

✘ Dr Krzysztof Bukiel, 2021-01-12 10:52

Krzysztof Bukiel

Ale to już było... Autorski komentarz aktualny

✘

Nie twierdę, że nie jest potrzebna zasadnicza reorganizacja publicznej ochrony zdrowia w Polsce. Wręcz przeciwnie jest ona konieczna. Nie można jednak nie dostrzegać tego, co stało się w ostatnich 30 latach i tego co było wcześniej (doprowadzając do reformy w postaci kas chorych).

Jakiś czas temu w czasie jednej z konferencji miałem niewielkie „spięcie” z ówczesnym prezesem NFZ Adamem Niedzielskim. Inaczej niż on oceniałem sytuację w publicznej ochronie zdrowia i inaczej widziałem sposoby jej naprawy. Pan prezes zachnął się, gdy stwierdziłem, że powinien mieć w tej sprawie więcej pokory, bo zajmuje się ochroną zdrowia bardzo krótko (od lipca 2018 roku), ja natomiast od niemal 30 lat i widzę jak kończyły się zapowiedzi różnych reform, jakie skutki przyniosły określone rozwiązania, jak naprawdę zmieniała się sytuacja chorych, pracowników ochrony zdrowia, szpitali w wyniku wprowadzanych zmian. To spojrzenie całościowe na miniony okres i na zmiany, jakie w tym czasie wprowadzano ma swoje zalety. Nie mają takiego spojrzenia – niestety – kolejne rządy i kolejni ministrowie zdrowia, co powoduje, że „dolepiają” oni często do istniejącego systemu dowolne „łaty” niepasujące do całości lub odkrywające rzeczy już dawno odkryte i zweryfikowane (negatywnie) w praktyce.

Niestety podobnie trzeba ocenić projekt wielkiej restrukturyzacji szpitali w Polsce przedstawiony niedawno przez obecnego ministra zdrowia. Zakłada on, że „certyfikowani doradcy restrukturyzacyjni w ochronie zdrowia” przedstawiają propozycję naprawy polskiego szpitalnictwa obejmującą: likwidację części szpitali, połączenie innych, restrukturyzację kolejnych. Skutkiem ma być lepsze gospodarowanie ograniczonymi zasobami. Pomoże w tym także upaństwowienie szpitali i centralizacja zarządzania nimi („współpraca zamiast konkurencji”) oraz powoływanie na stanowiska dyrektorów „certyfikowanych menedżerów ochrony zdrowia” wywodzących się z tworzonego w tym celu „korpusu menadżerskiego”.

Gdyby pan minister lepiej orientował się w sytuacji publicznej ochrony zdrowia w ostatnich 30 latach, widziałby o tym, że to wszystko już było i nie przyniosło zapowiadanego przełomu. „Certyfikowani doradcy restrukturyzacyjni w ochronie zdrowia” – chociaż może nie tak nazwani – już co najmniej raz taki program restrukturyzacji polskiego szpitalnictwa przeprowadzili. Wielka operacja tego typu odbyła się z inicjatywy minister Cegielskiej ok. 20 lat temu. W Polskę „ruszyły” liczne firmy konsultingowe, które oceniały czy określone szpitale są potrzebne, czy mają odpowiednie oddziały, czy nie można by ich połączyć z innymi szpitalami albo odpowiednio zmienić ich strukturę. Powstało całe mnóstwo planów i opracowań dotyczących wszystkich szpitali i wszystkich województw. Nie pamiętam już ile milionów złotych na to poszło, pamiętam jednak, że po kilku latach NIK oceniła, że były to pieniądze „wyrzucone w błoto”. Korzyści odniosły jedynie firmy doradcze, które – z jednej strony zarobiły mnóstwo pieniędzy, z drugiej urosły do rangi „wybitnych ekspertów” w restrukturyzacji szpitali, co wykorzystywały później (kto wie czy i tym razem nie znajdą się w gronie „certyfikowanych doradców restrukturyzacyjnych”). Wartość merytoryczna tych programów restrukturyzacyjnych była b. niska. Niektóre z nich stanowiły przedmiot dowcipów. Na przykład w moim województwie firma doradcza zaproponowała likwidację oddziału położniczego w szpitalu w mieście (kilkudziesięciotysięcznym), które z resztą Polski ma połączenie jedynie promowe.

Równie chybiona jest propozycja powołania „korpusu menedżerskiego”, w skład którego wejdą „certyfikowani menedżerowie ochrony zdrowia” jako sposobu na poprawę poziomu zarządzania polskimi szpitalami. Zresztą trudno nawet ocenić czy jest ono „złe”, bo warunki w jakich działają szpitale są tak zmienne i tak nienormalne, że to, co pozornie mogłoby być uznane za złe zarządzanie okazuje się ostatecznie jako wręcz wybitne. Który dyrektor szpitala powiatowego lepiej zarządza swoim szpitalem: ten, który przez lata „skąpił” na wszystko tylko po to, aby się zbilansować, czy ten który inwestował, budował, rozwijał, zadłużając się na kilkaset milionów? Teraz komisja złożona z „certyfikowanych doradców restrukturyzacyjnych w ochronie zdrowia” wskaże zapewne ten pierwszy szpital, niezadłużony (ale biedny i bez odpowiedniego zaplecza) do likwidacji, a ten drugi - zadłużony (ale bogaty w sprzęt, dobrą kadrę i odpowiednie pomieszczenia) do dalszego funkcjonowania (oczywiście po finansowej „restrukturyzacji” polegającej na dofinansowaniu ze środków państwowych). Pan minister zdrowia powinien był też wiedzieć, że po roku 1989, a jeszcze bardziej po wprowadzeniu kas chorych, nastąpił prawdziwy boom kształcenia menedżerów ochrony zdrowia na licznych uczelniach, również w ramach studiów podyplomowych. Skorzystało z tego b. wielu dotychczasowych dyrektorów, którzy takiego wykształcenia formalnie nie miało. Sami dyrektorzy dbali o to i zachęcali się wzajemnie. Dużą rolę odegrało w tym zakresie Stowarzyszenie Menedżerów Ochrony Zdrowia - STOMOZ. Podejrzewam, że trudno znaleźć dzisiaj na stanowisku dyrektora szpitala osobę, która nie byłaby z wykształcenia „menedżerem ochrony zdrowia”. Gorzej, że często (najczęściej) nie mogą oni swoich umiejętności wykorzystać, bądź to z powodu dramatycznie złych, a przy tym zmiennych i nieprzewidywalnych warunków w jakich funkcjonują szpitale, bądź z powodu nacisków lokalnych polityków.

Wątpliwości musi budzić także pomysł upaństwowienia wszystkich szpitali i centralizacja zarządzania nimi. Nie znamy tutaj jeszcze szczegółów, ale przecież mieliśmy już do czynienia zarówno z państwowymi szpitalami (będącymi częścią państwowej służby zdrowia), jak i z centralnym (przynajmniej w jakiejś części) nimi zarządzaniem. Można się domyślać, że planowane zmiany będą nawiązywać do tych wcześniejszych rozwiązań, bo możliwości tutaj nie ma zbyt wielu. Nie będzie raczej jednego zarządu wszystkich szpitali, a co najwyżej wspólne „centralne” zakupy, centralne planowanie struktury poszczególnych szpitali, centralny rozdział środków adekwatny do tej struktury itp. To wszystko też już było i spowodowało, że w połowie lat 90-tych ub. wieku praktycznie wszystkie siły polityczne i wszystkie środowiska medyczne jednomyślnie opowiedziały się za porzuceniem tego modelu. O tym jak nietrafione były np. tzw. zakupy centralne krążyły dowcipy. Ja ze swojego małego podwórka też pamiętam taką sytuację. Gdzieś na początku lat 90 - tych ub. wieku, wobec planowanego wprowadzenia w Polsce instytucji lekarza rodzinnego, do mojej przychodni rejonowej (gdzie pracowałem jako lekarz internista) przyszedł niespodziewanie dla wszystkich (łącznie z kierownikiem przychodni i dyrektorem szpitala, którego przychodnia była wówczas częścią) „przydział” wyposażenia gabinetu lekarza rodzinnego. Takiego gabinetu nikt co prawda u nas nie planował (ani dyrektor, ani kierownik), ale widocznie zaplanował go gdzieś centralnie w Warszawie jakiś „certyfikowany doradca restrukturyzacyjny w ochronie zdrowia”, który wytypował moją przychodnię (może dlatego, że miała nr 1) do tego nowatorskiego przedsięwzięcia. „Przydział” w postaci różnorodnego sprzętu (w tym małego aparatu usg) oczywiście nikomu w przychodni do niczego się nie przydał, ale dyrektor szpitala (na szczęście) rozdysponował sprzęt do tych miejsc, gdzie mógł on być użyty (nawiasem mówiąc czy dyrektor dobrze zarządził sprzeciwiając się decyzji „certyfikowanego doradcy restrukturyzacyjnego czy - przeciwnie okazał się złym menedżerem?).

Nie twierdzę, że nie jest potrzebna zasadnicza reorganizacja publicznej ochrony zdrowia w Polsce. Wręcz przeciwnie jest ona konieczna. Nie można jednak nie dostrzegać tego, co stało się w ostatnich 30 latach i tego co było wcześniej (doprowadzając do reformy w postaci kas chorych). Nie można w czambuł potępiać zmian po roku 1999, które wprowadziły elementy rynkowe i częściową prywatyzację w ochronie zdrowia. Zmiany te spowodowały liczne pozytywne efekty, które zaistniały nie dzięki „certyfikowanym doradcom restrukturyzacyjnym” ani „certyfikowanym menedżerom w ochronie

zdrowia". Zaistniały one dzięki wprowadzeniu elementów konkurencji, prywatyzacji, działania „dla zysku”. Przyniosły też po części zjawiska patologiczne, które jednak były spowodowane głównie nieprawidłową interwencją państwa. Trzeba te zjawiska pokazać, nazwać i wyeliminować, a nie proponować powrót do tego, co już było i nie sprawdziło się.

Krzysztof Bukiel 11 stycznia 2021.