



PAP/Radek Pietruszka

PANDEMIA – RESET I POCZĄTEK MONITOROWANIA JAKOŚCI

Rozmowa z dr n. ekon. Małgorzatą Gałążką-Sobotką, dziekan Centrum Kształcenia Podyplomowego Uczelni Łazarskiego oraz dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego, wiceprzewodniczącą Rady NFZ, wiceprezes IFIC Polska.

W Polsce trwają nieśmiałe próby wprowadzenia modelu *value based healthcare* (VBHC), czyli płatności za wynik leczenia. Dlaczego to takie ważne?

Opieka zdrowotna skoncentrowana na wartości łączy jakość świadczeń, efektywność ekonomiczną oraz potrzeby, doświadczenia i oczekiwania pacjenta. Nie możemy o polskim systemie ochrony zdrowia powiedzieć, że jest pacjentocentryczny i zorientowany na jakość. Brakuje mechanizmów monitorowania oraz ewaluacji

jakości i bezpieczeństwa pacjenta. Placówki otrzymują wynagrodzenie bez względu na to, jak skutecznie chronią i odtwarzają zdrowie oraz poprawiają jakość życia w chorobach przewlekłych.

Nie sprawdza się zasada płatności za procedury?

Liczne analizy wskazują, że w wielu obszarach odstawiamy od leczenia zgodnego ze standardami i z nastawieniem na satysfakcję pacjenta. Z danych Ministerstwa

Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia na temat udarów mózgu wynika, że leczenie trombolityczne stosuje się u 13 proc. chorych z udarem niedokrwinnym. Przy tym od lat występują istotne różnice pomiędzy województwami: podlaskie 6,87 proc. *vs* podkarpackie 17,78 proc. Jednocześnie aż 14 proc. chorych jest leczonych na oddziałach, gdzie żaden pacjent nie otrzymał tej terapii. Z kolei w ramach projektu AstmaZero, w którym eksperci przeanalizowali dane z 5,6 tys. aptek dotyczące ponad 140 tys. osób realizujących recepty z powodu astmy, stwierdzono, że w 50 proc. przypadków leczenie jest nieoptymalne, czyli niezgodne ze standardami. Potrzebujemy standaryzacji opieki zdrowotnej opartej na najnowszej wiedzy medycznej.

W naszym kraju wiele mówi się o tym modelu, a jednocześnie niewiele robi, żeby jego założenia realizować.

W strategii NFZ na lata 2020–2023 kwestie jakościowe wybrzmiały, chociaż jeszcze nie spełnia to oczekiwań wielu środowisk. Płatnik mówi, że chce zwiększać mikroefektywność świadczeniodawców i działać na rzecz polskich pacjentów. Cele te mają się materializować w poprawie doświadczeń pacjentów w kontaktach z systemem publicznym, w tym w poprawie dostępności, bezpieczeństwa, jakości obsługi zarówno przez świadczeniodawców, jak i NFZ. To ważne deklaracje, ale proces wdrażania wymaga przyspieszenia. Od lat czekamy na ustawę o jakości, która doprecyzowałaby wiele elementów i dała jasny sygnał świadczeniodawcom, czego się od nich oczekuje.

Na razie na podstawie *value based healthcare* powstało kilka programów zdrowotnych, w tym KOS-zawał, który pokazał silne oddziaływanie koordynacji i kompleksowości na wyniki leczenia. Dzisiaj już powinien przestać być pilotażem, a stać się standardem. Z początkiem roku wchodzi KOS-BAR, czyli kompleksowa opieka specjalistyczna nad pacjentem wymagającym chirurgicznego leczenia otyłości olbrzymiej z najbardziej zaawansowanym dotychczas mechanizmem oceny jakości leczenia i premiowania za efekty. Ale to wciąż za mało. Wiele projektów koordynowanej opieki nastawionych na wzrost jakości leży w szufladach i czeka na swoją kolej. A czas ucieka, wymyka nam się też zdrowie i życie Polaków.

Epidemia spowodowała wyhamowanie zmian w ochronie zdrowia.

Dodatkowo pojawiło się wiele nowych problemów zdrowotnych do rozwiązania. Wraz z prof. Iwoną Kowalską-Bobko z Instytutu Zdrowia Publicznego *Collegium Medicum* Uniwersytetu Jagiellońskiego jesteśmy w trakcie realizacji projektu z London School of Economics, którego celem jest wypracowanie mechanizmów równoważenia systemów ochrony zdrowia i ich

NIE JEST TAJEMNICĄ, ŻE WIELE INWESTYCJI

SFINANSOWANYCH ZA GRUBE MILIONY

ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH DRYFUJE

POZA REALNYM ZAPOTRZEBOWANIEM

stabilizacji w realiach kryzysu. Nierównowaga oznacza sytuację, którą obserwujemy w Polsce od lat – rosące zasoby nie pozwalają na znaczącą poprawę kondycji zdrowotnej. Gdzieś nam te pieniądze uciekają. *Value based healthcare* pomaga równoważyć potrzeby zdrowotne i możliwości ekonomiczne.

Na ile Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia realizuje zadanie mierzenia efektywności?

Po pierwsze, CMJ ocenia procedury pomiaru i doskonalenia jakości, ale bez badania zgodności ze standardami leczenia i pomiaru efektywności. Po drugie, nie wszystkie podmioty dopuszczone do rynku usług zdrowotnych są zobligowane do poddania się akredytacji CMJ. Co prawda, warunkiem rozpoczęcia działalności jest wpis do rejestru wojewody oraz spełnienie wymagań kadrowych i infrastrukturalnych, ale w praktyce często placówki nie są nawet wizytowane. Kontrole NFZ skupiają się przede wszystkim na poprawności realizacji umowy, pomijając zdrowotne efekty pracy świadczeniodawcy. Brakuje mechanizmów oceny skuteczności klinicznej i efektywności ekonomicznej nabywanych usług. Poza tym ochrona zdrowia jest poddawana silnej presji rozwoju technologicznego. Zasoby, które dana jednostka miała kilka lat temu, powinny być ewaluowane. Fundamentem jakości jest też organizacja procesów, skuteczne i sprawne łączenie wszystkich elementów organizacji. Zgodnie z koncepcją Donabedian system zorientowany na jakość koncentruje uwagę na trzech wymiarach: strukturze, czyli zasobach, procesie i wynikach. W Polsce nie analizujemy tego kompleksowo, zasadniczo rozmawiamy tylko o strukturze. Nieliczni widzą ten ciąg i nim zarządzają.

Dlaczego nie analizujemy efektów pracy w medycynie?

Jakość nie jest paradygmatem zakotwiczonym w polskim systemie ochrony zdrowia, zatem nie tworzymy i nie wdrażamy powszechnie narzędzi do jej rozwoju. Nie jest też zwerbalizowana i twardo osadzona w przepisach prawa. Nie budujemy rejestrów medycznych. Dane gromadzone przez NFZ są obciążone przesłanką maksymalizacji marży świadczeniodawcy, nie odzwierciedlają rzeczywistej sytuacji w ochronie zdrowia. Mówią jedynie, ile i za ile kupiliśmy usług i proce-



Fot. Termedia

**LOKALNI POLITYCY CZĘSTO
NIE MAJĄ ODWAGI,
ŻEBY ZLIKWIDOWAĆ ONKOLOGIĘ
CZY POŁOŻNICTWO,
BO OZNACZA TO SAMOBÓJSTWO POLITYCZNE**

dur, trudno na ich podstawie budować rzetelny obraz epidemiologii. Choć muszę przyznać, że są najlepsze z tych, które mamy, i powinny być znacznie efektywniej wykorzystywane w procesie podejmowania decyzji. Gdybyśmy oprócz tych danych mieli klasyczne rejestry medyczne, nasze szanse na efektywne zarządzanie wzrosłyby wielokrotnie.

W jakich krajach udało się wdrożyć ten system?

Systemem płacenia za jakość zachwycili się między innymi Stany Zjednoczone, gdzie koncepcja *value based healthcare* ma swoje korzenie. To właśnie ten kraj najdotkliwiej doświadczył, że nie tylko w pieniądzech tkwi skuteczność ochrony zdrowia. Nie przynosi efektów samo zwiększanie finansowania, bez przyglądania się temu, co za to kupujemy. Stany Zjednoczone zaczęły szukać nowego modelu, ponieważ straciły równowagę,

kiedy wydatki rosły coraz szybciej, a wyniki populacyjne się zatrzymały, a w niektórych obszarach nawet spadały. Zmieniono sposób myślenia o organizacji systemu ochrony zdrowia, który nie może działać sam dla siebie lub dla wybranej grupy najbardziej uprzywilejowanych, ale dla każdego pacjenta – obywatela. Koncepcja VBHC zyskała wielu zwolenników także w Europie, która również poszukuje efektywności w organizacji opieki nad zdrowiem swojego społeczeństwa.

Pojęcie pacjentocentryzmu stało się bardzo popularne. Kiedy możemy powiedzieć, że system rzeczywiście jest zorientowany na pacjenta?

W moim przekonaniu, gdy uwagę skoncentrujemy na tym, co jest ważne dla pacjentów, a nie dla płatnika czy świadczeniodawcy. W wielu obszarach głos pacjentów jest niesłyszalny. Na przykład oczekują szybkiej diagnozy i skutecznego leczenia, które w możliwie najmniejszym stopniu wpłynie na pogorszenie jakości życia. Nie chcą być tygodniami zamknięci w szpitalu. Ale placówkom czasami bardziej oplać się ich przetrzymać. Marzenie o szybkiej diagnozie i rozpoczęciu leczenia ginie w wędrówce od specjalisty do specjalisty. Mnożymy badania i konsultacje, a wyniki są wciąż słabe: 20 proc. cukrzyków nie jest świadomych choroby, nowotwory wykrywamy zbyt późno, aby je skutecznie wyleczyć, a pacjent ze stwardnieniem rozsianym krąży po systemie ponad 2 lata, nim pozna diagnozę. A przecież pacjenci wiedzą, że w walce o ich zdrowie liczy się czas i skuteczność terapii.

Jakiś czas temu kierowałam badaniem, którego celem było zidentyfikowanie obszarów optymalizacji opieki nad pacjentami hematoonkologicznymi. Okazało się, że najbardziej brakuje im informacji i koordynacji oraz dostępu do nowoczesnego leczenia. Klinicyści widzieli natomiast potrzebę standaryzacji opieki opartej na wytycznych i zwiększenia dostępu do innowacyjnych technologii. Model *value based healthcare* pozwala spotkać się w pół drogi, łącząc oczekiwania wielu stron.

Jak znaleźć punkt stykowy tych dwóch perspektyw?

Przyglądać się, pytać i analizować, czego pacjent potrzebuje, co jest dla niego ważne, co mu najbardziej doskwiera. Jednocześnie informować go o możliwościach, jakie daje współczesna medycyna. Edukować, ale też nie bać się budować relacji partnerskiej, bo na niej można wytworzyć znacznie więcej wartości dodanej dla obu stron. Tak jak dzieje się to w twardym biznesie, gdzie firma nie stworzy usługi, której nie chcą klienci. Zanim coś im zaproponuje, zbada ich preferencje. Ile w Polsce przeprowadzono badań na temat doświadczeń i potrzeb pacjentów? Ile reform oparto na takich badaniach? Niewiele. A apel ministra zdrowia Adama Niedzielskiego o traktowanie pacjentów

jak klientów i ich szanowanie spotkał się w mediach społecznościowych z falą hejtu.

Perspektywy pacjentów mogą być różne.

Oczywiście, jeżeli zapytamy starsze osoby, czego oczekują, to odpowiedzą inaczej niż młodzi. Seniorzy często wolą cykl leczenia spędzić w szpitalu. Wielu z nich nie spieszy się do domu, ponieważ nie mają tam zapewnionej odpowiedniej opieki, nie ma kto ich zawieźć na wizytę kontrolną. Organizacja opieki zdrowotnej powinna brać pod uwagę m.in. wiek pacjenta, jego status społeczny czy specyfikę choroby. Redukcja łóżek może dotyczyć endokrynologii lub dermatologii, ale nie hematologii, której pacjenci to najczęściej osoby starsze, wymagające dłuższych hospitalizacji. Może dotyczyć łóżek ostrych, ale nie geriatrycznych, których brakuje jak tlenu.

Czy w Polsce jest akceptacja środowiska medycznego dla takich zmian? Niektóre placówki boją się, że nie będą w stanie spełnić wysokich standardów jakości.

Podejście świadczeniodawców jest jak moneta. Premiarowanie za wysoki poziom jakości ma swoich wiernych zwolenników i zagorzałych przeciwników. Fanami tej koncepcji są liderzy zmian w ochronie zdrowia, menedżerowie i pracownicy placówek, które od dawna w swojej kulturze organizacyjnej mają wryte doskonałe jakości. Ich zaangażowanie w poszukiwaniu nowoczesnych, skutecznych i efektywnych metod diagnostyki, leczenia, organizacji procesów, zarządzania zasobami oraz monitorowania efektów swojej działalności znacznie przewyższa średnią dla całego systemu. Wiem, że liderzy przebili ten szklany sufit, szczeliny przejścia do systemu nakierowanego na wartość zdrowotną są coraz większe. Ale ci, którzy przez ostatnie lata włożyli ogromny wysiłek w udaną transformację swoich placówek, chcieliby w końcu być zauważeni i docenieni.

Kto w takim razie obawia się zmian?

Przerażenie świadczeniodawców czasami nie wynika z tego, że mają bardzo dużo do nadrobienia, ale z niewiedzy, jaką drogą pójść, od czego zacząć, czy będą mogli liczyć na wsparcie. Poziom kompetencji menedżerskich jest bardzo zróżnicowany. Dlatego musimy edukować i promować dobre praktyki. A także tłumaczyć, że mechanizmy płacenia za efekt w założeniach nie mają taryfikatora kar. Przeciwnie, sednem tego modelu jest tworzenie systemu beneficjów za osiągnięcie ponadprzeciętnych efektów. Pamiętajmy też, że w VBHC jakość jest mierzona przede wszystkim w placówkach, w odniesieniu do pacjenta, a dopiero potem przez podmioty zewnętrzne. Dlatego potrze-

CI, KTÓRZY PRZEZ OSTATNIE LATA

WŁOŻYLI OGROMNY WYSIŁEK

W UDANĄ TRANSFORMACJĘ

SWOICH PLACÓWEK, CHCIELIBY W KOŃCU BYĆ

ZAUWAŻENI I DOCENIENI

bujemy zmiany kultury zarządzania, w której to dyrektorzy, ordynatorzy i personel poddają się ewaluacji, przyglądają doświadczeniom pacjentów, liczą koszty, porównują z innymi ośrodkami zgodność ze standardami i skuteczność swojego leczenia oraz szukają sposobów, żeby się doskonalić.

Obawy dotyczą tego, że placówki, które spełnią normy jakości, będą lepiej finansowane. Czy pogłębi to rozdzwięk między jednostkami ochrony zdrowia?

Nie możemy ciągle mówić, że NFZ musi dać tyle pieniędzy, żeby móc utrzymać infrastrukturę szpitala bez względu na efekty jego pracy. Jako sponsor tego systemu – płatnik składki – zadaję pytanie: czy wszystkie zasoby danego szpitala są dostosowane do rzeczywistych potrzeb mieszkańców regionu, na ile są efektywnie wykorzystywane? Może się okazać, że utrzymujemy infrastrukturę, która nie pracuje, a nie rozwijamy tego, czego krytycznie brakuje dla poprawy jakości życia, np. opieki długoterminowej. Czy na pewno nas na to stać? Nie jest tajemnicą, że wiele inwestycji sfinansowanych za grube miliony ze środków publicznych dryfuje poza realnym zapotrzebowaniem. Jeśli na oddziale położniczo-ginekologicznym, który wymaga utrzymania non stop bloku operacyjnego, rodzi się 80–100 dzieci rocznie, to oczywiste jest, że koszty utrzymania będą bardzo wysokie, a wynik poniżej zera. W medycynie powszechna jest zasada, że jeśli robisz czegoś mało, robisz to słabo i drogo. Powtarzalność procedur w jednym miejscu to gwarancja jakości, ale też droga do wzrostu wydajności zasobów, czyli niższych kosztów jednostkowych. Zgodnie z założeniami VBHC płatnik powinien uzależniać poziom finansowania od dostarczanych efektów zdrowotnych i doświadczeń pacjentów. Dzisiaj finansowanie w medycynie jest oparte na zasadzie urawniłowki, czyli jednakowych stawek dla wszystkich podmiotów. Komponent jakościowy w istniejących regulacjach jest skromny. Dotyczy tylko jednostek, które mają akredytację CMJ, a jest ich niewiele, bo 210 szpitali i 231 placówek POZ. Inne kryteria jakościowe premiiowane przez NFZ wdrażane są bardzo powoli. Mam wielką nadzieję, że jakość w końcu stanie się ważnym kryterium płacenia.

WIELE PROJEKTÓW KOORDYNOWANEJ OPIEKI

NASTAWIONYCH NA WZROST JAKOŚCI

LEŻY W SZUFLADACH I CZEKA NA SWOJĄ KOLEJ.

A CZAS UCIEKA, WYMYKA NAM SIĘ TEŻ ZDROWIE

I ŻYCIE POLAKÓW

Czy część szpitali może sobie nie poradzić?

Ten system nie polega na eliminacji, ale stymulowaniu do działania. W pewnym momencie trzeba skonfrontować się z twardymi danymi, a one mówią jednoznacznie, że nie stać nas na to, aby wszystkie zakresy medycyny były realizowane w modelu rozproszonym. Efekt skali działalności staje się coraz ważniejszą cechą współczesnej medycyny. Szansą na skuteczne leczenie jest wdrażanie innowacji, a one są drogie i wymagają wysoko wykwalifikowanych kadr. Aby taka działalność siępięła się finansowo, musi być powiązana z koncentracją procedur. Przy dzisiejszej sieci transportowej to nie odległość jest kryterium dostępu, tylko czas dotarcia. W wielu zakresach warto zapewnić transport pacjenta do ośrodka bardziej oddalonego, ale oferującego wyższą jakość.

Koncentracja niektórych świadczeń nie musi oznaczać likwidacji szpitali, tylko zmianę profilu ich działalności, który wpisuje się w niezaspokojone potrzeby zdrowotne, a tych jest ogrom. Stąd potrzeba stworzenia programu wspierającego restrukturyzację szpitali, motywującego do zmian, wzmocnienia ich kompetencji i narzędzi sprawnego zarządzania na podstawie danych, dostosowania portfela usług do faktycznego zapotrzebowania. Płatnik jako dysponent składki pacjenta jest zobowiązany tak alokować środki, żeby beneficjent otrzymał świadczenie porównywalnej, dobrej jakości bez względu na miejsce zamieszkania i poziom dochodów. Porównywalna jakość mierzona nie tylko odległością do placówki, lecz także szansą osiągnięcia tak samo dobrego rezultatu leczenia dla podobnych pacjentów.

Nie możemy myśleć głównie o tym, czego boją się świadczeniodawcy, bo ten system nie jest dla nich, on musi w końcu nakierować się na głównego aktora, czyli pacjenta i jego potrzeby. Niemniej musi też uczciwie traktować tych, dla których najważniejszym celem jest właśnie dobro chorego i którzy podejmują ogromny wysiłek, aby rzetelnie rozwiązywać jego problemy.

Czy nierentowne oddziały, a w niektórych przypadkach całe szpitale, są skazane na likwidację?

Nie widzę powodu likwidacji szpitali w Polsce, ale uważam, że jest ogromna przestrzeń do ich restruk-

turyzacji. Dzisiaj wiele placówek ma to, co jest w bliskim sąsiedztwie, np. chirurgów brakuje, za to istnieje bardzo dużo oddziałów chirurgii ogólnej, które walczą o tego samego pacjenta. A jednocześnie mamy mnóstwo niezaspokojonych potrzeb zdrowotnych, np. związanych ze zmianami demograficznymi i starzejącym się społeczeństwem. Dlatego szpitale muszą zrewidować swoje zasoby, wyciąć się z pewnych działalności, pacjentów powierzyć placówkom za miedzą, a uwagę skoncentrować na tym, w czym mogą się wyspecjalizować, czyli stać się subregionalnym dostawcą. Niderlandzka sieć szpitali Santeon jest doskonałym przykładem wyspecjalizowania ośrodków, które dzielą się danymi, dyskutują o ich wynikach i wyciągają wnioski. Patrzą, co wynika z liczb i twardej, obiektywnej oceny sytuacji, nie grają na emocjach. Takie podejście zwykle prowadzi do porozumienia, regionalnej specjalizacji. Mają kulturę współpracy, której nam tak bardzo brakuje. W Polsce ochrona zdrowia jest areną gier, rywalizacji i ambicji politycznych.

W jakim kierunku powinna iść transformacja?

Ramą transformacji powinny być jakość, bezpieczeństwo i efektywność. Zakres usług trzeba dostosowywać do potrzeb, a nie interesów. Na przykład łóżka ostre należy zamienić w długoterminowe, bo niezaspokojone potrzeby w tym obszarze są gigantyczne. Potrzebujemy rehabilitacji specjalistycznej, np. dla pacjentów ze stwardnieniem rozsianym, z chorobą Parkinsona, po udarach, a także wyspecjalizowanych ośrodków profilaktyki i leczenia otyłości. Trzeba wyjść poza schematy i sztywne ramy postrzegania szpitala, który musi mieć wszystkie oddziały, nawet jeśli połowa z nich jest powieleniem oferty pobliskich placówek. Przykładem udanej transformacji jest Szpital w Dziekanowie Leśnym, który marszałek województwa mazowieckiego był gotów zamknąć, bo stwierdził, że nie może dłużej go dotować. W końcu opracowano dla niego nowy plan działania. I tak stworzono jeden z najlepszych w Europie ośrodków leczenia mukowiscydozy. Nie sięgnięto po to, co powszechne, ale dostrzeżono, czego brakuje na rynku usług medycznych. Uważam, że każda placówka, która funkcjonuje w systemie i spełnia podstawowe normy, jest w systemie ochrony zdrowia do zagospodarowania. Przy takiej skali niezaspokojonych potrzeb każdy ma coś do zrobienia.

Dlaczego restrukturyzacja przebiega tak wolno?

Mam wrażenie, że wszyscy czekają na sygnał z góry. Rozmawiając ze starostami, wielokrotnie słyszałam: niech oni, w tej Warszawie, w końcu powiedzą, że nie ma zgody na takie małe i nierentowne oddziały, niech określą minimalną skalę działalności tam, gdzie jest to racjonalne. Kierunki te powinny być zdefiniowane w strategii dla systemu. Lokalni politycy często

nie mają odwagi, żeby zlikwidować onkologię czy położnictwo, bo oznacza to samobójstwo polityczne. Starostów, a nawet dyrektorów szpitali gotowych na zmiany jest wielu, ale nie uda się to bez strategicznego planu modernizacji i restrukturyzacji na poziomie państwa oraz wsparcia finansowego tego procesu. System *value based healthcare* jest narzędziem, które może być wsparciem dla tego procesu, ponieważ wykreśla ramy inwestycji pod kątem efektywności klinicznej, organizacyjnej i ekonomicznej.

O długotrwałą strategię dla ochrony zdrowia samorządy i środowiska medyczne apelują od lat.

Niemcy, Francja, Dania ogłosiły swoje długoletnie plany restrukturyzacji szpitalnictwa. Jasno określono, że nie potrzebują tylu łóżek, ale więcej opieki ambulatoryjnej, procedur jednodniowych. Procesy te rozpisali na 10 lat. Samorządy i menedżerowie szpitali dostali czytelne drogowskazy, dzięki którym wiedzą, w którym kierunku mają iść. Otrzymali też wsparcie finansowe i mają czas na realizację zmian. Jeśli w Polsce powstanie taka mapa drogowa, jestem przekonana, że samorządy i szpitale sobie poradzą. Na razie utknęły na rozdrożu – wiadomo, że dłużej nie może to tak funkcjonować, ale nikt im nie mówi, co dalej. Ta niepewność powoduje lęk i frustrację.

Dlaczego w Polsce z takim trudem przychodzi planowanie strategiczne?

Wydaje mi się, że to wynik nie tylko niskich kompetencji zarządczych, ale przede wszystkim deficytu przywództwa w sektorze. Wciąż przywoływane jest nazwisko prof. Zbigniewa Religi – nie tylko z racji osiągnięć w kardiologii, lecz także planu, jaki nakreślił dla ochrony zdrowia. Miał wieloletnie doświadczenie menedżerskie. Był innowatorem, kreatorem, niekwestionowanym przywódcą z wizją wykraczającą poza krótką perspektywę czasową. Potrafił też o nią walczyć. Zarówno wtedy, kiedy budował ośrodek transplantacji serca w Zabrze, jak i wtedy, gdy był ministrem zdrowia. Opracowanie strategii to jedno, ale istotą rzeczy jest jej realizacja. Nasze poszanowanie dokumentów strategicznych jest bardzo niskie. „Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020” to ważny dokument, który był podstawą uzyskania pieniędzy z Unii Europejskiej, ale potem niektórzy decydenci wręcz się od niego odcinali, kwestionując jego rzetelność. Mam nadzieję, że tego losu nie podzielią ważne strategie, na które czekaliśmy od lat: Narodowa Strategia Onkologiczna, Polityka Lekowa Państwa, Strategie NFZ na lata 2020–2023. Egzaminem dojrzałości będzie to, czy potrafimy te założenia wdrażać. Oczywiście pandemia po części zatrzymała ten proces, ale też determinuje rewizję i radykalną przebudowę wielu obszarów systemu, których słabości wystrzyły się w ostatnich miesiącach.

PANDEMIA ZROBIŁA STOP-KLATKĘ,

ALE NIE WRACAJMY JUŻ DO TEGO, CO BYŁO.

JEŚLI BĘDZIEMY CHCIELI WYŁĄCZNIE

ODZYSKAĆ WYDOLNOŚĆ SYSTEMU

SPRZED PANDEMII, DOJDZIE DO KATASTROFY.

POTRAKTUJMY TĘ SYTUACJĘ JAKO RESET

I MOMENT NA GŁĘBOKIE,

ODWAŻNE REFORMY OCHRONY ZDROWIA

Bez planu zrównoważonego rozwoju, koncepcji nowoczesnej organizacji i nowych zasad finansowania nie da się udrożnić sprawnej produkcji zdrowia.

Ministrowie zdrowia w Polsce zmieniają się średnio co 2 lata. Kiedy mają opracować strategiczne plany?

Ciągła zmiana koncepcji, brak konsekwencji we wdrażaniu zmian, przerywanie łańcuchów doskonalenia, bo zainicjowali je poprzednicy, a jednocześnie trwanie przy rozwiązaniach nieefektywnych, bo zaproponowaliśmy je my, opór przed wsłuchaniem się w głos praktyków i ekspertów, niechęć do innowacji – to tylko niektóre z naszych przypadłości. W Niderlandach system oparty jest na sztabie urzędników zdrowotnych, którzy nie podlegają tak silnie zmianom politycznym i kadencyjności. Ochronę zdrowia powierza się wysoko wykwalifikowanym specjalistom, którzy czuwają nad stałym doskonaleniem. W Polsce ochrona zdrowia nadal jest silnie upolityczniona, ale wydaje mi się, że decydenci coraz częściej widzą potrzebę strategicznego planowania.

Możemy mieć nadzieję, że pandemia niebawem się skończy albo przynajmniej wyhamuje. Co dalej z ochroną zdrowia?

Pandemia zrobiła stop-klatkę, ale nie wracajmy już do tego, co było. Jeśli będziemy chcieli wyłącznie odzyskać wydolność systemu sprzed pandemii, dojdzie do katastrofy. Potraktujmy tę sytuację jako reset i moment na głębokie, odważne reformy ochrony zdrowia. Konieczne jest zredefiniowanie ról i odpowiedzialności poszczególnych aktorów i stworzenie narzędzi do ich egzekucji. Jedno jest pewne – albo zaczniemy grać do jednej bramki, która nazywa się „kapitał zdrowia”, albo w rywalizacji o zaspokojenie partykularnych interesów pograżymy się w narastającej frustracji.

Rozmawiała Monika Stelmach

Więcej o jakości w ochronie zdrowia w tekstach „Nowotwory pewnych narządów nie powinny być operowane w każdej wsi” i „Kłopot z robotem da Vinci” na stronach 67 i 69.