

Oplaca się zadbać o chorych

Dobry zarządca szpitala powinien być twardy, ale też dbać o pacjenta i personel. I musi mieć wizję. Drastyczne cięcia w połączeniu z inteligentnymi inwestycjami i dbałością o jakość to recepta na sukces w trudnych czasach – wynika z rozmów ze **zwycięzcami rankingu** finansowego szpitali

Aleksandra Kurowska
 Klara Klínger
 dgp@infor.pl

Oceniając placówki, firma Magellan brała pod uwagę trzy główne elementy: efektywność aktywów, rentowność sprzedaży, a także dynamikę kontraktu z NFZ. Placówki podzielono na trzy grupy: małe, średnie i duże szpitale.

– Analizując dane wszystkich szpitali uwzględnionych w rankingu, wyraźnie widać, że placówkom z budżetem niższym niż 30 mln zł z reguły trudno jest wiązać koniec z końcem – mówi Zbigniew Wiatr, dyrektor ds. rozwoju Magellana. Tłumaczy, iż utrzymanie infrastruktury i odpowiedniej kadry oraz spełnienie wymogów NFZ jest przy takiej kwocie trudne do realizacji. Jeżeli najmniejsze placówki się bilansują, to zwykle dlatego, że z podstawowego zakresu wybierają tylko część procedur. Te niezbędne oraz bardziej dochodowe.

Szpitale z kontraktem powyżej 30 mln zł mają już łatwiej. Mogą rozwijać dodatkową działalność, wciąż bardzo pilnując wydatków. – O sukcesie największych placówek decyduje to, czy udało im się zwiększyć kontrakt – mówi Wiatr.

Dlatego menedżerowie przyjmują różne strategie. Małe placówki szukają swoich nisz i liczą każdy wydany grosz. Wszyscy wygrani, którzy zarządzają budżetem mniejszym niż 30 mln zł (najczęściej małe powiatowe szpitale), patrzą na przyszłość. I stawiają na rozwój usług dla osób starszych: rozbudowują zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL). Część z nich już zainwestowała w geriatrię. Mało dochodowe? Co z tego. Wizjonerzy wiedzą, że demografia jest nieubłagana, a dodatkowo na politykę senioralną już zaczynają płynąć pieniądze z budżetu unijnego

i krajowego. A popyt reguluje rynek. To zaś im daje szansę, by przetrwać: będą potrzebni.

Średnie i duże placówki, te z kontraktami do 70 mln zł oraz te, których budżety są jeszcze wyższe, mają już szansę na szerszy zakres działań. Mogą sobie pozwolić na inwestycje, które mają szansę się zwrócić w długofalowej perspektywie. Im większy budżet, tym większe pole manewru.

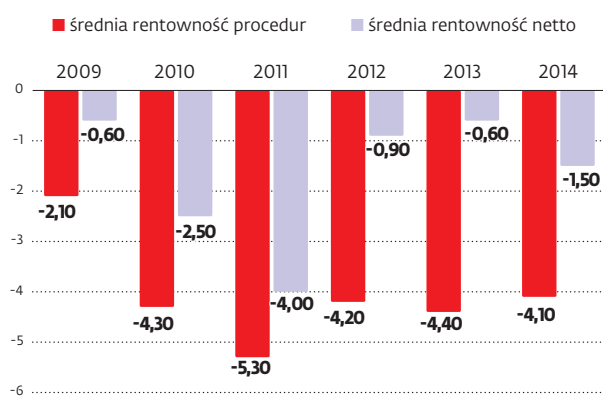
Dla wszystkich liczy się jakość. Już wiedzą, że na tym akurat nie mogą oszczędzać. Liczy się marka szpitala, szczególnie jeżeli chcą przyciągnąć pacjentów. Za chorymi, jak mówią dyrektorzy, idą pieniądze. Największe przełożenie ma to w nielicznych procedurach.

Niezależnie od wielkości budżetu wszyscy są zgodni: zarządzanie w czasach, w których pieniądze na zdrowie jest cały czas za mało, nie jest łatwe. Zdaniem Jerzego Gryglewicz, eksperta ochrony zdrowia z Uczelni Łazarskiego, o sukcesie decydują trzy elementy. Z jednej strony czynniki zewnętrzne, wobec których zarządzający muszą umieć działać elastycznie. Wśród nich np. położenie.

– Te leżące na terenie miasta, jeżeli są małe, są zmuszone konkurować z większymi placówkami na tym samym terenie – tłumaczy Gryglewicz. Takim jest szpital MSW w Bydgoszczy, który choć niewielki, dzięki postawieniu na jakość zwiększył w ostatnich latach kontrakt o 300 proc., m.in. przyciągając rodzaje z innych szpitali do swojej placówki. Został zmuszony przez okoliczności zewnętrzne do działania.

Drugim elementem, o którym mówi Gryglewicz, jest umiejętność dobrania zespołu optymalnego pod kątem kosztów i umiejętności. Największą pozycją w kosztach szpitala są wynagrodzenia. Dobry menedżer musi wiedzieć, gdzie przebiega gra-

↓ **Na ile w kolejnych latach prowadzenie szpitali było opłacalne (proc.)**



Źródło: Kondycja SPZOZ w 2014, analiza Magellan

© NS

nica między zmniejszaniem zasobów a bezpieczeństwem i oferowaną jakością.

– To, jak sobie radzi placówka finansowo, zależy przede wszystkim od tego, czy ma dobrego zarządzającego i dobrą kadrę – przyznaje Anna Szczerbak zasiadająca w Radzie Naczelnej Polskiej Federacji Szpitali. Podkreśla, jak ważne jest, by menedżerowie i pracownicy byli przeszkoleni, rozumieli, że pracują na sukces własny i całego zespołu. – Dzięki temu placówka nawet w niesprzyjających warunkach jest w stanie dostrzec nowe szanse, rozwijać się, wygenerować dodatkowe przychody – dodaje Szczerbak. Przykładem jest szpital w Łęczycy, którego zespół w momencie największego kryzysu zgodził się na obniżenie pensji. Teraz ma szansę na inwestycje.

Wreszcie trzeci czynnik to „zarządzanie pacjentem”. Z jednej strony dbałość i inwestowanie w dobre samopoczucie chorego (nowoczesne sale, mili lekarze, przyjazna recepcja), z drugiej krótkie hospitalizacje. I kompleksowość usług. Znowu, jak przekonuje Gryglewicz, należy znaleźć złoty środek. Zarządzający często stają przed dylematem: czy lepiej stawiać na leczenie

opłacalne, czyli dobrze wyceniane przez NFZ (jak kardiologia inwazyjna, ortopedia czy okulistyka), czy też na pełne zabezpieczenie.

Wyniki rankingu wykazują, że dostrzeżenie chorego się opłaca.

– Znam część laureatów rankingu, np. położniczy szpital kliniczny w Poznaniu, i wiem, że świetnym wynikiem finansowym towarzyszy wyjątkowo troskliwa opieka nad rodzającymi – od wsparcia psychologa po doradztwo w zakresie laktacji – dodaje Anna Szczerbak.

Sukces zwycięzców rankingu jest tym większy, że w 2014 r. wzrósł odsetek szpitali publicznych przynoszących straty. Tak wynikało z raportu firmy Magellan. Szukanie kolejnych rezerw w zarządzaniu jest coraz trudniejsze i szpitale w 2014 r. częściej zamykały rok ze stratą. Odsetek szpitali o dodatniej rentowności netto spadł do 59 proc. (w 2013 r. wynosił 61 proc.). Jak wynika z raportu, w którym uwzględniono dane z większości szpitali, realizując procedury zakontraktowane z NFZ, szpitale nie są w stanie osiągnąć progu rentowności. Na samych procedurach wynosi ona poniżej – 4 proc.

wiedzialnością Sp. k. Klasyfikacja opiera się wyłącznie na informacjach zawartych w sprawozdaniach finansowych placówek za 2014 rok i nie obejmuje innych danych. Placówki nie są zobowiązane do stosowania Międzynarodowych Standardów Rachunkowości Sektora Publicznego.

Pełny ranking dostępny na www.gazetaprawna.pl/rankingszpitali2016



Dobre zarządzanie pozwala odnieść sukces

URBAN KIELICHOWSKI

członek zarządu Magellana

Nasza spółka gromadzi i analizuje informacje o sytuacji szpitali w Polsce już od 2008 r. To cenne źródło wiedzy na temat zmian na rynku medycznym i kierunków jego rozwoju. Dlatego zdecydowaliśmy się publikować je także w formie rankingu, wskazując placówki, które pozytywnie wyróżniają się pod kątem twardych wskaźników finansowych. Pozwalają one w obiektywny sposób zobrazować efektywność zarządzania szpitalem. Ranking finansowy szpitali przekazujemy państwu już po raz drugi. Promuje on najlepszych menedżerów, którzy maksymalnie wykorzystują możliwości zarządzania swoimi finansami i znaleźli receptę na skuteczne działanie w specyficznym otoczeniu, jakim jest sektor medyczny. Szpitale, które wygrały w swoich kategoriach, to jednostki dobrze prowadzone zarówno w obszarze budowania przychodów, kontroli kosztów, jak i działalności inwestycyjnej. Źródłem

ich sukcesu jest ciągły rozwój i zespół zbudowany wokół sprawnego menedżera. Jak wynika z zestawienia, pomimo problemów finansowych sektora medycznego, wysoka jakość i sposób zarządzania pozwalają odnieść sukces ekonomiczny. Dla szpitali o gorszym standingu to także szansa na korzystanie z doświadczeń najlepszych jednostek. Trudno tu o jedną, uniwersalną receptę, to wiele dobrych praktyk, ciekawych, niejednokrotnie wręcz innowacyjnych pomysłów oraz odwagi i konsekwencji. Poprzednie lata pokazały, że ranking stanowi również cenne źródło wiedzy dla kontrahentów szpitali. Ważną rolę odgrywa zazwyczaj wsparcie przeprowadzanych zmian ze strony podmiotów tworzących. Dlatego nasz ranking kierujemy także do władz samorządowych, uczelni medycznych i ministerstw, które sprawują nadzór nad podlegającymi im placówkami.



Większa transparentność ułatwi zarządzanie szpitalem

BARTOSZ KRAWCZYK

wicedyrektor w Dziale Konsultingu Deloitte

Otoczenie działalności szpitalnej jest obecnie bardzo dynamiczne. Niespełna miesiąc temu zostały opublikowane pierwsze mapy potrzeb zdrowotnych – w zakresie chorób onkologicznych i kardiologicznych. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji ustaliła taryfy pierwszych grup świadczeń. Z kolei zapowiadane na ten rok kontraktowanie świadczeń medycznych zostało przeniesione na kolejny rok – 2017. Dodatkowo nowe władze w Ministerstwie Zdrowia zapowiedziały zatrzymanie komercjalizacji szpitali oraz finansowanie ochrony zdrowia bezpośrednio z budżetu, a nie poprzez NFZ.

Co to znaczy dla szpitali? Pewnie będą mogły planować rozwój placówek w oparciu o mapy potrzeb zdrowotnych, które np. w obszarze onkologii wskazują, że jest miejsce na nowe oddziały. Urealnienie wycen świadczeń przez AOTMiT powinno wyeliminować sytuację, że w dobrze zarządzanym szpitalu istnieją

nierentowne procedury. Z drugiej strony prawdopodobnie część bardzo dobrze wycenianych świadczeń zostanie skorygowana. Wydaje się, że to jest dobra zmiana, większa transparentność ułatwi zarządzanie szpitalem. Ale inne rozwiązania mogą je utrudnić. Komercjalizacja szpitali pierwotnie była pomysłem na nowe otwarcie: umorzenie zobowiązań w zamian za restrukturyzację i zwiększenie efektywności szpitala. Idea była bardzo dobra, choć mechanizm wymagał dopracowania. Niestety zamiast poprawione, to rozwiązanie zostanie wycofane. Dla szpitali to zamknięcie jednej z nielicznych dróg na kontrolowaną restrukturyzację. Jeśli zaś chodzi o finansowanie ochrony zdrowia bezpośrednio z budżetu, zwiększa ono niepewność, co przeszkadza w planowaniu strategicznym. Za wcześniej jest, żeby ocenić, jakie to będzie miało skutki dla szpitali.

Jak powstał ranking szpitali publicznych

Publiczne jednostki służby zdrowia zostały podzielone na trzy grupy ze względu na wartość kontraktu zawartego z Narodowym Funduszem Zdrowia:

- do 29 mln zł,
- pomiędzy 30 a 69 mln zł,
- powyżej 70 mln zł.

Ocenie zostały poddane wskaźniki finansowe:

- efektywność aktywów,
- rentowność sprzedaży,
- dynamika kontraktu z NFZ 2014/2013.

Ranking nie obejmuje jednostek, które są przychodniami otwartymi, ambulatoriami, lecznictwem otwartym, zakładami medycyny pracy, stacjami pogotowia ratunkowego, oddziałami szpitali, sanatoriami.

Placówkom przydzielono punkty w zależności od osiągniętych wskaźników, suma punktów zdecydowała o pozycji w zestawieniu. W przypadku jednakowej sumy punktów o miejscu

w rankingu decydowały punkty uzyskane w pierwszej kolejności za efektywność aktywów na 31 grudnia 2014 r., w drugiej – rentowność sprzedaży na 31 grudnia 2014 r., a jako ostatni czynnik – dynamika kontraktu NFZ 2014/2013.

Autorem metodologii rankingu i obliczeń jest Magellan. Weryfikacji danych finansowych dokonała spółka Deloitte Polska spółka z ograniczoną odpo-

Dla mniejszych ratunkiem są znalezienie niszy i dobra opinia

Dbanie o markę, stawianie na swoją niszę, szukanie inwestycji, które mają szansę się zwrócić, drobiazgowo analizy finansów – to główne zabiegi, po które sięgają **małe szpitale**

Klara Klinger
 klara.klinger@infor.pl

– Zakłady opieki długoterminowej to działalność, dzięki której zapewniliśmy sobie miejsce na rynku – mówi Marek Lewandowski, dyrektor szpitala MSW w Bydgoszczy – laureata 1. miejsca w rankingu Magellana w grupie szpitali z kontraktami do 29 mln zł.

Wydawałoby się, że to paradoksalna decyzja, bo jak przyznaje sam dyrektor, opieka długoterminowa jest zbyt nisko wyceniana przez NFZ. Pomimo to w roku 2012 szpital otworzył ZOL.

– Nasza decyzja wychodziła naprzeciw oczekiwaniu rynku, a była zgodna również z oczekiwaniami płatnika. Dzięki tej działalności zapewniliśmy sobie miejsce na rynku. Dopelniając naszą ofertę dla pacjenta – seniora, w 2015 r. otworzyliśmy 20-lóżkowy oddział geriatрии oraz poradnię geriatryczną – wyjaśnia Lewandowski.

Dobry PR i seniorzy

Z danych GUS wynika, że między 2002 a 2011 rokiem liczba osób w wieku 80–84 lat zwiększyła się do 816 tys., czyli o 67 proc. Zaś jeszcze starszych (85–89 lat) do 405 tys. Liczba ludności w wieku emerytalnym w Polsce wzrosła w najbliższych dekadach z ok. 7 mln w 2013 r. do blisko 10 mln w 2050 r.

– Musimy myśleć perspektywnie – uważa Robert Płaziak, dyrektor szpitala powiatowego w Lesku, który uplasował się na 4. pozycji wśród najbardziej zaradnych szpitali.

W Bieszczadach nie ma dostatecznego zabezpieczenia dla osób starszych. Dlatego właśnie kończą prace projektowe przy budowie oddziału geriatrycznego. Spotykają się z inwestorami, chcą budować obiekt m.in. z przeznaczeniem na nowy blok operacyjny. Co najważniejsze, kształcą kadrę. – Lekarze z oddziału chorób wewnętrznych są już w trakcie specjalizacji geriatrycznej – mówi Robert Płaziak.

Zakład opiekuńczo-leczniczy już mają i myślą o poszerzaniu działalności, a nawet o stworzeniu placówki komercyjnej w ramach projektu – „Bieszczady najpiękniejsze są jesienią”. – Chcielibyśmy, aby pod tym tytułem możliwe było wykorzystanie obecnie posiadanej, a niewykorzystanej przez powiat infrastruktury na długoterminową działalność leczniczą, np. ZOL lub dom dla seniorów – tłumaczy Płaziak.

Również w szpitalu w Dąbrowie Białostockiej, który uzyskał w rankingu 3. miejsce, stawiają na rozbudowę ZOL.

– Takie jest zapotrzebowanie społeczne – wyjaśnia Jan

Chodziutko, dyrektor Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Dąbrowie Białostockiej, który powstał w 2011 roku z 25 łózkami, a potem rozszerzono go do 40 łózek. – To tereny, które będą się wyludniać, więc właśnie na takie usługi będzie popyt – przyznaje dyrektor.

Ten trend już zaczęli odczuwać – placówka od kilku lat sukcesywnie ogranicza działalność. Zamknęli oddział ginekologiczny i dziecięcy. Dyrektor myśli o otwarciu oddziału geriatrycznego, jednak na razie ograniczenie stanowią warunki techniczne.

Mocną stroną jest rehabilitacja. Mają nawet nadwykonalania i liczą, że w efekcie negocjacji uda się przynajmniej część pieniędzy odzyskać.

Dyrektor szpitala w Bydgoszczy dodaje, że wśród tak licznej konkurencji – mają w okolicy osiem innych szpitali, w tym dwa kliniczne, szukają dobrego argumentu, dla którego mieliby zostać na rynku. Na razie udaje się bardzo dobrze, na co wskazuje wysokość umów z NFZ. Jeszcze 10 lat temu kontrakt wynosił 11, 3 mln zł, w roku 2015 już 31, 5 mln zł. Wzrost finansowania wyniósł blisko 300 proc. Jak tłumaczy dyrektor, to efekt prowadzonej od 2008 roku restrukturyzacji.

– Zwiększanie efektywności wykorzystywania posiadanych powierzchni szpitalnych, ich dostosowywanie i uruchamianie na nich nowych zakresów działalności pozwoliło na rozszerzenie działalności – dodaje Lewandowski.

Jest jeszcze jedna kwestia – dobra marka. Na przykład w Bydgoszczy postawili na oddział ginekologiczno-położniczy. I to również pomimo sporej miejskiej konkurencji. Z sukcesem. Jak im się udaje? Stawiają na dobrą kadrę.

– To fachowcy zaczęli budować dobrą markę, czego dowodem jest z roku na rok rosnąca liczba porodów w naszym szpitalu – mówi Lewandowski i dodaje, że zmianom przyswieca rozwój, umocnienie pozycji na rynku w otoczeniu konkurencyjnym.

Trudne inwestycje

Kolejną ścieżką są inwestycje. Z tym jednak bywa różnie. W małym szpitalu trzeba liczyć każdy grosz. Przy większych budżetach różnice kilkuset czy kilkudziesięciu tysięcy złotych nie grają takiej roli. Przez niewielkich nawet kilka tysięcy stanowi różnicę. Ponadto trudno jest planować inwestycje, które mogą się zwrócić po latach, ale przynoszą zadłużenie tu i teraz.

– Zdajemy sobie sprawę ze swoich ograniczeń, z uwagi na skalę budżetu musimy działać bardzo ostrożnie. Każ-

da zmiana jest szybko widoczna w wyniku finansowym – mówi Robert Płaziak.

Kolejnym kłopotem jest brak przewidywalności.

– Jako szpital powiatowy jesteśmy podatni na czynniki związane z tzw. polityką zdrowotną, którą prowadzi instytucje i organy państwowe. Na nią nie mamy wpływu – podkreśla Płaziak.

A jednak i małe szpitale inwestują, tylko ostrożnie, drobiazgowo licząc koszty i zyski. W Lesku, jak przyznaje szczerze dyrektor, na obecny stan szpitala wpłynęła dalekowzroczna polityka inwestycyjna prowadzona przez śp. dyrektora Alicję Szczepańską w latach 2005–2010. Obecny dyrektor przyznaje, że placówka zapłaciła za to wysoką cenę w postaci fatalnych wyników w tamtych latach i utratą płynności na kolejne. Bez tego jednak nie byłaby możliwa poprawa, która jest obecnie widoczna. Dzięki negocjacom z lokalnym oddziałem NFZ udało im się zwiększyć kontrakt, lepiej wykorzystać potencjał.

– Długi oczywiście mamy, nie da się ich spłacić w jednej chwili, zbieraliśmy je przez lata. Z tym długiem musimy nauczyć się żyć. Od roku 2014 realizujemy program naprawczy w zakresie restrukturyzacji zobowiązań – mówi Płaziak. Dodaje, że obecnie starają się płacić zobowiązania na bieżąco.

– Istotna jest chęć rozwoju, nie możemy stać w miejscu. Przygotowujemy się do dalszych działań inwestycyjnych, chcemy dostosować nasze obiekty do obecnych standardów, rozszerzyć oraz ukierunkować naszą działalność w zakresie opieki długoterminowej, w tym nad pacjentami starszymi. Należy to jednak robić z należytą uwagą na już posiadaną potencjał.

Bogdan Jussis, dyrektor szpitala psychiatrycznego we Fromborku, który zdobył



BOGDAN JUSSIS

dyrektor Szpitala Psychiatrycznego we Fromborku

Chcielibyśmy płacić więcej, zatrudniać więcej, ale wtedy grozi nam, że wynik finansowy będzie ujemny

2. miejsce w rankingu, liczy na zmianę przepisów. Po pierwsze ma nadzieję, że wzrosnie dofinansowanie psychiatrii. Po drugie, że będzie promowana opieka środowiskowa. Ich placówka ma możliwość założenia Centrum Zdrowia Psychicznego (to opcje od lat promowane w planach Ministerstwa Zdrowia), gdzie dla określonego regionu byłoby łóżka stacjonarne, przychodnie i opieka dzienna środowiskowa. Szpital czeka na ogłoszenie konkursów przez NFZ.

To jedyna szansa, inne oszczędności, których dokonali dzięki skrzętnej analizie budżetu, zostały wyczerpane. To do tej pory stanowiło kluczowe narzędzie, dzięki któremu udaje się trzymać budżet w ryzach: drobiazgowo analiza wydatków i przychodów, planowanie inwestycji. Od tak małych pozycji, jak zakup przyborów piśmiennych, po wprowadzenie informatyzacji. Bogdan Jussis nazywa to ręcznym sterowaniem. To znaczy, że on sam sprawdza i akceptuje wszystkie wydatki. Każdy oddział co miesiąc przedstawia analizę kosztów. Część usług zlecono podmiotom zewnętrznym, zrezy-



MAREK LEWANDOWSKI

dyrektor szpitala MSW w Bydgoszczy

Zwiększanie efektywności wykorzystywania posiadanych powierzchni szpitalnych pozwoliło na rozszerzenie działalności

gnowano m.in. z własnego laboratorium analitycznego. To w pierwszym roku dało oszczędności na kilkaset tysięcy. Zlikwidowano wewnętrzną pralnię, to także oszczędność. Jednak Jussis podkreśla, że jedna rzecz, której nie zmieni, to kuchnia. Tę mają własną i jeżeli chcą dbać o wizerunek i jakość usług, taka musi zostać. A o to dbają, więc oprócz oszczędności także o to, by przyciągnąć pacjentów.

Szpital w Bydgoszczy przyznaje, że u nich brak długów wymagalnych wynika przede wszystkim z realizacji podstawowego założenia: zaciągać zobowiązania tylko do wysokości możliwości zapłaty. Nie korzystają również z pożyczek, kredytów. Nie każdemu to jednak jest dane.

Dyrektor ze szpitala w Dąbrowie przyznaje, że małym szpitalom nie jest łatwo przede wszystkim z powodu kadry. Bardzo trudno jest znaleźć dobrą. Powód? Z jednej strony mniejsze finansowanie, z drugiej niechęć do przeniesienia się do mniejszej miejscowości. Oni sami mają dwa mieszkania, które mogą zaoferować lekarzowi, który zgodzi się na pracę w ich placówce. Teraz



ROBERT PŁAZIAK

dyrektor szpitala w Lesku

Zdajemy sobie sprawę ze swoich ograniczeń, z uwagi na skalę budżetu musimy działać bardzo ostrożnie

walczą o specjalistów, pediatrów do POZ, który działa w ramach szpitala. Nie ma chętnych.

Przyznaje to też dyrektor w Lesku – szpitale powiatowe są najrzadziej wybierane przez lekarzy i pielęgniarki. Tymczasem nie można ograniczać zatrudnienia do poziomu minimum. Trudno też walczyć na płace, jeżeli to największe wydatki w budżecie.

– Chcielibyśmy płacić więcej, zatrudniać więcej, ale wydatki bez pokrycia grożą utratą płynności i wynikiem finansowym ujemnym, a na to nie możemy pozwolić. Do teraz nam się udaje, by mieć choćby kilka tysięcy na plusie. A to już stanowi różnicę przy małym kontrakcie – dowodzi Bogdan Jussis ze szpitala we Fromborku. Każdą nadwyżkę odkładają na przyszłe inwestycje.

A jeżeli placówka jest na plusie, to i oczekiwania rosną.

– Personelu proszącego o podwyżki, pacjentów, NFZ, który nie chce dawać lepszego kontraktu, organu założycielskiego, który nie szuka innych źródeł finansowania – dodaje Płaziak. Śmieje się, że bycie

Kontrakt do 29 mln zł

	Nazwa	Suma punktów	Efektywność aktywów	Rentowność sprzedaży	Dynamika kontraktu
1	Samodzielny Publiczny Wielospecjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Bydgoszczy	51	12	20	19
2	Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Psychiatryczny Zakład Opieki Zdrowotnej we Fromborku	50	20	16	14
3	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Dąbrowie Białostockiej	50	17	19	14
4	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Lesku	49	14	16	19
5	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Białobrzegach	48	20	16	12
6	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Węgrowie	47	15	20	12
7	116 Szpital Wojskowy z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Opolu	46	10	18	18
8	Podkarpackie Centrum Chorób Płuc w Rzeszowie	45	16	10	19
9	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Opolu	45	15	20	10
10	Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Suchowoli	45	10	17	18

Średnie stawiają na organizację

Każdy ma swój **pomysł na zarządzanie**. Dla części jest to ucieczka do przodu, dla innych restrukturyzacja i cięcie wydatków. Wszyscy jednak myślą o chorych. – Pacjent to nasz pracodawca – mówi jeden z dyrektorów

W Zawierciu stawiają na zmiany organizacyjne. Szpital zajął 1. miejsce w grupie średnich placówek, jeżeli chodzi o sprawne zarządzanie. Dyrekcja zarządza budżetem około 50 mln zł. I choć wynik finansowy jest na plusie, to nadal borykają się ze zobowiązaniami. Z częścią dostawców podpisują umowy ratalne, ale muszą sobie radzić z pożyczkami i kredytami. Dlatego ciągle szukają pomysłów na pozyskiwanie pieniędzy.

Jedną z możliwości zwiększenia kontraktu jest zmiana organizacji szpitala, by przyciągnąć pacjentów, ale i lekarzy, bo to – jak podkreśla dyrektor Marek Walewski – naczynia połączone.

Inwestycje są konieczne

Pierwszym krokiem, który udało się wdrożyć, było uruchomienie dobrze wyposażonego oddziału ratunkowego. Z łódzkiego. Jak przyznaje dyrektor, pomysł powstał już siedem, osiem lat temu, teraz udało się go wcielić w życie.

– Przez rok oddział nie był uruchamiany, bowiem brakowało obsady. Dopiero pół roku temu udało się skompletować ekipę. – Bez ludzi nie ma szans na powodzenie. Negocjowaliśmy z moim zastępcą dr. Sławomirem Milką każde zatrudnienie – dodaje.

Sukces zarządzania jest także w dużej mierze uzależniony od współpracy z oddziałami NFZ.

– U nas ta współpraca jest dobra. Otrzymaliśmy zapłatę za nadwykonania – informuje dyrektor.

Liczą się także zmiany pozamedyczne. Ostatnią dużą inwestycją jest termomodernizacja, która jest w toku. Wydatek jest spory, rzędu 14 mln zł, jednak inwestycję wspomogło starostwo. Dzięki temu miesięczne rachunki za gaz mogą spaść ze 100 tys. zł do 70 tys. zł.

– Inwestycja przyniesie nam oszczędności, w ciągu roku kilkusetysięczne – mówi dyrektor.

Oprócz tego wprowadzają zintegrowaną informatyzację. Będą również mieli możliwość na bieżąco kontrolować kolejki, rozchód leków i wykonywane badania, by nie musieć powtarzać diagnostyki przy przechodzeniu pacjenta z oddziału na oddział.

Mają też plany na przyszłość. Jednym z pomysłów jest kardiologia, w tym kardiologia inwazyjna, a także rozwinięcie działalności oddziału neurologicznego i udarowego. Mogliby także rozwinąć diagnostykę – mają swoje laboratorium, dobry sprzęt. Chcieliby otrzymać większy kontrakt, tak by móc wykorzystać potencjał. Poszerzyć ofertę o diagnostykę obrazową. Obecnie obsługują około 150 tys. pacjentów. Myślą także o wykorzystaniu dużego terenu na działalność komercyjną, np. wynajęcie dla prywatnej placówki, choćby rehabilitacyjnej. Może też po-

szerzą zakres usług o pakiet opieki skierowanej do osób starszych.

W Łęczycy, która zajęła drugie miejsce, postawili na radykalną restrukturyzację. Kiedy zamykali kolejne trzy lata na minusie, na biurko dyrekcji przychodziły zawiadomienia od komorników, zaś pieniądze przeznaczone na leczenie szły na spłaty odsetek karnych, dyrekcja wraz z podmiotem tworzącym powiedziała stop.

– To by było jak kula śnieżna, z roku na rok odsetki by rosły. Nie mogliśmy liczyć na cud, że sprawa się sama rozwiąże, że otrzymamy większy kontrakt albo zaczniemy zarabiać na innej działalności. Dlatego postanowiliśmy zmienić to, na co mamy sami wpływ – tłumaczy dyrektor Andrzej Pietruszka.

Głównym wydatkiem są koszty zatrudnienia. Aby przeprowadzić zmiany profesjonalnie, wynajęli firmę doradcą.

– Było to bardzo trudne, bo wiązało się ze zwalnianiem ludzi, jednak wiedzieliśmy, że od tego nie możemy uciec – przyznaje dyrektor.

Drugim elementem była restrukturyzacja zadłużenia, która również przyniosła widoczne efekty finansowe.

– Koszty odsetek od niepłaconych w terminie faktur i rat i pozostałe koszty operacyjne: komornicze, sądowe i adwokacie w roku 2011 wyniosły 1,5 mln zł – mówi Andrzej Pietruszka. Dlatego ogłoszono przetarg, sprzedano dług, co zniwelowało kary. Długoterminowe rozłożenie spłat pomogło zmniejszyć odsetki z 13 do 5 proc. Teraz koszty obsługi wynoszą 400 tys. zł rocznie.

– W sumie wszystkie zmiany przyniosły 5 mln zł oszczędności – informuje Pietruszka.

To pozwoliło zamknąć już 2012 r. na plusie. I ten stan na razie udaje się utrzymać.

– Mieliśmy też plany inwestycyjne dotyczące poszerzenia zakresu świadczeń medycznych – przyznaje dyrektor.

Chcieliby otworzyć pododdział ortopedyczny. Kadre już mają, na razie przyjmuje w poradniach. Mogliby poszerzyć działalność o zakres szpitalny, jednak od kilku lat nie było nowych konkursów ogłaszanych przez NFZ – projekt czeka na przyszły rok, na który są zapowiadane nowe konkursy. Budowa nowoczesnego bloku operacyjnego (obecny jest z lat 60.) ułatwiłaby pracę lekarzom i bezpieczeństwo pracy.

– „Pacjent naszym pracodawcą” to nasze motto – mówi dyrektor placówki. Dlatego oprócz modernizacji sal, budynku, stworzenia przyjaznej recepcji ostatnio wprowadzili szkolenia dla personelu dotyczące komunikacji z pacjentami. Opinia chorych jest bardzo ważna. Dzięki temu buduje się markę szpitala. Teraz też wdrażają informatyzację w szpitalu i poradniach. Udało

się pozyskać fundusze unijne – dla pacjentów będzie możliwość rejestracji online, a także sprawdzenia wyników badań bez obowiązku osobistego odbioru.

O tym, że placówka wyszła na prostą, świadczą także nagrody, które otrzymała zarówno w ogólnopolskich, jak i wojewódzkich zestawieniach – została doceniona za zarządzanie i jakość opieki.

Kompleksowa opieka

Szpital powiatowy w Radomsku (3. miejsce) postawił na zwiększanie zakresu i liczby świadczeń oraz na kompleksowość. Umożliwiła to zmiana siedziby.

– Do roku 2011 roku mieściliśmy się na 5 tys. mkw., teraz mamy 30 tys. Utrzymanie jakości i rozwój wymagały stworzenia nowych warunków do leczenia – mówi lek. med. Radosław Pigoń, szef szpitala.

Dzięki temu otworzyły się nowe możliwości. W 2015 r. otworzono oddziały rehabilitacji kardiologicznej oraz neurologicznej. W planach jest jeszcze pododdział urazowy. Wcześniej utworzono m.in. zakład opiekuńczo-leczniczy oraz oddział leczenia uzależnień. Zweryfikowano też potrzeby związane z prowadzeniem kuchni (miała aż 3 tys. mkw.) i pralni (2 tys. mkw. – została outsoursowana).

– Wśród naszych atutów, które powodują, że leczą się u nas osoby także z innych powiatów, jest kompleksowość usług. Mamy przychodnie podstawowej opieki zdrowotnej, poradnie specjalistyczne, szpital, opiekę długoterminową, własną diagnostykę i transport sanitarny, łącznie z łódzkiem – wymienia szef placówki.

Dzięki rozwojowi placówki zwiększyła budżet o ponad połowę. W 2011 r. wynosił niecałe 40 mln zł, teraz 64 mln zł. I zamiast ciąć zatrudnienie – zwiększa je, choć z umiarem. – Jeszcze kilka lat temu mieliśmy 11 szpitalnych oddziałów i 650–660 pracowników. Teraz oddziałów jest 18, a zatrudnienie wynosi 700 osób – mówi Pigoń.

Placówka jednak oczekiwaby zmian w rozliczeniach



RADOSŁAW PIGOŃ

dyrektor Szpitala Powiatowego w Radomsku

Wśród naszych atutów jest kompleksowość usług



MAREK WALEWSKI

dyrektor Szpitala Powiatowego w Zawierciu

Bez ludzi nie ma szans na powodzenie. Negocjowałem z każdym i się udało



ADAM ZDANIUK

dyrektor Zespołu Opieki Zdrowotnej w Bolesławcu

Wyniki finansowe oddziałów trzeba sprawdzić raz w tygodniu

z NFZ. Postanowiła ograniczyć przyjmowanie ponadlimitowych pacjentów, za których fundusz nie chce potem płacić. Dyrektor zwraca też uwagę, że w negocjacjach z płatnikiem ważna jest współpraca z innymi szpitalami.

– Jak większość szpitali powiatowych, tracimy na niekorzystnych rozliczeniach z NFZ, a dodatkowo bardzo dotkliwie nasze przychody miały być ścięte z powodu pakietu onkologicznego – mówi dyrektor. Chodzi o to, że część kontraktów wydzielono wyłącznie na leczenie onkologiczne osób z kartami DILO, ale warunki skorzystania z nich były trudne lub wręcz niemożliwe do spełnienia przez wiele powiatowych placówek. – Dzięki porozumieniu, jakie zawarliśmy z NFZ i MZ w 2014 r. w ramach Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Szpitali Powiatowych, nasz kontrakt całościowo nie spadł – mówi Pigoń.

Szczegółowy controlling

Szpital powiatowy w Bolesławcu (4. miejsce) w 2009 r. przyjął 10-letni program naprawczy, w ramach którego dostosowuje bazę łóżkową i zwiększa sprzedaż. Jedną z kluczowych decyzji, które wpłynęły na poprawę kondycji placówki, było wdrożenie w pierwszym roku obowiązywania programu pełnego controllingu i budżetowania poszczególnych oddziałów, a nie całej placówki. Na co dzień wykorzystuje system

kontroli zarządczej, zarządzanie ryzykiem, programy korygująco-naprawcze, gdy coś idzie niezgodnie z planem.

– Podstawą dobrego wyniku finansowego szpitala jest szczegółowy controlling. Wyniki finansowe oddziałów trzeba sprawdzać ok. raz w tygodniu, a nie np. raz w miesiącu, bo wtedy jest już za późno na korekty – mówi Adam Zdaniuk, który od 2008 r. kieruje szpitalem. Dlatego kluczowy jest jego zdaniem dobry system IT, z którego wszyscy powinni korzystać.

– Można dzięki niemu sprawdzać m.in. ruch pacjentów na oddziałach, zużycie leków oraz inne koszty – dodaje.

W programie naprawczym wskazano np., że na chirurgii ok. 30 proc. łóżek nie jest w pełni wykorzystywanych, więc postanowiono rozwinąć działalność oddziału o dodatkowe pododdziały.

– Chodzi o to, by zdobyć kontrakt, choćby niewielki, ale móc potem pokazać, że jest zapotrzebowanie, są kolejki pacjentów, a równocześnie potencjał po naszej stronie, by świadczeń wykonywać więcej – mówi Zdaniuk.

Aby zwiększyć kontrakt, a równocześnie uzupełnić ofertę, otworzono w ramach oddziału internistycznego pododdział neurologiczny. Uruchomiono też gastroenterologiczny pododdział w ramach chirurgii, ale na razie nie ma on kontraktu.

Tam, gdzie bardziej się to opłaca, szpital nawiązuje współpracę z partnerami zewnętrznymi. Dzięki outsourcingowi jego pacjenci korzystają m.in. z wyremontowanego laboratorium, nowych urządzeń do tomografii komputerowej, badań RTG i USG. A niewykorzystane przestrzenie wynajęto firmie prowadzącej dializy.

Koszty ścięto też dzięki termomodernizacji – wydatki na ogrzewanie spadły o około 30 proc. Teraz najważniejszą planowaną inwestycją jest budowa od podstaw nowego bloku operacyjnego. Kosztować będzie ok. 20 mln zł. W jego miejsce będzie można przeznaczyć ortopedię, a intensywna terapia zyska dodatkowe łóżka.

W zmiany zaangażowano pracowników.

– Prowadzimy cykliczne, cotygodniowe odprawy personelu. Wdrożyliśmy też system motywacyjny, w ramach którego co miesiąc premiuje my pracowników za dbanie o poziom przychodów i kosztów – mówi Adam Zdaniuk. Pracownicy dostają także informacje, w jakim kierunku zmierza rozwój placówki. Szpital od siedmiu lat bada też regularnie poziom satysfakcji pacjentów. W 2014 r. uzyskał akredytację przyznaną przez Centrum Monitorowania Jakości w ochronie zdrowia.

Klara Klinger
Aleksandra Kurowska

Kontrakt 30–69 mln zł

	Nazwa	Suma punktów	Efektywność aktywów	Rentowność sprzedaży	Dynamika kontraktu
1	Szpital Powiatowy w Zawierciu	53	16	20	17
2	Zespół Opieki Zdrowotnej w Łęczycy	51	20	20	11
3	Szpital Powiatowy w Radomsku	49	20	18	11
4	Zespół Opieki Zdrowotnej w Bolesławcu	49	18	17	14
5	Specjalistyczny Psychiatryczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Łodzi	47	15	18	14
6	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny dla Nerwowo i Psychicznie Chorych Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Ciburzu	46	6	20	20
7	Zespół Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie	45	14	16	15
8	Brzeskie Centrum Medyczne w Brzegu	44	18	8	18
9	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Lublinie	44	16	18	10
10	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zespół Szpitali Miejskich w Chorzowie	44	9	16	19

Sporo problemów, lecz także szans

W czołówce rankingu placówek o kontraktach **powyżej 70 mln zł** znalazły się dwa szpitale kliniczne i jeden wojewódzki. Każdy z nich jeszcze kilka lat temu borykał się z dużymi problemami

Aleksandra Kurowska
 aleksandra.kurowska@infor.pl

Droga żadnego z laureatów trzech najwyższych miejsc w rankingu nie była prosta. Łączą ich m.in. cięcia zatrudnienia, zwiększenie zaangażowania załogi w codzienne oszczędzanie oraz walka o zwiększenie przychodów z kontraktów.

Jaką drogę do wyjścia na prostą obrała dyrekcja laureata pierwszego miejsca, czyli Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 1 we Wrocławiu? Jak restrukturyzowano poznański Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego, który zajął drugie miejsce, a jak z kolei Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu (trzecia lokata w rankingu)?

Ekspresowa rewolucja

Jak w niespełna trzy lata dojść od 32 mln zł straty do 6 mln zł zysku? Czy to w ogóle możliwe, gdy zarządza się wielkim szpitalem klinicznym, który poza leczeniem musi m.in. edukować?

Dokonał tego w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym nr 1 we Wrocławiu dyrektor Piotr Nowicki wraz z zespołem. I to jego szpital zdobył pierwsze miejsce w rankingu w kategorii największych placówek.

– Gdy w marcu 2012 r. zacząłem swoją misję, zamykałem po swoim poprzedniku rok ze stratą w wysokości 32 mln zł. Zadłużenie ogólne wynosiło 142 mln zł, z tego ponad 2/3 były to długie wymagalne – wspomina Piotr Nowicki. Zartuje, że w pewnym sensie miał komfort, bo gorzej już być nie mogło. Placówka była na dnie. W kolejnym roku stratę udało się obniżyć aż o 90 proc. A rok 2013 zamknął z 3,3 mln zł zysku. W roku 2014 zysk prawie podwojono, a wstępny wynik za rok 2015 to około 5,5 mln zł na plusie. Zadłużenie spadło do około 100 mln zł, a wymagalne ze 100 mln do 19 mln zł. Jak to osiągnięto?

– Musieliśmy przeprowadzić błyskawiczną, głęboką restrukturyzację opartą na czterech prostych, ale kosztownie trudnych do wdrożenia elementach – wyjaśnia Nowicki, który sam przygotował plan tych działań. Pierwszy element dotyczył alokacji przestrzennej.

– Zachowując ten sam zakres usług medycznych, przesłaliśmy po czterech latach od trzech odrębnych i odległych lokalizacji na terenie miasta do jednej. Działalność kliniczną zamiast w 27 budynkach prowadzimy w 16 – podsumowuje dyrektor.

Drugi element to zwiększenie przychodu z NFZ. Placówka postawiła na świadczenia nielimitowane, czyli takie, za które fundusz musi zapłacić zawsze. Wzrosła liczba porodów, podwojono liczbę zabiegów transplantacji szpiku. Równocześnie ograniczono wykonywanie świadczeń ponadlimitowych, o zapłatę za które trzeba walczyć latami,

a i tak dostaje się z reguły tylko część pieniędzy.

– Nie stać nas na kredytowanie NFZ. W zakresie świadczeń limitowanych staramy się realizować tyle, na ile fundusz podpisał z nami umowę – mówi Nowicki.

Poszukano także zakresów, w których możliwe było podpisanie umów z NFZ – powstały nowe produkty, poradnie, oddziały, takie jak ginekologia dziewczęca oraz diabetologia dziecięca.

Trzecim elementem do zmiany było zatrudnienie. W 2012 r. na etacie było blisko 1500 osób.

– W pierwszym roku zwinilem grupowo 23 proc. załogi. Wcześniej ustaliliśmy, ilu i jakich pracowników potrzebujemy, by zachować bezpieczeństwo leczenia i spełnić wymogi – mówi Nowicki.

Czwarty element to optymalizacja wszystkich kosztów, w tym z wykorzystaniem budżetowania i controllingu.

– Większość komórek zaczęła przynosić dochody i pokrywać straty. Oczywiście ze względu na wyceny świadczeń nie wszystkie są w stanie się zbilansować – dodaje dyrektor wrocławskiego szpitala. Oszczędności wygenerowano m.in. dzięki zmianom w organizacji pracy i racjonalizacji kosztów (np. procesu zakupów, wykorzystania zasobów, polityki zarządzania zadłużeniem).

Więcej porodów i kontrakty

W Ginekologiczno-Położniczym Szpitalu Klinicznym Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, największej położniczej placówce w kraju, restrukturyzacja ruszyła w 2010 r. Postawiono przede wszystkim na optymalizację kosztów osobowych oraz utrzymania infrastruktury szpitalnej, m.in. zużycie materiałów i energii. Lekarzy przeniesiono na kontrakty, a ich wynagrodzenia powiązano z miesięcznymi przychodami i zyskiem oddziałów, na których pracują.

– Wcześniej były trudności z wypracowaniem przez zespół lekarski zakontraktowanego z NFZ limitu – wyjaśnia dr n. med. Maciej Sobkowski, dyrektor szpitala.

Szefowie oddziałów otrzymali kompetencje menedżerskie i powierzono im zadania w zakresie zarządzania efektywnością ekonomiczną.

W przypadku innych grup pracowników zatrudnienie zmniejszono, ale tak, by jakoś została utrzymana. To, że się udało, potwierdzają m.in. certyfikat ISO oraz akredytacja Centrum Monitorowania Jakości. I liczba porodów – ponad 7 tys. rocznie, choć konkurencja na rynku medycznym jest duża. Szpital, choć wielki, stara się zapewnić zindywidualizowaną opiekę medyczną. Oferuje m.in. osiem pojedynczych sal umożliwiających porody rodzinne (planuje otwarcie kolejnej), ma dziewięciu psychologów, którzy do trudnych porodów przyjeżdżają

nawet nocą. Placówka prowadzi też szkołę rodzenia i poradnię laktacyjną. To właśnie ciężarne są najważniejszym źródłem przychodów (ich prowadzenie wiąże się z realizacją świadczeń nielimitowanych przez NFZ). Szpital ma w sumie 19 oddziałów i 13 klinik, ratuje m.in. wcześniaki, które jeszcze kilka lat temu nie miałyby szans na przeżycie.

Dyrekcja stawia na kompleksowości usług.

– Planujemy otwarcie pracowni kardiologicznej, urologicznej i internistycznej, a także rozważamy zakup aparatu do rezonansu magnetycznego m.in. do prenatalnego diagnozowania wad rozwojowych – wymienia dyrektor.

W planach jest też rozszerzenie oferty o komercyjną chirurgię estetyczną w zakresie ginekologii oraz uzyskanie od MZ statusu Centrum Leczenia Niepłodności.

Szef zna szpital jak własną kieszeń

W części szpitali do zrobienia rewolucji bierze się ludzi z zewnątrz, w innych sprawdzają się ci, którzy placówkę znają od lat. Tak jak w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym nr 4 w Bytomiu. Kieruje nim dr n. med. Jerzy Pieniążek, człowiek z 45-letnim stażem pracy w tej placówce, najdłuższym z całej załogi. Ale dyrektorem został dopiero w kwietniu 2014 r. Wcześniej, jako ordynator Oddziału Neurochirurgii i Neurotraumatologii (jednego z najlepszych w kraju), nie zdawał sobie sprawy, w jak opłakanym stanie są finanse placówki.

– Rok 2012 zamknęliśmy z aż 14,5 mln zł straty, kolejny ze stratą 9,6 mln zł i gigantycznym zadłużeniem. Były dwie możliwości: albo szybko stawiamy szpital na nogi, albo będzie zlikwidowany – wspomina.

Na dyrektora szpitala wybrano właśnie jego, bo od strony



PIOTR NOWICKI

dyrektor Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 1 we Wrocławiu

Większość komórek zaczęła przynosić dochody i pokrywać straty. Oczywiście ze względu na wyceny świadczeń nie wszystkie są w stanie się zbilansować

medycznej świetnie znał placówkę, dogadywał się z ludźmi, a na dodatek jego oddział neurochirurgii jako jedyny na Śląsku zamykał kolejne lata na finansowym plusie. Obejmując stanowisko, postawił urzędowi marszałkowskiemu jeden warunek – miał dostać ekonomistę z prawdziwego zdarzenia, ale bez jakichkolwiek doświadczeń w ochronie zdrowia, by nie był przyzwyczajony do marazmu w tym sektorze.

– Urząd od początku dał mi wielkie wsparcie. Zaproponował kilka osób biegłych w finansach, a najlepiej wypadła Małgorzata Smoleń, która wcześniej pracowała w PKP Cargo w Warszawie – wspomina. Teraz mówi, że gdyby jego zastępczyni miała kiedyś stracić stanowisko, to odejście razem z nią. – Świetnie się uzupełniamy. Ja jako lekarz wzięłem na siebie zarządzanie ryzykiem, bo szpital to nie sklep, tu najważniejsze jest bezpieczeństwo i dobro chorego. Ona zajęła się finansami – wyjaśnia.



MACIEJ SOBKOWSKI

dyrektor Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Szefowie oddziałów w szpitalu otrzymali kompetencje menedżerskie. Powierzono im także zadania w zakresie zarządzania efektywnością ekonomiczną

Zamiast liczyć punkty z kontraktu, policzono pieniądze: ile trzeba wydać na oddział, by zarobić niezbędną do jego utrzymania kwotę. Dyrektor z zastępczynią dyskutują o tym z ordynatorami i z całym personelem.

– Ludzie muszą wiedzieć, jakie finansowe efekty przynosi ich praca, a także ile co kosztuje. Inaczej nie wiadomo, gdzie koncentrować oszczędności – mówi Pieniążek. Pomocna jest współpraca ze związkowcami.

Rozłożenie zatrudnienia i typy realizowanych procedur ustawiono tak, by maksymalnie wykorzystać potencjał oraz kontrakt z NFZ. Ścięto zapasy magazynowe, ale tak, by zachować bezpieczeństwo.

– Dobro pacjenta jest i będzie na pierwszym miejscu. Dlatego dyrektorem szpitala powinien być zawsze lekarz. Tylko on wie, kiedy ewentualnie zastopować działania uzasadnione ekonomicznie, ale zwiększające ryzyko. Bo jeśli dojdzie do sytuacji, że szpital musiałby zapłacić karę czy odszkodowa-



JERZY PIENIĄŻEK

dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 4 w Bytomiu

Ludzie muszą wiedzieć, jakie finansowe efekty przynosi ich praca, a także ile co kosztuje. Inaczej nie wiadomo, gdzie koncentrować oszczędności

nie, to cała ekonomika weźmie w łeb – podkreśla.

Co było dalej? Po niespełna ośmiu miesiącach wyęzionej pracy rok 2014 szpital zamknął z niewielką (ponad 0,5-mln.) stratą spowodowaną brakiem zapłaty za nadwykonania. Dzięki kredytowi i negocjacjom z wierzycielami całkowicie spłacono zobowiązania wymagalne (wynosiły 30 mln zł). W zamian uzyskano umorzenie m.in. odsetek i opłat sądowych. Ważne było też dokończenie ciągłej się latami informatyzacji placówki.

Ale są i problemy: za niski kontrakt, pakiet onkologiczny i przesunięcie konkursu dla świadczeniodawców NFZ.

– Wstrzymujemy na razie inwestycje, bo nie wiadomo, co będzie dalej. W szpitalu pracuje około 1 tys. osób i nie mogę ryzykować wydawaniem pieniędzy na sprzęt czy dostosowanie budynków, jeśli nie będzie nowego kontraktu dla szpitala – mówi Jerzy Pieniążek.

Kontrakt powyżej 70 mln zł

	Nazwa	Suma punktów	Efektywność aktywów	Rentowność sprzedaży	Dynamika kontraktu
1	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 we Wrocławiu	60	20	20	20
2	Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu	56	20	18	18
3	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu	54	18	19	17
4	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 im. Prof. Stanisława Szyszko Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach	53	18	15	20
5	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. Jana Pawła II	52	20	19	13
6	Ortopedyczno-Rehabilitacyjny Szpital Kliniczny im. Wiktora Degi Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu	50	20	14	16
7	Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowie Wielkopolskim	50	14	20	16
8	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 7 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach Górnośląskie Centrum Medyczne im. prof. Leszka Gieca	48	14	17	17
9	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lublinie	48	13	16	19
10	Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu	47	20	18	9
11	Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. Jana Biziela w Bydgoszczy	47	20	12	15
12	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 im. Prof. Tadeusza Sokołowskiego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie	47	18	13	16
13	Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku	47	17	18	12