



Déjà vu

Rozmowa z Andrzejem Koronkiewiczem,
byłym dyrektorem Mazowieckiej
Regionalnej Kasy Chorych

Dlaczego w czasach, gdy kierował pan kasą chorych, w województwie mazowieckim nie udało się zamknąć 16 szpitali?

Operacja, którą zamierzaliśmy przeprowadzić, została nazwana zamykaniem szpitali, choć – co chcę podkreślić – nigdy nie podejmowaliśmy takich prób. Kasa chorych nie była władna tworzyć i przekształcać zakładów opieki zdrowotnej, a więc nie mogła ich również likwidować. Pragnęliśmy jedynie dostosować podaż świadczeń do bardzo precyzyjnie określonych potrzeb zdrowotnych obywateli. Jednak w wyniku działania lobbującego części organów założycielskich, które to hasło umiejętnie podsunęły mediom, nasze działania zostały nazwane próbą zamykania szpitali.

Co zatem chcieliście zrobić?

W latach 2000–2001 podjęliśmy próbę *zrestrukturyzowania zasobów* szpitalnych województwa mazowieckiego.

Ile szpitali było wtedy w województwie?

Na Mazowszu działały 52 placówki, ale to była liczba bardzo płynna, bo w zespołach opieki zdrowotnej funkcjonowało często kilka jednostek. W efekcie w strukturze zoz mogło być nawet 5 szpitali, przypisywanych różnym jednostkom władzy samorządowej.

Oznacza to, że chcieliście zrestrukturyzować ponad 30 proc. placówek – to bardzo dużo.

Wtedy należało zrestrukturyzować wszystkie szpitale, bo niewiele z nich miało dobrą strukturę organizacyjną i mogło zaspokoić potrzeby zdrowotne ludności.

Co było podstawą działań kierownictwa Mazowieckiej Kasy Chorych?

Wykonaliśmy ciężką pracę – tzn. zinwentaryzowaliśmy wszystkie działające w regionie zakłady opieki zdrowotnej (w tym szpitale z podziałem na placówki opieki długo- i krótkoterminowej, także z wydzieleniem ośrodków o profilu psychiatrycznym). Zebraliśmy również informacje dotyczące m.in. wykorzystania łóżek, średniego czasu hospitalizacji oraz liczby łóżek przypadających na lekarza czy pielęgniarkę. Dane te pozyskaliśmy z systemu *Szpit-Inf*, który współtworzyłem w Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia. Na tej podstawie i dzięki wielu innym informacjom mogliśmy, np. wyliczyć, ile kosztuje utrzymanie każdego łóżka czy pacjenta. W efekcie zgromadziliśmy ogromną wiedzę.

Czemu ona służyła?

Dzięki niej mogliśmy wskazać potencjalne kierunki restrukturyzacji, do której istniały podstawy formalne w postaci ministerialnego podręcznika *Metodologia i planowane efekty restrukturyzacji szpitali w Polsce*, zaakceptowanego w listopadzie 1998 roku. Dokument miał być podstawą restrukturyzacji sieci szpitali w całym kraju. Zawierał on np. takie wskaźniki (wskazówki), jak zredukowanie łóżek opieki krótkoterminowej do 35 na 10 tys. mieszkańców (w 2005 roku), liczba łóżek do opieki długoterminowej miała zaś wzrosnąć do 14. Gdyby wykorzystano wspomniany dokument, dzisiaj nie byłoby mowy o potrzebie tworzenia sieci, bo uwzględnione w nim

wskaźniki zawierały zręby takiej sieci. Oczywiście, w czasie ostatnich lat wiele się zmieniło, np. niektóre jednostki przekształciły się w zakłady opieki długoterminowej lub paliatywnej, jednak większość placówek nie zmieniła profilu działalności.

Czy do podobnych działań przygotowywały się inne kasy?

Jeśli tak, to na pewno nie na taką skalę, jak mazowiecka, bo choć wszystkie kasy otrzymały dane z Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia, my je systematycznie aktualizowaliśmy, uzupełnialiśmy i dostosowywaliśmy do własnych potrzeb. Było to możliwe, ponieważ w COiEOZ to ja przygotowywałem te dane i wiedziałem, jakie informacje możemy jeszcze uzyskać oraz jak je skompilować,

Kasą Chorych. Pewnie do dzisiaj lekarze czy też dyrektorzy szpitali mają wpływ na postępowanie organów założycielskich. Istnieją różne metody oddziaływania. Pamiętam, że jeden ze szpitali, które znalazły się na liście jednostek do restrukturyzacji, zorganizował nawet kampanię medialną z udziałem Elżbiety Jaworowicz, autorki programu *Sprawa dla reportera* (ten szpital do dzisiaj istnieje, choć w odległości 20 km od niego działa jedna z najnowocześniejszych placówek na Mazowszu).

Czy model Anno Domini 2000 można zastosować w skali ogólnopolskiej i wg niego zrestrukturyzować 30 proc. szpitali?

Zrestrukturyzować należy o wiele więcej placówek. Metodologia jest powszechnie znana i na pewno spoczywa

„ Gdyby wykorzystano zaakceptowany w listopadzie 1998 roku dokument *Metodologia i planowane efekty restrukturyzacji szpitali w Polsce*, dzisiaj nie byłoby mowy o potrzebie tworzenia sieci, bo uwzględnione w nim wskaźniki zawierały jej zręby ”



foto. (2x) Dąki

uzyskując pełny obraz sytuacji demograficznej województwa, powiatów i pięciu oddziałów kasy, kontraktującej świadczenia. Dysponowaliśmy też danymi epidemiologicznymi i dzięki temu stwierdziliśmy np., że na choroby układu krwiotwórczego częściej zapadają osoby na terenie płockiego oddziału kasy. To wskazywało, iż tam należy zwiększyć kontraktowanie świadczeń o charakterze onkologicznym.

Kto zablokował restrukturyzację?

Przesłaliśmy materiały do wszystkich starostw powiatowych z prośbą o dostosowanie podaży usług do tego, co kasa może kupić. To był pierwszy ruch, który został niezbyt przyjęty, a nawet wzbudził opór. Potem osobiście odwiedziłem wszystkie oddziały kasy, rozmawiając z przedstawicielami organów założycielskich oraz szefami zoz-ów. Spotkałem się też z przedstawicielami Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych. Na spotkaniach udowodniliśmy, że nie ma możliwości finansowania wszystkich zasobów leczniczych. Szybko wycofano mi rekomendację polityczną i przestałem kierować Mazowiecką

w archiwach resortu zdrowia, a w dużej części jest wykorzystywana przez Państwowy Zakład Higieny.

Skoro są dane i metodologia, dlaczego nie można utworzyć sieci?

Ależ projekt sieci jako fotografii stanu wyjściowego znajduje się w zasobach Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia! W 1998 roku powołano nawet komisję ds. sieci szpitali, tyle że z nieznanymi mi powodów nigdy nie rozpoczęła działalności. Podobnie jak przedmiotem powszechnej debaty nie stały się opracowania PricewaterhouseCoopers czy Capgemini, zrealizowane na zlecenie kolejnych rezydentów pałacu na Miodowej. Sądzę, że zaproponowany przez nas model (uwzględniający także przyznawanie określonego stopnia referencyjności), który można by wykorzystać także dzisiaj, jest przedmiotem nacisków lokalnych medycznych i naukowych lobby. Przykładem jest historia *naszej* szesnastki szpitali – do dzisiaj tylko jeden zrestrukturyzowano, a jeden jest w trakcie likwidacji. W pozostałych nic się nie zmieniło.

Rozmawiał Jacek Szczepny