

Wsparcie dla map potrzeb zdrowotnych



Wiemy wszystko i nic

Trudno nie docenić znaczenia projektu „Mapy potrzeb zdrowotnych”. Trudno bagatelizować oczekiwania wobec niego. Czy jednak zadanie jest realne? Czy nie jest wyrazem złudnego przekonania, że można mieć dowolnie dużo, dowolnie szczegółowych, w pełni wiarygodnych informacji na dowolny temat, jeśli tylko – mając na to fundusze – uznamy to za potrzebne? Czy nie jest to wyrazem administracyjnego odruchu, żeby wszystkim, czym się da, sterować ręcznie?

„Dysponujemy – zdawałoby się – poważnym instrumentarium. Wystarczy zabrać się do dzieła”

Dysponujemy jednak – zdawałoby się – poważnym instrumentarium. Wystarczy zabrać się do dzieła. Są również pieniądze, w tym unijne, zwłaszcza na obsługę informatyczną zadania. Jest też niemała marchewka – nagroda w postaci funduszy unijnych, które otrzymamy na ochronę zdrowia, o ile będzie można wskazać związek planowanych działań z rzeczywistymi potrzebami.

Zdawałoby się, że wszystko mamy

Jeśli chodzi o instrumentarium, powtórzmy: zdawałoby się, że mamy wszystko. Wiemy dużo o tym, o co chodzi, czyli co to są potrzeby zdrowotne. Państwowy Zakład Higieny (PZH) podaje następującą definicję potrzeby: „odczuwany przez jednostkę stan braku czegoś, co w związku ze strukturą organizmu, indywidualnym doświadczeniem oraz miejscem jednostki w społeczeństwie jest niezbędne do utrzymania jej przy życiu, umożliwienia jej rozwoju, utrzymania określonej roli społecznej, zachowania równowagi psychicznej”, a potrzeby zdrowotnej: „rozbieżność pomiędzy rzeczywistym stanem zdrowia a stanem pożądanym”. Wobec tego wśród form zaspokajania potrzeb zdrowotnych jest również „likwidacja tych czynników i procesów, które decydują o stanie zdrowia gorszym niż pożądanym”. Ze względów praktycznych podkreśla się, że sformułowania „potrzeby zdrowotne” używa się jednak „w odniesieniu do potrzeb opieki zdrowotnej, które wiążą się z realizacją usług zdrowotnych”.

W ramach przygotowań do zadania buduje się rozwiązania instytucjonalne – wojewódzkie rady do spraw potrzeb zdrowotnych oraz określa szczegółowo ich skład: konsultanci wojewódzcy oraz osiem osób „wyróżniających się wiedzą w zakresie zdrowia publicznego” powołanych przez wojewodę, w tym przedstawiciele wojewody (przewodniczącego rady), marszałka województwa, oddziału wojewódzkiego NFZ (dyrektor), PZH, WUS, medycznych szkół wyższych z województwa, konwentu powiatów województwa i „reprezentatywnych” organizacji pracodawców. Pacjentów brak. Czy będą doproszeni?

Prawo

Rozporządzenie ministra zdrowia z 26 marca 2015 r. wymienia dziedziny analizy, określone jako części mapy, choć chciałoby się widzieć je raczej jako jej podstawy. Są to analiza demograficzna i epidemiologiczna oraz analiza stanu i wykorzystania zasobów. Ponadto

w mapie ma się znaleźć prognoza szczegółowo rozpisująca każdą z potrzeb zdrowotnych w odniesieniu zarówno do skali ogólnokrajowej, jak i regionalnej, precyzująca dodatkowo trendy z odwołaniem do analizy historycznej.

Mamy procedurę wdrożenia: dwie pierwsze regionalne mapy sporządza minister zdrowia. Będą one dotyczyły wyłącznie świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego. Kolejne regionalne mapy potrzeb zdrowotnych sporządzane będą raz na 5 lat przez wojewodę w porozumieniu z wojewódzką radą do spraw potrzeb zdrowotnych.

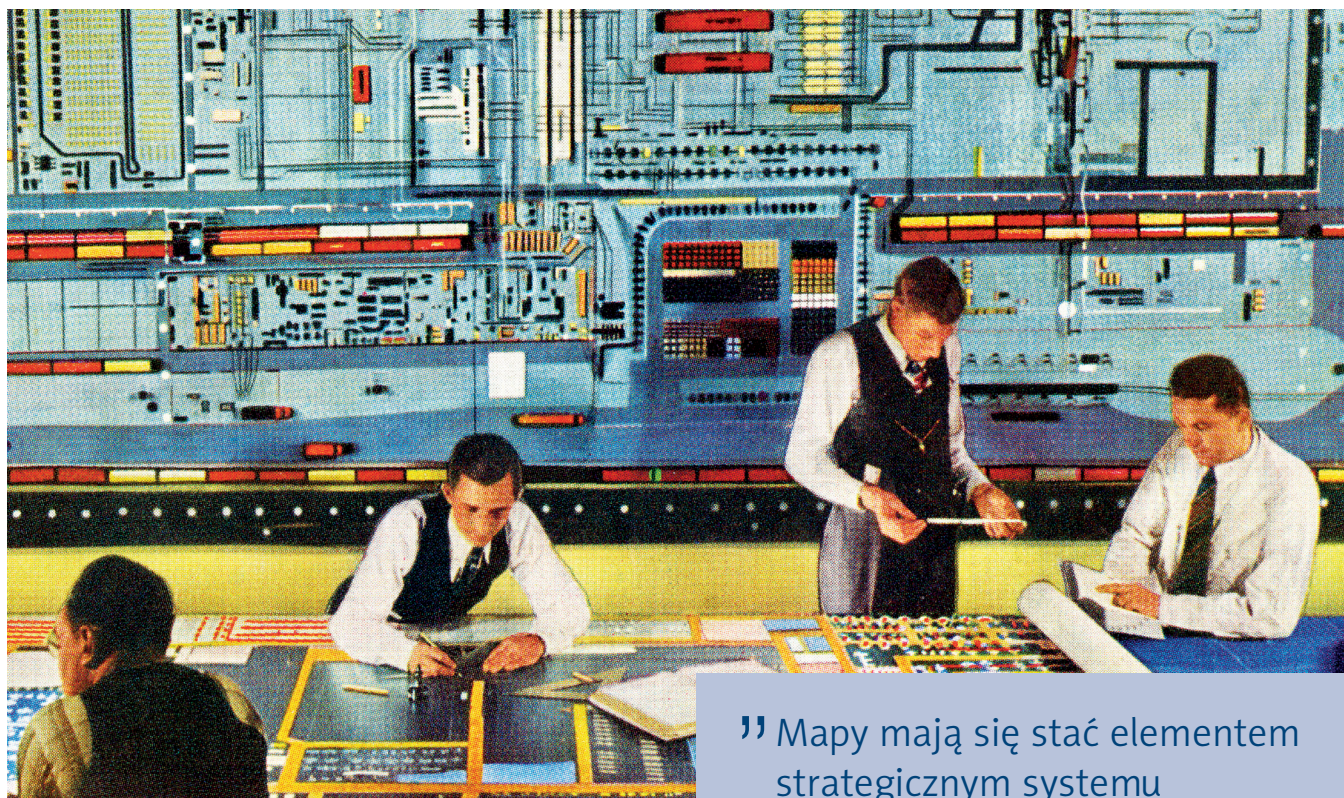
Mapy mają się stać elementem strategicznym systemu ochrony zdrowia, bez którego trudno wyobrazić sobie jego przyszłość. Na podstawie mapy regionalnej wojewoda w porozumieniu z wojewódzką radą do spraw potrzeb zdrowotnych ustali priorytety regionalnej polityki zdrowotnej. Na tej z kolei podstawie dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ sporządzi plan zakupu świadczeń opieki zdrowotnej na następny rok – kontraktowania. Mapy mają być w końcu podstawą do dystrybucji pieniędzy na ochronę zdrowia w nowej unijnej perspektywie finansowej na lata 2014–2020. To czyni ryzyka z nimi związane okolicznością szczególnie wrażliwą również politycznie.

Mamy zarys harmonogramu: PZH przygotowuje projekt mapy regionalnej i przekazuje go wojewodzie, który na tej podstawie sporządza mapę regionalną i przekazuje ją z powrotem do PZH. Na podstawie map regionalnych PZH sporządza ogólnopolską mapę potrzeb zdrowotnych i przekazuje ją wraz z mapami regionalnymi ministrowi zdrowia do zatwierdzenia.

Wątpliwości i strefa cienia

Tu nasuwa się wątpliwość podstawowa. Termin „mapa” sugeruje, że chodzi – powtórzmy – o wielowymiarową strukturę zawierającą obiekty powiązane wzajemnymi zależnościami. Wśród nich najważniejsze mają być potrzeby zdrowotne. Z rozporządzenia ministra wynika raczej coś innego. Wymienione są rozliczne, skądinąd niezbędne, analizy, które spodziewalibyśmy się znaleźć raczej wśród załączników. Ustawa sugeruje, że na podstawie wspomnianych analiz zostaną sformułowane priorytety polityki zdrowotnej i dalej strategię kontraktowania świadczeń oraz inwestowania.

Jest strefa cienia – luka między zadekretowaniem mapy i wynikających z niej priorytetów a ich wykonaniem. Jak to zrobić? A wcześniej, jak przejść od wymienionych w rozporządzeniu analiz do złożonej struktury zawierającej liczne obiekty powiązane wzajemnymi zależnościami – owych priorytetów. Jak uwzględnić w tej strukturze jej dynamikę, czego oczekuje ustawodawca. W rozwiązaniach ustawowych i załącznikach nie ma mowy o metodach. Pozostaje wiara w doświadczenie aparatu administracyjnego, czyli raczej improwizacja i intuicja. Czy są metody?



„Mapy mają się stać elementem strategicznym systemu ochrony zdrowia, bez którego trudno wyobrazić sobie jego przyszłość”

Mapy potrzeb zdrowotnych i dalej wspomniane priorytety nie są kwestią jednoznaczną – wymagają hierarchizacji, a ta uzgodnień. Co więcej, stanowią zobowiązanie polityczne. Stopień ich zaspokojenia może być źródłem politycznej oceny samorządu, więcej – rządu. Miarą sukcesu lub klęski. To kusi do ich dostrajania nie tyle do rzeczywistych potrzeb, ile do hipotetycznych możliwości, a te zależnie od okoliczności mogą być niedoszacowane lub przeszacowane. Pięniądze unijne, o które tu w dużej mierze chodzi, kuszą, ale też wymagają udziału własnego. Niewykorzystanie przyznanych lub złe wykorzystanie grozi co najmniej kompromitacją.

Z potrzebami zdrowotnymi konkurują zatem potrzeby polityczne i biurokratyczne, interesy lub oczekiwania zainteresowanych instytucji i organizacji. Ogólnie: minister lub wojewoda czy marszałek chcieliby bardzo z góry wiedzieć, jaki będzie wynik prac nad mapą czy mapami. Jeśli mają one wynikać z analiz, zechcą kontrolować owe analizy i ich wyniki. Ta chęć jest tyleż kontrowersyjna, co zrozumiała; tyleż zrozumiała, co niewykonalna, choćby z tego powodu, że zakłada istnienie jakiejś mapy, jakichś priorytetów uprzednich; tyleż niewykonalna, co niechybnie angażująca jałowe wysiłki i blokująca procesy zarządcze, z marnowaniem nakładów i czasu.

Inną okolicznością jest niski poziom zaufania wśród interesariuszy. Wątpliwościom co do kompetencji towarzyszą wątpliwości co do intencji. W sumie łatwo o obawy, że mapy i priorytety niekontrolowane odgórnie mogą się okazać jakoś złe. Nietrudno przewidzieć,

że w miarę realizacji narasta zagrożenie, że to właśnie z powodu kontroli mogą się okazać rzeczywiście niedobre. Gąszcz pułapek grozi wszystkim. Nie inaczej niż mogliśmy to obserwować w przypadku innych skomplikowanych projektów w ochronie zdrowia, np. informatyzacji.

Pesymizm interesariuszy

Trudno podejrzewać, że wspomniana luka – pominięcie instrumentarium w tak ważnej, bo sprawczej warstwie projektu – umknęła uwadze uczestników. Objawy niepokoju są aż nadto widoczne. Ich wyrazem są wahania, kto ma zacząć, kto ma dać wzór. Ma być odgórny – ministerialny. Ale jaki? Najbardziej przygotowanym w sensie zarówno teoretycznym, jak i praktycznym partnerem jest PZH. Nietrudno spostrzec, z jaką ostrożnością dopuszcza się tę instytucję do zadania.

Uczestnicy nie takie toczyli boje, ale czy można znowu założyć, że jakoś to będzie? Doświadczenie i obserwacja mówią nam, że wśród uczestników panuje fatalne przekonanie, że takiego instrumentarium nie tylko nie ma, ale być nie może. Że po wyczerpujących przepychankach w trakcie realizacji projektu i tak trzeba będzie przejść przez równie wyczerpujące

” W gremiach, które tworzą mapy, brakuje pacjentów. Czy będą doproszeni? ”

łatanie dziur, a potem niekończące się zarzuty o brak uzgodnień i wreszcie groźby utraty funduszy unijnych i prośby o łaskawe przymyknięcie oka.

Lektura uwag do rozwiązań legislacyjnych, np. do rozporządzenia ministra z 26 marca 2015 r. świadczą, że procedury konsultacyjne były prowadzone jak zwykle, czyli absolutnie niepartycypacyjnie. U kresu procedury uzgodnieniowej znajdujemy elementy, np. kwestie definicyjne, które powinny być rozstrzygnięte na początku.

Można się pogodzić

A jednak instrumentarium istnieje i jest do dyspozycji. Chodzi o partycypacyjne procedury budowania konsensu wśród zróżnicowanych, a nawet skonfliktowanych interesariuszy w sytuacji napięć, ale w obliczu wyraźnej marchewki, a tą są zwykle różnego rodzaju wspólne korzyści, np. finansowe, rozwojowe czy polityczne. Tego rodzaju instrumentarium importowane z Niemiec ćwiczyliśmy u nas satysfakcjonująco w latach 90. na przykład na Śląsku przy strategiach restrukturyzacyjnych. Tego rodzaju instrumentarium jest naszym produktem eksportowym na przykład do Gruzji czy Kosowa. Tego rodzaju instrumentarium przygotowaliśmy swego czasu dla ochrony zdrowia – dla szpitalnych i lokalnych strategii, ale nie tylko. W tym ostatnim wypadku mamy namacalny dowód, że problemem jest nie tyle brak instrumentarium, ile swego rodzaju fobia przed partnerstwem, przed zstąpieniem z wyżyny stołu prezydialnego, niewiara we własny autorytet. Traktowanie partnerów jak wrogiego otoczenia do opanowania, lęk przed oddaniem procedury zewnętrznemu, niezależnemu moderatorowi (informatyzacja).

Wprowadzenie rzetelnych procedur partycypacyjnych przy mapach potrzeb zdrowotnych jest szansą dla samych map, ale jest też szansą dla ochrony zdrowia szerzej i nie tylko. Jest szansą dla polityków na różnych szczeblach. Pozwala podzielić się odpowiedzialnością zgodnie z zasadą pomocniczości i chroni przed mnożeniem ryzyk politycznych tam, gdzie można by tego uniknąć. Nie ulega wątpliwości, że strategię niedodyskutowaną, niedopracowaną, źle wdrażaną lub po wdrożeniu zaniedbywaną są plagą naszego systemu ochrony zdrowia i nie tylko. Proponuję zastosować procedurę partycypacyjną jako najbardziej efektywną, gdy chodzi o szukanie przestrzeni konsensu i wbrew pozorom najszybszą. Zastosować do ratowania map ze

względu na ich wagę, choćby tylko w celu pozyskiwania funduszy unijnych.

Na czym to polega

Przede wszystkim dojrzała perspektywa partycypacyjna już na początku zakłada jednoznaczny styl podejścia do kwestii, kto zarządza procesem partycypacyjnym – moderator.

W sensie formalnym nie trzeba nic zmieniać w sformułowaniu „na podstawie mapy regionalnej wojewoda w porozumieniu z wojewódzką radą do spraw potrzeb zdrowotnych ustali priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej”. Procedura konsultacji partycypacyjnych czerpie swą moc zobowiązującą strony nie z legitymacji administracyjnej, ale jako konsekwencja wspólnej pracy rzeczywistych interesariuszy. Podkreślam „rzeczywistych interesariuszy”, gdyż nie chodzi o ich mniej lub bardziej zaufanych przedstawicieli.

Spyta ktoś, jak to możliwe. Liderzy zainteresowanych instytucji czy organizacji nie mają czasu na żmudne uzgodnienia – do tego mają upoważnionych przez siebie przedstawicieli lub ekspertów! Otóż nie. Porozumienia najlepiej nawet umocowanych przedstawicieli, jak wynika z doświadczenia, nie są dostatecznie zrozumiałe dla liderów i łatwo tracą moc wiążącą, nawet jeśli podpisano je potem w najbardziej uroczysty sposób, jeśli nie stoi za nimi proces ich osobistego, często trudnego i wyczerpującego dochodzenia do konsensu.

Formalnie papiery podpisuje wojewoda lub minister, ale to nie oni prowadzą proces partycypacyjny. Prowadzi go wynajęty zewnętrzny moderator. Nie ma stołu prezydialnego, a nawet najwyższy rangą VIP siedzi razem z uczestnikami.

Uczestniczą bezwzględnie wszyscy

Kwestia, kto uczestniczy, wstępnie jest rozstrzygnięta przez inicjatora lub inicjatorów, ale pierwszą fazę procesu konsultacyjnego stanowi analiza interesariuszy, kiedy to uczestnicy ustalają listę wszystkich zainteresowanych wynikiem zarówno w sensie pozytywnym, jak i – jeśli mieliby go np. blokować – negatywnym. Szczególnie istotni są ci spośród mających wpływ, których z najróżniejszych powodów nawet marchewka nie skusi. Jeżeli ten wpływ jest naprawdę istotny, organizatorzy muszą dysponować autorytetem lub poszukać takiego autorytetu, którego zaproszenia ów niechętny interesariusz już nie będzie mógł odrzucić. Ogólnie, lista uczestników określona w rozporządzeniu musi być utrzymana, ale zamiast „przedstawicieli” powinni być ich mocodawcy. Kto ostatecznie dodatkowo będzie partycypował w procesie, o tym zdecydują uczestnicy dla dobra efektu – konsensu praktycznie wiążącego układ lokalny, regionalny czy ogólnokrajowy. Tak! Konsensu realnego i wiążącego! Nadto wiele mamy przykładów uzgodnień prowadzonych bez udziału waż-

nych aktorów, które z powodu ich absencji okazują się nietrafne i niewiążące.

Kiedy już mamy wszystkich uczestników, moderatora oraz uzgodniony termin, miejsce i warunki do kilkudniowej wspólnej pracy w oderwaniu od codziennych obowiązków zawodowych, a nawet prywatnych, wówczas uczestnicy mają warunki do pracy i osiągnięcia wyniku – konsensu. W tym wypadku do zbudowania ustrukturalizowanej mapy potrzeb zdrowotnych oraz struktury priorytetów strategicznych ochrony zdrowia na podstawie wymienionych w rozporządzeniu analiz i zapewne innych jeszcze materiałów, które zlecą ekspertom.

Ponieważ tematem są potrzeby zdrowotne, etapem wciąż wstępnym, ale niezbędnym w procesie będzie burza mózgów na temat definicji potrzeby zdrowotnej i możliwie szczegółowa inwentaryzacja elementów składających się na znaczenie tego pojęcia.

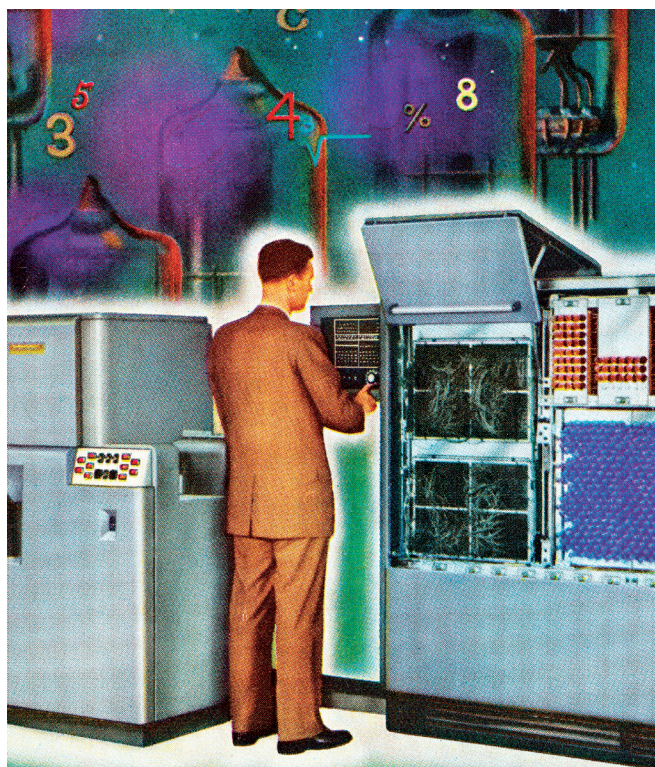
Od szczegółu do ogółu

Proces będzie przebiegać niejako z dołu do góry – od szczegółu do ogółu. To zapewnia uczestnikom wspólną pracę od początku do końcowego rozwiązania, wspólne rozumienie jego sensu i zaangażowanie we wdrożenie. Trudno bowiem w takich warunkach jak dotychczas spełniać jakiegokolwiek zasady partycypacji i zapewnić zgodę wokół wyniku, gdyż dokumenty i materiały nie tylko wstępne, ale pośrednie i końcowe przygotowuje zwykle wąskie grono liderów z ekspertami lub sami eksperci. Większość zainteresowanych dopraszana jest w fazie zaawansowanej, jeśli nie końcowej. O taki fatalny tryb pracy zabiegają zwykle urzędnicy i politycy, którzy chcąc kontrolować proces i dotrzymać terminów, kroczą jednak nieodmiennie drogą ku temu najmniej skuteczną.

Wspólna strukturalizacja problemów i celów

Samą procedurę zaczyna się od analizy problemów, w tym wypadku zdrowotnych. Uczestnicy, zgodnie z tym, co powiedziane wyżej, zgłaszają wszystkie szczegółowe problemy dotyczące zdrowia i jego ochrony. Każdy zgłoszony problem wchodzi do procesu, o ile uzyska wśród uczestników zgodę (konsens) co do swego występowania w charakterze nie tylko zjawiska, ale właśnie problemu. W razie różnicy zdań uczestnicy szukają nowego określenia problemu, które uzyskałoby zgodę wszystkich, lub sprawdzają, czy przyczyną nie jest złożoność zagadnienia. Wówczas wspólnie w podanym wcześniej trybie zgłaszają do uzgodnienia problemy składowe, za każdym razem kryterium jest zgoda wszystkich. Głosowanie jest wykluczone.

Uzgodniwszy pełną inwentaryzację problemów, korzystając z pomocy technicznej moderatora, pracują nad ich strukturalizacją. Każda relacja między elementami, każda decyzja o miejscu danego problemu wśród pozostałych, łącznie z określeniem tak zwanego problemu kluczowego, wymaga również zgody wszystkich.



To oznacza żmudną, czasem wielogodzinną pracę nad każdą kwestią. Tak uzgodniona struktura problemów przekształcana jest przy równie szczegółowych konsensualnych uzgodnieniach w strukturę celów. To jest nasze zestawienie priorytetów zdrowotnych. Efekt – satysfakcjonujący wynik w najkrótszym czasie, poprawne relacje z ekspertami.

Poprzestając na takim z konieczności niepełnym opisie, chcę dać obraz procedury, która – powtórzę – jest znana, praktykowana w budowie na przykład strategii lokalnych w Europie, a swego czasu również w Polsce, ale nie tylko. Jej pierwotna edycja znana jest z wykorzystania w siłach zbrojnych USA. Zastosowanie jej – dzięki elementom partycypacji rzeczywistych interesariuszy i to od samego początku pracy nad zadaniem – buduje zdrową relację między odpowiedzialnymi i zainteresowanymi wynikiem a ekspertami, którzy mają pomóc, a nie, jak to bywa, zarządzać procesem w imieniu swych mocodawców, nie ponosząc odpowiedzialności ani za sam proces, ani za wynik. Zastosowanie tej metody zmniejsza ryzyko pominięcia ważnych informacji. Odwrotnie – daje gwarancję wykorzystania całej wiedzy będącej w posiadaniu uczestników procesu nawet wówczas, a nie bywa to rzadko, gdy nie będąc ekspertem, każdy z osobna nie tylko czuje się, ale i jest w ograniczonym tylko stopniu kompetentny. W proponowanym procesie znaczenie każdego uczestnika określają nie jego ograniczenia, lecz kompetencje. Nietrudno zauważyć, że dotychczasowa praktyka sprzyja sytuacjom odwrotnym, a zadania związane z budową map potrzeb zdrowotnych i potem priorytetów kandydują bez wątpienia do listy takich sytuacji.

Wiktor Górecki