

MENEDŻER ROKU 2013

W OCHRONIE ZDROWIA

PLACÓWKI NIEPUBLICZNE



Pozytywni i otwarci



foto. Agencja Gazeta (4x)

Rozmowa z założycielami i współwłaścicielami Grupy Nowy Szpital – **Adamem Roślewskim**, przewodniczącym rady nadzorczej, i **Marcinem Szulwińskim**, prezesem, Menedżerami Roku 2013 w Ochronie Zdrowia w kategorii Placówki Niepubliczne

Kierowana przez panów firma to lider na rynku sieci szpitalnych. Macie trzynaście placówek w całej Polsce. To wymagało olbrzymich wydatków, potężnego kapitału startowego.

ADAM ROŚLEWSKI: Nic bardziej mylnego. Oczywiście, z czasem rozwój takiej sieci wymagał coraz większych nakładów inwestycyjnych, ale startowaliśmy w zasadzie z zerowym kapitałem.

MARCIN SZULWIŃSKI: Jesteśmy typowym przykładem firmy, która powstała wyłącznie z pomysłu, bez wielkiego wsparcia finansowego. Chociaż jesteśmy największą siecią, obejmujemy nieco ponad 1,5 proc. rynku. Mamy wiele pomysłów, by przekonać polityków, radnych powiatów, przedstawicieli urzędów marszałkowskich, ale przede wszystkim pacjentów, żeby tak jak np. w Giżycku zmieniać szpital. Chcielibyśmy, aby pacjenci wiedzieli, że to ich dobry szpital.

Na czym polegał pomysł na firmę, na grupę, na przejmowane szpitale?

A.R.: W gruncie rzeczy na tym, by ratować zagrożone szpitale. Te, które dobrze wspomagają lokalne społeczności, ale mają problemy »

» z właściwym zarządzaniem, czasem kłopoty finansowe, czasem brakuje im pieniędzy na nowe, konieczne inwestycje. Nauczyliśmy się zmieniać i odwracać trendy, wykorzystując czasem środki menedżerskie i zarządcze, czasem efekt skali.

Czy mają zatem panowie uniwersalną receptę? Może warto się nią podzielić z ministrem zdrowia. Wykonałby polecenia z waszej listy, zastosował się do wskazówek – i szpitale byłyby uzdrowione.

A.R.: Uniwersalnej recepty nie ma. O ile w jednym szpitalu okazywała się potrzebna restrukturyzacja za-

wać niższą cenę niż każdy z nich z osobna. Szpitale starają się powołać wspólne grupy zakupowe, my taką grupą jesteśmy od początku, z natury rzeczy. W podobny sposób działa to w wypadku zakupu sprzętu, materiałów budowlanych itp. Przykład z ostatniego roku: dzięki np. wspólnemu dla wszystkich placówek działowi kadr i płac zaoszczędziliśmy 1,5 mln zł. To są fundusze, które w postaci inwestycji w placówki trafiają do pacjentów. W zasadzie o to w tym wszystkim chodzi, by myśleć o potrzebach pacjentów. To jedyna recepta dla ministra zdrowia.

Do szpitali specjalistycznych czy klinik, gdzie leczenie jest najdroższe, powinni być kierowani pacjenci wymagający leczenia, które wykracza poza możliwości lekarza rodzinnego oraz szpitala powiatowego

trudnienia, o tyle w innym nie była ona konieczna. Jeśli w jednym można było myśleć o konkretnej dotacji unijnej, w innym należało z tego zrezygnować. Mieliśmy oczywiście ogólny plan, mapę punktów krytycznych, na które należy zwracać uwagę przy dokonywaniu analizy sytuacji szpitala. Ale w każdym wypadku te mapy były niczym innym jak wskazówką, sygnałem, na podstawie którego należało decydować indywidualnie, biorąc pod uwagę osobny splot okoliczności biznesowych. Dlatego każdy nasz szpital jest inny, ma inną strukturę zarządczą, choć wspólne techniki zarządzania. To bardziej struktura holdingu, nie centralnie zarządzanej firmy. Każdy szpital to osobna spółka, a Grupa Nowy Szpital ma w nich udziały większościowe.

M.SZ.: W każdym wypadku za przejęciem zarządzania szpitalem przemawiał efekt skali, synergii, którą daje sieć zarządcza. Truizmem jest stwierdzenie, że przy zakupie leków grupa szpitali może wynegocjo-

Panowie są lekarzami?

A.R.: Ja tak. Jestem absolwentem Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie, pracowałem jako lekarz szpitalny. Z czasem jednak moje zainteresowania kierowały się ku organizacji i zarządzaniu medycyną. W 1989 r. zakładałem w szpitalu w Pyrzycach związki zawodowe, zostałem radnym gminnym, potem zastępcą lekarza wojewódzkiego w Szczecinie, koordynatorem projektu finansowanego przez Bank Światowy – Pomorskie Konsorcjum Zdrowia, dalej dyrektorem wydziału zdrowia w szczecińskim magistracie. Założyłem firmę konsultingową *Know How*, która od 1992 r. działa na rynku medycznym, doradzając głównie szpitalom i samorządom.

A pańska kariera?

M.SZ.: Z wykształcenia jestem menedżerem. Zaczynałem w branży ubezpieczeniowej, byłem odpowiedzialny m.in. za lokowanie pieniędzy mojej firmy na giełdzie. Do

ochrony zdrowia trafiłem w momencie tworzenia kas chorych. Zostałem pierwszym dyrektorem Zachodniopomorskiej Kasy Chorych, potem przez jakiś czas pracowałem w Ministerstwie Zdrowia, by zostać zastępcą dyrektora do spraw ekonomicznych szpitala MSWiA w Szczecinie. Wtedy otrzymałem od Adama propozycję przystąpienia do projektów jego firmy *Know How*. Ostatecznie związałem się z nią na stałe w 2003 r.

Zajęliście się panowie ratowaniem szpitali, najpierw małych, powiatowych. Warto to robić? Eksperci wskazują, że mamy w Polsce za dużo szpitali. Może lepiej pozwolić upaść tym najmniejszym i słabszym, by te większe i silniejsze przejęły ich pacjentów? Po co nam aż tyle placówek?

A.R.: Nie zgadzam się z opinią, że szpitale powiatowych jest za dużo. Co to znaczy za dużo? Według jakiego przelicznika? Szpitale powiatowe pełnią wiele funkcji, a ich gęsta sieć wcale nie jest złym rozwiązaniem. Z kilku przyczyn: dla dobra pacjenta, dla dobra społeczności lokalnej i wreszcie z powodów ekonomicznych. Szpital powiatowy może w szpitalnictwie odgrywać taką rolę, jaką w lecznictwie otwartym powinien odgrywać lekarz rodzinny.

M.SZ.: Dla pacjenta jest ważne, aby miał opiekę medyczną jak najbliżej miejsca zamieszkania, by schorowany nie musiał pokonywać dziesiątek kilometrów po fachową pomoc. Poza tym pacjent powinien mieć prawo wyboru. W końcu to z jego składek utrzymywany jest system ochrony zdrowia. Warto się jeszcze zastanowić, których szpitali jest za dużo. Czy tych mniejszych, do których powinni trafiać pacjenci z nieskomplikowanymi chorobami, czy tych dużych, specjalistycznych, gdzie powinny być leczone ciężko chore osoby? Biorąc pod uwagę statystyki, więcej jest przypadków nieskomplikowanych. Ci pacjenci powinni jak najszybciej i jak naj-



ADAM ROŚLEWSKI
PRZEWODNICZĄCY
RADY NADZORCZEJ
GRUPY NOWY SZPITAL

MARCIN SZULWIŃSKI
PREZES GRUPY NOWY SZPITAL

Zbudowali największą w Polsce sieć szpitali. Sieć działa sprawnie, nie ma problemów finansowych, mimo że zrzesza wyłącznie placówki, które jeszcze kilka czy kilkanaście lat temu miały poważne problemy finansowe, niektóre stały na krawędzi bankructwa. Prosperują znakomicie. Grupa zarządza aż 13 szpitalami w województwach lubuskim, kujawsko-pomorskim, warmińsko-mazurskim i małopolskim. Grupa Nowy Szpital pokazuje, jak ważną rolę w systemie ochrony zdrowia odgrywają nieduże placówki i jak dobrze mogą one służyć lokalnym społecznościom.





Nawoływanie do zaprowadzenia porządków polegających na ścisłym podziale rynku wyeliminuje konkurencję, osłabi rynek i w konsekwencji uczyni system mniej efektywnym. Jesteśmy za biedni, by podążać tą drogą

» bliżej swojego miejsca zamieszkania uzyskać skuteczną pomoc. Do szpitali specjalistycznych czy klinik, gdzie leczenie jest najdroższe, powinni być kierowani chorzy wymagający leczenia, które wykracza poza możliwości lekarza rodzinnego oraz szpitala powiatowego. Przewodnikiem pacjenta po tych wszystkich szczeblach leczenia powinien być lekarz rodzinny.

A argument ekonomiczny?

A.R.: Przy prawidłowo funkcjonującej instytucji lekarza rodzinnego, który kieruje pacjenta we właściwym czasie do odpowiedniej placówki, system jest bardzo ekonomiczny. Istnienie większej liczby szpitali, szczególnie leczących najczęściej wystę-

pujące schorzenia, czyli racjonalna „nadwyżka potencjału”, jest wręcz warunkiem *sine qua non* istnienia konkurencji. A ta pełni funkcję swobodnego regulatora rynku, poprzez premiowanie efektywności kosztowej i jakościowej tylko wzmacnia rynek i system. Nawoływanie do zaprowadzenia porządków w ochronie zdrowia polegających na ścisłym podziale rynku wyeliminuje tę konkurencję, osłabi rynek i w konsekwencji uczyni system mniej efektywnym. Jesteśmy za biednym krajem, by podążać tą drogą. Działalność naszej grupy dowodzi, że nawet małe, lokalne szpitale, którym nikt nie dawał szans, gdy są odpowiednio zarządzane, potrafią doskonale konkurować z większymi. Ograniczenie

tej konkurencji osłabi ochronę zdrowia, pachnie etatyzmem. Myśmy zresztą podobny etatyzm już przerażali kilkadziesiąt lat temu, ze złym skutkiem. Bo oto zbierała się grupa ekspertów i wyznaczała odgórnie zadanie: szpital ma przypadać na tyle i tyle tysięcy mieszkańców. Tę decyzję wcielano w życie administracyjnymi metodami, powstawał wielki moloch obsługujący pół województwa, stawał się monopolistą i pewny swej pozycji dyktował ceny, warunki pracy i warunki udzielania świadczeń dla pacjentów. Większa liczba szpitali odsuwa to zagrożenie, konkurencja na takie wybryki nie pozwala.

Który z trzynastu szpitali uznają panowie za swój okręt flagowy, wisienkę na torcie?

M.sz.: Wszystkie są wisienką na torcie. Każdy jest inny, ma inną strukturę. Chcemy, żeby pacjenci mieli coraz więcej dobrych szpitali i tak może się stać, jeśli będą one w naszej grupie. ■

Rozmawiał Bartłomiej Leśniewski