

Trzeba zdefiniować docelowy, osiągalny model systemu ochrony zdrowia. Fundusze unijne nie powinny dłużej w tak znacznym stopniu łączyć dziur w systemie, tylko pomóc sfinansować przygotowania do wyzwań epidemiologicznych po 2030 r. To wspólny mianownik dziesięciu rekomendacji, zawartych w raporcie o inwestycjach sektorze zdrowia w Polsce współfinansowanych z funduszy unijnych.

Raport dotyczy mechanizmów i instrumentów koordynacji stosowanych obecnie i formułuje wnioski dla programowania kolejnego okresu polityki spójności 2021-2027. Opracowany został na zlecenie jednej z dyrekcji Komisji Europejskiej na podstawie wywiadów z przedstawicielami instytucji zaangażowanych w programowanie i wdrażanie polityki spójności w sektorze ochrony zdrowia: od ministerstwa, Narodowego Funduszu Zdrowia i innych instytucji centralnych, przez środowisko naukowe, samorząd terytorialny, po organizacje społeczne, w tym reprezentujące pacjentów.

Najślabszy punkt: brak strategii ochrony zdrowia

Pierwsza rekomendacja dotyczy dokumentu strategicznego polityki ochrony zdrowia i wykorzystania do wdrażania tej polityki funduszy unijnych. Strategia ta powinna zostać opracowana zgodnie z nowym Systemem Zarządzania Rozwojem Polski. Kluczowym aspektem jest zapewnienie strategii trwałości w perspektywie co najmniej średniookresowej. Dokument powinien zawierać realną wizję systemu ochrony zdrowia, horyzont czasowy, w jakim Polska chce tę wizję osiągnąć, katalog celów określonych konkretnymi wartościami, jak również dostateczny i wyczerpujący katalog środków, jakie są niezbędne do materializacji tej wizji. Mimo, iż obecnie co najmniej jeden taki dokument istnieje (tzw. Polic Paper), to w cytowanych wypowiedziach przewija się brak jasnej strategii systemu. Poza tym ten dokument nie został przyjęty przez rząd, nie ma więc odpowiedniej rangi i nie wiąże wykonawców, ma charakter czysto wdrożeniowy. Autor przywołuje w tej sprawie nawet opinie kolejnych ministrów zdrowia i jako kontrpunkt – stanowisko Najwyższej Izby Kontroli o potrzebie strategii rozwoju systemu ochrony zdrowia.

Mapy potrzeb zdrowotnych: dobre rozwiązanie, wymagające ulepszeń

Raport rekomenduje uzupełnienie map potrzeb zdrowotnych o kierunkowy lub docelowy (ważny na określony termin) opis optymalnego modelu zasobów ochrony zdrowia. Zarówno pod względem rozkładu terytorialnego i ilości, jak i jego charakteru (np. roli w systemie, poziomu referencyjności). Czytamy, że obecnie, choć mapy są wartościowym repozytorium danych epidemiologicznych, kontraktowych i strukturalnych, to poza liczbą łóżek nie zawierają wniosków w zakresie docelowego modelu infrastruktury ochrony zdrowia, zasobów intelektualnych i świadczeń gwarantowanych. Dlatego w kolejnym kroku należy zidentyfikować różnice i opisać wektory transformacji zasobów, zmiany ich charakteru, w rozbiciu na konkretne szpitale, ośrodki. Sformułowany na tej podstawie tzw. plan transformacji powinien dotyczyć infrastruktury i zasobów intelektualnych z nią związanych. Powinien także obejmować wszystkie kluczowe rodzaje opieki, nie zapominając o opiece długoterminowej.

Zmodernizować IOWISZ-a

Instrument Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia (IOWISZ) to elektroniczny formularz wniosku o wydanie przez wojewodę decyzji o celowości inwestycji. Uruchomiony został w 2016 r. przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. W raporcie czytamy, że system ten powinien być rozbudowany o instrumenty wspierające podejmowanie decyzji, oparte na obiektywnych przesłankach liczbowych odnoszących się do przyjętych na poziomie krajowym ram efektywnościowych infrastruktury

ochrony zdrowia oraz rozmieszczenia i charakterystyki zasobów systemu, wynikających ze znowelizowanych map potrzeb zdrowotnych.

Mocniejszy głos resortu i samorządów województw, ale decyzje w konsensusie

W opinii rozmówców autora raportu funkcjonujący obecnie komitet sterujący wykorzystaniem funduszy unijnych w ochronie zdrowia powinien mieć zmodyfikowaną rolę. Grono jego członków powinno decydować o kierunkach i koordynacji inwestycji, wyznaczać ich ramy, analizować opcje - zanim zostaną odjęte decyzje. Ponadto kluczowi członkowie komitetu, czyli resort zdrowia i samorządy województwa, powinni mieć zapewniony mocniejszy głos. W materiale czytamy też o o różnych pomysłach modyfikacji zasad głosowania. Jednocześnie z wypowiedzi swoich rozmówców autor wyciągnął wniosek, że należy zapewnić, by kluczowe decyzje w zakresie polityki zdrowotnej zapadały w warunkach konsensusu. Wśród zagadnień wymagających zgody autor wymienia rolę POZ i szpitali powiatowych, ograniczenie konkurencji pomiędzy szpitalami podobnej wielkości i funkcji, ale tworzonych przez różnych właścicieli, identyfikację i nadawanie odpowiedniego priorytetu potrzebom zdrowotnym, a także zasady koordynacji horyzontalnej i wertykalnej oraz współpracy terytorialnej. Na poziomie regionalnym miejscem tego konsensusu mogłyby być wojewódzkie rady ds. potrzeb zdrowotnych o poszerzonych kompetencjach i zmienionym składzie.

Nakłady na profilaktykę, POZ i deinstytucjonalizacja - skorelowane z finansowaniem krajowym

Powyższe hasła mają kluczową rolę w obecnym okresie polityki spójności w zakresie ochrony zdrowia. W raporcie napisano, że do och realizacji nie wystarczy zapewnienie właściwej alokacji nakładów w programach operacyjnych. Trzeba skorelować fundusze unijne z wieloletnimi nakładami krajowymi Narodowego Funduszy Zdrowia. Polska powinna zaplanować w wymiarze budżetowym konsekwentną i stopniową zmianę proporcji pomiędzy rodzajami świadczeń odzwierciedlającą przyjęty plan transformacji sektora opieki zdrowotnej. Zmianie powinna ulec struktura wydatków NFZ, a zmiana ta powinna korelować z inwestycjami z funduszy unijnych.

Za dobrą oceną niech idzie promesa finansowania świadczeń

Jeśli w ustawowym procesie oceny inwestycji NFZ wydaje opinię pozytywną, a inwestycja uzyskuje następnie pozytywną ocenę końcową wojewody, to rekomendowaną konsekwencją takich przesłanek jest wzięcie przez NFZ odpowiedzialności za zapewnienie finansowania planowanych w ramach inwestycji świadczeń (tzw. promesa inwestycyjna). Z kolei, jeśli NFZ nie widziałby celowości inwestycji lub oceniał, że nie ma możliwości lub pewności ich finansowania, w takim wypadku fundusz powinien wydawać bezwzględnie opinię negatywną. Zobowiązywałaby ona również wojewodę do wydania negatywnej oceny o celowości inwestycji. A ta oznaczałaby odmowę finansowania opisanych we wniosku świadczeń w przyszłości, także w przypadku pozytywnej opinii NFZ.

Nie dzielić co kto może finansować, tylko tworzyć komplementarne rozwiązania i łączyć fundusze

W raporcie zwrócono uwagę, że mająca na celu zapewnienie pojedynczego finansowania demarkacja działań centralnych i regionalnych może być jednocześnie źródłem desynchronizacji inwestycji oraz silosowego spojrzenia na wyzwania zdrowotne kraju. A te powinny być podejmowane w ścisłej współpracy stron, a nie separacji. Dlatego kolejną rekomendacją raportu jest realizowanie inwestycji na zasadach współpracy, a nie tworzenia tzw. linii demarkacyjnych. Realizatorzy obecnej polityki spójności

nie chcą jednego programu operacyjnego dedykowanego sektorowi ochrony zdrowia. Opowiadają się za komplementarnymi inicjatywami resortowymi i samorządu terytorialnego – w programie krajowym i programach regionalnych. Z programu krajowego interwencja mogłaby być kierowana np. do wybranych typów obszarów (wytypowanych w ramach polityki regionalnej).

Korelacja zalecana jest również obu podstawowym funduszom: *Europejskiemu Funduszowi Społecznemu* i *Europejskiemu Funduszowi Rozwoju Regionalnego*. Interwencja z obu powinna być zaplanowana w sposób, który na poziomie założeń, celów tematycznych, osi priorytetowych i planów działań zapewni synergę. Poziom tej synergii powinien być stale monitorowany poprzez ewaluację stopnia korelacji inwestycji z EFS i EFRR w zakresie wzrostu jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej i społecznej. W zakresie działań wspierających powrót lub pozostanie osób na rynku pracy należy określić, zdaniem autora, jednoznaczne metody finansowania inwestycji infrastrukturalnych, polepszających infrastrukturę w miejscu zamieszkania pacjenta lub poprawiających jego dobrostan. Finansowanie inwestycji infrastrukturalnych z EFS wymaga sformułowania bardziej czytelnych, a jednocześnie elastycznych ram tworzących bezpieczeństwo uznania tych wydatków jako wydatki kwalifikowane.

Z rozwinięciem poszczególnych rekomendacji zawartych w raporcie można zapoznać się [tutaj](#).