

Wyzwania inwestycyjne dla polskich szpitali A.D. 2011

# INWESTYCJE ALBO ŚMIERĆ!

Najbliższe lata będą okresem wielkich potrzeb inwestycyjnych w polskiej ochronie zdrowia. Opieka ambulatoryjna została w znacznej części sprywatyzowana i jest coraz lepiej finansowana, ale w lecznictwie stacjonarnym jest jeszcze dużo do zrobienia. A wymogi mamy bardziej rygorystyczne niż Wielka Brytania.



Nowa ustawa o działalności leczniczej poprzez promowanie modelu spółki kapitałowej stwarza lepsze możliwości poszukiwania i pozyskiwania inwestorów. Można śmiało postawić tezę, że ten, kto nie zainwestuje w 2011 r. i następnych latach, zostanie w tyle. Zbyt późne utworzenie spółki czy zbyt późne szukanie wsparcia doprowadzi do marginalizacji części szpitali – także, a może przede wszystkim, u partnerów prywatnych. W jakich zatem obszarach należy się spodziewać wyzwań inwestycyjnych? Odpowiedź jest prosta – we wszystkich.

### Obszar zarządczy

W tej dziedzinie trzeba będzie inwestować przede wszystkim w liderów i menedżerów. Szpitale działające w nowej formie zgodnie z zasadami KRS muszą stworzyć takie struktury, jak rada nadzorcza czy zarząd. W strukturze spółki niezbędna jest przewaga narzędzi motywacyjnych, a u nas, niestety, często dominują bodźce negatywne. Narzędzia pozytywne wymagają bowiem nakładów bądź dzielenia się zyskiem, a tego w Polsce nie lubimy. W szpitalu powinny działać komisje interdyscyplinarne, a inwestycja w menedżerów średniego stopnia jest najważniejszą sprawą, ale także wielkim wyzwaniem. Konieczne są nakłady w sferze kontroli lub raczej stałego poprawiania jakości, a zapobieganie czy poprawianie wymaga ludzi i nakładów. Dla wielu placówek wyzwaniem inwestycyjnym najbliższych miesięcy będzie uzyskanie certyfikatów akredytacyjnych. Obszar zarządczy ściśle wiąże się z wszystkimi innymi, dlatego też pozwolę sobie przejść do kolejnego, moim zdaniem najważniejszego.

### Obszar kapitału ludzkiego

Znaczącymi wyzwaniami dla szpitali są i będą inwestycje w personel. Pozyskanie i utrzymanie lekarzy oraz pielęgniarek bez istotnych wzrostów przychodów szpitali oraz polepszenia warunków pracy będzie coraz trudniejsze. A apetyt pracowników na podwyżki wynagrodzeń będzie wzrastał. Należy pomyśleć o efektywnym wykorzystaniu personelu medycznego, najczęstszym zastrzeżeniem jest bowiem nadmierne obciążenie go czynnościami pozamedycznymi. W szpitalach oprócz nowoczesnego sprzętu powinni się pojawić technicy do jego obsługi, a czynności biurowe muszą wreszcie przejść inne osoby. Szczególną uwagę należy poświęcić inwestycjom w doskonalenie zawodowe. Szpitale niemieckie rutynowo finansują szkolenia lekarzy oraz pielęgniarek, a amerykańskie są mistrzami w organizowaniu szkoleń wewnętrznych. Szkolenia muszą być związane z uzyskaniem konkretnych umiejętności czy wiedzy przydatnej całej organizacji, a nie ze zdobyciem umiejętności umożliwiających rozpoczęcie działalności konkurencyjnej.

Zresztą, inwestycje w takie elementy, jak bonusy za podpisanie umowy z klauzulą zakazu konkurencji

np. w określonej odległości od szpitala, które są standardem na Zachodzie, u nas także zaczynają być stosowane. W obszarze kapitału ludzkiego nie wszystkie inwestycje wiążą się z wydawaniem pieniędzy. Ważną motywacją dla pracowników jest szacunek oraz wpływ na otoczenie, szpitale powinny zatem zmienić organizację pracy oraz kulturę organizacyjną. Wyeliminowanie takich zjawisk, jak mobbing czy napastowanie seksualne, oraz stworzenie podstaw prawdziwej pracy zespołowej nie wymaga przecież pieniędzy, a jest u nas mało doceniane. Wystarczy porównać dział HR prywatnej firmy oferującej kompleksową opiekę medyczną z działem kadr dużego szpitala. Przecież ten drugi,



foto: Robert Kowalewski/Agencja Gazeta

## Krzysztof Opolski

ekspert Uniwersytetu Warszawskiego

Najpilniej potrzebne są nam inwestycje w ludzi. Największe braki naszych kadr medycznych polegają na tym, że przy całkiem niezłej wiedzy fachowej w swoich wąskich specjalnościach lekarze nie są przygotowani do pracy z pacjentami. Często lekarz jest dobrym specjalistą w swojej dziedzinie ze ściśle medycznego punktu widzenia, natomiast kompletnie nie potrafi współpracować z pacjentem, wykazać się empatią. Podobnie jest z całym personelem medycznym. Potrzebne są nam inwestycje na dwóch etapach kształcenia: pierwszym – jeszcze na uczelni, i drugim – na kierunkach podyplomowych czy kursach specjalistycznych. Nasze kadry medyczne mają niedostatki wiedzy z zakresu dwóch bardzo ważnych dziedzin: psychologii i ekonomiki. Ten pierwszy skutkuje brakiem umiejętności empatii i odpowiedniego podejścia do pacjenta. Widać to szczególnie jaskrawo na przykładzie opieki szpitalnej: schorowani ludzie po skomplikowanych zabiegach są często pozostawieni sami sobie. Ma to też wymierny skutek ekonomiczny – nie znajdując odpowiedniej opieki szpitalnej, wracają do specjalistów po relatywnie drogie świadczenia.



„ Nowa ustawa o działalności leczniczej poprzez promowanie modelu spółki kapitałowej stwarza lepsze możliwości znalezienia inwestorów „

„ Znaczącymi wyzwaniem są i będą inwestycje w personel. Pozyskanie i utrzymanie lekarzy oraz pielęgniarek bez istotnych wzrostów przychodów szpitali będzie coraz trudniejsze „

ze względu na złożoność spraw personalnych i szybkość zachodzących interakcji, powinien być nowocześniejszy, mieć lepiej wykształconych pracowników, być wyposażony w nowoczesne narzędzia komunikacji oraz dysponować odpowiednim budżetem. Niestety, jest zazwyczaj odwrotnie.

### Obszar medyczny

W tym obszarze, który ściśle wiąże się z obszarem HR, istnieje wiele wyzwań inwestycyjnych. Jedno z ważniejszych to radykalna poprawa podobszaru dokumentacji medycznej. Podstawą jest oczywiście informatyzacja, ale w wielu placówkach medycznych z dobrze działającymi systemami informatycznymi w części białej nadal jest tak, że lekarz musi wprowadzać dane historii choroby do systemu własnoręcznie. Takie udogodnienia, jak transkrypcja raportów lekarskich czy interaktywne szablony, nie mówiąc o syste-

mie rozpoznawania mowy, są jeszcze w powijakach. Kolejnym podobszarem jest system komunikacji wewnętrznej. Wszyscy pracownicy spędzają sporo czasu na wzajemnym poszukiwaniu się. Szczególnie rozpowszechnionym i trudnym do zaakceptowania faktem jest anegdotyczna już trudność z dodzwonieniem się gdziekolwiek. Brakuje systemów wewnętrznego nagłośnienia, sprawnej sieci telefonii stacjonarnej, niezbędnej dla wielu zagranicznych szpitali stacji operatora szpitalnego lub komunikatorów osobistych. Nieźle działa natomiast telefonia komórkowa.

Następny dział to system transportu wewnętrznego pacjentów. Obowiązek zajmowania się nim spoczywa bowiem na barkach personelu medycznego, a powinien być z nich zdjęty, z wyjątkiem przypadków wymagających obecności pracowników medycznych. W dużych szpitalach klinicznych często jeszcze widzimy pacjentów z lekarzami (zwykle są to stażyści), którzy przyjechali na badania czy na konsultacje.

Następna sprawa to komunikacja pomiędzy szpitalem a opieką ambulatoryjną – tutaj jest bardzo krucho. Kto widział sposób komunikacji lekarza ze szpitalem niemieckiego lub brytyjskiego z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej, ten wie, ile nakładów potrzeba na zapewnienie jak najlepszej ciągłości opieki nad pacjentem. A kto widział prośbę o hospitalizację napisaną przez ogólnego lekarza brytyjskiego, ten zrozumie, że bez inwestycji w zmianę kultury współpracy pomiędzy różnymi poziomami opieki nie dogonimy Zachodu. W obszarze medycznym jest oczywi-



ście wiele do zrobienia, wybrałem tylko przykłady, aby pokazać trudne wyzwania.

### Obszar infrastruktury

Mówiąc o inwestycjach szpitalnych, myślimy przede wszystkim o tym obszarze. I takimi inwestycjami się chwalamy, na przykład na portalach wiadomości z rynku medycznego. Jesteśmy na etapie dużej aktywności inwestycyjnej, jeśli chodzi o infrastrukturę szpitalną, budynki i wyposażenie. Jest coraz lepiej, ale kontrasty są duże. W tej samej placówce są oddziały z XXI i XIX w. Remonty i inwestycje bywają często wykonywane na podstawie koncertu życzeń polityków oraz wpływowych lekarzy, a nie kompleksowego planu medycznego i wynikającego z niego planu funkcjonalno-użytkowego. Największym wyzwaniem będzie, moim zdaniem, konfrontacja cen na rynku budowlanym i sprzętowym, które już osiągnęły poziom zachodnioeuropejski, ze spodziewanymi przychodami pochodzącymi przede wszystkim ze współpracy z NFZ. Przychody polskich szpitali są i w najbliższym czasie będą nieproporcjonalnie niższe niż na Zachodzie, nawet po wzięciu pod uwagę różnic w dochodach narodowych *per capita*. Ponieważ inwestycjom szpitalnym w tradycyjnym pojęciu (budynki i sprzęt) poświęcone są inne materiały w niniejszym numerze „Menedżera Zdrowia”, nie będę ich dalej opisywał.

### Obszar finansowo-księgowy

W wielu szpitalach właśnie w tym obszarze dokonano sporych inwestycji. Księgowość jest w większości skomputeryzowana, wprowadza się nowoczesne narzędzia, jak budżetowanie, plany kont czy ośrodki kosztów. Dużo pozostało jednak do zrobienia na szczeblu menedżerów „liniowych”. Tutaj właśnie widzę wyzwania inwestycyjne. Od jakości danych uzyskiwanych na „froncie” oraz dyscypliny „frontowej” zależy bowiem powodzenie zarządzania finansowego na szczeblu dykcji. Dużym wyzwaniem pozostaną nieproporcjonalnie niskie budżety szpitali, o czym wspominałem powyżej oraz w poprzednich publikacjach ma łamach „Menedżera Zdrowia”. Niektórzy mówią, że najważniejszy jest dolny wiersz, po angielsku zwany *bottom line*. Ale słowo *bottom* ma w języku angielskim także inne znaczenia.

### Obszar informatyzacji

W tej dziedzinie także dokonał się postęp, działają firmy dostarczające nowoczesne systemy informatyczne dla szpitali. Wiele placówek musi jednak jeszcze sporo zainwestować w strukturę informatyczną. Wyzwaniami są i będą takie problemy, jak znaczący niedobór informatyków oraz niska konkurencyjność szpitali w porównaniu z firmami innych branż oferującymi zatrudnienie dla nich, a także konkurencja



Fot. Rafał Guz/Fotorepa

## Adam Koziarkiewicz

ekspert ochrony zdrowia

W pierwszej kolejności powinniśmy zainwestować w rzetelne analizy: co jest nam pilnie potrzebne, a co może poczekać. Naszym największym problemem jest to, że nie potrafimy poprawnie określić priorytetów. I przez to mamy dziedziny kompletnie niedoinwestowane i przeinwestowane, szczególnie gdy chodzi o drogi, najnowocześniejszy sprzęt pracujący na pół gwizdka w lokalnych, małych szpitalach. Nie mamy w pełni rozeznaczonych realnych potrzeb zdrowotnych, przez co nasze inwestycje są chaotyczne. Pieniądże trafiają do grup, które potrafią je wywalczyć, a nie tam, gdzie są najbardziej potrzebne. Jeśli miałbym doradzać, w co w polskiej ochronie zainwestować w pierwszej kolejności, odpowiedziałbym: w system zbierania danych, przepływu informacji, raportowania, w opracowanie analiz i planów, bo dzięki nim będziemy mogli oszczędzić już w najbliższej przyszłości setki milionów złotych. O wiele prostsze jest przewidzenie, w jakie gałęzie medycyny inwestować. Tu kierunki mamy światowe: kardiologia inwazyjna i onkologia. Schorzenia leczone w ramach tych dwóch specjalności to największy zabójcy XXI wieku, a stopa zwrotu inwestycji też będzie największa – nie tylko pod względem ekonomicznym, ale i społecznym. Poważne inwestycje w kardiologię inwazyjną trwają w Polsce od pięciu lat, w onkologię dopiero się zaczynają. I to słuszny kierunek.

coraz bardziej otwartego rynku europejskiego. Kolejne trudności to koszty serwisu, bezpieczeństwo informatyczne i wyposażenie w nowoczesny, stacjonarny i przenośny sprzęt komputerowy. Na temat informatyzacji publikowanych jest wiele artykułów, należy jednak podkreślić, że ceny licencji są już u nas na poziomie średniej europejskiej, a ceny sprzętu komputerowego wyższe niż w Stanach Zjednoczonych.



foto: Archiwum

## Maciej Murkowski

Wydział Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego

Mamy krótką kołdrę – niedostatek pieniędzy, dlatego w pierwszej kolejności powinniśmy zadbać o to, by te pieniądze wydawać w sposób jak najbardziej racjonalny. To oznacza, że musimy zacząć od zainwestowania adekwatnych pieniędzy w opracowanie rozsądnej strategii budowy systemu ochrony zdrowia. Zastawiam się, czy to jest możliwe i jak to osiągnąć. Zgadzam się z zarzutami dotyczącymi marnotrawstwa w polskiej ochronie zdrowia, złego rozmieszczenia i zagospodarowania sprzętu w szpitalach lokalnych. Ale zauważam też, że taka polityka nie bierze się znikąd. Gołym okiem widać, że w naszej ochronie zdrowia „im wyżej, tym gorzej”. Co oznacza, że im wyższa referencyjność placówki, tym większe marnotrawstwo, tym trudniejszy dostęp. I dobre przykłady profesorów Rużyłty i Skarżyńskiego nie zmienią tej wydawanej przez rynek, wymiernej, przeciętnej oceny. Nie dziwię się więc, że lokalni menedżerowie starają się zapewnić jak największy zakres opieki – we własnym (nomen omen) zakresie, czasem pozwalając sobie na przepłacanie. Będzie tak, dopóki powiatowi menedżerowie nie zaczną ufać szpitalom wojewódzkim czy instytutom ogólnokrajowym, że te są przygotowane do opieki nad pacjentami z rządzonych przez nich powiatów. A dziś – często nie są przygotowane. By to zaufanie zyskać, potrzebna jest strategia, ogólnopolski plan. Inwestycja w taki plan zapewni największą stopę zwrotu. Z medycznego punktu widzenia najbardziej potrzebujemy dziś inwestycji w diagnostykę, oddziały intensywnej terapii, bloki operacyjne. Z ekonomicznego i społecznego punktu widzenia – odpowiedniej alokacji tych inwestycji.

### Obszary pomocnicze

Dużymi wyzwaniem dla naszych szpitali są marketing i promocja. W miarę tworzenia się większej liczby spółek i wzrostu konkurencji o kontrakty konieczne będzie coraz bardziej profesjonalne działanie w tym zakresie. Przy okazji likwidacji tworców o nazwach SPZOZ i NZOZ trzeba będzie znowu zainwestować w najważniejsze narzędzie biurokracji w polskim szpitalu, czyli pieczętkę, a raczej w wiele pieczętek. W imię normalizacji, aby szpital nazywał się szpitalem, a nie SPZOZ-em czy NZOZ-em, konieczne będą inwestycje w nowe szyldy i napisy, a my jesteśmy pod względem nazewnictwa przeczuleni. Inne sfery wymagające inwestycji to wszelaka działalność związana z obsługą pozamedyczną pacjenta, jak sprzątanie i żywienie, oraz ochrona. Coraz powszechniejszy jest *outsourcing*. Inwestycje w tym zakresie placówki często cedują na podwykonawców, ale przecież w wielu miejscach wyzwaniem będzie podjęcie decyzji, czy korzystniejszy jest *outsourcing* czy możliwość wzrostu przychodów z działalności pomocniczej, np. poprzez inwestycję we własną kuchnię bądź pralnię. Jednym z obszarów pomocniczych, który będzie wymagał sporych nakładów, jest tzw. zarządzanie kryzysowe i zarządzanie ryzykiem. Omówienie spraw z tym związanych to materiał na osobny artykuł.

### Hospital Management

Niniejsza publikacja miała na celu zasygnalizowanie i omówienie wybranych wyzwań inwestycyjnych stojących przed polskimi szpitalami w najbliższym okresie. Tematyce tej będzie poświęcona tegoroczna V Międzynarodowa Konferencja *Hospital Management: Wyzwania 2011* organizowana przez wydawcę „Menedżera Zdrowia” po raz kolejny pod auspicjami Europejskiego Stowarzyszenia Dyrektorów Medycznych, tym razem we współpracy z European Hospital and Healthcare Federation oraz pod patronatem Akademii Leona Koźmińskiego. Jako pomysłodawca konferencji oraz szef rady programowej serdecznie zapraszam wszystkich Czytelników do udziału w tym wydarzeniu. Z rekomendacji Rady Gubernatorów European Hospital and Healthcare Federation i przy wsparciu zarządu tej liczącej się w Europie organizacji, do której Polska – jako jedyny kraj UE – nie należy, planowane jest spotkanie w sprawie projektu utworzenia narodowej federacji szpitali. Utworzenie federacji, współpraca ze szpitalnymi organizacjami europejskimi oraz międzynarodowymi pomoże skuteczniej wpływać na zwiększenie inwestycji i na rozwój szpitali w naszym kraju. Aktualne wiadomości o konferencji są zamieszczane regularnie na portalu *Termedii*, portalu ESMD oraz na łamach „Menedżera Zdrowia”.

Jarostaw J. Fedorowski

Autor jest prezesem Europejskiego Stowarzyszenia Dyrektorów Medycznych, profesorem Akademii Leona Koźmińskiego i wiceprzewodniczącym Rady Nadzorczej Szpitali Polskich SA