

# Szpitala z nowymi

O potrzebach i kierunkach rozwoju polskich szpitali dyskutowali praktycy i eksperci rynku ochrony zdrowia oraz usługodawcy podczas debaty zorganizowanej przez „Puls Medycyny”. Wzięli w niej udział: **Zbyszko Przybylski**, prezes zarządu Szpitala Powiatowego we Wrześni, **Mirosław Józefczuk**, wiceprezes firmy Warbud SA, **Marek Wójcik**, Związek Powiatów Polskich, **Robert Moldach**, prezes Instytutu Zdrowia i Demokracji, ekspert Pracodawców RP, **Marek Dynowski**, prezes firmy Medinet, Grupa Simple, **Paweł Ossowski**, ekspert rynku wyrobów medycznych, firma Zarys, **Anna Rulkiewicz**, prezes Lux Medu. Moderatorem debaty był **Grzegorz Ziemiak** z Instytutu Zdrowia i Demokracji.

**Grzegorz Ziemiak:** Jakie możliwości finansowania inwestycji mają obecnie szpitale, a jakich można się spodziewać w perspektywie rozwoju rynku, unijnym pomocy oraz słyszac zapowiedzi nowego rządu, m.in. o rozluźnieniu gorsetu standardów nakładanych na szpitale?

**Zbyszko Przybylski:** Szpital Powiatowy we Wrześni, którym kieruję, przekształciliśmy w spółkę handlową, aby zrealizować inwestycje jego modernizacji i rozbudowy w modelu partnerstwa publiczno-prywatnego. Pozyskanie z Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego dotacji unijnych w wysokości 35 milionów złotych, zamknęło nam drogę do partnerstwa publiczno-prywatnego, chociaż chcieliśmy realizować inwestycje w takiej formie. Nasz szpital mieści się w ponad 80-letnim budynku i dlatego ostatecznie wybudowaliśmy obok nowy obiekt o powierzchni 7,5 tysiąca metrów kwadratowych z pokojami jedno- i dwuosobowymi, o standardzie hotelowym, z SOR-em, blokiem operacyjnym i diagnostyką. Finansowanie, oprócz dotacji, uzyskaliśmy poprzez emisję przez szpital obligacji o wartości 30 milionów złotych, które zostały wykupione przez bank. Ze strony powiatu jest to zabezpieczone umową wsparcia spłaty należności.

Realizacja inwestycji trwała aż 5 lat, co miało związek z przepisami o zamówieniach publicznych, z powodu których musieliśmy wybrać najtańszą ofertę. Jedną z firm tworzących konsorcjum upadła, druga, niestety, wykorzystwała sytuację do narzucenia nam mało korzystnych rozwiązań — chodziło o dodatkowe środki finansowe na ukończenie projektu. Skończyliśmy dosłownie kilka dni temu, „razem na taśmę” z uwagi na konieczność rozliczenia środków unijnych przed końcem 2015 roku.

**Mirosław Józefczuk:** Cieszę się, że pan dyrektor ciepło wypowiedział się o partnerstwie publiczno-prywatnym. Głosem krytycznym na temat PPP nie brakuje, chociaż w Polsce zrealizowano już w sumie ponad 100 projektów w tej formule, oczywiście nie w ochronie zdrowia, ale w innych sektorach gospodarki. Dodatkowo, w ramach nowej perspektywy unijnej mamy możliwość realizowania tzw. projektów hybrydowych, gdzie dofinansowanie z UE może zostać wykorzystane przy realizacji projektów PPP. Śięgnięcie po środki unijne może mieć miejsce już na etapie finansowania inwestycji, ale też po jej zakończeniu. Ostatnio dochodzą głosy, że projekt szpitala w Żywcu wrzeszcie znalazł finansowanie w formule PPP. W tym konkretnym przypadku zwłoka spowodowana była brakiem prawidłowego dialogu między stronami.

Mówiąc w skrócie, żeby powstała inwestycja, muszą być na nią pieniądze. Projekt musi być dobrze przygotowany, aby banki chciały finansować taką inwestycję. W Polsce jest kilka banków, które chcą finansować inwestycje szpitalne. W mojej ocenie, w Polsce jest możliwość



**Grzegorz Ziemiak**

realizowania projektów w formule PPP. Nasze siostrzane spółki z Niemiec i Wielkiej Brytanii realizowały w swoich krajach takie projekty, budując ogromne szpitale, a przecież nasz kraj nie odbiega w tym zakresie od standardów unijnych.

Nam w Polsce brakuje odwagi intelektualnej, żeby realizować niestandardowe projekty. Często boimy się, zupełnie nieślusnie, że te projekty zostaną zakwestionowane na etapie zamówienia albo nie uzyskają finansowania. Projekty PPP są pewną platformą; partner prywatny projektuje szpital, szuka finansowania, buduje i potem nim zarządza. Pozostaje pytanie: czy ma zarządzać całością działalności, czy tylko budynkiem i stroną techniczną. Sprawy medyczne chcemy oddać partnerowi publicznemu. Do finansowania możemy wykorzystać cały wachlarz możliwości, w tym emisję obligacji, zwykły kredyt czy cesję wierzytelności. W większości przypadków niezbędne jest wsparcie właściciela.

Nieprawdą jest, że oferty finansowania PPP są droższe. Budżet projektu PPP zawiera cztery elementy: projektowanie, finansowanie, budowę i zarządzanie. Zwykle taki budżet porównuje się do kosztu samej inwestycji, a to jest porównywanie rzeczy nieporównywalnych. Porównanie tych wszystkich elementów pokazuje, że formuła PPP jest o 20 procent tańsza od klasycznych metod. Należy dodać, że koszty finansowania PPP są bardzo niskie. Jest to poziom, który uzyskują jednostki samorządu terytorialnego. Partner PPP buduje szpital niejako „dla siebie”, skoro ma nim zarządzać przez 20 lat, dlatego jakość budowy według projektów PPP jest zdecydowanie wysoka.

Chciałbym wspomnieć o innym modelu prowadzenia inwestycji szpitalnych — w formule „zaprojektuj, sfinansuj i wybuduj”, coraz częściej wykorzystywanej w Polsce. Jest ona oparta na cesji wierzytelności. Warbud już zrealizował taką inwestycję w Zabrzu, a dotyczyła budowy szpitala ginekologiczno-polożniczego.

**Zbyszko Przybylski:** Rozkład ryzyka jest kluczowy. Jako dyrektor szpitala nie znam się na budowaniu i dlatego powinienem oddać ten obszar w ręce specjalistów. W projektach PPP zajmuje się nim właśnie partner budowlany, posiadający odpowiedni know-how. W naszym przypadku wykonawca starał się, niestety, zrobić wszystko jak najszybciej i jak najtańiej, dlatego teraz już zaczynamy dostrzegać elementy wymagające poprawy, co pociąga za sobą nowe koszty.

**Marek Wójcik:** Do 17 kwietnia 2016 roku musi powstać nowa ustawa o zamówieniach publicznych, inaczej nie będziemy mogli wydawać pieniędzy unijnych. W tej ustawie powinny znaleźć się mechanizmy zachęcające do brania pod uwagę innych kryteriów niż tylko cena. Z punktu widzenia samorządów inwestycje to nie tylko mury. Musimy mówić o inwestowaniu w zakres

zadań, w ludzi i dopiero potem w mury. Polskie szpitale, niestety, inwestują przede wszystkim, żeby przetrwać, a dopiero potem żeby podnieść jakość i to wiedzą za pieniądze zewnętrzne. Kolejność naszego myślenia jest niepoprawna, bo najpierw kształtujemy standardy techniczne i kadrowe, by do nich dorabiać standardy medyczne, a powinno być na odwrót. Powinniśmy określić, jaką usługę chcemy zaproponować i do niej skompletować potrzebne zasoby techniczne i kadrowe.

W najbliższych latach czeka nas ogromna restrukturyzacja rynkowa, związana z dostosowaniem zakresu usług świadczonych przez podmioty lecznicze do faktycznych potrzeb zmieniającego się społeczeństwa. Myślę też, iż coraz powszechniejsza będzie tendencja, aby zasadniczo modernizować, a nie rozbudowywać infrastrukturę techniczną. Około połowy szpitali powinno w ciągu 10-15 lat przejść gruntowną modernizację, a nawet zburzyć istniejące budynki. Zwrócić uwagę, że w ciągu ostatnich dwóch lat ubył 130 szpitali posiadających kontrakt z NFZ, a ta tendencja ograniczania świadczeniodawców mających dostęp do środków publicznych będzie kontynuowana. Najlepszą przyszłość mają szpitale od subregionalnych w górę oraz jednoprotkowe, specjalistyczne. Pozostałe, a szczególnie szpitale powiatowe, będą w gorszej sytuacji. Obserwujemy koncentrację usług i budowanie sieci, co ma znaczący wpływ na wybór i poziom realizowanych inwestycji.

**Anna Rulkiewicz:** W tym kontekście nie do przecenienia jest kwestia opracowania mapy potrzeb zdrowotnych. Temat jest znany od lat. Wydaje się, że wszyscy są w tej sprawie zgodni, a jednak stojmy w miejscu. Tymczasem dla inwestora ma to kluczowe znaczenie.

Lux Med jako część potężnej grupy Bupa, ma silne zaplecze finansowe, kapitałowe i merytoryczne. Inwestujemy i chcemy nadal inwestować w polską ochronę zdrowia, również w szpitale, ale ryzyko z tym związane jest duże, a mam wrażenie, że w ostatnim czasie rośnie. Wiąże się to z brakiem map potrzeb, a także ciągłymi zawirowaniami wokół kontraktowania. Dla nas inwestowanie w szpitale jest elementem długofalowej strategii rozwoju w kierunku zintegrowanego modelu skoordynowanej opieki zdrowotnej. Już dziś oferujemy opiekę podstawową, specjalistyczną, diagnostykę, hospitalizację, łącznie z opieką długoterminową.

Obecnie nasza opieka szpitalna opiera się na kilku filarach, które stanowią centra kompetencji. Są to: ortopedia w Carolina Medical Center, endoskopia w Endoterapii czy onkologia w Magodent, przy czym w onkologii jesteśmy gotowi do prowadzenia i rozwoju modelu zintegrowanej opieki. Naszym atutem jest zaawansowany system informatyczny, bez którego trudno sobie wyobrazić prowadzenie modelu skoordynowanego, a to też są gigantyczne nakłady. W dyskusji o ryzyku inwestycyjnym nie można o nich zapominać.



**Zbyszko Przybylski**

Jako dyrektor szpitala nie znam się na budowaniu i dlatego powinienem oddać ten obszar w ręce specjalistów.



**Mirosław Józefczuk**

Nam w Polsce brakuje odwagi intelektualnej, żeby realizować niestandardowe projekty.



**Marek Wójcik**

Około połowy szpitali powinno w ciągu 10-15 lat przejść gruntowną modernizację, a nawet zburzyć istniejące budynki.

# perspektywami

Jednocześnie warto podkreślać szanse, nie tylko dla rynku zdrowia, bo to są inwestycje w innowacyjną gospodarkę, a więc w naszą przyszłość.

**Robert Moldach:** Jeśli mówimy o finansowaniu inwestycji, to pieniądz musi czuć się bezpiecznie, musi być stabilność działania i inwestycji. Niestabilność powoduje, że inwestycja obciążona jest wyższym ryzykiem, przez co koszt kapitału inwestycyjnego rośnie. Problem polega na tym, że nieustannie dokonujemy zmian warunków funkcjonowania systemu gospodarki zdrowotnej, w szczególności warunków inwestowania. Przez 8 lat mieliśmy otwarcie na korzystanie z formuły spółek handlowych. Minister Konstanty Radziwiłł nazywa to – i ma to dość dobre uzasadnienie – pewną formą przymusu przechodzenia szpitali do spółek. Teraz otwiera się nowa epoka bardziej publicznego gospodarowania i wstrzymania prywatyzacji większościowych udziałów właścicielskich. Uważam, że w ostatnich latach państwo odgrywało zbyt małą rolę, nie regulowało odpowiednio rynku, co wywołało napiętą sytuację, z którą mamy dzisiaj do czynienia. Stąd wynika chęć porażki w innym kierunku.

Problem mapowania potrzeb czy też koordynowania inwestycji jest niesłychanie skomplikowany, ale musi być podjęty. Warto także podkreślić, że pieniądze publiczne to najdroższe źródło finansowania inwestycji. Cena pieniądza publicznego jest wyższa niż prywatnego, ponieważ pochodzi on z podatków, które ograniczają nasz rozwój. Zgodnie z zasadą pomocniczości państwa, pieniądze publicznych nie powinno się angażować tam, gdzie można zrealizować inwestycje siłami samych obywateli, firm czy samorządów.

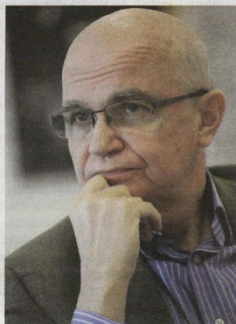
**Grzegorz Ziemiński:** W jakim kierunku powinna iść informatyzacja służby zdrowia, rozwiązania systemowe zarówno na poziomie krajowym, jak i w poszczególnych jednostkach?

**Marek Dynowski:** Projekt e-zdrowia, platformy P1, P2, P3 i P4 oraz projekt elektronicznej dokumentacji medycznej, która miała zasilać te platformy, był nie do końca przemyślany. W konsekwencji architektura systemu została źle zaprojektowana. W naszej ocenie, jako dostawcy oprogramowania, błędem było nieuwzględnienie funkcjonującego od wielu lat systemu sprawozdawczego Narodowego Funduszu Zdrowia. Zamiast wykorzystywać rozwiązania wprowadzone przez NFZ, które świadczeniodawcy wraz z dostawcami zweryfikowali, zaczęto wszystko od początku.

Drugim problemem jest to, że niewłaściwie postawiono akcenty, jeśli chodzi o kluczowe elementy systemu. W przypadku projektu P1 priorytet dano elektronicznej recepty, zwolnieniu i skierowaniu, ale nie te dokumenty dają świadczeniodawcy wartość dodaną. Zdecydowanie ważniejsze dla szpitala jest to, czy dzięki elektronicznej dokumentacji można porównywać i analizować wyniki leczenia. Istotniejsza jest np. możliwość przekazywania karty informacyjnej leczenia szpitalnego, która pozwoli ocenić jakość i efekty leczenia. Gromadzenie i przepływ danych medycznych pozwoli analizować efekty i skuteczność leczenia, a potem ocenić i porównać szpitale pod względem jakości świadczonych usług. Mimo opóźnień, prace są już tak daleko posunięte, że błędem byłoby niewykorzystanie tego,

**Robert Moldach**

Oczekiwałbym od nowego regulatora, że nie będzie dla zasady blokował rozwoju inwestycji prywatnych, ale będzie eliminował czywiste patologie.



**Marek Dynowski**

Okolo 40 proc. jednostek (szczególnie szpitale powiatowe) wciąż czeka na dofinansowanie projektów informatycznych.



**Paweł Ossowski**

Coraz większa świadomość pacjentów sprawia, że szpitale przywiązują większą wagę do określonych standardów i akredytacji.



co już zostało zrobione. Zwłaszcza że szpitale już zainwestowały w budowę systemów, a część z nich już jest przygotowana do tego, żeby w podstawowym zakresie przekazywać informacje do systemu.

Problemy z przepływem informacji między jednostkami czy projektami regionalnymi wynikają z braku koordynatora, dzięki któremu projekty regionalne mogłyby współpracować z projektami na szczeblu centralnym. Założeniem platformy P1 miała być możliwość uzyskania przez lekarza informacji o tym, jak był leczony pacjent, który przed nim siedzi, niezależnie od tego, gdzie to wcześniej się odbywało. Brak jest jeszcze kompletnych i precyzyjnych podstaw prawnych, które pozwoliłyby te dane przekazywać, niezależnie od tego, czy to będzie interfejs na poziomie województwa, powiatu czy na poziomie centralnym.

Z naszego punktu widzenia pozytywną zmianą jest to, że świadczeniodawcy już od dłuższego czasu nie stawiają pytania „czy”, ale „jak”. Natomiast wciąż realnym problemem jest to, że ile i z jakich środków realizować projekty. W poprzedniej perspektywie zasadniczą większość pieniędzy pochodziła z funduszy unijnych. Te szpitale, które zrealizowały projekty informatyczne, są w dużo lepszej sytuacji, bo mogą korzystać z systemów klasy BI wspomagających zarządzanie. Z naszych analiz wynika, że ok. 40 proc. jednostek (szczególnie szpitale powiatowe) wciąż czeka na dofinansowanie projektów informatycznych.

**Anna Rulkiewicz:** Informatyzacja to również proces inwestycyjny i choć dotyczy innego obszaru, podlega podobnym mechanizmom rynkowym, jak rozwój infrastruktury lokalowej czy sprzętowej szpitali. Tak samo wymaga definiowania długofalowych celów i przemyśleń, stabilnych regulacji. W naszym kraju rzeczywistość odczuwamy niedobór ustaleń kierunkowych w tej dziedzinie, jednolitej polityki cyfryzacji ochrony zdrowia.

Nie można odmówić innowacyjności wybranym przedsiębiorcom samorządowym, CSIOZ czy NFZ, jednak w ramach całego systemu opieki zdrowotnej nadal istnieje wiele centrów kreujących wytyczne. Nie ma przez to pewności, czy te działania zagwarantują w przyszłości spójny obieg informacji w ramach całego systemu, wraz z zapewnieniem zgodności standardów oraz unikania podwójnego wprowadzania danych i raportowania. Wynika z tego naturalna potrzeba ujednolicenia procesu regulacyjnego branży, szczególnie w obszarze wymiany danych pomiędzy podmiotami. Kluczowe jest mniejsze koncentrowanie się na aspektach technicznych czy pojedynczych platformach, a bardziej na kompleksowych rozwiązaniach organizacyjnych, wspierających np. koordynację opieki nad pacjentem, obieg elektronicznej dokumentacji medycznej, zarządzanie poufnością informacji czy niedawno wprowadzone regulacje dotyczące telemedycyny. Informatyzacja ukierunkowana przez takie praktyczne podejście będzie mocno osadzona w realiach i będzie dostarczać korzyści wszystkim stronom – świadczeniodawcom, pacjentom, płatnikom, ale też samemu regulatorowi. Dodatkową wartością będzie bardziej celowe i efektywne wydawanie środków, gdyż korzyści będą planowane w jasno określonym kontekście.



**Anna Rulkiewicz**

Dla nas inwestowanie w szpitale jest elementem długofalowej strategii rozwoju w kierunku zintegrowanego modelu skoordynowanej opieki zdrowotnej.

**Paweł Ossowski:** Moim zdaniem, środki na te projekty też się pojawiają, ale to, czy zostaną racjonalnie wydane, będzie determinowała nowa ustawa o zamówieniach publicznych. Na razie o wyborze wykonawcy decyduje cena i drugie kryterium, które niestety często umieszczane jest w postępowaniach jedynie dla zasady – na przykład cena to 99 proc. wagi oceny, a termin dostawy to 1 proc. Natomiast dla podmiotów zdrowotnych jest najkorzystniej, gdy decyduje wyważone połączenie ceny z wiarygodnością i jakością. Myślę, że szpitale do tej zmiany dojrzą, tak jak dojrzejają od tego, żeby stosować rozwiązania, które pozwalają np. zredukować liczbę zakażeń szpitalnych, a co za tym idzie minimalizować ryzyko finansowe związane z pozwami ze strony pacjentów. Coraz większa świadomość pacjentów sprawia, że szpitale przywiązują większą wagę do określonych standardów i akredytacji. Reasumując, istotne będą nie tylko inwestycje infrastrukturalne czy informatyczne, ale też w systemy organizujące potencjalne straty finansowe.

**Zbyszek Przybylski:** Warto zwrócić uwagę na inne koszty, powodowane przez nadregulację w postaci wymogów dotyczących np. sprzętu i organizacji pracy, niezależnie od tego, co jest szpitalowi potrzebne. Żeby spełnić te wymogi, szpital musi ponieść koszty, które nie są rekompensowane wysokością kontraktu z NFZ.

Zamiast wskaźników strukturalnych powinniśmy stosować wskaźniki funkcjonalne, uwzględniające zakażenia, reoperacje, rehospitalizacje itd.

**Robert Moldach:** Rzeczywiście, z jednej strony mamy nadregulację, a z drugiej pewne obszary są niedoregulowane, np. gdy zgodnie z prawem, ale nie rozsądnym, podmioty konkurują ze sobą, korzystając z tej samej infrastruktury publicznej.

Oczekiwałbym od nowego regulatora, że nie będzie dla zasady blokował rozwoju inwestycji prywatnych, ale będzie eliminował czywiste patologie.

**Marek Dynowski:** Nowe otwarcie nie powinno polegać na tym, żeby wszystko, co zostało zrobione, wyrzucić do kosza. Trzeba wyciągnąć wnioski z tego, co zostało zrobione źle. Zachętą do inwestowania w informatyzację szpitali jest to, że dobrze wykorzystywane systemy mogą wpłynąć na poprawę jakości leczenia.

**Marek Wójcik:** Na pozytywne zmiany systemowe proponuję trzy lekarstwa: więcej odwagi, zaufania i wolności. Na ochronę zdrowia trzeba patrzeć z dłuższej perspektywy, podejmując odważne decyzje z perspektywą wieloletnią. Przykładem może być województwo świętokrzyskie, gdzie zainwestowano w infrastrukturę, a potem w ludzi. Z RPO przeznaczono 7 proc. na najważniejsze projekty w ochronie zdrowia i dzięki temu świętokrzyskie zajmuje trzecie miejsce w Polsce pod względem przyjęć pacjentów spoza województwa.

**Robert Moldach:** Nie zrealizujemy wszystkich inwestycji za pomocą środków publicznych, dlatego trzeba je wydawać racjonalnie. Kapitał prywatny jest tańszy, ale żeby był wykorzystany efektywnie, potrzebna jest długofalowa strategia i dobre zaplanowanie inwestycji, zgodnie z potrzebami.

Oprac. Krzysztof Jakubiak i Dorota Bogucka