

Klinika Chirurgii Ogólnej *Collegium Medicum* Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu jako przykład nowoczesnego zarządzania w służbie zdrowia



for. Wojciech Wiśniewski/Gazeta Pomorska

Przyjaciel ordynatora

Arkadiusz Jawień, Tomasz Gręźlikowski

Od czasu wprowadzenia w Polsce gospodarki rynkowej racjonalne gospodarowanie, oparte na precyzyjnych mechanizmach ekonomicznych, stało się nieodzownym warunkiem uczestnictwa w grze rynkowej oraz osiągnięcia sukcesu. Nowoczesne zasady zarządzania zaczęły obowiązywać nie tylko w firmach prywatnych, nastawionych na maksymalizację zysku, ale również w placówkach medycznych, gdzie podstawowym celem jest troska o zdrowie i dobro pacjenta.

Szpital, przychodnia i inne placówki zaczęły się dostosowywać do reguł rynkowych, próbując połączyć opiekę medyczną z zasadami ekonomii. Te ostatnie są bowiem czynnikiem bardzo często warunkującym dostęp do właściwego sprzętu, leków, a tym samym nowoczesnych metod leczenia. Zmienił się sposób finansowania świadczeniodawców, powstał system kontraktowania usług medycznych. Wzrosła też rola pacjentów, którzy mogą swobodnie wybierać świadczeniodawcę.

Profil Kliniki

Widać więc, że zarządzanie jest procesem, polegającym na stałej koordynacji i integracji użytkowanych zasobów, stając się niezbędnym warunkiem sukcesu placówki medycznej. Jednocześnie w takim układzie kierownictwo jest zobligowane do ekwiwalentnej wymiany informacji między instytucją a otoczeniem. Ponieważ uczestnikami działalności instytucji są ludzie, konieczne jest zagwarantowanie im dostatecznie dobrych warunków pracy, tzn. zachowania równowagi między ich aspiracjami a wymaganiami procesu pracy.

Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej *Collegium Medicum* UMK funkcjonuje w Wojewódzkim

Szpitalu im. dr. J. Bizuela od 13 lat. Zespół lekarski składa się z 13 osób o różnym doświadczeniu medycznym. Wszyscy lekarze podnoszą nie tylko swoje kwalifikacje zawodowe, ale i naukowe. Pięć osób ma stopień doktora nauk medycznych, jedna jest po kolokwium habilitacyjnym. Profil Kliniki pozwala na prowadzenie szkoleń z chirurgii naczyniowej i chirurgii jelita grubego. Specjalizacja przyczyniła się do tego, że ośrodek znany jest w kraju z wprowadzania nowoczesnych technik minimalnie inwazyjnych w chirurgii naczyniowej (protezy endowaskularne) oraz z nowoczesnej terapii nowotworów jelita grubego i wrzodziejącego zapalenia jelita grubego. Liczne kontakty zagraniczne, w tym wymiana naukowa pracowników, powodują, że prace naukowe wykonane w tej Katedrze i Klinice publikowane są w czasopiśmie zagranicznych.

Zespół pielęgniarski liczy 32 osoby, a Maria Szewczyk, pielęgniarka oddziałowa, jest jedną z pierwszych pielęgniarek, które uzyskały stopień doktorski (w toku jest przygotowanie pracy habilitacyjnej). Wprowadzenie do kliniki procesu pielęgnowania spowodowało, że coraz więcej pielęgniarek podejmuje studia magisterskie i kończy specjalizację.

Warunek sine qua non

Niewątpliwym osiągnięciem Katedry i Kliniki jest otwarcie Poradni Leczenia Owrzodzeń Żyłnych Goleni, którą prowadzą pielęgniarki, a rola lekarza ograniczona jest do konsultacji. To ewenement w naszym kraju. Dlatego w tej nowej dziedzinie w Klinice prowadzone są liczne kursy dla wybranych osób z kraju. Ważnym elementem działalności jest publikowanie własnych osiągnięć w postaci prac naukowych oraz książek, podręczników dla lekarzy i pielęgniarek (np. *Owrzodzenia żyłne goleni* pod redakcją A. Jawienia i M. Szewczyk, wydane w 2005 r.). Szybki rozwój specjalistycznego pielęgniarstwa spowodował, że w styczniu 2006 r. powołano z inicjatywy prof. Arkadiusza Jawienia i dr Marii Szewczyk Polskie Towarzystwo Pielęgniarstwa Angiologicznego z siedzibą w Bydgoszczy. Taki równomierny rozwój zespołu lekarskiego i pielęgniarzkiego jest warunkiem *sine qua non* sukcesu organizacyjnego, szkoleniowego i leczniczego.

medyczne pomosty pomiędzy Kliniką a innymi oddziałami.

Czeskie błędy

Przygotowane analizy były przedmiotem dyskusji w gronie dyrekcji, kierownika Kliniki oraz ekonomisty szpitala. Dzięki temu wyeliminowano błędy semantyczne zarówno medyczne, jak i ekonomiczne, które na początku stanowiły podstawowy problem. Po dokonaniu analizy retrospektywnej zdiagnozowano sytuację bieżącą. Okazało się, że podstawowym źródłem problemów był utrzymujący się od wielu miesięcy słaby, często ujemny, wynik finansowy Kliniki.

Wychodząc z założenia, że procedura medyczna jest nośnikiem przychodów i generatorem kosztów, oraz że niejako *idzie ona za pacjentem*, oszacowano przychody i koszty wykonywanych procedur medycznych. Ustalono także ich rentowność jednostkową, a tym samym szczegółowo wskazano miejsca wysoce kosztochłonne. Ustalono wpływ

” Aby utrzymać dynamiczny rozwój Kliniki, należy stworzyć podstawy wsparcia ekonomicznego ”

Kosztowe tąpnięcia

Jednak, aby utrzymać dynamiczny rozwój Kliniki, należy stworzyć podstawy wsparcia ekonomicznego.

Prace nad sprawniejszym systemem zarządzania rozpoczęto w drugiej połowie 2005 r. Na początku sporządzono ekonomiczny audyt działania Kliniki, oceniając wyniki finansowe z kilku miesięcy. Zastosowano m.in. ekonomiczną analizę dedukcji, przechodząc od zjawisk ogólnych do szczegółowych. Analiza uwzględniała warunki techniczno-ekonomiczne. Działania te miały na celu znalezienie przyczyny słabej kondycji finansowej Kliniki. Uważnie przeanalizowano koszty zewnętrzne, związane m.in. z dostawcami, zakupami sprzętu czy leków oraz wewnętrzne, wynikające z wymiany usług między Kliniką Chirurgii oraz innymi ośrodkami zadaniowymi i usługowymi. Dzięki analizie wykazano momenty *tąpnięć* kosztowych i ustalono ich wpływ na kondycję finansową Kliniki.

W analizie techniczno-ekonomicznej uwzględniono m.in. zatrudnienie, płace, wydajność pracy i wyposażenie w środki trwałe. Zastosowano analizę ogólną i szczegółową, które razem objęły całokształt działalności Kliniki i jej interakcje z innymi ośrodkami w szpitalu. Przez wprowadzenie analizy ogólnej starano się wprowadzić

poszczególnych procedur na wynik finansowy, możliwości długości życia procedury oraz określono ekonomiczne możliwości zmian (które zostały dopasowane do możliwości medycznych). Przykładem może być wpływ długości hospitalizacji pacjenta na rentowność jednostkową, możliwości zmniejszenia kosztów pojedynczych procedur oraz wyeliminowanie *czeskich* błędów. Po zapoznaniu się z sytuacją wprowadzono monitoring kosztowy najbardziej kosztochłonnych ośrodków usługowych, aby łatwiej było wykryć momenty wspomnianych *tąpnięć* i szybko na nie reagować. Wyszczególniono procedury o wysokiej rentowności, a głębokiej analizie poddano procedury kosztochłonne. Wyodrębniono procedury wykonywane najczęściej, ustalono ich wpływ na wynik finansowy Kliniki. Dokonano analizy zakupów protez i innego sprzętu operacyjnego, przy czym ustalono wartości najważniejszych części składowych procedury i ich wpływ (zamianę) na koszt jednostkowy oraz możliwości regulacyjne. W efekcie wszystkich działań powstawał medyczno-ekonomiczny model zarządzania oddziałem zabiegowym.

Kontrola kosztów

Kolejnym krokiem było wprowadzenie przejrzystego systemu informatycznego. Miał on spełnić rolę sprawozdawczą dla wykonywanych



for. Archiwum

Fot. Prof. Arkadiusz Jawień (na zdjęciu: po prawej) oraz Tomasz Gręźlikowski opracowali medyczno-ekonomiczny model działania bydgoskiej Kliniki

procedur (związanych ze zużyciem punktów z miesięcznego kontraktu NFZ) oraz kosztów zużywanych materiałów. W ten sposób kierownik Katedry i Kliniki otrzymał możliwość wglądu w miesięczne wykonanie kontraktu i sprawozdanie zużycia materiałów.

Wprowadzony system informatyczny ustawił wykonane procedury chronologicznie pod kątem zużycia punkowego i wykazując różnicę, zestawiał je z miesięcznym kontraktem z NFZ. Dzięki bliskiej współpracy z ekonomistą szpitala można było na bieżąco oceniać medyczno-ekonomiczną pracę Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, a tym samym na bieżąco reagować na pojawiające się

Wyznaczono nowy trend w zarządzaniu oddziałem zabiegowym. Maksimum informacji decyzyjnych przekazano kierownikowi Kliniki, traktując go jako głównego decydenta i twórcę finansów ośrodka, łączącego medycynę z ekonomią. Prace te mogą stanowić wstęp do – jakże potrzebnego w dzisiejszych czasach – zbudowania regularnego systemu controllingu w Klinice.

Ekonomiczne wsparcie

Dalsze prace nad doskonaleniem wprowadzonego modelu zostały przerwane, z powodu zmian personalnych na stanowiskach ekonomicznych. Warto jednak podkreślić, że aby wymienione mechanizmy ekonomiczne i zarządzania mogły właściwie funkcjonować, konieczna jest nowa organizacja Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej. W tej sytuacji zaproponowano podział Katedry na dwa oddziały kliniczne, tj. Chirurgii Naczyniowej i Angiologii oraz Chirurgii Gastroenterologicznej i Jelita Grubego. Taki podział jednostki pozwolił na ukierunkowanie pracy personelu lekarskiego i pielęgniarskiego w wąskich dziedzinach medycyny. Ułatwi zarządzanie, a także pozyskiwanie właściwych kontraktów z NFZ.

Przeprowadzone kalkulacje ekonomiczne wskazują, że nowa struktura Katedry i Kliniki powinna przynieść korzystne efekty. Bowiemy ideą prac nad usprawnieniem zarządzania Kliniką było stworzenie medyczno-ekonomicznego modelu zarządzania, który zapewniłby podstawy ekonomiczne funkcjonowania Kliniki. W ten

” Dzięki analizie ekonomicznej wykazano momenty *tąpińć* kosztowych i ustalono ich wpływ na kondycję finansową Kliniki ”

problemy. Odrębny problem stanowiły zakupy drogiego sprzętu. Ustalono, że należy określić dochodowość procedur związanych ze używanym sprzętem. Celem była próba dokonania regulacji usług medycznych oraz uzyskanie najbardziej efektywnego wykorzystania sprzętu.

W 2005 r. w ciągu paru miesięcy prac poprawiono wynik finansowy, uregulowano pracę Kliniki pod kątem liczby i jakości wykonywanych procedur oraz ich dochodowości. Dzięki wcześniejszej szczegółowej diagnozie i zaplanowaniu pracy, efektywniej zaczęto wykorzystywać limity kontraktu punkowego z NFZ. Wzmocniono kontrolę kosztów. Wzrosła świadomość ekonomiczna wśród personelu. Poprawiono wizerunek Kliniki w mediach, przedstawiając rzeczywiste możliwości personelu oraz nowego sprzętu i wysoką jakość świadczonych usług medycznych.

sposób kierownik Kliniki uzyskał błyskawiczne i czytelne informacje decyzyjne, pozwalające na bardziej efektywne planowanie pracy i wykorzystanie zasobów ośrodka. Bardzo ważną zmianą było zdefiniowanie podejmowania decyzji jako procesu, w którym dokonuje się świadomego czyli nielosowego wyboru. Równie ważne było uzyskanie informacji o ekonomicznych konsekwencjach podejmowanych decyzji. Należy bowiem pamiętać, że ekonomia w zarządzaniu placówką medyczną powinna być przyjacielem ordynatora. Powinna także wskazywać nowe drogi ekonomicznego wsparcia działalności.

prof. Arkadiusz Jawień jest kierownikiem Kliniki i Katedry Chirurgii Ogólnej Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika

mgr Tomasz Gręźlikowski jest specjalistą ds. zarządzania w służbie zdrowia