

LISTA NAJWIĘKSZYCH SZPITALI

Perspektywami



” Zbyszek 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 nie-standardowe projekty.



” Marek Wójcik
Okolo połowy szpitali powinno w ciągu 10-15 lat przejść gruntowną modernizację, a nawet zburzyć istniejące budynki.

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 Ziemiak: 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 wykorzystać 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 recepcji, 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, 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, za ile i z jakich środków realizować projekty. W poprzedniej perspektywie zasadnicza 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 przemyślanych, stabilnych regulacji. W naszym kraju rzeczywiście odczuwamy niedobór ustaleń kierunkowych w tej dziedzinie, jednolitej polityki cyfryzacji ochrony zdrowia.

Nie można odmówić innowacyjności wybranym przedsięwzięciom 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

216

► Tyle placówek z naszego rankingu największych szpitali osiągnęło w roku 2014 dodatki wynik finansowy...

149

► ...a tyle poniosło straty.

naturalna potrzeba ujednoczenia 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.

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 najkorzystniejszej, gdy decyduje wyważone połączenie ceny z wiarygodnością i jakością. Myślę, że szpitale do tej zmiany dojrzejają, tak jak dojrzejają do 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 ograniczające 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 ponosić koszty, które nie są rekompensowane wysokością kontraktu z NFZ.

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

Robert Mołdach: Rzeczywiście, z jednej strony mamy nadregulację, a z drugiej pewne obszary są niedoregulowane, np. gdy zgodnie z prawem, ale nie rozsądkiem, 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 oczywiste 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 w dłuższej perspektywie, 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 Mołdach: 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



” Robert Mołdach
Oczekiwałbym od nowego regulatora, że nie będzie dla zasady blokował rozwoju inwestycji prywatnych, ale będzie eliminował oczywiste 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.