zapewniał bezpieczeństwo zdrowotne – będzie systemem wydolnym i przejrzystym, w którym każdy pacjent otrzyma wysokiej jakości świadczenia zdrowotne bez zbędnej zwłoki i bez konieczności dokonywania nieprzewidzianych prawem opłat,
- zapewniał równowagę między uczestnikami systemu: świadczeniobiorcami, świadczeniodawcami, płatnikiem i regulatorem, gwarantował jasne i transparentne mechanizmy rozstrzygania sporów i dochodzenia praw,
- zapewniał wzmocnienie roli lekarza POZ oraz tworzył większe struktury świadczeniodawców, stopniowo integrujących POZ i AOS z leczeniem szpitalnym (opieka koordynowana),
- charakteryzował się wysoką zdolnością adaptacyjną i elastycznie odpowiadał na zmieniające się uwarunkowania, w tym epidemiologiczne i demograficzne,
- dysponował dostosowaną do potrzeb, wysoko wykwalifikowaną kadrą, zapewniającą jakość usług możliwie na najwyższym poziomie, zgodnie ze stan-



Fot. © iStockphoto.com

„Ochrona zdrowia jest przedmiotem różnych rozgrywek i ambicji politycznych”

dardami praktycznymi uprawiania zawodu i aktualnym poziomem wiedzy,

- posiadał nowoczesną infrastrukturę dostosowaną do rzeczywistych potrzeb zdrowotnych na poziomie kraju i regionu, stosował innowacyjne rozwiązania i technologie medyczne,
- zapewniał efektywność opieki zdrowotnej: produktywność, racjonalność, skuteczność oraz maksymalne wykorzystanie wszystkich zasobów finansowych, infrastrukturalnych i osobowych.

Jestem przekonana, że bardzo niewielu. Można zatem przyjąć, że wizję już mamy i – być może z jakimiś drobnymi poprawkami – powinna ona zostać zaakceptowana. Pozostaje do tak sformułowanej wizji wypracować jeszcze strategię, czyli określić cele krótkookresowe, długoterminowe i operacyjne, oraz tak ułożyć procesy, wdrożyć je oraz zarządzać nimi, żeby wszyscy interesariusze systemu mieli jasność, w jakim kierunku zmierzają. Taka strategia również została wypracowana we wspomnianym dokumencie.

Kto ma odpowiadać za wizję?

Jeżeli mielibyśmy myśleć o tak ważnym konsensusie w sprawie dróg dochodzenia do realizacji wizji, to jak najszybciej potrzebna jest dyskusja pomiędzy ekspertami i interesariuszami rynku zdrowia oraz wypracowanie ponadpartyjnego porozumienia, które powinno zyskać społeczną akceptację.

W 2013 r. opublikowane zostały dwa dokumenty na temat potencjalnych modeli funkcjonowania ochrony zdrowia: „System ochrony zdrowia w Polsce. Diagnoza i kierunki reformy” oraz „Zdrowie priorytetem politycznym państwa – analiza i rekomendacje”, opracowane przez dwie niezależne grupy ekspertów. Dokumenty te mogłyby stanowić punkt wyjścia do szerokiej, ponadpartyjnej dyskusji, której inicjatorem i patronem powinien być prezydent.

Do takiej ponownej dyskusji i wypracowania swego rodzaju paktu dla zdrowia zachęcam i namawiam. W przeciwnym bowiem razie ochrona zdrowia nadal będzie przedmiotem różnych rozgrywek i ambicji politycznych, a pacjent i system ochrony zdrowia będą zakładnikami i ofiarami polityków.

Od wielu już lat fakt ten potwierdzają wyniki Europejskiego Konsumentckiego Indeksu Zdrowia, który co roku ocenia z perspektywy pacjenta systemy ochrony zdrowia w 35 krajach Europy. Zajmujemy w nim, niestety, piąte miejsce od końca. Ranking daje wszystkim krajom jasną wskazówkę: odsuńcie polityków i innych amatorów od podejmowania decyzji w ochronie zdrowia.

*Anna Janczewska-Radwan
Autorka jest ministrem do spraw systemu ochrony zdrowia
w Gospodarczym Gabinetcie Cieni BCC.*