

Trzydzieści lat z życia uczelni



SGH

**SGH SZKOŁĄ ROKU
2022/2023**
aliansu CEMS

→ STR. 4

**WYKŁAD
INAUGURACYJNY**
prof. Jana Klimka

→ STR. 7

**NAWET JEŚLI
SAMOCHODY
BĘDĄ LATAĆ,**
motoryzacja
ma przyszłość

→ STR. 35

**WĘDRÓWKI
Z KARIERĄ**
i rozmowa z posłem
Adamem Gomołą z SGH

→ STR. 54

Jak sprawić, by interwencje państwa w ochronie zdrowia w Polsce były skuteczne?

 ROBERT MOŁDACH

W Strefie SGH 7 września 2023 r. podczas Forum Ekonomicznego w Karpaczu został zaprezentowany raport otwarcia nowo powstałego **Think Tanku #SGH dla ochrony zdrowia**. Raport „Leki, świadczenia, technologie. Proponowane kierunki zmian w perspektywie 5-letniej” jest pierwszym efektem pracy tego zespołu **pod kierownictwem dr hab. Moniki Raulinajtys-Grzybek, prof. SGH**. W opracowaniu zidentyfikowano i poddano analizie wyzwania, przed którymi stoi lub stanie system ochrony zdrowia w Polsce w ciągu najbliższych pięciu lat. Oto jedna z trzech recenzji raportu otwarcia autorstwa dr. Roberta Mołdacha.

SPOŁECZEŃSTWO UPODMIOTOWIONE

Prof. Raulinajtys-Grzybek przedstawia odpowiadające potrzebom pacjentów i wychodzące naprzeciw wyzwaniom systemu ochrony zdrowia w Polsce działania, które powinno podjąć lub rozwijać państwo, by podnieść efektywność, jakość, skuteczność opieki zdrowotnej oraz ograniczyć nierówności w zdrowiu. W obszarze świadczeń propozycje działań obejmują dostępność i kompleksowość badań profilaktycznych, technologie cyfrowe, ekosystem działania placówek zdrowotnych, kontraktowania świadczeń, ramy prawne działalności, modele finansowania, jakość opieki, potencjał zawodów medycznych czy wreszcie kulturę organizacyjną i edukację personelu. Cele te są jak najbardziej słuszne. Warto w tej sytuacji zadać pytanie o zdolność państwa do ich realizacji. Warto zidentyfikować bariery, z jakimi państwo musi się zmierzyć oraz luki w jego potencjale.

Odpowiedź na pytanie o kształt skutecznych interwencji publicznych w ochronie zdrowia w Polsce wymaga w pierwszej kolejności rozmowy o zdolności państwa do kształtowania i realizacji polityk publicznych. Od tej zdolności zależy wybór celów i środków interwencji mających przynieść oczekiwane rezultaty oraz ich skuteczność. Przypomnijmy na początek archiwalny schemat legislacji, z którym można było spotkać się w trakcie prezentacji koncepcji regulacyjnych jeszcze na początku bieżącego stulecia. Jego oś i pierwszy element stanowił tzw. pomysł legislacyjny, czyli koncepcja regulacyjna – proponowana przez resort podejmujący inicjatywę legislacyjną – mająca w swoim zamiarze rozwiązać zidentyfikowany problem publiczny. Problem w tym, że zarówno wybór zagadnienia, jak i jego rozwiązania nie był wynikiem szerokiego dialogu społecznego. Panovalo przekonanie, którego elementy można wciąż

27 czerwca 2023 r. w SGH podpisano porozumienie powołujące do życia Think Tank #SGH dla ochrony zdrowia. Utworzenie nowego, innowacyjnego centrum badań i analiz poświęconego sektorowi zdrowia i ochrony zdrowia to wspólna inicjatywa SGH oraz trzech firm mecenasów – **Grupy LUXMED, GE HealthCare oraz Polpharmy**.



dostrzec, że rolą władzy publicznej jest wybór kierunków i metod rozwoju, a prawem interesariuszy tylko tego ocena. Rzadkością było i w dużym stopniu wciąż pozostaje, by władza publiczna prezentowała interesariuszom problem i alternatywne metody jego rozwiązania wypracowane we wcześniejszym szerokim dialogu eksperckim. Jeszcze rzadsze były i pozostają sytuacje, by społeczeństwo uczestniczyło w definiowaniu problemów, chyba że dotyczy to sytuacji określanych popularnie jako „gaszenie pożarów”, gdzie protest społeczny rodzi bezpośrednie skutki polityczne.

Przystąpienie Polski do Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) w 1996 r., a następnie przyjęcie przez nasz kraj w 2001 r. zasad poprawnej legislacji sformułowanych w zaleceniach Rady OECD¹ z 1995 r. zrodziło nadzieję, że relacja między władzą a społeczeństwem będzie bardziej włączająca, respektująca podmiotowość społeczeństwa i reprezentujących je partnerów społecznych. Przywołane zalecenia Rady OECD określały dobre praktyki tworzenia prawa w formie dziesięciopunktowej listy kontrolnej. Pierwsze pytanie na liście dotyczyło sprawy fundamentalnej, czyli definicji problemu – tego, czy został prawidłowo zdefiniowany. Jak możemy przeczytać w zaleceniach, problem, który ma być rozwiązany, powinien być precyzyjnie określony, z wyraźnym wskazaniem jego charakteru i rozmiaru (skali), a jego opis powinien wyjaśniać, dlaczego powstał (to znaczy, identyfikować motywacje podmiotów, których dotyczy i wynikające z nich zachowania). Ta druga część, czyli identyfikacja relacji i analiza przyczyn źródłowych, przysparza nam nadal trudności. Nie da się bowiem odpowiedzieć na te pytania bez wysłuchania i uwzględnienia głosu partnerów społecznych.

Rządzący na całym świecie chętnie wybierają drogę na skróty, która pomija dogłębną identyfikację problemu i stojących za nim przyczyn. Co jest tego powodem? Odpowiedź jest złożona i w każdym wypadku wymaga indywidualnej oceny. Jednak zwykle w tle odnajdziemy pokusę łatwych kroków zamiast realizacji wymagających i ryzykownych politycznie celów, przekonanie o uniwersalności pewnych rozwiązań, chęć wprowadzenia szybkich zmian, chybioną oś programową, ślepa doktrynę czy wreszcie deficyt kompetencji. W efekcie tak lubiany „pomysł” legislacyjny wciąż powraca jako sposób na rozwiązywanie tylko z pozoru zrozumiałych problemów. By temu przeciwdziałać, konieczny jest głos środowisk, w tym wypadku świata nauki. Wpisują się w ten postulat propozycje stawiane przez Raulinajtys-Grzybek. Jednak by nadać im realną wartość, konieczna jest otwartość ze strony władzy, dopuszczająca publiczną refleksję, że optymalne rozwiązania nie są jeszcze poznane.

ODGÓRNIEM CZY WSPÓLNIE Z INTERESARIUSZAMI?

Opisane w zaleceniach Rady OECD wezwanie do identyfikacji problemu jest dobrze rozpoznanym zagadnieniem w dziedzinie budowania zdolności państwa do kształtowania wartości publicznej. W wielu przypadkach, nie tylko w Polsce, decydencki popełniają błąd, koncentrując się na wybranym rozwiązaniu bez właściwego sformułowania i przedyskutowania problemu. Prowadzi to do projektowania typowych interwencji typu „business-as-usual” bez odniesienia się do sedna sprawy. Tymczasem większość problemów w sektorze publicznym, a szczególnie w ochronie zdrowia, jest bardzo złożonych i wymaga precyzyjnej dekompozycji przed wskazaniem rozwiązania.

Compton i Hart², którzy przedstawili piętnaście dogłębnych studiów przypadku, będących przykładem udanych strategii

z różnych krajów i sektorów gospodarki, pokazali m.in. złożone przyczyny stojące za sukcesem brytyjskiego NHS w skróceniu czasu oczekiwania na świadczenia zdrowotne. Jest to również ważny cel dla Narodowego Funduszu Zdrowia. W przypadku NHS sposób rozwiązania tego problemu nie był drogą na skróty. Jak zauważa Andrews³, za sukcesami takimi jak ten stoją dwie konkurujące ze sobą metodologie. Pierwszą, określaną skrótem SLDC, cechuje zmiana napędzana przez rozwiązania i liderów (ang. *Solution and Leader Driven Change*). Reprezentuje ona prawdopodobnie najczęściej spotykane podejście w kształtowaniu polityk rozwoju i wylania się w szczególności z badań Growth Commission prowadzonych przez Spence’a⁴. W tej metodologii przyjmuje się, że udane transformacje mają miejsce wtedy, gdy w czasach kryzysu właściwa polityka publiczna jest wcielana w życie przez niekwestionowanych liderów, którzy następnie dźwierzają stabilną władzę przez wystarczająco długi czas, aby wdrażać odgórnie kreowane rozwiązania. Tę narrację odnajdujemy we współczesnej Polsce, gdzie nabiera ona szczególnego wymiaru w okresie przed wyborami parlamentarnymi 2023 r.

Drugą metodologię, określaną skrótem PDIA, cechuje podejście iteracyjne wychodzące z analizy problemu (ang. *Problem Driven Iterative Approach/Adaptation*). To spojrzenie na politykę rozwoju zostało opracowane na Uniwersytecie Harvarda i zweryfikowane na przestrzeni ostatnich dwóch dekad w szeregu państw. Przeciwnie do SLDC, opartego na sile oddziaływania wiodących liderów i uniwersalnych wzorców (modeli), PDIA jest nastawione na problem i jego pełne zrozumienie⁵. Zakłada, że udane transformacje mają miejsce, gdy ambasadorzy zmian nie przyjmują postaw hegemonicznych, ale inspirowani przez interesariuszy współdziałają w procesach, które przyniosą odpowiedzi na specyficzne problemy rozumiane na poziomie ich pierwotnych przyczyn przez interdyscyplinarne zespoły problemowe.

SLDC oraz PDIA to dwa przeciwstawne podejścia do polityki rozwoju. Pierwsze jest oparte na przyjęciu modelowego rozwiązania zaczerpniętego z politycznej doktryny, własnego doświadczenia liderów, doświadczeń innych państw lub sektorów gospodarki, w których to rozwiązanie sprawdziło się. To są właśnie te „pomysły” rozwiązań legislacyjnych wdrażających polityki publiczne, których byliśmy i do pewnego stopnia pozostajemy świadkami. W tym wypadku lider, pretendujący do roli reformatora, dogłębnie rozumie wyzwanie i jest przekonany, że rozwiązanie, które proponuje przyniesie oczekiwany rezultat. Problem polega na tym, że udane wdrożenia polityk publicznych w złożonych warunkach społecznych i ekonomicznych oparte na podejściu SLDC nie są codziennością. Źródła porażek takich reform wynikają nie tylko z chybionych koncepcji strategicznych, ale także z braku stabilnego środowiska politycznego gwarantującego konsekwentne trzymanie się planu. W ochronie zdrowia, nawet jeśli przyjąć, że pewne reformy minionych dekad były celowe, to i tak wielokrotnie nie mogliśmy poznać ich końcowych rezultatów ze względu na zmianę układu politycznego.

Analizując pod kątem wykonalności propozycje Raulinajtys-Grzybek, warto traktować jako przestrożę obserwacje skuteczności polityk publicznych realizowanych przy wsparciu finansowym Banku Światowego. Jak wykazał Andrews⁶, wyniki 999 takich projektów wdrożonych w ponad 100 krajach w latach 2016-2020 są zróżnicowane. Spośród tej liczby tylko 295 działań przyniosło zadowalające lub bardzo zadowalające rezultaty, 105 było wysoce niezadowalających lub po prostu niezadowalających, podczas gdy pozostałe 599 uważano za umiarkowanie

zadowalające lub umiarkowanie niezadowalające. Jakby tego było mało, Andrews pokazał, że w przypadku 477 projektów, tj. w prawie połowie przypadków, istniało wysokie lub znaczące ryzyko, że ich rezultaty nie zostaną utrzymane.

DIALOG I WSPÓLDZIAŁANIE

Co więc należy zrobić, aby interwencje takie jak postuluje Raulinajtys-Grzybek były zrealizowane? Jak rozstrzygać, które problemy są pierwszoplanowe i które inicjatywy służące zdrowiu pacjentów powinny być podejmowane, aby je rozwiązać?


Wybór optymalnych działań w polityce publicznej ochrony zdrowia nie raz udowodnił, że stanowi problem sam w sobie. Jego obiektywizacji w Polsce miały służyć takie narzędzia jak Mapy Potrzeb Zdrowotnych, BASiW, system oceny inwestycji IOWISZ, Policy Paper czy plany transformacji. Narzędzia te są jednak w większym stopniu wynikiem podejścia SLDC niż PDIA. W raporcie poświęconym inwestycjom strukturalnym w ochronie zdrowia i ich koordynacji Moldach⁷ pokazał przykłady, jak trudne w praktyce okazało się zastosowanie tych narzędzi do rozstrzygnięcia, który z dwóch konkurujących ośrodków o nakładających się zakresach świadczeń powinien rozwijać określony zakres, a który powinien wybrać inny kierunek rozwoju.

Twórca pojęcia wartości publicznej Mark Moore z Uniwersytetu Harvarda, kładąc nacisk na wartość społeczną interwencji państwa, a nie tylko finansową czy ekonomiczną⁸, zaleca stosowanie mierników niefinansowych oraz wykorzystanie motywacji nieekonomicznych i procesów nierynkowych do kształtowania rezultatów społecznych. To wymaga dialogu i współdziałania wykraczającego poza formułę konsultacji społecznych propozycji aktów prawnych czy nawet zespołów problemowych powołanych przez ministra zdrowia. To zupełnie inna skala współpracy państwa i obywateli, która dopiero musi się w Polsce narodzić.

Wartość publiczną, która w systemie ochrony zdrowia w Polsce umyka uwadze, a która powinna stanowić główną oś logiki interwencji, wymaga według Moore'a współdziałania w trzech obszarach – akceptacji przez wszystkich interesariuszy, decydentów i ośrodki polityczne kształtu kreowanej wartości publicznej, technicznej zdolności jej realizacji oraz ram prawnych i koniecznego wsparcia ze strony wszystkich zaangażowanych instytucji. Tworzą one strategiczny trójkąt działań⁹, który warunkuje osiągnięcie zamierzonych celów polityki publicznej. Należy z najwyższą uwagą poruszać się w jego granicach, tworząc i przyjmując określone polityki publiczne. Szczególną uwagę należy poświęcić oponentom wychodzącym z innej perspektywy lub kierującym się szczególnymi wartościami. W złożonych procesach społeczno-gospodarczych z pozoru niewielki błąd w założeniach może powodować lawinowe konsekwencje prowadząc do załamania się całej strategii. Wystarczy jako przykład przytoczyć złożone losy projektu ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa, który pominął aspekty niefinansowe, na które zwraca uwagę Moore.

Na wyzwania stojące przed kreatorami polityk publicznych wskazuje wielu autorów, a chybotne polityki publiczne nawet doczekały się swojej gałęzi nauki. Przytoczmy w zakończeniu głos Patricio V. Marqueza z Uniwersytetu Johns Hopkinsa, eksperta Banku Światowego, który podkreśla ryzyko pomylenia „środków” z „celami”¹⁰ w rozwoju systemów ochrony zdrowia. W jego ocenie rządy i interesariusze społeczni muszą przede wszystkim jasno sformułować i określić ogólne cele społeczne dla kraju w perspektywie średnio- i długoterminowej. Koncentrując się na

działaniach, polski dokument programowy „Zdrowa przyszłość” nie w pełni podąża tą drogą. Nie definiuje punktów końcowych i trwałego wpływu w logice interwencji, a cele formułuje miętko – jako zwiększenie, zmniejszenie, wzrost lub spadek określonych parametrów opisujących zdrowotną rzeczywistość. Każde z jego zaplanowanych narzędzi może być na swój sposób cenne, jednak łącznie nie gwarantują zmiany *status quo*.

Rozwiązanie opisanych wyzwań władza publiczna może odnaleźć tylko w drodze szczerej, angażującej, inspirującej, włączającej i opartej o dane metodycznej współpracy z interesariuszami. To wyzwanie nie tylko stojące przed regulatorem, ale także partnerami społecznymi. Jak dowodzi Ganz¹¹, badając warunki społecznej i politycznej mobilizacji wokół wspólnych celów, ten rodzaj współpracy wymaga nie tylko podejmowania wyzwań stojących przed własnym środowiskiem, ale także brania pod uwagę problemów szerszej wspólnoty i wyzwań chwili. Tylko w takim wypadku cenne postulaty formułowane przez Raulinajtys-Grzybek będą miały szansę przybrać kształt skutecznej polityki publicznej. 

DR ROBERT MOŁDACH, Instytut Zdrowia i Demokracji



- 1 Recommendation of the Council of the OECD on Improving the Quality of Government Regulation (Adopted On 9 March 1995), Including the OECD Reference Checklist For Regulatory Decision-Making and Background Note, OCDE/GD(95)95.
- 2 Compton, ME. 't Hart, P. *Great Policy Successes*. Oxford University Press, 2019. <https://fdslive.oup.com/www.oup.com/academic/pdf/openaccess/9780198843719.pdf>
- 3 Andrews, M. *How do governments become great?* WIDER Working Paper No. 2013/091. United Nations University, World Institute for Development Economic Research, 2013. <https://www.wider.unu.edu/sites/default/files/WP2013-091.pdf>
- 4 Brady, D. Spence, M. *Leadership and Politics: A Perspective from the Commission on Growth and Development*. In D. Brady and M. Spence (eds) *Leadership and Growth*. Washington, DC: World Bank, 2010. <https://documents1.worldbank.org/curated/en/375571468152966660/pdf/527080PUB0lead101Official0Use0Only1.pdf>
- 5 Andrews, M. *The Limits of Institutional Reform in Development: Changing Rules for Realistic Solutions*. Cambridge: Cambridge University Press, 2013.
- 6 Andrews, M. *Successful Failure in Public Policy Work*. Andrews, M.; and the President and Fellows of Harvard College. CID Faculty Working Paper No. 402, December 2021. <https://bbp-us-e1.wpmucdn.com/websites.harvard.edu/dist/c/104/files/2023/01/2021-12-cid-wp-402-successful-failure.pdf>
- 7 Moldach, R. *External expertise on European Structural and Investment Funds implementation in the healthcare sector in Poland*. European Commission, 2019. https://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docgener/studies/pdf/implement_healthcare_pl_pl.pdf
- 8 Moore, MH. *Creating public value: strategic management in government*. Harvard University Press, 1995.
- 9 Ibidem
- 10 Marquez, PV. *Ethics, values, and health systems: Key considerations for building back better*. Patricio V. Marquez blog, 2022. <http://www.pvmarquez.com/ethicsvalueshealthsystems>
- 11 Ganz, M. *Leading Change Leadership, Organization, and Social Movements in Handbook of Leadership Theory and Practice: A Harvard Business School Centennial Colloquium*. Edited by Nitin Nohria and Rakesh Khurana. Harvard Business Press, 2010.