



**MAPY
POTRZEB
ZDROWOTNYCH**

MAPY POTRZEB ZDROWOTNYCH



Autorzy:

Prof. dr hab. Urszula Demkow

Mgr piel. Piotr Bany-Moskal

Prof. dr hab. Michał Chmielewski

Dr n. med. Przemysław Duda

Stud. med. Grzegorz Kardas

Dr n. med. Małgorzata Leźnicka

Dr n. farm Piotr Merks

Dr hab. Cezary Pakulski

Dr hab. Marian Simka

Dr hab. Dawid Sześciło

Prof. dr hab. Piotr Wiland

INSTYTUT STRATEGIE 2050

Spis treści

GŁÓWNE TEZY	4
PRZYCZYNY TWORZENIA MAP POTRZEB ZDROWOTNYCH	5
DLACZEGO WIARYGODNE MAPY POTRZEB ZDROWOTNYCH SĄ POTRZEBNE?	6
MAPY POTRZEB ZDROWOTNYCH W POLSCE SĄ NIERZETELNE	7
CZY WYKORZYSTYWANO NIERZETELNE MAPY?	9
JAK POPRAWIĆ MAPY - REKOMENDACJE	10
KRAJOWY PLAN TRANSFORMACJI	14

GŁÓWNE TEZY

Ochrona zdrowia wymaga określonych zasobów finansowych, sprzętowych i kadrowych. Istotnym problemem polskiego systemu ochrony zdrowia jest **nierównomierne i niesprawiedliwe rozmieszczenie zasobów**, w tym poradni, szpitali i kadry medycznej¹. Prowadzi to do szeregu negatywnych konsekwencji, w szczególności **nierównego dostępu do systemu ochrony zdrowia w zależności od miejsca zamieszkania**. Usystematyzowanie wiedzy na temat dostępności świadczeń opieki zdrowotnej w całym kraju umożliwiając wiarygodne **mapy potrzeb zdrowotnych, czyli raporty pozwalające monitorować potrzeby i zasoby systemu ochrony zdrowia we wszystkich regionach kraju**. Niestety przez lata w Polsce nie tworzono takich map, a obecnie są one często nierzetelne i zawierają niepełne dane, przez co nie spełniają swojej głównej roli.

Rekomendujemy:

1. zweryfikowanie i poprawienie bazy danych do tworzenia map. A także skrócenie czas przekazywania danych i usprawnienie procesu przygotowania dokumentów.
2. opracowanie odpowiedniego zbioru wskaźników do tworzenia map.
3. stworzenie łatwej w obsłudze, intuicyjnej platformy informatycznej i nowoczesnych narzędzi do tworzenia map potrzeb zdrowotnych w każdym regionie.
4. określenie w formie rozporządzenia warunków minimalnego zabezpieczenia dostępności łóżek szpitalnych, AOS, sprzętu medycznego i kadry pozwoli ograniczyć nierówności w zdrowiu.
5. podzielenie map na część ogólną i część poświęconą poszczególnym obszarom systemu ochrony zdrowia z uwzględnieniem specyficznych potrzeby regionu.
6. uwzględnienie przy tworzeniu map danych odnoszących się do benchmarkingu.

¹ NIK: System ochrony zdrowia w Polsce nie jest przyjazny dla pacjenta, MedExpress.pl

Przyczyny tworzenia map potrzeb zdrowotnych

Początkowo motywem tworzenia map potrzeb zdrowotnych w Europie była konieczność posiadania narzędzia wspierającego istotne decyzje dotyczące organizacji i alokacji zasobów w systemie ochrony zdrowia². Przez lata Polska nie tworzyła map potrzeb zdrowotnych, związku z czym decyzje o alokacji zasobów i inwestycjach były oparte na niejasnych przesłankach lub podejmowane uznaniowo.

Powstanie map w Polsce wymusiły przepisy Unii Europejskiej obligujące rządy do ich opracowania i publikacji jako warunku uruchomienia unijnego dofinansowania inwestycji w sektorze zdrowia i programów zdrowotnych. Unia Europejska zagroziła wstrzymaniem środków, gdyż część krajowych inwestycji się dublowała, inne np. sprzętowe nie były wykorzystywane z powodu braku finansowania. Według raportu NIK *„w latach 2010–2016 wielu świadczeniodawców wykazywało wykonanie świadczeń ponad limit określony w umowach z Narodowym Funduszem Zdrowia, z kolei inni nie realizowali w pełni kontraktów, co świadczyło o strukturalnym niedopasowaniu podaży świadczeń do potrzeb zdrowotnych ludności. W części województw nie zabezpieczono dostępu do świadczeń zdrowotnych, w tym na poziomie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i leczenia szpitalnego, a dostęp do już zakontraktowanych świadczeń był zróżnicowany. Efektem tego stała się migracja pacjentów do kilku województw z najlepiej rozwiniętą bazą materialną i kadrową systemu.”*³

² M. Jaworzyńska, Wykorzystanie map potrzeb zdrowotnych do planowania finansowego w podmiotach leczniczych, Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, nr 514, 2018

³ Tworzenie map potrzeb zdrowotnych, NIK, 2018 r., s.7. Dostęp: <https://www.nik.gov.pl/kontrola/P/17/059/KZD/>

Dlaczego wiarygodne mapy potrzeb zdrowotnych są potrzebne?

Rzetelne mapy potrzeb zdrowotnych to **niezbędne narzędzie dla poprawy opieki zdrowotnej i zdrowia publicznego w poszczególnych regionach Polski**. Mapy wspierają decyzje przy tworzeniu koszyka świadczeń gwarantowanych, planowaniu zadań z zakresu zdrowia publicznego, kontraktowaniu świadczeń i repartycji środków przez płatnika czy wydatkowaniu środków unijnych. Zawierają podstawowe informacje i wskazówki do wdrażania inwestycji oraz programów zdrowotnych. Regionalne mapy potrzeb zdrowotnych umożliwiają również **wykonanie złożonych analiz wspierających decyzje zarządcze w ochronie zdrowia, przedstawiających trendy demograficzne i epidemiologiczne, istniejącą infrastrukturę w ochronie zdrowia oraz przyszłe potrzeby w tym zakresie**.

Wyniki analiz zawartych w mapach powinny stanowić obiektywne i porównywalne źródło informacji dla samorządów, wojewodów, Ministerstwa Zdrowia, płatnika i podmiotów leczniczych. Dzięki nim wszyscy interesariusze systemu mogą zapoznać się z sytuacją w regionie i podejmować działania, które poprawią wskaźniki jakościowe placówek leczniczych. Mapy mają się przyczynić do skutecznego określania deficytów np. oszacowania liczby chorych oraz ich potrzeb zdrowotnych, a następnie służyć do monitorowania ich zaspokajania. Mapy pozwalają określić obszary medyczne, które na danym terenie powinny zostać doinwestowane⁴. Zasadne jest zatem działanie, mające na celu skierowanie strumienia finansowania we właściwym kierunku, czyli tam, gdzie potrzeby zostały określone na podstawie istniejącej już infrastruktury, wyposażenia i zachorowań mieszkańców. **Mapy mają być gwarantem, że pieniądze trafią do najbardziej potrzebujących** odbiorców.

⁴ NFZ. Realizacja zadań na rzecz Pacjentów. Podsumowanie działań. Dostęp: [nfz_realizacja_zadan_na_rzecz_pacjentow_podsumowanie_dzialan_i_wyzwania_na_przyszlosc.pdf](#)

Mapy potrzeb zdrowotnych w Polsce są nierzetelne

Mapy potrzeb zdrowotnych w Polsce nadal są **nierzetelne, zawierają niepełne dane i okazują się niewygodne w użytkowaniu**⁵. Z tych powodów nadal są mało przydatne do prowadzenia polityki zdrowotnej w Polsce. Niską jakość danych w mapach potrzeb zdrowotnych potwierdzili m.in. eksperci NIK, niektórzy wojewodowie oraz niezależni eksperci zewnętrzni. **Ministerstwo Zdrowia nie weryfikowało danych** będących bazą do powstania map. Zespół w MZ zaczął zbierać dane często niepełne, niespójne - np. Krajowy Rejestr Nowotworów miał (i ma) dane niezgodne z tym, co rozliczane jest z NFZ, a to skutkowało koniecznością dokonywania szacunków⁶. Podobnie wypadło porównanie danych w Ogólnopolskim Rejestrze Ostrych Zespołów Wieńcowych PL-ACS oraz w Systemie Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia,⁷. Mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego nie zawierały współczynników⁸ - niezgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia⁹.

Przy tworzeniu map Minister Zdrowia nie zabezpieczył odpowiedniego wsparcia ekspertów zewnętrznych o kwalifikacjach przewidzianych w postępowaniach o udzielenie zamówienia publicznego¹⁰. Mapy tworzyli przede wszystkim pracownicy Ministerstwa Zdrowia nieposiadający odpowiednich, zdefiniowanych kompetencji. Dodatkowo tworząc mapy nie przeprowadzono wystarczającej analizy i syntezy przedstawionych danych służących m.in. tworzeniu prognoz zdrowotnych.

Projekt „Mapy potrzeb zdrowotnych – Baza Analiz Systemowych i Wdrożeńiowych”¹¹ miał na celu przygotowanie odpowiedniego narzędzia umożliwiającego tworzenie i aktualizację map. Bazy tej nie przygotowano w odpowiednim czasie. Powyższy projekt miał kosztować 35 mln zł, w tym 29,5

⁵ Mapy potrzeb zdrowotnych nadal w gestii ministra, DGP, nr 172/2020. Dostęp: <https://serwisy.gazetaprawna.pl/zdrowie/artykuly/1489954,polityka-zdrowotna-mapa-potrzeb-minister-zdrowia-swiadczenia.html>

⁶ Przygotowanie i wdrożenie pakietu onkologicznego, NIK, 2017 r. Dostęp: id,14278,vp,16729.pdf (nik.gov.pl)

⁷ Tworzenie map potrzeb zdrowotnych, s.11

⁸ Tamże

⁹ Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2015 r. w sprawie zakresu treści map potrzeb zdrowotnych, Dz.U.2015 poz. 458, § 2 ust. 1 pkt 8 i § 3 ust 1 pkt 8. Dostęp: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20150000458>

¹⁰ Mapy potrzeb zdrowotnych tworzone bez lekarzy. Eksperci: to zagrożenie dla pacjentów, 2020 r. Dostęp: <https://serwisy.gazetaprawna.pl/zdrowie/artykuly/1497286,mapy-potrzeb-zdrowotnych-tworzone-bez-lekarzy-eksperci-to-zagrozenie-dla-pacjentow.html>

¹¹ Mapy potrzeb zdrowotnych. Dostęp: <https://basiw.mz.gov.pl/>

mln zł (84,3%) ze środków Unii Europejskiej¹². Projekt nie został zrealizowany w planowanych czasie tj. do 31 grudnia 2018 r. Ministerstwo Zdrowia, bez akceptacji Ministerstwa Rozwoju, przedłużyło do końca 2019 r. powstanie platformy BASiW, w która została wykonana odpłatnie (0,5 mln zł) przez podmiot zewnętrzny, wbrew deklaracjom zawartym we wniosku gdzie Ministerstwo Zdrowia deklarowało, że prace nad budową systemu będzie wykonywać w oparciu o własny personel¹³.

Tworzenia i jakości map nie koordynował Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny, choć należało to do jego statutowych obowiązków. NIZP-PZH nie raportował Ministrowi Zdrowia wyników monitorowania map, wbrew art. 95a ust. 10 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej¹⁴. O wyniki monitorowania nie występował też Minister Zdrowia. Zatem mapy tworzone wbrew zasadom i niezgodnie z obowiązującym prawem.

Nierzetelne mapy potrzeb zdrowotnych nie pomogą zaspokoić potrzeb zdrowotnych obywateli. Powstałe na podstawie map rejestry i systemy teleinformatyczne nie zawierały aktualnych i wiarygodnych danych¹⁵. NIK zwraca uwagę, że „*bez poprawy w tym obszarze, mapy potrzeb zdrowotnych będą w ograniczonym zakresie odzwierciedlały rzeczywiste potrzeby ludności i służyły kreowaniu polityki zdrowotnej państwa*”¹⁶.

Po przeprowadzonej kontroli w Ministerstwie Zdrowia, NIK wносиła także o:

1. *Podjęcie działań w celu dostosowania treści map potrzeb zdrowotnych do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2015 r. w sprawie zakresu treści map potrzeb zdrowotnych*¹⁷.
2. *Wyegzekwowanie, w ramach sprawowanego nadzoru nad Narodowym Instytutem Zdrowia Publicznego – Państwowym Zakładem Higieny w Warszawie, monitorowania aktualności map potrzeb zdrowotnych oraz przekazywania Ministrowi Zdrowia uzyskanych wyników*¹⁸.

¹² Tworzenie map potrzeb zdrowotnych, s.11

¹³ Tamże, s.12

¹⁴ Tamże.

¹⁵ Tamże, s.13

¹⁶ Tamże.

¹⁷ Tamże, s.13

¹⁸ Tamże.

Czy wykorzystywano nierzetelne mapy?

Niestety tak, choć nieskutecznie. Na przykład wojewodowie, zgodnie z obowiązkiem wynikającym z art. 95c ustawy o świadczeniach¹⁹, przygotowywali priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej. Jednakże, z powodu złej jakości danych i błędów zawartych w regionalnych mapach potrzeb zdrowotnych, niektórzy wojewodowie byli zmuszeni korzystać z innych źródeł informacji. Regionalne mapy potrzeb zdrowotnych miały ograniczony wpływ na kontraktowanie świadczeń opieki zdrowotnej przez oddziały wojewódzkie NFZ.

Mapy nie miały również wpływu na określenie podmiotów, które weszły w skład tzw. sieci szpitali²⁰. Została ona bowiem ustalona na podstawie kryteriów formalnych, a nie prognoz potrzeb zdrowotnych ludności²¹. Było to jedną z przyczyn **porażki projektu jakim była „sieć szpitali”**.

Nierzetelne mapy potrzeb zdrowotnych, nie zawierające odpowiednich prognoz, zastosowano do wdrożenia systemu IOWISZ do oceny wniosków inwestycyjnych w ochronie zdrowia²², co było formalnym wymogiem określonym przez UE. Wnioski o fundusze skierowane do Unii Europejskiej zostały zatwierdzone²³.

¹⁹ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz. U. 2004 Nr 210 poz. 2135, Dostęp: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20042102135/U/D20042135Lj.pdf>

²⁰ Tworzenie map potrzeb zdrowotnych, s.11

²¹ Tamże.

²² Tamże.

²³ Tamże, s.13

Jak poprawić mapy - rekomendacje

Aktualizacja map jest jednym z najważniejszych zadań, niezbędnym dla opracowania regionalnych priorytetów polityki zdrowotnej, kontraktacji świadczeń i planowania inwestycji. **Należy zweryfikować i poprawić bazę danych do tworzenia map. Trzeba też skrócić czas przekazywania danych i usprawnić proces przygotowania dokumentów – poprawić współpracę pomiędzy środowiskiem medycznym (konsultanci), informatycznym i statystycznym (pracownicy MZ)**²⁴. Potrzeby zdrowotne ludności muszą być adekwatnie zaspokojone, jednak nie mogą istnieć pełnoprofilowe szpitale we wszystkich miastach powiatowych. **W każdym może być utworzony wysokospecjalistyczny ośrodek ze sprzętem najnowszej generacji i z doskonale wykształconą kadrą, ale wszędzie powinien być jednakowy dostęp do takich świadczeń.**

Warunkiem koniecznym dla poprawy map potrzeb zdrowotnych będzie przygotowanie odpowiedniego zbioru wskaźników, dostęp do wiarygodnych i kompletnych źródeł danych, informacji o interwencjach w zakresie ochrony zdrowia, porównywalności między innymi krajami, możliwości szybkiej aktualizacji bez nadmiernego obciążenia pracami administracyjnymi uczestników systemu (państwa, świadczeniodawców czy pracowników systemu)²⁵. Przykładowe wskaźniki to: śmiertelność, zgony do uniknięcia, hospitalizacje do uniknięcia, dostęp do leków, częstość terapii antybiotykowych, dostępność do lekarza pierwszego kontaktu, ocena pacjenta²⁶. Efektem aktualizacji map potrzeb zdrowotnych będzie też rozpoczęcie debaty publicznej na temat kierunków działań zarówno systemowych, jak i lokalnych.

Efektem powstania wiarygodnych map zdrowotnych powinien być **dokument oraz łatwa w obsłudze, intuicyjna platforma informatyczna. Natomiast wyniki należy prezentować w sposób ogólnodostępny i zrozumiały**. Dzięki wyrównaniu dostępu do informacji o stanie systemu ochrony zdrowia mapy umożliwią dialog różnych grup interesariuszy systemu, wyjaśnienie rozbieżności między subiektywnym postrzeganiem systemu oraz pozwolą na poprawę efektywności systemu na wszystkich jego poziomach - od poziomu centralnego aż do poziomu poszczególnych podmiotów. **Mapy muszą**

²⁴ Mapy potrzeb zdrowotnych nadal w gestii ministra, DGP nr 172/2020. Dostęp: <https://serwisy.gazetaprawna.pl/zdrowie/artykuly/1489954.polityka-zdrowotna-mapa-potrzeb-minister-zdrowia-swiadczenia.html>

²⁵ Mapy potrzeb zdrowotnych: będą zmiany. Co zawiodło? Dostęp: <https://www.cowzdrowiu.pl/aktualnosci/post/mapy-potrzeb-zdrowotnych-beda-zmiany-co-zawiodlo>

²⁶ W. Wróblewski, Sumaryczne miary stanu zdrowia populacji, Studia Demograficzne 1-2(153-154) 2008

uwzględniać dane odnoszące się do benchmarkingu, jakim najczęściej jest średnia krajowa.²⁷ Z tego względu proponujemy mapy potrzeb zdrowotnych dla każdego z obszarów oddzielnie i łącznej mapy krajowej lub też umieszczenie w szczegółowej mapie krajowej merytorycznych informacji o każdym regionie. **Mapy muszą dawać jednoznaczne rekomendacje do podejmowania działań na poziomie lokalnym. Proponujemy stworzenie spójnych, nowoczesnych narzędzi dla tworzenia map potrzeb zdrowotnych w każdym regionie, co umożliwi zapewnienie równego dostępu do świadczeń.²⁸ Określenie w formie rozporządzenia warunków minimalnego zabezpieczenia dostępności łóżek szpitalnych, AOS, sprzętu medycznego i kadry pozwoli ograniczyć nierówności w zdrowiu.**

Jako metody pomiaru potrzeb zdrowotnych proponujemy 3 drogi:

1. *analizę wskaźników epidemiologicznych, jak np. zapadalność, chorobowość czy śmiertelność,*
2. *metodę porównawczą, bazującą na analizie realizowanych świadczeń,*
3. *analizę informacji i opinii (w szczególności personelu medycznego) dotyczących potrzeb zdrowotnych²⁹.*

Metoda porównawcza (szacowanie aktualnych potrzeb zdrowotnych) może być dokonywana przez płatnika na bazie analizy danych, dotyczących częstości i struktury udzielanych świadczeń w latach ubiegłych oraz biorąc pod uwagę prognozowane zmiany demograficzne.³⁰ Należy wziąć pod uwagę odchylenia związane z kolejkami do świadczeń zdrowotnych³¹. Z tego względu metodę porównawczą uzupełnimy o wyniki analizy epidemiologicznej, w szczególności wskaźniki zapadalności i chorobowości. Tworząc model łączący dane epidemiologiczne z wytycznymi postępowania klinicznego oszacujemy teoretyczną wielkość potrzeb zdrowotnych, które powinien zaspokoić płatnik.

Mapy należy podzielić na część ogólną i część poświęconą poszczególnym obszarom systemu ochrony zdrowia (np.: nowotwory, opieka nad matką i dzieckiem, ginekologia, choroby układu kostno-mięśniowego,

²⁷ C. Sowada, „Potrzeby, popyt i podaż w ochronie zdrowia [w:] S. Golinowska, Od ekonomii do ekonomiki zdrowia. PWN, 2015

²⁸ B. Więckowska Mapy potrzeb zdrowotnych jako instrument płatnika w racjonalizowaniu systemu ochrony zdrowia PWN

²⁹ Tamże

³⁰ Tamże

³¹ Tamże

cukrzyca, opieka kardiologiczna, opieka neurologiczna, opieka nefrologiczna, psychiatria, zabiegi chirurgiczne, intensywna terapia, choroby zakaźne, opieka paliatywno-hospicyjna)³². Dane powinny pochodzić bezpośrednio z baz samorządów lokalnych (np. dla poszczególnych szpitali), jak również z rejestrów jakościowych, rejestrów populacyjnych oraz badań pacjentów. Powinny też powstać dwa rodzaje map: plan szpitalny oraz plan ambulatoryjny.³³ Na podstawie porównania wartości normatywnych z rzeczywistymi będzie można stwierdzić, czy w danym regionie brakuje lekarzy danej specjalności (czy innych medyków) lub jest ich za dużo³⁴. Mapy umożliwią również planowanie opieki ambulatoryjnej. Ponadto będą zawierały informacje na temat rozmieszczenia sprzętu medycznego, takiego jak różnego typu specjalistyczna aparatura diagnostyczna: tomografy komputerowe, rezonansy magnetyczne, pracownie aparaty PET, angiografy itd. Mapy zostaną wykorzystane do utworzenia regionalnych planów w zakresie (1) profilaktyki, (2) opieki zdrowotnej oraz (3) opieki długoterminowej przygotowywanych przez każdy region. Elementem łączącym wszystkie mapy będzie stała konieczność udoskonalania (dostosowywania) systemu wskaźników. Natomiast różnica między oszacowaniem potrzeb określonych miarą epidemiologiczną a oszacowaniem potrzeb określonych miarą porównawczą wskaże na stopień zaspokojenia potrzeb zdrowotnych przez płatnika.³⁵

Narzędzia do tworzenia map potrzeb zdrowotnych powinny też obejmować specyficzne potrzeby regionu, gdyż stanowią podstawę do określania lokalnych priorytetów zdrowotnych. Dotychczasowa regionalna lista priorytetów stanowiła swoisty „koncert życzeń” i zawierała wszystkie problemy zdrowotne występujące w województwie. **Rekomendujemy, aby lista priorytetów była ograniczona maksymalnie do kilku, powinna też wskazywać harmonogram realizacji i wskaźniki oceny efektów.** Rzetelne mapy i ustalone na ich podstawie priorytety będą również potrzebne w związku z koniecznością zapewnienia racjonalnego wydatkowania środków europejskich na lata 2021-2027. Ważnym zadaniem w procesie tworzenia map jest sporządzenie prognoz na okres obowiązywania mapy oraz na następne 10 i 15 lat. Prognozy powinny opierać się na danych i analizach oraz powinny uwzględniać trendy demograficzne i epidemiologiczne. Prognozy mogą

³² B. Więckowska Mapy potrzeb zdrowotnych jako instrument płatnika w racjonalizowaniu systemu ochrony zdrowia PWN

³³ Tamże

³⁴ Tamże.

³⁵ Tamże

dotyczyć np. liczby osobodni hospitalizacji, liczby osób hospitalizowanych oraz liczby potrzebnych łóżek szpitalnych.³⁶ Wyniki prognoz mogą służyć do wskazania problematycznych obszarów wymagających priorytetowej interwencji ze strony władz państwowych i samorządowych, podjęcia takich działań, aby można było zapobiec niekorzystnym zmianom wskazanym w prognozie.³⁷ Oprócz wariantu bazowego prognozy powinny powstać warianty oparte na wiedzy eksperckiej, dostarczanej przez specjalistów z różnych dziedzin medycyny³⁸. Warianty będą opisywać skutki prawdopodobnych scenariuszy zmian systemowych (głównie w zakresie standardu leczenia) oraz potencjalny czas ich wprowadzenia. Wiedza ekspercką spowoduje, że to ocena stanu zdrowia i potrzeb zdrowotnych obywateli, a nie partykularne interesy poszczególnych grup interesów, będzie determinować kierunki rozwoju systemu ochrony zdrowia.

Wyniki analiz, zawartych w ramach map, powinny stanowić obiektywne i porównywalne źródło informacji dla samorządów, wojewodów, Ministerstwa Zdrowia, NFZ i podmiotów leczniczych. Mapy i wnioski z nich płynące powinny zostać poddane publicznej debacie, ażeby przeprowadzić merytoryczną dyskusję w celu akceptacji wnioskowania oraz przyjętych rekomendacji dla działań.

³⁶ Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego. Dostęp: <https://rzaszow.uw.gov.pl/wp-content/uploads/2019/03/Mapa-potrzeb.pdf>

³⁷ Analiza społeczno-gospodarcza wraz z diagnozą obszarów interwencji EFS Dostęp: https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/media/98143/Analiza_spolgosp.pdf

³⁸ Sowada, C. (2015). Potrzeby, popyt i podaż w ochronie zdrowia [w:] S. Golinowska, Od ekonomii do ekonomiki zdrowia. PWN

Krajowy Plan Transformacji

Duże wątpliwości budzą projektowane rozwiązania legislacyjne (przyjęty 3 marca 2021 r. przez rząd projekt nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej³⁹). Projektowane przepisy wpłyną na wzmocnienie nadzoru ministra zdrowia nad realizacją rekomendacji wskazanych w mapach potrzeb zdrowotnych. Z uzasadnienia projektu wynika też, że choć zadanie tworzenia kolejnych map zgodnie z obowiązującą ustawą miał przejąć NIZP-PZH, to ministerstwo nie zamierza oddać im tego zadania.⁴⁰ Minister zdrowia będzie opracowywał mapy obejmujące m.in. analizy demograficzne i epidemiologiczne oraz analizy stanu i wykorzystania zasobów systemu opieki zdrowotnej, w tym personelu medycznego. Wątpliwości budzi **ograniczony udział lub brak opinii ze strony ekspertów** z danej dziedziny medycyny oraz konsultantów krajowych i wojewódzkich, a także opracowywanie map **głównie przez pracowników Ministerstwa Zdrowia⁴¹.** W zakresie rekomendowanych kierunków działań dla danego województwa, minister zdrowia będzie współpracował głównie z wojewodami.⁴²

Duże obawy budzi komunikat Centrum Informacyjnego Rządu, że dotychczasowe wojewódzkie rady ds. potrzeb zdrowotnych zostaną rozwiązane⁴³. Na ich miejsce powołane zostaną nowe, znacznie mniej liczne, **bez udziału ekspertów i zapewnienie wyłącznie doradczej roli konsultantów wojewódzkich.** W komunikacie CIR wskazano, że dotychczasowe priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej zostaną zastąpione nowym dokumentem tzw. planem transformacji⁴⁴. Planowane jest powstanie krajowego planu transformacji i wojewódzkich planów transformacji – dokumenty mają uwzględniać kierunki działań wskazane w mapie potrzeb zdrowotnych na poziomie ponadregionalnym lub wojewódzkim. Za ustalenie i wdrożenie krajowego planu transformacji będzie odpowiedzialny minister zdrowia,

³⁹ Ustawa została przyjęta przez Sejm 20.05.2021 (<https://www.sejm.gov.pl/Sejm9.nsf/PrzebiegProc.xsp?nr=1013>), Senacka Komisja Zdrowia 9.06.2021 wnosi o odrzucenie ustawy (<https://www.senat.gov.pl/prace/proces-legislacyjny-w-senacie/ustawy-uchwalone-przez-sejm/ustawy-uchwalone-przez-sejm/ustawa,1118.html>), 18.06.2021 projekt ustawy wrócił do Sejmu.

⁴⁰ Mapy potrzeb zdrowotnych: będą zmiany. Co zawiodło? Dostęp: <https://www.cowzdrowiu.pl/aktualnosci/post/mapy-potrzeb-zdrowotnych-beda-zmiany-co-zawiodlo>

⁴¹ Tamże

⁴² Tamże

⁴³ Rząd przyjął projekt w sprawie systemu map potrzeb zdrowotnych. Dostęp: <https://serwisy.gazetaprawna.pl/zdrowie/artykuly/8111259,rzad-przyjal-projekt-w-sprawie-systemu-map-potrzeb-zdrowotnych.html>

⁴⁴ Mapy potrzeb zdrowotnych przestaną być tylko „listą życzeń”. Dostęp: <https://www.politykazdrowotna.com/63766.mapy-potrzeb-zdrowotnych-na-nowo>

a wojewódzkiego planu transformacji – wojewoda⁴⁵. Plan transformacji będzie przyjmowany przez samego wojewodę bez porozumienia z radą, jak dotychczas. Minister zdrowia jednoosobowo będzie miał wpływ na tworzone dokumenty wdrożeniowe – przez akceptację planów transformacji (w tym wojewódzkich) na etapie ich tworzenia, weryfikację zgodności z mapami potrzeb i adekwatności proponowanych działań do identyfikowanych problemów i potrzeb, a także nadzór nad planami zakupu świadczeń NFZ. Taka centralizacja uprawnień budzi ogromne wątpliwości. Kolejnym przejawem centralizacji uprawnień przez Ministra Zdrowia jest wprowadzenie systemu monitorowania i oceny przyjmowanych działań oraz możliwość reaktywnej aktualizacji planów transformacji.

Wprowadzony po raz pierwszy dokument wdrożeniowy dla map potrzeb zdrowotnych na poziomie krajowym – Krajowy Plan Transformacji – oparty o nierzetelne dane, rodzi wiele wątpliwości. Przy przeciążeniu administracji rządowej w naszym kraju, przejęcie w całości kolejnego ważnego zadania, jakim jest tworzenie map, bez uwzględnienia głosu specjalistów i zewnętrznych organów nadzorujących, budzi ogromne obawy.

⁴⁵ Mapy potrzeb zdrowotnych przestaną być tylko „listą życzeń”. Dostęp: <https://www.politykazdrowotna.com/63766,mapy-potrzeb-zdrowotnych-na-nowo>