



Fot. pixabay/DasMortgewand

Dziurawy jak IOWISZ?

Ministerstwo Zdrowia podjęło kolejne działania zmierzające do usprawnienia funkcjonowania systemu IOWISZ. Wydaje się jednak, że instrument ten nadal będzie dziurawy i pozwoli na dokonywanie inwestycji niezgodnie z mapami potrzeb zdrowotnych. Czy jesteśmy aż tak bogatym krajem, aby pozwolić sobie na dalszą nieefektywność w ochronie zdrowia?

Są dwa powody, dla których uważam, że warto wrócić do tematu uszczelniania i dopracowania IOWISZ-a – obydwa są obecnie niezwykle aktualne. Po pierwsze, zakończyły się konsultacje projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, który zmienia zasady funkcjonowania IOWISZ-a. Drugi powód jest dużo ważniejszy i bardziej aktualny – to uchwalona w trzy dni, bez konsultacji społecznych, ustawa z 15 września 2017 r. o szczególnych rozwiązaniach zapewniających poprawę jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej. Można być prawie pewnym, że to nie pierwsza tego typu „wrzutka” i – abstrahując od tego, że dodawanie środków do systemu ochrony zdrowia zawsze zasługuje na uznanie – wydaje się, że sposób ich wydatkowania powinien być określony zgodnie z nadrzędnym celem, jakim jest porządkowanie systemu ochrony zdrowia i długookresowe planowanie inwestycji.

Zacznijmy od początku

Instrument Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Służbie Zdrowia, w skrócie IOWISZ, to – zgodnie z ustawową definicją – system teleinformatyczny, o którym mowa w art. 31a Ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia. Instrument ten został wprowadzony nieco ponad rok temu, Ustawą z dnia 21 lipca 2016 r. o zmianie usta-

wy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw. Weszła ona w życie 30 sierpnia 2016 r.

Genezy powstania IOWISZ-a należy szukać w dokumencie „Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020. Krajowe ramy strategiczne”, którego przyjęcie było warunkiem przyznania Polsce środków unijnych na ochronę zdrowia. Opisano tam cele długoterminowe – do 2030 r., w tym cel trzeci: „Wdrożenie instrumentów podnoszących jakość świadczonych usług zdrowotnych i efektywność systemu opieki zdrowotnej”, przy którego omawianiu Ministerstwo Zdrowia zdiagnozowało następujące problemy: „fragmentację systemu sprzyjającą niskiej efektywności, racjonowanie dostępu przez system skierowań i kolejek, niską elastyczność podaży usług medycznych na zmieniające się potrzeby zdrowotne, brak odpowiedzialności finansowej za podejmowane decyzje terapeutyczne i przerzucanie kosztów na wyższe i droższe poziomy opieki zdrowotnej, brak przepływu informacji pomiędzy różnymi segmentami sektora usług zdrowotnych” [„Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020. Krajowe ramy strategiczne”. Warszawa 2014, s. 138]. Uznano, że wśród kilkunastu rekomendowanych działań powinno się znaleźć „wprowadzenie zmian w zarządzaniu i finansowaniu ochrony zdrowia – stworzenie instrumentu umożliwiającego lepsze planowanie zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych oraz planowanie

inwestycji w postaci regionalnej mapy potrzeb zdrowotnych” [„Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020. Krajowe ramy strategiczne”. Warszawa 2014, s. 138]. Obydwa te obszary są już zagospodarowane w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a mapy potrzeb zdrowotnych w części powstały i nadal są realizowane. Można więc pochopnie wyciągnąć wnioski, że w tym zakresie założenia „Policy paper” są sumiennie realizowane. Być może w zamierzeniach tak jest, ale wydaje się, że IOWISZ jest tak dziurawy, że większość zarządzających w ochronie zdrowia niespecjalnie się nim przejmuje.

Nowelizacja ratunkiem?

Zgodnie z obecnym stanem prawnym opinię o celowości inwestycji wydaje się na wniosek podmiotu leczniczego, który chce aplikować o środki unijne, a także w przypadku inwestycji w zakresie leczenia szpitalnego na kwotę 3 mln zł oraz w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej na kwotę 2 mln zł. Sposobem na „wymuszanie” występowania o ten wniosek było przyznawanie ujemnych punktów w przypadku kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej. Instrument ten był szansą na uporządkowanie inwestycji w ochronie zdrowia, ale do czasu utworzenia tzw. sieci szpitali. Podmioty włączone do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej są wyłączone z kontraktowania, a więc w przypadku inwestycji nie mają żadnej zachęty do występowania o zgodę z IOWISZ-a. Zgoda ta może być wymagana przy staraniach o pieniądze unijne, co wynika z kryteriów określonych w konkursie. W ten sposób Ministerstwo Zdrowia samo pozbawiło IOWISZ sensu, gdyż w przypadku ponad 90% budżetu NFZ na leczenie szpitalne i 37% na leczenie ambulatoryjne nie ma żadnej kontroli inwestycji. A szkoda!

Wydaje się, że szansą na podtrzymanie celowości funkcjonowania systemu IOWISZ jest projekt nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z 3 sierpnia br. Przewiduje on dwie istotne zmiany – po pierwsze, wnioski będzie można składać w przypadku inwestycji w podmioty lecznicze powyżej 1 mln zł (obniżenie bariery wejścia), a po drugie – zgoda będzie bezwzględnie wymagana w przypadku ubiegania się przez podmiot leczniczy o dotację od ministra zdrowia, innego ministra, centralnego organu administracji rządowej lub wojewody. To niezwykle ważna i godna pochwały zmiana, gdyż wreszcie jest szansa, że pieniądze publiczne będą wydawane korzystniej z punktu widzenia pacjenta.

Promesa dla inwestorów

Od momentu powstania „Policy paper”, a potem IOWISZ-a wydawało się, że będą to narzędzia, które

„Podmioty należące do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń są wyłączone z kontraktowania, w przypadku inwestycji nie mają więc żadnej zachęty do występowania o zgodę z IOWISZ-a”

w długim okresie uporządkują system ochrony zdrowia oraz przyczynią się do racjonalizacji liczby łóżek i ich profilu. Wszystko to mogło być wstępem do stworzenia czegoś na kształt promesy dla inwestorów (zarówno publicznych, jak i prywatnych) w ochronie zdrowia. Promesa powinna gwarantować, że dokonanie określonej inwestycji w określonym miejscu będzie się wiązało z posiadaniem umowy z płatnikiem przez dłuższy okres. To pozwoliłoby państwu nie tylko kontrolować rozwój infrastruktury medycznej w Polsce, lecz także – dzięki inwestorom – likwidować białe plamy na mapie dostępu do świadczeń medycznych. Jednocześnie powinna ona ograniczyć zbędne inwestycje publiczne i prywatne, choć tu warunek jest jeden – należy wprowadzić bezwzględny obowiązek posiadania zgody z systemu IOWISZ na każdą inwestycję, która będzie później finansowana z jakichkolwiek środków publicznych. Niezbędne jest także włączenie obowiązku uzyskania opinii o zgodności inwestycji z mapą potrzeb zdrowotnych w przypadku występowania przez podmioty lecznicze o dofinansowanie ze środków publicznych, a także w przypadku inwestycji dokonywanych przez Ministerstwo Zdrowia. W przeciwnym razie będziemy cały czas funkcjonowali w sytuacji rozdwojenia jaźni, w której są lepsi i gorsi: ci pierwsi robią, co chcą, ci drudzy muszą wpisywać się w rzeczywiste potrzeby.

Ministerstwo Zdrowia powinno poważnie rozważyć wprowadzenie powiązania między otrzymaniem przez podmioty lecznicze jakichkolwiek pieniędzy publicznych a posiadaniem zgody z IOWISZ-a. To byłaby rewolucja w systemie ochrony zdrowia, ale z odroczonym terminem realizacji, więc politycznie nie obciążałaby żadnego ministra. Takie działanie mogłoby w ciągu kilkunastu lat doprowadzić do likwidacji niepotrzebnych szpitali lub spowodować ich przeprofilowanie, a także istotnie podniosłoby efektywność inwestycji w ochronie zdrowia.

Grzegorz Byszewski
Autor jest zastępcą dyrektora Centrum Monitoringu
Legislacji Pracodawców RP.