

Rozmowa
z prof. Wojciechem
Witkiewiczem,
dyrektorem
Wojewódzkiego
Szpitala
Specjalistycznego
we Wrocławiu

Rycerz Świętego Sylwestra

Wielu menedżerów szpitali popadło w pułapkę zadłużenia. Pańska rada dla innych – jak tego uniknąć?

Przede wszystkim od pierwszej chwili samodzielności mojego szpitala postanowiłem dokładnie zbadać, jakie narzędzia wspomagające efektywność zarządzania możemy sami wykorzystać. Nie czekałem na procedury oddłużeniowe. Wiedziałem, że nikt za szpital długów nie zapłaci, dlatego starałem się nie dopuścić do ich szybkiego narastania. Nie zdecydowałem się na oferowany, często bardzo stanowczo, faktoring. Negocjowałem warunki bezpośrednio z wierzycielami, aby zapo-

biec wysokim kosztem obsługi długów: sądowym, komorniczym, a przede wszystkim kosztem generowanym przez firmy pośredniczące w obsłudze wierzytelności. Dla tej koncepcji zdołałem pozyskać grupę współpracowników, aby potem przekonać do niej całą załogę. Wspólnie opracowywaliśmy i wdrażaliśmy strategię bilansowania szpitala, zaczynając od kosztów i sprzedaży. W ramach racjonalizacji kosztów zdecydowaliśmy się na outsourcing funkcji pomocniczych, takich jak badania laboratoryjne, utrzymanie czystości, żywienie, rehabilitacja przyłóżkowa, patomorfologia. Pozwoliło to na łagodną restrukturyzację zatrudnienia,

przesunięcie ciężaru inwestycji w tych obszarach na dostawców usług oraz obniżyło koszty tych usług. Wprowadziliśmy receptariusz szpitalny, racjonalizując wydatki na leki, zmniejszyliśmy zapasy szpitalne, co odblokowało zamrożone środki finansowe. Wprowadzane stopniowo budżetowanie oddziałów szpitala zobowiązało kierowników komórek zadaniowych do współuczestniczenia w tworzeniu budżetów. Zoptymalizowaliśmy też czas hospitalizacji pacjentów poprzez poprawę organizacji pracy i skrócenie oczekiwania na diagnostykę. Sukcesywnie poszerzaliśmy zakres sprzedaży, głównie dzięki wdrażaniu nowych, niszowych, wysokospecjalistycznych procedur medycznych. Podjęte działania zbilansowały szpital. Odzyskaliśmy wiarygodność finansową, a w efekcie dostęp do tańszych źródeł finansowania, takich jak kredyty kupieckie i fundusze unijne. Umowy depozytowe powodują, że dostawcy w znacznym stopniu finansują zapasy. Jednocześnie wypracowujemy środki na inwestycje w nowoczesny sprzęt diagnostyczny i operacyjny, w rozwój i szkolenia.

Dzięki temu pański szpital wypracowuje coraz większe zyski? To miernik sukcesu.

Szpital nadal pozostaje organizacją działającą nie dla zysku. Musi on bilansować przychody z kosztami w taki sposób, który pozwoli na rozwój, wprowadzanie nowych technologii i nowoczesnych terapii. Aby nie hamować postępu w medycynie i nie rezygnować z nowoczesnych technologii, które przecież są niesłychanie kosztowne, staram się pozyskiwać na ten cel dodatkowe środki, pochodzące m.in. z grantów naukowych i od Fundacji na rzecz Nauki Polskiej. Jest to możliwe, bowiem od 2006 r. szpital ma status ośrodka badawczo-rozwojowego. Zysk, rozumiany jako nadwyżka przychodów nad kosztami, jest – oczywiście – ważnym wskaźnikiem ekonomicznym. Do grupy wskaźników ekonomicznych można zaliczyć również wskaźniki rentowności, płynności, rotacji zapasów i inne. Są mierzalne i umożliwiają analizę kondycji finansowej szpitala w czasie, jak również porównanie różnych szpitali. Są łatwe do wyznaczenia jako cele. Są dobre *tu i teraz*, pod warunkiem że w miarę dobrze zdefiniowane jest otoczenie, w jakim szpital działa.

Wyniki finansowe to jednak nie jedyny miernik sukcesu szpitala.

Szpital to organizacja szczególna – to przede wszystkim pacjenci, pracownicy, badania i rozwój. Pacjenci to sukcesywnie mierzony poziom ich satysfakcji, liczba hospitalizacji, udzielonych porad, przeprowadzonych zabiegów, czas pobytu w szpitalu, to dobra opinia o szpitalu w środowisku, to również podziękowania, to wreszcie liczba zgłaszanych skarg, które – szczegółowo analizowane – poprawiają jakość leczenia. Pracownicy to zintegrowany zespół ludzi i organizacja, która sprawdza się w realizacji nawet ekstremalnych zadań, planowany system szkoleń,



„ Dyrektor szpitala, nawet jeżeli jest jednocześnie lekarzem, musi w każdej chwili myśleć o swoim zakładzie jak o podmiocie ekonomicznym ”

wdrożony i przestrzegany system procedur i ocen, potwierdzany w moim szpitalu certyfikatem ISO 9001:2000 od 2004 r. Wreszcie badania i rozwój, inwestycje w nowoczesny sprzęt diagnostyczny i operacyjny oraz wdrażanie wysokospecjalistycznych procedur medycznych, nawet jeśli początkowo są one nisko wycenione przez płatnika, wspieranie działalności kół naukowych, organizacja kongresów i zjazdów naukowych, wspieranie dorobku naukowego pracowników szpitala, miejsce szpitala w rankingach medycznych – wszędzie tu wypadamy dobrze albo bardzo dobrze. Dyrektor szpitala, menedżer, nawet jeżeli jest jednocześnie leka-

rzem, musi w każdej chwili myśleć o swoim zakładzie jak o podmiocie ekonomicznym, który działa w określonej rzeczywistości. Rzeczywistość tę wyznaczają przepisy prawa i umowy, w tym głównie umowy z płatnikami (płatnikiem). Rzeczywistość to również podstawowa zasada istnienia szpitala – czyli zdrowie i nierozłącznie z pojęciem zdrowia związane poczucie bezpieczeństwa ludzi, którzy z zaufaniem oddają się pod naszą opiekę.

„ Boję się, że zmiany systemowe, na które tak wszyscy czekamy, nie znajdą się za najbliższym zakrętem „

+

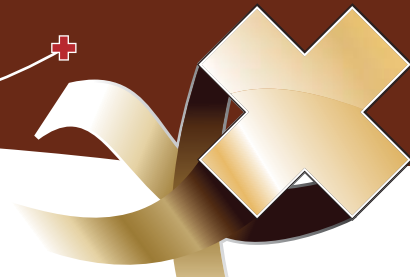
Czy podjąłby się pan zarządzania szpitalem prywatnym? Co jest łatwiejsze – zarządzanie placówką prywatną czy publiczną? Z jakimi dodatkowymi wyzwaniami i trudnościami musi liczyć się szef placówki publicznej w porównaniu z prywatną?

Szpital publiczny to praktycznie jeden płatnik (NFZ) i kontrakt zawierany na krótki okres, co utrudnia opracowanie długoterminowej strategii rozwoju. Powiedziałbym, że nie jest problemem odpowiedź na pytanie, za co inwestować. Trudniej odpowiedzieć na pytanie, w co inwestować. Sprzęt amortyzuje się przez pięć lat. Szpital publiczny to także brak możliwości sprzedaży świadczeń medycznych realizowanych ponad wyznaczony limit innym płatnikom niż NFZ, ustawowo duży udział w kosztach wynagrodzeń elementów niezwiązanych bezpośrednio z zaangażowaniem pracownika (obligatoryjna wysługa lat, nagrody jubileuszowe). Szpitale publiczne skazane są na opóźnienia w realizacji zakupów wynikające z obecnych uregulowań prawa zamówień publicznych. Wreszcie polityka – duży wpływ polityki na zarządzanie takim szpitalem publicznym, a społeczne oczekiwanie realizowania przez szpital misji niezależnie od możliwości finansowych. Szpital publiczny to jednak zwolnienie z opodatkowania wypracowanego zysku przeznaczonego na działalność statutową, łatwiejszy dostęp do pomocowych środków publicznych, brak ustawowej odpowie-

działności materialnej dyrekcji za jego zobowiązania. Szpital publiczny wielospecjalistyczny to również mniejsze ryzyko gwałtownego obniżenia kontraktu z NFZ. Nie znam szpitala prywatnego realizującego tak szeroki zakres i rodzaj świadczeń medycznych (w tym SOR), jak prowadzony przeze mnie. Mówiąc prywatny, mam na myśli szpital, który realizuje zadania wyłącznie w oparciu o kapitał prywatny osób fizycznych lub firm, w tym również zagranicznych. Można by założyć, że kapitał prywatny – jak dotąd – obawia się ryzyka inwestowania w tak duże przedsięwzięcia w sektorze ochrony zdrowia. Szpitale prywatne są najczęściej szpitalami jednoprofilowymi i w większości realizują niszowe świadczenia planowe, w małym stopniu finansują gotowość ich realizacji przez 24 godziny na dobę. Prowadzić taki szpital jest, oczywiście, łatwiej, zwłaszcza w aspekcie racjonalizacji kosztów. Są one jednak bardziej narażone na ryzyko powstania konkurencji oraz ryzyko wystąpienia konfliktu pomiędzy zarządcą a właścicielem. Właściciel może oczekiwać dywidendy, zarządca rozwoju. Moim zdaniem, na rynku świadczeń zdrowotnych jest miejsce dla szpitali państwowych i prywatnych. Jakość świadczeń zdrowotnych, zadowolenie pacjentów i pracowników nie powinny zależeć przecież od formy własności szpitala. Chodzi tylko o to, aby wszystkie podmioty działały w jednakowych warunkach prawnych i żeby wobec wszystkich stosowano jednakowe wymagania. Zmiana formy prawnej nie powinna być ucieczką od hamujących reguł, którymi obwarowane są obecnie samodzielne publiczne zakłady zdrowotne.

Czy z dobrym szpitalem specjalistycznym jest jak z trawnikiem w angielskim parku – trzeba go założyć, a potem codziennie doglądać, strzyc, podlewać – i już po kilkudziesięciu latach efekt murowany?

Obawiam się, że czego innego oczekuje się od dobrego szpitala specjalistycznego, a czego innego od trawnika w angielskim parku. Zdecydowanie różna jest dynamika funkcjonowania obu tych *zjawisk*. Nie wystarczy *założyć* szpitala, a potem dobrze go pielęgnować. Postęp i rozwój w medycynie, szczególnie w ostatnich latach, jest ogromny. Zarządzanie szpitalem łączy ze sobą oba



elementy, metodyczną, systematyczną pracę i rozwój, czyli dobre, nowe pomysły. Musimy tylko pamiętać, zauroczeni nowoczesnymi metodami leczenia, jakie są obecnie dostępne, że najważniejszą więzią w szpitalu jest więź lekarz–pacjent. Oby wąska specjalizacja i doskonałe narzędzia tej więzi nam nie przesłoniły. Bieżąca pielęgnacja szpitala to dobra organizacja, dobrzy fachowcy i rozwiązywanie systemowe. Trudno, abym wszystkiego doglądał osobiście, co nie oznacza, że bym czasami nie postępował w myśl zasady *pańskie oko konia tuczy*. Codziennosc w zarządzaniu szpitalem to stała walka o utrzymanie jego funkcjonowania. Problemy wynikające z kolejnych reform, nieprzemyślanych aktów prawnych oraz przestarzałych struktur powodują, iż zarządzanie publiczną jednostką to konieczność ciągłej restrukturyzacji, przekształceń i oszczędzania praktycznie na wszystkim. Codzienne zarządzanie to ciężka praca, której trzeba poświęcić większość swojego czasu, być gotowym sprostać wszystkim wyzwaniom oraz mieć do tego serce.

Czym zajmuje się pan w Radzie ds. Apostolstwa Świeckich Konferencji Episkopatu Polski?

Rada, w ogóle Rady Episkopatu Polski (jest ich kilka), mają charakter wspomagający wobec działań episkopatu. Mają pomóc biskupom w zorientowaniu się w obecnych trendach i nastrojach społecznych dotyczących tematów, które są podczas posiedzeń Rady poruszane. Dlatego właśnie w skład Rady wchodzi specjalistów z różnych dziedzin, ja jestem specjalistą w zakresie medycyny i tę dziedzinę nauki reprezentuję.

Jest pan kawalerem Orderu św. Sylwestra, najwyższego odznaczenia papieskiego przyznawanego osobom świeckim. Pańskie rady zostały docenione także w Watykanie...

Przyjąłem to wyróżnienie z wielką satysfakcją. Powtórzę to, co mówiłem na ceremonii wręczenia orderu – czuję wielkie onieśmienie i wątpliwość, czy zasłużyłem na to wyróżnienie.

Chcę udowodnić, że polska służba zdrowia, mimo tak trudnych dla niej czasów, może wznieść się na poziom usług, jakie świadczą inne placówki europejskie – deklaruje pan. Jak zamierza to pan osiągnąć?



„ Szpitale prywatne są narażone na ryzyko wystąpienia konfliktu pomiędzy zarządcą a właścicielem. Właściciel może oczekiwać dywidendy, zarządca rozwoju ”

Wyliczę cele:

- modernizacja szpitala mająca na celu dostosowanie do norm i standardów polskich i europejskich, ze szczególnym uwzględnieniem części diagnostycznej i klinicznej,
- wprowadzenie nowych metod terapii z wykorzystaniem komórek macierzystych i terapii genowej,
- rozszerzenie możliwości leczenia metodami małoinwazyjnymi i endowaskularnymi,
- rozwój centrum kompleksowego leczenia chorób serca, naczyń i udarów mózgowych,
- dalsze rozszerzanie profilaktyki, diagnostyki i leczenia chorób nowotworowych, ze szczególnym uwzględnieniem nowotworów piersi, narządu rodowego, pęcherza moczowego, trzustki i żołądka,
- rozwój metod żywienia parenteralnego i enteralnego u chorych w stanie krytycznym.

Strategia szpitala opiera się na założeniach zrównoważonego rozwoju trzech elementów: infrastruktury, pracowników i poziomu oferowanych usług. Kiedy myślę o planach i ich realizacji, boję się nie tyle wyzwań zawodowych, bo rozwiązywanie problemów na tym polu raczej dodaje sił niż zniechęca, obawiam się raczej przeszkód finansowo-biurokratycznych, które potrafią skutecznie zahamować pozytywne zmiany w naszych jednostkach. I jeszcze ciągle boję się, że zmiany systemowe, na które tak wszyscy czekamy, nie znajdą się za najbliższym zakrętem.

Rozmawiał Bartłomiej Leśniewski