Image not found or type unknown

Uwagi PNRL do Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększenia Odporności

24 marca 2021 r. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej podjęło:

STANOWISKO Nr 33/21/P-VIII
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 24 marca 2021 r.
w sprawie Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększenia Odporności

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z zaprezentowanym przez Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej, datowanym na luty 2021 r. projektem dokumentu pt. „Krajowy Plan Odbudowy i Zwiększania Odporności" zgłasza poniższe uwagi do całości projektu w zakresie rozdziału środków i do części II Komponent D „Efektywność, dostępność i jakość systemu ochrony zdrowia". Uwagi te zmierzają do zwrócenia uwagi na wynikający choćby z nazwy opiniowanego dokumentu priorytet „odbudowy" systemu ochrony zdrowia po pandemii. W czasie opiniowania przedmiotowego dokumentu ze strony władz publicznych nie płyną żadne zapewnienia pomocy dla placówek opieki zdrowotnej (brak reakcji na postulaty uregulowania faktur w formule „1/12", brak wsparcia dla placówek komercyjnych i niemożliwe do przyjęcia warunki regulacji płac w podmiotach leczniczych).

I. Rozdział środków KPO

I.1. Jednym z kluczowych zagadnień dla właściwej odbudowy kraju jest rozdział środków pomiędzy poszczególne komponenty KPO. Niemal 30% środków zaplanowanych w ramach Komponentu D „Efektywność, dostępność i jakość systemu ochrony zdrowia" to działania związane ze szczepieniem społeczeństwa. Jest to jak najbardziej racjonalne, jednak zauważyć trzeba, że z uwagi na podstawowe znaczenie, jakie ma opanowanie epidemii, działanie o tak podstawowym znaczeniu wesprze, a w zasadzie stanowić będzie fundament efektów wsparcia w każdym następnym komponencie KPO.

I.2. Zastrzeżenia budzą skutki opisanego na str. 18 rozkładu wydatków na Komponent C (cyfryzacja). Ze wspomnianego opisu wynika, że zaprojektowane w komponencie D (ochrona zdrowia) 0,8 mld euro na dokończenie cyfryzacji opieki zdrowotnej tylko literalnie zapisane są w Komponencie D, wspierając osiągnięcie założonego w Rozporządzeniu RRF udziału 20% planu KPO na cele cyfryzacyjne). Byłoby to racjonalne rozwiązanie, o ile o wspomniane 0,8 mld euro powiększy się budżet Komponentu D. W przeciwnym razie, kwota 4,2 mld euro (18% KPO) zaczyna być wysoce dyskusyjna w obliczu zawarcia w niej tak fundamentalnego wydatku jak program szczepień oraz ujęcia w KPO wydatków cyfryzacyjnych. Taka kwota środków jest zdecydowanie zbyt niska, aby przynieść realne, odczuwalne w skali całego systemu ochrony zdrowia skutki w postaci poprawy efektywności, dostępności i jakości. Stan taki pogłębia dodatkowo skanalizowanie środków dla jedynie części wybranych podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Środki te powinny być dostępne dla wszystkich podmiotów, a ich wysokość powinna dawać szanse na przyniesienie realnej poprawy wskazanych wyżej, kluczowych parametrów systemu.

I.3 Prezydium podkreśla wagę, jaka powinna być przykładana do zwiększenia liczebności kadry medycznej. Cel ten powinien być realizowany przez szereg działań uwzględniających różne rodzaje wsparcia kadry medycznej i poprawy warunków pracy w całym sektorze ochrony zdrowia a nie opierać się głównie na wsparciu dla uczelni medycznych. Zwiększenie liczby absolwentów

kierunków medycznych nie przyniesie zakładanego efektu, jeśli znaczna część z nich będzie szukało lepszych warunków pracy i rozwoju zawodowego poza granicami kraju. Zwiększenie liczebności kadry medycznej musi opierać się na zapewnieniu właściwych i godnych warunków pracy zawodowej w kraju w całym sektorze ochrony zdrowia tak prywatnym jak i publicznym.

II. Rozwój i modernizacja infrastruktury podmiotów leczniczych

Niektóre planowane w ramach Komponentu D działania cechuje dość duża niespójność. Nie wiadomo bowiem, na jakiej podstawie określono dokładną liczbę 150 podmiotów leczniczych i 230 obiektów dydaktycznych, które mają zostać objęte pomocą przeznaczoną na modernizację i wyposażenie w nowoczesną infrastrukturę Szeroko zdefiniowany cel projektowanego wsparcia, opisywany na stronie 175 i 177 opiniowanego dokumentu, obejmujący *„dostosowanie infrastruktury podmiotów leczniczych i jakości usług zdrowotnych do standardów i potrzeb w czasie podwyższonych rygorów epidemicznych oraz łagodzenia skutków epidemii, jak również wzmocnienie potencjału jednostek w zakresie wykorzystywania nowoczesnych rozwiązań”* - sugeruje objęcie wsparciem dużo większej liczby placówek ochrony zdrowia. Nawet zawężenie go do wymienionych obszarów priorytetowych (chorób zakaźnych, onkologii, kardiologii, psychiatrii, pediatrii i innych dziedzin medycyny związanych z leczeniem dzieci, geriatrii, opieki długoterminowej, chorób układu oddechowego, a także anestezjologii i intensywnej terapii) nie powinno przesądzać o ograniczeniu adresatów wsparcia jedynie do placówek o regionalnym i ponadregionalnym znaczeniu. Zubaża to bowiem niejako na starcie efekt tego działania. Rewizji należałoby poddać być może zakres kosztów podlegających wsparciu (zarówno nowoczesna aparatura, jak i przebudowa). W kontekście opisanych w pkt I.1 wątpliwości co do związku wydatków z opisanym w „Architekturze KPO” (str.16) celem Komponentu D („Sprawne funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia oraz poprawa efektywności, dostępności oraz jakości świadczeń zdrowotnych”) zauważyć należy, że skierowanie strumienia kolejnego niemal miliarda euro do wąskiego, wyselekcjonowanego grona podmiotów nie podniesie w zauważalny sposób w skali kraju ani sprawności, ani jakości opieki zdrowotnej.

III. Potrzeby podmiotów wykonujących działalność leczniczą, nieujętych w inwestycjach i reformach Komponentu D

Projekt Planu zupełnie pomija sytuację podmiotów wykonujących działalność leczniczą (PWDL) - podmiotów leczniczych (w przeważającej liczbie ambulatoryjnych) poza wspomnianą liczbą 150 podmiotów, mających być beneficjentami wsparcia oraz praktyk zawodowych (lekarskich, pielęgniarskich i fizjoterapeutycznych). Tymczasem zakładana w dokumencie odbudowa wymaga uzupełnienia potencjału diagnostycznego i leczniczego PWDL, który ucierpiał wskutek:

- konieczności poniesienia znacznych środków na zabezpieczenie epidemiczne (środki ochrony, przebudowa, montaż śluz, urządzeń oczyszczających powietrze, zapewnienie dodatkowego personelu;
- spadku liczby pacjentów, a co za tym idzie - przychodu i to zarówno w formie zapłaty od NFZ, jak i przychodów z komercyjnej działalności leczniczej.

Prezydium NRL w stanowisku Nr 19/21/P-VIII z dnia 18 lutego 2021 r. w sprawie projektu Umowy Partnerstwa dla realizacji polityki spójności 2021-2027 wskazało, że w projekcie Umowy Partnerstwa błędnie operowano pojęciem „podmiotu leczniczego” wykluczający tym samym z kręgu beneficjentów podmioty wykonujące działalność leczniczą w formie praktyk zawodowych. Ten sam błąd powielony został w projekcie Krajowego Planu Odbudowy. Niepokoi również brak spójności w definiowaniu adresatów wsparcia. Dla przykładu: D1.1.3. Zwiększenie wykorzystania nowoczesnych technologii i dalszy rozwój e-zdrowia” wymienia jako jeden z rodzajów inwestycji „zwiększenie dojrzałości cyfrowej placówek ochrony zdrowia” definiując jednocześnie dalej, w „Populacja docelowa (Target population): podmioty lecznicze, pracownicy medyczni, pacjenci” bez żadnej gwarancji, że pod pojęciem „pracownicy medyczni” rozumieć należy również prowadzących

praktyki lekarskie. Dlatego w całym dokumencie, w zakresie, w jakim nie dotyczy to wyłącznie szpitali winno używać się pojęcia podmiot wykonujący działalność leczniczą zamiast pojęcia „podmiot leczniczy”.

Dodane, zgodnie z postulatem zawartym w pkt I.2. 0,8 mld euro do komponentu D winny być skierowane na opisane wyżej wsparcie podmiotów wykonujących działalność leczniczą, rekompensujące wydatki związane z zapobieganiem szerzenia się zakażenia COVID-19 możliwością zainwestowania przynajmniej równoważnej sumy na inwestycje w sprzęt służący do diagnostyki i leczenia. Byłoby to rzeczywiste „odbudowanie” potencjału diagnostyczno-leczniczego, nadwątlonego wskutek pandemii, za to zaadresowanego do znacznie większej liczby placówek, a co za tym idzie znacznie większego grona pacjentów

IV. Konieczność przejęcia przez instytucje publiczne roli integrującej transfer przeznaczonych na ochronę zdrowia środków z różnych instrumentów i polityk.

Dyskusja o projekcie Krajowego Planu Odbudowy jest najszerszą konsultacją społeczną projektów dokumentów regulujących wydatkowanie środków unijnych. Niezwykłej wagi nabiera postulat przejęcia przez instytucje publiczne roli koordynatora rozdziału środków nie tylko z budżetu KPO, ale i zasobów Polityki Spójności i Regionalnych Programów Operacyjnych. Rozproszenie tych środków utrudni dostęp podmiotów, o których mowa pkt.III, uniemożliwiając tym samym realizację celu poprawy dostępności i jakości na poziomie podstawowym oraz deinstytucjonalizację opieki zdrowotnej.

Z rozmów prowadzonych przez Naczelną Radę Lekarską z Ministerstwem Zdrowia wynika, że pomimo określonej w mechanizmie demarkacyjnym reguły wydatkowania środków na cyfryzacje wyłącznie z KPO, Ministerstwo nie decyduje się np. na przejęcie roli koordynatora wsparcia inwestycji cyfryzacyjnych w placówkach leczniczych, sugerując zwrócenie się w kierunku Regionalnych Programów Operacyjnych.

W przypadku utrzymania w KPO wydatków na cyfryzację opieki zdrowotnej na zaplanowanym poziomie, za niezbędne należy uznać wsparcie zakupów sprzętu i oprogramowania przez placówki ochrony zdrowia, nie tylko posiadające kontrakt z NFZ. Wszelkie bowiem działania wspierające zaawansowane usługi cyfrowe w medycynie zależeć będą od wielkości bazy danych, a więc od powszechności wdrożenia e-dokumentacji. Takiemu celowi inwestycyjnemu sprzyja też przewidziany Rozporządzeniem RRF okres kwalifikowalności wydatków od 1 lutego 2020 r. Pozwala on bowiem objąć wsparciem inwestycje zeszłoroczne, co uchroni od zarzutu uprzywilejowania tych podmiotów, które nie spieszyły się z inwestycjami.