



Zbudujmy sobie szpital XXI wieku

Fot. gettyimages.com/Derek Bacon

Brak realistycznej oceny potrzeb medycznych przy podejmowaniu decyzji o budowie lub rozbudowie szpitala, projektowanie na przyszłość bez należytej oceny skutków finansowych i bez rozpoznania potrzeb rynku zdrowia, brak zwyczaju angażowania firm konsultingowych i tworzenia biznesplanów, a przede wszystkim brak zwyczaju angażowania doświadczonych w projektowaniu szpitali architektów na etapie realizacji koncepcji architektonicznej inwestycji – to tylko niektóre z błędów popełnianych podczas procesów inwestycyjnych w ochronie zdrowia.

Niezaprzeczalnym faktem jest, że żyjemy w świecie ograniczonych zasobów i nieograniczonych potrzeb ludzkich. Ekonomia jest nauką, która m.in. bada zależność między potrzebami a dostępnymi środkami do ich zaspokajania. Posiadane zasoby mają nam służyć do zaspokajania potrzeb, jednak z racji ich ograniczonej w codziennym życiu musimy dokonywać ciągłych wyborów, które z naszych potrzeb są najbardziej palące.

Jest to szczególnie widoczne na rynku ochrony zdrowia. Potrzeby zdrowotne niemal każdego społeczeństwa są praktycznie nieograniczone, a środki, jakie mogą być przeznaczone na ich zaspokojenie – przeciwnie.

W okresie głośnej debaty, a wręcz heroicznej walki lekarzy rezydentów o wzrost wydatków na ochronę zdrowia w Polsce do poziomu 6,8% PKB (na dzień złożenia artykułu do redakcji „Menedżera Zdrowia”, czyli 17 października 2017 r., sytuacja wygląda tak,

że młodzi lekarze domagają się wzrostu finansowania ochrony zdrowia do poziomu 6,8% PKB w trzy lata, z drogą dojścia do 9% PKB przez najbliższe dziesięć lat, chcą też zmniejszenia biurokracji, skrócenia kolejek, zwiększenia liczby pracowników medycznych, poprawy warunków pracy i podwyższenia wynagrodzeń) należy podkreślić, że oszczędna i świadoma gospodarka finansowa jest równie ważna jak zwiększenie środków na finansowanie ochrony zdrowia.

Kilka definicji

Miarą oszczędnej i świadomej gospodarki finansowej jest jej efektywność. W literaturze przedmiotu istnieje wiele definicji efektywności. Najczęściej jest ona definiowana jako ocena działalności podmiotu stanowiąca relację osiągniętych efektów do poniesionych nakładów. Pod pojęciem osiągniętych efektów kryje się zarówno

„Moment rozpoczęcia rozbudowy lub przebudowy szpitala bardzo często jest początkiem jego problemów finansowych”

efektywność finansowa, jak i – szczególnie istotna w przypadku ochrony zdrowia – efektywność jakościowa, czyli skuteczność leczenia. Amerykańskie Narodowe Forum Jakości (*National Quality Forum*) efektywność opieki medycznej definiuje jako „miarę kosztów składających się na opiekę lub nakłady wykorzystane do uzyskania określonego jej poziomu”.

Jednym z istotnych jej elementów jest tzw. efektywność alokacyjna, która dotyczy decyzji, na jakie cele (w tym gdzie zlokalizowane) wydawać posiadane, lecz ograniczone środki. Inaczej mówiąc, efektywność alokacyjna to zagadnienie związane z dokonywaniem wyborów oraz skuteczną polityką, która zminimalizuje negatywne efekty niedoboru środków finansowych.

Na efektywność alokacyjną w ochronie zdrowia ogromny wpływ ma zagadnienie selektywnego i planowego rozwoju infrastruktury medycznej. Niestety z doświadczenia wiemy, że inwestycje w ochronie zdrowia często traktowane są przez przedstawicieli samorządów (będących organami tworzącymi szpitale) jako działania polityczno-populistyczne, mające na celu przede wszystkim budowanie wizerunku lokalnego polityka czy formacji politycznej, a przez dyrektorów szpitali jako spełnienie ich megalomańskich ambicji, a nie działania mające na celu wyłącznie poprawę sytuacji ochrony zdrowia w regionie.

W związku z powyższym moment rozpoczęcia budowy nowej placówki, rozbudowy lub przebudowy już istniejącej bardzo często jest początkiem problemów finansowych szpitali (a niekiedy również organu tworzącego).

Potrzeby inwestycyjne

Potrzeby inwestycyjne szpitali wynikają z jednej strony z konieczności dostosowania budynków i pomieszczeń, w których prowadzą one działalność leczniczą, do przepisów Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. z 2012 r. poz. 739) oraz do wymagań związanych z ochroną przeciwpożarową budynków, a z drugiej – z konieczności przeprowadzenia inwestycji odtworzeniowych (remonty budynków, ich urządzeń i wyposażenia).

Podczas organizowanej przez redakcję „Menedżera Zdrowia” konferencji „Wizja zdrowia – diagnoza i przyszłość” z ust przedstawiciela Ministerstwa Zdrowia padła zapowiedź odstąpienia od konieczności spełniania przez podmioty lecznicze wymagań określonych w przywołanym rozporządzeniu (termin dostosowania miał upłynąć z końcem bieżącego roku). Jeśli powyższa deklaracja znajdzie potwierdzenie w faktach, to podmioty, które spełniły już te wymagania, zostaną niejako ukarane za swoją rzetelność i punktualną realizację wytycznych resortu, albowiem poniosły już nierzadko wysokie koszty inwestycyjne związane z pracami dostosowawczymi, których teraz nikt od nich nie będzie wymagał. Nie pierwszy raz okaże się, że w naszym systemie ochrony zdrowia nie warto być nadgorliwym. Smutna to konstatacja – aż ciśnie się na myśl piosenka dla małych dzieci: „Jawor, jawor, jaworowi ludzie, co wy tu robicie? Budujemy mosty dla pana starosty. Tysiąc koni przepuszczamy, a jednego zatrzymamy”. Może w kontekście zapoczątkowanej ostatnio dyskusji o kolejnym oddłużeniu podmiotów leczniczych warto poważnie rozważyć oddłużenie w pierwszej kolejności tych szpitali, które podjęły trud dostosowania do wymogów przywołanego powyżej rozporządzenia, i objąć nim tylko zobowiązania związane z przeprowadzonymi inwestycjami dostosowawczymi. W tym miejscu należy zwrócić uwagę, że stan infrastruktury technicznej – ale nie tylko jej – w wielu szpitalach zagraża zdrowiu i bezpieczeństwu pacjentów. Szpitale takie powinny być w trybie pilnym dostosowane do aktualnych wymagań technicznych i sanitarnych albo wyłączone z eksploatacji. Dlatego odstąpienie od konieczności spełniania przez budynki i pomieszczenia, w których prowadzona jest działalność lecznicza, określonych w rozporządzeniu wymagań byłoby poważnym błędem i na pewno nie wpłynie pozytywnie ani na jakość świadczonych usług zdrowotnych, ani na bezpieczeństwo pacjentów.

Poprawę efektywności inwestycji w ochronie zdrowia można osiągnąć poprzez:

- optymalizację liczby niezbędnych inwestycji w wyniku właściwej organizacji rynku ochrony zdrowia,
- zoptymalizowanie wielkości konkretnej inwestycji celem osiągnięcia jak najwyższej wydajności funkcjonalnej danej placówki oraz jak najlepszego stosunku poniesionych kosztów do uzyskanych korzyści, czyli zaprojektowanie inwestycji na miarę możliwości przychodowych budowanej (rozbudowywanej) placówki.

Optymalizacja liczby niezbędnych inwestycji w ochronie zdrowia jako rezultat (funkcja) właściwej organizacji rynku ochrony zdrowia może być zależna tylko od decyzji podejmowanych na szczeblu rządowym, a następnie wdrażanych przez Ministerstwo Zdrowia.

Przeanalizujmy, co w ostatnich latach zrobił rząd, żeby poprawić efektywność inwestycji w ochronie zdrowia i w jakim stopniu te działania wpłynęły lub mogą wpłynąć na jej poprawę.

Co zrobiło Ministerstwo?

Ministerstwo Zdrowia, na podstawie nowelizacji Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2004 r. Nr 210 poz. 2135) wraz z późniejszymi zmianami (t.j.: Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 19 października 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – Dz.U. z 2016 r. poz. 1793) oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2015 r. w sprawie zakresu treści map potrzeb zdrowotnych (Dz.U. z 2015 r. poz. 458), opracowało „mapy potrzeb zdrowotnych”, czyli narzędzie analityczne przedstawiające aktualny obraz ochrony zdrowia (również w obszarze infrastruktury) oraz trendy demograficzne i epidemiologiczne, mające za zadanie wspieranie decyzji zarządczych (w tym w obszarze inwestycyjnym) w ochronie zdrowia.

Narzędziem nadzoru nad przeprowadzanymi w ochronie zdrowia inwestycjami miały być – wprowadzone Ustawą z dnia 21 lipca 2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2016 r. poz. 1355) – zasady oceny inwestycji w ochronie zdrowia (tzw. IOWISZ). Jednak zaproponowany w rozporządzeniu zestaw mierników oceny inwestycji razi brakiem ekonomicznych kryteriów oceny opłacalności inwestycji i nie ma nic wspólnego z obowiązującymi na rynku standardami oceny inwestycji, takimi jak studium opłacalności inwestycji. Jedynym „ekonomicznym” kryterium oceny inwestycji jest „uzasadnienie kosztu realizacji inwestycji w porównaniu do podobnych realizowanych inwestycji albo podobnych zrealizowanych inwestycji”. Tak ustalone kryterium nie bierze jednak pod uwagę faktu, że te zrealizowane lub realizowane inwestycje mogły nie mieć nic wspólnego z racjonalizacją i optymalizacją kosztów, z czym zresztą często mamy do czynienia na naszym rynku ochrony zdrowia.

Kolejnym elementem zmian zaproponowanych przez Ministerstwo Zdrowia jest Ustawa z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2017 r. poz. 844), tworząca system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (tzw. sieć szpitali). Niestety ostateczna treść rozporządzenia o sieci szpitali nie ma nic wspólnego z pierwotnymi celami jej wprowadzenia, czyli stworzeniem optymalnej sieci szpitali odpowiadającej faktycznym potrzebom zdrowotnym wynikającym z uprzednio opracowanych map potrzeb zdrowotnych.

Jak należałoby to zrobić?

Gdyby na bazie rzetelnie opracowanych – na poziomie każdego województwa, a nie całego kraju – map



Fot. © iStockphoto.com

„Każda inwestycja powinna być poprzedzona opracowaniem sztygotego na miarę programu medycznego szpitala”

potrzeb zdrowotnych została stworzona sieć szpitali odpowiadająca faktycznym potrzebom zdrowotnym wynikającym z ich opracowania i dla tak stworzonej sieci szpitali zostałby opracowany „sieciowy” plan inwestycyjny, mielibyśmy do czynienia z efektywnością alokacyjną.

Podstawowym zarzutem wobec powstałego systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej jest zbyt duża liczba szpitali (prawie wszystkie publiczne) zakwalifikowanych do sieci (głównie ze względu na obawy rządzących przed niezadowolaniem elektoratu), a podstawowym problemem polskiego rynku szpitalnego jest zbyt duża liczba szpitali w przeliczeniu na liczbę mieszkańców. W Polsce wskaźnik ten wynosi jeden szpital na 50 tys. mieszkańców, a w krajach, w których sprawnie (a często wręcz wzorcowo, tak jak w Holandii) funkcjonuje system ochrony zdrowia, jeden szpital przypada na 200–250 tys. mieszkańców. Tylko takie przeorganizowanie rynku szpitalnego, aby jeden na 3–4 dzisiejsze szpitale (powiatowe i były wojewódzkie) był szpitalem regionalnym, posiadającym profile zabiegowe (z blokiem operacyjnym i pozostałymi komórkami organizacyjnymi niezbędnymi w przypadku posiadania profili zabiegowych), a pozostałe 2–3 były szpitalami wyłącznie o profilach zachowawczych (z 24-godzinnym ambulatorium internistycznym i chirurgicznym, nocną i świąteczną opieką zdrowotną, zespołem poradni specjalistycznych i diagnostyką laboratoryjną oraz pracownią RTG), znacznie ograniczyłoby koszty inwestycji (bloki operacyjne, oddziały anestezjologii i intensywnej terapii oraz inne komórki pomocnicze związane z oddziałami

„Koncepcja architektoniczna to najistotniejszy etap prac projektowych, który determinuje wszystkie dalsze etapy, a finalnie również przebieg inwestycji”

zabiegowymi są najdroższymi elementami szpitali). Umożliwiłoby to dodatkowo zwiększenie przychodów tak skonsolidowanych oddziałów zabiegowych (dzisiaj poszatkowanych na lokalizację niemal w każdym powiecie, co nie pozwala na osiągnięcie rentowności) oraz rozwiązałyby problem dostępności i kosztów kadry lekarskiej.

Początek problemów

Jak już wspomnieliśmy, moment rozpoczęcia rozbudowy lub przebudowy szpitala bardzo często jest początkiem problemów finansowych. Przyczyną jest przewymiarowanie inwestycji w stosunku do realnych możliwości przychodowych szpitala, czyli do wielkości możliwych do pozyskania pieniędzy publicznych na realizację świadczeń medycznych. Zoptymalizowanie wielkości inwestycji w celu osiągnięcia jak najwyższej wydajności funkcjonalnej placówki oraz uzyskania jak najlepszego wskaźnika stosunku kosztów do korzyści, czyli zaprojektowanie inwestycji na miarę możliwości przychodowych budowanej (rozbudowywanej) placówki, powinno być jednym z najważniejszych elementów jej projektowania.

Z tego powodu każda inwestycja powinna być poprzedzona opracowaniem sztytu na miarę programu medycznego szpitala, definiowanego jako wykaz obszarów planowanej działalności w określonym przedziale czasowym, z uwzględnieniem listy oraz wielkości niezbędnych komórek organizacyjnych, jakie powinny funkcjonować w szpitalu w celu optymalnej realizacji planowanego zakresu świadczeń leczniczych. Przy opracowaniu optymalnego programu medycznego powinno się brać pod uwagę szereg parametrów (wskaźników) charakteryzujących każdą szpitalną komórkę organizacyjną (jest to zazwyczaj ok. 30 ściśle określonych parametrów).

Dopiero po opracowaniu optymalnego programu medycznego można przejść do procesu projektowania, a właściwie do jego najważniejszego etapu – wykonania koncepcji architektonicznej. Osoby odpowiedzialne za inwestycje szpitalne powinny zatrudniać najlepszych fachowców w branży, posiadających duże doświadczenie w projektowaniu szpitali. Prawidłowo wykonana

koncepcja architektoniczna – a na jej podstawie również projekt technologiczny – z jednej strony będzie gwarantem realizacji optymalnej i efektywnej inwestycji, a z drugiej obniży koszty wykonania projektu budowlanego i wykonawczego. Bezpiecznym i zalecanym w tym przypadku rozwiązaniem może być realizacja projektu w formule „zaprojektuj i zbuduj”.

Jak projektować?

Koncepcja architektoniczna – najistotniejszy etap prac projektowych, który determinuje wszystkie dalsze etapy, a finalnie również przebieg inwestycji – niestety, w polskich warunkach zazwyczaj jest niedoceniana i wykonywana przez nieodpowiednie osoby. Taka praktyka utarła się w wyniku działania ustawy Prawo zamówień publicznych oraz braku świadomości zarówno zamawiających, jak i wykonawców. Po rozstrzygnięciu przetargu nie ma już szans na dywagacje, co jest lepsze, a co gorsze i dlatego, bowiem strony są związane terminami i nikomu nie zależy na „zbędnych komplikacjach”. Tymczasem są one jedynym sposobem na dopracowanie projektu zgodnie z potrzebami zamawiającego. Etapy przygotowania projektu funkcjonalno-użytkowego (PFU) i specyfikacji istotnych warunków zamówienia (SIWZ) również są skracane z powodów proceduralnych i napiętego kalendarza, który zazwyczaj jest dostosowany do potrzeb budżetowania i rozliczania roku.

Wstępny i najważniejszy etap prac projektowych można podzielić na trzy części:

- dokładna inwentaryzacja budowlana i funkcjonalna – o ile w zakresie budowlanym inwentaryzacja jest na ogół prawidłowa, o tyle w zakresie funkcjonalnym jest to znacznie częściej niedokładne, a wręcz niejednoznaczne, ponieważ działy techniczne zwykle nie znają wszystkich procesów zachodzących wewnątrz szpitala, a część z nich ma wręcz charakter nawyków poszczególnych pracowników lub pozostałości organizacyjnych po poprzednich rozwiązaniach, więc nie ma możliwości ich prawidłowego opisu ani wskazania pomieszczeń do nich przypisanych;
- analiza potrzeb funkcjonalnych szpitala w formie programu medycznego – jest to luksus, z którym projektanci spotykają się bardzo rzadko, a bez tego kluczowego elementu nie mają szansy na prawidłowe wykonanie swojej pracy, bo zamiast na prawdziwym obrazie potrzeb szpitala muszą się opierać na „koncercie życzeń” często sprzecznych ze sobą, a zgłaszanych przez różne komórki organizacyjne szpitala oddzielnie i bez wzajemnych konsultacji,
- projekt koncepcyjny i technologiczny – celowo łączymy tutaj te dwie fazy, ponieważ w naszej opinii tak te elementy prac projektowych powinny być wykonywane. Zespół doświadczonych projektantów i rzeczoznawców ma szansę wypracować wówczas optymalne rozwiązania, które mogą zaoszczędzić dużo czasu



Fot. © iStockphoto.com

i pieniędzy na etapie inwestycji i eksploatacji, a także przyczynić się – poprzez dogłębne rozumienie procesów – do zmniejszenia liczby zdarzeń niepożądanych i błędów podczas późniejszej eksploatacji szpitala.

Opisane powyżej elementy wskazują jednoznacznie, że zamiast skupiać się na wyborze twórcy projektu budowlanego i wykonawczego wyłanianego w przetargu publicznym – na co szpital ma niewielki wpływ, bo zazwyczaj wygrywa najtańsza oferta – powinniśmy dążyć do wyboru bardzo doświadczonego wykonawcy etapu przygotowawczego poprzedzającego przetarg.

Powinien to być doświadczony, interdyscyplinarny zespół (w skład którego powinien wchodzić również rzeczoznawca ds. ochrony przeciwpożarowej), ponieważ to na tym etapie jest szansa na przeprowadzenie w razie potrzeby dodatkowych ekspertyz, rozmowy z personelem i wreszcie wykonanie analizy potrzeb, a w jej wyniku – w kolejnym etapie – koncepcji architektonicznej i technologicznej. Bardzo ważne jest, aby personel szpitala wskazywał swoje potrzeby, a nie sposób ich zaspokojenia, bo rozwiązania architektoniczne dostosowywane są do zmieniających się wymogów technologii i prawa, więc ewoluują w sposób ciągły.

Wyłącznie opisana powyżej kolejność – bez pominięcia któregoś z trzech wymienionych etapów

– może doprowadzić do znacznego podwyższenia jakości wykonywanych inwestycji, a w konsekwencji do lepszego i bezpieczniejszego leczenia w polskiej służbie zdrowia.

Podsumowując, należy stwierdzić, że wielkim niebezpieczeństwem polskiej medycyny publicznej jest wyłanianie projektantów szpitali w przetargu, gdzie jedynym kryterium wyboru jest najniższa cena. Do projektowania szpitali nie są potrzebne żadne specjalistyczne uprawnienia, dlatego takie przetargi wygrywane są najczęściej przez osoby niemające wystarczającej wiedzy o projektowaniu szpitali. Prowadzi to do patologii, a rezultatem takich działań są budynki szpitalne koszmarne drogie zarówno w wykonaniu, jak i w użytkowaniu, pełne błędów funkcjonalnych i technicznych, z którymi właściciele i operatorzy muszą męczyć się latami.

Krzysztof Czerkas, Piotr Magdziarz, Michał Hess

Krzysztof Czerkas jest członkiem Rady Naczelnej Polskiej Federacji Szpitali oraz ekspertem Formedis Medical Management and Consulting oraz Wyższej Szkoły Bankowej.

Piotr Magdziarz jest partnerem zarządzającym Formedis Medical Management and Consulting.

Michał Hess jest architektem i partnerem zarządzającym w Formedis Design.