

Unia Europejska chce zmusić polskie szpitale do koordynacji wydatków



MARCHEWKA NA KIJU

Komisja Europejska ma dość chaosu w szpitalnych inwestycjach w Polsce. Oczekuje od samorządów współpracy, a od rządu koordynacji wydatków. – *Pieniądze muszą być wydawane efektywnie. Nie może być tak, że każdy sobie rzepkę skrobie, a sąsiadujące ze sobą placówki np. kupują taki sam bardzo drogi sprzęt, który potem jest w niewielkim zakresie wykorzystywany* – mówi Janusz Lewandowski, komisarz europejski ds. programowania finansowego i budżetu.

Które placówki medyczne mają wiele zyskać w nowej perspektywie finansowej UE na lata 2014–2020, a kto może stracić? Jakie będą priorytety w wydatkowaniu pieniędzy na zdrowie?

Lokalne ambicje i dezorganizacja

Odnieśliśmy sukces: w ramach polityki spójności z budżetu unijnego na lata 2014–2020 otrzymamy 82,5 mld euro. 23 maja Komisja Europejska zawarła z Polską umowę partnerstwa określającą kierunki i zasady ich inwestowania. – *Polska jest największym beneficjentem funduszy UE i przykładem dla innych, jeśli chodzi o wykorzystanie pieniędzy* – mówił przy tej okazji Johannes Hahn, komisarz UE ds. polityki regionalnej. To w dużej mierze prawda, a nie kurtuazja, ale rząd, samorządowcy i szefowie placówek medycznych muszą zdawać sobie sprawę, że to nie będą kolejne w miarę proste lata, gdy trzeba było tylko wymyślić projekt, zgromadzić wkład własny i z reguły później wszystko już jakoś szło.

Metodą kija i marchewki unia chce zmusić polskie instytucje do współpracy i racjonalizacji działań i wydatków, nie tylko w dziedzinie zdrowia. Na celowniku znalazły się inwestycje samorządowe. „Osobywanie Brukselki”, choć przyniosło naszemu krajowi wiele korzyści, nie zawsze było realizowane z sensem. Na utrzymanie części obiektów już nie ma pieniędzy, a w wypadku sprzętu kłopotem jest chociażby jego serwisowanie. Kolejne kamyczki do szpitalnego ogródka wrzuca Najwyższa Izba Kontroli. Przykład to choćby kontrola 10 podlaskich projektów szpitalnych finansowanych przez UE. Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie oceniła tylko jeden. Kontrolerzy twierdzą, że ZOZ-y nagminnie podawały nieprawdziwe dane we wnioskach, by zwiększyć szanse na dofinansowanie zakupów aparatury medycznej. Zawyżały spodziewane efekty swoich działań, obiecując np. nierealny wzrost liczby i dostępności świadczeń medycznych.

– *Można już na początku ustalić, że sprzęt będzie wykorzystywał nie tylko szpital, ale też inne placówki. Pieniądze będzie łatwiej pozyskać, jeśli wykazany zostanie element współpracy różnych środowisk, np. kilku samorządów lub różnych beneficjentów. Z Brukseli będą i naciski, i zachęty, by iść w tym kierunku* – mówi komisarz Lewandowski.

„W ramach projektów wzmacniających infrastrukturę ochrony zdrowia w perspektywie finansowej 2007–2013 realizowano w większości inwestycje punktowe, uwzględniające potrzeby poszczególnych podmiotów leczniczych, niezorientowane jednak na niwelowanie konkretnych obszarów deficytowych. Doświadczenia wskazują też na konieczność wzmocnienia koordynacji poziomu regionalnego i centralnego oraz wprowadzenia mechanizmu racjonalizacji przedsięwzięć inwestycyjnych, tj. oceny celowości podejmowania nowych inwestycji w infrastrukturę medyczną” – czytamy w umowie z KE.

**JAK POGODZIĆ SAMORZĄDNOŚĆ
I CENTRALNE KOORDYNOWANIE INWESTYCJI?
ZE ZOBOWIĄZAŃ PODJĘTYCH PRZEZ POLSKĘ
WYNIKA, ŻE W MINISTERSTWIE ZDROWIA
POWSTANIE CENTRUM KOORDYNACYJNE
O PONADRESORTOWYM CHARAKTERZE**



foto: iStockphoto

Cele interwencji w ramach polityki spójności na lata 2014–2020 na rzecz ochrony zdrowia:

- Rozwój profilaktyki zdrowotnej, diagnostyki i medycyny naprawczej ukierunkowany na główne problemy epidemiologiczne w Polsce
- Przeciwdziałanie negatywnym trendom demograficznym poprzez rozwój opieki nad matką i dzieckiem oraz osobami starszymi
- Poprawa efektywności i organizacji systemu opieki zdrowotnej w kontekście zmieniającej się sytuacji demograficznej i epidemiologicznej oraz wspieranie badań naukowych, rozwoju technologicznego i innowacji w ochronie zdrowia
- Wsparcie systemu kształcenia kadr medycznych w kontekście zmieniających się potrzeb społecznych

Poziom rządowy

Pierwsze problemy z rozdzielaniem i wykorzystaniem unijnych funduszy mogą się pojawić na poziomie rządowym. Przed nami jeszcze miesiące gorączkowych dyskusji i tarć wokół szczegółowych rozwiązań. Pod naciskiem Brukseli musieliśmy obiecać, że uporządkujemy kompetencje i skoordynujemy działania w ochronie zdrowia, dotychczas często podyktowane nie tyle me-

**RZĄD, SAMORZĄDOWCY I SZEFOWIE PLACÓWEK
MUSZĄ ZDAWAĆ SOBIE SPRAWĘ,
ŻE TO NIE BĘDĄ KOLEJNE W MIARĘ PROSTE LATA,
GDY TRZEBA BYŁO WYMYŚLIĆ PROJEKT,
ZNALEŹĆ WKŁAD WŁASNY I Z REGUŁY
DALEJ WSZYSTKO JUŻ JAKOŚ SZŁO**

rytoryką i dobrem obywateli, ile polityką, ambicjami, potrzebą przycinania wstęg.

Komisja Europejska straciła cierpliwość i jest na tyle wyczulona na polską dezorganizację, że może się zdarzyć, że wstrzyma wypłaty. Kulisy negocjacji dotyczących pozyskania pieniędzy na zdrowie na lata 2014–2020 pokazują, że nie zbędziemy KE ogólnikowymi wypowiedziami o grupach roboczych i życzeniowymi deklaracjami.

Siła i słabość razem

Naszą siłą i słabością jest daleko idąca decentralizacja w zarządzaniu funduszami. – *Wśród nowych państw członkowskich jesteśmy jedynym, które już drugi raz będzie w sposób zdecentralizowany realizować programy z wykorzystaniem funduszy UE. Nawet w krajach będących dłużej w UE jest to rzadkość* – wyjaśnia eurodeputowana Danuta Hübner, była komisarz ds. polityki regionalnej. A komisarz Lewandowski dodaje, że dla Brukseli to też problem – zamiast jednego centralnego partnera programów ma aż 16 regionalnych.

Samorządy, choć dobrze radziły sobie z wykorzystaniem unijnych funduszy – w takim sensie, że pula pieniędzy była wykorzystywana, nie koordynowały inwestycji. Komisja w umowie z Polską określiła, że

pieniądze mają być wydawane efektywniej, w skoordynowany centralnie sposób, zapelniać luki w systemie, a nie zaspokajać ambicje samorządowców i szefów placówek medycznych.

Centrala kontra teren

Jak pogodzić samorządność i centralne koordynowanie inwestycji? Ze zobowiązań podjętych przez Polskę wynika, że w resorcie zdrowia powstanie centrum koordynacyjne o ponadresortowym charakterze. – *Chodzi o to, by decyzje o inwestycjach współfinansowanych przez UE wpisywały się we wcześniej ustalony plan działań, a przede wszystkim pieniądze wydawane były na cele strategiczne* – mówi Andrzej Ryś, dyrektor ds. zdrowia publicznego w Dyrekcji Generalnej Zdrowia i Konsumentów Komisji Europejskiej. Za koordynację odpowiadać będzie minister zdrowia w porozumieniu z ministrem rozwoju regionalnego i marszałkami województw.

„Głównym narzędziem koordynacji interwencji podejmowanych w sektorze zdrowia z pieniędzy UE jest komitet sterujący ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia. (...) W jego skład wchodzi w szczególności przedstawiciele ministra właściwego ds. rozwoju regionalnego, ministra właściwego ds. cyfryzacji, ministra właściwego ds. pracy i polityki społecznej oraz samorządy regionów, a także inni partnerzy właściwi w zakresie ochrony zdrowia” – czytamy w umowie z Polską podpisanej przez Komisję Europejską 23 maja.

Ministerstwo Zdrowia stałoby się więc superresortem nadzorującym w pewnym zakresie politykę społeczną rządu. To może być nie w smak nie tylko samorządom niższego szczebla, ale i innym ministerstwom. Wspólnie to nowe ciało ma mieć realny wpływ na to, w jakim kierunku idą inwestycje w zdrowie, ale także – co wywoła pewnie największą burzę – gdzie będą realizowane.

Krzysztof Kuszewski

kierownik Zakładu Organizacji i Ekonomiki
Ochrony Zdrowia oraz Szpitalnictwa PZH



foto: Wojciech Olkuszniak/Agencja Gazeta

Liczyłem na coś innego niż propozycja powołania superministerstwa czy superdepartamentu do spraw rozpatrywania pomysłów rozdziału funduszy unijnych. Oczywiście jasne było, że pieniądze, które otrzymujemy, w dużej mierze są marnotrawione. Mówiłem o tym głośno, alarmowałem. Tyle że pomysły, jak temu problemowi zaradzić, muszą budzić wątpliwości.

Nie chodzi wcale o próbę powołania nowego superurzędu. Moim postulatem było ukierunkowanie, określenie priorytetów. Jakie one są? Mamy problem z ochro-

ną zdrowia osób w wieku podeszłym, a także z pediatrią. Wreszcie – mamy problem z profilaktyką osób pracujących, co wiąże się z funkcjonowaniem medycyny pracy.

Mania kupowania sprzętu musi być leczona. Trzeba zastąpić ją stworzeniem racjonalnych mechanizmów, które strumień unijnych pieniędzy winny kierować tam, gdzie są one potrzebne – na opiekę nad najmłodszymi, najstarszymi i medycynę pracy z prawdziwego zdarzenia (nie taką jak dziś). Tyle że rozdziałem tych pieniędzy nie powinien kierować superurząd, lecz należy je wydatkować na podstawie właściwie określonych priorytetów. Pozostawiając samorządom inicjatywę, jak to zrobić.

„Warunkiem koniecznym do interwencji w sektorze zdrowia jest ich zgodność z uzgodnionym przez komitet sterujący planem działań podejmowanych w sektorze zdrowia z funduszy unijnych na poziomie krajowym i regionalnym” – czytamy w umowie. Komisja zastrzega, że spełnienie tych warunków umożliwi uruchomienie funduszy na lata 2014–2020 w tym obszarze. „Do czasu wypełnienia przez Polskę tego warunku Komisja Europejska może zawiesić całość lub część płatności” – precyzuje Komisja Europejska.

Nadzór Unii Europejskiej

Podobne zmiany zajdą również na poziomie rządowym, gdzie zespół kierowany przez wicepremiera

Elżbietę Bieńkowską, w którego skład wchodzi wice ministrowie wszystkich resortów odpowiedzialnych za wydatkowanie funduszy UE, ma nadzorować, a nie tylko zatwierdzać decyzje o wydatkowaniu pieniędzy. Tu też może dojść do zgrzytów, bo zwiększa się podporządkowanie ministerstw Bieńkowskiej.

Działania UE i rządu w tym zakresie, choć wiążą się z ryzykiem, mogą przynieść sporo korzyści. System ochrony zdrowia jest w wielu aspektach poza kontrolą, dyskusje o sieciach szpitali ciągną się od lat i nadal nie widać efektu. Ministerstwa nie są w stanie wskazać np., ile pieniędzy w sumie przekazano na ochronę zdrowia z UE. Jest jednak też ryzyko, że np. powiaty, o których nie wspomina się w umowie z KE, na tych zmianach

Marcin Szulwiński prezes Grupy Nowy Szpital

Pieniądze, które otrzymywaliśmy od Unii Europejskiej na ochronę zdrowia, nie służyły w pełni osiągnięciu zamierzonego celu, czyli ochronie zdrowia właśnie, rozumianej jako poprawa sytuacji zdrowotnej społeczeństwa. Nie miałbym nic przeciw temu, że w dużej części poszły one na inwestycje i sprzęt medyczny, bo rzeczywiście pod tym względem polskie szpitale były bardzo zapóźnione w porównaniu z innymi europejskimi. Martwić mogło to, że pieniądze na sprzęt dzielone były w sposób zupełnie nieracjonalny. Starostowie, wojewodowie i marszałkowie województw, w ostatecznym rozrachunku decydujący o podziale środków, urządzili sobie wyścig zbrojeń na



foto: Agencja Gazeta

nie do końca potrzebne aparaty, przed którymi można było się sfotografować w trakcie przecinania wstęgi. Ponadto największymi beneficjentami obowiązującego dotychczas sposobu rozdziału funduszy na ochronę zdrowia były szpitale wojewódzkie, mające najbliżej do ośrodków opiniujących wnioski. Traciły na tym mniejsze szpitale powiatowe.

Jak ten system zmienić? Moim zdaniem, lepiej formułując kryteria, na których podstawie opiniowane są wnioski, właśnie pod kątem zrealizowania celu, na jaki UE nam przekazuje pieniądze – czyli osiągnięcia maksymalnego efektu zdrowotnego w konkretnej populacji. O losie wniosków nie powinny decydować instytucje zainteresowane otrzymaniem pieniędzy, a więc ani starostowie, ani wojewodowie, ani minister zdrowia.

Joanna Szymankiewicz-Czużdaniuk dyrektorka Miejskiego Szpitala Zespołowego im. Mikołaja Kopernika w Olsztynie

Grozi nam centralizacja decyzji o wydatkowaniu pieniędzy z unijnej pomocy na ochronę zdrowia. Nie będą one zapadać w regionie, lecz w stolicy. Uważam ten pomysł za beznadziejny. Zgadzam się, że dotychczas decyzje o inwestycjach i zakupie sprzętu na poziomie regionalnym podejmowane były często nietrafnie i nie zawsze racjonalne. Ale to dotyczy mniejszej części spraw, mniejszej części wydatków. W większości decyzje były dobre i służyły podniesieniu poziomu naszej ochrony zdrowia.

Czy rozstrzygnięcie o podziale unijnych pieniędzy w Warszawie pomoże w ograniczeniu ich marnotrawstwa? W żadnym wypadku. Kto ma największe pojęcie o brakach i potrzebach na lokalnych rynkach? Kto też najlepiej wie, czy kolejny wniosek będzie korzystny dla regionu? Oczywiście – ludzie związani z ochroną



foto: Archiwum

zdrowia w konkretnym województwie czy powiecie, regionie. I ci ludzie nie powinni tracić możliwości dogadywania się na poziomie regionu co do podziału pieniędzy unijnych.

Gdy decyzje będą zapadać w stolicy, grożą nam dwie patologie. Po pierwsze, ludzie odpowiedzialni za ochronę zdrowia w regionie, zamiast dochodzić między sobą do konsensusu, będą jeździć do Warszawy i w partykularnym interesie swojej placówki wyrwać jak najwięcej unijnych pieniędzy od organu decyzyjnego. I wtedy cel zmian – uniknięcie chaosu w wydatkach – nie zostanie osiągnięty: pieniądze dostanie nie ten, kto rzeczywiście ich potrzebuje, lecz ten, kto ma lepsze „przełożenie na stolicę”. I drugie zagrożenie: powstaną regiony uprzywilejowane – te, które będą potrafiły przebić się ze swoimi projektami – i upośledzone, które takiej umiejętności nie posiadają. To już przerabialiśmy, przeciw temu trzeba protestować.

stracą, a i tak kolejne zmiany planowane i wprowadzane przez MZ i NFZ działają na ich niekorzyść.

Najwięksi podwójnie preferowani

O tym, że samorządowcy muszą się mieć na baczności, może świadczyć linia demarkacyjna wyznaczona przez nasz rząd. Z Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko mają skorzystać placówki o charakterze ponadregionalnym oraz ratownictwo. To zaś, zdaniem niektórych, oznacza, że placówki resortowe oraz

podlegające uczelniom medycznym (a więc pośrednio MZ) będą mieć dostęp do ok. 2 mld zł w praktyce na wyłączność. Oczywiście zakrawa to na zaburzanie konkurencji, bo w końcu szpitale resortowe konkurują o te same kontrakty co np. wojewódzkie. Rząd jednak podobno już zwrócił się do UOKiK w tej sprawie, tłumacząc, że placówki te mają unikatową pozycję i zadania w polskim systemie.

To, ile pieniędzy z UE trafi do szpitali „centralnych”, może mieć dalsze negatywne konsekwencje dla śred-

Lidia Kodłubańska

dyrektorka Szpitala św. Wincentego a Paulo w Gdyni



foto: Archiwum

Znam argumenty, że pieniądze z pierwszej transzy unijnej nie zawsze wydawano w sposób racjonalny, że można to zrobić lepiej. Błędy były, ale w większości wypadków wydatki były uzasadnione, polskie szpitale bardzo się unowocześniły, doposażyły w sprzęt i śmiem twierdzić, że dzięki temu uratowaliśmy tysiące istnień, poprawiliśmy jakość życia pacjentów, unowocześniliśmy leczenie.

Niewypały się jednak zdarzały i mam pogląd na temat, jak można uniknąć błędów. Moim zdaniem, większość z tych niewypałów brała się stąd, że polskie przepisy umożliwiają żywiołowy rozwój infrastruktury szpitalnej. Dają prawo dostępu do kontraktu NFZ i starym podmiotom, i każdemu nowemu, i stosunkowo małemu. W regionie doskonale znamy potrzeby i braki sprzętowe. Wiemy, że brakuje na przykład jednego aparatu w mieście. Regionalny NFZ nie może odmówić kontraktu nikomu, nikomu też nie można zabronić złożenia wniosku – w efekcie urządzenie potrzebne w jednym szpitalu kupowało kilka podmiotów naraz. By konkuro-

wać. Potrzebny był jeden aparat, kupowanych było kilka, każdy wykorzystywany nie w pełni, bo brakowało koordynacji planów zakupowych na poziomie regionalnym.

I ten mechanizm trzeba poprawić. Sądzę, że w obecnych warunkach koordynacją planów zakupowych powinno się zająć ciało koordynowane przez wojewodę. Nie marszałek województwa, nie starosta, bo w ich interesie ekonomicznym jest otrzymywanie pomocy dla nadzorowanych przez siebie szpitali. Powinno funkcjonować ciało doradcze – właśnie przy wojewodzie, który brałby pod uwagę interesy regionu, samorządów i – co ważne – konsultował wysokość kontraktów na ten sprzęt z NFZ.

Pomysł centralizacji zakupów uważam natomiast za szkodliwy. W centrali powstałoby nowe superministerstwo czy departament, w którym pracowałyby setki urzędników, bez przerwy konsultujących swoje decyzje z organami regionalnymi. Urzędnicy musieliby konsultować, bo przecież skąd mieliby znać sytuację w regionach? Stąd pytania: ile i z jakich funduszy im płacić? I o ile ich pośrednictwo wydłuży, i tak długi, proces decyzyjny w sprawie konkretnych projektów?

Józef Grabowski

dyrektorka Szpitala Powiatowego w Ostrowcu Świętokrzyskim



foto: Agencja Gazeta

Poprawiać racjonalność zakupów, także dokonywanych za pieniądze unijne, oczywiście warto. Ale ja ten proces zacząłbym od zmiany polityki NFZ. To prawda: w szpitalach są aparaty wykorzystywane ledwie przez kilka godzin dziennie. Ale główną tego przyczyną są właśnie zarządzania funduszu. Jeśli nie będzie odpowiedniej liczby personelu, nie będzie pozostającego do dyspozycji szpitala np. tomografu – nie będzie kontraktu. Cóż zatem ma robić dyrektor szpitala? Stara się o personel, stara się o odpowiedni sprzęt, z góry wiedząc, że go

optymalnie nie wykorzysta. Czy to zakup nieracjonalny? Nie w każdym wypadku. Bo często zgoda na ograniczone wykorzystanie sprzętu to mniejsze zło niż strata całego kontraktu. Zwrócę też uwagę na niestabilność polityki zdrowotnej na konkretnym przykładzie – mammografów. Był nacisk na ich zakup, szpitale ulegały presji. Krótko

potem skończyły się kontrakty na mammografy, bo pojawiły się mammobusy.

Moim zdaniem, poszukiwania rozwiązania problemu nadmiernego zakupu sprzętu idą w kierunku odmiennym niż pożądanym. Przygotujmy stabilną politykę zdrowotną, kontraktową, stwórzmy jasne i stałe zasady, a problem nadmiernych zakupów się skończy.

nich i małych placówek. Interwencja, jaką chce podjąć rząd, musi być uzasadniona i zgodna ze strukturą kontraktów NFZ. Jak bowiem wytłumaczyć pompowanie pieniędzy w placówki, które np. w danym regionie ustępują pola marszałkowskiemu? Taka inwestycja może zostać uznana za chybioną, więc jak twierdzi jeden z ekspertów, oddziały NFZ mogą spotkać się z naciskami, by podwyższać kontrakty właśnie największym.

Mazowsze wypada z listy, jest za bogate

Szpitaly samorządowe będą mieć dostęp przede wszystkim do pieniędzy z regionalnych programów operacyjnych (RPO). Samorządy wojewódzkie, podobnie jak w poprzednich latach, są nie tylko beneficjentami, ale przede wszystkim zarządzającymi RPO. Będą mieć do rozdysponowania i wykorzystania na różne projekty niemal 31,2 mld euro (w latach 2007–2013 było to ponad 17 mld euro). To, jaka część tej kwoty zostanie przeznaczona na zdrowie, będzie zależało od projektów.

W ramach RPO zaproponowano też całkiem nowe mechanizmy, które mają sprzyjać współpracy. Będą mieć one zastosowanie nie tylko w dziedzinie transportu czy przy projektach mających ograniczyć emisję CO₂, lecz także w zdrowiu. Pierwszy z nich to Rozwój Lokalny Kierowany przez Społeczność (RLKS). Umożliwi on małym społecznościom powołanie lokalnej grupy działania, m.in. z przedstawicielami biznesu i organizacji pozarządowych. Wspólnie będą oni mogli realizować projekty dotyczące np. wzrostu zatrudnienia, dostępu do wysokiej jakości usług zdrowotnych i socjalnych oraz walki z ubóstwem.

Nowością są też Zintegrowane Inwestycje Terytorialne (ZIT) mające sprzyjać rozwojowi współpracy i integracji, zwłaszcza na obszarach metropolitalnych, oraz ich „mniejsze” odpowiedniki – RIT, obejmujące subregiony.

Oczywiście samorządowcy, czy to wojewódzcy, czy powiatowi, czy wreszcie gminni, muszą poradzić sobie m.in. z wygenerowaniem wkładu własnego, co staje się coraz trudniejsze. Pod inwestycje z ostatnich lat już się pozadłużali, a nie mogą przekroczyć ustawowych progów.

W aspekcie działań regionalnych ciekawą zmianą jest wykluczenie Mazowsza z listy najbiedniejszych regionów Europy, co bez wątpienia wpłynie także na inwestycje w zdrowie. Nie dość, że od lat Mazowsze miało problemy z polskim tzw. janosikowym, to teraz jeszcze pieniądze dostanie wyliczone z zastosowaniem mechanizmu *safety net*. W latach 2014–2020 region otrzyma tylko 60 proc. „teoretycznej” koperty finansowej Mazowsza, i to wyliczanej na lata 2007–2013, wynikającej z obowiązującej wówczas w UE metodologii. „Do tej kwoty przesunięto 3 proc. funduszy w ramach tzw. instrumentu elastyczności” – informuje Urząd Marszałkowski Województwa Mazowieckiego. Da to

Wartość dofinansowania UE do projektów z zakresu infrastruktury ochrony zdrowia wynosi ponad 4,1 mld zł (stan na kwiecień), w tym:

- POIiŚ (Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko) – ponad 1,6 mld zł
- RPO Dolnośląskie – ponad 201,6 mln zł
- RPO Kujawsko-Pomorskie – ponad 117,5 mln zł
- RPO Lubelskie – blisko 159,2 mln zł
- RPO Lubuskie – niemal 63,3 mln zł
- RPO Łódzkie – ponad 168,6 mln zł
- RPO Małopolskie – blisko 293,3 mln zł
- RPO Mazowieckie – ponad 273,4 mln zł
- RPO Opolskie – ponad 47,3 mln zł
- RPO Podkarpackie – ok. 120,4 mln zł
- RPO Podlaskie – ponad 95,7 mln zł
- RPO Pomorskie – ok. 153,2 mln zł
- RPO Śląskie – ok. 147 mln zł
- RPO Świętokrzyskie – ponad 202,3 mln zł
- RPO Warmińsko-Mazurskie – ok. 149 mln zł
- RPO Wielkopolskie – ponad 220,6 mln zł
- RPO Zachodniopomorskie – ponad 156,2 mln zł

OSKUBYWANIE BRUKSELKI,

CHOĆ PRZYNIOSŁ NASZEMU KRAJOWI

WIELE KORZYŚCI, NIE ZAWSZE BYŁO

REALIZOWANE Z SENSEM

Pieniądze z Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko wykorzystaliśmy dotychczas m.in. na:

- zakup 335 ambulansów dla ratownictwa medycznego
- rozbudowę, remont lub doposażenie 4 centrów urazowych: w Zielonej Górze, Poznaniu, Warszawie i Sosnowcu; docelowo ma być 13 takich ośrodków szybszego diagnozowania i leczenia pacjentów z obrażeniami wielonarządowymi
- zmodernizowanie oraz doposażenie 77 szpitalnych oddziałów ratunkowych (SOR) – kupowano m.in. aparaty RTG z ramieniem C, kardiomonitor, aparaty do znieczulenia dzieci i dorosłych
- wybudowanie lub remont 41 lądowisk dla helikopterów
- realizację 53 inwestycji w szpitalach o znaczeniu ponadregionalnym – m.in. remonty, zakup sprzętu
- budowę i doposażenie 9 baz Lotniczego Pogotowia Ratunkowego

**SAMORZĄDY, CHOĆ DOBRZE RADZIŁY SOBIE
Z WYKORZYSTANIEM UNIJNYCH FUNDUSZY
– W TAKIM SENSIE, ŻE PUŁA PIENIĘDZY
BYŁA WYKORZYSTYWANA,
NIE KOORDYNOWAŁY INWESTYCJI**

w sumie regionowi 3,78 mld euro, z czego do mazowieckiego RPO trafi niespełna 2,1 mld euro.

Mniejsze i prywatne szpitale mogą stracić

A co z powiatami? To o nich w głównej mierze mówiło się w kontekście niewykorzystanego sprzętu czy dublowania oddziałów. Na ile słusznie – to już kwestia dyskusji, bo oczywiście nie można też wylewać dziecka z kąpielą. Choć sprzęt nie zawsze jest wykorzystywany w wystarczającym stopniu (m.in. ze względu na wysokość kontraktów), to i tak pacjenci zyskują. W wielu miejscowościach znacznie zwiększył się dostęp do diagnostyki czy nawet zabiegów chirurgicznych.

Fundusze programu Kapitał Ludzki pozwoliły m.in. na:

- opracowanie 12 programów profilaktycznych oraz programów wspierających powrót do pracy
- ukończenie studiów pomostowych przez 30 tys. pielęgniarek i położnych
- uzyskanie akredytacji Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia przez 158 zakładów opieki zdrowotnej
- przeszkolenie ponad 9 tys. osób z zakresu zarządzania

(źródło: MZ)

Na razie sytuacja powiatów nie rysuje się zbyt dobrze. Placówki, które w kolejnych latach planują inwestycje, żeby zwiększyć swoje szanse, powinny zawiązać sojusze np. z sąsiednimi powiatami lub starać się zwiększać kompleksowość opieki. A najlepiej zrobić obie te rzeczy równocześnie. Zresztą w kontraktowaniu świadczeń przez NFZ kierunek jest podobny.

Prywatne placówki w nowej perspektywie mają rozwijać opiekę nad osobami starszymi. To spora szansa, ponieważ zakłady opiekuńczo-lecznicze są z reguły w kiepskim stanie i generalnie jest ich zbyt mało, choć społeczeństwo się starzeje. Ale nie dzieje się tak bez przyczyny. Nie jest to łatwa branża. Brakuje specjalistów do opieki nad osobami starszymi, a wyceny świadczeń są bardzo niskie.

Niewykluczone, że prywatne placówki skorzystają też z innych programów. Dopuszczenie ich jedynie do opieki nad seniorami było zapisane w grudniu zeszłego

roku. Potem MZ twierdziło, że prywatne podmioty mogą korzystać z całości programów regionalnych, ale było to już po przygotowaniu przez marszałków RPO, więc wiele będzie zależeć od dobrej woli urzędników.

Preferowane cele

W ramach POIiŚ w latach 2014–2020 wsparcie dla placówek medycznych będzie ukierunkowane na przeciwdziałanie wybranym problemom zdrowotnym. Będą to choroby układu krążenia, nowotwory, choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej, urazy, zatrucia i inne skutki działania czynników zewnętrznych, choroby układu oddechowego, układu nerwowego, zaburzenia psychiczne oraz zaburzenia zachowania. Dofinansowanie obejmie też projekty dotyczące leczenia osób starszych i dzieci. – *Koncentracja działań w określonych obszarach wynika przede wszystkim z zaleceń Komisji Europejskiej, która chce, by zapewniono większą skuteczność interwencji, wykorzystując pieniądze UE. Pod uwagę wzięto też wyniki analizy sytuacji demograficznej i epidemiologicznej w Polsce. Wybrane choroby i czynniki w największym stopniu przyczyniają się do zwiększenia absencji w pracy i zgonów* – informuje Krzysztof Bąk, rzecznik prasowy ministra zdrowia.

Z Programu Operacyjnego Wiedza, Edukacja, Rozwój będą finansowane m.in. akcje edukacyjne i profilaktyczne, zwłaszcza związane z chorobami negatywnie wpływającymi na aktywność zawodową, a także działania mające poprawić jakość usług społecznych i zdrowotnych na rzecz osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym oraz kształcenie kadr medycznych.

Pierwsi wyciągają już wnioski

W polskiej ochronie zdrowia współpracy jest nadal jak na lekarstwo. Projektów dotyczących wspólnych zakupów sprzętu i leków czy ubezpieczeń było wiele, a sukcesów, choćby częściowych, bardzo mało. Duże nadzieje związane są w tym zakresie z województwami śląskim i wielkopolskim. W tym ostatnim w maju Wielkopolskie Centrum Onkologii i Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego podpisały list intencyjny w sprawie wspólnego projektu budowy ośrodka radioterapii – oczywiście licząc na unijne dofinansowanie, a także realizację zapowiedzi ministra zdrowia w sprawie onkologii. Poznań chce wybudować na Morasku Instytut Radioterapii Protonowej. Jest to wspólne przedsięwzięcie województwa wielkopolskiego oraz Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza, Uniwersytetu Medycznego, Politechniki Poznańskiej i dwóch lecznic: Wielkopolskiego Centrum Onkologii oraz Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego. W wyścigu po unijne pieniądze projekt mają wspierać inne województwa, ponieważ nowa placówka ma leczyć pacjentów z kilku regionów. Szkoda, że nie słychać o podobnych inicjatywach na poziomie powiatów.

Aleksandra Kurowska