

Bierzemy pod lupę IOWISZ



Fot. gettyimages.com/Natalia Baydusha

Czy komputer może zastąpić zdrowy rozsądek

System IOWISZ, czyli Instrument Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia, który funkcjonuje od lipca ubiegłego roku, w zamierzeniu jego autorów ma m.in. poprawić efektywność wydawania unijnych pieniędzy w Polsce. Jak działa?

„W finansowaniu działalności leczniczej decydujący nie będzie już tryb konkursowy, ale wyznaczona z góry kwota ryczałtu. Pozytywna ocena sieciowego szpitala w systemie IOWISZ nie będzie miała dużego znaczenia”

Komisja Europejska krytykowała Polskę m.in. za brak przejrzystości i racjonalności w zakresie inwestycji. Wielokrotnie padał zarzut, że za fundusze unijne kupowany jest np. drogi sprzęt medyczny, który potem stoi niewykorzystany, bo sąsiedni szpital także posiada takie urządzenie. Podobnie było z otwieraniem nowych oddziałów w placówkach medycznych, gdzie często chodziło raczej o zaspokojenie ambicji lokalnych władarzy aniżeli o faktyczne potrzeby zdrowotne mieszkańców. Spostrzeżenia te potwierdzały również raporty Najwyższej Izby Kontroli.

Światelko w tunelu?

W założeniach IOWISZ nie tylko ma uporządkować inwestycje z udziałem unijnego finansowania (bez uzyskania pozytywnej opinii inwestycja nie może być realizowana z dotacji unijnej), lecz także ma być wskazówką dla inwestorów publicznych i prywatnych chcących wyłożyć własne pieniądze na ochronę zdrowia. Dotychczas było tak, że w praktyce inwestor ryzykował i do końca nie miał pewności, czy w przyszłości będzie miał szansę na finansowanie wynikających z inwestycji nowych świadczeń zdrowotnych z NFZ czy nie. Dzisiaj zakłada się, przynajmniej teoretycznie, że jeśli nowa inwestycja nie zostanie zgłoszona oficjalnie do oceny w ramach systemu IOWISZ, to potem będą mniejsze szanse na kontrakt z publicznym płatnikiem (dzisiaj z NFZ, a po jego zapowiadanej likwidacji... nie wiadomo z kim).

Pisaliśmy już wcześniej o nieracjonalnej polityce inwestycyjnej szpitali publicznych i ich właścicieli („Menedżer Zdrowia” nr 2/2016), o ogólnej mizerii polskiej ochrony zdrowia („Menedżer Zdrowia” nr 1/2017) oraz o jej niedofinansowaniu („Menedżer Zdrowia” nr 8/2016). Wydawało nam się, że IOWISZ może być światelkiem w tunelu. Ale nasze nadzieje raczej się nie ziszczą – głównie z powodu chaotycznego i tylko częściowego reformowania służby zdrowia. Nie potrafimy np. dopatrzeć się ścisłego związku między „siecią szpitali” a systemem IOWISZ.

W finansowaniu działalności leczniczej w ramach planowanej sieci szpitali głównym źródłem przychodów podmiotów leczniczych nie będzie już tryb konkursowy lub konkurencyjny, ale wyznaczona arbitralnie z góry kwota ryczałtu, dlatego pozytywna ocena w systemie IOWISZ nie będzie miała dla sieciowego szpitala dużego znaczenia. Z drugiej strony mogą się zdarzyć sytuacje, w których podmiot leczniczy ubiegający się o ocenę inwestycji otrzyma pozytywną opinię, gdyż jego przedsięwzięcie będzie uzasadnione ze względu na lokalne czy regionalne potrzeby zdrowotne, ale podmiot ten nie wejdzie do sieci szpitali. Co wtedy? Ryzyko biznesowe związane z prowadzeniem takiej inwestycji może okazać się bardzo wysokie, gdyż nie ma pewności, że ten świadczeniodawca – będący poza siecią – uzyska finansowanie w drodze konkursowej.

Plasterkowanie kielbasy

Sposób reformowania polskiej służby zdrowia przez PiS przypomina plasterkowanie kielbasy. Porównanie może nieco trywialne, ale wydaje się trafne. Pierwszym plasterkiem odciętym od pęta tej kielbasy był ustawowy zakaz komercjalizacji szpitali. Następne plasterki to: zmiana zasad refundacji leków, zapowiedź likwidacji NFZ, ustanowienie krótkiej listy darmowych leków dla seniorów w wieku 75+, zmiany w ustawie o ratownictwie medycznym, obniżenie wartości wyceny wielu procedur medycznych, zmiany w pakiecie onkologicznym, zmiany w POZ, zmiany w opiece okołoporodowej i zainicjowanie prac nad skoordynowaną opieką nad pacjentem.

Najgrubszymi i mającymi największą wagę plasterkami tej kielbasy powyborczej są niewątpliwie mapy potrzeb zdrowotnych, sieć szpitali oraz IOWISZ. Złe się jednak stało, że zostały one podzielone na trzy osobne plastry – zamiast stanowić spójny kawałek, wykrojony w całości z pęta.

A jak być powinno?

Naszym zdaniem ocena inwestycji w ochronie zdrowia, mapy potrzeb zdrowotnych oraz tzw. sieć szpitali to elementy organizacji rynku ochrony zdrowia, które bezwzględnie powinny być ze sobą bardzo ściśle powiązane i spójne.

Podstawą tworzenia sieci szpitali powinny być rzetelnie opracowane na poziomie wojewódzkim mapy potrzeb zdrowotnych. Decyzje o inwestycjach w ochronie zdrowia, w szczególności o ich miejscu i zakresie, powinny być konsekwencją analiz i wniosków wynikających z potrzeb zidentyfikowanych w mapach – należy je przeprowadzać w szpitalach, które na podstawie wyżej wymienionych kryteriów znajdują się w sieci. Mówiąc bardziej obrazowo: na poziomie województwa z jednej strony powinna być stworzona mapa potrzeb zdrowotnych, z drugiej zaś mapa istniejących szpitali (niezależnie od formy ich własności), które te potrzeby

„ W perspektywie finansowej Unii Europejskiej na lata 2014–2020 przewidziana kwota na realizację inwestycji w obszarze polskiej ochrony zdrowia będzie trzykrotnie większa niż w latach 2007–2013 i wyniesie ok. 12 mld zł ”



zdrowotne zabezpieczają. Następnie, tylko w odniesieniu do obszarów, w których dany szpital ma zabezpieczyć tak zidentyfikowane zwiększone potrzeby, powinny zapadać określone decyzje inwestycyjne.

Studium wykonalności inwestycji

Przed wydaniem decyzji inwestycyjnej dla konkretnego szpitala powinno być przeprowadzone szczegółowe, niezależne i obiektywne studium wykonalności inwestycji. Pozyskanie znacznych środków unijnych wiąże się z koniecznością wniesienia przez aplikujący szpital obowiązkowego wkładu własnego, zazwyczaj na poziomie ok. 15% całkowitej wartości inwestycji, który potem jest uzupełniany tzw. finansowaniem dłużnym, czyli pożyczaniem przez podmiot leczniczy lub jego organ tworzący pieniądze od publicznych lub prywatnych podmiotów. A co to oznacza w praktyce, wszyscy wiemy.

W perspektywie finansowej Unii Europejskiej na lata 2014–2020 przewidziana kwota na realizację inwestycji w obszarze polskiej ochrony zdrowia będzie trzykrotnie większa niż w latach 2007–2013 i wyniesie ok. 12 mld zł. Oznacza to, że taki wkład własny szpitali (15%), a tym samym zadłużenie publicznych szpitali (na koniec III kwartału 2015 r. ogólne zobowiązania publicznych podmiotów leczniczych wynosiły 11 mld 194 mln zł) wzrośnie o kolejne 1,8 mld zł.

W wyniku przeprowadzonych inwestycji nastąpi wzrost nie tylko zadłużenia szpitali, lecz także ich kosztów operacyjnych (związanych głównie z eksploatacją wybudowanych lub zmodernizowanych budynków) oraz kosztów finansowych (związanych z zaciągniętym kredytem i jego obsługą).

Czy IOWISZ będzie skuteczny?

Elementem oceny w ramach systemu IOWISZ powinna być bezwzględnie wykonana uprzednio analiza ekonomiczna zdolności szpitala do jej realizacji. Tymczasem, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 15 września 2016 r. w sprawie formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia (Dz.U. z 2016 r. poz. 1539), zawiera on 34 kryteria oceniające m.in.:

- w jakim stopniu planowana inwestycja będzie odpowiadała na potrzeby pacjentów, ich rodziny lub opiekunów oraz personelu medycznego,
- czy inwestycja uwzględnia zmiany demograficzne zachodzące w społeczeństwie,
- planowaną infrastrukturę – budynki oraz sprzęt i aparaturę medyczną,
- innowacyjność, walory naukowe planowanej inwestycji oraz wykorzystanie polskiej myśli technicznej i naukowej lub myśli technicznej i naukowej innych państw członkowskich UE lub EFTA.

„Trudno nazwać dobrą zmianą częściową – by nie powiedzieć: wybiórcze i fragmentaryczne – działania reformatorskie wprowadzane mozolnie przez ministra Radziwiłła i jego ekipę. Nie widać w nich bowiem spójnego planu”

Jedynym kryterium oceny inwestycji pod względem ekonomicznym jest kryterium nr 13, tj. ocena, czy koszt inwestycji jest uzasadniony w porównaniu z podobnymi właśnie realizowanymi lub już ukończonymi inwestycjami.

Analizując kryteria oceny inwestycji zaproponowane przez Ministerstwo Zdrowia, można stwierdzić, że:

- najniższe wagi wśród 34 kryteriów oceny inwestycji otrzymały:
 - ocena jakościowa potencjalnego inwestora (posiadanie akredytacji Ministra Zdrowia) – 0,4,
 - stopień, w jakim realizacja inwestycji przełoży się na przestrzeganie praw pacjenta – 0,4,
 - wpływ inwestycji na aktywizację zawodową chorych oraz ograniczenie albo zapobieganie ich wykluczeniu społecznemu – 0,3,
 - stopień, w jakim inwestycja wpłynie na poprawę komfortu pacjenta i jego rodziny – 0,2 (sic!);
- najwyższe wagi (0,9–1) otrzymały:
 - wpływ inwestycji na wykorzystanie polskiej myśli technicznej i naukowej lub myśli technicznej i naukowej innych państw członkowskich UE lub EFTA,
 - wpływ inwestycji na zdolność prowadzenia i rozwoju prac badawczych i rozwojowych w dziedzinie zdrowia w województwie,
 - wpływ inwestycji na komercjalizację innowacyjnej myśli technicznej rozwijanej w województwie (sic!).

Kryteria zamiast praw

Oznacza to, że w dalszym ciągu jakość udzielanych świadczeń, prawa pacjenta i komfort jego leczenia nie są istotne – ważne są natomiast kryteria, które mogą negatywnie wpłynąć na jakość oferowanych świadczeń. Bo jaka jest gwarancja, że lokalna myśl techniczna jest optymalna w procesie leczenia pacjenta?

Tylko 6 z 34 kryteriów podlega ocenie obiektywnej (zero-jedynkowej), pozostałe 28 kryteriów oceniane jest subiektywnie – w skali punktowej 0–10, bez okre-

ślenia jakichkolwiek wskaźników, kiedy przyznaje się inwestycji 0 pkt, a kiedy 10 pkt. Ponadto 78% maksymalnej wartości punktów (po skorygowaniu ich przez założone wagi) można uzyskać z kryteriów ocenianych subiektywnie, a tylko 22% z kryteriów ocenianych obiektywnie, co oznacza szeroki margines uznaniowości w ocenie inwestycji.

Kryterium nr 7 ocenia, czy realizacja inwestycji przesunie ciężar z opieki szpitalnej na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną, co w założeniach jest bardzo dobrym miernikiem (w myśl zasady trzymania pacjenta z dala od szpitala). Nasuwa się jednak pytanie, jak to się ma do założeń budżetowych NFZ na 2017 r., w których najmniejszy wzrost środków finansowych zaplanowano właśnie w obszarze AOS.

Fragmenty dobrej zmiany

Trudno nazwać dobrą zmianą częściową – by nie powiedzieć: wybiórcze i fragmentaryczne – działania reformatorskie wprowadzane mozolnie przez ministra Radziwiłła i jego ekipę. Nie widać w nich bowiem spójnego planu. Na obecnym etapie jest to raczej zestaw luźnych życzeń. Plan z prawdziwego zdarzenia powinien składać się z przemyślanych, ząbwiących się programów, którym powinny odpowiadać adekwatne budżety. Już wiele lat temu Robert McNamara, gdy został sekretarzem obrony USA, stworzył model PPBS (*Planning, Programming, Budgeting System*). Przekonywał on, że jeśli coś zamierzamy zrobić, najpierw musimy przygotować odpowiedni budżet, harmonogram, system monitoringu i zestaw podmiotów odpowiedzialnych za realizację każdego z założonych celów. Plan Radziwiłła, który niewątpliwie zawiera wiele interesujących elementów, powinien zostać ponownie kompleksowo opracowany, a następnie przetłumaczony na zestaw precyzyjnie przedstawionych programów. I tego nam na obecnym etapie brakuje.

Bo każdą inwestycję – nie tylko w ochronie zdrowia – planuje się, analizuje i projektuje, a następnie realizuje nie w perspektywie jednej kadencji, ale na dziesięciolecie – dla społeczeństwa żyjącego tu i teraz oraz dla przyszłych pokoleń.

Właśnie dlatego takie inwestycje nie mogą przypominać kawałkowania kielbasy. Powinny być instrumentem rozumnej, kompleksowej i perspektywicznej polityki zdrowotnej państwa w obszarze usług publicznych, świadczonych przez administrację państwową obywatelom w ramach sektora publicznego.

Krzysztof Czerkas, Piotr Magdziarz

Krzysztof Czerkas jest członkiem Rady Naczelnej Polskiej Federacji Szpitali oraz ekspertem Formedis Medical Management and Consulting.

Piotr Magdziarz jest partnerem zarządzającym Formedis Medical Management and Consulting.