

12 mld zł dla ochrony zdrowia w Polsce w latach 2014–2020 – szansa, którą stracimy?

# Sieć strat

Fot. Gettyimages / Christian Ohde



Od kilku tygodni Internet zalewany jest kolejnymi analizami rządowej propozycji wprowadzenia w Polsce tzw. sieci szpitali. W toku gorącej dyskusji umknęło jednak najważniejsze – jak sieć szpitali ma się do wytycznych Komisji Europejskiej, od których spełnienia uzależnione jest uruchomienie w perspektywie finansowej na lata 2014–2020 środków unijnych dla Polski?

Wiosną tego roku Ministerstwo Zdrowia zakończyło intensywne prace nad spełnieniem kryteriów oraz oczekiwań Komisji Europejskiej, wyrażonych m.in. w trakcie procesu negocjacji perspektywy finansowej 2014–2020. W ramach tych prac określono m.in. rekomendacje dla kryteriów wyboru projektów w ramach poszczególnych obszarów tematycznych (tzw. priorytetów inwestycyjnych), które umożliwią właściwe ukierunkowanie strumienia funduszy unijnych. Rekomendacje te zostały przyjęte na posiedzeniach forum Komitetu Sterującego ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia 29 kwietnia oraz 19 maja 2016 r.

## „Policy paper” w oczach Komisji Europejskiej

29 lipca br. Ministerstwo Zdrowia otrzymało stanowisko Komisji Europejskiej, w którym uznaje ona dokument o charakterze strategiczno-wdrożeniowym pt. „Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020. Krajowe ramy strategiczne” za realizację zobowiązania w zakresie częściowego wypełnienia dla warunku 9.3 Zdrowie. Opracowanie poświęcone jest sytuacji polskiej służby zdrowia, a nadto zawiera sugestie i propozycje zmian koniecznych do implementowania celem poprawy jakości i dostępności świadczeń zdrowotnych.

Wśród zasadniczych zagadnień, które winny zostać poddane reformom z zamiarem poprawy efektywności systemu ochrony zdrowia, Komisja wskazuje na:

- wdrożenie opieki koordynowanej,
- odejście od fragmentacji systemu opieki zdrowotnej,
- mapowanie potrzeb zdrowotnych.

Jak bowiem czytamy w „Policy paper”: „Opieka koordynowana ma być rozumiana jako rozwiązania organizacyjne (procesowe i technologiczne) mające na celu poprawę efektów zdrowotnych (*outcomes*) poprzez przewyższanie fragmentacji procesu leczenia (dostawy – udzielania – usług zdrowotnych) w wyniku zarządzania i koordynacji procesem udzielania (dostawy) usług zdrowotnych w oparciu o zasadę ciągłości leczenia pacjenta (*continuum of care*). Podstawą funkcjonowania systemu opieki koordynowanej jest wprowadzenie rozwiązań koncentrujących się nie na liczbie (*output*) jednostkowych świadczeń zdrowotnych udzielanych pacjentowi na różnych poziomach systemu ochrony zdrowia (POZ, AOS, SZP), ale na instrumentach zapewniających kontynuację procesu leczenia i na osiągnięciu optymalnych efektów (*outcomes*) interwencji medycznych”.

„Mapy potrzeb zdrowotnych będą ważnym narzędziem dla koordynacji wydatkowania środków z EFSI

w ramach prac Komitetu Sterującego ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia. Zgodność z mapami stanowi warunek uczestnictwa projektów w procedurze selekcji. Pierwszym testem dla efektywnego wykorzystania i monitoringu korzystania z map potrzeb zdrowotnych będzie wykorzystanie map onkologicznych i kardiologicznych dla uruchomienia inwestycji infrastrukturalnych ze środków funduszy strukturalnych”.

### Sieć szpitali a wytyczne Komisji

Już na pierwszy rzut oka widać, że założenia sieci szpitali nie realizują unijnych celów strategicznych pozwalających na uruchomienie środków finansowych.

Projekt nowelizacji opublikowany na stronie Rządowego Centrum Legislacji pod koniec września br. przewiduje klasyfikację podmiotów udzielających świadczeń szpitalnych w ramach sześciu proponowanych poziomów: szpitale I, II i III stopnia, szpitale onkologiczne i pulmonologiczne, szpitale pediatryczne i szpitale ogólnopolskie. Placówki, które spełnią ściśle określone kryteria kwalifikacji do systemu, mają mieć zagwarantowane uzyskanie kontraktu na udzielanie świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

W praktyce proponowany sposób klasyfikowania szpitali polega na utworzeniu zamkniętej sieci placówek finansowanych ze środków publicznych, za kryterium klasyfikacji przyjęto poziom zróżnicowania profili świadczeń udzielanych w danym zakładzie leczniczym. To prowadzi do fragmentacji systemu opieki zdrowotnej oraz utworzenia w ochronie zdrowia tzw. systemu poziomego (horyzontalnego). Chodzi o rozdrobnienie systemu świadczeń na wiele placówek, gdzie każda realizuje inne świadczenia związane z określonym etapem procesu leczenia pacjenta.

Zaplanowana przez Komisję koordynacja pomiędzy poziomami systemu ochrony zdrowia ma mieć charakter głównie integracji pionowej (wertikalnej). Takie podejście w głównej mierze koncentruje zmiany w systemie ochrony zdrowia na stworzeniu kompleksowego modelu opieki, zorientowanego na pacjenta, oraz pozwala zarówno na poprawę efektów zdrowotnych (*outcomes*), jak i na zwiększenie efektywności systemu ochrony zdrowia w sensie ilości zasobów (pracy, finansów) koniecznych do osiągnięcia określonych rezultatów.

### Wady koordynacji

Zgodnie z założeniami opieki koordynowanej, dążącej do zwiększenia efektywności i kompleksowości udzielanych świadczeń, konieczne jest stworzenie procesu realizowania zintegrowanych procedur związanych z diagnostyką, hospitalizacją i profilaktyką schorzeń w postaci *one stop shop*. Sprowadza się to do umożliwienia świadczeniobiorcom skorzystania z katalogu świadczeń ujętych całościowo w ramach jednego podmiotu

„Już na pierwszy rzut oka widać, że założenia sieci szpitali nie realizują unijnych celów strategicznych pozwalających na uruchomienie środków finansowych”

leczniczego. To z kolei istotnie wpłynie na szybkość uzyskania określonej usługi medycznej oraz poprawi jej jakość („Policy paper”).

Sugerowana w projekcie sieci szpitali dywersyfikacja podmiotów szpitalnych poprzez kryterium rozpiętości zakresu oferowanych świadczeń nie umożliwi stworzenia systemu opieki koordynowanej, niejako prowadzącej pacjenta przez całą ścieżkę leczenia.

### Mapy kontra sieci

Mapowanie potrzeb zdrowotnych zostało pomyślnie rozpoczęte. Powstałe już mapy – kardiologiczna, onkologiczna, lecznictwo szpitalne – wskazują na potrzeby zdrowotne na terenie poszczególnych województw. Mapa miała być jedną z ważnych wskazówek w kontraktowaniu świadczeń, tak aby finansowanie z NFZ odzwierciedlało realne potrzeby zdrowotne.

Wprowadzenie sieci szpitali oznacza, że środki finansowe w formie wynagrodzenia ryczałtowego z NFZ otrzymają te podmioty, które zostaną wpisane do sieci. Niekoniecznie jednak będą to podmioty, które zabezpieczają potrzeby zdrowotne wskazane w mapach. Ponadto z sieci szpitali wypadają placówki monoprofilowe i szpitale prywatne, podczas gdy mapy potrzeb zdrowotnych jak najbardziej uwzględniały ich funkcjonowanie.

### Czy Unia da pieniądze?

Pojawia się zatem wątpliwość – jaki los czeka państwo postępujące sprzecznie z wytycznymi przewidzianymi dla niego przez Komisję Europejską, organ mający wiodący głos w procesie przydzielania środków z funduszy europejskich? Urzeczywistnienie proponowanych przepisów, a więc utworzenie systemu ochrony zdrowia stanowiącego idealne przeciwieństwo standardów wskazanych i wymaganych przez Unię Europejską, będzie stanowić rażące naruszenie zasad korzystania z programów funduszy unijnych. Czy Polska będzie zmuszona pożegnać się z dotacją na ochronę zdrowia, a tym samym z szansą zmiany współczesnych realiów w sektorze zdrowia?

Katarzyna Fortak-Karasińska  
Autorka jest partnerem w Kancelarii Fortak & Karasiński.