

# MENEDŻER ROKU 2018

## W OCHRONIE ZDROWIA

### PLACÓWKI



### PUBLICZNE

# *Jeden uniwersytet* – **jeden szpital**

Rozmowa z **Piotrem Pobrotynem**,  
dyrektorem Uniwersyteckiego Szpitala  
Klinicznego we Wrocławiu

W 2006 r., kiedy został pan dyrektorem Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu, placówka była zadłużona na 200 mln zł. W jaki sposób udało się panu wyprowadzić ją z tego zadłużenia?

Uniwersytecki Szpital Kliniczny powstał w 2002 r. po podjęciu decyzji Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu o połączeniu czterech szpitali w jeden. W grudniu 2017 r. dołączono do niego jeszcze Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1. Połączenie tych wszystkich szpitali wygenerowało ogromny dług, który wyniósł 200 mln zł. Aby z niego wyjść, korzystaliśmy z wielu instrumentów finansowych: umorzenia zobowiązań, negocjacji, część zobowiązań okazała się prawnie przedawniona. Udało

nam się wziąć udział w rządowym programie uruchomionym przez premiera Jarosława Kaczyńskiego w 2007 r. dotyczącym poprawy bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli. Z tego mechanizmu pochodziła kwota na pokrycie połowy naszych zobowiązań, resztę wypracowaliśmy sami. Od 2007 r. nie generujemy już żadnych nowych zobowiązań. W 2017 r. skonsolidowane szpitale miały dodatni wynik finansowy. Mówimy łącznie o kwocie przekraczającej kilkanaście milionów złotych dla każdej placówki, ale przejęty SPSK nr 1 miał 87,5 mln zł kapitału ujemnego, który na pewno uda nam się pokryć z nadwyżek finansowych w kolejnych latach.

Za procesami konsolidacyjnymi idą sukcesy medyczne...

Dzięki wspólnej wizji uniwersytetu i szpitala: jeden uniwersytet – jeden szpital, mamy pieniądze na to, by realizować innowacyjne zabiegi medyczne. Możemy przeprowadzać takie procedury, których na świecie jeszcze się nie wykonuje. Osiągnęliśmy to dzięki uzgodnionej wspólnej wizji tego szpitala i placówki medycznej. Sukcesem naszego szpitala są ludzie: lekarze, pielęgniarki, salowe oraz pracownicy administracji. Byliśmy pierwszymi na świecie, którzy dokonali rekonstrukcji przeciętego rdzenia kręgowego, obecnie dr hab. Paweł Tabakow, kierownik Kliniki Neurochirurgii, przygotowuje się do przeprowadzenia drugiego takiego zabiegu. Wykonaliśmy pierwszy na świecie przeszczep ręki u człowieka, który urodził się bez kończyny górnej, dokonał tego dr Adam Domanasiewicz. Uratowaliśmy człowieka od zatrucia rtęcią przy stukrotnym przekroczeniu dopuszczalnych norm. Lekarze i pielęgniarki Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii Dziecięcej przyczynili się do uratowania »



**PIOTR POBROTYN**  
**DYREKTOR UNIWERSYTECKIEGO SZPITALA KLINICZNEGO**  
**WE WROCŁAWIU**

Od 12 lat kieruje Uniwersyteckim Szpitalem Klinicznym we Wrocławiu, jednym z największych szpitali publicznych w Polsce. Jest absolwentem Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, specjalistą ginekologiem-potożnikiem i zdrowia publicznego, ma ekonomiczne wykształcenie menedżerskie oraz tytuł doktora nauk medycznych. Należy do grona doradców Narodowej Rady Rozwoju powołanej przez Prezydenta RP.

» życia 6-letniej Laurze po upadku na narzędzie rolnicze, które uszkodziło jej czaszkę i mózg. Bracia Misiowie – neurochirurg i radiolog – opracowali nową metodę leczenia tętniaków mózgu. Wreszcie lekarze i pielęgniarki z Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii przez 55 dni utrzymali ciężą kobietę po śmierci mózgu. Chłopiec urodził się zdrowy w 27. tygodniu ciąży.

**Obecnie Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu jest jednym z największych szpitali w Polsce. Czy można skutecznie zarządzać takim molochem?**

Od 1 grudnia 2017 r. jesteśmy największym szpitalem w Polsce, w skład placówki wchodzi 39 klinik, dysponujemy 1628 łózkami i zatrudniamy prawie 5 tys. pracowników. Rocznie na oddziałach szpitalnych leczonych jest ok.

Burzenie *status quo* zawsze budzi sprzeciw. Z punktu widzenia ekonomii, ale także efektywności wykorzystania kadry medycznej nie było najmniejszego sensu utrzymania kilku czy nawet kilkunastu jednostek o takiej samej specjalizacji. Bardzo ważne w procesie restrukturyzacji było również to, aby realizacja usług medycznych odbywała się w sposób bezpieczny dla pacjentów. Przeniesienia poradni i oddziałów były konieczne, a za nie niejednokrotnie mnie krytykowano. Nadrzędnym celem konsolidacji była koncentracja szpitala w jednej, nowo wybudowanej lokalizacji przy ul. Borowskiej. Obecnie Uniwersytecki Szpital Kliniczny funkcjonuje w dwóch lokalizacjach, ale dysponujemy jeszcze miejscem na jeden pawilon, który chcemy wybudować. Strategia na następne lata jest taka, by zdobyć środki

podejście procesowe. W Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym zarządzanie procesowe zaczęliśmy wprowadzać w obszarze transplantologii kilka lat temu. Nie funkcjonuje u nas odrębny oddział transplantologii, lecz pełnomocnik dyrektora ds. transplantologii, którego zadaniem jest koordynacja wszystkich procesów związanych z przeszczepami między poszczególnymi komórkami szpitala. Przy takim podejściu to pacjent jest najważniejszy, a nie procedury obowiązujące obecnie w systemie ochrony zdrowia. Dzięki temu mogliśmy wykonać tylko w jednym roku kilkanaście przeszczepów wątroby, podczas gdy wcześniej wykonywaliśmy zaledwie dwa. Zarządzanie procesowe wdramy także w przeszczepach komórkowych, które prowadzi prof. Alicja Chybicka, oraz w przeszczepach hematologicznych u dorosłych, prowadzonych przez prof. Wróbla.

Zarządzanie procesowe w medycynie powinno się opierać na centrach medycznych. Takie centrum w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym funkcjonuje już w onkologii i spina wszystkie kliniki, które zajmują się leczeniem onkologicznym, ponieważ pacjenci onkologiczni są na wszystkich oddziałach. Na szczeblu uniwersyteckim działa pełnomocnik rektora ds. uniwersyteckiego centrum onkologii w obszarze nauki i dydaktyki, który koordynuje też prace na szczeblu szpitala. W ten sposób zapewniamy kompleksowe leczenie pacjentowi onkologicznemu. Tworzymy Centrum Chorób Serca oraz Centrum Chorób Cywilizacyjnych. Nie odbywa się to oczywiście bez napięć i konfliktów interesów, ale nie ma od tego odwrotu. Chcemy nawet pójść o krok dalej – dla onkologii, hematologii, chorób serca i naczyń przebudujemy szpital w kierunku szybkiej diagnostyki i leczenia jednodniowego. Uważam, że to jest przyszłość leczenia. Obecnie ok. 30% pacjentów zajmuje łóżka szpitalne zupełnie niepotrzebnie. Dzieje się tak dlate-

*Od 1 grudnia 2017 r. jesteśmy największym szpitalem w Polsce, w skład placówki wchodzi 39 klinik, dysponujemy 1628 łózkami i zatrudniamy prawie 5 tys. pracowników*

100 tys. chorych, SOR przyjmuje ok. 110 pacjentów na dobę. Od początku roku udzieliliśmy pomocy ponad 35 tys. pacjentów. Należy do najlepiej wyposażonych szpitali w kraju, tylko w ubiegłym roku zainwestowaliśmy 50 mln zł w sprzęt. Mamy jeden z najnowocześniejszych rezonansów magnetycznych – aparat 3-teslowy, który zapewnia dużo lepszą jakość obrazu. W ciągu kilkunastu ostatnich miesięcy, wprowadzając liczne udogodnienia, przebudowaliśmy miejsca, przez które przechodzi największa liczba pacjentów: Szpitalny Oddział Ratunkowy, rejestrację, izbę przyjęć oraz hol, który jest teraz o wiele przyjaźniejszy dla pacjentów i osób odwiedzających.

**Był pan mocno krytykowany za restrukturyzację szpitala...**

i doprowadzić do tego, by szpital znajdował się w jednej lokalizacji.

**Powszechnie znane są protesty personelu medycznego dotyczące zarobków, jak sobie z tym radzicie?**

Naszym partnerem w rozmowach są związki zawodowe, staramy się prowadzić transparentną politykę płacową. Do systemu wynagradzania włączamy instrumenty motywacyjne. Bezsporne jest to, że inwestycje w personel ludzki powinny być priorytetem najbliższych lat, bo do tej pory priorytetem było wyposażenie szpitali. Jeśli tak się nie stanie, to wkrótce nie będzie miał nas kto leczyć.

**Na czym polega błąd w zarządzaniu placówkami szpitalnymi w Polsce?**

Należy odejść od zarządzania „oddziałowego” w szpitalach i wdrożyć





go, że płatnik wymaga określonej liczby dni pobytu w szpitalu przy danym zabiegu, a z drugiej strony organizacja procesu świadczenia usług jest ułomna i pacjenci muszą oczekiwać na badania zamiast mieć je wykonane od ręki. Dlatego idziemy w stronę przebudowy funkcjonalnej, procesowego zarządzania i tworzenia centrów funkcjonalnych świadczenia usług medycznych, które będą miały jednego dysponenta. Pozwoli to zapewnić bezpieczeństwo chorym, zaoszczędzi im traumatycznych przeżyć i ograniczy ryzy-

### Jakie miejsce w zarządzaniu Uniwersyteckim Szpitalem Klinicznym zajmuje kontroling finansowy?

Podstawowe, od 2007 r. prowadzimy kontroling finansowy, opierając się na centrach kosztów, a od 2009 r. na centrach zysków, które wspierane są przez kontroling danych medycznych, co pozwala zabezpieczać potrzeby zdrowotne pacjentów. Wychodzimy z założenia, że najpierw życie i zdrowie, a potem pieniądze, ale racjonalnie

informacji oraz proces decyzyjny. Ponadto na bazie kliniki geriatrii planujemy stworzyć zespół leczenia osób starszych w szpitalu, będziemy chcieli wdrożyć holistyczne podejście do leczenia osób w podeszłym wieku. Ma to być nowoczesny szpital, który racjonalnie zabezpieczy potrzeby



### *Burzenie status quo zawsze budzi sprzeciw*

ka związane z pobytym w szpitalu, a w konsekwencji zmniejszy koszty.

#### Jak to się ma do finansowania procedur medycznych przez NFZ?

Mam nadzieję, że po wprowadzeniu ryczałtowego finansowania i uwzględnieniu parametrów jakościowych zarządzający ochroną zdrowia w Polsce pójdą po rozum do głowy i zadecydują, że ogólne schorzenia internistyczne i schorzenia specjalistyczne będzie można leczyć w grupie schorzeń internistycznych. Patologia sposobów finansowania nie może wpływać na leczenie.

wydatkowane. Wdrożyliśmy w naszym szpitalu zarządzanie przez jakość, zarządzanie procesowe i zarządzanie ryzykiem.

#### Co jeszcze chcecie wprowadzić?

Przyszłością jest elektroniczna dokumentacja. Chcemy od przyszłego roku nie generować dokumentacji papierowej. W tym roku wdrożyliśmy system do elektronicznego zarządzania dokumentacją w administracji – EZD-PUV, jako pierwszy szpital kliniczny w Polsce. To pozwoliło na wyeliminowanie w 80% korespondencji papierowej i przyspieszyło obieg

zdrowotne pacjenta, a nie będzie dla niego tylko hotelem. Chodzi o to, aby zapewnić pacjentowi diagnostykę i leczenie, których potrzebuje, organizując jego pobyt w szpitalu zgodnie z aktualną technologią medyczną oraz kwalifikacjami i doświadczeniem personelu, a nie według procedur. Osobiście jestem za wprowadzeniem *home hospital*, ponieważ nie zawsze trzeba przyjmować pacjenta do szpitala, aby przeprowadzić u niego konkretny zabieg – specjalne zespoły szpitalne mogłyby jeździć do pacjenta do domu. ■

Rozmawiała Alicja Kostecka