



Dr Krzysztof Bukiel, 2020-08-31 11:46

Krzysztof Bukiel

## Ja wam pokażę! Komentarz aktualny



Stan publicznej ochrony zdrowia w naszym kraju jest zły. Jest ona źle zorganizowana, źle zarządzana i dysfunkcyjna. Zgadają się z tym niemal wszyscy. Większość uważa, że przyczyną jest zły system, czyli przepisy prawne, które determinują finansowanie i organizację publicznej ochrony zdrowia. Część osób uważa jednak inaczej: winę ponosi nie „system”, ale ludzie, którzy zarządzają publiczną ochroną zdrowia bo są to zwykle lekarze, nie znający się na ekonomii, a powinni być ekonomiści i zawodowi menedżerowie.

Nic więc dziwnego, że coraz częściej w różnych szpitalach, na funkcję dyrektora powoływani są nielekarze: absolwenci ekonomii i zarządzania. Przychodzą oni – często - z jasno wyrażonym przesłaniem: „ja wam pokażę jak się zarządza!”. Sam doświadczyłem w przeszłości takich rządów, a znacznie więcej znam przykładów z innych szpitali. Duży „wysyp” takich specjalistów od zarządzania był zwłaszcza po wprowadzeniu możliwości przekształcenia szpitali w spółki prawa handlowego.

Praktyka w ogromnej większości przypadków zweryfikowała owe buńczuczne zapowiedzi profesjonalistów od zarządzania, że naprawią oni finanse i funkcjonowanie placówek publicznej ochrony zdrowia w ramach obecnego systemu. Okazało się bowiem, że aby zbilansować wydatki z

przychodami szpitala trzeba: zwolnić niemałą liczbę pracowników, obniżyć pensje pozostałym, zrezygnować z wykonywania „niezyskowych” świadczeń, zlikwidować część dyżurów, zamknąć niektóre poradnie, nie kupować nowego sprzętu ani nie remontować starego itp. Innymi słowy: można zbilansować finanse szpitala w obecnym systemie, ale pod warunkiem, że... praktycznie przestanie on funkcjonować jako szpital. Najpierw uciekną z niego najlepsi specjaliści, później inni pracownicy a na końcu – pacjenci. „Cudowne” restrukturyzacje finansowe zadłużonego publicznego szpitala, które tu i ówdzie się zdarzały, polegały zwykle na nadzwyczajnej interwencji z zewnątrz w postaci spłaty większości zadłużenia przez państwo lub samorząd, zakupu sprzętu przez organ założycielski albo jakiegoś darczyńcę itp. Było to zatem bardziej „oszukanie” systemu niż działanie w jego ramach.

Dlaczego piszę o tym właśnie teraz? Bo owa wiara w możliwości naprawy publicznej ochrony zdrowia w ramach obecnego systemu przez „ekonomistów i profesjonalnych menedżerów” dotyczy nie tylko dyrektorów szpitali, ale również ministra zdrowia, a właśnie teraz ministrem został ekonomista i specjalista od zarządzania. Był powszechnie chwalony za swoje działania na stanowisku Prezesa NFZ. Nie były to jednak zmiany systemowe, a jedynie usprawnianie obecnego systemu. Musi zatem pojawić się pytanie: czy nowy minister zdrowia chce naprawiać publiczną opiekę zdrowotną w ramach obecnego systemu – trochę na zasadzie: ja wam pokażę jak się zarządza, czy wprowadzić istotne zmiany systemowe? Jeżeli pozostanie przy obecnym systemie, to możliwości naprawy ma dość ograniczone. Sprowadzają się one praktycznie do dalszego, bardziej zaawansowanego „ręcznego sterowania” np. likwidację lub przekształcenie określonych szpitali, zakaz lub nakaz wykonywania określonych świadczeń przez dane podmioty lecznicze, zmianę definicji i zakresu „produktów” finansowanych przez NFZ, wprowadzenie obowiązku certyfikowania szpitali i innych podmiotów, „wystandaryzowanie” określonych procedur łącznie z ich kosztem, ścisłym określeniem wynagrodzeń pracowniczych i norm zatrudnienia w placówkach medycznych itp. Wszystko to jest wykonalne, chociaż pewnie niełatwe. Niewykluczone, że przyniesie to nawet tu i ówdzie jakieś pozytywne skutki. Wątpię jednak, aby przyniosło radykalną poprawę sytuacji chorych i ochrony zdrowia jako całości. Owo „ręczne sterowanie”, aby przyniosło pozytywne skutki trwale i powszechnie wymagałoby stałej i skrupulatnej kontroli praktycznie wszystkich placówek medycznych: czy przestrzegają one ministerialnych zaleceń, czy trzymają się „instrukcji”, czy stosują do „standardów”? To jest niewykonalne i – jak pokazuje praktyka (nam znana chociażby z okresu PRL) – zawsze kończy się porażką. Zamiast tego trzeba stworzyć mechanizmy, czyli właśnie ów wykpiwany przez niektórych „system”, które same, bez udziału ministra lub innych kontrolerów, zmuszą podmioty lecznicze do oszczędnego funkcjonowania i odpowiedniej jakości świadczeń, pacjentów do racjonalnego korzystania z pomocy medycznej, płatnika (ubezpieczyciela) do racjonalnego i oszczędnego kupowania świadczeń. Musi być też zapewniony mechanizm zapewniający równowagę między publicznymi nakładami na ochronę zdrowia, a „koszykiem” świadczeń gwarantowanych, aby system był wydolny czyli „bezkolejkowy”.

Nie jest celem tego komentarza podważanie zasadności zatrudniania ekonomistów i zawodowych menedżerów w ochronie zdrowia, tak na stanowiskach dyrektorów szpitali, jak i na urzędzie Ministra Zdrowia. Chciałbym jedynie przestrzec przed magiczną wiarą, że profesjonalni menedżerowie potrafią uczynić publiczną ochronę zdrowia efektywną, racjonalną, wydolną i funkcjonalną w systemie, który z założenia jest niewydolny, nieszanujący zasad ekonomii, nieracjonalny, a nawet nieprzewidywalny.

Nowy pan minister zadeklarował, że jest osobą otwartą i stawia na dialog i współpracę. Pozostaje pytanie: jak szerokie jest to otwarcie – czy na zmiany systemowe też?