Raport końcowy

Tytuł Raportu: Wdrażanie Europejskich Funduszy Strukturalnych i Inwestycyjnych (EFSI) w sektorze zdrowia w Polsce

Zleceniodawca: Dyrekcja Generalna ds. Polityki Regionalnej i Miejskiej (DG Regio), Komisja Europejska

Autor: dr Robert Mołdach

Data: Warszawa, kwiecień 2019

Spis Treści

SPIS TREŚCI 2

STRESZCZENIE 3

EXECUTIVE SUMMARY 6

WPROWADZENIE 9

CEL RAPORTU 10

ZAKRES ANALIZY 10

MECHANIZMY I NARZĘDZIA PRZYCZYNIAJĄCE SIĘ DO TRWAŁYCH I SKOORDYNOWANYCH INWESTYCJI W DZIEDZINIE ZDROWIA 10
STRUKTURA PROGRAMOWANIA WSPIERAJĄCA SPÓJNOŚĆ REGIONALNĄ I SYNERGIE MIĘDZY EFRR I EFS 11

METODOLOGIA 11

KONKLUZJE W ZAKRESIE KOORDYNACJI INWESTYCJI 12

POTRZEBA KOORDYNACJI 12
POSTULAT A1. TRWAŁY CHARAKTER PROGRAMOWY POLICY PAPER 13
POSTULAT A2. DOCELOWY MODEL INFRASTRUKTURY W MAPACH POTRZEB I PLAN TRANSFORMACJI 19
POSTULAT A3. OWSKAŹNIKOWANIE SYSTEMU IOWISZ 25
POSTULAT A4. WŁAŚCIWE MIEJSCE W PROCESIE DECYZYJNYM I ROLA KOMITETU STERUJĄCEGO 28
POSTULAT A5. ZMIANA SPOSOBU PODEJMOWANIA DECYZJI PRZEZ KOMITET STERUJĄCY 30

KONKLUZJE W ZAKRESIE STRUKTURY PROGRAMOWANIA 32

DECYDUJĄCY WPŁYW STRUKTURY SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA 32
POSTULAT B1. KONSENSUS STRUKTUR DECYZYJNYCH 33
POSTULAT B2. PRIORYTET PROFILAKTYKI ZDROWOTNEJ, POZ I DEINSTYTUCJONALIZACJI W BUDŻECIE NFZ 37
POSTULAT B3. OPINIA NFZ, A GWARANCJA FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ 39
POSTULAT B4. ODEJŚCIE OD LINII DEMARKACYJNEJ NA RZECZ WSPÓŁPRACY 41
POSTULAT B5. ZAPLANOWANA KORELACJA EFS I EFRR 43

ZAŁĄCZNIK NR 1: UCZESTNICY WYWIADÓW 47

ZAŁĄCZNIK NR 2: WYBRANE WYPOWIEDZI 49

MINISTERSTWO ZDROWIA 49
NFZ 50
MINISTERSTWO INWESTYCJI I ROZWOJU 51
SEKTOR ZDROWIA PUBLICZNEGO 54
ORGANIZACJE PACJENTÓW 55
LIDERZY OPINII, EKSPERCI 56
ORGANIZACJE PRACODAWCÓW I ZWIĄZKI BRANŻOWE 59
SAMORZĄD TERYTORIALNY 62

ZAŁĄCZNIK NR 3: UŻYTE SKRÓTY 65

Streszczenie

Niniejszy raport został opracowany na zlecenie Komisji Europejskiej. Jego celem jest wskazanie propozycji rozwiązań podnoszących skuteczność koordynacji inwestycji współfinansowanych z Europejskich Funduszy Strukturalnych i Inwestycyjnych (EFSI) w sektorze zdrowia w Polsce w zbliżającej się perspektywie programowania 2021-2027. Obejmuje dwa obszary. Pierwszy koncentruje się na zastosowanych mechanizmach i narzędziach, które zostały wprowadzone w kontekście wypełnienia warunkowości ex-ante. Drugi obszar dotyczy przyszłej architektury programowania i zakresu inwestycji w zdrowie (obszary kluczowe dla EFS i EFRR), w tym skuteczności tych dwóch funduszy i ich synergii.

Raport został opracowany na podstawie wywiadów z interesariuszami sektora ochrony zdrowia reprezentującymi Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia, Główny Inspektora Sanitarny, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, Ministerstwo Inwestycji i Rozwoju, Komitet Zdrowia Publicznego Polskiej Akademii Nauk, samorząd terytorialny, partnerów społecznych, w tym organizacje pacjentów, organizacje pracodawców i związki branżowe oraz ekspertów i liderów opinii. U podstaw tych wywiadów i formułowanych konkluzji stanęła metodologia Design Thinking promująca otwartość i innowacyjność w rozwiązywaniu problemów oraz poszukiwanie satysfakcjonujących większość rozwiązań. Jej znamiennym wyrazem było przyjęcie, że wszyscy uczestnicy projektu wypowiadali się we własnym imieniu, a nie w imieniu reprezentowanych przez siebie instytucji.

W konkluzji raport prezentuje 10 rekomendacji. W obszarze skutecznej koordynacji inwestycji składają się na nie:

Postulat A1. **Trwały charakter programowy Policy Paper.** Nowy Policy Paper lub Polityka Publiczna ochrony zdrowia i komplementarny w stosunku do niej Policy Paper o charakterze operacyjno-wdrożeniowym, powinny być sporządzone zgodnie z Systemem Zarządzania Rozwojem Polski w sposób gwarantujący ich trwałość w perspektywie co najmniej średniookresowej. Dokumenty te powinny zawierać realną wizję systemu ochrony zdrowia, do jakiego zmierzamy, horyzont czasowy, w jakim Polska chce go osiągnąć, katalog celów określonych konkretnymi wartościami, jak również dostateczny i wyczerpujący katalog środków, narzędzi i instrumentów, jakie są niezbędne do materializacji tej wizji.

Postulat A2. **Docelowy model infrastruktury w mapach potrzeb i Plan Transformacji.** Mapy potrzeb zdrowotnych należy poszerzyć o kierunkowy lub docelowy (ważny na określoną datę) opis osiągalnego optymalnego modelu zasobów ochrony zdrowia, tak pod względem rozkładu terytorialnego, ilości, jak i jego charakteru (np. roli w systemie, poziomu referencyjności). W kolejnym kroku należy zidentyfikować różnice i opisać wektory transformacji zasobów, zmiany ich charakteru, w rozbiciu na konkretne szpitale, ośrodki. Sformułowany na tej podstawie **Plan Transformacji** powinien dotyczyć infrastruktury, jak i zasobów intelektualnych z nią związanych. Powinien także obejmować wszystkie kluczowe rodzaje opieki, nie zapominając o opiece długoterminowej.

Postulat A3. **Owskaźnikowanie systemu IOWISZ.** System IOWISZ powinien być konsekwentnie poszerzany o instrumenty wspierające podejmowanie decyzji oparte na obiektywnych przesłankach liczbowych odnoszących się do przyjętych na poziomie krajowym ram

efektywnościowych infrastruktury ochrony zdrowia oraz celów operacyjnych dotyczących rozmieszczenia i charakterystyki zasobów systemu wynikających ze znowelizowanych Map potrzeb zdrowotnych. Powinien tym samym oceniać zgodność inwestycji z wektorami transformacji systemu (**Planem Transformacji**), w sposób możliwie zobiektywizowany, niepodlegający wpływom.

Postulat A4. **Właściwe miejsce w procesie decyzyjnym i rola Komitetu Sterującego.** Należy zmienić umiejscowienie w procesie decyzyjnym Komitetu Sterującego, który powinien być nie ostatnim, a pierwszym w kolejności ogniwem zapewniającym koordynację w łańcuchu decyzji inwestycyjnych, wyznaczającym ramy, normy, podejmującym inicjatywy strategiczne, rozważającym opcje, nim zostaną dokonane wybory. Czy rozwiązanie tego problemu ma polegać na utworzeniu centralnego PO Zdrowie? Według większości raczej nie. Najpierw powinno zrewidować się miejsce komitetu w procesie decyzyjnym (Par. 7 Regulaminu KS określający sposób akceptacji Planów Działań).

Postulat A5. **Zmiana sposobu podejmowania decyzji przez Komitet Sterujący.** Zmianie powinien ulec sposób podejmowania decyzji, to jest zasada głosowań, tak aby z jednej strony zapewnić Ministrowi Zdrowia możliwość realnej realizacji polityki zdrowotnej, a z drugiej, zgodnie z zasadą pomocniczości, respektować odpowiedzialność samorządu za politykę regionalną i lokalną. Należy w tym celu rozważyć takie rozwiązania, jak parytet głosów, głosowania stronami, obowiązkowy konsensus, ograniczenie głosu regionów, których dany problem nie obejmuje, do głosu doradczego, zmiana znaczenia głosu agend MZ do głosu doradczego, czy wreszcie ustanowienie lub wskazanie zewnętrznych ciał doradczych, tak na poziomie regonów, jak i państwa, do których strony mogłyby się zwracać z opinią w przypadku braku konsensusu.

W drugim obszarze struktury programowania zostały sformułowane następujące rekomendacje:

Postulat B1. **Konsensus struktur decyzyjnych.** Należy zapewnić, aby kluczowe decyzje w zakresie polityki zdrowotnej zapadały w warunkach konsensusu. Jest wśród nich rola POZ, szpitali powiatowych, identyfikacja i nadawanie odpowiedniego priorytetu potrzebom zdrowotnym, ograniczenie konkurencji pomiędzy szpitalami podobnej wielkości i funkcji, ale tworzonych przez różnych właścicieli, 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. Uwzględniałby on wszystkich interesariuszy i przenosił z tego grona do Korpusu Doradczego konsultantów wojewódzkich, ograniczając liczbę członków do operacyjnego grona kilkunastu osób.

Postulat B2. **Priorytet profilaktyki zdrowotnej, POZ i deinstytucjonalizacji w budżecie NFZ.** Do wsparcia przemian w zakresie deinstytucjonaliacji opieki zdrowotnej, zmniejszenia roli leczenia szpitalnego, wzrostu znaczenia profilaktyki, podstawowej opieki zdrowotnej, czy ogólnie ambulatoryjnego trybu udzielania świadczeń, nie wystarczy alokacja odpowiednich nakładów z funduszy EFSI i zadbanie o to, aby inwestycje z EFS współgrały z inwestycjami z EFRR. Alokacja środków na wymienione priorytety musi być skorelowana z wieloletnimi planami finansowymi NFZ. Polska powinna zaplanować w wymiarze budżetowym konsekwentną 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 ze środków EFSI.

Postulat B3. **Opinia NFZ, a gwarancja finansowania świadczeń.** System ochrony zdrowia w Polsce potrzebuje czytelnych zasad inwestycyjnych, gdzie odpowiedzialność za decyzje idzie w parze z roliczalnością. Jeśli w ustawowym procesie oceny inwestycji NFZ wydaje opinię pozytywną, a inwestycja ta uzyskuje pozytywną ocenę końcową wojewody, to powinno to oznaczać także wzięcie przez NFZ na siebie odpowiedzialności za zapewnienie finansowania planowanych w ramach inwestycji świadczeń (**Promesa Inwestycyjna**). Jeśli NFZ nie widziałby celowości inwestycji lub oceniał, że nie ma możliwości lub pewności ich finansowania, powinien w takim wypadku wydawać bezwzględnie opinię negatywną. Taka opinia zobowiązywała także wojewodę do wydania oceny negatywnej celowości inwestycji. Ocena negatywna wojewody oznaczałaby odmowę finansowania opisanych we wniosku świadczeń w przyszłości także w przypadku pozytywnej opinii NFZ.

Postulat B4. **Odejście od linii demarkacyjnej na rzecz współpracy.** Inwestycje z funduszy EFSI w ochronie zdrowia powinny być realizowane na zasadach współpracy, a nie tworzenia linii demarkacyjnych. Nie jeden PO Zdrowie, a komplementarne inicjatywy władzy centralnej i samorządu. Partnerska współpraca w rozwiązywaniu problemów lokalnych o globalnym znaczeniu. Komplementarny do regionalnych programów operacyjnych program krajowy. Jego osie priorytetowe adresujące nie tylko kwestie krajowe, ale także globalnie dostrzegane, uznane w ramach polityki rozwoju za istotne, kwestie lokalne. Współpraca w ramach takiego programu krajowego rządu i samorządu na wzór mechanizmów wdrażających wypracowanych w Krajowej Strategii Rozwoju Regionalnego. Warunkiem tego jest realny **Policy Maker**, będący kuratorem transformacji systemu, opracowujący i adresujący krajowe instrumenty do terytorium.

Postulat B5. **Zaplanowana korelacja EFS i EFRR.** Inwestycje z funduszy EFS i EFRR powinny być zaplanowane w sposób, który na poziomie założeń celów tematycznych, osi priorytetowych i planów działań zapewni pożądaną pomiędzy nimi synergię. 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 na rynku pracy beneficjentów należy określić jednoznaczne metody finansowania inwestycji infrastrukturalnych, polepszających infrastrukturę w miejscu zamieszkania pacjenta lub poprawiających jego dobrostan. Finansowanie inwestycji infrastrukturalnych w ramach projektów finansowanych ze środków EFS wymaga sformułowania bardziej czytelnych, a jednocześnie elastycznych ram tworzących bezpieczeństwo uznania tych wydatków jako wydatki kwalifikowane.

Komentarz autora

Wspólnym mianownikiem tych postulatów jest potrzeba zdefiniowania osiągalnego modelu docelowego systemu ochrony zdrowia, Planu Transformacji i czytelnych zasad inwestycyjnych. Środki europejskie nie powinny dłużej w tak znacznym stopniu łatać dziur w systemie, stanowić dodatkowej koperty finansującej niedobory. Powinny koncentrować się na wsparciu trwałej zmiany systemowej, która przygotuje kraj do wyzwań epidemiologicznych i demograficznych w horyzoncie wykraczającym poza 2030 r. Potrzebujemy, aby w perspektywie 2021-2027 dokonała się w Polsce w ochronie zdrowia **Disruptive Transformation** wpisująca się w długoterminową Koncepcję Rozwoju Kraju.

Executive summary

This report has been prepared on the request of the European Commission. Its aim is to propose solutions to improve the effectiveness of the coordination of investments co-financed by the European Structural and Investment Funds in the health sector in Poland in the upcoming 2021-2027 programming perspective. It covers two areas. The first focuses on the mechanisms and tools used, which were introduced in the context of fulfilment of ex-ante conditionality. The second area concerns the future programming architecture and the scope of investment in health (key areas for ESF and ERDF), including the effectiveness of the two Funds and their synergies.

The report was prepared on the basis of interviews with health sector stakeholders representing the Ministry of Health, the National Health Fund, the Chief Sanitary Inspector, the National Institute of Public Health, the Ministry of Investment and Development, the Public Health Committee of the Polish Academy of Sciences, local government, social partners, including patient organisations, employers' organisations and the sector associations, experts and opinion leaders. The basis of these interviews and formulated conclusions was the Design Thinking methodology promoting openness and innovation in solving problems and searching for satisfactory solutions. Its significant expression was the assumption that all project participants spoke on their own behalf and not on behalf of the institutions they represented.

In conclusion, the report presents 10 recommendations. In the area of effective coordination of investments, they include:

Proposal A1. **Sustainability of Policy Paper.** The new Policy Paper or the Public Health Policy and the Policy Paper of operational and implementation nature complementary to it should be drawn up in accordance with the Development Management System of Poland in a manner guaranteeing their sustainability in at least mid-term perspective. These documents should include a realistic vision of the health care system we are aiming for, the time horizon in which Poland wants to achieve it, a catalogue of objectives defined by specific values, as well as a sufficient and exhaustive catalogue of measures, tools and instruments that are necessary to materialise this vision.

Proposal A2. **Target infrastructure model in maps of needs and Transformation Plan.** Health Needs Maps should be extended by a targeted or target (valid for a specific date) description of the achievable optimal model of health care resources, both in terms of territorial distribution, quantity and its nature (e.g. role in the system, reference level). In the next step, differences should be identified and vectors of resource transformation, changes in their nature, broken down into specific hospitals and centres should be described. The **Transformation Plan** formulated in this way should concern infrastructure and intellectual resources related to it. It should also cover all key types of care, not forgetting long-term care.

Proposal A3. **Including indicators of the IOWISZ system.** The IOWISZ system should be consistently extended to include instruments supporting decision-making based on objective numerical evidence relating to the adopted at the national level efficiency framework of health infrastructure and operational objectives concerning the distribution and characterisation of system resources resulting from the revised Health Needs Maps. Thus, it should assess the compliance of investments with the system

transformation vectors (the Transformation Plan) in the most objective and non-influenced way possible.

Proposal A4. **The right place in the decision-making process and the role of the Steering Committee.** The Steering Committee should be repositioned in the decision-making process, in which it should not be the last one, but the first link ensuring coordination in the investment decision chain, setting the framework, standards, taking strategic initiatives, considering options before choices are made. Is the solution to this problem to be the creation of a central Health OP? According to the majority, it is unlikely. First, the place of the committee in the decision-making process should be reviewed (Par. 7 of the SC Rules of Procedure defining the manner of acceptance of Action Plans).

Proposal A5. **Change in the way decisions are taken by the Steering Committee.** The decision-making process, i.e. the voting principle, should be changed in order to ensure on the one hand that the Minister of Health is able to effectively implement health policy, and on the other hand, in accordance with the principle of subsidiarity, respect the responsibility of the local government for regional and local policy. To this end, consideration should be given to solutions such as parity of votes, voting by the parties, mandatory consensus, limiting the vote of regions not covered by the problem to an advisory vote, changing the meaning of the Ministry of Health Agencies to an advisory vote, and finally establishing or identifying external advisory bodies, both at regional and state level, to which the parties could address an opinion if there is no consensus.

In the second area of the programming structure the following recommendations were formulated:

Proposal B1. **Consensus of the decision-making bodies.** It is important to ensure that key health policy decisions are taken in a consensual manner. These include the role of primary health care providers, district hospitals, identification and prioritisation of health needs, limiting competition between hospitals of similar size and functions but created by different owners, the principles of horizontal and vertical coordination and territorial cooperation. At regional level, the place for this consensus could be the Regional Health Needs Councils with extended competences and changed composition. It would take into account all stakeholders and transfer regional consultants from this group to the Advisory Corps, limiting the number of members to a dozen or so operational groups.

Proposal B2. **Priority of health prevention, primary health care and de-institutionalisation in the NFZ budget.** In order to support changes in the area of deinstitutionalisation of health care, reduction of the role of hospital treatment, increased importance of prevention, primary health care or outpatient provision of services in general, it is not enough to allocate appropriate funds from EFSI funds and to ensure that ESF investments are in line with ERDF investments. The allocation of funds for these priorities must be correlated with the NFZ multiannual financial plans. Poland should envisage in the budgetary dimension a consistent gradual change in the proportion between the types of benefits reflecting the adopted Plan for the Transformation of the health care sector. The structure of NFZ spending should change, and this change should correlate with investments from EFSI funds.

Proposal B3. **The NFZ opinion and the guarantee of financing the services.** The health care system in Poland needs clear investment rules, where responsibility for decisions goes hand in hand with accountability. If in the statutory process of investment assessment the NFZ gives a positive opinion, and the investment receives a positive final evaluation of the

voivode, it should also mean that the NFZ takes responsibility for ensuring financing of the services planned within the framework of the investment (Investment Promesse). If the NFZ would not see the purposefulness of the investment or believed that there is no possibility or certainty of its financing, it should in such a case issue an unquestionably negative opinion. Such an opinion also made the voivode obliged to assess the negative purposefulness of the investment. A negative opinion of the voivode would mean that the services described in the application would not be financed in the future also in the case of a positive opinion of the NFZ.

Proposal B4. **Departure from the demarcation line in favour of cooperation.** Investments from EFSI funds in health care should be carried out on the basis of cooperation and not the formation of demarcation lines. Not one Health OP, but complementary initiatives of central government and self-government. Partnership cooperation in solving local problems of global importance. National programme complementary to regional operational programmes. Its priority axes addressing not only national issues, but also globally recognised local issues, considered important under the development policy. Cooperation within such a programme of the national government and local government, following the example of the implementation mechanisms developed in the National Strategy for Regional Development. The precondition for this is a real Policy Maker, which is the curator of the transformation of the system, developing and addressing national instruments to the territory.

Proposal B5. **Planned correlation between ESF and ERDF.** Investments from ESF and ERDF funds should be planned in a way that ensures the desired synergy between them at the level of the thematic objectives, priority axes and action plans. The level of this synergy should be continuously monitored through an evaluation of the degree of correlation between ESF and ERDF investments in terms of increasing the quality and accessibility of health and social care services. As regards actions supporting the return or remaining on the labour market of beneficiaries, clear methods should be defined for financing infrastructure investments that improve the infrastructure in the patient's place of residence or improve his or her well-being. Financing infrastructure investments within the framework of projects financed by the ESF requires the formulation of a clearer and at the same time more flexible framework creating security for the recognition of these expenditures as eligible expenditure.

Comment from the author

The common denominator of these postulates is the necessity to define an achievable model of the target health care system, the Transformation Plan and clear investment principles. European funds should no longer make up such a large number of holes in the system and be an additional envelope to finance shortages. They should focus on supporting sustainable systemic change that will prepare the country for the epidemiological and demographic challenges beyond 2030. We need for Disruptive Transformation in Poland to take place in the perspective of 2021-2027, which is an inherent part of the long-term Concept of National Development.

Wprowadzenie

W okresie programowania 2014-2020 Polska przeznaczyła na inwestycje w infrastrukturę zdrowotną i e-zdrowie ok. 1,7 mld EUR (dalej: EFRR), a także ok. 1,42 mld EUR (dalej: EFS) na inwestycje w usługi zdrowotne, organizację systemu opieki zdrowotnej i profilaktykę chorób (realizowane zarówno na poziomie regionalnym, jak i krajowym). Głównymi celami tych inwestycji była:

1) poprawa jakości i dostępu do usług zdrowotnych oraz
2) poprawa skuteczności i organizacji systemu opieki zdrowotnej, tak aby odchodzić od leczenia skoncentrowanego na opiece szpitalnej na rzecz podstawowej opieki zdrowotnej i opieki ambulatoryjnej.

Rozpoczęcie realizacji tych inwestycji było uwarunkowane spełnieniem określonych wymagań (uwarunkowania *ex ante* dla inwestycji zdrowotnych), a konkretnie istnieniem narodowych strategicznych ram polityki zdrowotnej wraz z mapą potrzeb w zakresie inwestycji zdrowotnych.

Szczególnym wyzwaniem okazało się osiągnięcie spójności i koordynacji inwestycji z Europejskich Funduszy Strukturalnych i Inwestycyjnych (dalej: EFSI) w systemie opieki zdrowotnej, który w dużej mierze jest regionalny. Inwestycje zostały rozłożone na wiele krajowych i regionalnych programów operacyjnych, a ich spójność miał zapewnić specjalny mechanizm koordynacji w postaci Komitetu Sterującego ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia (dalej: KS), nadzorującego realizację inwestycji w dziedzinie ochrony zdrowia zarówno na poziomie krajowym, jak i regionalnym. Komitet zatwierdza zalecenia dotyczące kryteriów wyboru projektów przed ich przyjęciem przez komitety monitorujące oraz plany działań opracowane przez instytucje zarządzające. Ze względu jednak na przydzielone zadania i sformułowany z poszanowaniem zasady pomocniczości państwa podział ról z instytucjami zarządzającymi i komitetami monitorującymi, nie odgrywa decydującej roli w procesie wdrażania i monitorowania. Oczekiwany nadzór realizacji inwestycji KS jest determinowany jego miejscem w procesie decyzyjnym, przyznanymi uprawnieniami i sposobem organizacji pracy.

Jeśli chodzi o identyfikację potrzeb zdrowotnych i ich ocenę, wybór priorytetów zdrowotnych miał być dokonywany w oparciu o mapy potrzeb zdrowotnych, które miały także służyć za podstawę decyzji dotyczących kontraktowania przez płatnika publicznego usług zdrowotnych i inwestycji. Obecnie, choć są one wartościowym repozytorium danych epidemiologicznych, kontraktowych i strukturalnych, poza liczbą łóżek nie zawierają wniosków w zakresie docelowego modelu infrastruktury ochrony zdrowia, zasobów intelektualnych i świadczeń gwarantowanych.

W nadchodzącym nowym okresie programowania 2021-2027 inwestycje w sektorze ochrony zdrowia pozostaną ważną kwestią. Pomimo wielu projektów i inwestycji w zdrowie, finansowanych zarówno z EFS, jak i EFRR, regiony nadal różnią się pod względem dostępności usług, podobnie jak są zróżnicowane podstawowe wskaźniki zdrowotne. Przygotowania do negocjacji w sprawie polityki spójności na lata 2021-2027 wymagają ponownego przemyślenia, czy istniejące mechanizmy i narzędzia gwarantują zrównoważone i skoordynowane podejście do inwestycji zdrowotnych.

Cel raportu

Celem opracowania jest dostarczenie analityczno-technicznej opinii, która ma uzupełnić wiedzę niezbędną do przygotowania stanowiska odnośnie inwestycji w sektorze ochrony zdrowia w latach 2021-2027.

Raport dotyczy dwóch obszarów. Z jednej strony koncentruje się na zastosowanych mechanizmach i narzędziach, które zostały wprowadzone w kontekście wypełnienia warunkowości ex-ante. Z drugiej, dotyczy przyszłej architektury programowania i zakresu inwestycji w zdrowie (obszary kluczowe dla EFS i EFRR), w tym skuteczności tych dwóch funduszy i ich synergii.

Zakres analizy

Mechanizmy i narzędzia przyczyniające się do trwałych i skoordynowanych inwestycji w dziedzinie zdrowia

Raport opisuje spostrzeżenia i wnioski sformułowane w ramach dyskusji skuteczności i efektywności instrumentów wdrożonych w kontekście wypełniania przez Polskę warunkowości ex-ante w sektorze zdrowia aby ocenić, w jakim stopniu stanowią one użyteczne i skuteczne narzędzie przyczyniające się do trwałych i skoordynowanych inwestycji w dziedzinie zdrowia. W szczególności analiza obejmuje:

a) mapy potrzeb zdrowotnych (dalej: mapy) w kontekście obecnej sytuacji w polskim systemie opieki zdrowotnej, gdzie wprowadzono tzw. sieć szpitali,
b) Instrument Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Ochronie Zdrowia (dalej: IOWISZ) mający na celu zapewnienie efektywności wydatkowania środków publicznych i racjonalizację nakładów inwestycyjnych w ochronie zdrowia poprzez wydanie opinii o celowości inwestycji oraz
c) Komitet Sterujący ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia (dalej: KS lub Komitet Sterujący) posiadający status podkomitetu w ramach Komitetu do spraw Umowy Partnerstwa, który zgodnie z Umową Partnerstwa jest głównym narzędziem koordynacji interwencji ze środków UE.

Zawiera także rekomendacje, w jaki sposób można ulepszyć Mapy i system IOWISZ tak, aby instrumenty te spełniały wymagania przyszłych warunków sprzyjających inwestycjom zdrowotnym, które dotyczą nie tylko zdrowia, ale także potrzeb opieki długoterminowej, w tym w zakresie personelu medycznego oraz jak mogą stać się użytecznym i skutecznym narzędziem decyzji inwestycyjnych.

Obok Map i systemu IOWISZ ocenie poddano także skuteczność mechanizmu koordynacji realizowanego przez Komitet Sterujący ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia, jako organu odgrywającego kluczową rolę w koordynowaniu inwestycji, zapewniając ich spójność i synergię. Zawarto rekomendacje, w jaki sposób lepiej sterować inwestycjami w dziedzinie zdrowia i monitorować postępy w osiąganiu zmian systemowych w systemie opieki zdrowotnej.

Struktura programowania wspierająca spójność regionalną i synergie między EFRR i EFS

W bieżącym okresie programowania inwestycje w dziedzinie zdrowia są rozproszone pomiędzy wiele programów operacyjnych (PO), które wymagają koordynacji wysiłków w celu zapewnienia i monitorowania ich wkładu w realizację celów polityki zdrowotnej zawartych w Krajowych Ramach Strategicznych – *Policy paper* dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020 (Policy Paper). Raport zawiera rekomendacje w zakresie przyszłej architektury programowania ale zwraca także uwagę, że nawet najlepiej jak to możliwe opracowana architektura programowania nie zagwarantuje spójności i synergii, jeśli pewne podstawy działania systemu ochrony zdrowia nie zostaną wpierw uporządkowane. W szczególności wskazuje rolę Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie synergii inwestycji i finansowania świadczeń oraz koniecznych do zaplanowania zmian strukturalnych w budżecie płatnika umożliwiających transformację systemu. Uwypukla także priorytetowy charakter konsensusu na poziomie regionalnym jako narzędzia koordynacji inwestycji, rozwoju świadczeń, transformacji systemu w warunkach rozproszonej struktury właścicielskiej, rozdrobnionych świadczeń i braku systemowych powiązań pomiędzy różnymi poziomami opieki. Obejmuje także ocenę z punktu widzenia efektywności i skuteczności, czy zebranie wszystkich inwestycji w dziedzinie zdrowia w ramach jednego programu operacyjnego przyczyniłoby się do zmniejszenia obciążeń biurokratycznych związanych z funkcjonowaniem dodatkowych organów sterujących oraz ułatwiłoby przepływ informacji na temat inwestycji w dziedzinie zdrowia do beneficjentów.

Raport zwraca także 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, które powinny być podejmowane w ścisłej współpracy stron, a nie separacji. Łącznie ze wskazaniem potrzeby koordynacji inwestycji realizowanych z obu funduszy na poziomie i w stopniu wyższym niż mogą tego dokonać sami beneficjenci, formułuje w ten sposób rekomendacje, w jaki sposób ocenić najlepsze potrzeby w zakresie inwestycji terytorialnych oraz w jaki sposób najlepiej programować implementację funduszy ESIF (w tym kluczowe obszary tematyczne dla EFRR i EFS), tak aby uwzględnić specyfikę regionalną i lokalną oraz zapewnić synergię pomiędzy tymi dwoma funduszami.

Metodologia

U podstaw pracy nad raportem stało dostosowane do warunków realizacji projektu podejście Design Thinking[1], na którego proces w przyjętym modelu pracy składały się następujące etapy:

1. **Empatyzacja** – poznanie i zrozumienie punktów widzenia interesariuszy, tego, co mówią o dyskutowanym zagadnieniu, co na jego temat sądzą, jak postępują i jak na podstawie własnych odczuć je oceniają,
2. **Definiowanie problemu** – połączenie wszystkich obserwacji, zebranych informacji w celu zidentyfikowania problemu, identyfikacji różnic, zrozumienia ich źródeł, wskazania wspólnych potrzeb,

[1] Brown, T. *Design Thinking.* Harvard Business Review, June 2008. p. 84-92.

3. **Generowanie pomysłów** – wypracowywanie koncepcji rozwiązania zidentyfikowanych problemów, odwoływanie się do przykładów z innych dziedzin lub wcześniejszych prób, kreowanie nieszablonowych rozwiązań, kierunkowy wybór koncepcji,
4. **Tworzenie wstępnych rozwiązań** – racjonalizacja i weryfikacja koncepcji, odwołanie się do dowodów, wypracowywanie konkluzji odzwierciedlających przeważające opinie,
5. **Weryfikacja rozwiązań** – dyskusja z interesariuszami, poddanie rozwiązań szerokiej ocenie, weryfikacja rozwiązań w praktyce.

Design thinking nie ma charakteru liniowego, to znaczy na każdym jego etapie może nastąpić powrót do poprzedniego etapu, a także każdego wcześniejszego, celem weryfikacji, ponownego rozpatrzenia danej sprawy. Taki był także sposób postępowania w przypadku prezentowanego raportu.

Raport został przygotowany w oparciu o osobiste wywiady z członkami Komitetu Sterującego, przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Inwestycji i Rozwoju, Narodowego Funduszu zdrowia, sektora zdrowia publicznego, samorządu terytorialnego, liderami opinii i ekspertami ochrony zdrowia, przedstawicielami organizacji pacjentów, związków pracodawców ochrony zdrowia i organizacji branżowych. W wywiadach wzięło łącznie udział 50 osób. Pełna lista organizacji i osób jest zawarta w załączniku nr 1. Katalog kluczowych wypowiedzi jest zawarty w załączniku nr 2.

Po uporządkowaniu, zebrane opinie i obserwacje posłużyły do sformułowania rekomendacji odzwierciadlających przeważające głosy. Większość opinii okazała się wzajemnie zgodna. W nielicznych przypadkach odmienności zdań przedstawiono głosy obu stron wraz z uzasadnieniem. Wywiady zostały wsparte analizą i dyskusją dokumentów źródłowych dokonaną przez autora.

Konkluzje w zakresie koordynacji inwestycji

Potrzeba koordynacji

Potrzeba właściwej koordynacji inwestycji w ochronie zdrowia została w czytelny sposób zasygnalizowana w Umowie Partnerstwa na lata 2014-2020. Umowa wskazuje, że a ramach projektów wzmacniających infrastrukturę ochrony zdrowia w perspektywie finansowej 2007-2013 realizowane były w większości inwestycje punktowe, uwzględniające różnorodne potrzeby poszczególnych podmiotów leczniczych, nie zorientowane jednakże na niwelowanie konkretnych obszarów deficytowych[2]. Innymi słowy, olbrzymie i uzasadnione wyzwania w zakresie rozwoju i modernizacji infrastruktury medycznej wzięły prymat nad ustrukturyzowanymi działaniami o charakterze systemowym. Choć samo w sobie podniesienie jakości infrastruktury ochrony zdrowia było działaniem oczekiwanym przez lokalne społeczności, to jednak brak wystarczającej koordynacji i strategicznego podejścia zaciążył na celowości i efektywności tych inwestycji. Niepoparta rzeczywistym zapotrzebowaniem chęć poszerzenia lub doskonalenia posiadanego zestawu aparatury ze strony jednostek brała górę nad racjonalnym zakupem sprzętu w miejscu, gdzie nie jest on rzeczywiście niezbędny[3]. Źródłem tych postaw był przede wszystkim brak współpracy pomiędzy

[2] Programowanie perspektywy finansowej 2014 -2020. Umowa Partnerstwa. S. 67. https://www.funduszeeuropejskie.gov.pl/strony/o-funduszach/dokumenty/umowa-partnerstwa/ (dostęp 13.02.2019)

[3] Analiza efektów wsparcia w Priorytecie XII PO IiŚ oraz diagnoza potrzeb inwestycyjnych w sektorze ochrony zdrowia. S. 177. http://archiwum.zdrowie.gov.pl/aktualnosc-23-1763-Raport_z_badania_ewaluacyjnego_„Analiza_efektow_wsparcia_w_Priorytecie_XII_PO_IiS_oraz_diagnoza_potrzeb_inwestycyjnych_w_sektorze_ochrony_zdrowia.html (dostęp 13.02.2019)

organami założycielskimi podmiotów leczniczych. Planowanie inwestycji nie odbywało się na szczeblu regionalnym z udziałem wszystkich interesariuszy, ale rozłącznie na szczeblu lokalnym, gminnym, powiatowym, miejskim[4]. Doświadczenia te dowiodły konieczności:

a) wzmocnienia koordynacji poziomu regionalnego i centralnego oraz
b) wprowadzenia mechanizmu racjonalizacji przedsięwzięć inwestycyjnych tj. oceny celowości podejmowania nowych inwestycji w infrastrukturę medyczną.

Na gruncie tych rozważań w perspektywie 2014-2020 wzmocnienie koordynacji i racjonalizacja inwestycji jest realizowana poprzez Policy Paper, Mapy potrzeb zdrowotnych, System IOWISZ i Komitet Sterujący.

W zebranych opiniach interesariuszy sektora najsłabsze pod względem skuteczności noty uzyskuje Policy Paper. Mapy potrzeb, mimo zastrzeżeń co do aktualności danych, są oceniane raczej pozytywnie jeśli chodzi o ilość zgromadzonych w nich informacji i zdecydowanie negatywnie za brak wniosków, rekomendacji i projekcji mówiących o optymalnym kształcie i lokalizacji przyszłej infrastruktury ochrony zdrowia (za wyjątkiem dyskusji łóżek szpitalnych, czy sporadycznie innych wyrobów medycznych). System IOWISZ jest oceniany generalnie pozytywnie za metodyczną próbę obiektywizacji oceny celowości inwestycji. Wskazywano natomiast na mankament tkwiący u jego założeń polegający na oparciu oceny o subiektywną, podatną na wpływy, ocenę ekspercką. Kontrargument, wskazujący na obiektywizację opinii poprzez ocenę wielokrotną i wielokryterialną, dla wielu rozmówców nie być dość przekonujący. Najpoważniejsze uwagi w zakresie skali koniecznych zmian zostały skierowane pod adresem Komitetu sterującego. Mimo, że doceniany jest jego wkład we wzajemne poznanie punktów widzenia i zbliżenie interesariuszy, w określenie pewnych ram inwestycji, powtarzanym zarzutem wobec Komitetu jest brak warunków do faktycznej debaty, ścierania się opinii, nieoptymalne mechanizmy podejmowania decyzji, zakres problemów jakie podejmuje Komitet i etap programowania inwestycji, na jakim się nimi zajmuje.

Na podstawie zebranych opinii został poniżej przedstawiony zbiór postulatów odzwierciedlający przeważające wypowiedzi. W pozostających w mniejszości sytuacjach polaryzacji stanowisk zaprezentowano głos obu stron.

Postulat A1. Trwały charakter programowy Policy Paper

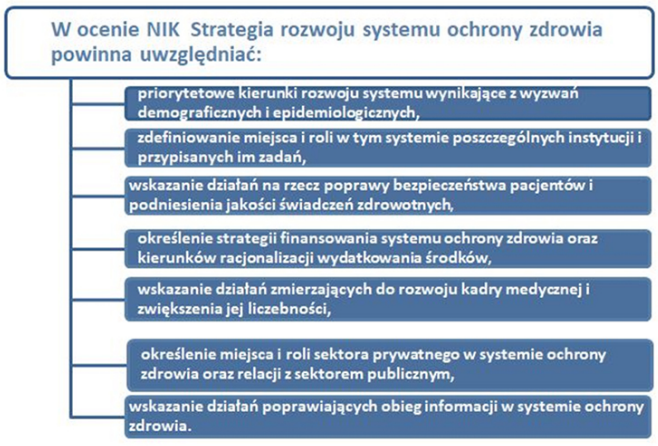
Jak zwracali uwagę uczestnicy wywiadów, kluczowym aspektem tworzenia długofalowej strategii w ochronie zdrowia, prócz warstwy merytorycznej, jest zapewnienie jej trwałości, konsekwentnej realizacji i przestrzegania jej postanowień bez względu na zmiany polityczne. Tymczasem Policy Paper nie został przyjęty przez Radę Ministrów i nie uzyskał statusu strategii krajowej. Nie został także opracowany w wyniku szerokiej debaty. Jego trwałości nie gwarantuje więc ani konsensus interesariuszy, ani ranga aktu go powołującego. Mimo nazwy odwołującej się do ram strategicznych, Policy Paper ma charakter wdrożeniowy wobec krajowych dokumentów strategicznych. Ze strony rządu został zatwierdzony przez Kierownictwo Ministerstwa Zdrowia. Otrzymał co prawda pozytywną opinię Komitetu Koordynacyjnego ds. Polityki Rozwoju, ale ciało to ma status organu opiniodawczo-doradczego Prezesa Rady Ministrów[5].

[4] *Analiza potrzeb inwestycyjnych sektora ochrony zdrowia w kontekście programowania nowej perspektywy finansowej 2014 – 2020. S. 37-38.* http://www.ewaluacja.gov.pl/strony/badania-i-analizy/archiwum-2004-2015/analiza-potrzeb-inwestycyjnych-sektora-ochrony-zdrowia-w-kontekscie-programowania-nowej-perspektywy-finansowej-2014-2020/ (dostęp 13.02.2019)

[5] Komitet Koordynacyjny ds. Polityki Rozwoju został powoływany na podstawie ustawy z dnia 6 grudnia 2006 r. o zasadach prowadzenia polityki rozwoju (Dz. U. z 2016 r. poz. 383).

Z przeprowadzonych wywiadów jednoznacznie wynika, że ochrona zdrowia potrzebuje trwałego dokumentu o charakterze długofalowym (wykraczającym poza horyzont kadencji parlamentu). Powinien on określać pożądane kierunki zmian, czy wręcz docelowe rozwiązania – na koniec okresu planowania. Brak takiego dokumentu lub formułowanie celów systemu na wysokim poziomie ogólności oraz w sposób rozproszony w funkcjonujących strategiach krajowych, takich jak Krajowa Strategia Rozwoju Regionalnego (dalej: KSRR), czy Strategia Rozwoju Kapitału Ludzkiego (dalej: SRKL), czyni rozwój systemu ochrony zdrowia labilnym. Na jego kształt mogą wpływać już nie tylko zmiany polityczne, czy wydarzenia gospodarcze, ale także zmiany na stanowisku ministra właściwego do spraw zdrowia, sekretarzy, podsekretarzy stanu. Co interesujące, nikt z rozmówców nie uznał za taki dokument obecnego Policy Paper. Jest on raczej traktowany jako dokument techniczny, który pozwolił na pewnym etapie uruchomić środki EFSI na ochronę zdrowia, a obecnie nakreśla ramy ich wydatkowania.

Roli Policy Paper nie ukrywa także minister zdrowia rządu Zjednoczonej Prawicy Łukasz Szumowski i piastujący to stanowisko wcześniej Konstanty Radziwiłł. W debacie „Wspólnie dla zdrowia" 13 czerwca 2018 r. w Warszawie obaj ministrowie potwierdzili, że Policy Paper „powstał po to, by móc wykorzystywać środki z Unii Europejskiej"[6]. Dodatkowo w trakcie debaty minister Szumowski wskazał, że w ochronie zdrowia „nie mamy celów długoterminowych", a także, że „brakuje prawdziwego Policy Paper, który byłby poważany i respektowany". Powstanie takiego dokumentu, stanowiącego ramę działań w ochronie zdrowia, wskazującego kierunki zmian, porządkującego metody, narzędzia i procesy, jest założeniem debaty „Wspólnie dla zdrowia" i ma stanowić zwieńczenie pracy grup ekspertów i rocznej dyskusji.



Rys. 1. Wstępne rekomendacje NIK w zakresie strategii rozwoju systemu ochrony zdrowia (21.02.2019 r.)

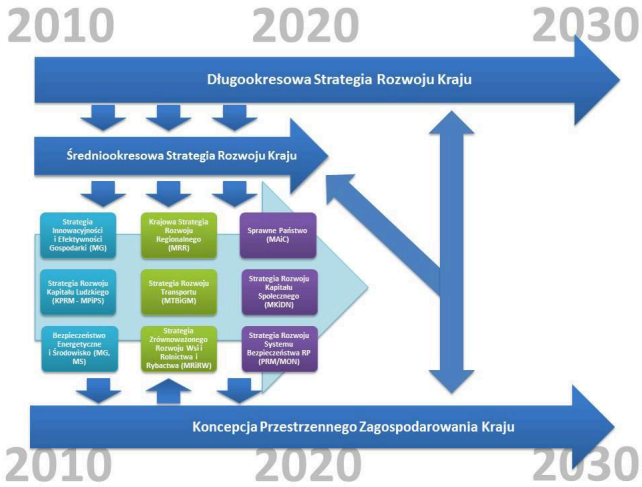
Należy także zauważyć, że zagadnienia, jakie Policy Paper podejmuje w zakresie priorytetów zdrowotnych państwa, wykraczają poza kadr związany z interwencją ze środków EFSI. W przypadku modyfikacji polityk krajowych, czy nawet zmiany priorytetów spowodowanej sytuacją bieżącą, Policy Paper uwidacznia swoją słabość jako dokument wtórny w relacji do tych zjawisk. Jak zauważa Najwyższa Izba Kontroli[7] (dalej: NIK) „Wątpliwości Komisji Europejskiej dotyczyły statusu tego dokumentu, bowiem powinien on zostać przyjęty przez Radę Ministrów, co w ocenie KE, stanowiłoby gwarancję realizacji wszystkich wskazanych w dokumencie działań".

Głos rozmówców, którzy wzięli udział w przeprowadzonych przez autora wywiadach, potwierdzają wstępne rekomendacje przygotowywanego przez NIK raportu na temat rozwoju systemu ochrony zdrowia przedstawionego w trakcie panelu ekspertów[8] 21.02.2019 r. w Warszawie. W ocenie NIK pierwszym krokiem zmierzającym do poprawy funkcjonowania systemu powinno być stworzenie długookresowej strategii wyznaczającej kierunki jego rozwoju. Strategia ta powinna uzyskać powszechną akceptację społeczną i wyznaczać wizję rozwoju systemu, uwzględniającą nadchodzące wyzwania demograficzne i epidemiologiczne. Według NIK, przyjęcie Strategii pozwoliłoby także

[6] Dokumentacja własna autora.
[7] *Informacja o wynikach kontroli „Tworzenie map potrzeb zdrowotnych"*. Najwyższa Izba Kontroli. KZD.430.008.2017. Nr ewid. 191/2017/P/17/059/KZD. Warszawa, 27.02.2018.
[8] *Pożądane kierunki zmian w systemie ochrony zdrowia.* Panel ekspertów NIK. https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/system-ochrony-zdrowia-w-polsce-stan-obecny-i-pozadane-kierunki-zmian-relacja-live.html (dostęp: 14.03.2019)

zerwać z powszechną, w ciągu ostatnich 20 lat, praktyką dokonywania zmian w sposób częstokroć przypadkowy i doraźny.

Obserwacje te należy rozpatrywać w szerszym kontekście. Ochrona zdrowia nie ma własnej dedykowanej strategii na poziomie krajowym, tylko jest traktowana zgodnie z zasadą „zdrowie we wszystkich politykach". To z tego powodu w swojej pierwszej wersji z 3 marca 2014 r. Policy Paper był określany przez ministerstwo zdrowia jako „dokument o charakterze wdrożeniowym wobec krajowych dokumentów strategicznych" [9]. Za takim pozycjonowaniem Policy Paper stały obowiązujące w tym czasie ogólne ramy strategii krajowych, w których cele rozwojowe Długookresowej Strategii Rozwoju Kraju[10] (dalej: DSRK) były realizowane za pośrednictwem strategii zintegrowanych (Rys. 1). Jak czytamy w DSRK „istotą tego pomysłu jest odejście od wąskiego i sektorowego podejścia w tworzeniu ram strategicznych – na rzecz integracji obszarów, dostrzeżenia procesu przenikania się zjawisk i problemów, uzyskania synergii w poszukiwaniu najbardziej efektywnych i adekwatnych narzędzi prowadzących do osiągania spójnych celów." Przymiotnik „strategiczno-wdrożeniowy" pojawił się dopiero w odniesieniu do kolejnych wersji Policy Paper.



Rys. 2. Porządek strategiczny państwa 2013

W tak zakreślonym porządku strategicznym państwa nie mieściło się przyjęcie na poziomie krajowym odrębnej strategii sektorowej ochrony zdrowia. Mimo, że w odpowiedzi na prośbę KE Policy Paper został wpisany do wykazu prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów[11], to jednak został w nim przedstawiony jedynie jako dokument, który „zawiera zestawienie celów i kierunków interwencji państwa w ochronie zdrowia określonych w już przyjętych Radę Ministrów strategiach". W efekcie tej niespójności i w wyniku negocjacji z KE projekt przyjęcia Policy Paper przez Radę Ministrów został wycofany z wykazu prac legislacyjnych. Nastąpiło to po zakończeniu procesu negocjacji treści Policy Paper z KE i uznaniem za spełnioną warunkowości ex-ante w tym zakresie.

[9] *Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020 Krajowe Strategiczne Ramy. 12-03-2014.* http://www.zdrowie.gov.pl/aktualnosc-34-2133-Policy_paper_dla_ochrony_zdrowia_na_lata_2014_2020_Krajowe_Strategiczne_Ramy.html (dostęp 13.02.2019)

[10] Uchwała Nr 16 Rady Ministrów z dnia 5 lutego 2013 r. w sprawie przyjęcia Długookresowej Strategii Rozwoju Kraju. Polska 2030. Trzecia Fala Nowoczesności (Dz. U. z 2013 r. poz. 121)

[11] *Archiwalny wykaz prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów z okresu 1 września 2011 – 4 grudnia 2015.* https://bip.kprm.gov.pl/kpr/bip-rady-ministrow/prace-legislacyjne-rm-i/prace-legislacyjne-rady/wykaz-prac-legislacyjny/rejestr1787,dok.html (dostęp 14.03.2019).

Archiwalny wykaz prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów z okresu 1 września 2011 – 4 grudnia 2015
Numer projektu: ID232
Tytuł: Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020. Krajowe ramy strategiczne.

Ministerstwo Zdrowia otrzymało stanowisko Komisji Europejskiej z dnia 29 lipca br. dotyczące uznania dokumentu o charakterze strategiczno-wdrożeniowym pn. „Policy Paper dla ochrony zdrowia na lala 2014-2020. Krajowe Ramy Strategiczne" za realizację zobowiązania w zakresie częściowego wypełnienia dla warunku 9.3 Zdrowie w ramach tzw. warunkowości ex-ante, która uzależnia uruchomienie środków funduszy strukturalnych i Funduszu Spójności od spełnienia warunków wyjściowych ukierunkowanych na efektywną implementację programów współfinansowanych przez ww. środki UE. Obszarem wymagającym dalszych prac w celu uznania warunku 9.3 za spełniony w całości, pozostaje system mapowania potrzeb zdrowotnych, który jest obecnie przedmiotem intensywnych prac prowadzonych przez Ministerstwo Zdrowia. Ponadto, Minister Zdrowia otrzymał ostateczne stanowisko Komisji Europejskiej z dnia 6 sierpnia 2015 r. dotyczące całkowitego spełnienia warunkowości ex-ante dla warunku 8.4 Aktywne i zdrowe starzenie się, w zakresie kryterium odnoszącego się do przygotowania przez państwo członkowskie działań mających na celu promowanie aktywnego starzenia się.

Akceptacja Policy Paper przez służby Komisji Europejskiej jest zwieńczeniem prac nad ww. dokumentem w zakresie jaki wynika m. in. z przyjętych uwag i postulatów Komisji zgłaszanych w procesie uzgodnień trwających od października 2014 r. do czerwca 2015 r.

W związku z uzgodnieniem ww. dokumentu w dniu 20 lipca 2015 r. w ramach Komitetu Koordynacyjnego ds. Polityki Rozwoju oraz zakończeniem procesu negocjacji treści Policy Paper z Komisją Europejską, warunkowość ex-ante została uznana za spełnioną (w zakresie, o którym mowa powyżej). Mając powyższe na uwadze aktualnie nie ma przesłanek przyjęcia Policy paper przez Radę Ministrów.

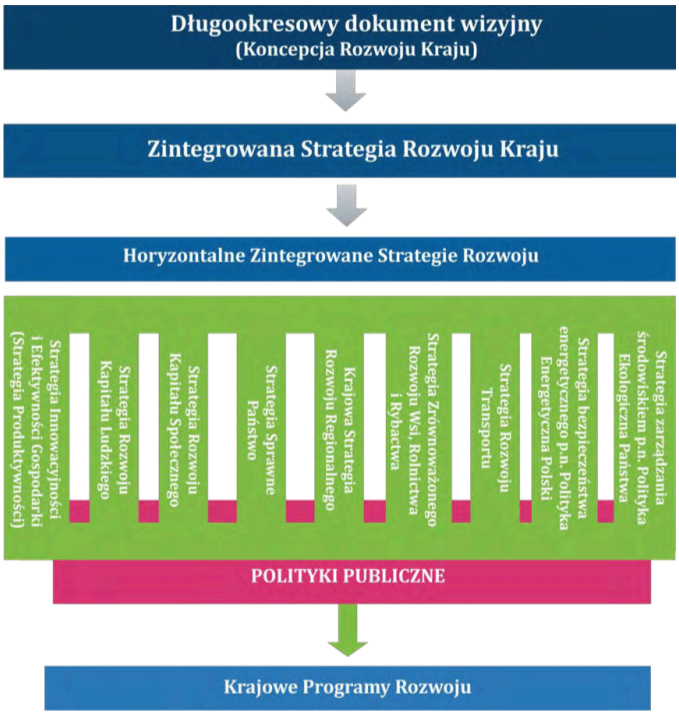
Celną diagnozę przyczyn tej sytuacji formułuje zaktualizowany w 2018 r. System Zarządzania Rozwojem Polski[12] (dalej: SZRP). Wskazuje on na braki w funkcjonującym w przeszłości systemie zarządzania rozwojem Polski, między innymi w zakresie instrumentów zapewniających operacjonalizację głównych strategii rozwoju i utrzymującą się odrębność wymiaru społeczno-gospodarczego i przestrzennego w systemie dokumentów strategicznych. Zagadnienia te były bezpośrednią przyczyną problemu z określeniem roli i miejsca Policy Paper w porządku strategicznym państwa.

System zarządzania Rozwojem Polski
Ministerstwo Inwestycji i Rozwoju, 2018

Braki, w szczególności w zakresie operacjonalizacji, w pozostałych dokumentach ujawniły się m.in. podczas negocjacji perspektywy finansowej UE na lata 2014–2020 z Komisją Europejską (KE). Konieczne okazało się opracowanie dodatkowych dokumentów wdrożeniowych, uszczegóławiających zawarte w istniejących strategiach priorytety rozwojowe (np. „Dokument Implementacyjny do Strategii Rozwoju Transportu do 2020 roku (z perspektywą do 2030 roku)"; „Dokument Implementacyjny Strategii Rozwoju Kapitału Ludzkiego 2020"; „Plan działań na rzecz wdrażania strategii „Sprawne Państwo 2020" w perspektywie do 2020 roku", „Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020. Krajowe ramy strategiczne" i inne.

Patrząc na porządek strategiczny państwa z perspektywy 2019 r., średniookresowa strategia rozwoju kraju, tj. Strategia Rozwoju Kraju 2020, została zaktualizowana przez Strategię na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju (dalej: SOR). SOR jest obecnie główną krajową strategią rozwojową określającą podstawowe uwarunkowania, cele i kierunki rozwoju kraju w wymiarze społecznym, gospodarczym, regionalnym i przestrzennym. Wyznacza jednocześnie podstawę nowego systemu dokumentów strategicznych, który został przedstawiony w zaktualizowanym SZRP. Nie ma tu miejsca na wydzielone strategie sektorowe.

[12] Uchwała Nr 162/218 Rady Ministrów z dnia 29 października 2018 r. w sprawie przyjęcia "Systemu zarzadzania rozwojem Polski". Kancelaria Prezesa Rady Ministrów. RM-111-214-17.



Rys. 3. Porządek strategiczny państwa 2018 (poziom krajowy)

W ramach nowego porządku zostały natomiast wyodrębnione pewne rodzaje dokumentów strategicznych, z których ochrona zdrowia może skorzystać kształtując i uwypuklając na poziomie krajowym uniwersalną politykę własnego rozwoju. Dotyczy to tak dokumentu o randze ram strategicznych określającego kierunki rozwoju systemu, jak i wdrożeniowego, dotyczącego w szczególności zasad implementacji środków EFSI.

Na dokumenty państwa o charakterze strategicznym składają się obecnie:

- Koncepcja Rozwoju Kraju – KRK,
- Zintegrowana Strategia Rozwoju Kraju – ZSRK (obecnie rolę tę pełni SOR),
- Horyzontalne Zintegrowane Strategie Rozwoju – HZSR:
    - Strategia innowacyjności i efektywności gospodarki (Strategia Produktywności),
    - Strategia rozwoju kapitału ludzkiego,
    - Strategia rozwoju kapitału społecznego (współdziałanie, kultura, kreatywność),
    - Strategia Sprawne Państwo,
    - Krajowa Strategia Rozwoju Regionalnego,
    - Strategia zrównoważonego rozwoju wsi, rolnictwa i rybactwa,
    - Strategia rozwoju transportu,
    - Polityka energetyczna Polski,
    - Strategia zarzadzania środowiskiem (Polityka ekologiczna państwa 2030).
- Polityki Publiczne (opcjonalnie)
- Zintegrowana Strategia Rozwoju Województwa – ZSRW
- Zintegrowane strategie ponadregionalne – ZSP
- Zintegrowana Strategia Rozwoju Lokalnego (studium rozwoju gminy) – ZSRL
- Zintegrowana strategia rozwoju obszaru funkcjonalnego – ZSROF
- inne dokumenty strategiczne wynikające z ZSRW, ZSRL lub wymagane prawem

Osobną grupę dokumentów w nowym porządku strategicznym państwa zajmują dokumenty o charakterze operacyjno-wdrożeniowym ustanawiane w celu realizacji zintegrowanych strategii rozwoju. Są to:

- Programy rozwoju,
- Programy operacyjne,
- Akty planowania przestrzennego.

Analizujące możliwe sposoby wykorzystania nowego porządku strategicznego państwa do sformułowania strategii ochrony zdrowia na poziomie krajowym, można zidentyfikować dwa główne scenariusze. W pierwszym uznajemy, że ochrona zdrowia ma niezbędny potencjał i rangę, aby zostać opisana w ramach dedykowanej Polityki Publicznej, natomiast Policy Paper, jako dokument operacyjno-wdrożeniowy Horyzontalnych Zintegrowanych Strategii Rozwoju w kontekście wykorzystania środków EFSI w celu realizacji Polityki Publicznej poświęconej ochronie zdrowia może przyjąć formę Programu rozwoju. W tym scenariuszu Polityka Publiczna ochrony zdrowia i Policy Paper to dwa komplementarne dokumenty. W alternatywnym scenariuszu, który należy brać pod uwagę ze względu na ciasny i napięty kalendarz wydarzeń w latach 2019-2020 zarówno w Polsce jak i Unii Europejskiej, koncentrujemy się w pierwszej kolejności na sformułowaniu zwięzłych kierunkowych Ram rozwoju systemu ochrony zdrowia łącząc je z ramami wykorzystania środków EFSI. To rozwiązanie przypomina konstrukcję obecnego Policy Paper, z tą jednak różnicą, że jest wpisane w nowy ład polityki rozwoju państwa.

Do określenia pozostaje sposób przyjmowania Polityki Publicznej Ochrony Zdrowia gwarantujący jej trwałość. W przekazanym do konsultacji społecznych projekcie ustawy o zmianie ustawy o zasadach prowadzenia polityki rozwoju oraz niektórych innych ustaw z dnia 29 marca 2019 r[13]. proponuje się aby polityka publiczna była przyjmowana w drodze uchwały przez Radę Ministrów. W trakcie dyskusji podsumowującej prace nad niniejszym raportem zwrócono uwagę, że w przypadku polityki publicznej ochrony zdrowia, tak bardzo zależnej od szeroko rozumianej polityki społecznej, może to okazać się niewystarczające. Proponowano, aby ze względu na swoją szczególną rolę Polityka Publiczna Ochrony Zdrowa przyjęła formę ustawy o charakterze Konstytucji Zdrowia, której ranga i trwałość byłaby gwarantowana stosownymi zapisami.

Reasumując, nowy Policy Paper, czy też Polityka Publiczna ochrony zdrowia i komplementarny w stosunku do niej Policy Paper o charakterze operacyjno-wdrożeniowym, powinny być sporządzone zgodnie z Systemem Zarządzania Rozwojem Polski w sposób gwarantujący ich trwałość w perspektywie co najmniej średniookresowej. Obecny Policy Paper, mimo zawarcia w nim także strategicznych treści, trudno za taki uznać. Bardziej stanowi wyizolowany dokument wdrożeniowy w obszarze absorbcji środków EFSI.

Dokumenty te powinny zawierać realną wizję systemu ochrony zdrowia, do jakiego zmierzamy, horyzont czasowy, w jakim chcemy go osiągnąć, katalog celów określonych konkretnymi wartościami, w szczególności z obszaru epidemiologii, profilaktyki zdrowotnej, dostępności świadczeń, ich jakości i efektywności, poziomu nierówności, czy obszarów wykluczenia i relacji z polityką społeczną.

Powinny także zawierać dostateczny i wyczerpujący katalog środków, narzędzi i instrumentów, jakie są niezbędne do materializacji tej wizji.

Nie powinny być formułowane z przewodnią myślą o korzystaniu z funduszy EFSI. Przede wszystkim powinny służyć realizacji średniookresowej polityki państwa w HZSR z perspektywy ochrony zdrowia, niezależnie od zmiennych uwarunkowań politycznych.

[13] Minister Inwestycji i Rozwoju. *Projekt ustawy o zmianie ustawy o zasadach prowadzenia polityki rozwoju oraz niektórych innych ustaw.* Wykaz praz legislacyjnych, nr 496, 3.04.2019 r. https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12321445 (dostęp 9.04.2019 r.)

Postulat A2. Docelowy model infrastruktury w mapach potrzeb i Plan Transformacji

Dyskusja o pożądanej zawartości map potrzeb zdrowotnych trwa od momentu uchwalenia ustawowego obowiązku ich sporządzania. Zgodnie z definicją zawartą w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (dalej: ustawa o świadczeniach), potrzeby zdrowotne to „liczba i rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej, które powinny być zapewnione w celu zachowania, przywrócenia lub poprawy zdrowia danej grupy świadczeniobiorców". Natomiast jeśli mówimy o mapach potrzeb zdrowotnych, to zgodnie z art. 95a ust. 11 ustawy o świadczeniach, minister zdrowia, określając w drodze rozporządzenia zakres treści tych map, powinien kierować się „potrzebą zapewnienia skutecznego narzędzia planowania zabezpieczenia właściwej dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej".

Interpretując powyższy zapis należy zadać pytanie, jak powinno wyglądać skuteczne narzędzie planowania zabezpieczenia świadczeń? Rozporządzenie ministra zdrowia z dnia 26 marca 2015 r. w sprawie zakresu treści map potrzeb zdrowotnych określa, że narzędzie takie powinno zawierać (par. 1):

1. analizę demograficzną i epidemiologiczną,
2. analizę stanu i wykorzystania zasobów,
3. prognozę potrzeb zdrowotnych.

Jak można zauważyć mapy potrzeb nie obejmują prognozy stanu zasobów, tak w wymiarze zasobów kadrowych jak i infrastruktury oraz wyrobów medycznych. Opisują prognozowaną liczbę świadczeń opieki zdrowotnej, jednak poza ograniczoną dyskusją liczby łóżek nie podejmują dyskusji, jak zabezpieczyć ich właściwą dostępność. Czy takie rozwiązanie odzwierciedla ustawową potrzebę zapewnienia skutecznego narzędzia planowania zabezpieczenia właściwej dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej? Z pewnością mapy potrzeb adresują ten problem na etapie analizy. Potwierdza to opinia NIK[14], który podkreśla, że „poszczególne mapy obejmują szczegółową analizę stanu i wykorzystania zasobów będących w posiadaniu regionalnego systemu ochrony zdrowia." Natomiast jeśli chodzi o syntezę, o wskazanie, jakich zasobów ochrony zdrowia będziemy potrzebować w przyszłości, jak rozmieszczonych, na to pytanie mapy potrzeb nie odpowiadają.

Dysproporcja pomiędzy analizą stanu teraźniejszego a syntezą stanu przyszłego zasobów systemu ochrony zdrowia była zgłaszana przez większość osób biorących udział w wywiadach. Zwracano uwagę, że mapy tak naprawdę nie dają żadnej podpowiedzi, jak powinny być rozwijane i transformowane zasoby systemu ochrony zdrowia. Pozostawiają to zadanie specjalistom, dla których służą jedynie pomocą prezentowanymi danymi. Wskazywano także na brak wykorzystania w mapach potrzeb źródeł wiedzy opisujących optymalne w zakresie ilości i rozmieszczenia zasobów, metody zaspokojenia potrzeb zdrowotnych oparte o dorobek Evidence Based Medicine (dalej: EBM).

Ze stanowiskiem tym polemizowali przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia wskazując, że tak sformułowane zadanie planistyczne wykracza poza zakres map potrzeb zdrowotnych. W ich ocenie mapy są właściwym narzędziem wspierającym zespoły ekspertów w wyciąganiu wniosków co do pożądanej wielkości, struktury i rozmieszczenia zasobów ochrony zdrowia. Zadanie uwzględnienia w mapach potrzeb docelowego modelu zasobów ochrony zdrowia nie może być rozwiązane w sposób uniwersalny. Wpływa na to zbyt wiele parametrów, zmiennych. Występuje problem z ich definiowaniem. Wskaźniki albo nie występują, albo trudno w realnych warunkach je wykorzystać. Zderzamy się z mnogością chorób, ścieżek leczenia postępowania, co na tym etapie uniemożliwia

[14] *Informacja o wynikach kontroli. Tworzenie map potrzeb zdrowotnych.* Najwyższa Izba Kontroli. KZD.430.008.2017. Nr ewid. 191/2017/P/17/059/KZD. Warszawa, 27.02.2018 r.

obiektywną odpowiedzieć, jakie wskaźniki wybrać i jaką mają mieć wartość. Przykłady takie, jak okulistyka i leczenie zaćmy to przypadek szczególny, wniosków z którego nie można rozciągnąć na cały system. To powoduje, że dziś w rozwoju map ministerstwo zdrowia koncentruje się na narzędziach prezentacji wspierających pracę analityczną. Pracuje także nad wybranymi problemami zdrowotnymi i odpowiadającymi im ścieżkami zdrowotnymi POZ-AOS-Szpital – twierdzą przedstawiciele ministerstwa.

W dyskusji podsumowującej prace nad niniejszym raportem zwrócono jednak uwagę, że takie wskaźniki ilości i gęstości ośrodków i infrastruktury medycznej są jednak systematycznie opracowywane. Jako przykład zostały podane centra Breast Cancer Unit, których rekomendowaną liczbę szacuje się w Polsce na 80. Wskazywano na to, że nawet w sytuacjach, w których brak jest w pełni satysfakcjonujących opracowań o charakterze EBM, minister zdrowia powinien przyjmować rolę policy maker'a i kształtować rynek ochrony zdrowia ograniczając poprzez mapy potrzeb zdrowotnych liczbę świadczeniodawców tam, gdzie występuje ich nadmierne rozproszenie i promując zagęszczanie infrastruktury świadczeń, tam gdzie jest taka potrzeba. Może w tym celu wykorzystać chociażby benchmarking wojewódzki lub adaptować do polskich warunków rzeczywiste wskaźniki innych państw, które w danym obszarze terapeutycznym osiągają lepsze od Polski efekty zdrowotne. Co więcej mapy takie powinien budować mimo trudności w wyznaczeniu optymalnych ich wartości, gdyż nie ulega wątpliwości, że o wiele większym niż przyjęcie niedoskonałego wskaźnika zagrożeniem dla pacjentów i szkodą dla efektywności systemu jest dziś brak docelowych ilościowych ram co do rozłożenia i gęstości infrastruktury medycznej. Stanowią one swoiste warunki brzegowe systemu, których nie powinniśmy jak kraj przekraczać. Ramy takie powinny zostać nakreślone w mapach potrzeb zdrowotnych. Poszukiwanie w ich granicach optimum to zadanie na kolejny etap. Należy się przy tym zgodzić z wyrażoną w trakcie dyskusji opinią przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, że ograniczanie nadmiernie rozbudowanej sieci świadczeń jest zadaniem bardziej wymagającym niż nakreślanie parametrów granicznych lub docelowych dla nowo wprowadzanych usług. Nie powinno to jednak powstrzymywać regulatora od podjęcia takich działań. Rolą państwa jest tworzenie standardów i promocja dobrych praktyk, nawet a szczególnie wtedy, gdy nie są powszechnie respektowane, czy podzielane. Ich implementację powinny wspierać prospołeczne działania edukacyjne wyjaśniające przykładowo ciężarnym ryzyka statystyczno-epidemiologiczne, jakie towarzyszą nadrodzinom dziecka podejmowanym w ośrodku o niskiej liczbie wykonywanych porodów.

W tle tego komentarza warto zauważyć, że mapy potrzeb częściowo podejmują temat optymalnej liczby i rozłożenia wyrobów medycznych. Należy go jednak poszerzyć. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2015 r. w sprawie zakresu treści map potrzeb zdrowotnych w części trzeciej regionalnej i krajowej mapy potrzeb wymaga przedstawienia prognozowanej liczby potrzebnych łóżek szpitalnych oraz innych niż szpitalne. Na bazie wywiadów należy uznać za celowe, że tak jak rozporządzenie wymaga analizy obecnego wykorzystania wyrobów medycznych stanowiących aparaturę medyczną, tak powinno per analogia wymagać, aby mapy potrzeb zawierały także prognozę potrzeb zdrowotnych w tym zakresie w przyszłości, która nie będzie ograniczona tylko prognozowanej liczby potrzebnych łóżek szpitalnych. Przedstawiona w mapach potrzeb wartościowa analiza obecnych zasobów sprzętowych, takich jak analizatory biochemiczne wieloparametrowe, gamma kamery, litotryptory, rezonans magnetyczny, urządzenia angiograficzne i zestawy do badań naczyniowych, tomografy komputerowe, echokardiografy, mammografy, aparaty RTG z opcją naczyniową i obróbką cyfrową, aparaty RTG z torem wizyjnym, stoły hemodynamiczne, akceleratory liniowe, aparaty HDR/PDR oraz aparaty Pozytonowej Tomografii Emisyjnej (PET), powinna być uzupełniona o prognozę ilościową, a także opisującą pożądane rozłożenie, to jest koncentrację i dystrybucję tych urządzeń w przyszłości. Z powodu obowiązujących w Polsce zasad kontraktowania świadczeń trudno, aby była to prognoza wykonana z dokładnością do miejsca udzielania świadczeń. Powinna jednak zawierać sparametryzowany opis pozwalający kształtować optymalną gęstość i

rozłożenie tych urządzeń, z pomocą którego można także określić przyszłe potrzeby zdrowotne w wymiarze terytorialnym, czyli nie tylko liczbę i rodzaj świadczeń, ale także liczbę i rodzaj świadczeniodawców.

Województwo	Miasto	Liczba akceleratorów w roku 2015	Liczba akceleratorów w roku 2016	Prognoza liczby akceleratorów na rok 2025
dolnośląskie	**Jelenia Góra**	-	2	2
dolnośląskie	Legnica	2	-	2
dolnośląskie	Wałbrzych	3	3	4
dolnośląskie	Wrocław	6	8	6
kujawsko-pomorskie	Bydgoszcz	8	8	8
kujawsko-pomorskie	**Toruń**	-	-	2
kujawsko-pomorskie	**Włocławek**	-	2	2
lubelskie	**Biała Podlaska**	-	-	2
lubelskie	Lublin	6	6	8
lubelskie	**Zamość**	-	3	2
lubuskie	**Gorzów Wielkopolski**	-	-	2
lubuskie	Zielona Góra	4	3	4
łódzkie	Łódź	7	7	7
łódzkie	**Piotrków Trybunalski**	-	-	-
łódzkie	**Sieradz**	-	-	2
łódzkie	**Skierniewice**	-	-	2
łódzkie	Tomaszów Mazowiecki	3	3	3
małopolskie	Kraków	9	10	9
małopolskie	Nowy Sącz	2	2	3
małopolskie	Tarnów	3	3	3
mazowieckie	Wieliszew	3	5	4
mazowieckie	Otwock	2	2	2
mazowieckie	**Płock**	-	-	2
mazowieckie	**Radom**	-	3	3
mazowieckie	**Siedlce**	-	-	2
mazowieckie	Warszawa	13	14	13
opolskie	Opole	3	3	4
podkarpackie	Brzozów	4	3	4
podkarpackie	Rzeszów	3	3	4
podkarpackie	**Tarnobrzeg**	-	2	2
podlaskie	Białystok	4	4	5
podlaskie	**Suwałki**	-	-	2
pomorskie	Gdańsk	4	3	5
pomorskie	Gdynia	3	3	3
pomorskie	**Słupsk**	-	-	2
śląskie	Bielsko-Biała	4	4	5
śląskie	Częstochowa	2	2	4
śląskie	Dąbrowa Górnicza	2	2	4
śląskie	Gliwice	10	11	10
śląskie	Katowice	6	6	6
świętokrzyskie	Kielce	4	2	4
świętokrzyskie	**Sandomierz**	-	-	2
warmińsko-mazurskie	Elbląg	3	3	3
warmińsko-mazurskie	Olsztyn	3	3	5
wielkopolskie	**Kalisz**	-	1	3
wielkopolskie	**Konin**	-	-	2
wielkopolskie	**Leszno**	-	-	2
wielkopolskie	**Piła**	-	-	2
wielkopolskie	Poznań	10	13	10
zachodniopomorskie	Koszalin	3	3	3
zachodniopomorskie	Szczecin	5	5	5
Polska	-	144	160	200

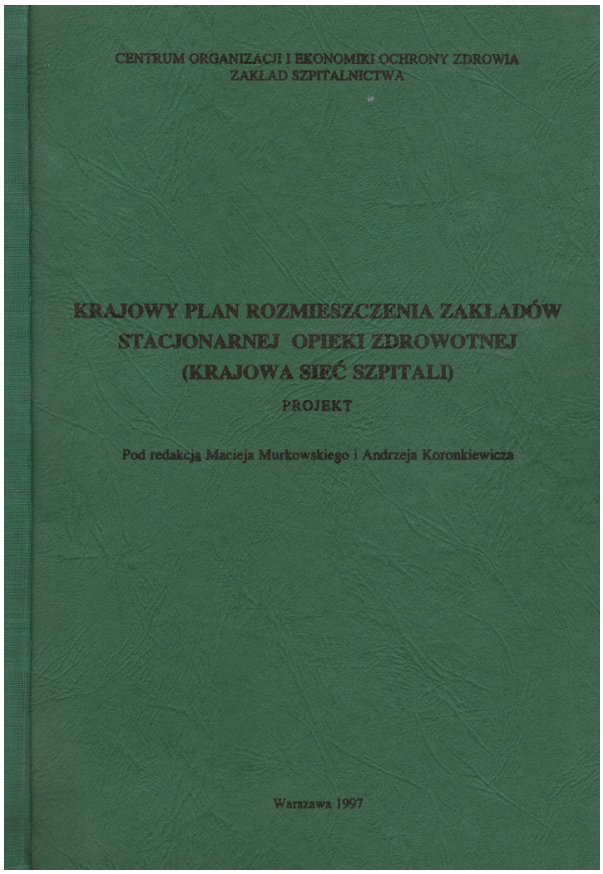
Rys. 4. Liczba akceleratorów oraz prognoza (opr. DAiS MZ)

Przykładowo mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii prezentują prognozę liczby akceleratorów na 2025 r. i ich optymalną lokalizację z dokładnością co miasta. Posługują się w tym celu modelem mającym na celu minimalizację średniej drogi pacjenta wymagającego teleterapii do podmiotu, w którym udzielane mu są świadczenia z tego zakresu. Podobnie mapy potrzeb z zakresu kardiologii z 2015 r. prezentują w podziale na województwa przyszłe zapotrzebowanie na stoły hemodynamiczne. Z zamieszczenia tych prognoz jednak zrezygnowano w edycji z 2018 r. Także mapy szpitalne ustawowe zawierają prognozę liczby łóżek w podziale na województwo i dziedzinę medycyny, choć można zauważyć, że nie uwzględnia ona zmian jakościowych i organizacyjnych w opiece zdrowotnej, jakie obserwujemy obecnie np. w okulistyce. Przechodząc do map dla 30 grup chorób w edycji z 2017 r. zawierały one przykładowo prognozę miejsc opieki w hospicjach stacjonarnych, domowych, czy opieki paliatywno-hospicyjnej. Jednak rozdział dotyczący prognoz łóżek czy miejsc zniknął w edycji map z 2018 r.

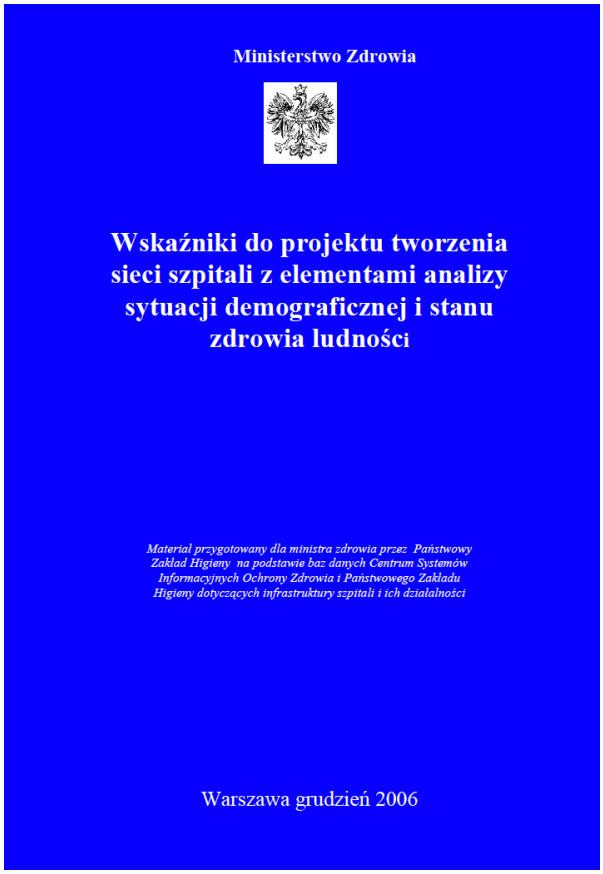
W kontekście analizy ilości i rozmieszczenia przyszłych zasobów ochrony zdrowia, a szczególnie szpitali, oddziałów szpitalnych, warto zauważyć, że w okresie transformacji Polska podjęła wcześniej co najmniej dwukrotnie zorganizowane systemowe próby zaplanowania odpowiadającej przyszłym potrzebom liczby łóżek, oddziałów, a w wyniku tego także zasobów kadrowych. Pierwsza była wynikiem zmian w systemie ochrony zdrowia podjętych w 1991 r. w związku z resortowym „Programem działań dostosowawczych na lata 1992-1994", których ukoronowaniem miało stać się wdrożenie krajowego planu rozmieszczenia zakładów stacjonarnej opieki zdrowotnej pod nazwą Krajowej Sieci Szpitali[15], opracowanego przez Zakład Szpitalnictwa Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia w 1997 r. Potrzeba wykonania tego rodzaju opracowania wynikała bezpośrednio z zapisu ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, której art. 37, ust. 2 stanowił, że „Minister Zdrowia i Opieki Społecznej po zasięgnięciu opinii organów samorządów medycznych ustala, w drodze zarządzenia, plan rozmieszczenia szpitali nowotworzonych lub przekształcanych, jeżeli taki plan dla określnego rodzaju zakładu lub obszaru województwa został opracowany." Mimo z górą dwóch dekad, jakie upłynęły od przygotowania tego dokumentu, jego wartością jest przyjęty sposób jego opracowania, który dziś nazwalibyśmy mapą potrzeb zdrowotnych. Włączał on w prace lokalnych interesariuszy i środowiska zawodowe, nadawał wiodącą w regionie rolę akademiom medycznych, uwzględniał poziomy referencyjne oraz, co wydaje się najważniejsze, dokonywał analizy potrzeb i proponował transformację oddziałów szpitalnych w

[15] *Krajowy planu rozmieszczenia zakładów stacjonarnej opieki zdrowotnej (Krajowa Sieć Szpitali).* Zakład Szpitalnictwa, Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia. Red. Murkowski, M. Koronkiewicz, A. Warszawa, 1997.

podziale na oddziały opieki krótkoterminowej, dzienne, opieki długoterminowej oraz stacjonarnej opieki paliatywnej i hospicja.



Rys. 5. „Mapy potrzeb zdrowotnych" 1997



Rys. 6. "Mapy potrzeb zdrowotnych" 2006

Takiego transformującego system ujęcia nie mają ani obecne mapy potrzeb zdrowotnych, ani dokonana dekadę później druga próba opisu niezbędnej infrastruktury ochrony zdrowia. Tym razem za jej przygotowanie był odpowiedzialny Państwowy Zakład Higieny. W 2006 r. zostały opracowane wskaźniki do projektu tworzenia sieci szpitali z elementami analizy sytuacji demograficznej i stanu zdrowia ludności[16] o charakterze map potrzeb zdrowotnych. Tworzyły one założenia ilościowe i rodzajowe do ustawy o sieci szpitali prof. Religi. Opracowanie to było cenione za analizę niezbędnej liczby łóżek w podziale na dziedziny medycyny nie tylko z perspektywy obłożenia i średniego czasu pobytu, ale także średniej przerwy pomiędzy pacjentami. Dodatkową wartością była czytelna prezentacja wyników w układzie Barbera – Johnsona. Opinie krytyczne dotyczyły głównie liniowej ekstrapolacji dokonanej na podstawie historycznego wykorzystania zasobów obarczonych przecież błędem niewłaściwego rozmieszczenia infrastruktury oraz brakiem podziału na rodzaje łóżek. Niemniej jednak w połączeniu z proponowanym pakietem rozwiązań ustawowych obejmujących monitorowanie jakości świadczeń, efektywności ekonomicznej, czy angażującego lokalnych interesariuszy protokołu wpisywania szpitali do sieci, mapy potrzeb zdrowotnych 2006 miały istotną wartość. Niestety obie inicjatywy – z 1997 r. i 2007 r. – nie doczekały się implementacji z powodu dyskontynuacji prac związanych ze zmianami parlamentarnymi.

Warto zauważyć, że dla wybranych świadczeń minister Szumowski podejmuje inicjatywy budowy sieci placówek w ramach programów pilotażowych określając warunki minimalne realizacji świadczenia, liczbę ośrodków i dokonując optymalnego ich wyboru. Przykładem tego jest sieć

[16] *Wskaźniki do projektu tworzenia sieci szpitali z elementami analizy sytuacji demograficznej i stanu zdrowia ludności.* Państwowy Zakład Higieny. Warszawa, 2006.

ośrodków trombektomii mechanicznej, której celem jest minimalizowanie ryzyka paraliżu i powikłań poudarowych. Należy jednak przytoczyć w tym kontekście głosy wypowiedziane dyskusji podsumowującej prace nad niniejszym raportem, że zaprezentowana mapa pilotowa trombektormii mechanicznej, jeśli już w taki metodyczny sposób została opracowana, powinna być sformułowana w sposób terytorialnie zrównoważony, gdyż w tej postaci generuje kolejne nierówności w zdrowiu.



Rys. 7. Pilotażowa "mapa potrzeb" w zakresie trombektomii mechanicznej (MZ)

Biorąc powyższe przykłady pod uwagę należy stwierdzić, że istnieją warunki dla określenia w mapach potrzeb zdrowotnych docelowego modelu rozmieszczenia wybranych zasobów medycznych – swoistej mapy rodzajowej prezentującej pożądane rozmieszczenie zasobów. Nawet jeżeli na początku nie dotyczyłby on wszystkich dyscyplin medycyny lub jego dokładność nie byłaby co do ośrodka, to krok po kroku model mógłby być formułowany dla tych zakresów i podmiotów angażujących najwięcej środków inwestycyjnych lub najbardziej ważących w budżecie NFZ. Warto jednak przyjąć pewien punkt odniesienia i przypomnieć, że wspomniany wcześniej plan transformacji z 1997 był z dokładnością do ośrodka, oddziału, poziomów referencyjnych oraz liczby i rodzaju łóżek na tym oddziale.

Określenie docelowej bazy infrastrukturalnej systemu ochrony zdrowia w Polsce definiuje wektory transformacji i tworzy warunki do sformułowania Planu Transformacji, który przeprowadziłby system ze stanu obecnego do pożądanego, a co najmniej nadał kierunek zmianom, wydatkom, wysiłkom środowiska. Poniższy przykład podany w dyskusji pokazuje, jak taki Plan Transformacji jest potrzebny.

Przykład podany w dyskusji

„Jeśli np. w danym województwie jest 7 oddziałów w danej specjalizacji, z tego 4 w mieście wojewódzkim, a potrzeba sumarycznie 5, to mapa powinna jasno wskazywać ile ma być w ich regionie, subregionach, a ile w mieście – reszta do konsolidacji, przekształcenia. Takich map potrzebujemy (np. oddziały chirurgii naczyniowej – 13 na Mazowszu, 10 w Warszawie, prawidłowo?).”

Plan Transformacji powinien zatem zawierać zróżnicowane narzędzia dostosowane do terytorialnie, dziedzinowo i rodzajowo zdywersyfikowanej sytuacji świadczeniodawców i potrzeb pacjentów. Są wśród nich w szczególności:

- **Przekształcenie** – systemowa, zaplanowana zmiana charakteru medycznego placówek, rodzaju świadczonej opieki, liczby i rodzaju łóżek (dzienne, krótkoterminowe, długoterminowe), oddziałów i zakresów świadczeń, powiązanej z tym aparatury medycznej, personelu (przykład: centralizacja chirurgii onkologicznej, decentralizacja chemioterapii i radioterapii[17]),
- **Konsolidacja** – konsolidacja właścicielska placówek, będących w gestii także różnych podmiotów tworzących, mająca na celu tworzenie efektywnych finansowo i klinicznie holdingów medycznych, wykorzystująca uzupełniający się potencjał i eliminująca dublujące zasoby,
- **Współpraca w ramach klastrów** – formalizowanie grup współpracy, reprezentujących podmioty lecznicze na różnych poziomach świadczeń, zapewniających pacjentom skoordynowaną pomoc medyczną w procesie leczniczym, w tym także na styku opieki zdrowotnej i społecznej,
- **Aktywna polityka właścicielska** – prowadzona wobec podmiotów leczniczych założonych przez ten sam podmiot tworzący, w szczególności ograniczająca dublowanie zasobów, inicjująca inteligentną (wykorzystującą lokalny potencjał) specjalizację poszczególnych ośrodków, wdrażająca narzędzia z obszaru centrów usług wspólnych (klinicznych i administracyjnych), optymalizująca koszty dzięki zakupom grupowym dóbr i usług oraz efektywnym metodom finansowania inwestycji.

Opracowanie **Planu Transformacji** powinno nastąpić na bazie map potrzeb zdrowotnych uzupełnionych o opis docelowej infrastruktury, w drodze szerokiej dyskusji i konsensusu środowisk. Metodologia, jaka została użyta w 1997 r., choć ma charakter archiwalny, stanowi tu dobry przykład. Dziś można w tym celu wykorzystać narzędzia konsensusu proponowane w ramach postulatu B2.

Reasumując przeważające głosy, zgodność z mapami potrzeb zdrowotnych nie może każdorazowo opierać się subtelnej analizie tysięcy stron dokumentów, tylko powinna wynikać z jednoznacznych wytycznych i wskaźników zawartych w mapach potrzeb. Potrzeba map potrzeb, które opiszą docelową infrastrukturę.

Należy zrewidować sposób patrzenia na mapy. To powinny być mapy przyszłych świadczeniodawców. Mapy nie tylko tego co leczyć, ale czym i gdzie leczyć, ile potrzeba oddziałów, łóżek. Mapy potrzeb zdrowotnych pacjentów, a nie potrzeb finansowych infrastruktury. Mapy indukowane faktycznymi potrzebami, a nie statystyką wykonania świadczeń.

Należy w tym celu poszerzyć Mapy potrzeb zdrowotnych o kierunkowy lub docelowy (ważny na określoną datę) opis osiągalnego optymalnego modelu zasobów ochrony zdrowia, tak pod względem rozkładu terytorialnego, ilości, jak i jego charakteru (np. roli w systemie, poziomu referencyjności).

W kolejnym kroku należy zidentyfikować różnice i opisać wektory transformacji zasobów, zmiany ich charakteru, w rozbiciu na konkretne szpitale, ośrodki.

Sformułowany na tej podstawie Plan Transformacji powinien dotyczyć infrastruktury, jak i zasobów intelektualnych z nią związanych. Powinien także obejmować wszystkie kluczowe rodzaje opieki, nie zapominając o opiece długoterminowej.

[17] *Koncepcja organizacji i funkcjonowania Krajowej Sieci Onkologicznej (Tom I).* Zespół Ministra Zdrowia ds. opracowania projektu koncepcji organizacji i funkcjonowania Narodowego Instytutu Onkologii. Warszawa, 29 czerwca 2018 r. https://www.alivia.org.pl/app/uploads/2018/07/T.-1_Koncepcja-organizacji-i-funkcjonowania-KSO_29_06_2018-2.pdf (dostęp 14.03.2019)

Postulat A3. Owskaźnikowanie systemu IOWISZ

Chociaż system IOWISZ był generalnie pozytywnie oceniany przez uczestników wywiadów, większość wypowiadających się na ten temat osób wskazywała na zbyt duże jego uzależnienie od ocen ekspertów, a zbyt małe od spełnienia twardych wskaźników.

Przeanalizujmy ten problem na przykładzie kluczowego pytania formularza IOWISZ w zakresie nowych inwestycji – (21) *Czy inwestycja odpowiada priorytetom dla regionalnej polityki zdrowotnej?* Jest to pytanie wykluczające, tzn. odpowiedź NIE, daje sumarycznie zero punktów w systemie IOWISZ. Czyli intencją pytania jest zapewnienie, aby każda inwestycja odpowiadała regionalnym priorytetom. Jest to jak najbardziej słusznie sformułowany cel. Poniżej zostały zacytowane dla przykładu priorytety regionalne dla województwa mazowieckiego.

Priorytety Regionalnej Polityki Zdrowotnej województwa mazowieckiego do 2019 r.

Zapewnienie kompleksowej opieki nad pacjentem z chorobą nowotworową na wszystkich etapach postępowania diagnostyczno-terapeutycznego.

Zapewnienie leczenia dzieci wymagających przeszczepu komórek krwiotwórczych.

Zwiększenie dostępności do oddziałów wewnętrznych, wzmocnienie opieki długoterminowej i rozwój opieki środowiskowej.

Tworzenie systemu zapewniającego kompleksową opiekę nad pacjentami z zaburzeniami psychiatrycznymi.

Zapewnienie kompleksowej opieki rehabilitacyjnej.

Zapewnienie kompleksowej opieki dla dzieci z zaburzeniami rozwojowymi.

Zwiększenie dostępności do oddziałów neurologicznych w tym udarowych, wzmocnienie opieki rehabilitacyjnej.

Modernizacja obiektów poprzez bieżącą wymianę wyeksploatowanej aparatury a także inwestycji w zakresie nowych rozwiązań technologicznych wykorzystywanych w realizacji świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

Priorytety Regionalnej Polityki Zdrowotnej województwa mazowieckiego od 1.01.2019 r.

Zapewnienie kompleksowej opieki nad pacjentem z chorobą nowotworową na wszystkich etapach postępowania diagnostyczno-terapeutycznego.

Zapewnienie kompleksowej opieki nad pacjentami z zaburzeniami psychicznymi ze szczególnym uwzględnieniem dzieci i młodzieży.

Zwiększenie dostępności do oddziałów wewnętrznych, wzmocnienie opieki długoterminowej i rozwój opieki środowiskowej.

Zapewnienie kompleksowej opieki rehabilitacyjnej.

Przekierowanie świadczeń zdrowotnych z lecznictwa szpitalnego do ambulatoryjnej opieki zdrowotnej.

Zwiększenie dostępności do oddziałów neurologicznych w tym udarowych, wzmocnienie opieki rehabilitacyjnej.

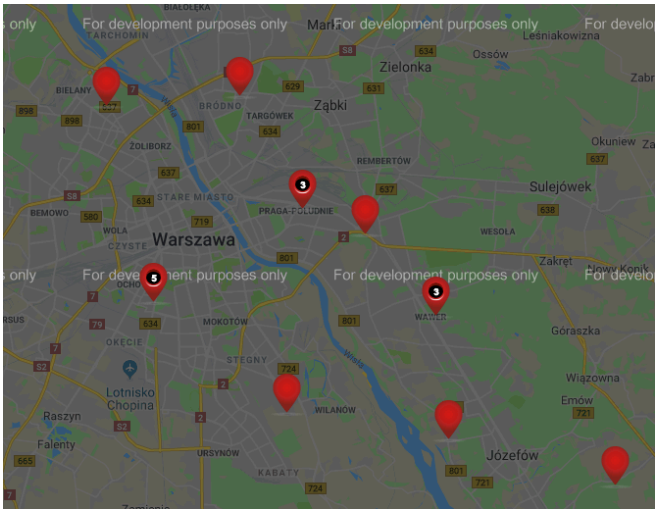
Modernizacja obiektów poprzez bieżącą wymianę wyeksploatowanej aparatury a także inwestycji w zakresie nowych rozwiązań technologicznych wykorzystywanych w realizacji świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

Długofalowa profilaktyka poprzez wdrożenie programów polityki zdrowotnej oraz programów zdrowotnych.

Choć w czasie, gdy zapadały decyzje o budowie Szpitala Południowego w Warszawie nie było to wymagane, ale zastanówmy się, czy z perspektywy znanych dziś priorytetów ta inwestycja uzyskałby pozytywną opinię wojewody, z planowanymi oddziałami położnictwa, ginekologii, neonatologii, chirurgii czy pediatrii? Czy gdyby nie wyłączenie spod oceny wojewody inwestycji deklarowanych na potrzeby obronności kraju (art. 95d ust. 1d p. 2 ustawy o świadczeniach), przeszedłby pozytywnie taką ocenę budowany szpital ministerstwa obrony narodowej w Legionowie z oddziałami: kardiologicznym, chirurgicznym, intensywnej terapii, chorób wewnętrznych, okulistycznym i ginekologiczno-położniczym? Choć podstawowym źródłem finansowania inwestycji są tu środki resortu obrony narodowej, świadczenia opieki zdrowotnej w tym szpitalu będą finansowane już ze wspólnych środków NFZ.

Nie wchodząc w polemikę co do słuszności tych decyzji, warto dostrzec ich szerszy kontekst zadając pytanie o dyktowaną potrzebami zdrowotnymi oczekiwaną liczbę ośrodków, oddziałów, pracowni,

tak aby pozytywna decyzja w jednym obszarze musiała oznaczać świadomie decyzje ograniczające w innym. IOWISZ powinien takie zagadnienia uwzględniać posługując się kierunkowymi wskaźnikami z map potrzeb zdrowotnych, jak zostało to opisane w ramach postulatu A2. Nie tylko powinien zadawać pytanie, czy inwestycja jest zgodna z priorytetami polityki zdrowotnej, czy jakościowo odpowiada mapom zdrowotnych, ale czy realizuje konkretny cel liczbowy miejsc realizacji świadczeń, ich lokalizacji.



Rys 8. Pracownie hemodynamiki w Warszawie (AISN)

Biorąc jako przykład pracownie hemodynamiki i angiografii, wg. danych Asocjacji Interwencji Sercowo Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego (dalej: AISN), w granicach aglomeracji warszawskiej działało w 2018 r. dość równomiernie rozłożonych 17 pracowni (według map potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego edycji 2018 dla województwa mazowieckiego 14 pracowni hemodynamiki). Według raportu NIK[18], w 2010 r., gdy w skali kraju działały 124 pracownie hemodynamiki i/lub elektrofizjologii, krajowy konsultant w dziedzinie kardiologii prof. Grzegorz Opolski stwierdził, że dalsze zwiększanie liczby takich ośrodków może prowadzić do obniżenia standardów świadczonych w nich procedur. Mimo to w 2011 r. było ich już 137, w 2012 r. – 153, w 2013 r. – 160, a w 2014 r. – 167. Wynik z 2010 r. odpowiada proporcji 3,2 pracowni na 1 mln mieszkańców. W przypadku Mazowsza przy 24 pracowniach ogółem otrzymujemy wynik 4,5 pracowni na 1 mln mieszkańców, a w przypadku 19 pracowni Obszaru Metropolitarnego Warszawy 7,3 pracowni, czyli ponad dwukrotnie wyższy od wskazanego w raporcie NIK na 2010 r. jako graniczny.

W tej perspektywie wydawałoby się celowe, aby na terenie Mazowsza nastąpiła dekoncentracja pracowni, a przynajmniej nie wzrastała już dalej ich liczba w samej Warszawie. Tymczasem w 2018 r. Mazowiecki Szpital Bródnowski zrealizował inwestycję w ścisłym centrum Warszawy (ul. Poznańska 22), polegającą na stworzeniu Śródmiejskiego Centrum Kardiologii, będącego kontynuacją Centrum Klinicznego. Podstawowym obszarem działania Centrum ma być zabezpieczenie śródmieścia Warszawy w wysoko-wyspecjalizowaną, interwencyjną, opiekę kardiologiczną. Inwestycja uzyskała wsparcie Województwa Mazowieckiego w wysokości 10.149.615,76 zł, które obok remontu pomieszczeń obejmuje zakup specjalistycznych urządzeń w zakresie między innymi pracowni hemodynamiki i pracowni elektrofizjologii[19]. Warto zastanowić się, jak wyglądałaby w tym wypadku ocena celowości inwestycji w systemie IOWISZ, gdyby pytanie nie było o to, czy inwestycja jest zgodna z priorytetami regionalnymi, tylko czy zachowuje, łamie, a może zmierza do pożądanej liczby pracowni na danym terenie? Tak się bowiem składa, że jeśli w ramach priorytetów umieści się cel związany z „modernizacją obiektów poprzez bieżącą wymianę wyeksploatowanej aparatury, a także

[18] *Informacja o wynikach kontroli. Realizacja świadczeń zdrowotnych z zakresu kardiologii przez publiczne i niepubliczne podmioty lecznicze*. LKA-4101-039/2014 Nr ewid. 1/2016/P/14078/LKA. Najwyższa Izba Kontroli. Warszawa 13 kwietnia 2016 r.

[19] W przekazanym autorowi wyjaśnieniu Departament Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego wyjaśnienia potrzebę rozwoju pracowni na Mazowszu pogorszonym w relacji do innych województw dostępem do świadczeń, choć nie odnosi tego bezpośrednio do sytuacji w Warszawie. Załączone do wyjaśnienia dokumenty wskazują, że problemem mieszkańców Centrum Warszawy jest brak w bezpośredniej okolicy (Centrum Warszawy) ośrodka świadczącego 24-godzinne dyżury w zakresie hemodynamiki oraz utrudnienia w dostępie do świadczeń dla 10-12 pacjentów miesięcznie z rozpoznaniem ostrego zespołu wieńcowego. Inwestycję uzasadnia się także optymalizacją rozwoju zakresu działania Śródmiejskiego Centrum Klinicznego, jego warunkami lokalowymi i dostępnymi już zasobami. Warto w konkluzji odnotować, że w związku ze zgłoszeniem wniosku o poszerzenie dostępności i pełnienie 24-godzinnego dyżuru hemodynamicznego przez znajdującą się w Centrum Warszawy Klinikę Chorób Wewnętrznych i Kardiologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego oraz inwestycją w Śródmiejskim Centrum Medycznym postuluje się aby oba ośrodki pełniły 24-godzinny dyżur naprzemiennie.

inwestycji w zakresie nowych rozwiązań technologicznych" niemalże każda wsparta na nowoczesności inwestycja będzie taki cel spełniać.

W dyskusji podsumowującej prace nad niniejszym raportem zwrócono uwagę, że wprowadzenie w 2018 r. osobnego formularza IOWISZ dla inwestycji odtworzeniowych podejmuje ten problem, gdyż prócz pytania o zgodność regionalnymi priorytetami polityki zdrowotnej pojawia się pytanie o zgodność z mapami potrzeb zdrowotnych (pytanie nr 19). Ponownie jednak należy wskazać, że odpowiedź na to pytanie byłaby bardziej obiektywna, gdyby bazowała na ocenie potrzeb zdrowotnych odniesionych do liczby i wskaźników koncentracji/dystrybucji zasobów.

W ocenie przedstawicieli MZ nie ma obecnie możliwości zdefiniowania satysfakcjonujących wskaźników, które pozwalałby na jednoznaczną ocenę potrzeb inwestycyjnych. Z tego powodu zastosowane w systemie IOWISZ podejście oparte o Wielokryterialną Analizę Decyzyjną (*Multi Criteria Decision* Analysis, dalej: MCDA) jest uznawane za optymalne. W świetle zaprezentowanego przykładu i szerszej dyskusji sposobu formułowania priorytetów zdrowotnych, czy ich oceny w realiach lokalnych preferencji, wniosek ten wydaje się zbyt daleko idący. O ile mapy potrzeb zdrowotnych formułowałyby pewne kierunkowe parametry liczbowe wyznaczające wektory transformacji systemu, to ocena inwestycji w ramach systemu IOWISZ mogłaby być w większym stopniu oparta na dowodach, niż opiniach.

O tym, jak może być pomocne w zarządzaniu środkami publicznymi na inwestycje uzależnienie decyzji wypracowanych w oparciu o system IOWISZ od twardych wskaźników, świadczy także dyskusja i wyniki głosowań podczas posiedzeń KS. Poniżej zostały przedstawione przykładowe głosowania, gdzie mimo zastrzeżeń MZ i NFZ do zgodności z mapami potrzeb inwestycji polegających na planowanym wzroście liczby łóżek wobec wynikającej z map konieczności ich zmniejszenia, po dyskusji odpowiadające im plany działań (dalej: PD) przechodziły bez zmian lub z bardzo niewielkimi korektami.

Wyciąg z wybranych posiedzeń KS

– Przyjęcie Planu działań województwa lubuskiego - uchwała Nr 63/2016 – wątpliwości MZ budził projekt pozakonkursowy pn. „Utworzenie Centrum Zdrowia Matki i Dziecka w Wojewódzkim Szpitali Klinicznym im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze" w kontekście przeniesienia do Centrum Zdrowia Matki i Dziecka oddziałów, które już istnieją, a dla których zgodnie z mapami potrzeb powinna nastąpić redukcja liczby łóżek. Po dyskusji, PD został ostatecznie przyjęty stosunkiem głosów 22 do 2 przy aż 6 głosach wstrzymujących się.

– Przyjęcie Planu działań województwa podkarpackiego – uchwała nr 84/2016 – wątpliwości MZ dotyczyły głównie projektu pn. „Rozbudowa Kliniki Hematologii oraz Kliniki Nefrologii ze Stacją Dializ Klinicznego Szpitala Wojewódzkiego nr 1 w Rzeszowie", gdzie planowano zwiększenie liczby łóżek, co nie było zgodne z mapami potrzeb zdrowotnych. Na posiedzeniu trwała długa dyskusja odnośnie zasadności dofinansowania projektu, który przewiduje zwiększenie liczby łóżek, mimo iż sytuacja w województwie, zgodnie z mapami potrzeb zdrowotnych, wskazuje na odwrotny trend. Po dyskusji, PD został ostatecznie przyjęty stosunkiem głosów 16 do 5 przy 4 głosach wstrzymujących się.

– Przyjęcie Planu działań województwa kujawsko-pomorskiego – uchwała nr 10/2017/XII – dyskusja i wątpliwości MZ dotyczyły projektu pozakonkursowego „Poprawa warunków funkcjonowania Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. L. Rydygiera w Toruniu poprzez przebudowę, budowę i doposażenie", gdzie na poszczególnych oddziałach planowane jest zwiększenie liczby łóżek, co nie wynika z map potrzeb zdrowotnych. Po dyskusji IZ RPO wycofała się z planowanego zwiększenia liczby łóżek jedynie na jednym z oddziałów planowanych do wsparcia. W pozostałych przypadkach podtrzymała plany zwiększenia liczby łóżek. Po dyskusji, PD został ostatecznie przyjęty stosunkiem głosów 29 do 4 przy 1 głosie wstrzymującym się.

– Przyjęcie Planu działań województwa małopolskiego – uchwała nr 55/2017/XIV – wątpliwości MZ wzbudził projekt pn. „Wyposażenie nowej siedziby Szpitala Uniwersyteckiego Kraków-Prokocim". Projekt dotyczy wyposażenia szpitala Kraków-Prokocim i jest częścią większej inwestycji. W zakresie RPO przewidziane jest wyposażenie budynku szpitala, natomiast sama budowa realizowana jest w ramach Programu Wieloletniego finansowanego ze środków Ministerstwa Zdrowia. Zastrzeżenia dotyczyły zgodności planowanych inwestycji z mapami potrzeb zdrowotnych w kontekście liczby łóżek, i planami w zakresie rozwoju kardiochirurgii. Po dyskusji PD został ostatecznie przyjęty stosunkiem głosów 20 do 4 przy 4 głosach wstrzymujących się.

Reasumując, system IOWISZ powinien być konsekwentnie poszerzany o instrumenty wspierające podejmowanie decyzji oparte na obiektywnych przesłankach liczbowych odnoszących się do przyjętych na poziomie krajowym ram efektywnościowych infrastruktury ochrony zdrowia oraz celów operacyjnych dotyczących rozmieszczenia i charakterystyki zasobów systemu wynikających ze znowelizowanych Map potrzeb zdrowotnych.

Pytania o celowość inwestycji, czy zgodność z mapami potrzeb, powinny powoływać się na wskaźniki gęstości i rozmieszczenia szpitali, oddziałów, pracowni, czy wybranych wyrobów medycznych zidentyfikowanych w mapach potrzeb zdrowotnych.

IOWISZ powinien oceniać zgodność inwestycji z wektorami transformacji systemu (Planem Transformacji), w sposób możliwie zobiektywizowany, niepodlegający wpływom.

Postulat A4. Właściwe miejsce w procesie decyzyjnym i rola Komitetu Sterującego

Postulat zmiany sposobu funkcjonowania Komitetu Sterującego był jedną z częściej zgłaszanych przez rozmówców uwag. W przeważającym odbiorze spotkania Komitetu zbyt często sprowadzają się do akceptacji dokumentów bez ich analizy i pogłębionej dyskusji. Niektórzy rozmówcy wprost określali czas spędzony w trakcie posiedzeń jako czas stracony, zniechęcający do dalszego angażowania się w prace Komitetu. Prośby o wyjaśnienie poprzedzające głosowania, nie mogą zastępować rzeczywistej dyskusji, w której ścierają się poglądy, argumenty i wypracowywane jest końcowe stanowisko. W ocenie rozmówców niemalże mechaniczna akceptacja planów działań w formie głosowań KS ma niewiele wspólnego z ich uzgadnianiem. Należy zadać pytanie, czy na tym ma polegać „sterujący" charakter KS – pytali retorycznie rozmówcy.

Warto zauważyć, że obserwacja ta stoi w pewnej sprzeczności z wnioskiem z Raportu końcowego „Ocena realizacji planów działań w sektorze zdrowia – ETAP II", którego autorzy stwierdzają[20], że „Sposób opracowywania i zatwierdzania PD należy ocenić jako właściwy". W innym miejscu tego raportu czytamy jednak, że „jakkolwiek znaczna większość respondentów jest zwolennikami utrzymania dotychczasowych procedur, to jednak w grupie negatywnie oceniającej PD wzrósł % ankietowanych zdecydowanie negatywnie je oceniających, lub też respondenci mając prawdopodobnie przekonanie o nieskuteczności narzędzia – nie mają w tej sprawie zdania."

Analizując potencjalne przyczyny rosnącego niezadowolenia ze sposobu opracowywania i zatwierdzania PD, a w przypadku niniejszej analizy – zgłaszania tego problemu jako jeden z istotniejszych w kontekście prac KS, prześledźmy opisany w Regulaminie KS w par. 7 sposób uzgadniania PD. Składają się na niego następujące etapy:

1. IZ/IP opracowuje projekt PD,
2. Odpowiednio MZ, NFZ, CSIOZ zapoznają się z projektem PD i opracowują uwagi,
3. IZ/IP zapoznaje się z uwagami i przygotowuje końcową wersję PD,
4. PD zostaje poddany pod głosowanie KS poprzedzone dyskusją.

Teoretycznie powinno to być skuteczne, ale można na to spojrzeć też w taki sposób, że IZ/IP musi przejść przez wymagającą czasu i nakładu pracy procedurę, w której i tak wie, co i jakimi środkami chce osiągnąć, a KS i tak w końcowym efekcie akceptuje PD, gdyż przy sile głosu MZ/NFZ/CSIOZ w

[20] Raport końcowy „Ocena realizacji planów działań w sektorze zdrowia – ETAP II". IBC GROUP Central Europe Holding S. A. Warszawa, 13 sierpnia 2018 r. (s. 19)

KS istnieje nikła możliwość przegłosowania wnioskodawcy lub wywierania siłą głosu wpływu na zmianę jego postępowania. Czy w tej perspektywie dyskusja przed głosowaniem coś może zmienić? – Powinna, ale w praktyce niewiele zmienia, gdyż jest to już zbyt późny na nią etap. Czy IZ/IP musi liczyć się z uwagami MZ/NFZ/CSIOZ? – Powinna, ale przy potencjalnej przewadze głosów strony samorządowej i utrwalonej praktyce głosowań nie musi do nich podchodzić z sposób nadmierny.

Zdarza się i tak, że dyskusji brak nawet w takich sytuacjach, w których jej obiektywnie potrzeba, a koordynacja ze strony KS wydaje się konieczna. Sytuacja taka miała miejsce latem 2018 r. i dotyczyła zapewnienia trwałości Dziennych Domów Opieki Medycznej (dalej: DDOM) po zakończeniu projektu. Okazało się wtedy, że kontynuacja działalności DDOM-ów poprzez finansowanie ich działalności z opłat pacjentów lub dzięki wsparciu samorządu może przekraczać możliwości finansowe tych płatników. Tymczasem sformalizowana ocena efektów pilotażu i ewentualne wprowadzenie do koszyka świadczeń odpowiedniego produktu rozliczeniowego o adekwatnej wycenie i alokowanie na ten cel właściwego budżetu wymaga czasu. Chociaż kwestie działalności DDOM-ów były wcześniej szeroko analizowane przez KS, to w krytycznym okresie, gdy problem trwałości DDOM-ów ujrzał światło dzienne, KS tego tematu nie podjął, choć miał ku temu okazję. W protokole z XVII posiedzenia KS w punkcie dotyczącym głosowania nad Planem działań w sektorze zdrowia na rok 2018 w ramach RPO Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020 obejmującym m.in. DDOM dyskusji na ten temat zabrakło, a uchwala została przez KS przyjęta jednogłośnie. Miesiąc po tym głosowaniu problem został podjęty w ramach interpelacji poselskiej[21]. Czy jednak nie jest tak, że KS jest zdecydowanie lepszym miejscem do dyskusji niż forum Sejmu RP? Przedstawione w odpowiedzi na interpelację argumenty Ministra Zdrowia są racjonalne, co nie zmienia faktu, że problemów z jakim zmierzyły się DDOM, które zakończyły swoje projekty, nie ma. Par. 1 ust 3. Regulaminu KS wyraźnie stwierdza, że KS „może także wykonywać inne zadania, niż wymienione w ust. 1, niezbędne do zapewnienia prawidłowego funkcjonowania mechanizmu koordynacji interwencji podejmowanych w sektorze zdrowia ze środków Unii Europejskiej". Ewentualne finansowanie NFZ dla DDOM jest właśnie takim zadaniem. Tymczasem analizując sprawozdania z posiedzeń KS można zauważyć, że jedną z najczęściej powtarzanych fraz jest: „W związku z brakiem uwag do przedmiotowego Planu przystąpiono do głosowania Uchwały".

Protokół z XVII posiedzenia KS z dnia 12 czerwca 2018 r. Plan działań w sektorze zdrowia na rok 2018 w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020.

Następnie Pan Juszczyński omówił Plan działań na rok 2018 dla województwa mazowieckiego, w którym ujęto dwa działania w ramach PI 9iv:
– konkurs nr RPOWMZ.9.K.12 - Dzienne Domy Opieki Medycznej (DDOM),
– konkurs nr RPOWMZ.9.K.13 - RPZ w zakresie chorób kręgosłupa i otyłości wśród dzieci z województwa mazowieckiego.
W związku z brakiem uwag do przedmiotowego Planu przystąpiono do głosowania Uchwały Nr 34/2018/XVII Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 12 czerwca 2018 r. w sprawie przyjęcia Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2018 w zakresie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego.
Uchwała została podjęta jednogłośnie.

Bywa też odwrotnie, gdy poddaje się pod dyskusję i głosowanie projekty, dla których nie wydano opinii o celowości inwestycji. A przecież to właśnie ta opinia powinna być jedną z kluczowych rekomendacji dla KS w ocenie takiego projektu. Wygląda to trochę tak, jakby opinia KS miała być tylko formalizmem, który trzeba przeprowadzić, natomiast faktyczne i jedyne centrum decyzyjne znajdowało się w regionie. Z tego powodu KS niejednokrotnie musiał korygować swoje uchwały poprzez dodanie w nich zastrzeżenia o konieczności przekazania do Sekretariatu Komitetu Sterującego kopii pozytywnej opinii o celowości inwestycji dla danego projektu. Taka praktyka nie wzmacnia sterującej roli KS i nie buduje jego znaczenia.

[21] *Interpelacja nr 23914 do ministra zdrowia w sprawie dziennych domów opieki medycznej.* Jerzy Kozłowski. Sejm RP, 12.07.2018 r.

Zgodzić się natomiast należy, że niezaprzeczalną wartością Komitetu Sterującego jest walor poznawczy obrad, edukacyjny, praktyka dzielenia się wiedzą, doświadczeniami, także tymi, co do których członkowie komitetu mają wątpliwości. Byłoby także nieprawdą stwierdzenie, że dyskusji całkowicie brakuje. Są one ożywione, gdy dotyczą spraw fundamentalnych, wpływających na wszystkich interesariuszy, np. kierunków dystrybucji środków w przyszłej perspektywie finansowej, rozwoju systemów e-zdrowia, czy nawet szczegółowych spraw, jak np. wspólnych stawek jednostkowych na określone usługi. Jednak w zakresie kluczowego zadania i narzędzia koordynacyjnego, jakim są PD, dyskusje te w ocenie wypowiadających się uczestników nie cechowały się intensywnością, stopniem pogłębienia, wypracowywaniem rozwiązań w drodze ścierania opinii i argumentów. Na to, przy obecnej formule pracy, prawdopodobnie zabrakłoby także czasu.

Z uwag tych płynie jeden kluczowy wniosek wypowiadany zgodnie przez osoby zgłaszające problem skuteczności prac KS – KS stoi na końcu procesu decyzyjnego, a powinien stać na początku, być autorem inicjatyw, ram ich realizacji, ram negocjacji, działającym jednak z poszanowaniem zasady pomocniczości. Innymi słowy, jeżeli KS ma czymś sterować, jak wynika z jego nazwy, to jego praca nie może polegać w tak znaczącym stopniu na akceptowaniu.

W konkluzji, należy zmienić umiejscowienie w procesie decyzyjnym Komitetu Sterującego, który powinien być nie ostatnim, a pierwszym w kolejności ogniwem zapewniającym koordynację w łańcuchu decyzji inwestycyjnych, wyznaczającym ramy, normy, podejmującym inicjatywy strategiczne, rozważającym opcje, nim zostaną dokonane wybory. Opracowanie rekomendacji dla kryteriów wyboru projektów tego nie wyczerpuje. Rola komitetu powinna być kluczowa dla głównych inwestycji na etapie programowania. Duża inwestycja nie musi być duża w perspektywie lokalnej. Może być duża lub krytyczna z punktu widzenia jej ogólnokrajowej skali oddziaływania.

Czy rozwiązanie tego problemu ma polegać na utworzeniu centralnego PO Zdrowie? Według przedstawicieli MZ – tak. Jednak pozostali zwracali uwagę, że najpierw powinno zrewidować się miejsce KS w procesie decyzyjnym, a w szczególności treść par. 7 Regulaminu KS.

Postulat A5. Zmiana sposobu podejmowania decyzji przez Komitet Sterujący

W głosowaniach dotyczących ogółu interesariuszy, takich jak powoływanie grup roboczych, przyjmowanie rekomendacji dla kryteriów wyboru projektów w ramach priorytetów inwestycyjnych, czy dotyczących wszystkich regionów, głosowanie wszystkich członków komitetu z równą siłą głosu jest uzasadnione. Jednak w szeregu wywiadów zostało postawione pytanie, dlaczego o sprawach dotyczących danego województwa mają decydować i to z przeważającą siłą głosu przedstawiciele innych województw? Czy w innym przekroju, dlaczego na forum KS minister zdrowia, odpowiedzialny za kształtowanie polityki zdrowotnej kraju, może zostać przegłosowany przez stronę samorządową?

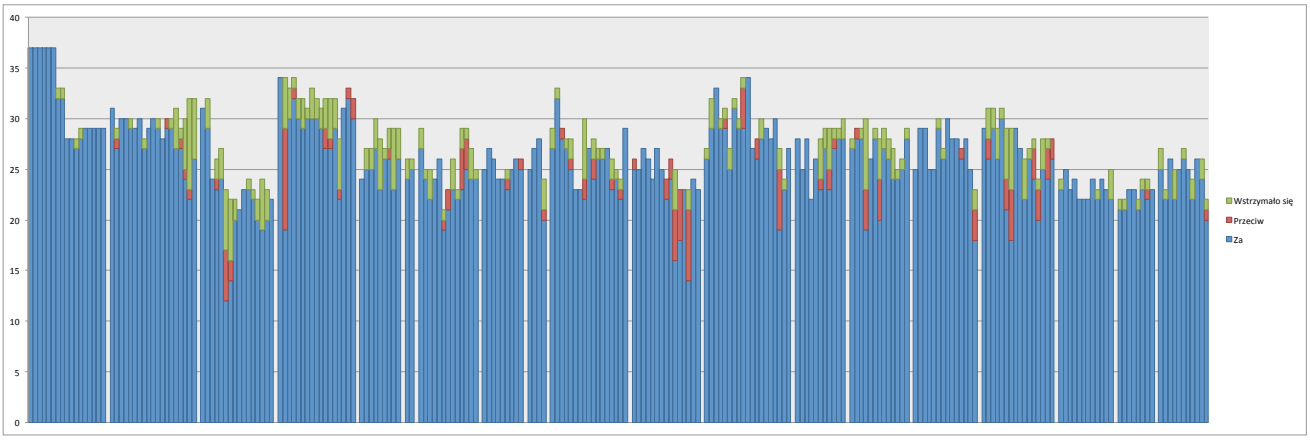
W dyskusji tej ukształtowały się dwa scenariusze. W pierwszym, ogólne zasady podejmowania uchwał przez KS pozostają bez zmian, zostaje jednak wprowadzony równy parytet siły głosu, tak by zapewnić równowagę pomiędzy głosami 16 przedstawicieli samorządu i rządu. Warto zauważyć, że tam gdzie ścierają się opinie dwóch stron, na równi choć w różny sposób zaangażowanych w dane zagadnienie, jak np. władzy rządowej i samorządowej, pracodawców i pracowników, dąży się do konsensusu zamiast przegłosowywania jednej strony przez drugą. Tak jest np. w ramach Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego, w której strona rządowa i samorządowa mają po równej liczbie głosów. Stanowiska są wypracowywane w zespołach roboczych, w których skład także

wchodzą przedstawiciele stron w równej liczbie. W podobny oparty na konsensusie sposób są kształtowane relacje w ramach Rady Dialogu Społecznego. Przyjęcie uchwały Rady wymaga zgody każdej ze stron – rządu, pracowników i pracodawców.

Tymczasem zgodnie z decyzją w sprawie powołania KS[22], przedstawicieli z prawem głosu w Komitecie posiadają:

- strona rządowa – 20,
- strona samorządowa – 16,
- partnerzy społeczni – 5.

Teoretycznie strona rządowa ma przewagę, a wystarczy nieobecność dwóch innych członków KS, aby miała przewagę absolutną. Jednak biorąc pod uwagę faktyczną frekwencję w głosowaniach kształtującą się na poziomie 60-70% (rys. 6), głosowanie zgodnie z zasadą „jeden przedstawiciel, jeden głos" może całkowicie wypaczać parytet głosów założony przez ministra infrastruktury i rozwoju. Dodatkowo warto zauważyć, że stronę rządową reprezentują przedstawiciele odrębnych urzędów – MZ, MIiR, MRPiPS, Ministerstwa Cyfryzacji (dalej: MC). Także przedstawiciele MZ są rozdrobnieni, gdyż reprezentują Agencję Oceny Technologii i Taryfikacji (dalej: AOTMiT), NFZ, Centrum Informacyjnych Ochrony Zdrowia (dalej: CSIOZ) i Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (dalej: CMJ). Przy takiej rozproszonej formule, ustalanie wspólnej polityki strony rządowej, czy nawet Ministra Zdrowia, na bieżąco, bezpośrednio przed każdym głosowaniem, czy z krótkim wyprzedzeniem na parę dni naprzód, wydaje się nadzwyczaj utrudnione. Nawet, gdyby taka wspólna polityka była ustalana, wystarczy nieobecność niektórych uczestników w głosowaniu, aby nie mogła być realizowana. Z tego właśnie powodu w wywiadach pojawiła się propozycja wyłonienia w KS stron i głosowania przez strony zgodnie z przyjętym parytetem.



Rys. 9. Frekwencja w głosowaniach KS (separatory oddzielają kolejne posiedzenia)
opr. wł. na podstawie sprawozdań KS

W alternatywnym scenariuszu warto zastanowić się, czy generalnie w sprawach dotyczących danego województwa powinni brać udział w głosowaniu przedstawiciele innych województw? Plan działań na konkretny rok dla konkretnego województwa, to temat pomiędzy ministrem zdrowia a marszałkiem. Może interesować pozostałe regiony, ale ich głos powinien mieć raczej znaczenie doradcze, chyba, że plan działań w jednym województwie oddziałuje na system ochrony zdrowia w drugim (np. poprzez zbudowanie dużego centrum medycznego o ponadregionalnym znaczeniu). Podobnie, czy przedstawiciele instytucji takich jak AOTMiT, NFZ, CSIOZ, CMJ nie powinni występować z głosem doradczym dla ministra zdrowia? Czy nie powinno być tak, że decyzja zapada w formie konsensusu wiodących przedstawicieli stron, a w przypadku braku możliwości jego

[22] Decyzja nr 19 Ministra Infrastruktury i Rozwoju z dnia 9 lipca 2015 r. w sprawie powołania podkomitetu do spraw zdrowia na lata 2014-2020.

osiągnięcia wdrażana jest odpowiednia procedura facylitacji? Uczestnicy wywiadów zgłaszali przykładowo, że może ją stanowić odwołanie się do opinii innych ciał. Na poziomie rejonu mogłaby to być przyszła Regionalna Rada ds. Zdrowia (patrz Postulat B1), a na poziomie centralnym przykładowo Komitet ds. Zdrowia Publicznego Polskiej Akademii Nauk. W każdym wypadku sugerowano, że końcową decyzję w przypadku braku konsensusu powinien podejmować minister zdrowia, jako odpowiedzialny za politykę publiczną w ochronie zdrowia w skali całego kraju.

Warto na koniec zacytować zgłoszoną w toku wywiadów rewolucyjną, ale jakże podsumowującą wszystkie powyższe zastrzeżenia propozycję, aby miejsce KS zajął Zespół do Spraw Ochrony Zdrowia i Polityki Społecznej Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego, mający ugruntowane od 2005 r. ramy działania, wypracowane metody dochodzenia do konsensusu, a sama Komisja utrwaloną istotną rolę w systemie zarządzania państwem.

Nie rozstrzygając o końcowym rozwiązaniu, sytuacja w której głosowania w sprawie wielomilionowych budżetów są przeprowadzane zgodnie z zasadą „jeden przedstawiciel, jeden głos", przy braku obowiązku w nich uczestniczenia, braku praktycznych mechanizmów uzgadniania stanowiska w kręgu przedstawicieli danej strony, zmiennej w trakcie dnia frekwencji w głosowaniach, jest trudna do racjonalnego obronienia.

Zmianie powinien ulec sposób podejmowania decyzji, to jest zasada głosowań, tak aby z jednej strony zapewnić Ministrowi Zdrowia możliwość realnej realizacji polityki zdrowotnej, a z drugiej, zgodnie z zasadą pomocniczości, respektować odpowiedzialność samorządu za politykę regionalną i lokalną.

Należy w tym celu rozważyć takie rozwiązania, jak parytet głosów, głosowania stronami, obowiązkowy konsensus, ograniczenie głosu regionów, których dany problem nie obejmuje, do głosu doradczego, zmiana znaczenia głosu agend MZ do głosu doradczego, czy wreszcie ustanowienie lub wskazanie zewnętrznych ciał doradczych, tak na poziomie regonów, jak i państwa, do których strony mogłyby się zwracać z opinią w przypadku braku konsensusu.

Konkluzje w zakresie struktury programowania

Decydujący wpływ struktury systemu ochrony zdrowia

Dyskusja struktury programowania nie może odbyć się bez odniesienia się do struktury systemu ochrony zdrowia. Mimo, że nie był to zaplanowany punkt scenariusza wywiadów, niemalże każda rozmowa dotykała tego obszaru i był on w tym aspekcie kluczowy. Struktura systemu ma bowiem w opinii rozmówców kluczowy defekt – brak właściciela problemu. Stoi za tym rozproszenie własności publicznej, które jest źródłem rozproszenia priorytetów, interesów i odpowiedzialności oraz sztuczne linie podziału pomiędzy opieką realizowaną na poziomie krajowym, regionalnym i lokalnym. Skutkuje to brakiem rozliczalności decyzji w zakresie polityki zdrowotnej, w szczególności w zakresie inwestycji.

Problemy te rodzą nieskoordynowane adresowanie potrzeb i inwestycje szpitali, za którymi stoi lokalny partykularyzm. Wpływa to na rolę i postrzeganie podstawowych narzędzi polityki zdrowotnej, takich jak edukacja zdrowotna, kształcenie nawyków, profilaktyka zdrowotna oraz deinstytucjonalizowana opieka długoterminowa, wsparte na fundamencie podstawowej opieki

zdrowotnej. Trudno nadawać tym obszarom priorytet na etapie programowania, gdy na plan pierwszy, pod hasłem bezpieczeństwa zdrowotnego populacji, przebijają się problemy szpitali.

Nawet jeśli odwracanie piramidy świadczeń zdrowotnych i podnoszenie roli POZ, opieki środowiskowej, uzyskuje należny priorytet w dziedzinie inwestycji finansowanych z EFSI, to traci go gdy, gdy dochodzi do dyskusji o niezbędnych przesunięciach w budżecie świadczeń i faktycznym ograniczeniu roli szpitali na poziomie ich kontraktowania. Cierpi na tym skuteczność i trwałość inwestycji, które po zakończeniu finansowania wspólnotowego nie uzyskają należnego finansowania ze środków krajowych.

W świetle powyższych obserwacji kluczowe w opinii uczestników wywiadów jest identyfikacja i rozwiązanie najpierw problemów źródłowych (ang. *root cause*), a nie znajdywanie sztucznych rozwiązań na poziomie programowania, które tylko pozornie pozwalają rozwiązać obserwowane problemy okazując się w końcowym efekcie nieskuteczne.

Postulat B1. Konsensus struktur decyzyjnych

Obecne rozproszenie i rozłączność odpowiedzialności i rozliczalności za zdrowie, tak na poziomie regionalnym, jak i centralnym, nie jest do dalszego pogodzenia z warunkiem efektywnego programowania interwencji ze środków EFSI, czy jakichkolwiek innych – wypowiadali się uczestnicy wywiadów. Zgodnie z art. 4 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej[23] (dalej: ustawa o działalności) podmiot leczniczymi są:

1. przedsiębiorcy,
2. samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej,
3. jednostki budżetowe,
4. instytuty badawcze,
5. fundacje i stowarzyszenia,
6. jednostki organizacyjne stowarzyszeń posiadające osobność prawną,
7. osoby prawne i jednostki organizacyjne kościołów i związków wyznaniowych,
8. jednostki wojskowe.

Działalność leczniczą mogą także wykonywać lekarze, pielęgniarki, położne i fizjoterapeuci (art. 5 ustawy o działalności). Dodatkowo zgodnie z art. 6 ustawy o działalności, podmiotami uprawnionymi do tworzenia podmiotów leczniczych są:

1. Skarb Państwa reprezentowany przez ministra, centralny organ administracji rządowej albo wojewodę, gdzie w praktyce SPZOZ jako właściciele podmiotów występują: minister zdrowia, minister obrony narodowej i minister spraw wewnętrznych i administracji,
2. jednostka samorządu terytorialnego: województwo, powiat, gmina, gmina miejska na prawach powiatu,
3. uczelnia medyczna.

Te trzy artykuły ustawy o świadczeniach tworzą mozaikę podmiotów leczniczych o niezwykle zróżnicowanej polityce właścicielskiej i roli w systemie opieki zdrowotnej. Poniżej w celach przykładowych przedstawiono listę szpitali w aglomeracji warszawskiej świadczących usługi w zakresie pediatrii.

[23] Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2011 Nr 112 poz. 654, ze zm.)

Podmioty lecznicze (podmioty tworzące) świadczące opiekę medyczną w zakresie pediatrii w rodzaju leczenie szpitalne na obszarze Warszawskiego Obszaru Metropolitarnego:

- Centralny Szpital Kliniczny MSW w Warszawie (**Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji**)
- Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka" (**Rada Ministrów**)
- Szpital Bielański (**Miasto st. Warszawa**)
- Szpital Dziecięcy im. prof. dr med. Jana Bogdanowicza (**Samorząd Województwa Mazowieckiego**)
- Samodzielny Publiczny Dziecięcy Szpitala Klinicznego w Warszawie (**Warszawski Uniwersytet Medyczny**)
- Szpital św. Anny w Piasecznie (**EMC Piaseczno Sp. z o.o.**)
- Warszawski Szpital dla Dzieci (**Miasto st. Warszawa**)
- ZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym (**Samorząd Województwa Mazowieckiego)**

Tylko w tym jednym obszarze działa 6 różnych podmiotów tworzących, a sytuacja tu przedstawiona wcale nie jest najbardziej skomplikowana. Jeśli dodać do tej listy podmioty lecznicze świadczące usługi ochrony zdrowia dla dzieci w rodzaju AOS, POZ, gdzie w Warszawie mamy znaczące skoncentrowane centra usług, rehabilitacji, itp. można dostrzec jak bardzo złożona jest mapa interesariuszy. Kto powinien koordynować rozwój tych podmiotów, programować inwestycje, jeśli występuje tak wielu, tak silnych, właścicieli na każdym szczeblu opieki?

Dziś właściwie nie ma odpowiedzi na to pytanie. Od strony terytorialnej gospodarzem terenu jest Marszałek Województwa Mazowieckiego i Prezydent m.st. Warszawy. Gdyby jeszcze chodziło tylko o te dwa podmioty, mogłyby one uzgodnić wspólną politykę w zakresie opieki pediatrycznej w ramach kontaktów bilateralnych. Ale mamy tu także posiadające znaczny poziom niezależności i własne zadania Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji, Akademię Medyczną i Radę Ministrów reprezentowaną przez Ministra Zdrowia. Jakby tego było mało, istotną rolę dla południowych dzielnic Warszawy pełni szpital prowadzony przez spółkę giełdową.

Od strony formalnej dokumenty programowe o znaczeniu strategicznym dla regionu obejmujące tematykę zdrowotną przyjmują:

a) wojewoda, w zakresie Regionalnych Priorytetów Polityki Zdrowotnej, Regionalnych Map Potrzeb Zdrowotnych, planów działania systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego,
b) samorząd województwa oraz samorząd powiatowy i gminny w zakresie polityki rozwoju,
c) dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ w zakresie planu zakupów świadczeń opieki zdrowotnej.

Teoretycznie dokumenty te powinny być ułożone w kaskadzie od Regionalnych Priorytetów po plany zakupów NFZ. Jednak w końcowym efekcie każdy z poziomów zarządzania strategicznego bierze pod uwagę inne dodatkowe czynniki, uwarunkowania, wynikające z silosowych ram ich funkcjonowania, co w warunkach braku mechanizmu uzgodnieniowego prowadzi do desynchronizacji systemu.

Jeśli oprócz wymiaru terytorialnego wziąć pod uwagę podział na dziedziny medycyny, problemów związanych z uzgadnianiem i planowaniem opieki zdrowotnej i inwestycji pojawiają się w Polsce tysiące. Są one źródłem lokalnych partykularyzmów, prób wywierania presji, materiałem mającym znaczny potencjał polityczny. W ciągu ostatnich dwóch dekad rodziły się z różnym skutkiem różne, czasem całkowicie przeciwstawne, koncepcje rozwiązania tego problemu. Wymieńmy dla przykładu próbę uporządkowania sektora w ramach pakietu ustaw prof. Religi, następnie wprowadzone w życie rozwiązania opisane ustawą o działalności leczniczej oraz rachunek ekonomiczny i konkurencję jako mechanizm regulujący rynek i motor konsolidacji, czy niedawne wprowadzenie sieci szpitali. Dodajmy do tego akademickie koncepcje, jak przeniesienie własności szpitali powiatowych na poziom marszałkowski, czy przekazanie ich pod nadzór szpitali klinicznych.

Oczywiście w ramach danego podmiotu tworzącego, np. na poziomie województwa, są przykłady i zebrane doświadczenia udanych procesów konsolidacyjnych. Są także przykłady współpracy, uzgodnień, dzielenia się rolami szpitali jednego szczebla, np. szpitali powiatowych. Są realizowane projekty pilotażowe opieki koordynowanej łączące różne szczeble lecznictwa. Działa wreszcie sieć szpitali. Jednak wszystkie te inicjatywy i działania nie są wystarczające w morzu potrzeb związanych z zarządzaniem sektorem. Pytanie, jak koordynować inwestycje, dzielić się zadaniami, było w tym kontekście kluczowym pytaniem pojawiającym się w trakcie wywiadów.

Czy stanowi zaskoczenie, że osoby biorące udział w badaniu i podejmujące twórczo ten temat, mimo odmienności reprezentowanych środowisk i cechujące się różnym doświadczeniem, w dość zgodny sposób zaproponowały bardzo zbliżone rozwiązania? Nie powinno. Koncepcja regionalnego konsensusu w ochronie zdrowia, bo o nią tu chodzi, kształtowała się w Polsce od lat 90-ych. Nigdy jednak nie została wprowadzona w życie. Wydaje się, że najbliżej jej wprowadzenia był prof. Zbigniew Religa. Poniżej prezentujemy fragment ustawy powołujący Regionalne Rady ds. Spraw Szpitali.

Projekt ustawy o sieci szpitali prof. Religi (fragment)

Art. 18.

1. Przy wojewodzie działa Regionalna Rada do Spraw Szpitali realizująca zadania w zakresie spraw dotyczących tworzenia i funkcjonowania sieci szpitali właściwych dla danego województwa.

2. Przewodniczącym Regionalnej Rady do Spraw Szpitali jest przedstawiciel wojewody.

3. W skład Regionalnej Rady do Spraw Szpitali wchodzą przedstawiciele wskazani przez:
   1) ministra właściwego do spraw zdrowia – dwie osoby,
   2) Ministra Obrony Narodowej – jedna osoba,
   3) ministra właściwego do spraw wewnętrznych – jedna osoba,
   4) Związek Powiatów Polskich – dwie osoby,
   5) Związek Województw Rzeczypospolitej Polskiej – dwie osoby,
   6) Konferencję Rektorów Uczelni Medycznych – dwie osoby,
   7) właściwego wojewodę – jedna osoba,
   8) dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia – dwie osoby,

- których wiedza i doświadczenie daje rękojmię prawidłowego wykonywania powierzonych im zadań.

Dziś koncepcja konsensusu jest formułowana ponownie. Patrzymy jednak na nią szerzej – nie tylko z perspektywy szpitalnictwa ale wszystkich szczebli opieki zdrowotnej działających w synergii i współpracy. Nawiązuje do niej także minister Szumowski, gdy postuluje „współpracę w miejsce konkurencji". Pytanie tylko, jak ten konsensus wprowadzić.

Rozwiązanie zaproponowane w trakcie realizacji badania opiera się m.in. na twórczym wykorzystaniu doświadczenia Wojewódzkich Rad ds. Potrzeb Zdrowotnych (dalej: WRPZ). Zgodnie z ustawą o świadczeniach (art. 95a ust. 2), regionalną mapę potrzeb zdrowotnych (dalej: Mapa Regionalna) sporządzą właściwy wojewoda w porozumieniu z WRPZ. Dodatkowo, na podstawie Mapy Regionalnej, wojewoda w porozumieniu z WRPZ ustala priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej i dokonuje ich aktualizacji (art. 95c). Z perspektywy programowania inwestycji i konsensusu jako narzędzia temu służącego, ważne jest podkreślenie składu WRPZ. Tworzą go (art. 95b ust. 1) konsultanci wojewódzcy oraz:

1. jeden przedstawiciel wojewody,
2. jeden przedstawiciel marszałka województwa,
3. jeden przedstawiciel dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ,

4. jeden przedstawiciel Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny,
5. jeden przedstawiciel wojewódzkiego Urzędu Statystycznego,
6. jeden przedstawiciel szkół wyższych kształcących na kierunkach medycznych mających siedzibę na terenie województwa,
7. jeden przedstawiciel konwentu powiatów danego województwa,
8. jeden przedstawiciel reprezentatywnych organizacji pracodawców.

Z perspektywy celów, jakie analizujemy, skład ten byłby pełny, gdy uzupełnić go o:

9. jednego przedstawiciela szpitali MSWiA działających w regionie,
10. jednego przedstawiciela szpitali MON działających w regionie,
11. jednego przedstawiciela POZ oraz
12. jednego przedstawiciela AOS.

W nowej WRPZ istotnej zmianie musiałaby ulec rola konsultantów wojewódzkich. Rada obecnie jest zbyt liczna. Konsultanci powinni stanowić Korpus Doradczy dla nowej WRPZ, wspierający merytorycznie, jednak nie zastępujący w podejmowaniu decyzji.

W ten sposób nawet, gdyby w dalszej dyskusji została zidentyfikowana potrzeba dodania jeszcze dwóch przedstawicieli, np. środowisk lekarzy i pielęgniarek, to biorąc pod uwagę doświadczenia zespołów roboczych Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego, w ostatecznym rozrachunku skład 14-osoby jest sprawnym gronem mogącym podejmować złożone wyzwania i uzgadniać je w drodze konsensusu. Z uwagi na liczbę zadań jedna rzecz różniłaby jednak obecne WRPZ od przyszłych – charakter pracy. WRPZ zbierają się obecnie sporadycznie. Po poszerzeniu kompetencji o zadania z obszaru programowania i koordynacji polityki zdrowotnej musiałyby działać na zasadach profesjonalnych.

Tak skonstruowana WRPZ miałaby także potencjał do angażowania się w wymagany sposób w zadania związane z inwestycjami ze środków EFSI. W każdym wypadku podkreślić należy głos rozmówców, że tak czy podobnie ukształtowana rada, reprezentująca wszystkie szczeble opieki i wszystkich właścicieli, miałaby realne szanse dokonać przejścia od konkurencji do współpracy, od walki do konsensusu, od partykularyzmu do wspólnoty interesów. Byłaby tym samym ważnym partnerem dla IZ i KS, bez względu na końcowe rozwiązania przyjęte w zakresie kształtu programów operacyjnych.

Reasumując, należy postawić tamę lokalnemu, jak i centralnemu partykularyzmowi. Należy w związku z tym zapewnić, aby kluczowe decyzje w zakresie polityki zdrowotnej zapadały w warunkach konsensusu. Jest wśród nich rola POZ, szpitali powiatowych, identyfikacja i nadawanie odpowiedniego priorytetu potrzebom zdrowotnym, ograniczenie konkurencji pomiędzy szpitalami podobnej wielkości i funkcji, ale tworzonych przez różnych właścicieli, 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. Uwzględniałby on z jednej strony przedstawicieli wszystkich interesariuszy, w szczególności POZ, AOS, szpitali resortowych, działających na terenie województwa szpitali o znaczeniu krajowym, a z drugiej przenosił z tego grona do Korpusu Doradczego konsultantów wojewódzkich, ograniczając liczbę członków do operacyjnego grona kilkunastu osób.

Podobne procesy konsolidacji decyzji i wypracowywania konsensusu powinny mieć miejsce na centralnym poziomie krajowym.

Postulat B2. Priorytet profilaktyki zdrowotnej, POZ i deinstytucjonalizacji w budżecie NFZ

Dyskusja kierunków zmian i priorytetów wymaga potwierdzenia w warstwie finansowej. Postulaty dotyczące wzrostu roli opieki ambulatoryjnej, środowiskowej, odwrócenia piramidy świadczeń, czy wzrostu roli profilaktyki zdrowotnej formułowane są w Polsce od szeregu lat. Jeśli jednak spojrzeć na koszty świadczeń opieki zdrowotnej NFZ, trudno dostrzec zmianę trendów, jaka odpowiadałaby tym postulatom. Oczywiście szereg wydatków związanymi z wymienionymi postulatami rośnie, jednak wzrost ten wynika ze wzrostu całego budżetu płatnika. Analizując jednak zmiany udziałów tych wydatków w całkowitych kosztach świadczeń opieki zdrowotnej, można nabrać wątpliwości, czy wobec bieżących wyzwań finansowych NFZ ma potencjał do oczekiwanej zmiany trendów.

W tab. 1 przedstawiono udział wybranych pozycji kosztowych w budżecie NFZ od 2011 r. Ze względu na liczne aktualizacje planów finansowych, wartości odpowiadają ostatniej wersji planu dla danego roku, a w przypadku 2019 r. ostatniej aktualnej wersji planu. Można zauważyć, że:

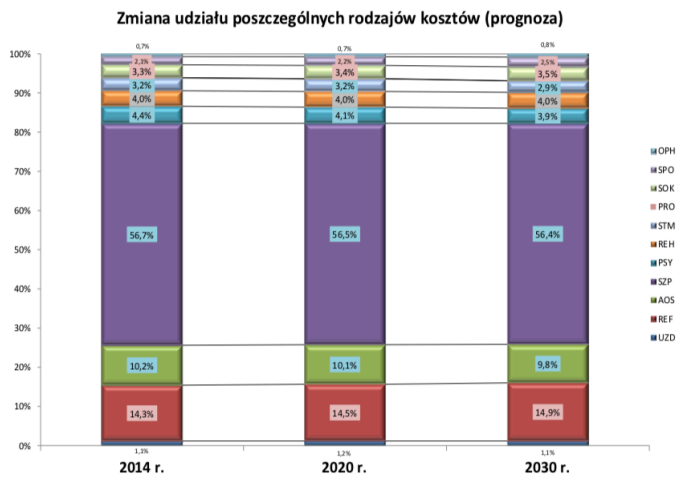
- udział wydatków na POZ spadał do 2014 r., by następnie wzrosnąć do maksymalnego poziomu 13,37% w 2018 r., który nie jest już zagwarantowany w roku bieżącym,
- udział wydatków na AOS wzrastał do 2014 r., w którym osiągnął poziom 8,59%, by następnie ulegać stopniowemu zmniejszeniu do 5,68% w roku bieżącym (część tego spadku można powiązać z realizacją AOS w ramach sieci szpitali),
- udział wydatków na leczenie szpitalne utrzymuje na przestrzeni 9 lat tendencję wzrostową z niewielkimi wahaniami i jest zaplanowany w roku bieżącym na poziomie 51,11%,
- udział wydatków na świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze oraz opiekę paliatywną i hospicyjną konsekwentnie rósł na przestrzeni 9 lat z poziomu 2,17% do 2,94% łącznie (wzrost o 35%),
- od 2013 r. spada udział wydatków na opiekę stomatologiczną i całkowity budżet na refundację,
- wydatki własne NFZ na profilaktykę zdrowotną pozostają marginalne.

	Plan finansowy NFZ po zmianach	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
B2	**Koszty świadczeń opieki zdrowotnej (B2.1 + … + B2.21)**	**58 399 651**	**61 698 289**	**63 230 834**	**64 517 195**	**68 480 997**	**71 014 125**	**76 659 026**	**81 863 653**	**84 431 927**
B2.1	podstawowa opieka zdrowotna	12,62%	12,31%	12,11%	11,98%	12,96%	13,33%	13,27%	13,37%	13,16%
B2.2	ambulatoryjna opieka specjalistyczna	7,73%	8,24%	8,35%	8,59%	8,22%	8,10%	7,35%	5,86%	5,68%
B2.3	leczenie szpitalne, w tym:	47,06%	47,99%	47,69%	48,21%	48,59%	48,41%	50,54%	51,96%	51,11%
B2.3.1	programy lekowe, w tym:	2,87%	3,22%	3,65%	4,09%	4,23%	4,60%	4,73%	4,56%	4,93%
B2.3.1.1	leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego objęte programami lekowymi	0,00%	2,92%	3,29%	3,75%	3,84%	4,20%	4,30%	4,13%	4,47%
B2.3.2	chemioterapia, w tym:	0,00%	2,28%	2,18%	2,09%	2,01%	2,01%	1,88%	1,82%	1,83%
B2.3.2.1	leki stosowane w chemioterapii	0,00%	1,13%	0,98%	0,84%	0,83%	0,93%	0,88%	0,85%	0,87%
B2.4	opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	3,50%	3,54%	3,61%	3,62%	3,54%	3,51%	3,50%	3,52%	3,40%
B2.5	rehabilitacja lecznicza	3,13%	3,24%	3,27%	3,25%	3,17%	3,13%	3,03%	3,12%	3,17%
B2.6	świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej	1,66%	1,69%	1,72%	1,72%	1,72%	1,82%	1,88%	1,99%	2,04%
B2.7	opieka paliatywna i hospicyjna	0,51%	0,54%	0,56%	0,59%	0,62%	0,64%	0,87%	0,90%	0,90%
B2.8	leczenie stomatologiczne	3,00%	2,92%	2,87%	2,75%	2,62%	2,56%	2,39%	2,28%	2,24%
B2.9	lecznictwo uzdrowiskowe	0,98%	0,98%	0,98%	0,96%	0,92%	0,91%	0,86%	0,84%	0,87%
B2.11	koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu	0,26%	0,27%	0,28%	0,27%	0,27%	0,26%	0,26%	0,24%	0,25%
Bn	Całkowity budżet na refundację (B2.3.1.1+B2.3.2.1+B2.14+B2.16.1)	0,00%	16,93%	17,24%	16,90%	16,47%	16,65%	15,99%	15,37%	15,58%

Tabela 1 Wybrane pozycje kosztowe planu finansowego NFZ (wersja planu po zmianach) opr. wł. na podstawie danych NFZ

W fotograficznym skrócie można to podsumować w taki sposób, że NFZ zmaga się od szeregu lat z rosnącymi kosztami opieki szpitalnej, ma w bieżącym roku problem z utrzymaniem wzrostu udziału wydatków na POZ i utrzymaniem poziomu wydatków na AOS, ogranicza wydatki na opiekę stomatologiczną i refundację, natomiast konsekwentnie od lat zwiększa udział wydatków na świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze oraz opiekę paliatywną i hospicyjną.

W perspektywie priorytetów zdrowotnych kluczowym pytaniem jest, jak powinien wyglądać udział poszczególnych rodzajów kosztów w budżecie NFZ za przykładowo za 10 lat, czy do końca okresu programowania, to jest 2027 r. Jeśli celem ma być „odwrócenie piramidy świadczeń", to należałoby sądzić, że udział opieki szpitalnej powinien spadać, a rosnąć powinny w ujęciu procentowym wydatki na świadczenia realizowane w trybie ambulatoryjnym i opiekę deinstytucjonalizowaną. W przeciwnym wypadku inwestycje w rozwój tego rodzajów opieki nie będą skuteczne lub wręcz może im zagrażać brak trwałości. Generalnie należałoby się spodziewać, że będzie istnieć pewnego rodzaju związek pomiędzy strukturą inwestycji, a zmianami w strukturze finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, o ile taki ma być cel tych inwestycji.



Rys. 10. Zmiana minimalna struktury niektórych rodzajów kosztów NFZ (prognoza NFZ)

Obecnie Prezes NFZ ma obowiązek opracowywać prognozę kosztów funduszu w perspektywie 3 kolejnych lat (art. 120 ust. 3 ustawy o świadczeniach). Poza opracowaniem dokonującym analizy kosztów w kontekście zmian demograficznych, autor nie odnalazł innych opracowań NFZ opisujących prognozowaną zmianę struktury rodzajowej kosztów w horyzoncie wieloletnim [24] . Opracowanie to, zgodnie z przyjętymi przez autorów założeniami, prognozuje jedynie skutki minimalne i nieuchronne. Nie uwzględnia w szczególności zmian wydatków w obszarze podstawowej opieki zdrowotnej, które mogą być kluczowe dla zmiany struktury wydatków.

Warto w tym kontekście zacytować celny fragment z innego opracowania NFZ poświęconego już samej strukturze wydatków szpitalnych. Końcowa konkluzja powinna znaleźć swoje odzwierciedlenie w wieloletniej projekcji kosztów NFZ:

Prognoza korzystania ze świadczeń szpitalnych finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w kontekście zmian demograficznych w Polsce[25] (fragment konkluzji)

Należy rozważyć działania mające na celu zmianę struktury udzielanych świadczeń w szpitalu i zapewnienie niektórym osobom hospitalizowanym na oddziałach chorób wewnętrznych /geriatrycznych miejsc w placówkach zajmujących się opieką nad osobami starszymi, realizującymi w szczególności świadczenia opiekuńczo–lecznicze. Jednocześnie nie można doprowadzić do degradacji oddziałów internistycznych, które nadal będą stanowić podstawę opieki szpitalnej nad osobami starszymi, w tym pacjentami z wielochorobowością.

Ponadto celowe wydaje się wzmocnienie bodźców do rozwoju świadczeń udzielanych w trybie jednodniowym lub w trybie ambulatoryjnym.

Reasumując, do wsparcia przemian w zakresie deinstytucjonaliacji opieki zdrowotnej, zmniejszenia roli leczenia szpitalnego, wzrostu znaczenia profilaktyki, podstawowej opieki zdrowotnej, czy ogólnie ambulatoryjnego trybu udzielania świadczeń, nie wystarczy alokacja odpowiednich nakładów z funduszy EFSI i zadbanie o to, aby inwestycje z EFS współgrały z inwestycjami z EFRR. Wyzwaniem pozostaje ciągłość i skala oddziaływania tych inwestycji po zakończeniu projektów.

[24] *Prognoza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w kontekście zmian demograficznych w Polsce.* NFZ. Warszawa, listopad 2015.
[25] *Prognoza korzystania ze świadczeń szpitalnych finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w kontekście zmian demograficznych w Polsce*. NFZ. Warszawa, czerwiec 2016.

Rozwiązania o udowodnionej skuteczności i efektywności, wypracowane w ramach projektów pilotażowych nowych form opieki, powinny uzyskiwać finansowanie w ramach NFZ w skali, która będzie oznaczać transformację struktury świadczeń, a co najmniej wyznaczać pewien tego trend.

Oznacza to, że alokacja środków na wymienione priorytety musi być skorelowana z wieloletnimi planami finansowymi NFZ, w których tworzone powinny być rezerwy na przyszłe usługi, w wyniku których nastąpiłoby faktyczne przesunięcie ciężaru finansowania z opieki szpitalnej na inne rodzaje opieki.

Polska powinna zaplanować w wymiarze budżetowym konsekwentną stopniową zmianę proporcji pomiędzy rodzajami świadczeń odzwierciedlającą przyjęty Plan Transformacji sektora opieki zdrowotnej.

Generalnie, zmianie powinna ulec struktura wydatków NFZ, a zmiana ta powinna korelować z inwestycjami ze środków EFSI.

Postulat B3. Opinia NFZ, a gwarancja finansowania świadczeń

W ocenie uczestników wywiadów, mamy dziś do czynienia z sytuacją co najmniej zaskakującą. Z jednej strony rozwinęliśmy systemem oceny inwestycji, gdzie istotną rolę w tej ocenie odgrywa opinia NFZ, angażujemy siły i środki, aby jak najlepiej z tego systemu korzystać, na jego podstawie podejmujemy decyzje inwestycyjne angażujące także środki publiczne, a z drugiej strony ocena ta nie daje żadnych gwarancji publicznego finansowania świadczeń, a także może rodzić obawy, jeśli pozytywnej ocenie wojewody towarzyszy negatywna opinia NFZ. Ocena inwestycji, zgodnie z art. 148 ustawy o świadczeniach, jest tylko jednym z kryteriów wyboru ofert w postępowaniach konkursowych i nie jest decyzją administracyjną.

Poniżej prezentujemy przykłady, które pokazują, że świadczeniodawcy nie dysponują dziś niezawodnym instrumentem oceny inwestycji. Pierwszy przykład opisuje sytuację, w której pozytywna ocena systemu IOWISZ, przy konsensusie kluczowych interesariuszy (poza NFZ), kończy się brakiem kontraktu w oczekiwanym zakresie i niewykorzystaniem inwestycji publicznej zgodnie z przeznaczeniem. W drugim przykładzie inwestor publiczny wprost stwierdza, że będzie wymagał uzyskania promesy NFZ gwarantującej uzyskanie kontraktu przed rozpoczęciem inwestycji. W trzecim przykładzie inwestor publiczny uzyskał pozytywną ocenę inwestycji od wojewody, ale obawia się kontraktowania świadczeń, ponieważ ocenie tej towarzyszy negatywna opinia NFZ.

Ocena inwestycji a kontraktowanie świadczeń (przykłady)

- **Projekt Centrum Leczniczo-Rehabilitacyjnego i Medycyny Pracy Attis** w Warszawie utworzenia Zakładu Onkologii Kobiecej, którego podmiotem tworzącym jest samorząd województwa mazowieckiego, po pozytywnej ocenie w ramach systemu IOWISZ i objęciu inwestycji patronatem honorowym ministra zdrowia Konstantego Radziwiłła oraz marszałka Województwa Mazowieckiego, uzasadnieniu ministra zdrowia o celowości inwestycji, w który uznał, że „inwestycja wpływa na niwelowanie różnic w dostępie do świadczeń gwarantowanych w woj. mazowieckim i odpowiada na potrzebę utworzenia nowych ośrodków leczenia nowotworów i chemioterapii", pozytywnych opiniach konsultanta krajowego i wojewódzkiego w dziedzinie onkologii klinicznej oraz konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie chirurgii onkologicznej i ginekologii onkologicznej, uzyskał dofinansowanie 5.935.769,74 zł z budżetu samorządu Mazowsza i został zrealizowany. Centrum jednak nie weszło do sieci szpitali, NFZ nie rozpisał konkursu na kompleksową opiekę onkologiczną kobiet, która jest przedmiotem oferty ATTIS, a kontrakt na fragmentaryczny z perspektywy opieki kompleksowej zakres chemioterapii został w ramach postępowania konkursowego podpisany z innym podmiotem. Jak wyjaśnia NFZ „mieszkańcy Warszawy, jak również pozostałych obszarów Mazowsza, mają zapewnioną dostępność do świadczeń onkologicznych na poziomie optymalnym, stosownie do potrzeb oraz możliwości oddziału NFZ".

- **Projekt Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie** realizowany w ramach Programu Wieloletniego 2018-2023[26], obejmujący m.in. rozbudowę Oddziału Klinicznego Onkologii, Chemioterapii i Immunoterapii Nowotworów z możliwością utworzenia ośrodka radioterapii, co zostało uzasadnione zapewnieniem kompleksowości świadczeń, a przede wszystkim możliwością leczenia powikłań po zastosowanym leczeniu chemioterapią czy radioterapią lub leczeniu skojarzonym, uzyskał pozytywną ocenę w systemie IOWISZ. Senat PUM w stosownej uchwale stwierdza, że będzie wymagał uzyskania kontraktacji świadczeń z zakresu onkologii klinicznej i zauważa, że „w tym celu jest wskazana w pierwszym etapie promesa od płatnika do takiej kontraktacji".
- **Lubuskie Centrum Ortopedii w Świebodzinie sp. z o.o.** uzyskało od Wojewody Lubuskiego pozytywną ocenę celowości inwestycji (w systemie IOWISZ) polegającej na uruchomieniu pracowni rezonansu magnetycznego[27]. Wojewoda potwierdził potrzebę zakupu rezonansu, wskazując jednocześnie, że ze sprzętu będą mogli korzystać także pacjenci okolicznych szpitali, głównie Nowego Szpitala w Świebodzinie, sąsiadującego z Lubuskim Centrum Ortopedii. Szacowany koszt realizacji inwestycji to 5,7 mln zł, w tym dofinansowanie z budżetu Samorządu – 600 tys. zł. Rezonans magnetyczny jest potrzebny w LCO w celu poprawy dostępu do podstawowej diagnostyki schorzeń narządu ruchu. Wniosek LCO został negatywnie oceniony przez NFZ. LCO obawia się, że po zakupie rezonansu nie uzyska kontraktu od NFZ na diagnozowanie pacjentów.

Po pierwsze pokreślmy, że mimo trwającej od lat dyskusji, w Polsce nie istnieją ramy prawne umożliwiające wydanie „promesy kontraktu" przez NFZ. Co więcej, jeśli taka promesa byłaby wydana, byłaby ona niezgodna z ustawą o świadczeniach. Z drugiej strony trudno dziwić się obawom inwestorów, którzy stają przed podjęciem decyzji inwestycyjnych angażujących miliony zł środków publicznych (a także prywatnych) i nie wiedzą, czy uzyskają kontrakt. Choć każdy z nich stara się w takiej sytuacji włączyć w konsensus inwestycyjny NFZ, to jakakolwiek deklaracja w tym aspekcie nie może być wiążąca. Zdarzało się w przeszłości także tak, że deklaracje takie padały słownie, w tym także podane do wiadomości publicznej, a kontrakt nie zostawał przyznany.

Problem ten generuje krytyczną niepewność dla skuteczności i trwałości inwestycji bez względu, czy jest ona finansowana z publicznych środków krajowych, pomocy unijnej, czy ze środków prywatnych. W praktyce można spotkać się jedynie z deklaracją NFZ otwarcia postępowania konkursowego po zakończeniu inwestycji, ale nawet taka forma wsparcia budzi wątpliwości natury formalnej, tak z perspektywy ustawy o świadczeniach, jak i zasad uczciwej konkurencji. W ostatecznym rozrachunku, każdy kto uzyskał wszystkie możliwe zgody i wypracował nieformalny konsensus struktur społecznych i politycznych, nie może mieć pewności, że gdy zakończy inwestycję zgodnie z planem, zawrze kontrakt z NFZ, a jego wielkość i struktura świadczeń będzie odpowiadać założeniom inwestycyjnym.

W zgodnej opinii wypowiadających się na ten temat uczestników wywiadów ta sytuacja wymaga radyklanej zmiany. Odpowiedzialność związana z pozytywną lub negatywną oceną wojewody celowości inwestycji, musi iść w parze z rozliczności finansową decyzji w wymiarze gwarancji kontraktu lub jego braku z NFZ. Optymalna zmiana powinna polegać na tym, że w przypadku wydania pozytywnej opinii przez NFZ, a następnie pozytywnej oceny wojewody, prezes Funduszu jest zobowiązany do zawarcia kontraktu od następnego okresu rozliczeniowego po zakończeniu inwestycji i weryfikacji jej zgodności z pierwotnym planem inwestycyjnym, na podstawie którego dokonano oceny. I przeciwnie, jeśli opinia NFZ jest negatywna, wojewoda automatycznie wydaje ocenę negatywną, co blokuje wydatkowanie środków publicznych na tę inwestycję. Możliwa byłaby jedna sytuacja mieszana, w której opinia NFZ jest pozytywna, ale z innych względów, wojewoda wydaje ocenę negatywną, co także blokuje wydatkowanie środków publicznych na inwestycję.

Na pytanie, jak NFZ ma realizować planowanie finansowe, w sytuacji określonego obecnie sposobu tworzenia planu finansowego, odpowiedź wydaje się oczywista. NFZ powinien dokonywać

[26] *Rozbudowa Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie i podległych jednostek w zakresie kliniczno-dydaktycznym i medycznych badań innowacyjnych. PROGRAM WIELOLETNI 2018-2023.* Załącznik do Uchwały Nr 114/2018 Senatu Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie. https://www.pum.edu.pl/_data/assets/pdf_file/0003/152652/2018-114-realizacja-Programu-Wieloletniego-na-lata-2018-2023-zal..pdf (dostęp 14.03.2019 r.)

[27] http://lubuskie.pl/uploads/pliki/Biuro_prasowe/Pliki2018/ograniczenia%20-%20diagnostyka%20i%20leczenie.docx (dostęp 14.03.2019 r.)

stosownych rezerw na przyszłe świadczenia związane z inwestycjami, jakie ocenił pozytywnie i które uzyskały pozytywną ocenę wojewody. Świadczenia finansowane z tych rezerw powinny mieć priorytet przed innymi świadczeniami, który dotyczyłby także sytuacji, w której pogorszyłaby się sytuacja finansowa płatnika z powodu pogarszającej się koniunktury gospodarczej. Natomiast zagadnienie przyznania pozytywnej decyzji inwestycyjnej w sytuacji, gdy podobnie propozycje inwestycji zgłaszają konkurujące podmioty powinno być rozwiązywane w drodze konkursów na przyszłe świadczenia zdrowotne z gwarancją ich kontraktowania, gdy wygrywający oferent zrealizował wszystkie warunki inwestycji określone w konkursie.

Reasumując, system ochrony zdrowia w Polsce potrzebuje czytelnych zasad inwestycyjnych, gdzie odpowiedzialność za decyzje idzie w parze z roliczalnością.

Jeśli w ustawowym procesie oceny inwestycji NFZ wydaje opinię pozytywną dla określonej inwestycji w ramach procesu oceny celowości, a inwestycja ta uzyskuje pozytywną ocenę końcową wojewody, to powinno to oznaczać także wzięcie przez NFZ na siebie odpowiedzialności za zapewnienie finansowania planowanych w ramach inwestycji świadczeń (dalej: Promesa Inwestycyjna).

Jeśli NFZ nie widziałby celowości inwestycji lub oceniał, że nie ma możliwości lub pewności ich finansowania, powinien w takim wypadku wydawać bezwzględnie opinię negatywną. Taka opinia zobowiązywała także wojewodę do wydania oceny negatywnej celowości inwestycji.

Ocena negatywna wojewody oznaczałaby odmowę finansowania opisanych we wniosku świadczeń w przyszłości także w przypadku pozytywnej opinii NFZ.

Dla proponowanej zmiany nie może być kontrargumentem, że zakończenie inwestycji jest znacznie oddalone w czasie lub w ogóle wykracza poza 3-letni horyzont planowania NFZ. Od tego jest inżynieria finansowa, tworzenie rezerw i precyzyjne planowanie. Nawet, jeśli w tym czasie koniunktura ulegnie pogorszeniu wpływając in minus na planowany budżet płatnika, powinien mieć zaimplementowany mechanizm fall-back chroniący z jednej strony infrastrukturę i świadczenia krytyczne dla bezpieczeństwa ludności, ale z drugiej gwarantujący finansowanie inwestycjom, na których temat wyraził opinię pozytywną.

Nie może być tak, że jedna strona inwestuje środki publiczne kierując się także opinią płatnika, a płatnik nie jest związany żadnym przyrzeczeniem. Odpowiedzialność musi iść w parze z rozliczalnością.

Postulat B4. Odejście od linii demarkacyjnej na rzecz współpracy

Polska znajduje się obecnie w okresie przejściowym, jeśli chodzi o kształtowanie polityki rozwoju. Zasady wykorzystania środków EFSI w ochronie zdrowia w perspektywie 2021-2027, Policy Paper, czy szerzej – strategia rozwoju ochrony zdrowia – powinny wpisywać się w ramy strategiczne polityk rozwoju, które właśnie ulegają zasadniczym zmianom. Zwracaliśmy na to uwagę omawiając postulat A1 w kontekście strategii ochrony zdrowia. To samo dotyczy narzędzi wdrożeniowych.

Podsumujmy zmiany, jakie następują:

1. Rada Ministrów przyjęła w dniu 29 października 2018 r. dokument pod nazwą System Zarządzania Polityką Rozwoju definiujący system zintegrowanych dokumentów zarządzania polityką rozwoju na poziomie krajowym i regionalnym.
2. Strategia na Rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju do roku 2020 (z perspektywą do 2030 r.) przyjęła w nim miejsce Zintegrowanej Strategii Rozwoju kraju, jednak wymaga rozwinięcia przedłużającego i doprecyzowującego jej horyzont z 2020 r. do 2030 r.
3. Weryfikacji ulega nadrzędna w stosunku do SOR i pozostałych strategii Koncepcja Rozwoju Kraju do 2030 r.
4. Średniookresowe Strategie Rozwoju Kraju formułowane w horyzoncie do 2020 r. są zstępowane Horyzontalnymi Zintegrowanymi Strategiami Rozwoju formułowanymi do 2030 r.
5. Ze względu na zróżnicowany i nierównomiernie rozłożony potencjał rozwojowy poszczególnych obszarów, projekt Krajowej Strategii Rozwoju Regionalnego 2030 z dnia 17 grudnia 2018 r. redefiniuje cele polityki regionalnej oraz proponuje nowe rozwiązania służące ich operacjonalizacji.

Z perspektywy programowania interwencji ze środków EFSI w sposób zapewniający synergię pomiędzy EFS a EFRR w warstwie narzędziowej, kluczowe w ocenie podejmujących ten temat uczestników wywiadów jest dostrzeżenie zmian zaplanowanych w KSRR, a w szczególności zwiększonej roli rządu, który będzie obecnie w sposób bardziej aktywny brał udział w rozwiazywaniu zidentyfikowanych problemów na poziomie subregionalnym (lokalnym). Poniżej cytat z KSRR podejmujący ten problem.

Brak synergii i koordynacji interwencji ze środków EFSI – diagnoza KSRR (cytat)

Cechą zarządzania polityką spójności w Polsce jest nadmierne skupienie na absorpcji środków finansowych, zapewnienie zgodności procedur z wymogami europejskimi, przy ograniczonej dbałości o rozwiązywanie problemów lokalnych i regionalnych.

Obecnie dominującym źródłem finansowania polityki regionalnej w Polsce są środki polityki spójności uzupełnione wkładem krajowym. Ze względu na dotychczasowy brak synergii i koordynacji różnych źródeł finansowania polityki regionalnej, jakimi są również krajowe fundusze / programy sektorowe jedną ze zmian będzie terytorialne ukierunkowanie środków krajowych poprzez m.in. uwzględnienie w programach rozwoju zróżnicowanego podejścia do różnych typów terytoriów, w zależności od charakterystyki danego sektora.

Oznacza to, co wielokrotnie padło w wywiadach, że programując interwencję ze środków EFSI należy odejść od stosowania pojęcia linii demarkacyjnej pomiędzy krajowymi programami operacyjnymi, a programami regionalnymi. Brak dublowania interwencji i finansowania można zapewnić na gruncie merytorycznym, a nie tworzenia sztucznych linii podziału. Linia demarkacyjna, to termin wojskowy wyznaczający linię dzielącą dwie strony konfliktu. Takie podejście wzmacnia tylko silosowość, odrębność celów, rozdzielność działań. Tymczasem w ochronie zdrowia nie ma takich linii podziału, a nadrzędnym celem powinna być współpraca dla dobra pacjenta. Są dla przykładu szpitale wojewódzkie pełniące funkcję krajową, a także są szpitale ponadregionalne stanowiące istotne wsparcie dla lokalnej społeczności. Demarkacja być może istotnie jest najprostszą i skuteczną metodą zapewniającą brak dublowania inwestycji. Rodzi jednak podziały, kształtuje strefy wpływu, oddala od wspólnego celu. Warto szukać innych rozwiązań, które zrealizują ten sam cel. Podział interwencji – tak, ale jej aktorzy powinni się widzieć.

Zasady takiego podziału merytorycznego powinny być wzorowane na mechanizmach wdrażania wypracowanych w projekcie KSRR. Przypomnijmy, że projekt KSRR wprowadza możliwość zawarcia przez samorząd województwa z rządem kilku kontraktów jednocześnie – kontraktu programowego (dot. dofinansowania z RPO) oraz kontraktów sektorowych (dot. terytorialnego ukierunkowania

interwencji w programach rozwoju). Mimo dopuszczalnych kilku podstaw finansowania, nie występuje to zagrożenie dublowania źródeł finansowania. Słowem klucz jest tu „program rozwoju".

Fakt, że samorządy w ramach swoich kompetencji i odpowiedzialności podejmują rozwiązywanie istotnych w ich ocenie regionalnych problemów ochrony zdrowia nie powinien powstrzymywać ministra zdrowia od realizacji globalnych, oddziaływujących lokalnie, programów rozwoju. To prawda, że perspektywa ministra zdrowia patrzącego na problemy lokalne z oddalenia może nie być tak precyzyjna jak samorządowa. Jednak minister zdrowia ma tę przewagę, że może dostrzegać problemy lokalne w globalnym kontekście i podejmować działania zaradcze oddziaływujące na społeczności lokalne będące poza zasięgiem lub znajdujące się poza ich polem widzenia. Interwencje ministra zdrowia ze środków EFSI nie powinny koncentrować się tym samym jedynie na działaniach „po swojej stronie linii demarkacyjnej". Może, a wręcz powinien podejmować inicjatywy globalne czerpiąc z doświadczenia wszystkich regionów.

Sposobem realizacji tego zadania nie wydaje się być w ocenie wszystkich, poza przedstawicielami ministra zdrowia, powołanie centralnego Programu Operacyjnego Zdrowie. Większość skłaniała się ku zachowaniu obecnej struktury programowania, natomiast wskazywała na potrzebę przyjęcia przez ministra zdrowia roli „policy maker'a" – czyli podmiotu kształtującego politykę zdrowotną, rozwiązującego w jej ramach zagadnienia ogólnokrajowe, ale także podejmującego na wzór koncepcji kontraktu sektorowego KSRR interwencje lokalne w ramach partnerskiej współpracy z samorządem terytorialnym. A więc nie chodzi o to by zastępować samorząd terytorialny. Nie jest także optymalnym rozwiązaniem obecna demarkacja działań. Chodzi o to, aby pomagać samorządowi rozwiązywać problemy lokalne o globalnym znaczeniu, wykraczające poza potencjał organizacyjny i finansowy samorządu lub mniej ważące w perspektywie lokalnej, jednak istotne w perspektywie krajowej.

Reasumując, nie linia demarkacyjna, a współpraca. Nie jeden PO Zdrowie, a komplementarne inicjatywy władzy centralnej i samorządu. Partnerska współpraca w rozwiązywaniu problemów lokalnych o globalnym znaczeniu.

Komplementarny do regionalnych programów operacyjnych program krajowy. Jego osie priorytetowe adresujące nie tylko kwestie krajowe, ale także globalnie dostrzegane, uznane w ramach polityki rozwoju za istotne, kwestie lokalne.

Współpraca w ramach takiego programu krajowego rządu i samorządu na wzór mechanizmów wdrażających wypracowanych w projekcie KSRR. Warunkiem ich implementacji jest realny *Policy Maker*, będący kuratorem transformacji systemu, opracowujący i adresujący krajowe instrumenty do terytorium.

Postulat B5. Zaplanowana korelacja EFS i EFRR

Kluczowym problemem wskazywanym w dyskusji o synergii pomiędzy funduszami EFS a EFRR była odrębność tych funduszy, związanych z nimi programów operacyjnych, osi priorytetowych i zasad wydatkowania środków. Choć odrębność ta jest uzasadniona celami, jakie fundusze te mają realizować, to łączenie działań finansowanych z obu funduszy na poziomie operacyjnym, podczas gdy są one rozdzielone na poziomie strategicznym, jest zadaniem nieoczywistym.

Rozmówcy wskazywali, że realizacja inwestycji, zawierających znaczący komponent infrastrukturalny oraz miękki, poprzez równoległe aplikowanie o finansowanie dwóch projektów z dwóch odrębnych programów operacyjnych lub dwóch odrębnych osi priorytetowych, o ile program byłby finansowany z dwóch funduszy, nie jest rozwiązaniem optymalnym. Po pierwsze podlegająca ocenie wartość merytoryczna dwóch odrębnych projektów będzie zwykle niższa niż jednego zintegrowanego projektu prezentującego całościowe podejście. Po drugie nie można wykluczyć, że pozytywną akceptację uzyskałby jeden projekt, a drugi byłby przez komisję odrzucony. Wtedy całe przedsięwzięcie traci ramy finansowe i zatraca sens. Po trzecie nawet jeśli założyć, że obie komisje oceniające mogłyby współpracować, aby postrzegać całość oferty, to taka nieformalna koordynacja jest wymagająca – różne zespoły, różny „background", różne warunki oceny projektów, brak pełnej synchronizacji czasowej. I po czwarte, wydaje się, że prawidłowe postępowanie powinno zakładać najpierw realizację części infrastrukturalnej, a dopiero po zakończeniu tego projektu, to jest spełnieniu warunków początkowych do drugiego projektu, aplikowanie o środki na inwestycje miękkie. To jednak groziłoby rozciągnięciem przedsięwzięcia w czasie, wolniejszą absorbcją środków unijnych, a także wprowadzałoby trudne do zaakceptowania przyszłe ryzyka.

Skąd w ogóle bierze się potrzeba korzystania z obydwu funduszy? Najlepiej obrazuje to poniższy przykład.

Przykład podany w dyskusji

Jeśli pacjent był poddany hospitalizacji w ośrodku, który powstał dzięki wsparciu z EFRR, a następnie podlega rekonwalescencji w domu, to sprawny jego powrót na rynek pracy lub pozostanie na tym rynku jego opiekunów może być uzależnione od takich wydatków, jak wykonanie podjazdu dla wózków, likwidacja progów w mieszkaniu lub przebudowa łazienki (np. instalacja prysznica w miejsce wanny). Podobnie opieka członka rodziny nad osobą potrzebującej stałej pomocy może wymagać w celu utrzymania opiekuna na rynku pracy takich środków, jak adaptacja miejsca do pracy w domu chorego, komputer, łącze internetowe, aby przykładowo mógł nadal realizować się zawodowo w trybie telepracy. A jeśli wystarczający jest zdalny dozór i np. odwiedziny chorego rano i wieczorem, aby zapewnić mu podstawowe potrzeby i wygody, utrzymanie opiekuna na rynku pracy może wymagać narzędzi z obszaru tele-opieki. A to wszystko w przeważającej proporcji są wydatki infrastrukturalne i sprzętowe.

Europejski Fundusz Społeczny ma w swoich zadaniach wewnątrzkrajowych zwiększenie zatrudnienia i mobilności, lepszą edukację, jakość i wydajność administracji publicznej, dzięki lepszej organizacji i wyższym kwalifikacjom personelu. W tym mieści się wsparcie w ramach systemu ochrony zdrowia, ale niekoniecznie infrastrukturalne. Tymczasem wiele działań zgodnych z celami EFS to wprost działania infrastrukturalne i sprzętowe. Wiedza, edukacja, rozwój umiejętności, nie zastąpią podstawowych potrzeb. Z drugiej strony wydatki infrastrukturalne to obszar EFRR, a nie EFS. EFRR ma za zadanie wzmacnianie spójności gospodarczej i społecznej Unii Europejskiej poprzez korygowanie dysproporcji między poszczególnymi regionami, co w ochronie zdrowia w ramach celu tematycznego nr 9 tłumaczy się na „inwestycje w infrastrukturę zdrowotną i społeczną, które przyczyniają się do rozwoju krajowego, regionalnego i lokalnego, zmniejszania nierówności w zakresie stanu zdrowia, promowanie włączenia społecznego poprzez lepszy dostęp do usług społecznych, kulturalnych i rekreacyjnych, oraz przejścia z usług instytucjonalnych na usługi na poziomie społeczności lokalnych". To zwykle oznacza inwestycje szpitali, AOS, POZ w infrastrukturę służącą dostarczaniu świadczeń opieki zdrowotnej. Jednak warto pamiętać, że świadczenia opieki zdrowotnej zawierają także szeroko pojęto profilaktykę zdrowotną, która może i powinna być także realizowana w domu chorego.

Wyzwania finansowania ze środków przeznaczonych na rozwój infrastruktury świadczeń opieki zdrowotnej różnego rodzaju ulepszeń dokonywanych w miejscu zamieszkania chorego są dobrze poznane w światowej praktyce. Przykładowo pacjenci chorzy na astmę wymagają redukcji negatywnych czynników środowiskowych. W pierwszej kolejność powinno to polegać na edukacji i zmianie zachowań, jak np. wyeliminowanie palenia tytoniu w pomieszczeniach lub przejście na

niedrażniące środki czyszczące niezaostrzające skutków astmy. Niektóre z tych działań mogą wymagać jednak większego zaangażowania w zakresie poprawy stanu otoczenia. Mogą obejmować pewne nakłady inwestycyjne, jak zapewnienie nieprzepuszczalnych dla alergenów pokrowców na materace i poduszki, jak i umiarkowane działania zaradcze, jak zintegrowana ochrona przed szkodliwymi mikroorganizmami. Mogą, a w szeregu sytuacjach także powinny obejmować kosztowne działania korygujące, takie jak np. usuwanie wykładzin i wymiana systemów wentylacji. A to oznacza poważne nakłady inwestycyjne biorąc pod uwagę populację chorych. Finansowanie publiczne takich działań jest złożone, ale znane z w praktyce[28]

Podane w przykładach wydatki na środki trwałe mogą okazać się dominujące i przekraczać limit finansowania zakupu w ramach cross-financingu lub limit wartości wyposażenia w ramach EFS. Pozostaje wtedy szukać innych rozwiązań, w tym tych jakie daje EFRR. Rozmówcy zgłaszali następujące w tym zakresie propozycje:

1. podniesienie progu wydatków infrastrukturalnych i sprzętowych w ramach EFS, tak aby niezbędne w tym zakresie koszty mogły być kwalifikowane z EFS o ile realizują cele funduszu,
2. przyjęcie jednoznacznych zasad uznawania takich wydatków za spełniające cele EFS,
3. przyjęcie zasady prymatu celów projektu, np. powrotu lub pozostania beneficjentów na rynku pracy, a nie spełnieniu ograniczeń w zakresie wydatków na środki trwałe,
4. pogłębienie praktyki, w której limit cross-financingu dotyczy sumarycznie budżetu osi priorytetowej, a nie pojedynczego projektu,
5. finansowanie projektów z dwóch źródeł – EFRR i EFS, w ramach wspólnie finansowanej osi priorytetowej,
6. wyraźne wskazanie możliwości finansowania wydatków infrastrukturalnych służących profilaktyce zdrowotnej, a w konsekwencji powrotowi lub pozostaniu beneficjentów na rynku pracy, polegających na dokonywaniu ulepszeń w miejscu zamieszkania pacjenta ze środków EFRR.

Można ogłaszać wspólne konkursy, uzależniać je od siebie, tworzyć zespoły koordynujące, czy zasady koordynacji, ale czy to rozwiąże problem? – pytali uczestnicy wywiadów. Wydaje się, że przede wszystkim powinien zostać rozwiązany problem źródłowy, a rozwiązanie powinno polegać na koordynacji inwestycji finansowanych z EFS i EFRR na poziomie programów operacyjnych, osi priorytetowych i zasad oceny projektów.

Koordynacja zapewniająca komplementarność inwestycji w ramach funduszy EFS i EFRR wydaje się w tym świetle działaniem pierwszoplanowym. Inwestycje społeczne z EFS powinny współgrać, korelować z inwestycjami EFRR. Odpowiedzialność za synergię nie powinna spadać na projektodawcę. Korelacja powinna mieć miejsce na wszystkich poziomach od zaplanowania kształtu interwencji z obu funduszy po plany działań. Poziom tej korelacji powinien podlegać planowaniu i być elementem stałej ewaluacji. Tak, jak nie chodzi o to, by tworzyć infrastrukturę ochrony zdrowia, w której będzie występował niedobór personelu medycznego z odpowiednimi umiejętnościami, tak samo nie chodzi o to, by kształtować umiejętności lub poszerzać wiedzę, która nie będzie miała bezpośredniego przełożenia lub nie będzie odpowiednich warunków, aby przełożyć ją na wzrost jakości i dostępności usług opieki zdrowotnej i społecznej.

[28] *Sustainable Financing for Asthma Education and Home Environmental Trigger Remediation: Lessons Learned from the Field.* Regional Asthma Management and Prevention. Nov. 2017. http://www.rampasthma.org/D:Web%20Siteswww.rampasthma.orgwp-contentuploads/2017/11/RAMP_Lessons_Learned_Full_Paper.pdf (dostęp 14.03.2019)

Reasumując, inwestycje z funduszy EFS i EFRR powinny być zaplanowane w sposób, który na poziomie założeń celów tematycznych, osi priorytetowych i planów działań zapewni pożądaną pomiędzy nimi synergię. 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 na rynku pracy beneficjentów należy określić jednoznaczne metody finansowania inwestycji infrastrukturalnych, polepszających infrastrukturę w miejscu zamieszkania pacjenta lub poprawiających jego dobrostan.

Finansowanie inwestycji infrastrukturalnych w ramach projektów finansowanych ze środków EFS wymaga sformułowania bardziej czytelnych, a jednocześnie elastycznych ram tworzących bezpieczeństwo uznania tych wydatków jako wydatki kwalifikowane.

Załącznik nr 1: Uczestnicy wywiadów

W wywiadach udział wzięli:

Ministerstwo Zdrowia

- *Janusz Cieszyński* – Podsekretarz Stanu
- *Jakub Adamski* – Dyrektor, Departament Analiz i Strategii
- *Agnieszka Kister* – Dyrektor, Departament e-Zdrowia
- *Małgorzata Iwanicka-Michałowicz* – Zastępca Dyrektora, Departament Oceny Inwestycji
- *Katarzyna Przybylska* – Zastępca Dyrektora, Departament Analiz i Strategii

Narodowy Fundusz Zdrowia

- *Adam Niedzielski* – Zastępca Prezesa NFZ ds. Operacyjnych
- *Dariusz Działak* – Dyrektor, Departament Analiz i Strategii

Główny Inspektorat Sanitarny

- *Jarosław Pinkas* – Główny Inspektor Sanitarny, konsultant krajowy ds. zdrowia publicznego
- *Izabela Kucharska* – Zastępca Głównego Inspektora Sanitarnego
- *Aleksandra Lusawa* – Naczelnik, Departament Promocji Zdrowia, Biostatystyki i Analiz

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny

- *Grzegorz Juszczyk* – Dyrektor

Ministerstwo Inwestycji i Rozwoju

- *Małgorzata Jarosińska-Jedynak* – Podsekretarz Stanu

- *Barbara Baka* – Zastępca Dyrektora, Departament Programów Infrastrukturalnych
- *Sylwia Depczyńska-Wilk* – Departament Programów Infrastrukturalnych
- *Dominik Łotysz* – Departament Programów Infrastrukturalnych
- *Sławomir Pęksa* – Departament Programów Infrastrukturalnych

- *Robert Dzierzgwa – Dyrektor*, Departament Strategii Rozwoju
- *Magdalena Grudzińska-Dziubek* – Departament Strategii Rozwoju

- *Paweł Szymański* – Departament Europejskiego Funduszu Społecznego
- *Paweł Zdun* – Departament Europejskiego Funduszu Społecznego

- *Piotr Zygadło* – Dyrektor, Departament Regionalnych Programów Operacyjnych
- *Marta Leśniak* – Zastępca Dyrektora, Departament Regionalnych Programów Operacyjnych
- *Anna Sulińska-Wójcik* – Departament Regionalnych Programów Operacyjnych
- *Ewa Orleańska* – Departament Regionalnych Programów Operacyjnych

Organizacje pacjentów

- *Ewa Borek* – Prezes Zarządu, Fundacja My pacjenci
- *Magdalena Kołodziej* – Wiceprezes Zarządu, Fundacja My Pacjenci
- *Stanisław Maćkowiak* – Prezes Zarządu, Federacja Pacjentów Polskich
- *Wojciech Wiśniewski* – Rzecznik, Fundacja Alivia

Liderzy opinii, eksperci

- *Maciej Biardzki* – były dyrektor Milickiego Centrum Zdrowia, były członek Rady ds. Taryfikacji AOTMiT
- *prof. Piotr Czauderna* – Koordynator Sekcji Ochrona Zdrowia, Narodowa Rada Rozwoju przy Prezencie RP, Kierownik Katedry i Kliniki Chirurgii i Urologii Dzieci i Młodzieży, Gdański Uniwersytet Medyczny
- *Maria Libura* – Uniwersytet Warmińsko-Mazurski
- *Beata Małecka-Libera* – posłanka na Sejm RP, Zastępca Przewodniczącego Komisji Zdrowia Sejmu RP, była sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia
- *Piotr Warczyński* – były podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia

Komitet Zdrowia Publicznego Polskiej Akademii Nauk

- *Tomasz Zdrojewski* – Przewodniczący Komitetu, Katedra Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii, Gdański Uniwersytet Medyczny
- *prof. Mirosław Wysocki* – Zastępca Przewodniczącego Komitetu, były dyrektor Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny
- *prof. Cezary Włodarczyk* – Instytut Zdrowia Publicznego, Colegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński

Organizacje pracodawców i związki branżowe

- *Anna Rulkiewicz* – Wiceprezydent, Pracodawcy RP

- *Dobrawa Biadun* – ekspert w zakresie prawa medycznego i procedury administracyjnej, Konfederacja Lewiatan (do 12.2018)

- *Waldemar Malinowski* – Prezes, Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych
- *Krzysztof Żochowski* – Wiceprezes, Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych
- *Andrzej Bujnowski* – członek zarządu, Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych

- *Jacek Krajewski* – Prezes, Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie"

- *Andrzej Sokołowski* – Prezes, Ogólnopolskie Stowarzyszenie Szpitali Prywatnych

- *prof. Andrzej Matyja* – Prezes, Naczelna Rada Lekarska

- *Zofia Małas* – Prezes, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych
- *Mariola Łodzińska* – Wiceprezes, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych

Samorząd terytorialny

- *Roman Kolek* – Wicemarszałek Województwa Opolskiego
- *Stanisław Kruczek* – Członek Zarządu Województwa Podkarpackiego
- *Marcin Wajda* – Dyrektor, Departament Rozwoju Regionalnego i Funduszy Europejskich, Urząd Marszałkowski Województwa Mazowieckiego
- *Marek Wójcik* – ekspert Związku Miast Polskich, były podsekretarz stanu w Ministerstwie Administracji i Cyfryzacji

Załącznik nr 2: Wybrane wypowiedzi

Zaprezentowane wypowiedzi nie są oficjalnymi stanowiskami reprezentowanych organizacji. Stanowią głos w dyskusji osób, które wzięły udział w wywiadach, które z najwyższą troską podchodzą do zdrowia i przyszłości naszego kraju. Mogło się tak zdarzyć, że głosy pochodzące z jednego środowiska nie były spójne lub były wręcz przeciwstawne. Niewykluczone także, że w obiektywnym świetle, niektóre wypowiedzi można by uznać za przerysowane. Zostały jednak w całej rozciągłości zaprezentowane, także z zachowaniem potocznego języka, aby zachować walor autentycznej dyskusji i wskazać odmienne opcje. Warto odnotować, że mimo braku formalnych uzgodnień stanowisk, przeważająca większość zebranych wypowiedzi jest wzajemnie spójna, także wtedy, gdy są wypowiadane przez przedstawicieli różnych środowisk.

Ministerstwo Zdrowia

Potrzeby Zdrowotne

- Występuje problem z definiowaniem wskaźników. Mamy dobry przykład 400 porodów na oddział. Ale w innych sytuacjach nie jest to tak oczywiste, jak się może wydawać.
- Wskaźniki albo nie występują, albo trudno w realnych warunkach je wykorzystać.
- Mnogość chorób, ścieżek leczenia postępowania – nie będziemy w stanie odpowiedzieć obiektywnie, jakie wskaźniki wybrać i jaką mają mieć wartość. Okulistyka z zaćmą to przypadek szczególny, wniosków z którego nie można rozciągnąć na cały system.
- Rozwiązanie zastosowane w systemie IOWISZ, oparte na ocenie wielokryterialnej i ocenie wielokrotnej przez różnych ekspertów, pozwala zidentyfikować konsensus i jest dziś jedynym możliwym.
- Ponieważ nie ma możliwości zdefiniowania satysfakcjonujących wskaźników, które pozwalałby na jednoznaczną ocenę potrzeb inwestycyjnych, zastosowane w systemie IOWISZ podejście oparte o MCDA jest optymalne.
- To powoduje, że dziś w rozwoju map koncentrujemy się na narzędziach prezentacji wspierających pracę analityczną. Pracujemy także nad wybranymi problemami zdrowotnymi (ścieżkami zdrowotnymi POZ-AOS-Szpital).

Komitet sterujący

- Uchwały na posiedzeniach Komitetu Sterującego niejednokrotnie były podejmowane większością głosów, a nie przy konsensusie wszystkich jego członków. Zdarzało się, że strona rządowa była przegłosowywana przez samorządową.
- Należy pomyśleć o innym parytecie głosów. W razie rozbieżnych opinii Minister Zdrowia powinien mieć możliwość zasięgnięcia opinii zobiektyzowanego gremium ekspertów.

Podejmowanie decyzji

- Konieczne jest wprowadzenie efektywnego mechanizmu planowania inicjatyw strategicznych.
- Centralizacja decyzji jest potrzebna, bo dziś są zbyt rozdrobnione i trudne w tym modelu do koordynacji. Dobrym przykładem udanej centralizacji jest regulacja w zakresie finansowanych przez samorząd programów profilaktyki zdrowotnej, tak by były aprobowane przez AOTMiT, podczas gdy wcześniej nie miały właściwego oparcia na dowodach.
- Nie da się ukryć, że ośmiu właścicieli publicznych podmiotów leczniczych na terenie m.st. Warszawy rodzi problemy w zakresie koordynacji.

Organizacja systemu

- Problemem numer jeden jest struktura właścicielska.
- Trywializując temat, problem kadr przestaje istnieć przy zlikwidowaniu 50% szpitali.
- Konieczna jest stopniowa transformacja części szpitali powiatowych i ich finansowania, tak by mogły w większym stopniu zabezpieczać potrzeby opieki długoterminowej, opiekę internistyczną, neurologię itp.
- Warto w tym kontekście rozważyć takie narzędzia finansowania, jak budżet zadaniowy.

Programowanie

- Środki w obecnej perspektywie nie były wydane tak jak byśmy tego oczekiwali. Nie są to w pełni efektywne inwestycje.

Jeden PO Zdrowie

- Dzięki przeniesieniu z poziomu regionalnego na poziom centralny decyzji i ewentualnie przekazaniu ich z powrotem na poziom lokalny, ale na określonych, kontrolowanych i zarządzalnych zasadach, możliwe będzie zapewnienie na niezbędnej koordynacji inwestycji w ochronie zdrowia i transformacja systemu.
- Nie, nie obawiamy się tego, że zarządzanie tak dużym programem przekracza nasze zdolności organizacyjne. wszystko jest do zorganizowania o ile znamy cel i mamy środki.

Synergia pomiędzy EFRR a EFS

- Kluczowe dla wykorzystania synergii pomiędzy funduszami jest ich łączne zasilenie jednego PO Zdrowie, dzięki czemu możliwe będzie z poziomu centralnego podejmowanie wzajemnie wspierających się inicjatyw finansowanych z tych funduszy.

NFZ

Potrzeby Zdrowotne

- Potrzebujemy map potrzeb, które opiszą docelową infrastrukturę.
- Problem taki, jak minimalna liczba procedur na oddział. Kto będzie podejmował decyzję o potrzebach tak rozumianych? Jak spowodować, że opinia NFZ, czy płatnika coś będzie znaczyć?
- Ocena inwestycji ma oczywiście sens, ale czy zawsze powinna dotyczyć inwestycji odtworzeniowych? Warto się zastanowić.

Komitet Sterujący

- Parytet w komitecie sterującym, rotacyjna prezydencja w komitecie – warto dyskutować o rozwiązaniach, które usprawnią pracę komitetu.

Podejmowanie decyzji

- Konieczne jest scentralizowanie mechanizmu decyzyjnego wspierającego właściciela systemu.

Organizacja systemu

- Mamy kilkanaście powiatów, gdzie są więcej niż dwa szpitale powiatowe. Jak przełamać lokalny partykularyzm? Sieć zatrzymała radosną twórczość, ale też zabetonowała niedoskonały rozkład terytorialny świadczeń.

Programowanie

- Skończył się okres dostosowawczy kupowania nowych łóżek, tomografów. Potrzebujemy programów restrukturyzacyjnych.

- Brak środków na projekty zarządcze. Wsparcie powinno uzyskać promowanie zasada lean management, czy jak optymalizować wykorzystanie infrastruktury.
- Niektóre z tych „poletek" są za małe do realizacji zadań. Lepiej by działała platforma regionu niż przykładowo Województwa Podlaskiego.
- Samorządy mogłyby dostać wsparcie w zakresie profilaktyki.
- Warto zrozumieć problem trwałości umowy z NFZ. W przypadku szpitali sieciowych taka gwarancja raczej jest obecna. W przypadku AOS, rehabilitacji, opieki specjalistycznej bywa z tym różnie.

Jeden PO Zdrowie

- Czy MZ dysponuje aparatem zdolnym do zarządzania takim programem?

Synergia pomiędzy EFRR a EFS

- Jak kontynuować projekty społeczne w ochronie zdrowia? Problem polega na tym, że NFZ leczy, a nie zajmuje się sprawami socjalnymi.
- Zacząć należy od koszyka świadczeń gwarantowanych. Możemy dyskutować o np. hospitalizacji domowej, ale to powinna być inicjatywa ministra, bo wymaga zmiany w koszyku świadczeń gwarantowanych. Dobrym przykładem jest projekt pilotażowy w centrach zdrowia psychicznego.

Ministerstwo Inwestycji i Rozwoju

Potrzeby Zdrowotne

- Policy Paper był pisany pod środki UE. Nie miał właściciela (kuratora), w związku z tym nie posłużył temu, aby z tego narzędzia wyciągać wnioski.
- MZ powinien się skoncentrować na opracowaniu porządnego policy paper
- Mapy były szyte na potrzeby warunkowości ex ante i nie były właściwie utylizowane.
- W przypadku systemu IOWISZ, próba została podjęta we właściwym kierunku.
- Podmioty, które dysponują pieniądzem rozstrzygają o potrzebach.
- W kwestii granicznych ilości sprzętu wynikających z Map, istotne jest także jego rozmieszczenie, a nie liczba (np. dyskusja, czy tomograf w powiecie Buskim jest uzasadniony, skoro w województwie ich liczba jest satysfakcjonująca).
- Mapy, policy paper powinien uwzględniać także kontekst makroregionalny. Województwa są bardzo zróżnicowane pod względem wielkości, potrzeb i potencjału.
- Analiza potrzeb koncentruje się na opisie sytuacji, diagnozie. A nam potrzebne są dziś wnioski, kierunki. Tu musi być położony większy nacisk.

Komitet Sterujący

- Komitet Sterujący ma jeden plus – obie strony się zobaczyły, nauczyły ze sobą rozmawiać.
- Komitet Sterujący ma za duży zakres spraw do załatwienia. Nie jest to miejsce do ścierania się opinii i ucierania się stanowisk. Komitet niestety przyklepuje decyzje, z którymi regiony przyjeżdżają. Koordynacja powinna następować na wcześniejszym etapie.
- Minister Zdrowia powinien w sposób zdecydowany ingerować, reagować na wcześniejszym etapie i decydować. Komitet Sterujący dziś to jest ostatni element.
- Rola komitetu powinna być kluczowa dla głównych inwestycji na etapie programowania, czyli wcześniej. Komitet powinien ustalić listę projektów w oparciu o mapy.
- Komitet Sterujący nie może być gremium o charakterze eksperckim.

- Podstawowa kwestia to określenie standardów w zakresie dostępności świadczeń, czasu dojazdu. Komitet powinien przyjąć standardy, minimalne progi, poniżej których nie ma wsparcia.
- Tworzenie, czy nietworzenie oddziałów nie powinno być sferą głosowania. Głosować można nad kryteriami.
- Coś jednak uzgodniono w ramach komitetu – wszyscy stosują uzgodnione wartości, np. liczba porodów na oddziale położniczym, poniżej której inwestycja nie otrzymuje wsparcia.
- Warto rozważyć wprowadzenie parytetu głosów w Komitecie Sterującym. Dla przykładu w komitecie monitorujący RPO rząd, marszałek, strona społeczna mają po jednej trzeciej głosów.
- Prezes NFZ powinien działać, jako ciało doradcze dla MZ.

Podejmowanie decyzji

- W MZ brak jest długofalowego spojrzenia na inwestycje. Potrzebne jest zarządzanie strategiczne, kwantyfikacja z poziomu centralnego, którego inwestycja jest ostatnim etapem.
- Decyzje z poziomu krajowego powinny być strategiczne.
- Najpierw powinny powstać dokumenty regionalne, a na ich podstawie plany inwestycyjne. Nie jest bowiem sztuką podpiąć inwestycję pod mapy potrzeb.
- Na poziomie regionalnym zbiorowe ciało decyzyjne, to rozmyta odpowiedzialność. To powinno być ciało, gdzie się wypracowuje konsensus wszystkich interesariuszy, a nie decyduje.
- Konsensus powinien zastępować konkursy, tam gdzie nie mają one sensu. W Bieszczadach są trzy szpitale. Potrzeba zgody, jaką mają mieć rolę, jak je rozwijać, a nie urządzać na to konkurs.
- To prawda, że marszałkowie rozwiązują swoje problemy. Powinniśmy odejść od tego, co jest czyje. Dobre jest to, co jest kluczowe dla osiągnięcia celu.

Organizacja systemu

- Potrzebujemy wizji, strategii, której program jest skwantyfikowany i jest wyznaczony limitami liczbowymi.

Programowanie

- Środkami unijnymi nie rozwiążemy wszystkich problemów systemu.
- Należy wybrać priorytety, które nie będą zbyt szeroko zakreślone. Czesi przeznaczyli pieniądze tylko na psychiatrię. Wybrać jeden problem, dwie dziedziny, lekarze POZ, AOS, zrobić programy mobilności dla mieszkańców! Nasze priorytety idą za szeroko.
- Środki UE powinny w większym stopniu zasilić POZ, powiaty.
- Fundusze powinny służyć transformacji, a nie prostemu zaspokojeniu deficytu. Program tej transformacji powinien być sformułowany na długi okres, np. 10 lat, do końca przyszłej perspektywy. Nie można jednak oczekiwać, aby jej efekty były osiągnięte już za dwa lata na początek nowej perspektywy, jako warunek otwierający.
- Nie może być tak, że najpierw przekazujemy środki, a potem decyduje się na co pójdą. Ma być dokładnie na odwrót – najpierw priorytety, potem środki.
- Dwa narzędzia sformułowane KSRR – kontrakt programowy i kontrakt sektorowy, powinny się w ochronie zdrowia wzajemnie dopełniać.
- Kontrakt programowy to absolutnie kluczowa sprawa, ale do tego, aby go stosować, potrzebny jest *policy maker*!
- Na poziomie krajowym powinny w związku z tym zostać ustanowione krajowe ramy strategiczne dla ochrony zdrowia, które ustanawiałyby pewne cele na 2027 r.
- Poziom operacyjny nie powinien być upłynniony od strategicznego.
- Należy odejść od terminu linii demarkacyjnej. To termin wojskowy wyznaczający linię dzielącą dwie strony sporu. Takie podejście wzmacnia tylko silosowość, odrębność celów,

rozdzielność działań. Tymczasem tu trzeba dostrzegać każdy poziom – centralny, regionalny i rozporoszony – poziomy, które powinny się wspierać, przenikać i dopełniać. To wymaga holistycznego podejścia.

- Jest masa szpitali centralnych, które pełnią funkcje szpitali regionalnych i odwrotnie.
- Komisja Europejska powinna się bardziej angażować, bo na początkowym etapie się angażowali, ale potem widać, że mieli już dość.

Jeden PO Zdrowie

- Nie należy budować nowych bytów, tylko najpierw warto usprawniać istniejące. MZ zobaczy tylko poziom centralny, a tu trzeba dostrzegać każdy poziom.
- Nie wszystkie rzeczy są widziane z poziomu centralnego. MZ skupiłby się na szpitalach klinicznych.
- Jeden program nie pokona wszystkich deficytów. Poza tym wchodzimy w kompetencje innych ustaw.

Synergia pomiędzy EFRR a EFS

- Pierwszoplanowym dokumentem, który pokazuje, w jaki sposób należy wykorzystać synergie, jest Strategia Rozwoju Kapitału Ludzkiego.
- EFS bierze na siebie odpowiedzialność za reformę systemu, a to nie jest jego rola.
- Jest problem trwałości dla innowacyjnych projektów finansowanych ze środków EFS, np. wspierających deinstytucjonalizację usług zdrowotnych. Po zakończeniu, rozwinięte w ich ramach innowacyjne usługi zdrowotne nie są na czas kwalifikowane jako świadczenia gwarantowane.
- Rynek prywatny jest zbyt płytki, aby zapewnić trwałość projektu, a samorząd rzadko dysponuje środkami, aby zapewnić finansowanie pomostowe do czasu uznania świadczenia za gwarantowane.
- Niezbędne wydatki infrastrukturalne finansowane powinny być z EFS.
- Jeśli pacjent był poddany hospitalizacji w ośrodku, który powstał dzięki wsparciu z EFRR, a następnie podlega rekonwalescencji w domu, to sprawny jego powrót na rynek pracy lub pozostanie na tym rynku jego opiekunów może być uzależnione od takich wydatków, jak wykonanie podjazdu dla wózków, likwidacja progów w mieszkaniu lub przebudowa łazienki (np. instalacja prysznica w miejsce wanny). Wydatki te mogą okazać się dominujące i przekraczać limit finansowania zakupu środków trwałych w ramach cross-financingu lub limit wartości wyposażenia.
- Osobną kwestią jest jednoznaczność uznawania takich wydatków za spełniające cele EFS. Działania realizatorów projektu powinny skupić się na celach projektu, np. powrocie lub pozostaniu beneficjentów na rynek pracy, a nie spełnieniu rygorystycznych ograniczeń w zakresie wydatków na środki trwałe.
- Pewne rozwiązanie to koszty uproszczone – nie na co wydajemy, tylko co osiągamy. Czyli powrót osoby na miejsce pracy to np. komputer, samochód, edukacja – liczy się cel. Umawiamy się na cele i rezultaty. Jeden projekt, jeden fundusz.
- Alternatywnie, finansowanie projektów z dwóch źródeł – EFRR i EFS.
- Równoległe aplikowanie o finansowanie dwóch projektów z dwóch odrębnych programów nie stanowi rozwiązania.
- W jednym można wygrać, w innym przegrać. Można wygrać w obydwu ale w różnym czasie. Oba też mogą stawiać różne wymagania i być realizowane w różnych horyzontach.
- Nieformalna koordynacja też nie jest rozwiązaniem. Nie tędy droga.
- Jak zgrać wspólne warunki oceny projektów?
- Można ogłaszać wspólne konkursy, uzależniać konkursy, ale czy to rozwiąże problem?

Sektor zdrowia publicznego

Potrzeby Zdrowotne

- Podstawową kwestią jest to, że w wymiarze finansowym nie doceniamy, czy wręcz nie dostrzegamy potrzeb i priorytetów w zakresie profilaktyki zdrowotnej

Komitet sterujący

- Należy zapewnić przeciwwagę do głosu samorządowców.
- W zakresie zaplecza kompetencyjnego Komitetu, warto zastanowić się nad wykorzystaniem istniejących ciał, jak np. Komitet ds. Zdrowia Publicznego Polskiej Akademii Nauk.
- Ciało takie mogłoby mieć głos doradczy w relacji do przyszłego organu decyzyjnego w zakresie środków europejskich w obszarach swojej kompetencji.

Podejmowanie decyzji

- Brak nam mechanizmu planowania inicjatyw strategicznych!
- Centralizacja decyzji jest potrzebna. W przeciwnym razie prym wiedzie partykularyzm.

Organizacja systemu

- Szpitale powiatowe też mogą podlegać reformie. Powinny być szpitalami opieki długoterminowej, z oddziałami takimi jak interna, neurologia.
- Zakaźnictwo, nie ma potrzeby utrzymywania pewnych struktur w gotowości.
- Kalkulacja finansowania szpitali powinna wynikać z budżetu zadaniowego.
- Uporządkowania wymagają relacje pomiędzy sektorem prywatnym a publicznym. Musi być czytelna linia podziału. Sprzęt nie może być wykorzystywany do godz. 14:00 publicznie, a po 14:00 prywatnie. Propozycja na NFZ realizacji badania za pół roku, a prywatnie od ręki, jest niemoralna, gdy dotyczy tego samego sprzętu, lekarza i ośrodka.
- Towarzyszyć temu powinno wprowadzenie prywatnych ubezpieczeń.
- Należy edukować społeczeństwo, pacjentów i polityków o dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych. Przełamanie bariery powinno być celem samym w sobie.
- Jeśli nie można przekonać do zmian, do należy wynagrodzić wyjście ze strefy komfortu. W polityce przychylność się kupuje.
- Nie określajmy modelu docelowego tylko kierunek zmian i realizujmy krok po kroku.
- Ośmiu właścicieli podmiotów publicznych w Warszawie. Jak tym można efektywnie zarządzać?
- To co jest własnością marszałka powinno być własnością uczelni. Tak, uczelnie byłyby lepszym właścicielami szpitali!
- Zmiana struktury właścicielskiej to zbyt daleki krok. Nie teraz.

Programowanie

- Kluczowa jest koordynacja struktury świadczeń, która poprowadzi do przesunięć w bazie (szpitale, AOS, POZ). Bez tego żaden program nie będzie w pełni skuteczny, bo będzie obejmował interwencje w warunkach dalekich od optymalnych.

Jeden PO Zdrowie

- Jeden program nieuchronnie pominie różnorodne lokalne aspekty.

Synergia pomiędzy EFRR a EFS

- Problem z niedoborem kadr medycznych wymaga rozwiązania systemowego. To nie chodzi tylko o środki, ale przede wszystkim o zgodę co do koncepcji.
- Lekarze – uprościć zasady nostryfikacji, np. w przypadku lekarzy z Ukrainy

- Pielęgniarki – otwarcie rozmawiać o edukacji średniej, np. uruchomieniu policealnych szkół pielęgniarskich.
- Najpierw zgódźmy się co do sensownego rozwiązania, a potem mówmy o środkach.
- Programy profilaktyki zdrowotnej są irracjonalne.

Organizacje pacjentów

Potrzeby Zdrowotne

- Wielu z nich Mapy nie dostrzegają, np. chorób rzadkich.
- Dlaczego pacjenci nie uczestniczą w tworzeniu map potrzeb?

Komitet sterujący

- Nie wskazano roli organizacji pacjentów w Komitecie Sterującym. Nie wprowadzono w zagadnienia, nie przygotowano do pracy. Nie stwierdzono, czego się od pacjentów oczekuje.
- Zastosowano niezrozumiały język projektów unijnych i terminologię, która jest czytelna tylko dla osób zawodowo zajmujących się sprawami projektów unijnych.
- Potraktowałem/am to jako stratę czasu i już później w tym nie uczestniczyłem/am.

Podejmowanie decyzji

- Minister Zdrowia powinien mieć faktyczną zdolność (instrumenty) realizacji polityki zdrowotnej.
- Na pewno kluczowe decyzje dotyczące programowania muszą być podjęte centralnie. Przykładowo takim obszarem jest kształcenie kadr. Jednak centralna decyzja administracyjna w sprawach lokalnych jest bardzo trudna.
- Z drugiej strony nie może sam marszałek decydować, z udziałem czy bez administracji państwowej, na co mogą iść środki. Owszem, ogólne wytyczne muszą być centralnie, ale szczegółowe decyzje powinny być podejmowane lokalnie z udziałem wojewody, przy współpracy wszystkich środowisk.
- POZ w takim zespole musi być tam mocno reprezentowany, aby środki mogły być kierowane na ten cel.
- W rozwój POZ muszą być zaangażowane także inne resorty, nie tylko MZ, aby zapewnić dostateczną dostępność kadr oraz finansowanie świadczeń gwarantowanych spoza zakresu ściśle zdrowotnego.
- Regionalne rady koordynujące reprezentujące wszystkich interesariuszy, w tym pacjentów, to bardzo dobry pomysł.
- Lokalny partykularyzm jest faktem. Należy go ograniczyć dwoma metodami obiektywizacji
    - poprzez różne opinie w regionalnej radzie koordynującej,
    - poprzez parametryzację map potrzeb zdrowotnych.
- Przykładów partykularyzmu jest wiele. Oświęcim to przykład centrum diagnostycznego za kilkanaście milionów złotych, gdzie przez pół roku nie było lekarzy specjalistów.

Organizacja systemu

- Należy powrócić do koncepcji sieci szpitali budowanej na wytycznych epidemiologicznych, które są opracowane od 2006 r. Wynikają z nich konkretne wnioski dla map potrzeb zdrowotnych w parametryzacji liczby oddziałów, łóżek, etc. To powinien być klucz do inwestycji ze środków wspólnotowych.

Programowanie

- Centralnie powinny być przyjęte parametry podziału środków (kierunki inwestycji, zakresy beneficjentów), które będą ograniczać radosną twórczość.

- Planowanie dalekosiężne nie powinno obejmować e-zdrowia, gdyż tak szybko zmienia się horyzont zdarzeń

Jeden PO Zdrowie

- Tworzenie jednego programu operacyjnego i przerzucenie odpowiedzialności na jeden resort jest obarczone zbyt dużym stopniem ryzyka. Musi być współpraca MZ z MIiR, MRPPS i ME.

Synergia pomiędzy EFRR a EFS

- Wprowadzać twarde KPI związane z celami, czyli nie rozliczać ile szkoleń zrealizowano tylko jak to wpłynęło na efekty (np. w programach otyłości mierzyć wagę pacjentów, w programach aktywizacji ruchowej opaski)
- Powiązać projekty z poszerzaniem koszyka świadczeń (np. domy opieki dziennej, deinstytucjonalizacja: dietetyk…)

Liderzy opinii, eksperci

Potrzeby Zdrowotne

- Mapy potrzeb mogłyby zostać sparametryzowanie, czy inaczej mówiąc owskaźnikowane w dziedzinach medycyny. Wyznaczyłoby to wyraźne kierunki, do jakich zmierzamy.
- Mapy potrzeb powinny zawierać docelową infrastrukturę – trzy razy TAK.
- Na mapach należy umieścić obraz niezbędnych za pięć lat oddziałów, łóżek i tam kierować środki.
- Warto cofnąć się do tzw. pierwszej ustawy o sieci szpitali (prof. Religi). Tam były wskaźniki w specjalnościach, podpsecjalnościach. Zaplanowana wtedy reforma opierała się o trzy filary – ekonomiczno-finansowy, jakościowy i właśnie dotyczący liczby łóżek.
- Należy zrewidować sposób patrzenia na mapy. To powinny być mapy przyszłych świadczeniodawców. Mapy nie tylko tego co leczyć, ale czym i gdzie leczyć, ile potrzeba oddziałów, łóżek. Jeśli np. w danym województwie jest 7 oddziałów w danej specjalizacji, z tego 4 w mieście wojewódzkim, a potrzeba 5, to mapa powinna jasno wskazywać ile ma być w ich regionie, subregionach, a ile w mieście – reszta do konsolidacji, przekształcenia. Takich map potrzebujemy (np. oddziały chirurgii naczyniowej – 13 na Mazowszu, 10 w Warszawie, prawidłowo?)
- Należy zacząć od określenia opartego o potrzeby zdrowotne sieci świadczeniodawców. W przeciwnym razie inwestycje zacementują na lata błędną tkankę świadczeniodawców.
- Powinny być opracowane kryteria efektywności, co do optymalnej liczby pacjentów, łóżek na oddziale, kryteria sprzętu do ośrodków oparte o EBM, np. tomografy (ilu rzędowy), co wolno kupić za środki publiczne, a nie kierować pieniądze na wodotryski.
- IOWISZ nie powinien odpowiadać na pytania, czy coś jest zgodne, ale czy spełnia wymiar liczbowy lub inne jednoznacznie obiektywne kryteria.
- Przy braku takich instrumentów, życie pisze własne scenariusze. Mapy infrastruktury w praktyce kształtują dziś pielęgniarki. Zmniejszają liczbę łóżek, a nie liczbę oddziałów. Łóżek w rejestrze jest mniej, ale de facto jest ich tyle samo, tylko są zgłoszone. Normy pielęgniarskie powodują zwijanie się rynku w sposób niekontrolowany, a to powinno wynikać z map potrzeb.
- Na mapach nie umieszczono infrastruktury. Przykładowo można określić ile węzłów tele-radiologicznych potrzebujemy na województwo. Wtedy wystarczy zrobić zakup grupowy na 100 tomografów, 100 aparatów RTG, określić poprawnie ich standard i temat mamy rozwiązany całościowo i efektywnie kosztowo. Podobnie można rozwiązać problem patomorfologii, endoskopii, dziedzina po dziedzinie.

- Potrzeba programów sektorowych na cały system rozwiązujących wybrane problemy infrastrukturalne w sposób całościowy i systemowy w oparciu o mapy potrzeb zdrowotnych, które ten problem opisują oraz wskazują docelowe wartości.

Komitet sterujący

- Generalnie warto zadać pytanie, dlaczego do tego powołano osobny Komitet, a nie wykorzystany Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego. Działa w jej ramach Zespół ds. Ochrony Zdrowia i Polityki Społecznej z szeroką reprezentacją rządu i samorządów wszystkich szczebli.
- Marszałkowie w poprzedniej kadencji głosowali blokowo, nie tylko ze względu na mylnie pojmowaną jedność środowiska, ale także politycznie. Teraz będzie gorzej, bo są z innych partii.
- Przy komitecie powinno działać ciało merytoryczne patrzące z góry na problemy systemu.
- Przeciwwaga w postaci grupy ekspertów dla samorządu w Komitecie Sterującym, czy jako zewnętrzne ciało doradcze, to bardzo dobry pomysł, ale rząd tego nie zaakceptuje. Rząd nie lubi niezależnych ciał i głosów, a ta przeciwwaga może także ważyć w pewnych sytuacjach na stronę samorządu, jeśli będzie obiektywna. Trzecia strona będzie problemem dla władzy.
- Co do parytetu głosów, warto szukać nie tyle przeciwwagi, co równowagi głosów ze strony władzy centralnej i samorządowej, a potencjalny konflikt rozwiązywać na forum Zespołu ds. Ochrony Zdrowia i Polityki Społecznej Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego.
- W głosowaniu powinni uczestniczyć przedstawiciele władzy centralnej i wnioskodawca, nie zaś przedstawiciele wszystkich marszałków. Poza sytuacjami, gdy głosowanie dotyczy makroregionu, głos pozostałych marszałków powinien mieć tylko charakter doradczy.
- Każdy głos powinien posiadać uzasadnienie, na tak i na nie, tak aby była możliwa jednoznaczna procedura odwoławcza.
- NFZ powinien mieć głos doradczy, gdyż realizuje politykę MZ. NFZ powinien przedstawiać swoją opinię MZ.

Podejmowanie decyzji

- Konieczne jest wyraźne określenie odpowiedzialności za zdrowie. Zdrowie na poziomie regionalnym powinno być koordynowane przez ciała regionalne.
- Należy wprowadzić mechanizmy zarządcze (regionalne komitety ds. zdrowia i komitet centralny), które powstrzymają lokalny partykularyzm.
- Rady powinny przejąć zadania koordynacji inwestycji, polityki zdrowotnej, aby szpitale prowadziły racjonalne inwestycje.
- Konieczne ustanowienie regionalnej polityki zdrowotnej i ustanowienie wojewódzkich rad zdrowia uwzględniających wszystkie szpitale, nie tylko powiatowe i marszałkowskie oraz wszystkich szczebli opieki.
- Powiaty powinny otrzymać narzędzia do realizacji polityki zdrowotnej. Dziś mają zadania, a nie mają dość środków i narzędzi.
- Niezbędna jest pewna centralizacja decyzji, gdyż doświadczenie ostatnich lat pokazuje, że szpitale rozwijały się kompletnie żywiołowo i bez regionalnego/centralnego konceptu.
- Koordynacja decyzji szpitali resortowych stanowi wyzwanie, ale należy pracować nad rozwiązaniami, które nie pojawią się od razu, ale należy zainicjować prace i określić długofalowy cel tych rozmów.

Organizacja systemu

- Konieczne jest spisanie nowej sieci szpitali.
- Konieczne jest opracowanie White Policy Paper jako opisu docelowego systemu, do jakiego mamy zmierzać. Należy do niego dochodzić etapami i wykorzystać środki UE do transformacji.

- Szpitale generalnie powinny być własnością marszałka, ale to wydaje się niezmiernie trudne politycznie. Poza tym marszałkowie wtedy mogliby działać zbytnio w swoim partykularnym interesie.
- Rozdrobnienie właścicielskie podmiotów publicznych to jeden problem. Ale drugim jest nieczytelne mieszanie systemu publicznego i prywatnego. Rodzą się konflikty interesu, a umiejętne zarządzanie konfliktami interesami jest kluczowe dla reformy.
- W efekcie obserwujemy niezdrową konkurencję na dwóch frontach – publiczno-publicznym i publiczno-prywatnym.
- Może warto powrócić do koncepcji jednego podmiotu odpowiedzialnego na poziomie regionu za zdrowie i pieniądze?
- Kluczowe staje się wprowadzenie czytelnej odpowiedzialności i rozliczalności. Nie może być tak, że jeden decyduje, a drugi za to płaci lub ponosi konsekwencje. To nie tylko kwestia inwestycji. Zamykany jest oddział, ale nic z tego dla nich wynika – żadnej odpowiedzialności za zamknięcie, za populację, która nie jest obsługiwana.
- Powinna powstać platforma internetowa sprzedaży sprzętu używanego ze zdefiniowanymi mechanizmami pierwszeństwa opartymi o potrzeby zdrowotne.
- W mechanizmach efektywnościowych NFZ należy wprowadzić uzależnienie punktacji i wyceny od klasy sprzętu, o ile spełnia przyjęte centralnie normy dla danego oddziału/szpitala.

Programowanie

- Programować należy docelową konfigurację systemu, a nie interwencję!
- Należy odwrócić logikę programowania. To lider ma wyznaczać obszar tematyczny. Centrum ma określać konkretne priorytety, a nie ogólne, szeroko zarysowane ramy inwestycji.
- Trzy działania muszą być realizowane w tym samym koncepcie. Nie mogą następować w oderwaniu od siebie i pozostawać różnorodne. To kwestia zapewnienia rozliczalności i odpowiedzialności:
    - finansowanie transformacji ze środków europejskich (partnerem ma być marszałek)
    - realizacja strategii rozwoju regionalnego (partnerem struktury lokalne/regionalne)
    - koordynacja zdrowia (partnerem regionalne rady zdrowia, utworzone np. na bazie wojewódzkich rad ds. potrzeb zdrowotnych)
- Powinny być promesy na inwestycje, gwarantujące finansowanie publiczne świadczeń w przypadku akceptacji inwestycji.

Jeden PO Zdrowie

- Interesujące, kto i co stoi za tą koncepcją. Jakie cele ma realizować?
- Centralizacja programów centralnych powinna być faktem i MZ powinien być jedynym zarządzającym. Jednak co do programów regionalnych należałoby przemyśleć, jak daleko ma sięgać takie zespolenie.
- Koncentracja innych ministerstw TAK. Koncentracja samorządów NIE.
- Większość środków powinna iść przez projekty regionalne
- Tworzenie jednego PO Zdrowie rodzi zagrożenie, że w obliczu ogromu zadań, presji czasowej i niedoboru zasobów, szereg działań będzie outsourcowanych, co w tej skali może być źródłem utraty pełnej kontroli nad procesami i ich jakością.
- To zagraża pseudocentralizacją – najpierw centralizujemy, aby potem outsourcować, przy tym temu outsourcingowi grozi brak profesjonalizmu.
- Centralizacja w postaci zarządzanego centralnie PO może także oznaczać rozdzielnictwo polityczne – tu się buduje szpitale, gdzie rządzi partia rządząca, a tu gdzie jest opozycja nie ma nic.
- Biorąc pod uwagę, że mamy rok wyborczy, taka centralizacja to źródło konfliktu politycznego.

Synergia pomiędzy EFRR a EFS

- Dwie sprawy wymagają łącznego opracowania: sposób rozwiązania opieki zdrowotno-społecznej i jej finansowania.
- Środki unijne mogą służyć transformacji, np. szpitali do centrów opieki, ale pytanie jest jak je potem finansować? Pojawią się nowe usługi, których NFZ nie ma w planie finansowym ani nie ma umocowania w ustawie do ich finansowania. Problemem jest zachowanie ciągłości – środki unijne służą transformacji, ale potem musi być zapewnione finansowanie. Samorządy tym ciężarom nie podołają. Sprawy społeczne powinny być finansowane ze źródeł MRPPS.
- W tym zakresie jest konieczna inicjatywa premiera rządu. Obecnie nie są prowadzone prace nad ubezpieczeniem opiekuńczym ani inne analizy, jak finansować taką opiekę. Niezbędne staje się powołanie zespołu międzyresortowego i nadanie tej sprawie priorytetu. Ale czy w roku wyborczym to możliwe?
- Alternatywnie może należy zmienić ustawę o działach administracji rządowej nadając uprawnienia do inicjowania działań horyzontalnych we współpracy z innymi ministerstwami ministrowi zdrowia? A może należy uaktywnić/powołać finalnie pełnomocnika rady ministrów ds. zdrowia publicznego?
- Projekty miękkie nie są ściśle uzależnione od kryteriów i celów.

Organizacje pracodawców i związki branżowe

Potrzeby zdrowotne

- Przy tworzeniu sieci szpitali nie było żadnego faktycznego mapowania potrzeb zdrowotnych na poziomie regionalnym.
- Mapy powinny być sparametryzowane, pokazywać zapotrzebowanie i zderzać je z możliwościami.
- Dziś zawierają dużo danych źródłowych, ale zbyt mało syntetycznych wniosków wyrażonych w wartościach liczbowych.
- Wiele dokumentów powstało w bardzo subiektywnych okolicznościach. Ocena potrzeb jest zależna od tego, kto je tworzył.
- Mapy i priorytety tworzyli ludzie z dużych jednostek, szpitalnicy. Gorzej jeśli chodzi o identyfikację potrzeb interioru[29]. Im z większego dystansu dokonuje się oceny potrzeb, tym gorzej je widać. Najlepiej niestety jest widoczny własny interes.
- Należy pamiętać o potrzebach POZ. Od tej strony można zrozumieć głos, że szpitale są już niemalże we wszystko wyposażone.
- Skupiano uwagę tylko na dużych inwestycjach, a system zmienia się od dołu. Przedstawiciele marszałków mają swoje sprawy, a POZ to nie ich sprawa.
- Potrzeby zdrowotne i planowanie inwestycji powinno być dokonywane w skali 5-6 makroregionów medycznych, zdrowotnych.
- System IOWISZ, tak jak jest sformułowany, nie uwzględnia specyfiki POZ. Inwestycje w kluczowe dla podstawowej opieki obszary, jak np. prosto wyposażone, ale profesjonalnie prowadzone sale rehabilitacyjne dla osób z problemami kręgosłupa i narządu ruchu, nie mają szans na korzystną ocenę w porównaniu z wyposażeniem szpitala, czy nawet zakupem do lokalnego ośrodka aparatu USG. Tymczasem schorzenia kręgosłupa i narządu ruchu stanowią 1/3 problemów, z jakimi zgłaszają się pacjenci do POZ.
- Podejście „piszcie co Wam potrzeba" to koncert życzeń. W zamian można policzyć zapotrzebowanie na sprzęt z danych epidemiologicznych. Wiemy, że występuje nadmiar określonej infrastruktury w pewnych regionach, dużych miastach, a w innych niedobór.

[29] rejony słabo zurbanizowane, oddalone od aglomeracji miejskich, na obrzeżach województw

- Za kluczowe należy uznać, aby potrzeby zdrowotne były sparametryzowane, tzn. powinien być opisany w liczbach pewien stan docelowy infrastruktury medycznej i personelu pozwalający na optymalne zaspokojenie potrzeb zdrowotnych.
- Kryteria inwestycyjne powinny być poparte w miarę możliwości jak najbardziej twardymi liczbami, a nie bazować na uznaniowych opiniach eksperckich.
- Kwestii potrzeb zdrowotnych nie można analizować w oderwaniu od szpitali Ministerstwa Obrony Narodowej. Świadcząc dziś usługi zdrowotne dla ogółu ludności, są oparte o stan zastany – szpitale frontowe i zaplecza wojennego, rozmieszczone wg koncepcji obronnych zeszłego stulecia.

Komitet Sterujący

- Komitet Sterujący ma przewagę samorządu. Inni interesariusze nie są w tej sytuacji w stanie być partnerem aby dyskutować, jak uwzględniać obiektywne przesłanki decydując o przeznaczeniu środków.

Podejmowanie decyzji

- Zdrowie nie ma dziś gospodarza. Każdy patrzy wycinkowo na swój obszar, z którego jest rozliczany.
- Należy dać narzędzia ministrowi zdrowia do realizacji polityki zdrowotnej, ale zachować także rolę samorządu w myśl zasady pomocniczości.
- Decydując o inwestycjach konieczny jest konsensus wszystkich interesariuszy na poziomie regionalnym.
- Przedstawicielstwa w różnych gremiach powinny mieć inny niż obecnie parytet, np. na poziomie województwa. Powinny w nich uczestniczyć organizacje, które gwarantują realną znajomość rzeczy, w tym w szczególności reprezentujące AOS, POZ, klinicystów, ratownictwo medyczne.
- Konieczna jest reprezentacja właściwych środowisk w ciałach decydujących lub programujących kluczowe instrumenty decyzyjne, w szczególności mapy potrzeb i system IOWISZ.
- Należy wzorować się na innych krajach, np. Niemczech, gdzie taki konsensus jest wymogiem a jednocześnie gwarantem celowości inwestycji.
- Polska regionów powinna mieć gospodarza. Może nim być wojewoda współdziałający z lekarzem jako koordynatorem. Razem z nimi marszałek, konwent powiatów, szpitale resortowe i pozostali.
- Wykorzystanie działających przy wojewodach dzisiejszych struktur Wojewódzkich rad do spraw potrzeb zdrowotnych wymagałoby ich istotnego uaktywnienia, poszerzenia zakresu kompetencji i składu. Są to obecnie zespoły iluzoryczne.
- Decyzje powinny być podejmowane przez kolegialne ciała z udziałem konwentów powiatów, marszałka, wojewody, pozostałych. Tak powinny być prowadzone rozmowy na szczeblu regionalnym. Decyzje powinny być następnie przekazywane na poziom centralny do dalszej koordynacji.
- Środki powinny być dzielone lokalnie, bo lokalnie znane są potrzeby i ich kontekst.
- Przeniesienie decyzji na niższy poziom do ciała niezależnego, gdzie byłaby zapewniona równowaga pomiędzy kwestiami istotnymi dla samorządu powiatowego, wojewódzkiego i ministerstw, gdzie NFZ musiałby się podpisać, że dysponuje lub będzie dysponować odpowiednim budżetem na finansowanie świadczeń, to dawałoby szansę na bardziej racjonalne niż obecnie decyzje.
- „Dół" musi się spotkać z „górą". To powinno działać jak rada ławników, gdzie każdy, także marszałek, powinien przekonać większość do swoich racji.

- Warto zmierzyć się z brutalną prawdą i zrozumieć źródła tego zjawiska, aby mu przeciwdziałać – zbyt często lekarze traktują dziś szpital publiczny, jak swój prywatny folwark, a ma to olbrzymi wpływ na kierunki inwestycji.
- W samorządzie najważniejsze zadania własne. Jak ktoś przyjdzie sprawdzić, to musi być w porządku. To niestety założyło samorządom klapki na oczy. Dodatkowo szersze działania ogranicza brak środków.

Postawa KE

- KE powinna być bardziej stanowcza, zdecydowana w ocenie wykorzystania środków. Zbyt często jest tak, że niby coś się nie podoba ale KE przymyka na to oko, bo czy naprawdę zależy aby to pokazać?
- W przypadku projektu P1 przez lata było tak, że my udawaliśmy, że coś robimy, a KE udawała, że to akceptuje.
- Tymczasem na potrzeby opieki środowiskowej potrzebujemy platform regionalnych aby koordynować opiekę *in situ*

Organizacja systemu

- Bazę systemu powinny stanowić praktyki medycyny rodzinnej. Aby tak się stało konieczna jest szeroka dyskusja, analiza w grupach fokusowych, formułowanie wniosków, raportów. Jednak obecnie nie jest to możliwe, gdyż brak takiej dyskusji i w konsekwencji nie wiemy do jakiego systemu zmierzamy.
- Konieczna jest korekta katalogów świadczeń odcinająca je w piramidzie świadczeń na każdym poziomie od dołu i poszerzająca od góry.

Programowanie

- Jeśli chcemy realizować nowe cele, jak np. deinstytucjonalizacja opieki, to należy uczyć ludzi, jak to robić. Dziś nauczyli się jak wyposażać szpitale, centra diagnostyczne. Nie są przygotowani do zmiany status quo. Nie chcą kierować inwestycji na nowe rzeczy, bo obawiają się porażki, krytyki braku umiejętności aplikowania o wsparcie.
- Należy pokazać, jak wydawać pieniądze na POZ, na opiekę środowiskową, aby projekty były akceptowane.
- Należy edukować społeczeństwo i personel o wartościach płynących ze zmiany modelu opieki.
- Centralizacja decyzji w zakresie programów operacyjnych to kiepski pomysł.
- Niezłym rozwiązaniem sprzyjającym wzmocnieniu roli POZ okazało się podejście, które przeznacza środki finansowe dla ośrodków klinicznych, ale pod warunkiem, że partnerem projektów są w określonej liczbie podmioty POZ.
- Jak dotąd nie do przebrnięcia jest myślenie silosowe – to finansujemy, tego nie. Tymczasem kluczem przykładowo do deinstytucjonalizacji jest współpraca horyzontalna, taka jaką należy realizować organizując zespół opieki domowej. Tworzą go służby medyczne, społeczne, systemy informatyczne i edukacja.
- Równie poważnym problemem co silosowość jest kwestia zapewnienia w takiej sytuacji ciągłości realizacji projektu. NFZ może finansować tylko świadczenia zdrowotne, gdzie i tak podlega ograniczeniom budżetowym. Przy braku koordynacji z Ministerstwem Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, przy braku jednolitej koncepcji finansowania „nowych usług" opieki społecznej, trudno mówić o niezawodnej kontynuacji. To zwykle przekracza możliwości samorządu.

Jeden PO Zdrowie

- Zdrowie wymaga swojej własnej przestrzeni, której nie będzie z innymi dzielić. Ale rozwiązuje to jeden PO?

- Pamiętajmy o zasadzie pomocniczości. Ona czemuś ma służyć.

Synergia pomiędzy EFRR a EFS

- Szereg szkoleń, to były pieniądze wydane nieefektywnie. Wymyślano tematykę szkoleń, a potem szukano dla nich uczestników.
- Szkolenia powinny realizowane w powiązaniu z realizowanymi projektami. Powinny odpowiadać zidentyfikowanym potrzebom – tym globalnym, ale i tym, a może przede wszystkim lokalnym.

Samorząd terytorialny

Potrzeby Zdrowotne

- Nie mamy planu gry. Nie budujemy świadomości. Zapytajmy, komu zależy, aby mapy potrzeb szanować? Map się nie wykorzystuje. Wystarczy spojrzeć ZOLe, oddziały psychiatryczne, psychiatrię dziecięcą.
- Mapy potrzeb zdrowotnych edycji 2007 były do poziomu województwa i można je było owskaźnikować, a przez to wdrożyć mechanizmy ich egzekwowania.
- Na obecnych mapach trudno dostrzec wskaźniki, które mogłyby sterować decyzjami.
- Jednak nikt nie przypilnował wydatków województw w ochronie zdrowia. Powinny były być sztywne granice – przekroczyłeś wskaźnik (wynikający z planu, map potrzeb, epidemiologii), masz stop.
- Służyć temu powinien kompletny system – strategia, mechanizmy wdrażające, system egzekwowania mechanizmów.
- Powinniśmy opierać się o wskaźniki, ale powinien być także arbiter. Arbitrem powinien być fundusz NFZ, jako płatnik. Najbardziej gwarantuje niezależność.
- Tego nie da się zrealizować bez mechanizmów regionalnych. Mechanizmy MZ są po to, aby ratować kliniki, a nie szpitale samorządowe. Na tym się koncentruje MZ. Partykularyzm centralny ma także miejsce.
- IOWISZ jest ok, ale wymaga poprawy tak uwzględnić EBM.

Komitet sterujący

- Ministerstwo, NFZ, KE nie mogły przegłosować marszałków. Pomysł sam w sobie dobry, ale wykonanie dramatyczne.
- Tak, należy rozważyć parytet w komitecie, możliwość odwołania się do grona eksperckiego, poproszenia o niezależną opinię.
- Takie grono ekspertów mogłoby być wybrane także w parytecie przed stronę samorządową i rządową.

Podejmowanie decyzji

- Dlaczego regionalne rady do spraw potrzeb zdrowotnych mają być partnerem dla rządu (wojewody), a nie samorządu? To niezrozumiałe.
- Tylko rady regionalnie, nie centralne, będą wiedziały, jakie są uwarunkowania.

Organizacja systemu

- Zmienia się ustrój Polski, zmienia się Polska. Zmienia filozofia myślenia o Państwie. Wyręcza się samorządy, omija w decyzjach, pozbawia się autonomii.
- Oddajemy płace nauczycielskie rządowi. Odgórnie ustala się stawki wody. Oddajemy wynagrodzenia personelu szpitala rządowi. Czyli jestem odpowiedzialny, ale nie mam wpływu na szkoły, szpitale?

- Polski nie stać, aby trwonić potencjał społeczny na poziomie regionalnym. Czy ja się muszę przejmować się policją, środkami europejskimi, gdy nie są moje?
- Zasada pomocniczości powinna była iść na sam dół, do poziomu gminy. Na przełomie pierwszej i drugiej dekady obecnego stulecia samorząd dokonał jednak grzechu zaniechania. Nie spełniła nadziei strategia rozwoju kraju oparta o aglomeracje, które miały wspierać rozwój regionów. Tę pustkę wypełniło myślenie o silnym państwie rządzonym centralnie.
- Centralizacja jest przyznaniem się do słabości.
- A można przecież inaczej i są na to przykłady. Partykularyzmy kształcenia zawodowego zostały rozwiązane. Zróżnicowano stawki na ucznia w zależności od tego, czy są to zawody poszukiwane na rynku pracy czy nie. To rada ds. zatrudnienia na poziomie województwa ustala kierunki pożądane. Samorządy wiedzą czego potrzebują mieszkańcy regionu.
- W ochronie zdrowia wymagana jest sensowna koordynacji szpitali. Mamy zbyt wielu publicznych właścicieli. Optymalnie byłoby, gdyby placówki podlegały pod jeden szczebel.

Programowanie

- Jeśli nie będzie długookresowej strategii ochrony zdrowia w perspektywie 10-15, to nic z tego nie wyjdzie. Po 30 latach transformacji trzeba nareszcie powiedzieć co dalej. Nie tyle ważna jej treść co mechanizmy gwarantujące jej stabilność przy zmianach politycznych i zmianach koncepcji.
- Powinna to być strategia budowana metodą partycypacyjną na poziomie państwa.
- Strategia powinna tworzyć obraz Polski szeroko, nie tylko w obszarze zdrowia sensu stricte. Tworząc ją powinniśmy pytać o wsparcie socjalne, wyzwania demograficzne, wiek przejścia na emeryturę.
- W przeszłości skasowano obowiązek opracowywania regionalnych strategii zdrowotnych. Należy przywrócić obowiązek przygotowania długoterminowej polityki zdrowotnej na poziomie regionów.
- Strategie regionalne powinny obejmować także podmioty centralne.
- Warto rozważyć, aby były tworzone także strategie makroregionalne, gdy takie są lokalne uwarunkowania.
- Decydowanie na poziomie regionalnym nie grozi dublowaniem na granicach województw, jeśli właściwie opisze się obszary interwencji oraz zasady koordynacji i współpracy.
- Należy zrezygnować ze słów „linia demarkacyjna", bo to dzieli, a nie łączy.
- Na danym obszarze w programach zdrowia publicznego, w programach wielokomponentowych, powinien być jeden wykonawca. Chodzi o kompleksowość usług, doświadczenie, ekspertyzę.
- W kwestii wydatków, powinna być preferowana opieka środowiskowa. Uwagę też powinny przyciągnąć programy przeciwdziałania zakażeniom szpitalnym.
- Wzmocnienia wymaga POZ w programach profilaktyki zdrowotnej.
- Inwestycje centralne powinny skupiać się na dydaktyce, szpitalach klinicznych.
- Kluczowym problemem, zadaniem centralnym, powinna być organizacja systemu wsparcia osób niewydolnych, wyrównania szans, systemu opieki długoterminowej.
- Warto pamiętać, że same środki nie zapewnią ludzi. To szerszy problem.

Jeden PO Zdrowie

- Pewne usługi wymagają centralizacji decyzji. Centralizacja globalna może rodzić decyzje autokratyczne, zagrażać kolesiostwem.
- W opiece środowiskowej żadna centralizacja nie zda egzaminu. Zbyt duża różnorodność problemów, potrzeb, koniecznych rozwiązań.
- Centralnie to należy wyciągać wnioski i adaptować do realizacji w całym kraju.

- Centralizacja spowoduje, że marszałkowie wszystkie problemy skierują do ministra zdrowia. Dziś minister zdrowia być może nawet nie zdaje sobie sprawy, jak wiele rozwiązują marszałkowie.
- Zastanówmy się, na ile centralizacja da efekt koordynacji? Potrafimy sobie wyobrazić te wycieczki powiatów, lobbowanie?

Synergia pomiędzy EFRR a EFS

- Miękkie działania powinny w większej skali iść na poprawę dostępności do usług środowiskowych i AOS.
- Środki EFS pozwalają wypracować pomysły, wdrożyć pilotaż (np. opieka psychiatryczna, demencja).
- Powinno się zidentyfikować dysproporcje pomiędzy regionami w projektach infrastrukturalnych i społecznych kierując środki na wyrównanie tych nierówności, aby lepiej wykorzystać synergie.
- Zróżnicowanie opieki długoterminowej niekoniecznie jest zgodne z potrzebami, czyli jak nie ma oferty świadczeń, to się jej nie szuka (nie dostrzega się problemu, zjawiska).

Załącznik nr 3: Użyte skróty

AISN	Asocjacja Interwencji Sercowo Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego
AOS	Ambulatoryjna Opieka Społeczna
AOTMiT	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
CMJ	Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia
CSIOZ	Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia
DG Regio	Dyrekcja Generalna ds. Polityki Regionalnej i Miejskiej
DSRK	Długookresowa Strategia Rozwoju Kraju – Polska 2030. Trzecia fala nowoczesności.
EBM	Medycyna oparta na dowodach naukowych (*Evidence Based Medicine*)
EFRR	Europejski Funduszu Rozwoju Regionalnego
EFS	Europejski Fundusz Społeczny
EFSI	Europejskie Fundusze Strukturalne i Inwestycyjne
IOWISZ	Instrument Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Ochronie Zdrowia
HZSR	Horyzontalne Zintegrowane Strategie Rozwoju
KE	Komisja Europejska
KS, Komitet Sterujący	Komitet Sterujący ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia
KPI	Kluczowe wskaźniki efektywności (*Key Performance Indicators*)
KRK	Koncepcja Rozwoju Kraju
Mapy	Mapy potrzeb zdrowotnych
MC	Ministerstwo Cyfryzacji
MCDA	Wielokryterialna Analiza Decyzyjna (*Multi Criteria Decision Analysis*)
ME	Ministerstwo Edukacji
MIiR	Ministerstwo Inwestycji i Rozwoju
MRPPS	Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej
MZ	Ministerstwo Zdrowia
NIK	Najwyższa Izba Kontroli
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
P1	Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych
PO	Program Operacyjny/Programy Operacyjne
Policy Paper	Krajowe Ramy Strategiczne – *Policy Paper* dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020
POZ	Podstawowa Opieka Zdrowotna
SOR	Strategia na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju do roku 2020 (z perspektywą do 2030 r.)
SPZOZ	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
SRKL	Strategia Rozwoju Kapitału Ludzkiego
SZRP	System Zarządzania Rozwojem Polski
UE	Unia Europejska
Ustawa o działalności	Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2011 Nr 112 poz. 654, ze zm.)
Ustawa o świadczeniach	Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, ze zm.)
ZOL	Zakład Opiekuńczo-Leczniczy

ZSRK	Zintegrowana Strategia Rozwoju Kraju
ZSRW	Zintegrowana Strategia Rozwoju Województwa
ZSP	Zintegrowane strategie ponadregionalne
ZSRL	Zintegrowana Strategia Rozwoju Lokalnego (studium rozwoju gminy)
ZSROF	Zintegrowana strategia rozwoju obszaru funkcjonalnego