

Wkrótce 200 tysięcy zakażeń dziennie

# CZY COVID-19 UZDROWI OCHRONĘ ZDROWIA?

Fot. iStockphoto.com

Jeśli nie uda się wyptańczyć krzywej zachorowań, to wkrótce – według prognoz – w Polsce odnotowywanych będzie nawet 200 tys. zakażeń wirusem SARS-CoV-2 dziennie. Nie ma podstaw sądzić, by do tej pory którykolwiek z problemów ochrony zdrowia rozwiązano. Wedle dotychczasowej nie tyle metody – bo jakiej? – ile praktyki, rozstrzygnięcia pojawiają się w ostatniej chwili, autorstwo i odpowiedzialność są rozmyte, wnioski niejasne, procesy niekontrolowane.

Odnosząc się do hipotezy katastrofy absolutnej – przeżyjemy szczyt epidemii, choć nie wszyscy. Co potem? Będziemy długo żyć z COVID-19, tak jak kiedyś z gruźlicą, która przed pojawieniem się szczepionki zabiła rodzeństwo naszych pradziadków. Odnalazłszy się jakoś w trochę mniejszym gronie – już po, czy zmienimy coś w zdrowiu własnym, publicznym, w państwie? Może być wszystko inaczej, a my możemy się nie zmienić.

Nie radzimy sobie z monitorowaniem procesów – cokolwiek się stanie, nie będziemy wiedzieli, co i jak. Nie wyciągamy wniosków, nie wyciągniemy wniosków. Nie wystarczy bowiem widzieć, jak ludzie chorują, jak umierają. Trzeba problemy nazwać i zmierzyć – posługiwać się miernikami i wskaźnikami, a to lekceważymy i w konsekwencji tego nie potrafimy. Czy w dyskusjach – centralizacja czy decentralizacja, prywatyzacja czy nacjonalizacja, prywatne czy publiczne, NFZ czy Ministerstwo Zdrowia – posługujemy się wskaźnikami? Czy wiemy, co się stało z niedysyjszą reformą

i kasami chorych? Czy upadła, choć się udała, a skoro tak, to dlaczego? Czy upadła, dlatego że się nie udała, a jeśli tak, to co się nie udało? Teraz dowiadujemy się, że statystykę medyczną doprowadzają do katastrofy dramatyczne opóźnienia i jakość dostarczanych danych, które zdaniem obserwatorów są przedmiotem notorycznych manipulacji. Jednym z dowodów są mapy potrzeb zdrowotnych, z których nie można korzystać. I teraz, przy COVID-19, mamy z tym również do czynienia.

Czekając na niewiadomą za progiem, możemy odnotować kilka rzeczy zastanawiająco niepokojących i trwałych. Są wśród nich do znudzenia powtarzające się: pozorny dialog, błakająca się informatyzacja, toksyna zarządcza znaczonych pieniędzy ministra na wypłaty, tor przeszkód dla dyrektorów szpitali, tasowanie układu instytucjonalnego, znikające centrum decyzyjne, jazda po problemach bez wskaźników i mierników – po omacku, ignorowanie sukcesów medycznego sektora prywatnego (*vide*: Comarch, LUX MED, Gilead



Science) oraz ignorowanie sukcesów instytucjonalnych zagranicznych (*vide*: Niemcy, Szwajcaria, Izrael).

### Dziwi, niepokoi, zalega

Po dość żalonych negocjacjach z rezydentami jeden z liderów młodego pokolenia lekarzy uznał, rzecz dziwna, że mocną stroną byłego wiceministra zdrowia Janusza Cieszyńskiego był dialog. To wyraźne obniżenie wymagań i oczekiwań lub inaczej – głęboki pesymizm. Ów młody lekarz dodał do tego informatyzację, co równie dziwne wobec zanikającej, przemilczanej, choć podobno uzgodnionej e-strategii autorstwa byłej minister cyfryzacji Anny Streżyńskiej.

Finansowanie w kliniczce przemilczeń – mowa o braku pieniędzy, gdy znajdują się na wszystko inne. Słyszemy hasło 6 proc., choć wiadomo, że już teraz to za mało. Młodzi lekarze i nie tylko oni – już wszyscy kierujemy prośby i groźby do ministra o zwiększenie finansowania, bo finansowe wrzutki ministerialne, choćby pamiętna ustawa 203 i te ostatnie, są toksyczne z punktu widzenia organizacji systemu. To też objaw rezygnacji i obniżenia oczekiwań. Mamy składkę – za małą, i to o połowę, ale do niedawna, przy wzroście gospodarczym mechanizm składki był skuteczny jako bodaj jedyny. Mechanizm ten zawiera wspomnienie solidarności społecznej: bogaci na biednych, zdrowi na chorych. Solidarność w dobie epidemii stanowi dobro

## TO, CZEGO NIE WYMUSIŁY MAPY POTRZEB ZDROWOTNYCH, WYMUSIŁ COVID-19

chronione o najwyższej wartości. Finansowanie budżetowe nie ma wiele wspólnego z logiką solidarności.

### Modelowanie dynamiczne i zarządzanie procesowe

W związku z COVID-19 warto odnotować coś niezwykle istotnego i nowego. Mamy nowe narzędzie zarządcze uruchomione dla COVID-19 – modelowanie. Jest to próba podejścia procesowego do ochrony zdrowia, uwzględniająca również jej otoczenie społeczne. Interdyscyplinarne Centrum Modelowania Matematycznego i Komputerowego Uniwersytetu Warszawskiego już znacznie wcześniej budowało modele procesu epidemicznego, wówczas dla grypy. Jakoś nie zostało to zauważone, gdy system pocił się nad mapami potrzeb zdrowotnych. COVID-19 to teraz wymusza, choć z oporami, których świadectwem jest to, co widzimy.

To, czego nie wymusiły mapy potrzeb zdrowotnych, wymusił COVID-19. Wymusił, choć w zakresie ograniczonym, pomocniczym – bierze się pod uwagę modelowanie, ale ochrona zdrowia nie jest w stanie włączyć go do systemu zarządczego, również mentalnie. W stosunku do naszej ochrony zdrowia używamy określenia „system” nadmiarowo – to raczej niedobrze zidentyfikowany, dryfujący obiekt reagujący na równie nieskoordynowane bodźce z różnych stron. Samo wydarzenie – modelowanie może, co więcej, powinno stać się okazją do oczekiwań wobec regulatora, czyli Ministerstwa Zdrowia i w konsekwencji całej ochrony zdrowia. Chodzi bowiem o zarządzanie procesowe. Modelowanie, o którym mówimy, odnosi się do procesów, ma charakter dynamiczny, nie statyczny. I w tym rzecz. Dopiero z tym można mówić o zarządzaniu z prawdziwego zdarzenia.

Ochrona zdrowia musiała się bardziej skonfrontować niż do końca sięgnąć po to dojrzałe narzędzie zarządcze, dostarczone, co ważne, z zewnątrz systemu, powstałe bez udziału centralnej biurokracji rządowej. Z tego może wynikać bardzo dużo, choć jak zwykle – nie musi.

Trzeba podkreślić, że modelowanie procesowe nie tylko można, ale powinno się zastosować w całym systemie ochrony zdrowia: w zarządzaniu szpitalami, w zarządzaniu regionalnym, w zarządzaniu lokalnym, z POZ włącznie, i w leczeniu. Rozwiązanie, jak widać, nadchodzi nie z wewnątrz systemu, ale z zewnątrz. System musi się tego nauczyć – musi się otworzyć na nowe narzędzia, metody i na partnerów zewnętrznych, również prywatnych. Doświadczenie i potencjał nie z centrum, nie państwowe należą do doświadczeń

stanowiących zasób społeczny. Ignorowanie go z motywów w istocie mitologicznych, niesprecyzowanych czy wynikających z psychologii władzy jest nie tylko niepragmatyczne, ale problematyczne z punktu widzenia moralnego.

### Ratunek z Warsaw Genomics

Podobne doświadczenie stało się udziałem administracji ministerialnej w związku z testowaniem zakażeń. I tu pomoc przyszła z zewnątrz. Z trudem akceptowana, ponieważ nie z wewnątrz, nie z centrum, nie państwowa. Ministerialne dąsy było widać przy pamiętnej radykalnej niewydolności systemu ochrony zdrowia w dziedzinie testowania.

– *Od 20 marca do 14 kwietnia zrealizowaliśmy bezpłatnie, bez żadnego wsparcia ze środków publicznych ponad 28 tys. testów dla pacjentów, lekarzy, ratowników medycznych, pracowników szpitali, stacji sanitarno-epidemiologicznych, a także podopiecznych i pracowników domów pomocy społecznej. Wszystkie testy zostały opłacone wyłącznie z pieniędzy pochodzących od podmiotów skupionych w koalicji firm wspierających walkę z koronawirusem oraz środków własnych spółki. Było to możliwe głównie dzięki sprawności organizacyjnej, determinacji i zaangażowaniu zespołu Warsaw Genomics. Jednocześnie zwracamy uwagę, że laboratorium Warsaw Genomics nigdy nie wykorzystowało pełnej przepustowości i potencjału – stwierdzają przedstawiciele Warsaw Genomics.*

Warsaw Genomics powstała w 2015 r., początkowo jako *spin-off* Uniwersytetu Warszawskiego. Dziś jako samodzielna spółka specjalizuje się w diagnostyce genetycznej.

### E-recepta i e-zdrowie u konkurencji

E-recepta jest w obecnej sytuacji zbawienna, ale czy to jest informatyzacja ochrony zdrowia? Tego rodzaju ułatwienia wobec ich dotychczasowego braku są bez wątpienia bardzo ważne dla lekarza i pacjenta. Mają jednak charakter w dużym stopniu administracyjny. Czy zbliżają nas istotnie do wsparcia leczenia: czy to z perspektywy lekarza, czy pacjenta, czy systemu jako całości? Nikt rzecz jasna nie mówi, że to ma być koniec. Mamy zapewnienia, że to początek. Ale i tu publiczny system jest dystansowany przez działające w Polsce rozwiązania prywatne, choćby Comarch czy LUX MED. Mamy opóźnienie w informatyzacji, a w konsekwencji wielowymiarową blokadę obciążającą całość ochrony zdrowia: leczenie, profilaktykę, zarządzanie i bardziej szczegółowo – zarządzanie trasami karetek pogotowia. Może nie blokować e-zdrowia, nie konkurować z firmami prywatnymi, ale poszukać rozwiązania synergicznego z partnerami zewnętrznymi?

### Zarządzanie przez tasowanie

Dowiadujemy się o planach podporządkowania szpitali wojewodom. Czy zdefiniowano dotychczasowe

problemy w ich kontekście dynamicznym – procesowym? Bez wątplenia większość menedżerów i lokalnych polityków miałyby wiele do powiedzenia na ten temat. Również z poziomu centralnego wiele o tym powiedziano. Podejmowanie decyzji nie polega jednak u nas na monitoringu i analizowaniu dynamiki procesów. Układ instytucjonalny traktowany jest jak nieuporządkowany zbiór węzłów gordyjskich, które rozcina się, a potem zamyka oczy i zatyka uszy. W ten sposób zlikwidowano firmę Falck. Czy wpływ tej decyzji na ochronę zdrowia i jej obecna gotowość został zmierzony? Zarządzanie procesowe jest w Polsce znane. Działają firmy instalujące i wdrażające to rozwiązanie u klientów. Można uniknąć tasowania z zamkniętymi oczami, ale trzeba się otworzyć na partnerów zewnętrznych, dziwnym trafem bardziej twórczych.

### Czy COVID-19 uzdrowi ochronę zdrowia?

Jeśli ten kryzys, którego głębię dopiero poznamy, ma uzdrowić ochronę zdrowia, musiałby spowodować wielką presję pacjentów i pracowników medycznych – szerzej presję ogólnospołeczną i szok po stronie rządzących. Czym objawia się choroba? Powtórzę: rozstrzygnięcia w ostatniej chwili, autorstwo i odpowiedzialność rozmyte, wnioski niejasne, procesy niekontrolowane.

Zdrowie pacjenta, zdrowie publiczne, solidarność społeczna mimo deklaracji nie należą do kluczowych dóbr chronionych, jak to się mówi: wartości w praktyce zarządczej centrum administracyjnego i regulacyjnego ułożonego w ministerstwie, jeśli nie wyżej. Wyrazem tego jest niejako istotowa, strukturalna niezdolność ministerstwa do uczestnictwa w dialogu i przyczyniania się do stosowania procedur partycypacyjnych w budowaniu strategii. „Partnerską” instytucją jest kompromitująca się *nomen non omen* Rada Dialogu Społecznego, której brak dialogu zarzucają choćby związki zawodowe, również te z ochrony zdrowia. Mam na myśli pielęgniarki.

Kluczowe dobra chronione Ministerstwa Zdrowia wynikają ze specyfiki jego otoczenia instytucjonalnego, z konieczności wikłającego resort w grę polityczną. Ta zaś dzieje się na innym zgoła polu niż to, gdzie funkcjonuje ochrona zdrowia. W szczególności ta gra odnosi się do emocji i mitów społecznych, którym ulegają, często prawdziwie, sami jej uczestnicy. Do elementów tej mitologii należą choćby hasła: centralizacja i decentralizacja, jeśli zapomina się o monitoringu i kryteriach. Dotyczy to także haseł: prywatne i publiczne. Uderzający pęd centralizacyjny i niechęć do prywatnego – nieodwołujące się do rozmowy o problemach traktowanych jako wskaźnikowane i mierzalne, nieodwołujące się do procesów wskaźnikowanych i mierzalnych – można obserwować w gronie centralnej biurokracji w ochronie zdrowia.

Wiktor Górecki