

Rozmowa z Krystyną Mackiewicz, dyrektor Szpitala Klinicznego im. Heliodora Święcickiego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, Menedżerem Roku 2007 w Ochronie Zdrowia

Lecznictwo to nie sprzedaż samochodów

Od czasu objęcia przez panią stanowiska dyrektora zmieniło się szczęście ministrów zdrowia. Jak to się stało, że ich już nie ma, a pani ciągle kieruje szpitalem?

Rządy się zmieniają, ale polityka szpitala musi być niezmienna. Niezbędna jest bowiem kontynuacja założeń, jakie przyjęliśmy w momencie startu. Nasza placówka jest zbyt dużą jednostką, aby narażać ją na ciągłe zmiany koncepcji. Kiedyś przygotowaliśmy program restrukturyzacyjny i mamy świadomość, że tylko konsekwencja w jego realizacji zaowocuje sukcesem. Tym sukcesem – po realizacji kolejnych punktów programu naprawczego – jest to, że możemy już rozpocząć etap planowania przyszłości jednostki.

Jak obecnie wygląda sytuacja placówki?

Szpital bilansuje się w obrotach bieżących. Mamy dodatni wynik finansowy. Rozwijamy te działy medyczne, które stanowią podstawę naszego sukcesu, oraz te, które odgrywają określoną rolę wobec miasta i regionu. Jako że Szpital im. H. Święcickiego jest jednostką wysoce specjalistyczną, rozwijamy działalność w oparciu o procedury wysoko specjalistyczne. Mamy największą w Wielkopolsce liczbę specjalistów w zakresie anestezjologii. W wielu dziedzinach jesteśmy jedną z kilku w całym kraju jednostek, które realizują bardzo ważne zadania medyczne. W ten sposób nasza placówka spełnia zadania ogólnokrajowe. Mam na myśli implanty ślimakowe, nowotwory tarczycy, chirurgię twarzowo-szczękową czy procedury kardiologiczne. Rozwijamy intensywną terapię, dążąc do osiągnięcia standardów europejskich – czyli 5 procent łóżek. W naszym przypadku to 30 łóżek.

Tak wygląda sytuacja dzisiaj. Gdy obejmowała pani kierownictwo, szpital był na liście 10 najbardziej zadłużonych w Polsce, a poznańskie media podgrzewały atmosferę, wieszcząc likwidację jednostki. Co w takiej sytuacji motywuje menedżera do startu w konkursie na szefa placówki?

Zanim zostałam szefową szpitala, przez rok pełniłam funkcję dyrektora ds. medycznych. Dlatego dobrze znałam placówkę i startując do konkursu, wiedziałam, jakie są jej dobre i złe strony. Miałam gotowy plan naprawczy. Okazało się, że skuteczny, bo kilka ze szpitali, z którymi znajdowaliśmy się na niechlubnej liście 10 najbardziej zadłużonych, ma dzisiaj wiarygodności sięgające 200 mln zł. Myślę, że nasze powodzenie zostało oparte na pierwotnym programie restrukturyzacyjnym, aktualizowanym w niektórych jego aspektach w zależności od zmieniającej się sytuacji faktycznej i prawnej. Niezwykle wartościowy jest także zespół pracowników administracji, który stanowi wsparcie dla każdego dyrektora. Stworzyłam zespół prawny, a w ciągu mojej kadencji zmieniło się 4 głównych księgowych. W efekcie powstał *team*, który

dzisiaj jest w stanie sprostać każdemu zadaniu. Na początku to właśnie zespół pozwolił nam zdiagnozować przyczyny, jakie legły u podstaw krachu ekonomicznego szpitala.

Po drodze weszła w życie ustawa o pomocy publicznej i restrukturyzacji.

Ustawa pojawiła się w szczęśliwym dla szpitala okresie, gdy udało nam się osiągnąć stabilizację. Jako pierwsza jednostka w Polsce otrzymaliśmy środki finansowe. Takie wsparcie było dla nas drugim momentem startu. Jednak przygotowania trwały 3 lata. Musieliśmy ustalić wszystkie miejsca nadmiernych kosztów, uszczelnić system oraz stworzyć kompleksową kontrolę finansów jednostki. Tam, gdzie mieliśmy największe koszty, wprowadziliśmy stały monitoring. Niestety, do dzisiaj nie dorobiliśmy się systemu informatycznego, który na bieżąco wykazywałby nam wszystkie koszty działania szpitala. Mamy jednak system umożliwiający nam retrospektywny podgląd wydatków szpitala. Obecnie czekamy na efekty ogłoszonego przetargu, który – mam nadzieję – da nam informatyczne instrumentarium, które jeszcze lepiej pozwoli monitorować i uszczelnić finanse placówki.

Na świecie działają menedżerowie do wynajęcia. Najbardziej znane jest nazwisko Lee Iacocci, który potrafił z zapaści wyciągnąć każdą firmę – np. Chylera; wszystko dzięki temu, że miał wizję działania. Czy w systemie ochrony zdrowia dyrektor musi mieć wizję, czy żelazne zdrowie do analizowania dokumentów księgowych?

Dyrektor szpitala musi mieć wizję. Placówki medyczne są to na ogół duże jednostki, których nie ogarnie jedna osoba. Dlatego trzeba umieć spojrzeć na jak najszerzy horyzont działania szpitala, określić ich wektory oraz tak dobrać zespół, żeby można było wszystko wprowadzić w życie. Dotyczy to w takim samym stopniu personelu medycznego – pamiętajmy, że szkolenie specjalisty trwa około 10 lat – jak i administracyjnego. Fuzja tych dwóch grup i współpraca przynosi – nie natychmiastowy – efekt. Należy też pamiętać, że trzeba wykorzystywać wszystkie możliwości szkolenia. Moi pracownicy korzystają ze szkoleń zagranicznych HOPE, studiów MBA w Wyższej Szkole Przedsiębiorczości i Zarządzania im. Leona Koźmińskiego oraz innych programów, które podnoszą kwalifikacje kadry administracyjnej. To efekt naszego myślenia o zarządzaniu – kupić można wszystko, oprócz doświadczonego i wykształconego zespołu.

Zespół, wizja to domena menedżera. Potem jednak pojawia się ściana w postaci monopolisty-płatnika, który podpisze kontrakt lub ograniczy jego wysokość. Tu nawet Lee Iacocci miałby kłopoty.

W konkursach występujemy z pewnymi propozycjami. Nigdy jednak nie było tak, żeby zakupiono od nas wszystkie proponowane świadczenia. Kolejnym problemem jest to, czy NFZ zapłaci nam za nadwykonania. Dlatego aby obsłużyć wszystkich – wymagających tego – pacjentów, musimy wykonać kalkulację, czy nas na to stać. Nie możemy przecież dopuszczać do ponownego zadłużania szpitala! Paradoks polega na tym, że wiele procedur wysoko specjalistycznych jest skrajnie niedoszacowanych. W naszym przypadku dotyczy to szczególnie oddziałów chirurgii, intensywnej terapii i neurochirurgii, i te dziedziny musimy finansować z bardziej dochodowej działalności. Tak różna wycena procedur rodzi jednak niepokojące pytanie: czy aby szpitale nie są finansowane budżetowo? Implikuje to kolejne pytanie: jeśli ma być wprowadzana konkurencja, to jak ją pogodzić z takim sposobem finansowania? Przecież niska wycena chirurgii powoduje zadłużanie każdego szpitala.

Czy na kontraktach, w których szpital wykorzystuje korzystną wycenę niektórych procedur, nie tracą pacjenci, którzy mają mniejszy zakres świadczeń w dziedzinach, które dla placówki są deficytowe?

Gdybyśmy chcieli spijać tylko śmietankę, to już dawno nie mielibyśmy chirurgii, która nigdy się nie bilansuje. Szpitale publiczne muszą realizować określone zadania i dlatego mamy 78-lóżkową chirurgię.

Czy w tak trudnej sytuacji, w jakiej działają dyrektorzy szpitali w Polsce, zdecydowałyby się pani zostać menedżerem do wynajęcia – do ratowania innych placówek?

Na pewno byłyby to trudne, bo każdy region ma swoją specyfikę. Lecznictwo to nie sprzedaż samochodów. Jednak na pewno – jako zespół Szpitala Klinicznego im. H. Święcickiego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu – bylibyśmy w stanie stworzyć program naprawczo-doradczy dla wskazanej jednostki.

Jeden z najbardziej znanych polskich kardiochirurgów stwierdził kiedyś, że należałoby odpowiedzieć sobie na pytanie: jak to się dzieje, że menedżerowie, którzy nie potrafią zbilansować publicznych jednostek, którymi kierują, świetnie radzą sobie, gdy po wyjściu z etatowej pracy idą do własnego NZOZ-u?

Wydaje mi się, że podstawą sprawnego zarządzania jest zwrócenie uwagi całego zespołu na pieniądze, które muszą być liczone na każdym etapie działalności. Gdy wokół takiej idei zjednoczy się lekarzy, pielęgniarki oraz administrację – sukces jest gwarantowany. Łatwiej się oczywiście pracuje i osiąga sukcesy, gdy zespół utożsamia się z zakładem pracy, tutaj właśnie zaczyna się rola menedżera. Sukces jest wtedy możliwy w każdym typie zakładu opieki zdrowotnej.

Czy to oznacza, że personel szpitala należy do zarobkowej elity kraju?

Życzyłabym sobie, żeby tak było. Zarobki personelu są na poziomie średniej krajowej. Oczywiście, są to – jak na tak wysoko wyspecjalizowany zespół – pensje zbyt niskie. Mieliśmy 40-procentowe podwyżki. Lepiej wygląda sytuacja w pracowni naczyniowej czy hemodynamicznej oraz na blokach operacyjnych, gdzie personel jest na kontraktach.

Życzylibyśmy sobie, żeby wszyscy lekarze oraz większość pielęgniarek była na kontraktach. To jednak jest trudne, bo zatrudnienie w szpitalu klinicznym jest bardzo duże – 1420 pracowników – a środki określone. Jedyne 2 procent naszych środków pochodzi z usług zewnętrznych – diagnostyki, konsultacji czy grantów naukowych. Reszta to środki z kontraktu z NFZ.

Sytuacja poprawiłaby się, gdyby zmieniono podstawy prawne działania szpitali – zamiast SPZOZ-ów spółki prawa handlowego...

Sprawa własności szpitala jest drugorzędna. Sytuacja zmieniłaby się, gdybyśmy mogli nasze usługi sprzedawać na wolnym rynku. Obecnie koszty stałe są niezależne od tego, ile usług wyprodukujemy. Na niektórych oddziałach mamy 30 procent rezerw, które można by zagospodarować. Mam tu na myśli np. chirurgię jednego dnia czy dermatologię estetyczną. Dzisiaj te usługi wykonują NZOZ-y, a my nie możemy na tym zarabiać pieniędzy, które przełożyłyby się na korzyści dla pacjentów, szpitala i jego pracowników.

Innym rozwiązaniem jest zakładanie NZOZ-ów na oddziałach szpitalnych.

Jako szpital nie możemy rozwijać działalności konkurencyjnej wobec macierzystej placówki. Poza tym nie chciałabym mieszać w jednym miejscu dwóch rodzajów własności.

NFZ słynie z drobiazgowych i pracochłonnych dla administracji szpitala kontroli. To – zdaje się – zakłóca pracę dyrektorów szpitali?

Kontrola realizacji świadczeń należy do podstawowych zadań płatnika i jako taka może spełniać zasadniczą rolę w systemie opieki zdrowotnej. Rzecz w tym, żeby przeprowadzane kontrole były merytoryczne i dotyczyły zasadniczych aspektów działalności jednostki, a nie braku przyszłowiowego przecinka.

Jestem też zwolennikiem upraszczania, np. sprawozdawczości zakładów opieki zdrowotnej, tak żeby było jak najmniej miejsca na pomyłkę i żeby zarówno płatnik, jak i świadczeniodawca mogli koncentrować się na bardziej istotnych kwestiach funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Nie jest sztuką zbudować skomplikowany system rozliczeń i czekać na błąd świadczeniodawcy. Sztuką jest zbudować system, który będzie godził prostotę stosowania z wymogiem uwzględnienia kosztocłonności leczenia. Wtedy również NFZ będzie mógł więcej uwagi poświęcić na konstruktywne rozwijanie systemu.

W środowisku trwa dyskusja na temat menedżerów szpitali – czy muszą być nimi lekarze, czy powinni być ekonomiści?

Myszę, że obecnie nie ma już lekarzy na stanowiskach dyrektorskich, którzy nie byliby wykształconymi i przeszkolonymi menedżerami. Większość ma za sobą studia ekonomiczne, które przygotowują do sprawowania funkcji kierowniczych. To, że jestem lekarzem, pozwala mi na szersze spojrzenie na działalność przedsiębiorstwa, jakim jest szpital, i na uniknięcie wielu błędów.

ROZMAWIAŁ JACEK SZCZĘSNY