

Jestem za centralizacją inspekcji sanitarnej



Tulacz Cynalewski/AG

Rozmowa z generałem Andrzejem Trybuszem, byłym dyrektorem Wojewódzkiej Stacji Sanitarnej-Epidemiologicznej w Poznaniu.

Co się działo w sanepidach, kiedy w Polsce odnotowywano pierwsze przypadki zachorowań na COVID-19?

We wszystkich materiałach informacyjnych, tworzonych algorytmach, na stronach internetowych pojawiała się informacja: „W przypadku wystąpienia gorączki, kaszlu lub duszności niezwłocznie skontaktuj się ze stacją sanitarno-epidemiologiczną lub zgłoś się na oddział zakaźny, unikając transportu publicznego”. Ludzie, którzy mieli taki wybór, chwyтали słuchawkę i dzwonili do stacji sanitarno-epidemiologicznej. To było niedobre i niezrozumiałe rozwiązanie.

Dlaczego?

Bo jeśli człowiek ma dolegliwości chorobowe, to szuka pomocy u lekarza, a nie u urzędnika – to oczywiste.

Nie wiem, czy pomysłodawcy żyli w przeświadczeniu, że inspekcja sanitarna „stoi na lekarzach”. Jeśli tak myśleli, to byli w okrutnym błędzie.

Co ma pan na myśli?

W województwie wielkopolskim w 31 powiatowych stacjach jest pięciu lekarzy. Podkreślę, że powiatowi inspektorzy nie są od tego, aby konsultować przypadki chorobowe, ale aby organizować pracę stacji i zabezpieczenie sanitarno-epidemiologiczne powiatu. Porad telefonicznych udzielali więc ludzie, którzy są dobrze przygotowani do swojej pracy w inspekcji, ale niekoniecznie jako konsultanci medyczni. To wtedy zaczęło się bombardowanie telefonami i blokowanie linii na długie godziny. A pamiętajmy, że inspekcja zajmowała się dochodzeniami epidemiologicznymi w przy-

„Medycy spierają się o to, czy będą mieć 100, 150 czy 200 proc. wynagrodzenia, a pracownicy sanepidów nie mogą się doprosić pieniędzy za nadgodziny w soboty”

padku każdego pozytywnego wyniku, ustalaniem kontaktów osoby z takim wynikiem, kierowaniem na kwarantannę. Wydawaliśmy decyzje administracyjne dotyczące kwarantanny – mało tego, osoby przebywające na kwarantannie miały robione testy, więc stacje powiatowe musiały sporządzać listy tych, u których w odpowiednich terminach trzeba było przeprowadzić badanie. Trudno było dotrzymywać jakichkolwiek terminów, nie wyrabialiśmy się, a telefonów, wiadomości elektronicznych były setki, tysiące – to paraliżowało pracę. Infrastrukturalnie stacje nie były do tego przygotowane, nie miały możliwości mnożenia w nieskończoność linii telefonicznych i personelu do ich obsługi. A dzwonili ludzie konsultujący swój stan zdrowia, dopytujący się o kwarantannę, przedstawiciele różnych urzędów, samorządowcy i przedsiębiorcy, prosząc o interpretację przepisów, często z wątpliwościami, jak się w konkretnej sytuacji zachować i jakie przyjąć rozwiązania. Ponadto zaczęło się lawinowe płodzenie sprawozdań. Każdy czegoś od nas chciał – urząd wojewódzki, Główny Inspektorat Sanitarny, Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji, poza tym dostarczaliśmy policji listy osób będących na kwarantannie. Wiele stacji przeżywało autentyczny paraliż, a z tego, co wiem, dzisiaj nie jest lepiej.

Na szczęście we wrześniu bardziej zaangażowano lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. W kwietniu i w maju było tak, że nawet jeśli pacjent dozwonił się do lekarza rodzinnego, to słyszał: „Proszę dzwonić do sanepidu, bo oni się tym zajmują”, ewentualnie sugerowano skontaktowanie się z przedstawicielami oddziałów chorób zakaźnych.

„Gazeta Wyborcza” cytuje list pracowników sanepidów: „Jest nas za mało. Od marca pracujemy na dwie zmiany pod ogromną presją. Jesteśmy na skraju wyczerpania fizycznego, i psychicznego”. To prawda?

To, co pan zacytował, absolutnie oddaje sytuację w sanepidach. Kiedy pracowałem w sanepidzie, tak właśnie było, a mogę się domyślać, że do dzisiaj nie tylko się nie poprawiło, ale jest gorzej. To nie są żarty – pracownicy inspekcji są na skraju wyczerpania psychicz-

nego i fizycznego. To dobrze, że padają słowa uznania, że dziękuję się lekarzom, pielęgniarce, ratownikom medycznym – oczywiście, ich wysiłek jest heroiczny. Nie przypominam sobie jednak, aby z ust premiera i ministra zdrowia padło jedno słowo podziękowania dla pracowników inspekcji sanitarnej. Nie mówiąc już o gratyfikacji finansowej. Medycy spierają się o to, czy będą mieć 100, 150 czy 200 proc. wynagrodzenia, a pracownicy sanepidów nie mogą się doprosić pieniędzy za nadgodziny w soboty.

W kwietniu zrezygnował pan z funkcji dyrektora Wojewódzkiej Stacji Sanitarnej-Epidemiologicznej w Poznaniu. Czy ta decyzja była związana z tym, na co pan narzeka – z rzeczywistością w wielkopolskich sanepidach?

Nie ma mowy o przyczynach zawodowych. To byłoby z mojej strony niepoważne. Kiedy pracowałem w Poznaniu, mieszkalem w Warszawie. Do stolicy przyjeżdżałem na weekendy – do żony, do rodziny. W tamtym czasie żona ciężko zachorowała. Przy takim obciążeniu pracą nie miałem możliwości połączenia spraw zawodowych i prywatnych. To była podstawowa przyczyna powrotu do Warszawy. Mam świadomość, że to był zły czas.

A co do tego – jak pan to określił – narzekania, to podkreślę: negatywnie oceniam pomysł wmontowania inspekcji sanitarnej w poradnictwo koronawirusowe i to, że wiosną całkowicie wyłączono z tego systemu lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Wszystko inne jest konsekwencją zaniedbania inspekcji sanitarnej. Koronawirus powinien zmusić rządzących do myślenia, jak przeprowadzać mobilizację tych struktur w sytuacjach zagrożenia. Październikowa i listopadowa mobilizacja jest wymuszona i nieskoordynowana. Rządzący dostrzegają, że zwiększa się liczba hospitalizacji z powodu COVID-19, więc zaczynają przygotowywać łóżka covidowe. Podkreślam – pomysł szpitali tymczasowych nie jest zły, bo dzięki temu jest miejsce do hospitalizacji chorych na COVID-19. Krytykuję nieorganizowanie i czas reakcji. Te szpitale powinny być gotowe we wrześniu. Podam przykład: szpital Charité w Berlinie, gdzie zarządzający placówką zorganizowali 500-łóżkową klinikę w hali targowej na początku września. Gdyby w Polsce szpitale tymczasowe były wtedy gotowe, uniknęlibyśmy wielu problemów pacjentów niecovidowych. Dzisiaj koronawirus przesłania inne choroby.

Gdzie w przeszłości można szukać decyzji, które spowodowały, że inspekcja sanitarna jest dzisiaj w tak trudnym położeniu?

Od 2002 r. inspekcja sanitarna funkcjonowała w systemie spionizowanym – kierował nią główny inspektor

sanitarny. On powoływał podlegających mu inspektorów wojewódzkich, którzy z kolei powoływali inspektorów powiatowych. Zgodnie z tym pionem dzielony był budżet inspekcji przyznawany przez ministra zdrowia. Główny inspektor sanitarny dzielił pieniądze na województwa, województwa na powiaty. W 2010 r. to się zmieniło. Stacje sanitarno-epidemiologiczne włączono w skład administracji zespolonej. To oznacza, że stacje powiatowe znalazły się w strukturach administracji na szczeblu powiatu i przełożonym powiatowego inspektora sanitarnego był starosta. Z kolei stacje wojewódzkie ulokowano w administracji województwa, a przełożonym wojewódzkiego inspektora sanitarnego stał się wojewoda. Ponadto główny inspektor sanitarny sprawował nadzór merytoryczny, dawał wytyczne, ujednotaczał formy kontroli itd. To była jedna z przyczyn pogarszania się sytuacji w inspekcji. Przede wszystkim chodziło o finansowanie, które przejęli wojewodowie. Struktura finansów inspekcji sanitarnej była nie do zaakceptowania – 95–97 proc. budżetu w niektórych stacjach stanowiły bardzo niskie płace. Z 3–5 proc. trzeba było więc sfinansować pozostałą działalność inspekcji – opłacić media, usługi pocztowe, delegacje. Głównym zmartwieniem inspektorów sanitarnych, zwłaszcza powiatowych, było to, jak nie wpaść w zobowiązania wymagalne. W tym systemie budżetowania inwestycje leżały. Zdarzało się, że w niektórych województwach wojewoda był bardziej szczodry i przyznawał środki na zakupy sprzętu, ale nie było żadnego planowania, strategii i ogólnopolskiego zarządzania. Istniało 16 „państweczek”, które rządziły się własnymi prawami, i wszystko zależało od dobrej – lub złej – woli wojewody.

Proszę o przykład.

Podsumowaniem biedy i podejścia do inwestycji w inspekcji jest rozbudowa i modernizacja laboratorium mikrobiologii i parazytologii. Mieściło się ono, jak zresztą wszystkie inne laboratoria w Poznaniu, w starym budynku. Tak starym, że groził katastrofą budowlaną – pękały mury, wszystko osiadało. Stworzyliśmy program organizacyjno-użytkowy, pozyskaliśmy na rozbudowę sąsiednią działkę od urzędu miasta. Starania trwały 14 lat. Koszt tego przedsięwzięcia, szacowany na 20–23 mln zł, rozłożono na trzy lata. W skali budżetu państwa to śmieszne pieniądze. Rozmawiałem ze wszystkimi, których można było prosić o pomoc – z posłami różnych opcji politycznych, z władzami. I nic, żadnej reakcji. I oczywiście od mojego odejścia nic się nie zmieniło. Ten przykład obrazuje skalę niedofinansowania. Ponadto w marcu tego roku zaczęła obowiązywać niekorzystna zmiana polegająca na tym, że pewne powiatowe stacje zostały wyłączone z inspekcji zespolonej, czyli przestały podlegać starostom, a podporządkowano je wojewódzkim inspektorom sanitarnym. Staliśmy się taką hybrydą między pełną pionizacją a pełnym

„Negatywnie oceniam pomysł wmontowania inspekcji sanitarnej w poradnictwo koronawirusowe i to, że wiosną całkowicie wyłączone z tego systemu lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej”

brakiem pionizacji, a przy tym zwiększono uprawnienia Głównego Inspektoratu Sanitarnego, który może w tej chwili m.in. polecać podjęcie działań kontrolnych. W czasie gdy zmieniono strukturę, zaczęła się epidemia i jeszcze większe kłopoty.

Co zrobić, aby inspekcje sanitarne działały sprawniej?

Konieczny jest powrót do pełnej pionizacji. Jestem chyba jedynym byłym głównym inspektorem sanitarnym, który miał okazję pracować w tych trzech systemach – kiedy inspekcja była spionizowana, później, gdy byłem w Poznaniu i obowiązywał system zespolony, i od marca, kiedy wprowadzono system hybrydowy. Nie muszę teoretyzować, nie muszę się zastanawiać, czy mam rację – mam ją, wiem, jak się kierowało inspekcją i co było dla niej najlepsze. Niejako konsekwencją pionizacji jest system finansowania – jednolity, w którym główny inspektor sanitarny dzieli pieniądze.

Co to daje?

Przede wszystkim możliwość prowadzenia polityki i przygotowania strategii, na przykład inwestycyjnej, dotyczącej zakupów sprzętu i specjalizacji laboratorium. To powinno być podporządkowane jakiejś przewodniej myśli. Dziś jest tak, że kto od wojewody wyrwie, ten ma, natomiast przy scentralizowanym systemie finansowania to główny inspektor sanitarny dysponuje pieniędzmi, prowadzi politykę szkoleniową, tworzy systemy informatyczne w inspekcji. Daje to możliwość ujednoczenia, usprawnienia.

Czy centralizacja pozwoliłaby na uniknięcie problemów podczas epidemii?

Gdyby w 2010 r. nie kombinowano, tylko dano inspekcji spokój, byłyby na innym poziomie wyposażenia teleinformatycznego – mieliśmy przygotowaną koncepcję informatyzacji całej instytucji. Dzisiaj praca byłaby prostsza i szybka, inspekcja byłaby na innym poziomie, przystającym do aktualnych wyzwań.

Rozmawiał Krystian Lurka