

Potrzeby inwestycyjne publicznej służby zdrowia



Fot. © iStockphoto.com

Od przypadku do przypadku

W każdym regionie Polski są szpitale, które bardziej lub mniej potrzebują doinwestowania. W umowach z NFZ nie ma przewidzianych środków na inwestycje czy nowe technologie – i to się nie zmieni także przy nowym sposobie finansowania ryczałtowego. Sytuacja ta zmusza zarządzających i ich organy nadzorcze do poszukiwania innych źródeł realizacji potrzeb inwestycyjnych.

A jest ich sporo, zważywszy na fakt, że od lat w żadnym województwie nie ma spójnej polityki inwestycyjnej dla wszystkich podmiotów (bez względu na rodzaj organu tworzącego) ani centralnej strategii przeznaczania określonych pieniędzy na budowę, przebudowę, modernizację czy zakupy nowych środków trwałych.

Skąd ten chaos?

Ministerstwo Zdrowia co roku tworzy programy przeznaczone do pracy z wykorzystaniem konkretnej aparatury medycznej, a fundacje i stowarzyszenia przekazują w formie darowizny różny sprzęt – ale to nie jest wystarczające. W niektórych częściach Polski budynki szpitalne mają ponad sto lat, a aparatura i sprzęt zakupione zostały w poprzednim wieku. Szpitale, aby nie stracić kontraktu z NFZ i nie przegapić szansy, składają wnioski o tę pomoc, nie zawsze kierując się faktyczną potrzebą. Często wynika to z łapania okazji lub presji organu nadzorującego czy personelu danego oddziału. Kiedy jest wiele potrzeb, a szpital duży, trudno określić tę jedną, jedyną, najważniejszą, która może otrzymać dofinansowanie.

Działanie bez planu

Powyższe działanie nie ma nic wspólnego z właściwym postępowaniem przy zapotrzebowaniu inwestycyjnym, bo nie jest to wcześniej planowane. Jest działaniem *ad hoc* – bierzemy to, co nam sfinansują lub czego wymaga NFZ. Trochę lepiej jest przy budowie lub modernizacji szpitala, choć i tu największym problemem pozostaje źródło finansowania. Nie ma zbyt wielu możliwości, bo oprócz środków z budżetów: państwa i samorządu, przy dobrej kondycji finansowej szpitala można jeszcze starać się o kredyt bankowy. I na tym opcje finansowania się kończą. Często też na ostateczną zgodę na rozpoczęcie inwestycji czeka się wiele lat, nie mając gwarancji, czy później, w trakcie budowy, finansowanie nie zostanie wstrzymane. Dalej cały proces przebiega tak jak w każdej innej branży: od określenia koncepcji i wizualizacji inwestycji, poprzez studium wykonalności, analizę ryzyka inwestycji, opracowanie budżetu i dokumentacji projektowej, uzyskanie odpowiednich pozwoleń, wybór wykonawców inwestycji i dostawców wyposażenia, sprzętu i aparatury oraz nadzór nad realizacją robót budowlano-montażowych aż do zakończenia budowy, uruchomienia nowego obiektu i rozliczenia inwestycji.

Analiza efektywności

Przy inwestycjach realizowanych przez prywatne podmioty najważniejszym elementem jest analiza efektywności finansowej, stanowiąca narzędzie procesu planowania i realizacji przedsięwzięcia inwesty-

„ W niektórych częściach Polski budynki szpitalne mają ponad sto lat, a aparatura i sprzęt zakupione zostały w poprzednim wieku ”

cyjnego. Wskazuje ona jednoznacznie, czy inwestycja jest rentowna, znajduje się na granicy opłacalności, czy też powinno się ją odrzucić, ponieważ nie przyniesie w przyszłości zwrotu poniesionych nakładów. Dla publicznych podmiotów służby zdrowia stosowane narzędzie analizy efektywności nie ma warunku koniecznego – zwrotu z inwestycji, ale powinno wskazywać korzyści dla pacjentów w postaci realizowania lepszej jakości świadczeń medycznych.

Szpitale publiczne powinny w sposób ciągły wymieniać zużyty sprzęt i aparaturę, a budynki szpi-

„ Dobrym rozwiązaniem byłoby stworzenie wieloletnich planów inwestycyjnych w każdym województwie ”

talne dostosować do wymogów unijnych. Ponadto stosowanie innowacyjnych metod leczenia sprawia, że zapotrzebowanie na kapitał w służbie zdrowia będzie rosło. Dobrym rozwiązaniem byłoby więc stworzenie wieloletnich planów inwestycyjnych w każdym województwie – zarówno w zakresie zakupów aparatury i sprzętu, jak i tych budowlanych – na podstawie map potrzeb zdrowotnych i faktycznych potrzeb szpitala, z zabezpieczeniem ich finansowania w budżecie danego województwa.

Brak zaplanowanych odpowiednich środków finansowych na leczenie, ale również na infrastrukturę i sprzęt będzie stale wywoływał dylematy zarządzających szpitalami: „przyjmujemy, co dają, czy radzimy sobie jakoś i reanimujemy stare”.

Ewa Książek-Bator
Autorka jest członkiem zarządu Polskiej Federacji Szpitali.