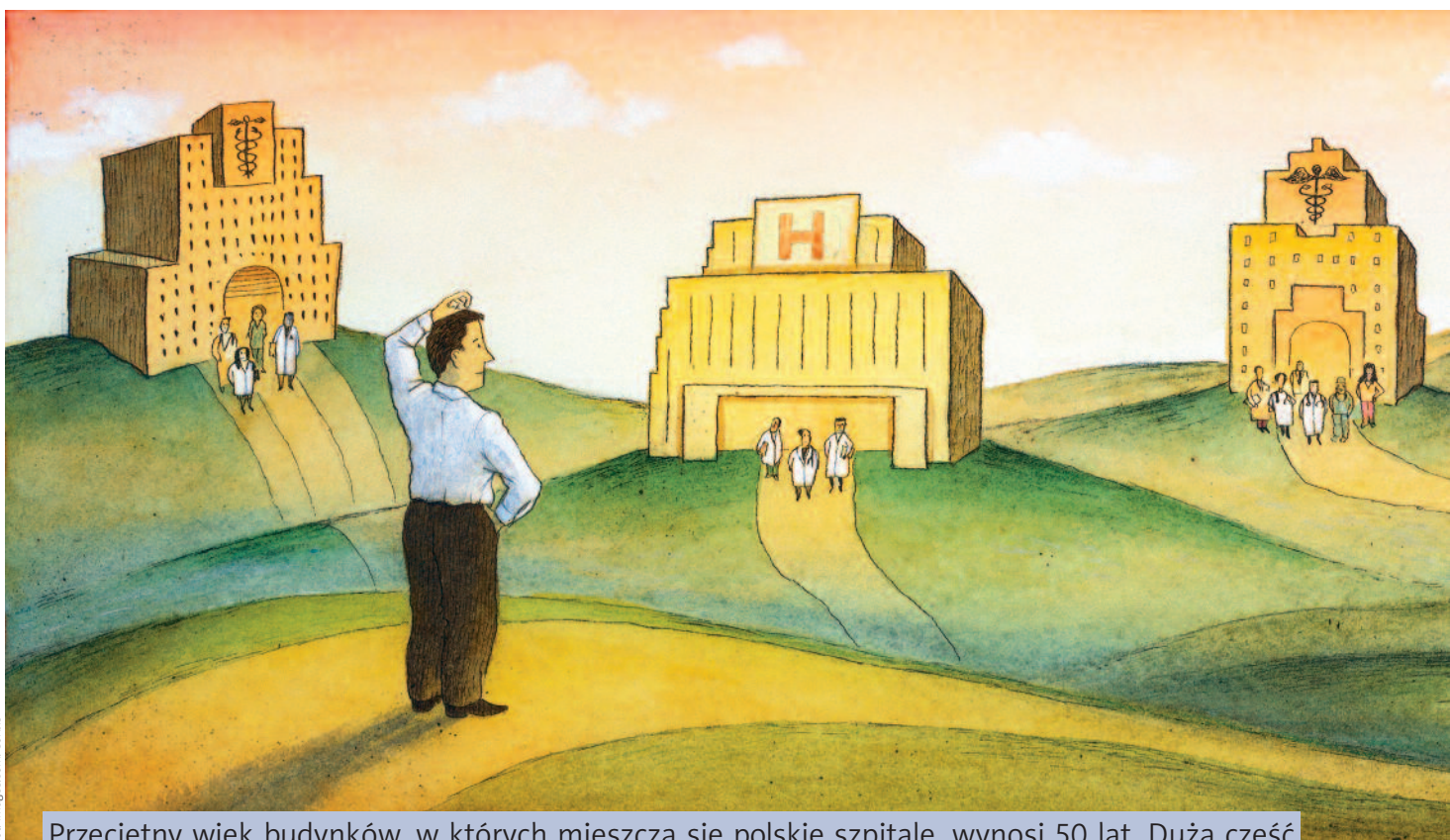


Cykl życia inwestycji

Krótkowzroczny traci dwa razy



for. images.com/Corbis

Przeciętny wiek budynków, w których mieszczą się polskie szpitale, wynosi 50 lat. Duża część placówek ma nieuregulowaną sytuację majątkową – wobec ich gruntów i nieruchomości wysuwane są rozmaite roszczenia lub są one po prostu czasowo dzierżawione i kiedyś będzie trzeba je przekazać właścicielowi. Często tym właścicielem jest zgromadzenie kościelne, które w pewnym momencie może już nie być zainteresowane przedłużaniem umów najmu.

Najnowszy szpital w Wielkopolsce, oddany do użytku w ubiegłym roku, budowany był od 1982 r., czyli – bagatela – 28 lat. Kiedy porównujemy kondycję nieruchomości w publicznym szpitalnictwie z innymi krajami Europy lub chociaż innymi sektorami gospodarki, pojawia się zatrważające pytanie: czy ktoś zapomniał o szpitalach?

Upośledzone zarządzanie

Regulacje miłośnicie nam panujących ministrów zdrowia ingerujące w zarządzanie publicznymi szpita-

łami dotyczą niemal wszystkich zasobów tych jednostek z wyjątkiem ich... nieruchomości. Od początku reform, przed 1999 r., to właśnie nieuregulowana sytuacja majątkowa tych placówek była najpoważniejszą barierą utrudniającą pełne usamodzielnienie, co stało się przesłanką do powołania do życia przejściowej protezy prawnej – SPZOZ. Minęło od tego czasu 12 lat i mam wrażenie, że odgórnie łatwiej reguluje się indywidualną politykę kadrową (*vide*: ustawa 203 i wedłowska), co z pewnością powinno pozostawać w gestii kierowników szpitali, a nie rozwiązuje się pro-

blemu odpowiedzialności za olbrzymie niedoinwestowanie placówek.

Zaraz za tym stwierdzeniem rodzą się kolejne mroczne problemy. Pojawiają się pytania: czy jest sens inwestować we wszystkie szpitale, czy trzeba wskazać odpowiedzialnego za odtwarzanie trwałego majątku, czy cena jednostkowa świadczenia zdrowotnego może eliminować koszty amortyzacji? Na jasne odpowiedzi czekam od 1999 r. i pewnie poczekam kolejnych kilka lat. Chcę jednak rozdrapać ten temat, by pokazać



nią prawdę i jeśli się uda, wywołać dyskusję. Może dlatego, że nie jest mi obojętne, w jakich warunkach będę reperowała niedomagania swojej, wydłużającej się statystycznie, starości.

Wiszący topór

Kierownicy wielkopolskich szpitali, których darzę wielkim szacunkiem, chwalą się, że tak bardzo dbają o wydatki swoich placówek, że od 10 lat nie kupili nawet krzesła. Nic dziwnego, że plan B w Wielkopolsce nie wypalił, tutaj nie ma wystarczająco dużych długów, dzięki którym dostalibyśmy premię za niegospodarność, mamy za to wyczerpane i niedoinwestowane szpitale.

W 2006 r. pojawiło się w naszym niezwykle zamożnym kraju rozporządzenie określające, jakie warunki muszą spełniać pomieszczenia zakładów opie-

ki zdrowotnej. Jeżeli w całej swojej surowości zostało ono przyjęte dosłownie w innych częściach Europy, wycięłoby w pień nawet nowoczesne, przeinwestowane brytyjskie trusty. My, Polacy, nie planujemy, my wiemy, że przyszłość będzie piękna i jeżeli nie dzisiaj, to za kilka lat znajdziemy te miliardy na dostosowanie szpitali do rozporządzenia.

Rozporządzenie spowodowało, że w każdej placówce przeprowadzono kosztowne audyty, nieprzemyślane szybkie remonty i skalkulowano, jak szybko szpital upadnie po zmniejszeniu liczby łóżek.

Tymczasem, jak się okazało, pierwotne rozporządzenie było tylko ostrzeżeniem naszej władzy, bo każda kolejna wersja zdaje się już zbliżać do rzeczywistości i oddala karzącą rękę w czasie.

Dzisiaj mamy kolejny projekt dużej ustawy, która rodzi kolejne lawiny pytań. Tak czy inaczej, rok 2012 przestał straszyć, rok 2016 daleko, a że oswoiliśmy się już z nieustannie mutującym rozporządzeniem, rozsądek podpowiada: lepiej nie wybiegać przed szereg i nie inwestować.

Strategia vs cieknący kaloryfer

Spotykając się z właścicielami i kierownikami szpitali, szukam zawsze nitek strategii, którymi podążają.

„ Rok 2012 przestał straszyć, rok 2016 daleko, a że oswoiliśmy się już z nieustannie mutującym rozporządzeniem, rozsądek podpowiada: lepiej nie wybiegać przed szereg i nie inwestować „

Pytam, jaki program medyczny chcą zmienić, w co zainwestować, jak sobie wyobrażają kolejne pięć czy dziesięć lat. Nie powinno to być dziwaczne pytanie dla osób zarządzających, często sprawnie i od wielu lat, jednostkami o obrotach przekraczających 100 mln zł. Tymczasem zawsze pytanie o wieloletnią strategię budzi tę samą reakcję – lawinę frustracji. Pojawiają się te same komentarze i narzekania na niestabilne prawo, politykę NFZ w „przydzielaniu” kontraktu, ograniczenia i zachowawczą postawę politycznie nastawionego właściciela, na brak pieniędzy idący za nedorzecznymi pomysłami ustawodawców (np. nasze ulubione ustawy podwyżkowe), wreszcie na niemożliwość wpływania na podaż, czyli na to, że jednostkom publicznym nie wolno leczyć komercyjnie. Jak to planować!? Właśnie dlatego menedżerowie tych dużych firm koncentrują uwagę na przesuwaniu kaloryfera

o 5 cm od ściany i sprawie w sądzie pracy, bo pani Marysia ma niezaspokojone roszczenie 203.

Nic trwałego

Ustawa o finansach publicznych w każdej kolejnej wersji zaostrza system kontroli planowania i wydatkowania pieniędzy publicznych. Wreszcie, w swojej ostatniej wersji, oprócz stworzenia narzędzia kontroli zarządczej, narzuciła konieczność opracowania m.in. minimum trzyletniej strategii i wykazywania jej suk-

„ Pytanie o wieloletnią strategię zawsze budzi tę samą reakcję – lawinę frustracji menedżerów „

cesywnej realizacji. Pochwalam. Wreszcie ktoś napisał, że właściciel i kierownik szpitala powinni wspólnie realizować racjonalny pomysł na przyszłość. Być może będzie to element spajający obie strony, właściciela i kierownika szpitala, często kierujące się innymi interesami i paraliżujące się wzajemnie.

Chcę podkreślić, że zapominając o wieloletnim planowaniu, przedłużamy chaotyczny bieg w wielu kierunkach. Nawet jeżeli jest on podyktowany racjonalnymi przesłankami na poziomie lokalnym, nie oznacza to, że z punktu widzenia polityki zdrowotnej kraju ma sens. Nawet jeżeli jest rozsądny teraz i rozwiązuje mały bieżący problem, nie oznacza to, że w perspektywie wyboru na kolejne 10 lat jest efektywny.

Od kołyski do kołyski, czyli C2C

Aktywiści z Greenpeace i innych zielonych stowarzyszeń kojarzyli mi się zawsze z młodzieńczą naiwnością i ideologiami, z których życie nas prędzej czy później wybudza. Długo też byłam skażona myśleniem, że nie stać nas na rozsądne, nowoczesne, oszczędne energetycznie technologie. Kiedy jednak ładnych kilka lat temu podczas wizyty w holenderskim szpitalu zostałam zawstydzona pytaniem o to, jak dbamy o *sustainability* w inwestycjach w ochronie zdrowia i nie miałam pojęcia, co odpowiedzieć, postanowiłam zgłębić temat. Okazuje się, że przy każdej nowej inwestycji w „starej” Europie podchodzi się z ogromną powagą do ekorozwoju czy zrównoważonego rozwoju (niestety, nie mamy w naszym języku jeszcze terminu odpowiadającego słowu *sustainability*). Od dawna każda publiczna i prywatna instytucja musi dysponować certyfikatami energetycznymi i technologii tworzonych w poszanowaniu filozofii *cradle to cradle* (C2C). C2C oznacza „od kołyski do

kołyski”, czyli czerp z naturalnych zasobów tak, by można było je w tej samej wielkości odtworzyć dla twojego dziecka. Jest to bardzo powszechne w Europie podejście do inwestycji. Każdy inwestor i każdy, kto szacuje koszt lub wartość inwestycji, rozpatruje konsumpcję energetyczną jako jeden z najistotniejszych jej walorów.

Dostrzegam w tym podejściu dwie największe zalety. Po pierwsze, kraj, żeby się rozwijać, musi myśleć w długiej perspektywie, bo czy chcemy sobie to uświadomić, czy nie, ostatni będą ekonomicznymi niewolnikami pierwszych, a po drugie, planowanie zakładające, że w przyszłości energia nie będzie tańsza, lecz droższa, jest z ekonomicznego punktu widzenia racjonalne.

Koszty

Nie tylko postawienie budynku kosztuje, jego wykorzystanie przez kolejnych 60 lat będzie też kosztowało. Myślenie o przyszłości inwestycji przejawia się w krajach zachodnich również w używanych narzędziach kalkulacji. Polscy właściciele szpitali przed przystąpieniem do inwestycji zastanawiają się, ile ich będzie kosztowało wybudowanie metra kwadratowego i mnożą tę kwotę przez liczbę pożądanego metrażu. Otrzymują jakąś wartość, o którą będą czynili starania, pukając do drzwi najpierw własnego skarbnika, a później ministrów zdrowia lub środowiska, w końcu do banków. Najpewniej każdy odpowie „nie”, bo budżety rządowe i samorządowe są coraz ciśniejsze, a w bankach nie mamy jeszcze analityków, którzy umowę z NFZ widzieli na oczy.

Holenderskie spółki medyczne (odpowiednik SPZOZ) działają w zupełnie inny sposób. Przed wszystkim, przystępując do budowy, rozbudowy czy modernizacji szpitala, tworzą rozległy lokalny *masterplan*. Podczas prac nad nim okazuje się, jaki będzie w najbliższych 10 latach optymalny program medyczny przyszłej placówki, jakie zasoby trzeba zgromadzić (personalne i techniczne) i kto jeszcze może przy tym współpracować. Ta ostatnia sprawa jest niezmiernie ważna, bo określa liczbę i profil partnerów, którzy staną się członkami grupy realizującej wspólny, czasami niezwykle złożony projekt. Partnerami są firmy medyczne i niemedyczne, dla których szpital jest atrakcyjnym partnerem, deweloperzy, lokalne władze, architekci, fundacje i wiele innych. Tak obudowany projekt, po pierwsze, ma większe szanse przetrwania turbulencji politycznych i sezonowości kadencji, a więc zmniejsza się ryzyko zaniechania działań po czterech latach, po drugie, partnerzy tworzą wzajemnie wspierającą się strukturę, bo np. koncesjonariuszowi przyszłego parkingu szpitalnego będzie zależało na powodzeniu innych aktywności w budynku, a właściciel *outsourcowanej* pralni również będzie bronił interesów swego przyszłego kontrahenta.

Grupa partnerska

Grupa partnerska pod nadzorem menedżera projektu pracuje nad wyborem optymalnej dla wszystkich inwestycji, ale nie optymalnej dziś, tylko w perspektywie 10, 20, 30 lat. Oznacza to, że nie zastanawia się długo nad iloczynem metrów kwadratowych i kosztu budowy metra, tylko koncentruje się na zagregowanym koszcie całkowitym cyklu życia inwestycji, tzw. LCC, czyli *life cycle cost*. LCC to nic innego jak koszt budowy, który obejmuje fazę koncepcyjno-projektową, dokumentacyjną i realizację budowy z nadzorem i odbiorem, do którego dodaje się koszty użytkowania, czyli energii, eksploatacji (utrzymania i konserwacji), obsługi i napraw, strat wynikających z przerw w pracy, koszt ochrony środowiska, wreszcie demontażu i likwidacji inwestycji lub jej przekształcenia.

Zazwyczaj w takim postępowaniu porównuje się kilka koncepcji projektów, tworząc *benchmarking*, w którym obserwuje się, jak, kiedy i jakiego rodzaju koszty będą się pojawiały w każdym z analizowanych rozwiązań. Często zakłada się, jeszcze przed realizacją inwestycji, jej elastyczną strukturę. Oznacza to, że instytucja finansująca inwestycję (bank, inwestor) przewiduje, że na wypadek zmiany profilu działalności czy likwidacji tego rodzaju działalności medycznej budynek minimalnym kosztem będzie

można przekształcić w inną strukturę, np. apartamentowiec.

Zintegrowane zarządzanie nieruchomościami (*corporate real estate management* – CREM) wykorzystuje mnóstwo narzędzi ekonomicznych, które mogą usprawnić wysiłki właścicieli i kierowników szpitali. Istnieje dużo rozwiązań, które zasilają kapitał szpitali, począwszy od regularnego zarządzania operacyjnego, porównywania się z wynikami sąsiada, po wszelkie formy współpracy z prywatnymi partnerami.

Kolejne rządy zawsze korzystają z przywileju odciążenia starego z obietnicą zmian i wdrażania nowoczesnych, lepszych rozwiązań. To wyzwanie również dla aktualnych władz – mamy możliwość wykorzystania całego zaplecza doświadczeń europejskich, ucząc się na ich błędach. Będzie taniej.

Szpitala wyjątkowo mocno odzwierciedlają opinię o jakości szeroko rozumianej lokalnej administracji publicznej, to często jeden z najważniejszych pracodawców i ważny punkt na mapie każdego miasta. Zaniedbanie nie tylko poważnie osłabi siłę i konkurencyjność miasta czy powiatu, lecz zmobilizuje także lokalną społeczność do wyrażenia swojego niezadowolenia w momencie wyborów.

Magdalena Ozorowska

Autorka jest dyrektorem polsko-holenderskiej firmy konsultingowej Real Care! prowadzącej doradztwo w zakresie zarządzania strategicznego i operacyjnego w jednostkach służby zdrowia

ORGANIZATOR:



Top Consulting Conferences & Trainings S.A.

FORUM

ODPOWIEDZIALNOŚCI

SPOŁECZNEJ

Sektora Farmaceutycznego

5-6 KWIETNIA 2011
HOTEL POLONIA PALACE • WARSZAWA

DO UDZIAŁU W FORUM ZAPRASZAMY:

- FIRMY FARMACEUTYCZNE
- LABORATORIA BIOTECHNOLOGICZNE
- PRZEDSIĘBIORSTWA FARMACEUTYCZNE PRODUKUJĄCE LEKI I SPRZĘT MEDYCZNY
- INSTYTUCJE NADZORUJĄCE RYNEK FARMACEUTYCZNY
- DYSTRYBUTORÓW LEKÓW
- FIRMY PRAWNICZE SPECJALIZUJĄCE SIĘ W PRAWIE FARMACEUTYCZNYM
- PLACÓWKI BADAWCZE
- FIRMY KONSULTINGOWE
- UNIwersytety MEDYCZNE

PATRONI MEDIALNI:








TOP CONSULTING CONFERENCES & TRAININGS S.A. UL. MARSZAŁKOWSKA 58 LOK. 54. 00-545 WARSZAWA.
TEL: +48 22 460 51 30. FAX: +48 22 460 51 29. WWW.TCCT.PL. AKOZLOWSKA@TCCT.PL