



Szpitalne strategie Jak żyć?

2023 r. jest trudny dla dyrektorów szpitali. Każdy z nich musi się zastanowić, czy coś można zrobić, aby podmiot, którym zarządza, skutecznie leczył pacjentów i działał bez problemów, a także zdecydować, jaką strategię przyjąć i jakie działania wdrożyć. Funkcjonowanie z dnia na dzień prowadziłoby bowiem wcześniej czy później do katastrofy. Trwanie i czekanie na cud raczej też nie pomoże, choć ten zawsze może się wydarzyć. Dobrym rozwiązaniem jest jednak coś robić. Pytanie, co.

PIOTR NOWICKI

Przyszłość jest zagadkowa – teraz nawet bardziej z powodu czasów postcovidowych oraz wojny. Przyszłość szpitali w Polsce, mam wrażenie, jest jeszcze bardziej enigmatyczna. Żaden akt prawny o znaczeniu systemowym nie został ostatnio uchwalony ani nie wszedł w życie, więc jesteśmy skazani na samodzielne wybranie ścieżki, mając ograniczoną wiedzę o przyszłych zjawiskach, w tym zmianach planowanych przez przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia. Skoro nie można uzyskać więcej

informacji dotyczących przyszłości, to można tylko sięgnąć do przeszłości, by mieć oparcie na czymś, co jest namacalne i chociaż trochę sprawdzone. Jakie zatem strategie przynoszące korzyści, a odnoszące się do radzenia sobie z wynikiem finansowym, stosowały szpitale w ostatnich latach?

Trzy rozwiązania

Analiza i weryfikacja różnych przypadków rynkowych wskazuje, że skuteczne strategie były trzy (ryc. 1). Na

własny użytek nazwał je, na podstawie głównego nacisku na dany obszar działalności, następująco:

- strategia kosztowa – inaczej: pozytywistyczna,
- strategia przychodowa – rozwojowa,
- strategia chorego drzewa – czyli ratunkowa.

Są to rzeczywiste programy stosowane w latach 2019–2022, przy czym nie przez liderów rynkowych, lecz placówki chcące poprawiać swoją sytuację, żeby uciec z grupy tych, których funkcjonowanie może w krótkim czasie być poważnie zagrożone. To strategie tych, którzy nie chcą być szpitalami zombie, i dążą do stania się normalsami lub normalsami z ambicjami liderowania – o tym pisałem w „Menedżerze Zdrowia” 1-2/2023, w tekście „Zombie są wśród nas”.

Ogólne podejście strategiczne w poszczególnych typach strategii przedstawia poniższy rysunek, wyznaczając miejsce poszczególnych rozwiązań w układzie orientacji na przychody lub koszty.

Strategia pozytywistyczna to zdecydowane zorientowanie na działania wewnętrzne, których podstawą są możliwości i decyzje podejmowane bezpośrednio w podmiocie, a odnoszące się zarówno do przychodów, jak i kosztów. Uwzględniając jednak obecną konstrukcję strony przychodowej opartej na kontraktach z Narodowym Funduszem Zdrowia, w tym głównie na świadczeniach w tzw. ryczałcie, możliwości kreowania jej są ograniczone lub wiążą

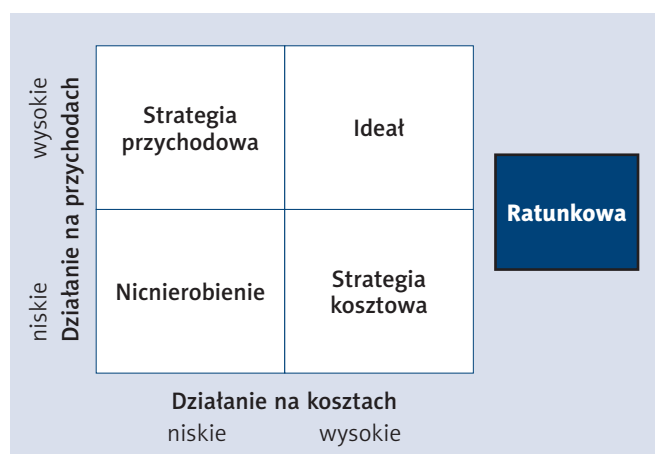
się z dużym ryzykiem, czyli uzależnieniem od decyzji instytucjonalnych resortu czy też płatnika. Jak wiadomo, charakteryzują się one dużą nieprzewidywalnością, a o konkretach dowiadujemy się z reguły po fakcie, czyli po tym, gdy już coś zrobiliśmy. Oznacza to, że ryzyko leży po stronie świadczeniodawcy i nie każdy chce je ponosić. Działania restrukturyzacyjne o charakterze wewnętrznym są natomiast procesem ograniczonym jedynie decyzjami i działaniami, a ich planowanie i realizacja są zależne tylko od zarządzających, załogi i podmiotu tworzącego. Oznacza to, że można je wdrażać w każdej chwili, nie uwzględniając decyzji zewnętrznych, a jedynie zjawiska zewnętrzne, których wpływ musi być wkomponowany w plany i decyzje. Odnoszą się one do wszystkich obszarów, w których można zoptymalizować koszty, gdyż w dużej mierze zależą one od podmiotu. W idei tej strategii działania po stronie przychodowej ustawione są na maksymalne wykorzy-

stanie posiadanych kontraktów, ale bez „inwestowania” w nadwykonania, z wyjątkiem świadczeń Nielimitowanych. W tym obszarze nie jest też planowane szczególne rozwijanie nowych usług, które mogą oczywiście generować przychody, ale wymagają najpierw inwestycji w stworzenie produktu, a następnie czasu na osiągnięcie odpowiedniego poziomu uzyskiwanych i opłacalnych przychodów. Jak wiadomo, w tym systemie z reguły łatwiej stworzyć produkt, niż go następnie sprzedawać, czyli uzyskać kontrakt z NFZ. Większość zaangażowania i energii zarządczej będzie zatem skierowana na taką zmianę organizacji, żeby wykonywać 100 proc. przychodów przy jak najbardziej optymalnie niskich kosztach prowadzenia działalności. Wymaga to dobrej analizy własnej sytuacji oraz dobrego planu i skutecznego wdrożenia działań, co jednak ma również ograniczenia. Stosowanie działań restrukturyzacyjnych nie jest co prawda zależne od decyzji zewnętrznych, ale ich implementacja w podmiocie, jak każda zresztą

zmiana, spotyka się również z barierami, głównie wewnętrznymi, ze strony poszczególnych obszarów szpitala, których zmiana ta dotyczy. Niestety, wskazana jest tu znacząca konsekwencja i determinacja w działaniu, przy czym powinna pomóc kluczowa myśl, że „jak czegoś nie zrobimy, to będzie już tylko gorzej”.

Poznański przykład

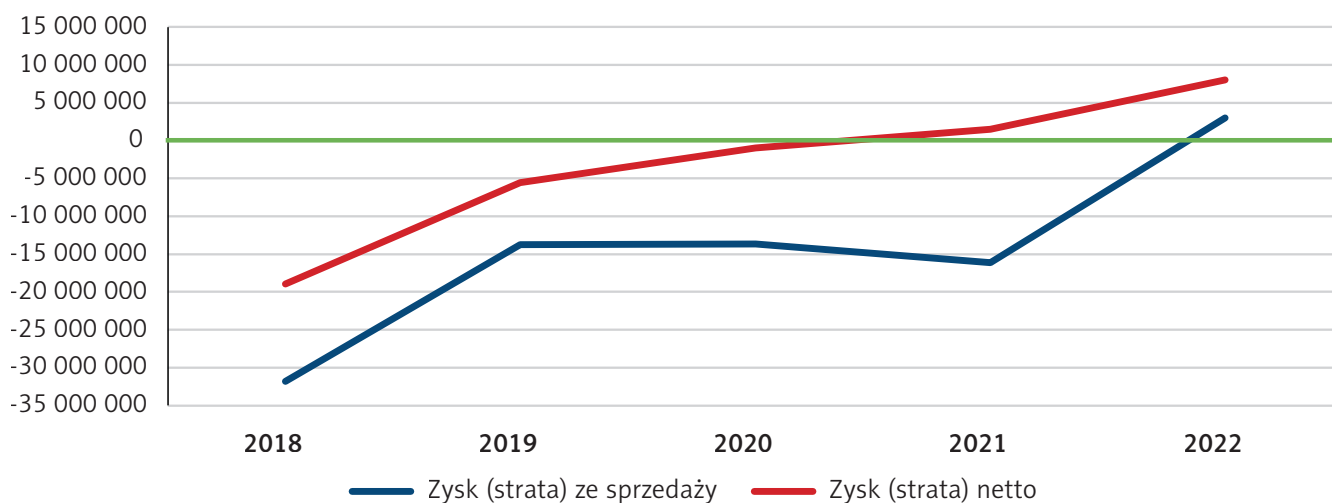
Żeby pisać o rzeczywistości, a nie o modelach zarządczych, przykładem realizacji takiej strategii może być Szpital Wojewódzki w Poznaniu, który w latach 2019–2022 przeprowadził całościowy i wielokierunkowy proces restrukturyzacyjny. Opierał się on na pełnym wykorzystaniu potencjału przychodowego i zdecydowanym obniżeniu kosztów działalności, w tym wykorzystywanego potencjału przestrzennego. Kontrakty z NFZ za rok 2022 zostały wypracowane na poziomie 99 proc., w odniesieniu do ryczałtu 100,19 proc., a w 2021 r. adekwatnie 96,8 proc. i 92,3 proc. Oznacza to, że na wynik finansowy nie wpływały żadne dodatkowo uzyskiwane środki finansowe, czy to w 2021 czy 2022 r., które były płacone przez NFZ w związku z wypracowywaniem przez część szpitali nadwykonań (odpracowywaniem tzw. długu zdrowotnego, czy też odrabianiem niedowyo-



Rycina 1. Strategie zarządzania

Tabela 1. Wyniki Szpitala Wojewódzkiego w Poznaniu w roku 2018 i osiągnięte podczas restrukturyzacji w latach 2019–2022

Wyszczególnienie	2018	2019	2020	2021	2022
Przychody z działalności operacyjnej	200 139 437	225 656 388	238 930 958	269 733 196	309 558 172
Koszty działalności operacyjnej	231 947 637	239 391 435	252 552 795	285 825 051	306 563 915
Zysk (strata) ze sprzedaży	-31 808 201	-13 735 048	-13 621 837	-16 091 855	2 994 257
Przychody ogółem	213 915 016	240 753 488	255 980 028	300 666 069	333 925 196
Koszty ogółem	232 821 698	246 146 244	256 787 130	298 932 432	325 628 998
Zysk (strata) netto	-18 906 682	-5 578 931	-994 250	1 512 088	8 011 824



Rycina 1. Wyniki Szpitala Wojewódzkiego w Poznaniu w latach 2018–2022

Pozytywizm tej strategii jest wyrażony w pracy organicznej we własnym podmiocie i doskonaleniu organizacji, z dostosowaniem strumieni kosztów do przychodów, które są już w posiadaniu podmiotu (umowy z NFZ). W latach 2019–2022 nie zostały wygenerowane żadne istotne nadlimity, poza świadczeniami Nielimitowanymi, co uniezależniało decyzje zarządcze od niepewnej decyzyjności NFZ. Jednocześnie realizacja wieloobszarowego programu naprawczego pozwoliła zmniejszyć bardzo istotnie stratę w roku 2019, praktycznie zbilansować działalność w roku 2020, aż po wygenerowanie zysków w latach 2021–2022. W ostatnim roku zysk netto wyniósł ponad 8 mln zł, ze szczególnym uwzględnieniem dodatniego wyniku w obszarze sprzedaży w wysokości prawie 3 mln zł (w roku 2018 była strata prawie 32 mln zł; tab. 1, ryc. 1).

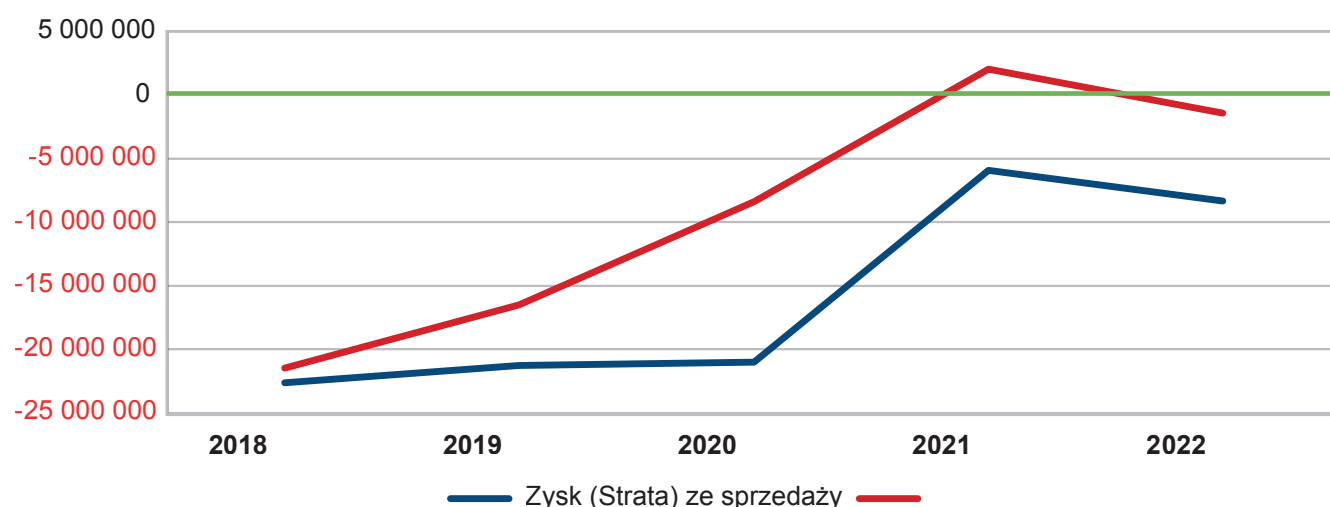
Przychód, przychód i jeszcze raz przychód

Innym typem strategii jest działanie zorientowane na zwiększanie przychodów z działalności poprzez szeroko zakrojone działania dotyczące wypracowywania kontraktu oraz rozwój nowych świadczeń poprzez tworzenie produktów i podejmowanie działań w celu uzyskania kontraktu z NFZ. W zakresie do-

tychczasowych kontraktów jest to wypracowywanie nadwykonań zarówno w produktach ryczałtowych, jak i płaconych za świadczenie, w tym w zakresach limitowanych, tj. ograniczanych ustaloną wartością kontraktów w umowach z NFZ. W przypadku tych nadwykonań, poza świadczeniami Nielimitowanymi, nie obowiązują żadne pewne mechanizmy, wpisane w akty prawne lub zapisy umowne, gwarantujące sfinansowanie świadczeń wypracowywanych ponad umowne wartości. W sytuacji tworzenia nowych produktów jest podobnie. Ich organizacja wymaga uzyskania nowych kontraktów, a poza świadczeniami POZ jest to bardzo trudne, gdyż przez ostatnie lata nie było za dużo postępowań konkursowych, a konkurencja jest znaczna. W bieżącym roku część świadczeń będzie kontraktowana przez NFZ, ale start w konkursie, szczególnie jako nowy produkt, zawsze wiąże się z ryzykiem nieotrzymania umowy. Konkursy uzupełniające są jeszcze trudniejsze, zważywszy na konkurencję rynkową. Planowanie zwiększonej strony przychodowej, niezależnie czy z nadwykonań, czy z nowych produktów, wiąże się z zagrożeniem uzyskania tych przychodów, bo jest uzależnione przede wszystkim od decyzji podejmowanych przez decydentów z Ministerstwa Zdrowia

Tabela 2. Wyniki Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Kaliszu w latach 2018–2022

Wyszczególnienie	2018	2019	2020	2021	2022
Przychody działalności operacyjnej	174 755 892	194 214 635	211 536 119	254 251 511	271 746 173
Koszty działalności operacyjnej	197 400 400	215 479 856	232 539 721	260 164 924	280 070 447
Zysk lub strata ze sprzedaży	-22 644 508	-21 265 221	-21 003 602	-5 913 413	-8 324 274
Przychody ogółem	180 552 262	202 330 328	225 697 875	264 512 872	280 768 186
Koszty ogółem	202 060 303	218 845 415	234 092 874	262 500 231	282 175 652
Zysk lub strata netto	-21 508 041	-16 515 087	-8 394 999	2 012 641	-1 407 466



Rycina 2. Wyniki Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Kaliszu w latach 2018–2022

i Narodowego Funduszu Zdrowia. Nie jest to jednak jedyne niebezpieczeństwo. Oprócz ryzyka uzyskania przychodów, jest także faktyczne generowanie zwiększonych kosztów w celu ich uzyskania. Zatem zarówno jedno, jak i drugie działanie wiąże się z generowaniem zwiększonych kosztów zanim pojawi się możliwość osiągnięcia większych przychodów z tego tytułu. W przypadku świadczeń realizowanych w nadwykonaniach, konieczne jest poniesienie minimum dodatkowych kosztów zmiennych ich wykonania. Oznacza to, że koszty te będą stanowiły około 25–45 proc. wygenerowanych dodatkowych przychodów, w zależności od tego, jakie są to produkty. Mogą być one jeszcze powiększone o koszty osobowe, jeżeli płatności dla personelu są w formie zadaniowej, czyli uzależnione w wartości od liczby wykonanych usług. Wtedy koszty zmienne muszą wynieść nawet 40–60 proc. Czyli ryzyko w postaci generowania kosztów bez pokrycia przychodami może być znaczące i jest to realny wydatek. Z drugiej strony, działania zorientowane na wynik finansowy oparte na ruchach rozwojowych, czy to pod względem liczby świadczeń, czy zakresu, są łatwiejsze do wprowadzenia w szpitalu oraz są bardziej pozytywnie, czasami nawet entuzjastycznie (szczególnie wśród

kontraktowców płatnych zadaniowo) odbierane przez współpracowników. Dlatego z reguły strategia ta jest implementowana z dużo większą tolerancją, mimo iż wymaga często zwiększonego zaangażowania czy pracy. Nie bez znaczenia jest fakt, iż takie działania są postrzegane jako pozytywne dla podmiotu, a także propagacjenkie i de facto realizujące misję szpitala. Dominujące nastawienie na zwiększanie przychodów nie wyklucza działania na kosztach i ich optymalizacji czy też redukcji. Te działania są również realizowane w innych obszarach, gdyż w wypadku nadwykonań koszty raczej będą wzrastały, z powodu większej liczby zrealizowanych świadczeń.

Przykład z Kalisza

Przykładem realizacji takiej strategii może być Wojewódzki Szpital Zespołowy im. Ludwika Perzyny w Kaliszu, który również przyjął szeroko zakrojony program restrukturyzacyjny, jednak charakteryzujący się istotnym nastawieniem na wypracowywanie zwiększonych przychodów, nawet w latach covidowych (tab. 2, ryc. 2). Założeniem była organizacja świadczeń pozwalająca, mimo oczywistych ograniczeń w latach 2020–2021, utrzymywać wysokie wykonanie kontraktu, co w roku 2021 umożliwiło

„Strategia polegająca na funkcjonowaniu szpitala z dnia na dzień prowadzi wcześniej czy później do katastrofy. Trwanie i czekanie na cud raczej też nie pomoże, choć ten zawsze może się wydarzyć”



Fot. Adobe Stock

odpracowanie wszystkich niedowykonań w ryczałcie z pierwszego roku covidowego wartych 6,5 mln zł oraz zrealizowanie nadwykonań świadczeń limitowanych o wartości 3,6 mln zł, nielimitowanych na 3,6 mln zł, a finansowanych z Funduszu Medycznego zrealizowanych na rzecz pacjentów do ukończenia 18. r.ż. na milion złotych. Ustawiony przychodowo szpital w kolejnym roku mógł wypracować jeszcze większe przychody, generując przy tym większe koszty zmienne jako ich pochodne. Strategia ta się opłacała, gdyż NFZ sfinansował 4,1 mln zł nadlimitów w innych świadczeniach oraz dzięki mechanizmowi z rozporządzenia ministra zdrowia szpital otrzymał pokrycie 60 proc. wartości nadwykonań ryczałtowych w wysokości 7,1 mln zł oraz 0,5 mln zł za nadwykonia z Funduszu Pomocy. Do tych kwot nie są wliczone nadwykonia świadczeń nielimitowanych – 4,1 mln zł oraz 1,2 mln zł za świadczenia finansowane z Funduszu Medycznego zrealizowane na rzecz pacjentów do ukończenia 18. r.ż. Efekt był podwójny, ponieważ automatycznie to działanie wpłynie także na uzyskanie wyższych przychodów z ryczałtu w tym roku, gdyż poziom nadwykonań z roku 2022 został przypisany także do roku 2023. Przyjęcie zatem takiego rozwiązania zarządczego przyniosło istotne efekty w kolejnych latach, przy czym nie wiadomo, jak ta sytuacja będzie wyglądała na koniec 2023 r. i czy warto je kontynuować. Zależy to przede wszystkim

od tego, czy płatnik znajdzie kolejne fundusze, żeby zapłacić za nadwykonia bądź też część rynku będzie miała istotne niedowykonia. Kolejne efekty przychodowe szpital osiągnął poprzez uruchamianie nowych zakresów świadczeń i produktów z NFZ, co wpłynęło na dodatkowe wzmocnienie strony przychodowej. Koszty początkowe uruchomienia działalności mają jednak również wpływ na wyniki, a większe, pozytywne efekty pojawią się z czasem.

Efektom przychodowym, wspartym działaniami po stronie kosztowej, szpital w Kaliszu dynamicznie przyspieszył dynamikę poprawy wyniku finansowego, która doprowadziła w roku 2021 do zysku netto ponad 2 mln zł, a w roku 2022 do nieznacznej straty w wysokości 1,4 mln zł. W tych dwóch latach placówka zbilansowała działalność, co przy stracie prawie 25 mln zł w latach 2019–2020 jest doskonałym wynikiem działań zarządczych.

Opisane strategie odnosiły się do jednostek, które miały potencjał do wprowadzenia różnego typu działań o odmiennym charakterze, ale osiągnęły podobne efekty, tj. zasadniczo i trwale poprawiły wynik finansowy. Jak widać na tych przykładach, efekty przyszły już od pierwszego roku działalności (w obu rok 2019), ale istotna i trwała poprawa wyniku na poziomie bilansowania lub zysku zaistniała od trzeciego roku działalności po wprowadzeniu nowych strategii. Ten czas wskazuje, że na konkretne efekty trzeba za-

pracować i trochę poczekać. Oczywiście jeśli się ma czas. Obydwa szpitale rozpoczęły swoją drogę w roku 2019 i wykorzystały ten czas, nawet uwzględniając wszystkie zawirowania, jakie spowodowała epidemia COVID-19. Natomiast jeżeli nie ma czasu, a sytuacja zagraża normalnemu funkcjonowaniu, konieczne jest przyjęcie strategii ratunkowej, czyli redukcyjnej, zarówno po stronie przychodowej, jak i kosztowej poprzez ograniczenie działalności medycznej w obszarach charakteryzujących się największym deficytem finansowym. Prosty w swej istocie, ale trudny do realizacji zabieg może w krótkim czasie przynieść pozytywne efekty, jednak trzeba zwrócić również uwagę na ponoszone koszty takiego działania, jak na przykład odprawy, w początkowym okresie takiej restrukturyzacji. Taka strategia to konieczność, która w przypadku części podmiotów jest jedyną ścieżką postępowania. Następuje tutaj efekt poświęcenia jednych obszarów działalności na rzecz drugich, które mogą przetrwać, a nawet w przyszłości się rozwijać, korzystając z uwolnionego potencjału (np. powierzchni czy bazy łóżkowej).

Placówka z Ostrzeszowa

Przykładem takiego działania jest plan strategiczny Ostrzeszowskiego Centrum Zdrowia Sp. z o.o., będący wypadkową sytuacji wewnętrznej i zjawisk zewnętrznych, które w istotny sposób wpłynęły na możliwość dalszego funkcjonowania. Podmiot ten jako spółka jest szczególnie wrażliwy na wszelkie wahania, gdyż w przeciwieństwie do samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej nie ma tak dużej odporności na skumulowane w czasie ujemne wyniki finansowe, brak płynności finansowej oraz skokowy wzrost zobowiązań. W tym przypadku Kodeks spółek handlowych jest nieubłagany i zarówno ze strony wierzycieli, w przypadku trwałego braku płatności za faktury, jak i samej spółki przekroczenie parametrów wskazujących na upadłość powoduje, że może zachodzić konieczność szybkich działań zaradczych. Oczywiście najpierw można zastosować szybkie działania restrukturyzacyjne, ale jeżeli ich efekt nie rozwiąże problemu, to konieczne staje się wdrożenie całościowej strategii ratunkowej. Polega ona na ograniczaniu lub też zlikwidowaniu generujących największe straty finansowe obszarów działalności, których zadania mogą przejąć inne podmioty działające w sąsiedztwie. Dotyczy to najczęściej oddziałów o charakterze zabiegowym, głównie chirurgii ogólnej czy ginekologii, oraz zakresów związanych z położnictwem, tj. części położniczej oddziałów ginekologiczno-położniczych i neonatologii. Ten drugi zakres jest przede wszystkim rozpatrywany w sytuacji, kiedy liczba porodów nie przekracza 400 w roku i niewielkie są szanse na zmianę tej sytuacji. Jest to jednak strategia ciężka do zaakceptowania przez społeczność

danego terenu, gdyż traktowana jest jako likwidacja tego, co zawsze było. Jest to też trudne do przyjęcia wśród pracowników zarówno likwidowanych oddziałów, jak i pozostałych. Wszystkie strategie redukcyjne charakteryzują się znaczącymi oporami przy ich realizacji i są postrzegane bardzo negatywnie, mimo ich ewidentnych efektów ekonomicznych, a często także zwiększających bezpieczeństwo pacjenta. Spółka z Ostrzeszowa w roku 2022 znalazła się w dużych kłopotach finansowych, które wynikały zarówno z sytuacji wewnętrznej oraz efektów uruchomienia szpitala po czasach covidowych, jak i zewnętrznych, spowodowanych brakiem pokrycia w całości skutków ustawy o minimalnych wynagrodzeniach. Połączenie tych dwóch sytuacji spowodowało bardzo istotne pogorszenie się wyniku w roku 2022 oraz złych prognoz na rok 2023. Oznaczało to konieczność podjęcia decyzji o przygotowaniu planu strategicznego na kolejne lata, który w tym przypadku został programem naprawczym. Zawierał on dwuetapowe działanie, zależnie od sytuacji spółki i rokowań zewnętrznych. W pierwszym etapie założono działania restrukturyzacyjne o ograniczonym wpływie na realizowane usługi i organizację pracy. Jeżeli jednak te działania nie pozwolą na dalsze utrzymanie spółki, konieczne będzie wprowadzenie drugiego etapu, zakładającego likwidację obszaru ginekologiczno-położniczego i neonatologicznego, likwidację oddziału chirurgii lub przeprofilowanie go na chirurgię planową, a rozszerzenie w to miejsce innych oddziałów. Sprowadza się to do likwidacji dwóch największych komórek deficytowych, co pozwoli na szybkie odwrócenie tendencji ujemnego wyniku finansowanego i ukierunkowanie się na bilansowanie działalności w zakresie usług pozostałych.

To tylko trzy z większej liczby strategii, które można obserwować, ale pozostałe zostały celowo pominięte, gdyż stanowią skrajne modele zarządcze. Wśród tych stosujących pozytywne strategie w najlepszej sytuacji z jednej strony są ci, którzy mogą po prostu normalnie się rozwijać, bo ich sytuacja finansowa nie narzuca konieczności specyficznych działań, z drugiej natomiast ci, którzy stosują z powodzeniem rozwiązanie idealne, czyli pomieszaną strategię przychodowo-kosztową. Choć jest to bardzo trudne do realizacji łącznej, nie jest niemożliwe. Wśród stosujących negatywne, moim zdaniem, strategie są ci, którzy bardzo mało lub nic nie robią i takie programy są chyba najmniej rokujące ze wszystkich możliwych, gdyż licząc na cud, prowadzą do braku działania, co skutkuje brakiem perspektyw... Czyli jak żyć, panie dyrektorze? Otóż, jak sytuacja pozwala, ale zawsze starając się kreować rzeczywistość działaniami, a nie „pchać tylko wózek każdego dnia”.

Piotr Nowicki, dyrektor Szpitala Wojewódzkiego w Poznaniu