



Centralizacja czy racjonalizacja

Odświeżanie map potrzeb zdrowotnych oraz wprowadzenie krajowych i wojewódzkich planów transformacji – to dwie główne zmiany, jakie przewiduje rządowy projekt nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (druk nr 1013), o którym w kwietniu debatowano w Sejmie. Na pierwszy rzut oka wydaje się, że to odgrzewany kotlet. Przecież próby wprowadzenia planowania na podstawie map potrzeb zdrowotnych były już podejmowane w poprzednich latach. Analiza przepisów wskazuje jednak na konkretny kierunek zmian w organizacji systemu ochrony zdrowia.

Mapy potrzeb zdrowotnych zostały wprowadzone ustawą z 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw. W uzasadnieniu do tamtego projektu wskazano na konieczność podjęcia działań zmniejszających nierówności w opiece zdrowotnej. Działania miały obejmować przede wszystkim wypracowanie narzędzi do lepszego identyfikowania potrzeb zdrowotnych, jak również prowadzenie okresowych ocen skuteczności podejmowanych działań na rzecz poprawy stanu zdrowia

ludności. Miały temu służyć mapy potrzeb zdrowotnych – ogólnopolska i regionalne. Na podstawie mapy regionalnej miały być ustalone przez wojewodę priorytety regionalnej polityki zdrowotnej, opiniowane plany inwestycji w sektorze ochrony zdrowia oraz sporządzane plany zakupu świadczeń opieki zdrowotnej przez dyrektorów oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ). Na pytanie, dlaczego to nie zadziałało, trudno szukać odpowiedzi w materiałach opracowanych przez Ministerstwo Zdrowia. Uzasadnienie do projektu nowelizacji ustawy jest raczej

pobieżne i skupia się na przedstawieniu obowiązującego stanu prawnego. Brakuje natomiast pogłębionej analizy, dlaczego Ministerstwo Zdrowia, NFZ i wojewodowie nie byli w stanie wykorzystać posiadanych instrumentów do poprawy dostępności świadczeń. O tym, że dla pacjenta w systemie niewiele się zmieniło, świadczą coroczne wyniki kontroli NIK dotyczące realizacji zadań przez NFZ. Nowelizacja przewiduje, że ciężar opracowania map zostanie przesunięty z wojewodów na Ministerstwo Zdrowia. Jest to raczej lifting istniejącego już instrumentu – prawdopodobnie

konieczny, jeśli resort chce sięgnąć po pieniądze z Krajowego Planu Odbudowy. W pakiecie reform, jakie polski rząd przedstawi Komisji Europejskiej, została ujęta „Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne dla systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027”.

Plany transformacji kontra priorytety w ochronie zdrowia

Określenie priorytetów w ochronie zdrowia ma zostać zastąpione krajowym i wojewódzkimi planami transformacji. W uzasadnieniu do projektu ustawy wskazano, że „priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej nie są wystarczającym i efektywnym narzędziem, ponieważ w przeszłości były pisane zbyt ogólnie, a ponadto ich operjonalizacja była istotnie utrudniona, gdyż wojewodowie nie mieli narzędzi w postaci przepisów prawa umożliwiających ich wdrożenie”. Problem w tym, że projektowane przepisy nie rozwiążą sygnalizowanego w uzasadnieniu problemu. Wojewódzkie plany transformacji mają określać:

- potrzeby zdrowotne i wyzwania organizacji systemu opieki zdrowotnej wymagające podjęcia działań koordynowanych na poziomie województwa,
- działania wymagające koordynowania na poziomie województwa,
- planowany rok lub lata, w których działania te będą realizowane,
- podmioty odpowiedzialne za realizację działań,
- szacunkowe koszty działań,
- oczekiwane rezultaty,
- wskaźniki realizacji poszczególnych działań, w tym określające zabezpieczenie zakresów świadczeń gwarantowanych.

Plan nie ma charakteru powszechnie obowiązującego aktu prawnego. Wojewoda może wskazać podmioty odpowiedzialne za realizację działań, ale dokument sam w sobie nie stanowi podstawy do wydawania poleceń czy zlecenia zadań podmiotom niepodlegającym wojewodzie. Dalsze przepisy przewidują

„ Za przygotowanie i zatwierdzenie planu zakupu świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa będzie odpowiadał prezes NFZ. Rola dyrektorów oddziałów staje się powoli kadłubkowa ”

co prawda, że plan powinien być brany pod uwagę chociażby przy sporządzaniu planu zakupu świadczeń, ale warto przypomnieć, że priorytety regionalnej polityki zdrowotnej też miały być uwzględniane w planie zakupów, a nie przyniosło to widocznej poprawy dostępności świadczeń dla pacjentów. Plany mają zawierać szacunkowe koszty działań, jednak zapis ten nie będzie miał żadnego realnego przełożenia na zwiększenie finansowania świadczeń opieki zdrowotnej w danym województwie.

Problemem może być również potencjał osobowy urzędów wojewódzkich do opracowania wojewódzkich planów transformacji. W uzasadnieniu do projektu ustawy wskazano, że jednym z argumentów przemawiających za pozostawieniem tworzenia map potrzeb zdrowotnych w Ministerstwie Zdrowia są ograniczone możliwości wojewodów opracowania map, między innymi z powodu ograniczonego dostępu do danych oraz narzędzi analitycznych. Ponadto projektodawcy stwierdzili, że pierwotna ustawa nie przewidywała skutków finansowych, dlatego też wojewodowie nie będą w stanie zapewnić pracowników do realizacji zadań w tym zakresie.

To zadziwiająca logika. Z jednej strony wskazuje się na ograniczony potencjał wojewodów do opracowania map potrzeb zdrowotnych, z drugiej powierza się im stworzenie wojewódzkich planów transformacji. W związku z realizacją tego zadania planuje się zwiększenie obsady kadrowej o dwie osoby w każdym urzędzie wojewódzkim, co raczej nie przemawia za tym, że na poziomie urzędów wojewódzkich

uda się zbudować zespoły ludzi, które będą w stanie wytyczać kierunki polityki zdrowotnej.

Wojewódzkie rady do spraw potrzeb zdrowotnych

Projekt ustawy przewiduje likwidację dotychczasowych wojewódzkich rad do spraw potrzeb zdrowotnych i powołanie w ich miejsce nowych. Rady mają odpowiadać za opracowanie projektów oraz monitorowanie i aktualizację wojewódzkich planów transformacji. Zmiana nie jest czysto kosmetyczna. Przy okazji nowelizacji resort zdecydował się na trzy ruchy. Pierwszym było odchudzenie rady poprzez wykluczenie konsultantów wojewódzkich, przedstawiciela szkół wyższych kształcących na kierunkach medycznych mających siedzibę na terenie województwa oraz przedstawiciela organizacji pracodawców. Drugim – istotne zwiększenie udziału przedstawicieli szeroko rozumianego sektora rządowego w stosunku do pozostałych interesariuszy. Trzecim – osłabienie pozycji dyrektora oddziału NFZ. Dotychczas dyrektor oddziału miał jednego przedstawiciela, natomiast w nowej radzie mają zasiadać przedstawiciele prezesa NFZ. Nie jest powiedziane, że będą to osoby z oddziału wojewódzkiego.

Kwestia składu rady budziła duże kontrowersje podczas prac w sejmowej Komisji Zdrowia. O ile wykluczenie konsultantów wojewódzkich z rady i pozostawienie jej możliwości zasięgania ich opinii można uznać za posunięcie racjonalne, uzasadnione potrzebą zwiększenia efektywności pracy rady, o tyle istotne zwiększenie liczebności przedstawi-



Fot. iStockphoto.com

„Do dzisiaj nie wiadomo, w jaki sposób pediatria zostanie rozliczona z zaliczek otrzymanych od stycznia. Ten przykład obrazuje potencjał resortu zdrowia do zarządzania systemem ochrony zdrowia”

cieli wojewody czy NFZ wskazuje na próbę zdominowania prac przez czynnik urzędniczy. To rodzi pytanie, czy taki skład rady pozwoli na opracowanie dokumentu, który rzeczywiście będzie odpowiadał na realne potrzeby w zakresie zapewnienia pacjentom dostępu do świadczeń. Ponadto rada *de facto* będzie organem o charakterze doradczym. Ostateczne decyzje dotyczące wojewódzkich planów transformacji będą podejmowane na innym szczeblu i przez inne osoby.

Plany zakupów poziom wyżej

Za przygotowanie i zatwierdzenie planu zakupu świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa będzie odpowiadał prezes NFZ. Rola dyrektorów oddziałów staje się powoli kadłubkowa. W uzasadnieniu do projektu ustawy napisano: „przyjęte rozwiązania odnoszące się do zatwierdzania wojewódzkich planów zakupu świadczeń służą jednocześnie zapewnieniu, że Minister Zdrowia będzie miał możliwość weryfikacji zgodności tych

dokumentów z mapą potrzeb oraz planami transformacji w ramach nadzoru nad czynnościami Prezesa NFZ”. Jest to zaskakująca argumentacja, bo już dzisiaj na podstawie art. 165 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej minister zdrowia ma możliwość weryfikacji sposobu wykonywania zadań również przez oddziały NFZ. Na poziomie województwa rada oddziału wojewódzkiego NFZ będzie miała jedynie możliwość opiniowania planu zakupów. W praktyce proces decyzyjny został przeniesiony na poziom centralny. Polska jest krajem średniej wielkości zarówno pod względem obszaru, jak i liczby mieszkańców, jednak zróżnicowanym wewnątrznie. Pytanie, czy można efektywnie ręcznie sterować systemem finansowania ochrony zdrowia z poziomu centralnego, pozostawiam otwarte.

Plan goni plan – kilka słów o działaniach na wypadek epidemii

Projekt ustawy przewiduje, że plan wojewódzki może obejmować

działania podejmowane na danym obszarze w celu przeciwdziałania wystąpieniu stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii oraz zwalczania skutków wystąpienia tych stanów. Problem w tym, że Ministerstwo Zdrowia, planując ten przepis, nie zadbało o spójność z art. 44 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, zgodnie z którym w celu zapewnienia skuteczności działań służących ochronie zdrowia publicznego przed zakażeniami i chorobami zakaźnymi wojewoda sporządza wojewódzki plan działania na wypadek wystąpienia epidemii. Wojewódzkie plany transformacji mają być przyjmowane na pięć lat, plany działania na wypadek epidemii są przyjmowane na trzy lata. W przypadku uwzględnienia w wojewódzkim planie transformacji kwestii związanych ze zwalczaniem skutków wystąpienia epidemii zakres obu planów będzie się częściowo pokrywał. Procedura ich przyjęcia i aktualizacji będzie różna i będzie realizowana w różnych terminach. Jeżeli resort zdrowia założył, że w wojewódzkich planach transformacji powinny zostać ujęte kwestie związane z zapobieganiem i zwalczaniem chorób zakaźnych, to jednoznacznie powinna zostać uregulowana sprawa konieczności dostosowania wojewódzkich planów działań na wypadek wystąpienia epidemii do zatwierdzonych wojewódzkich planów transformacji.

Kolejny etap centralizacji zarządzania ochroną zdrowia?

Planowanie strategiczne w ochronie zdrowia jest konieczne. Problem polega na tym, że nowelizacja ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej zdaje się wpisywać w widoczny od kilku lat trend koncentracji zarządzania tym sektorem na poziomie rządowym. Przejawia się on między innymi stopniowym, acz postępującym osłabieniem roli dyrektorów oddziałów NFZ i pionizacją zarządzania narodowym płat-

nikiem. Kolejnym widocznym symptomem jest przenoszenie na poziom ministra właściwego do spraw zdrowia kompetencji o charakterze wykonawczym – to niespotykane w innych sektorach, w których na rzecz mieszkańców świadczone są usługi publiczne o powszechnym charakterze, np. oświata, polityka społeczna. Jest to o tyle niebezpieczne zjawisko, że może opóźnić procesy decyzyjne. Innym zagrożeniem jest podejmowanie decyzji nieprzemyślanych, bez rzetelnej analizy skutków dla całego systemu ochrony zdrowia. Przykładem z ostatnich miesięcy jest zamieszanie z finansowaniem pediatrii, gdzie zmiany na poziomie ustawowym miały poprawić sytuację szpitali z oddziałami pediatrycznymi lub pediatrycznych, a na poziomie wykonawczym – rozporządzenie ministra zdrowia – doprowadziły do tego, że na przełomie stycznia i lutego przed szpitalami stanęło widmo zapaści finansowej. Do dzisiaj nie wiadomo, w jaki sposób pediatria zostanie rozliczona z zaliczek otrzymanych od stycznia. Ten przykład obrazuje potencjał resortu zdrowia do zarządzania systemem ochrony zdrowia.

Zagrożeniem dla podmiotów leczniczych może być wzmocnienie roli wojewodów w związku ze wskazywaniem w wojewódzkim planie transformacji podmiotów odpowiedzialnych za wdrożenie planów. Jak pisałam wcześniej, plany nie są aktami prawa powszechnie obowiązującego. Nie będą miały również cech decyzji administracyjnych. Z drugiej strony w ocenie skutków regulacji dotyczącej projektu nowelizacji wskazano, że to podmioty lecznicze będą wdrażać plany transformacji. To z kolei budzi obawy, że plany będą wykorzystywane do tego, aby wpływać na procesy zarządcze w podmiotach leczniczych.

Nie wiadomo, jak nowelizacja ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych będzie się wpisywała w plany resortu zdrowia dotyczące

„ Nie wiadomo, jak nowelizacja ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych będzie się wpisywała w plany resortu zdrowia dotyczące zmiany struktury właścicielskiej szpitali ”

zmiany struktury właścicielskiej szpitali. Ministerstwo, wbrew zapowiedziom, nie przedstawiło założeń kolejnej już reformy systemowej. Może się zatem okazać, że w momencie wejścia w życie nowe mapy potrzeb zdrowotnych oraz plany transformacji będą nieaktualne.

Zarzut, że projekt wpisuje się w szerszą ideę centralizacji zarządzania systemem ochrony zdrowia, wybrzmiał szczególnie podczas posiedzenia sejmowej Komisji Zdrowia 13 kwietnia i stał się głównym przyczynkiem do odrzucenia go przez komisję. Projekt został ponownie skierowany do komisji i przepracowany bez większych problemów podczas posiedzenia 22 kwietnia, ale tylko dlatego, że wcześniej Sejm dokonał zmian w składzie komisji.

Planowanie strategiczne przy ograniczonych zasobach

Warto poświęcić chwilę uwagi ocenie skutków regulacji załączonej do projektu nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Mogłoby się wydawać, że państwo jest oszczędne. Skutki finansowe oszacowano na... 0 zł. Jednocześnie w ocenie skutków regulacji zawarto informację, że wydatki związane z kosztami pracy (dodatkowe etaty w ministerstwie i urzędach wojewódzkich) zostaną pokryte ze środków przeznaczonych na finansowanie ochrony zdrowia zgodnie z art. 131c ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Innymi słowy, koszty pracy

urzędników są doliczane do puli pieniędzy, jakie corocznie muszą być przeznaczane na ochronę zdrowia w stosunku do PKB, a ministerstwo nie zakłada, że wdrożenie planów transformacji będzie pociągało za sobą konieczność zwiększenia wydatków na opiekę zdrowotną. W tym samym dokumencie zapisano, że „projektowana ustawa będzie miała pośredni wpływ na zdrowie obywateli z uwagi na skupienie działań i finansowanie świadczeń w ochronie zdrowia na obszarach, które stanowią niezaspokojone potrzeby zdrowotne – w szczególności tam, gdzie poziom opieki na poziomie krajowym oraz wojewódzkim odbiega od uzyskiwanego w innych krajach Unii Europejskiej lub występują faktyczne ograniczenia w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej”. Rzecz w tym, że na tle większości krajów Unii Europejskiej nasz kraj przeznaczają relatywnie mało środków publicznych na zdrowie, a dystans pomiędzy Polską a rozwiniętymi krajami europejskimi rośnie. Można oczywiście próbować przekierować ograniczone zasoby w takie miejsca, gdzie występują szczególne braki w dostępie do niektórych rodzajów świadczeń, ale w mojej ocenie niezależnie od tego, jak świetnie byłyby przygotowane mapy potrzeb zdrowotnych oraz plany transformacji, bez urealnienia wydatków publicznych na zdrowie oraz bez podjęcia działań na rzecz zwiększenia zasobów kadrowych nie uzyskamy oczekiwanych rezultatów.

Bernadeta Skóbel