

Iwona Kowalska-Bobko*

Aldona Frączkiewicz-Wronka**

Identyfikacja mechanizmów koordynacji interwencji publicznej w obszarze zdrowia, stosowanych w ramach sektorowej polityki spójności w Polsce

Wstęp

Najważniejsze do osiągnięcia w danej perspektywie rozwoju cele oraz narzędzia ich realizacji zostały zdefiniowane przez Unię Europejską w dokumentach strategicznych. W strategii Europa 2020 to polityka spójności została uznana za istotne narzędzie realizacji celów rozwojowych. Cechą charakterystyczną polityki spójności jest prowadzenie działań nakierowanych na wyrównywanie społecznych i ekonomicznych warunków życia we wszystkich regionach państw członkowskich Unii Europejskiej (UE). Polityka ta jest realizowana przede wszystkim dzięki dwóm funduszom strukturalnym: Europejskiemu Funduszowi Rozwoju Regionalnego oraz Europejskiemu Funduszowi Społecznemu.

W związku z uznaniem przez Unię Europejską za priorytetowe działań zapewniających godziwe warunki dla osiągnięcia zdrowia podjęte zostały decyzje o uruchomieniu środków strukturalnych na działania sektorowe w ochronie zdrowia, uzależniające jednak ich przyznanie od spełnienia warunków ich efektywnej absorpcji w ramach programów współfinansowanych ze środków UE.

Celem artykułu jest prezentacja wyników analizy dokumentów strategicznych przyjętych dla właściwej koordynacji interwencji publicznej podejmowanej w ramach europejskiej polityki spójności w ochronie zdrowia w Polsce oraz wyselekcjonowanie mechanizmów takiej koordynacji.

Przyjęta metodologia polega przede wszystkim na analizie danych źródłowych, takich jak:

1. Systemowe dokumenty strategiczne w zakresie koordynacji polityki zdrowotnej w Polsce (Umowa Partnerstwa na lata 2014–2020, Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020. Krajowe Ramy Strategiczne).

* Dr hab., Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum, Instytut Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Jagielloński, ul. Gołębia 24, 31-007 Kraków, iw.kowalska@uj.edu.pl

** Prof. dr hab., Katedra Zarządzania Publicznego i Nauk Społecznych, Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach, ul. 1 Maja 50, 40-287 Katowice, aldona.fraczkiewicz-wronka@ue.katowice.pl

2. Inne krajowe oraz regionalne dokumenty strategiczne w zakresie zdrowia i wytyczne lub zalecenia.
3. Dokumentacja dotycząca funkcjonowania i prac Komitetu Sterującego (KS).
4. Akty prawne obowiązujące i projektowane w zakresie organizacji i funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.
5. Raport ewaluacyjny Ministerstwa Rozwoju i Ministerstwa Zdrowia (2018): *Ocena mechanizmów koordynacji interwencji publicznej w obszarze zdrowia stosowanych w ramach polityki spójności w Polsce.*

1. Polityka spójności Unii Europejskiej. Ewolucja celów

Prowadzona obecnie polityka spójności UE jest skutkiem decyzji podejmowanych od wielu lat. Pierwsze dokumenty identyfikujące cele i zasady współpracy w obecnym kształcie odnosiły się przede wszystkim do wspólnego rynku, zrównoważonego wzrostu czy harmonijnego rozwoju działalności gospodarczej [Włodarczyk i inni, 2012].

Na mocy traktatu rzymskiego z 1957 r., ustanawiającego Europejską Wspólnotę Gospodarczą, powstał jeden z najważniejszych instrumentów późniejszej polityki spójności: Europejski Fundusz Społeczny (EFS). W 1975 r. został powołany Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego (EFRR), którego powstanie uznawane jest za początek polityki regionalnej prowadzonej przez Wspólnotę Europejską. Kolejne akcesje, w latach 80., spowodowały nie tylko zwiększenie zasięgu terytorialnego Wspólnoty, ale także wzrost zróżnicowania poziomu rozwoju regionów wchodzących w jej skład. Z tego też powodu działania na rzecz wyrównania różnic rozwojowych stawały się coraz ważniejszym zadaniem, a polityka spójności stała się priorytetowym celem Wspólnoty [Kercher, 2015].

Podpisany w 1986 r. Jednolity Akt Europejski przyczynił się do wprowadzenia do agendy działań wspólnotowych kwestii spójności gospodarczej i społecznej. Jego zapisy wspierały harmonijny rozwój poprzez prowadzenie działań w kierunku wzmocnienia spójności społecznej i gospodarczej. Jednym z głównych instrumentów realizacji tych założeń stały się fundusze strukturalne, a EFRR został uznany za istotne narzędzie korygowania podstawowych dysproporcji regionalnych. Od tego momentu można mówić o określeniu i wyodrębnieniu polityki spójności [Dorożyński, 2013].

Dalsza ewolucja zakresu i zasad realizacji celów polityki spójności podążała w kierunku ważnych zmian organizacyjnych oraz sukcesywnego zwiększania puli dostępnych środków finansowych. Zidentyfikowano cele i priorytety polityki spójności, a także obowiązek zarządzania, monitorowania, koordynacji i kontroli wydatkowanych środków oraz długofalowe planowanie w postaci programów.

Traktat z Maastricht z 1992 r. o Unii Europejskiej okazał się następnym istotnym dla polityki spójności etapem. W jego zapisach znalazły się wprost odwołania do spójności społecznej i gospodarczej, a także włączania regionów w planowanie rozwoju. Na mocy Traktatu o UE powołany został Fundusz Spójności, stanowiący główne źródło finansowania największych inwestycji transportowych czy środowiskowych w krajach UE, w których PKB w przeliczeniu na mieszkańca nie przekraczał 90% unijnej średniej [Szlachta, Zaleski, 2010].

Kolejne akcesje, głównie z 2004 r., obejmujące przede wszystkim kraje Europy Środkowo-Wschodniej, implikowały konieczność dalszych zmian strukturalnych. Szacunki związane z rozszerzeniem wskazywały na wzrost liczby ludności o 20%, któremu towarzyszył jedynie 5% przyrost łącznego PKB [Włodarczyk i inni, 2012]. Wychodząc naprzeciw nowym oczekiwaniom, już w 1999 r. przyjęto Agendę 2000, w której przedstawiono plany rozwoju UE na lata 2000–2006, wydłużając tym samym perspektywę programowania do 7 lat. To tutaj właśnie po raz pierwszy przewidziane zostały mechanizmy wsparcia dla Polski, Czech, Węgier czy Słowacji.

Stałym elementem polityki spójności jest koncentrowanie środków na najsłabiej rozwiniętych krajach i regionach. Wiele analiz potwierdza, że szybsza zmiana społeczno-gospodarcza jest powiązana ze wsparciem finansowanym ze środków europejskich [Golinowska, 2018]. Jednocześnie polityka spójności stała się w ostatnich latach jednym z podstawowych źródeł finansowania strategii Europa 2020, co powinno nie tylko stymulować proces konwergencji, ale także przyspieszać realizację celów rozwojowych całej Unii, takich jak np. innowacyjność, inkluzja społeczna, zatrudnialność czy zmniejszanie emisyjności gospodarki.

W traktacie lizbońskim (2007) położono główny nacisk na wzmocnienie spójności ekonomicznej, społecznej i terytorialnej. Kraje członkowskie zostały zobowiązane do przygotowania Narodowych Strategicznych Ram Odniesienia, definiujących priorytetowe cele strategiczne i kluczowe obszary interwencji z polityki spójności [Barcz, 2008]. Obecnie jeden zestaw przepisów obejmuje pięć europejskich funduszy strukturalnych i inwestycyjnych (EFSI), łączących się ze strategią Europa 2020. Ma to na celu inicjowanie inteligentnego, zrównoważonego rozwoju sprzyjającego inkluzji społecznej w UE, poprawę koordynacji, zagwarantowanie spójnego wykorzystania europejskich funduszy strukturalnych i inwestycyjnych i maksymalne uproszczenie dostępu do środków podmiotom, które mogą z nich skorzystać.

Na okres 2014–2020 zostały przyjęte nowe ramy legislacyjne dotyczące pięciu głównych funduszy podlegających polityce spójności UE, wspólnej polityce rolnej i wspólnej polityce rybołówstwa. Obejmują one:

1. Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego (EFRR).
2. Europejski Fundusz Społeczny (EFS).
3. Fundusz Spójności.
4. Europejski Fundusz Rolny na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich (EFRROW).
5. Europejski Fundusz Morski i Rybacki (EFMR) [Raport MR i MZ, 2018].

Programowanie polityki spójności na okres 2014–2020 opiera się przede wszystkim na celach Strategii na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającemu włączeniu społecznemu – Europa 2020. Na poziomie operacyjnym państwa członkowskie zostały zobowiązane do opracowania i wdrożenia planów zawierających priorytety inwestycyjne dla pięciu europejskich funduszy strukturalnych i inwestycyjnych. Strategie te zawarto w umowach partnerstwa – dokumentach zawieranych pomiędzy Komisją Europejską i władzami krajowymi. Przygotowanie umów było poprzedzone wyteżonymi pracami i dyskusjami nad kształtem przyszłej interwencji, z uwzględnieniem rekomendacji przygotowanych dla każdego państwa członkowskiego przez Komisję Europejską [Raport MR i MZ, 2018].

2. Deficyty i wyzwania systemu ochrony zdrowia w Polsce w świetle analizowanych dokumentów strategicznych

Dokumentem strategicznym identyfikującym zarówno priorytety w systemie ochrony zdrowia w Polsce, jak i występujące mechanizmy koordynacji interwencji publicznej w ramach polityki spójności UE jest Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020. Krajowe ramy strategiczne. W dokumencie tym zidentyfikowane cele zostały skorelowane z deficytami polityki sektorowej, wymagającymi modyfikacji ze względu na wdrożone w czasie ostatnich 5 lat reformy, takie jak np. dekomercjalizacja podmiotów leczniczych, tworzenie map potrzeb zdrowotnych, pakiet onkologiczny czy sieć szpitali.

Potrzeby zmian w polskim systemie ochrony zdrowia są wielorakie. Powinny one jednak wynikać z odpowiedniego planowania celów, adekwatnie do zidentyfikowanych potrzeb i dostosowywania się do wymogów zewnętrznych, takich jak np. priorytetów i możliwości finansowania w Unii Europejskiej.

Zdefiniowane w Policy Paper deficyty prowadzonej polityki zdrowotnej koncentrują się wokół takich obszarów, jak np.:

1. Problemy starzenia się populacji i skutki tego zjawiska dla krajowego systemu ochrony zdrowia i zdrowia publicznego. Wraz ze starzeniem się społeczeństwa nastąpił wzrost liczby osób żyjących z więcej niż jednym schorzeniem przewlekłym (wielochorobowość). Główne wyzwania systemowe w obszarze zagrożeń demograficznych

- to przede wszystkim wdrażanie i poszerzanie aktywnych instrumentów w zakresie zdrowia prokreacyjnego i polityki senioralnej.
2. Przewaga chorób cywilizacyjnych i wzrastająca zachorowalność na choroby nowotworowe oraz choroby związane z wiekiem senioralnym. Identyfikuje się także tzw. nowe zagrożenia zdrowotne związane z mutacjami wirusów i bakterii, skutkujące np. narastającą lekoopornością wirusów i bakterii, brakiem skutecznych metod diagnostyki i terapii nowych chorób czy rozwijającymi się ruchami antyszczepionkowymi w Polsce i w Europie. W tym zakresie proponowane zmiany powinny obejmować rozwój nowych i skutecznych metod diagnostycznych i leczniczych, a także prowadzenie akcji profilaktycznych.
 3. Narastający problem nadwagi i otyłości połączony ze zbyt wolną dynamiką spadku zagrożenia najistotniejszymi czynnikami ryzyka chorób cywilizacyjnych, a także niska zgłaszalność na badania profilaktyczne. W tym przypadku zaleca się prowadzenie efektywnej, uczestniczącej, deliberatywnej promocji zdrowia, podnoszącej zainteresowanie, świadomość zagrożeń zdrowotnych i stopień partycypacji w badaniach profilaktycznych całej populacji objętej skringiem a także propagowanie mechanizmów edukacyjnych i informacyjnych w zakresie ryzykownych zachowań. Zaleca się także kontynuację implementacji zmian w zakresie programów zdrowotnych, w ramach których jednostki samorządu terytorialnego zobowiązują się do realizacji programów polityki zdrowotnej w sposób spójny merytorycznie i organizacyjnie z programami realizowanymi przez Ministerstwo Zdrowia czy Narodowy Fundusz Zdrowia.
 4. Problemy finansów sektorowych, takie jak np. długi pomiotów leczniczych, stosunkowo niskie wydatki całkowite na ochronę zdrowia (*per capita*), możliwe zmniejszanie się zasobów finansowych NFZ w związku ze zbyt niską ściągalnością składki na ubezpieczenie zdrowotne (np. kryzys gospodarczy) przy wzrastającym popycie na świadczenia zdrowotne. W odniesieniu do tej grupy problemów zaleca się planowanie odpowiedniej do występujących uwarunkowań rozwojowych alokacji wydatków publicznych, co powinno zostać wyraźnie uwzględnione w dokumentach strategicznych, a także popularyzację i implementację instrumentów poprawiających efektywność alokacji środków publicznych, takich jak np. mapy potrzeb zdrowotnych, plany zakupów. Zaleca się także między innymi wprowadzenie mechanizmów skutecznego nadzoru nad NFZ, uporządkowanie kryteriów wyboru ofert w ramach procesu kontraktowania świadczeń zdrowotnych czy rozwijanie uprawnień regulacyjnych i organizacyjnych nadanych dla AOTMiT do

przeprowadzenia wyceny świadczeń zdrowotnych opartej na danych o rzeczywistych i uzasadnionych kosztach świadczeń. Ważne w kontekście zapewniania równowagi finansowej oraz zasad dostępności jest także wypracowanie zasad efektywnego nadzoru i kontroli nad kolejkami na świadczenia opieki zdrowotnej oraz upowszechnienie zasad opieki koordynowanej, a także wzmocnienie roli systemowej lekarza podstawowej opieki zdrowotnej i całego POZ (nowe uprawnienia pielęgniarek i położnych w zakresie wypisywania recepty).

5. Niedobory kadrowe i infrastrukturalne, głównie lekarzy i pielęgniarek. Zauważa się w tym przypadku zjawisko braku następstwa pokoleniowego kadry medycznej, a także brak zainteresowania deficytowymi specjalizacjami medycznymi, np. geriatrią. Naprawić sytuację mogą w tym zakresie działania restrukturyzacyjne, zwiększenie dostępności do diagnostyki i leczenia, zmiany w sposobie i jakości kształcenia lekarzy, lekarzy dentyistów, pielęgniarek i położnych, z naciskiem na powstanie kompleksowego programu kształcenia podyplomowego kadr medycznych. Innym ważnym zaleceniem jest wchodzenie w nowe role zawodowe zarezerwowane do tej pory dla lekarzy przez innych pracowników systemowych np. pielęgniarki (recepty i ordynacja medyczna), fizjoterapeuci (wizyta fizjoterapeutyczna)¹.
6. Niedostateczny poziom finansowania ICT w ochronie zdrowia oraz długofalowość procesu wdrażania projektów ICT. Istotnym problemem jest także brak powszechności certyfikacji usług medycznych na wszystkich poziomach ich świadczenia. Zidentyfikowane wyzwania w tym zakresie to między innymi wspieranie rozwoju nowych koncepcji zarządzania usługami zdrowotnymi, rozwój benchmarkingu podmiotów leczniczych, wspieranie rozwoju rozwiązań informacyjnych w ochronie zdrowia (platform informacyjno-edukacyjnych, telemedycyny, platform wymiany elektronicznej dokumentacji medycznej), a także przeznaczanie większych nakładów firm informatycznych na rozwój projektów e-zdrowia, polityka UE sprzyjająca wspieraniu B+R w medycynie i farmacji oraz rozwojowi e-zdrowia.

3. Zidentyfikowane mechanizmy koordynacji interwencji publicznej stosowane w ramach polityki spójności UE w sektorze ochrony zdrowia w Polsce

Mechanizmy koordynacji wprowadza się z założenia w celu zapewnienia odpowiedniego ukierunkowania podejmowanych interwencji, zapobiegania ich pokrywaniu się, zagwarantowania kosztowej efektywności oraz właściwego dostosowania podejmowanych zadań do

¹ Ta zmiana została wprowadzona dopiero od 1 stycznia 2019 r.

zidentyfikowanych wcześniej potrzeb na poziomie zarówno centralnym, jak i zdecentralizowanym.

W sektorze ochrony zdrowia za koordynację działań odpowiadają zarówno instytucje centralne, czyli Ministerstwo Zdrowia oraz Komitet Sterujący do spraw koordynacji interwencji Europejskich Funduszy Strukturalnych i Inwestycyjnych (EFSI) w sektorze zdrowia (KS), jak i na szczeblu regionalnym, instytucje zarządzające Regionalnymi Programami Operacyjnymi (RPO), czyli departamenty zdrowia w urzędach marszałkowskich. Obowiązek koordynacji zarówno na poziomie planowania, wyboru, jak i realizacji spoczywa na wszystkich instytucjach zaangażowanych w udzielanie wsparcia ze środków UE w zakresie ochrony zdrowia.

Ramy strategiczne dla interwencji Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w sektorze ochrony zdrowia zostały zdefiniowane w Umowie Partnerstwa na lata 2014–2020 (UP) oraz Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020. Krajowe Ramy Strategiczne (PP).

Głównym dokumentem o charakterze strategicznym identyfikującym mechanizmy koordynacji w ramach polityki spójności UE jest Umowa Partnerstwa. Umowa ta uznaje, że efektywna koordynacja na etapie programowania i wdrażania interwencji ma kluczowe znaczenie dla zapewnienia komplementarności, w rozumieniu maksymalizacji efektów podejmowanych działań. Kluczowym instrumentem spójności i komplementarności systemu dokumentów programowych na lata 2014–2020 oraz mechanizmów i zasad ich implementacji jest regulacyjne uznanie odpowiedzialności Ministra Rozwoju w zakresie przygotowania Umowy Partnerstwa oraz opiniowania wszystkich programów realizujących UP pod kątem zgodności z Umową oraz ich zmian, a także w zakresie negocjacji programów realizujących UP. Koordynacja na poziomie UP, stanowiąca punkt odniesienia dla wszystkich dokumentów związanych z perspektywą finansową 2014–2020, jest realizowana w dwóch podstawowych wymiarach: strategicznym i zarządczym [Programowanie Perspektyw..., 2017].

Sektorowym dokumentem o najważniejszej randze strategicznej i programowej jest Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020 Krajowe ramy strategiczne. Z dokumentu tego wynika, że w systemie zdrowotnym koordynacja działań stanowi ważne wyzwanie i zobowiązanie władz publicznych i odbywa się na trzech poziomach – strategicznym, operacyjnym (technicznym) i wykonawczym (tab. 1). Władze centralne odpowiedzialne są za tworzenie i aktualizację ram strategicznych dla sektora ochrony zdrowia, poprzez identyfikację głównych kierunków działań. Za działania operacyjne odpowiedzialny jest Komitet Sterujący ds. koordynacji interwencji EFSI w ochronie zdrowia oraz Departament

Funduszy Europejskich i e-Zdrowia Ministerstwa Zdrowia we współpracy z innymi departamentami merytorycznymi resortu oraz z innymi podmiotami mającymi wpływ na kształt polityki zdrowotnej w Polsce. Poziom wykonawczy polega na implementacji konkretnych działań, stosowaniu narzędzi zgodnych z celami zaprezentowanymi w Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020. Poziom wykonawczy realizowany jest zarówno na szczeblu centralnym (MZ), jak i na szczeblu regionalnym (instytucji zarządzających RPO) [Policy Paper, 2015].

Tabela 1. Koordynacja w ochronie zdrowia

Poziom	Instytucja	Rola
strategiczny	Ministerstwo Rozwoju Ministerstwo Zdrowia	– wytyczanie kierunków i obszarów działań oraz wyznaczanie instytucji odpowiedzialnych za ich realizację
operacyjny	Komitet Sterujący do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia	– wspieranie procesu decyzyjnego poziomu strategicznego – identyfikacja ryzyka i zagrożeń we wdrażaniu Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020 – wskazywanie działań służących rozwiązywaniu problemów/ prewencji – określanie krótko- i średniookresowych prognoz – ocena funkcjonowania systemu koordynacji pod kątem usunięcia nieprawidłowości – koordynacja przepływu informacji – zlecenie działań ewaluacyjnych o charakterze horyzontalnym
poziom taktyczny (wykonawczy)	Instytucje zaangażowane we wdrażanie narzędzi implementacyjnych (na poziomie krajowym i regionalnym)	– działania wdrożeniowe (realizacja narzędzi implementacji). – monitoring realizacji działań

Źródło: [Raport MR i MZ, 2018].

Stosuje się także inne narzędzia koordynacji, takie jak: wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014–2020, rekomendacje, opinie

i stanowiska Ministra Zdrowia w obszarach objętych wsparciem wraz z prowadzeniem publicznej bazy tych stanowisk, prowadzenie przez MZ witryny internetowej dedykowanej funduszom europejskim [Raport MR i MZ, 2018].

W sektorze ochrony zdrowia najważniejsze instytucje odpowiedzialne za koordynację to Ministerstwo Zdrowia i Komitet Sterujący. Komitet Sterujący do spraw koordynacji interwencji Europejskich Funduszy Strukturalnych i Inwestycyjnych w sektorze zdrowia posiada status podkomitetu w ramach Komitetu do spraw Umowy Partnerstwa, utworzonego na podstawie art. 14l ustawy o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (tzw. ustawy wdrożeniowej) i działa na podstawie decyzji nr 19 Ministra Infrastruktury i Rozwoju z dnia 9 lipca 2015 r. w sprawie powołania podkomitetu ds. zdrowia na lata 2014–2020² oraz Regulaminu Komitetu przez okres realizacji perspektywy finansowej 2014–2020. Komitetowi Sterującemu przewodniczy Minister Zdrowia. Warunkiem koniecznym dla podejmowania interwencji w sektorze zdrowia jest ich zgodność z Planem Działań w sektorze zdrowia uzgodnionym przez Komitet Sterujący [Raport MR i MZ, 2018].

Głównym zadaniem Komitetu Sterującego jest uzgadnianie Planu Działań w sektorze zdrowia uwzględniającego projekty planowane do finansowania w ramach Programu Wiedza Edukacja Rozwój (PO WER), Programu Infrastruktura i Środowisko 2014–2020 (PO IiŚ 2014–2020) oraz regionalnych programów operacyjnych, w tym również w obszarze e-zdrowia, z uwzględnieniem projektów realizowanych ze środków krajowych i innych funduszy. Komitet odpowiada także za opracowywanie rozwiązań służących efektywnemu wdrażaniu środków funduszy strukturalnych w sektorze zdrowia oraz dokonywanie oceny efektywności i skuteczności wykorzystania funduszy strukturalnych w sektorze zdrowia. Wydaje również rekomendacje dla proponowanych do dofinansowania projektów pozakonkursowych w sektorze zdrowia na podstawie przedstawionych przez Instytucję Zarządzającą/ Instytucję Pośredniczącą fiszek. Komitet Sterujący odpowiada także za ewaluację Planu Działań w sektorze zdrowia i wydawanie rekomendacji dla Instytucji Pośredniczących/Instytucji Zarządzających programami operacyjnymi w części dotyczącej sektora zdrowia oraz przygotowywanie ekspertyz, opinii, rekomendacji, wytycznych, podręczników itp. jako elementu koordynacji działań podejmowanych w ramach krajowej polityki zdrowotnej [Raport MR i MZ, 2018].

W skład Komitetu Sterującego wchodzi większość najważniejszych aktorów sektorowych oraz znaczących dla polityki spójności UE i stosowanych

² Zmienionej Decyzją nr 4 Ministra Rozwoju i Finansów w sprawie powołania podkomitetu do spraw zdrowia na lata 2014–2020 z 16 listopada 2016 r.

w jej zakresie mechanizmów koordynacji. Głównym inicjatorem zmian prawnych w krajowej polityce zdrowotnej jest Ministerstwo Zdrowia, najszerzej reprezentowane w KS. Tymczasem głównym koordynatorem realizacji polityki unijnej jest Ministerstwo Rozwoju, również szeroko reprezentowane w KS.

Tabela 2. Przykład Rekomendacji KS – opis i warunki implementacji

Rodzaj rekomendacji	Rekomendacje	Warunki implementacji
Uchwała nr 21/2017/O Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 21 kwietnia 2017 r. w sprawie rekomendacji dla kryteriów wyboru projektów z sektora zdrowia w ramach Priorytetu Inwestycyjnego 9a – Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną i społeczną, przyczyniająca się do rozwoju krajowego, regionalnego i lokalnego, zmniejszenia nierówności w zakresie stanu zdrowia, promowanie włączenia społecznego poprzez lepszy dostęp do usług społecznych, kulturalnych i rekreacyjnych oraz przejścia z usług instytucjonalnych do usług na poziomie społeczności lokalnych	Zasady ogólne – odwołanie się do narzędzi z PP oraz zasad systemowych (podmioty w sieci, pozytywna opinia o celowości inwestycji (OCI), wyłączenia. Rekomendacje dla kryteriów dostępu o charakterze obligatoryjnym: (1) Dla podmiotów finansowanych ze środków publicznych i w sieci zgodny z mapą potrzeb, (2) OCI, (3) rzeczywiste zapotrzebowanie, (4) odpowiednia kadra, (5) odpowiednia infrastruktura techniczna, (6) wymogi dotyczące konkretnych oddziałów (liczba udzielanych świadczeń, np. porodów, odległość od świadczeniobiorcy, liczba hospitalizacji, udział świadczeń zabiegowych na tle wszystkich wykonywanych).	(1) rekomendacje są komplementarne w stosunku do najnowszych rozwiązań systemowych w ochronie zdrowia (sieć szpitali, mapy potrzeb, koordynacja opieki zdrowotnej, integracja opieki zdrowotnej, przeniesienie świadczeń opieki zdrowotnej z poziomu lecznictwa szpitalnego na rzecz POZ i AOS, wzmocnienie POZ (szczególnie w powiatach); (2) rekomendacje uwzględniają sposób finansowania podmiotu (tylko finansowanie publiczne), OCI, kadre, rzeczywiste zapotrzebowanie, wymogi dodatkowe, szczegółowe dotyczące takich kryteriów, jak: liczba wykonywanych świadczeń, ich charakter itp.

Rodzaj rekomendacji	Rekomendacje	Warunki implementacji
	<p>Rekomendacje dla kryteriów premiujących o charakterze obligatoryjnym:</p> <p>(1) działania ukierunkowane na przeniesienie świadczeń opieki zdrowotnej z poziomu lecznictwa szpitalnego na rzecz POZ i AOS, zwiększenie liczby świadczeń jednodniowych,</p> <p>(2) realizacja działań konsolidacyjnych lub podjęcie innych form współpracy z podmiotami udzielającymi świadczeń opieki zdrowotnej, w tym w ramach modelu opieki koordynowanej,</p> <p>(3) zatwierdzony przez podmiot tworzący program restrukturyzacji zaktualizowany w oparciu o dane wynikające z map potrzeb zdrowotnych, zawierający działania prowadzące do poprawy ich efektywności – dotyczy szpitali,</p> <p>(4) kryteria dotyczące konkretnych oddziałów (liczba przyjęć w stanie nagłych, udział świadczeń zapobiegawczym, zwiększenie liczby świadczeń z zakresu rehabilitacji kardiologicznej),</p>	<p>(2) identyfikacja kryteriów szczegółowych dla konkretnych oddziałów może być dużym wyzwaniem dla beneficjenta, aby je zrealizować, szczególnie w odniesieniu do powszechnych braków kadrowych, szpitali działających poza siecią czy wysokiej efektywności finansowej (biorąc pod uwagę problem zadłużenia placówek szpitalnych).</p>

Rodzaj rekomendacji	Rekomendacje	Warunki implementacji
	<p>(5) wysoka efektywność finansowa, (6) koncentracja wykonywania zabiegów kompleksowych, (7) premiowane będą POZ w powiatach.</p> <p>Rekomendacje dla kryteriów premiujących o charakterze fakultatywnym: (1) działania komplementarne do działań w innych projektach finansowanych ze środków UE, (2) skrócenie czasu oczekiwania na świadczenie, (3) zwiększenie liczby chirurgicznych interwencji onkologicznych.</p>	

Źródło: [Raport MR i MZ, 2018; Załącznik do uchwały..., 2017].

Zakończenie

W dokumentach strategicznych i programowych mechanizmy koordynacji zostały przedstawione w sposób komplementarny i spójny. Obejmują one zarówno etapy planowania strategicznego, działań operacyjnych, jak i wdrożeniowych, a także monitorowania i ewaluacji realizowanych polityk. Zostały w nich określone konieczne dla podejmowanych działań koordynacyjnych wskaźniki oraz poziomy koordynacji. Zidentyfikowane zostały także ważne dla procesu koordynacji instytucje i ich pola aktywności, jak również podejmowane przez nie interwencje. Koordynacja została zaplanowana w sposób, który pozwala na osiągnięcie wysokiej jakości i sprawności we wdrażaniu świadczonego wsparcia – zarówno w odniesieniu do efektów realizacji projektów/programów, jak i efektywności wydatkowania środków finansowych [Raport MR i MZ, 2018]. Każdy dokument planistyczny (Plany Działań, NPZ, strategie długookresowe przyjmowane na poziomie centralnym – rządowym i resortowym, ale także strategie rozwoju poszczególnych jednostek samorządu terytorialnego), strategiczny (PP, UP) czy wdrożeniowy (regulacje sektorowe, wytyczne

w ochronie zdrowia, rekomendacje MZ) zawiera własne mechanizmy koordynacji, co przekłada się na wielotorowość wyspecjalizowanych działań, często się przenikających. Istnieje jednak potrzeba tworzenia i doskonalenia wystandaryzowanych kanałów komunikacyjnych, informacyjnych, edukacyjnych i szkoleniowych, tak aby wszystkie zainteresowane strony właściwie rozumiały własne mechanizmy koordynacji, nie powielając tych samych zadań. W zakresie omawianego tematu szczególnie istotne jest poszerzanie współpracy w tym zakresie na linii Ministerstwo Zdrowia (Komitet Sterujący) a Ministerstwo Rozwoju.

Bardzo pozytywnie należy ocenić także działanie Komitetu Sterującego i wytworzony w jego ramach poziom komunikacji wewnętrznej, adekwatny do realizacji przypisanych mu zadań oraz potrzeb poszczególnych instytucji. Skład instytucjonalny KS zasadniczo nie budzi zastrzeżeń i zapewnia udział ważnych interesariuszy w obszarze kształtowania interwencji w sektorze zdrowia. Rekomendacje wydawane przez KS są użyteczne i komplementarne w stosunku do najnowszych rozwiązań systemowych w ochronie zdrowia (sieć szpitali, mapy potrzeb, koordynacja opieki zdrowotnej, przeniesienie świadczeń opieki zdrowotnej z poziomu leczenia szpitalnego na rzecz POZ i AOS, wzmocnienie POZ, aktywne starzenie itp.). Za skuteczne i efektywne narzędzia w zakresie koordynacji, jakie stosowane są w pracach KS, należy uznać zasadność stosowania Planów Działań.

Należy jednak na koniec zauważyć, że w dokumentach strategicznych i programowych jedynie marginalnie odniesiono się do ważnych, powszechnie uznanych zasad w ochronie zdrowia, takich jak np. „Zdrowie dla wszystkich”. Zupełnie natomiast zapomina się o możliwości stosowania mechanizmów HIA (Health Impact Assessment – Ocena wpływu na zdrowie) przy ocenie polityk sektorowych (edukacja, rynek pracy, rozwój, ochrona środowiska itp.) i ich wpływu na zdrowie. Sformalizowana i ustrukturyzowana procedura „Oceny skutków zdrowotnych” (HIA) pozwala bowiem na przewidywanie możliwych skutków dla zdrowia będących następstwem proponowanych polityk publicznych. Jej wdrożenie w szerszym zakresie pomogłoby wzmocnić koordynację na etapie planowania.

Literatura

- Barcz J. (2008), *Przewodnik po Traktacie z Lizbony. Traktaty stanowiące Unię Europejską. Stan obecny oraz teksty skonsolidowane w brzemieniu Traktatu z Lizbony*, LexisNexis, Warszawa.
- Decyzja Nr 19 Ministra Infrastruktury i Rozwoju z dnia 9 lipca 2015 r. w sprawie powołania podkomitetu ds. zdrowia na lata 2014–2020, http://zdrowie.gov.pl/ks/portal/download/file_id/28336/pid/799.html, dostęp 1.11.2018.
- Dorożyński T. (2013), *Ocena efektów unijnej polityki spójności. Wyzwania dla Polski w świetle nowego budżetu*, „Acta Universitatis Lodziensis Folia Oeconomica”, nr 289.
- Golinowska S. (2018), *Modele polityki społecznej w Polsce i Europie na początku XXI wieku*, Fundacja im. Stefana Batorego, Warszawa.
- Kercher M. (2015), *Zmiany w polityce spójności Unii Europejskiej na przykładzie Polski – przyczyny, kierunki, perspektywy*, Praca dyplomowa (2015), http://www.uwm.edu.pl/wne/katedry/kmakro/files/e7_p02.pdf, dostęp: 12.12.2018.
- Komisja Europejska, 2010, Europa 2000. Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu, Komunikat do Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego, Komitetu Regionów oraz Europejskiego Banku Inwestycyjnego, Bruksela, KOM(2010)2020 wersja ostateczna, 3.3.2010.
- Komunikat Komisji Europa 2020 Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu. Bruksela, 3.3.2010 KOM(2010) 2020 wersja ostateczna http://ec.europa.eu/eu2020/pdf/1_PL_ACT_part1_v1.pdf, dostęp: 12.12.2018.
- Ministerstwo Infrastruktury i Rozwoju, Programowanie perspektywy finansowej 2014–2020 – Umowa Partnerstwa, Warszawa sierpień 2017, <https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/strony/o-funduszach/dokumenty/umowa-partnerstwa/>, dostęp: 23.10.2018.
- Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020. Krajowe ramy strategiczne (2015), Warszawa, http://www.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2015/08/krs_-_pp.pdf, dostęp: 23.10.2018.
- Programowanie perspektywy finansowej 2014–2020, Umowa Partnerstwa (2017), <https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/strony/o-funduszach/dokumenty/umowa-partnerstwa/>, dostęp: 10.11.2018.
- Raport ewaluacyjny Ministerstwa Rozwoju i Ministerstwa Zdrowia (2018), Ocena mechanizmów koordynacji interwencji publicznej w obszarze zdrowia stosowanych w ramach polityki spójności w Polsce, <https://www.ewaluacja.gov.pl/strony/badania-i-analazy/wyniki-badan-ewaluacyjnych/badania-ewaluacyjne/ocena-mechanizmow-koordynacji-interwencji-publicznej-w-obszarze-zdrowia-stosowanych-w-ramach-polityki-spojnosci-w-polsce/>, dostęp: 11.11.2018.
- Szlachta J., Zaleski J. (2010), *Kierunki polityki regionalnej w Polsce do roku 2020*, „Gospodarka Narodowa”, nr 10.
- Ustawa z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020, t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 1431 z późn. zm.

Włodarczyk C., Kowalska I., Mokrzycka A. (2012), *Szkice z Europejskiej Polityki Zdrowotnej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.

Załącznik do uchwały nr 30/2017/O Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 5 czerwca 2017 r.

Streszczenie

Polityka spójności Unii Europejskiej, której głównym celem jest wyrównywanie ekonomicznych i społecznych standardów życia w państwach członkowskich, została uznana w strategii Europa 2020 za istotne narzędzie realizacji celów rozwojowych.

Celem artykułu jest analiza dokumentów strategicznych przyjętych dla właściwej koordynacji interwencji publicznej podejmowanej w ramach europejskiej polityki spójności w ochronie zdrowia w Polsce oraz wyselekcjonowanie mechanizmów koordynacji stosowanych w ramach krajowej polityki spójności w obszarze zdrowia.

Prowadzona obecnie polityka spójności UE jest skutkiem decyzji podejmowanych we Wspólnocie od wielu lat, począwszy od traktatu rzymskiego z 1956 r., skończywszy na ostatnim traktacie lizbońskim z 2007 r.

Dokumentem strategicznym identyfikującym zarówno priorytety w systemie ochronie zdrowia w Polsce, jak i występujące mechanizmy koordynacji interwencji publicznej w ramach polityki spójności UE jest Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020. Krajowe ramy strategiczne. W dokumencie tym zidentyfikowane cele zostały skorelowane z deficytami polityki sektorowej, wymagającymi nakładów finansowych, w tym z funduszy europejskich i odpowiedniej koordynacji interwencji publicznej w ich efektywnej dystrybucji i prawidłowej absorpcji. Mechanizmy koordynacji wprowadza się z założenia w celu zapewnienia odpowiedniego ukierunkowania podejmowanych interwencji, zapobiegania ich pokrywania się, zagwarantowania kosztowej efektywności oraz właściwego dostosowania podejmowanych zadań do zidentyfikowanych wcześniej potrzeb na poziomie zarówno centralnym, jak i zdecentralizowanym.

W sektorze ochrony zdrowia za koordynację działań odpowiadają zarówno instytucje centralne, czyli Ministerstwo Zdrowia oraz Komitet Sterujący do spraw koordynacji interwencji Europejskich Funduszy Strukturalnych i Inwestycyjnych w sektorze zdrowia, jak i na szczeblu regionalnym, poprzez działania instytucji zarządzających Regionalnymi Programami Operacyjnymi, czyli departamenty zdrowia w urzędach marszałkowskich.

Słowa kluczowe

europejska polityka zdrowotna, polityka spójności UE w ochronie zdrowia, fundusze europejskie w ochronie zdrowia

Identification of mechanisms of coordination of public intervention in the area of health, applied within the framework of the sectoral cohesion policy in Poland (Summary)

The European Union's cohesion policy, whose main objective is to equalize economic and social standards of living in the Member States, has been recognised in the Europe 2020 strategy as an important tool for achieving development goals.

The aim of the paper is to analyse strategic documents adopted for proper coordination of public intervention undertaken within the framework of the European cohesion policy in health care in Poland and to select mechanisms of coordination applied within the framework of the national cohesion policy in the area of health.

The current EU cohesion policy is the result of decisions taken in the Community for many years, starting with the Treaty of Rome from 1956 and ending with the last Treaty of Lisbon from 2007.

The strategic document identifying both the priorities in the health care system in Poland and the existing mechanisms of co-ordination of public intervention within the EU cohesion policy is the Policy Paper for health care for the years 2014–2020. National strategic framework. In this document, the identified objectives were correlated with the deficits of the sectoral policy, requiring financial outlays, including those from the European funds, and appropriate coordination of public intervention in their effective distribution and correct absorption. The coordination mechanisms are introduced by default in order to ensure appropriate targeting of interventions, to prevent overlapping, to guarantee cost-effectiveness and to adapt the tasks undertaken to previously identified needs at both central and decentralised levels.

In the health care sector, the coordination of activities is the responsibility of central institutions, i.e. the Ministry of Health and the Steering Committee for coordination of interventions of the European Structural and Investment Funds (EFSI) in the health sector (SC), as well as at the regional level, through the activities of institutions managing Regional Operational Programmes (ROPs) – Health departments in Marshal Offices.

Keywords

European health policy, EU cohesion policy in health care, European funds in health care