Image not found or type unknown

Krajowy Plan Odbudowy

Naczelna Rada Lekarska analizuje kolejne wersje KPO. Składaliśmy do niego uwagi, bierzemy udział w posiedzeniach komisji i zespołów parlamentarnych.

KRAJOWY PLAN ODBUDOWY-wersja przekazana KE

Prezentowany na str.30 wykres obrazuje rozdział środków pomiędzy komponenty. Wpisany tam budżet zawiera zarówno środki bezzwrotne (cz.grantowa) , jak i podlegające zwrotowi (cz.pożyczkowa) . Jeszcze w styczniu prezntowane były inne wielkości cześci pożyczkowej w ramach całkowitej alokacji dla Polski.

Po niemałych trudach udaje się jednak odtworzyć w jednolitej tabeli rozdział środków w ostatecznie przesłanej do Brukseli wersji KPO

SCHEMAT ROZDZIAŁU ŚRDOKÓW - KOMPONENT D

Zmiany, jakie zaszły w ostatniej wersji oddaje slajd z jednej stron tego dokumentu. najpowazniejsza zmiana w Komponencie D to rezygnacja (wskutek braku zgody Brukseli) z finansowania szczepień i szczepionek. A była to najpoażniejsza pozycja (32%) poprzedniej wersji (1,5 mld EUR)

Tytułem niezbędnego komentarza:

Pamiętać cały czas należy, że środki z tytułu Funduszu Odbudowy i Zwiększenia Odporności pochodzą z ogromnego długu, jaki Unia zaciągnęła w bankach komercyjnych. Dług ten będziemy my- wszyscy Europejczycy spłacać długie lata.

Ochrona zdrowia ma w całej strukturze naszego krajowego KPO najmniejszy- 12% udział. W części najbardziej atrakcyjnej (bezzwrotnej) mamy co prawda już nieco wyższy udział , bo 17%, ale faktem jest, że pozycja w tym swoistym "rankingu" nie oddaje wagi ochrony zdrowia , szczególnie jeśli mówimy o planie odbudowy i zwiększenia odporności po pandemii.

Trzeba zaznaczyć też , że KPO nie jest jedynym środkiem unijnego wsparcia. Cele polityki zdrowotnej zapisane są jeszcze w Polityce Spójności, w programie REACT-UE oraz zapewne w Regionalnych Programach Operacyjnych. I dlatego kluczową rolę będą odgrywać mechanizmy demarkacyjne. Umiejętnie skonstruowane mogłyby w pozostałych (poza KPO) instrumentach wsparcia zawrzeć cele, których nawet dotąd w KPO czy Umowie Partnerstwa śladu nie ma (o tym na końcu).

W komponencie D (ochrona zdrowia) zapisany jest miliard euro na rozwój e-zdrowia i cyfryzację opieki zdrowotnej. W każdym krajowym KPO cyfryzacja musi mieć co najmniej 20% udział w środkach. Dzięki m.in obecnosci cyfryzacji medycyny w komponencie D , pomimo,że sam komponent "Transformacji cyfrowej" stanowi w KPO 13,6% uda się osiągnąć celom cyfryzacyjnym założony udział min.20%. Warto jednak wspomnieć, że reforma e-zdrowia przyczyni się w najbliższych latach bodaj w największym stopniu do wzrostu kompetencji cyfrowych społeczeństwa. Warto o tym pamiętać analizując pozycję komponentu D w całej strukturze KPO. Również w kontekście braku gwarancji na powszechną refundację wszystkim PWDL kosztów cyfryzacji opieki zdrowotnej.

Zapisane w projekcie ustawy dotyczącej kredytów studenckich finansowanie akcji kredytowej jako wydatków budżetowych zostało najwyraźniej przesunięte do KPO. Pomimo, że w jednym miejscu projektu Planu mówi się o środkach budżetowych finansujących te kredyty, to na str.281 czytamy: *„ Zakładane jest wsparcie studentów wybranych kierunków medycznych poprzez wprowadzenie formy kredytowania niektórych kierunków studiów medycznych (kierunek lekarski)*

” . Co do samego projektu kredytów- Prezydium NRL odniosło sie do niego w Stanowisku z dnia 18 kwietnia 2021r.
Wreszcie o najpoważniejszej pozycji w Planie. "***Rozwój i modernizacja infrastruktury centrów opieki wysokospecjalistycznej i innych podmiotów leczniczych*".**
To 2 mld 119 mln euro. Z tego 700 mln euro zagwarantowane jest dla szpitali powiatowych. Doświadczenie z pracy nad aktami prawnymi uczy, że należy przyjrzeć się w pierwszej kolejności co zdefiniowano pod hasłem „inne podmioty lecznicze”. Formuła jest tu bardzo szeroka. Stąd brak wyraźnych wskazań, które inwestycje bądź typy inwestycji wybrane będą w trybie konkursowym, a które w trybie bezkonkursowym - zawsze skłania do ostrożności. Mamy tu m.in. cały rozdział dotyczący wsparcia centralizacji szpitali. Zachodzi poważna obawa, że kontrowersyjnemu projektowi zostaje w tym momencie przydany status planu unijnego i tym argumentować będzie się nieodwołalność decyzji w tej sprawie. Z KPO sfinansowane ma być też częściowe oddłużenie szpitali, co niekoniecznie musi wzbudzić aprobatę Komisji Europejskiej.

Jak na plan o wymiarze iście historycznym brak zarówno w KPO, jak i w pozostałych instrumentach szeroko rozumianej medycyny ambulatoryjnej. Mówi się o POZ, AOS, ale jedynie w odniesieniu do podmiotów posiadających umowę z NFZ. Tymczasem wiele problemów zdrowotnych pacjentów rozwiązuje część komercyjna rynku medycznego , która wskutek pandemii poniosła równie dotkliwe straty. Stąd ważne , aby dedykować tej części rynku programy inwestycyjne. Jeśli nie z KPO (który jest już w Brukseli), to w ramach innych programów (jak np CP4 Polityki Spójności lub Programy Regionalne). Skoro we wstępie Planu wymienia się wśród największych bolączek Systemu czas oczekiwania na świadczenia np endokrynologiczne i stomatologiczne, skoro znane powszechnie są zarowno wskaźniki frekwencji próchnicy, jak i wskaźnik części populacji posługującej się protezami - dziwić może , że wśród działań zdefiniowanego w końcu celu walki z chorobami cywilizacyjnymi nie ma solidnego planu wsparcia Stomatologii.
Szczegóły rozdziału środków i rozgraniczenia inwestycji mają być zapisane w dokumencie „Zdrowa Przyszłość”. Pozostaje domagać się naprawdę rzetelnych konsultacji przy tworzeniu tego dokumentu. Jak również odpowiedniej reprezentacji branży medycznej w Komitecie Monitorującym KPO.

Andrzej Cis?o
wiceprezes NRL