

CO WYNIKA z „Krajowego planu transformacji na lata 2022–2026”

MARIUSZ JĘDRZEJCZAK





W październiku 2021 r. Ministerstwo Zdrowia opublikowało w formie obwieszczenia dokument pod tytułem „Krajowy plan transformacji na lata 2022–2026”. Do tej pory propozycje w nim zawarte nie wywołały szczególnie intensywnej dyskusji środowiska ekspertów sektora ochrony zdrowia – a powinny.

Przedstawiam najważniejsze tezy i wnioski wynikające z planu, trzymając się jego struktury obejmującej najistotniejsze kwestie – priorytety do rozwiązania w poszczególnych obszarach funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej. Konieczne działania muszą podjąć zarówno władze centralne (Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia, Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji), jak i terenowe (województwie i jednostki samorządowe). Skoncentruję się na tezach i zadaniach najbardziej zasadniczych dla zmian systemu.

Konstrukcja i struktura planu to konsekwencja rekomendacji Komisji Europejskiej, z których wynika – słusznie, że priorytety powinny wyznaczać kolejność działań. Wszystkiego bowiem nie da się robić jednocześnie i nie wszystkie problemy, co oczywiste, są jednakowo ważne.

Za podstawowy cel strategiczny „Krajowego planu transformacji” przyjęto określenie docelowej bazy infrastrukturalnej systemu ochrony zdrowia i podstawowych wektorów jej zmian, niezbędnych do ich przeprowadzenia wydatków i zasobów, w tym kadrowych i intelektualnych, oraz instytucji odpowiedzialnych za wykonanie konkretnych zadań. Plan odnosi się do zmian w najistotniejszych obszarach naszego systemu opieki zdrowotnej. Praktycznie dotyczy całości jego funkcjonowania, bo poszczególne składowe stanowią w istocie system naczyń połączonych.

Celem operacyjnym jest wzmocnienie zasobów i procesów ochrony zdrowia oraz poprawa efektywności wydawania pieniędzy publicznych na inwestycje na poziomie krajowym i regionalnym.

Główne obszary działania

Dokument wymienia kilkanaście głównych obszarów działania – praktycznie każdy z nich był już wielokrotnie omawiany wcześniej przy różnych okazjach jako ważna zmienna decyzyjna określająca wydolność i sprawność funkcjonowania systemu. Można zatem powiedzieć, że panuje dość powszechny konsensus co do ich znaczenia dla poprawy funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w naszym kraju.

Fot. iStockphoto.com

„Żaden minister zdrowia samodzielnie nie przeprowadzi skutecznie reformy systemu ochrony zdrowia. To problem zdecydowanie interdyscyplinarny, obejmujący swoim zakresem funkcjonowanie przynajmniej kilku innych resortów, terenowych jednostek władzy i jednostek samorządowych”



Fot. Adobe Stock

Demografia

Zmiany demograficzne znalazły się na pierwszym miejscu wśród wszystkich wymienionych elementów. Ich wpływu na stan opieki zdrowotnej nie sposób przecenić. Niestety jest to, jak wiadomo, głównie wpływ negatywny, przejawiający się między innymi w dwóch ważnych, przenikających się wzajemnie obszarach.

Od dłuższego czasu demografowie alarmują, że bardzo szybko zmienia się struktura wiekowa polskiego społeczeństwa. Dynamicznie rośnie populacja osób starszych, wychodzących z wieku aktywności zawodowej, którzy z powodu niskiej liczby narodzin nie mogą być zastąpieni przez ludzi młodych. Mamy praktycznie ujemny przyrost naturalny, w konsekwencji pogłębia się tzw. luka pokoleniowa, brakuje zastępowalności pokoleniowej. Populacja maleje bezwzględnie i starzeje się strukturalnie. Autorzy prognozy przyznają, że w najbliższych latach nie da się skutecznie przeciwstawić tym procesom. Ponadto, co ma swoje epidemiologiczne podstawy, występuje u nas znamienne zjawisko nadumieralności mężczyzn. Tendencje te mają także negatywne odzwierciedlenie w tak ważnych dla funkcjonowania systemu grupach zawodowych, jak lekarze i pielęgniarki. Przeciętna wieku w obu tych grupach systematycznie rośnie. Brakuje odpowiedniej liczby młodszych następców na miejsce odchodzących specjalistów. Taki problem występuje wyraźnie w niektórych specjalnościach, np. chirurgii, ale dotyczy także wielu innych dziedzin medycyny. Innymi słowy – mamy do czynienia z sytuacją, w której więcej osób starszych, wymagających opieki medycznej, będzie miało do niej utrudniony dostęp choćby z powodu malejącej liczby lekarzy.

Epidemiologia

Żyjemy niewątpliwie niezdrowo i niestety o kilka lat krócej niż obywatele wielu rozwiniętych społeczeństw

europiejskich. Dotyczy to szczególnie mężczyzn. Autorzy wskazują jednoznacznie, że za 75 proc. zgonów Polaków odpowiadają choroby układu krążenia, następne są nowotwory. Palenie papierosów, nieleczone nadciśnienie, otyłość to główne przesłanki tych zjawisk. Szczególnie niekorzystna jest wysoka dynamika przyrostu zgonów nowotworowych – o 25 proc. w stosunku do 1999 r.

Podjęwane działania mają mieć charakter wielokierunkowy – od legislacyjnych (np. zakazy palenia) poprzez edukację zdrowotną i programy profilaktyczne do przedsięwzięć o charakterze inwestycyjnym, głównie w rozwój opieki kardiologicznej i onkologicznej (zwiększenie liczby poradni i lekarzy tych specjalności). Problem niedoboru kadr to jedna z najważniejszych barier ograniczających dostęp do efektywnego leczenia i profilaktyki w tych zakresach świadczeń. Z pewnością nie da się go jednak rozwiązać nawet w 5-letniej perspektywie nakreślonej w ramach przyjętego dokumentu.

Podstawowa opieka zdrowotna

Prawie 89 proc. społeczeństwa korzysta ze świadczeń udzielanych w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ). W zdecydowanej większości, bo niemal w 90 proc., są to placówki prywatne. Autorzy „Krajowego planu transformacji” w zasadzie zgadzają się z opiniami wielu ekspertów, że istnieje bezwzględna konieczność przeprofilowania sposobu ich funkcjonowania. Przyspieszenie tego procesu w pewnych aspektach wymusiła już pandemia, która doprowadziła do wdrożenia teleporad lekarzy rodzinnych. To rozwiązanie wzbudziło wiele emocji, jednak sprawdziło się w niektórych rodzajach kontaktów z pacjentami, jak choćby w kwestii wypisywania powtarzalnych recept. Warto pamiętać, że w 2019 r. aż 32 proc. wizyt w przychodniach POZ dotyczyło wystawienia recep-

ty oraz tzw. czynności okołomedycznych. Teleporady oszczędzają czas lekarzy, który powinien być przeznaczony na faktyczne czynności lecznicze i opiekę nad pacjentami.

Konieczne jest zwiększenie częstotliwości i zakresu badań diagnostycznych ordynowanych przez lekarzy POZ, tak by w praktyce odciążyć AOS i przede wszystkim leczenie szpitalne. Działalność placówek POZ musi zostać skoordynowana zarówno z tymi jednostkami systemu, jak i z placówkami nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Głównym działaniem w tym zakresie jest zapewnienie sprawnego przepływu informacji o pacjencie, jego dokumentacji medycznej, wyników aktualnych badań itp.

„Krajowy plan transformacji” zakłada, zgodnie z wieloma wcześniejszymi postulatami ekspertów, zdecydowane zwiększenie roli lekarza POZ jako swego rodzaju przewodnika pacjenta po systemie. Dużo większa rola przypada także pielęgniarkom w zakresie ordynowania leków, wypisywania recept czy kierowania pacjentów na badania.

Sytuacja demograficzna wymusza również większą aktywność personelu POZ, jeśli chodzi o opiekę domową nad pacjentami, którzy jej wymagają.

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

Jednym z zasadniczych problemów naszej opieki zdrowotnej jest swoista strukturalna nierównowaga udzielanych świadczeń. Specjaliści zwracają na nią uwagę od lat. Leczymy głównie w szpitalach, najdroższym segmencie systemu. Od lat spada liczba porad udzielanych w publicznych placówkach AOS. Zmniejsza się również ich udział w kosztach NFZ, czyli poziom finansowania. Pacjenci leczą się w lecznicach prywatnych, bo wymusza to na nich niska dostępność świadczeń w placówkach publicznych, długi okres oczekiwania na wizytę i wykonanie diagnostyki. W 2020 r. w takich zakresach, jak kardiologia, endokrynologia, urologia czy okulistyka, czas oczekiwania przekraczał 100 dni dla tzw. przypadków stabilnych i 50 dni dla pilnych.

Podjęto już część niezbędnych działań, choćby znoszenie limitowania świadczeń. Idąc za przykładem rozwiązań stosowanych w innych krajach – w AOS ma być wykonywanych zdecydowanie więcej drobnych zabiegów, co odciąży oddziały szpitalne. Konieczna jest jednak weryfikacja wyceny świadczeń, a przede wszystkim zwiększenie liczby specjalistów zatrudnionych w placówkach AOS. Bez wątpienia to będzie najpoważniejsze wyzwanie dla zarządzających opieką zdrowotną.

Jednym z celów zapisanych w „Krajowym planie transformacji” jest logistyczne skoordynowanie działań placówek opieki ambulatoryjnej z pozostałymi elementami systemu – POZ i placówkami szpitalnymi,

a także stworzenie centrów nocnej pomocy lekarskiej, której AOS byłaby elementem składowym.

Ambitnym zadaniem, w naszych warunkach dotąd nierozwiązywalnym, jest stworzenie motywacji dla pacjentów, aby informowali o odwoływaniu swoich uprzednio zaplanowanych wizyt. Autorzy słusznie zakładają, że powinno to przynajmniej w jakimś stopniu poprawić pracę placówek.

Opieka szpitalna

Szpitalnictwo to kolejna słabość naszego systemu. Najbardziej charakterystyczna cecha to jeden z najwyższych w Europie wskaźników łóżek na 100 tys. mieszkańców – 870, a jednocześnie jeden z najniższych wskaźników ich obłożenia – ok. 65 proc. Porównywalną liczbę łóżek mają np. Niemcy – 886 na 100 tys. mieszkańców, jednak zdecydowana większość krajów europejskich wprowadza konsekwentnie zmiany ograniczające zakres hospitalizacji jako najbardziej kosztochłonnego elementu systemu opieki zdrowotnej. U nas leczenie szpitalne pochłania nadal ponad 50 proc. budżetu NFZ. Mimo to efektywność, a szczególnie jakość tej formy leczenia przez wielu pacjentów i specjalistów nie jest wysoko oceniana. Przejawia się to między innymi liczbą możliwych do uniknięcia i ponownych hospitalizacji, zakażeń szpitalnych czy praktycznie nie do końca znaną liczbą zdarzeń niepożądanych.

Wyznaczone przez autorów dokumentu cele do realizacji to między innymi:

- poprawa dostępności diagnostyki pozaszpitalnej, by ograniczyć pobyty realizowane tylko w celu przeprowadzenia specjalistycznych badań;
- zwalnianie części łóżek, szczególnie w małych ośrodkach, na nisko obłożonych oddziałach, np. położniczych, i przekształcania ich w łóżka opieki długoterminowej. W Polsce tylko 1 proc. wszystkich łóżek szpitalnych ma charakter geriatryczny. Tymczasem już dziś potrzeba ich o 850 więcej. Z uwagi na sygnalizowane wcześniej zmiany demograficzne tendencja ta będzie się nasilać;
- rozwijanie planowych i jednodniowych form zabiegów i hospitalizacji;
- koncentracja świadczeń szpitalnych w ośrodkach o odpowiednim zapleczu i kadrach, szczególnie w przypadkach rzadkich, wymagających specjalistycznego leczenia.

Mimo wielu obiektywnych przesłanek konieczności zmian każda dyskusja o liczbie łóżek w systemie czy liczbie szpitali najczęściej prowadzi do politycznej kłótni. Fakt, że rządzący w końcu powiedzieli głośno o tym problemie, to i tak znaczny postęp.

Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień

Poziom i dostępność świadczeń w obszarze opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień najlepiej oddaje

„Jednym z najważniejszych czynników determinujących planowane przez zarządzających systemem działania jest demografia – przede wszystkim starzenie się społeczeństwa”



Fot. iStockphoto.com

wskaźnik ich finansowania. W Polsce to 3,09 proc. – tak wynika z danych z 2019 r. dotyczących środków publicznych przeznaczonych na ochronę zdrowia. W Unii Europejskiej analogiczny wskaźnik wynosi 6 proc. Skala naszych zaniedbań jest zatem bardzo duża. Jako katastrofalny określają autorzy dokumentu stan opieki nad młodzieżą i dziećmi poniżej 18. roku życia. W 2019 r. w całym kraju było jedynie 426 czynnych zawodowo psychiatrów dziecięcych. Postulowane są zasadnicze zmiany w organizacji opieki psychiatrycznej. Ich celem jest przede wszystkim położenie większego nacisku na rozwój opieki środowiskowej, w miejscu zamieszkania, zarówno w odniesieniu do dorosłych, jak i dzieci oraz młodzieży.

„Krajowy plan transformacji” zakłada tworzenie regionalnych centrów – zespołów lecznictwa środowiskowego – świadczących skoordynowaną opiekę psychiatryczną na danym terenie, np. powiatu lub grupy powiatów. To wymaga jednak, jak w każdej dziedzinie medycyny, zwiększenia liczby specjalistów. Ich kształcenie to kolejny priorytet w tym zakresie opieki zdrowotnej.

Rehabilitacja medyczna

Konieczność rozwoju świadczeń rehabilitacyjnych to między innymi konsekwencją procesów demograficznych – wydłużania czasu życia i związanych z tym schorzeń z zakresu ortopedii, reumatologii, kardiologii czy neurologii. Spektrum potrzeb jest bardzo duże, a możliwości ich zaspokojenia bardzo ograniczone. Zwrócono uwagę, że odnosi się to szczególnie do świadczeń ambulatoryjnych, których dostępność i jakość są relatywnie na niskim poziomie.

W tym obszarze głównym celem systemu opieki zdrowotnej powinno być sprostanie rosnącym potrzebom wynikającym z demografii. Dotyczy to fizjoterapii ambulatoryjnej czy rehabilitacji ogólnoustrojowej, zarówno w warunkach stacjonarnych, jak i ambulatoryjnych. Świadczenia rehabilitacyjne mają ogromny wpływ na poprawę jakości życia sta-

rzejących się populacji, do których my również już należymy.

Opieka długoterminowa, paliatywna i hospicyjna

Jak wspominałem, jednym z najważniejszych czynników determinujących planowane przez zarządzających systemem działania jest demografia – przede wszystkim starzenie się polskiego społeczeństwa. Zmiany te mają charakter bardzo dynamiczny i wymagają korekty w samym systemie opieki zdrowotnej, głównie z uwagi na konieczność posiadania odpowiedniej liczby łóżek dla rosnącej liczby pacjentów oraz wykwalifikowanego personelu. Szacuje się, że potrzeby w tym zakresie wynoszą ok. 146 tys. miejsc, z czego 97 proc. (142 tys.) w opiece domowej. Obecnie dysponujemy bazą ok. 96,4 tys. miejsc, a w 2050 r. będzie ich potrzeba ponad 200 tys. Głównym zadaniem systemu jest przesuwanie opieki nad pacjentami na środowisko domowe, również poprzez jego odpowiednie wyposażenie i organizowanie wsparcia psychologicznego dla pacjentów i ich najbliższych. To zdecydowanie tańsza i efektywniejsza forma opieki, czego dowodzą przykłady bogatszych krajów europejskich.

Kadry i ratownictwo

Wszystkie negatywne wskaźniki dotyczące potencjału kadrowego polskiej ochrony zdrowia są dobrze znane. „Krajowy plan transformacji” ich nie pomija. W 2019 r. mieliśmy 131 tys. czynnych zawodowo lekarzy, 238 tys. pielęgniarek i 31 tys. położnych. To średnio o 30 proc. mniej niż w krajach OECD, nie mówiąc o rozwiniętych państwach Unii Europejskiej. Bez rozwiązania tego problemu pozytywne zmiany w opiece zdrowotnej nie są możliwe do przeprowadzenia. Dokument zakłada konieczny wzrost liczby miejsc na studiach medycznych dla lekarzy i pielęgniarek oraz wzrost liczby miejsc akredytacyjnych kształcenia specjalistów. Można sądzić, że ostatnie decyzje o kształceniu lekarzy poza uczelniami akademickimi – bardzo dyskusyjnie odebrane przez środowisko – są tego najlepszym przykładem. Pozytyw-

ny jest natomiast fakt, że autorzy „Krajowego planu transformacji” nie przewidują już dalszego spadku ogólnej liczby lekarzy w systemie.

Na koniec trzeba wspomnieć, że w dokumencie sygnalizowane są również kwestie związane z koniecznością poprawy funkcjonowania systemu państwowego ratownictwa medycznego, głównie w kontekście zwiększenia dostępności karettek i skrócenia czasu ich dojazdu w miejscowościach poniżej 10 tys. mieszkańców oraz potrzeby dalszej informatyzacji systemu ochrony zdrowia.

Monitoring zmian

Autorzy dokumentu zakładają, że w celu jego prawidłowej realizacji musi być on poddany systematycznemu monitoringowi i ocenie. Minister zdrowia co roku do 30 kwietnia będzie składać okresowy raport z postępów jego realizacji w roku poprzednim. Po upływie 3 lat realizacji „Krajowego planu transformacji” w terminie do 30 czerwca przedłoży tzw. sprawozdanie środowiskowe przedstawiające praktyczną realizację zakładanych wskaźników zmian w minionych 3 latach. Wnioski ze sprawozdań okresowych mają służyć aktualizacji jego treści i dalszych zadań. Ostatecznie, po zakończeniu planu minister będzie zobowiązany do opublikowania w „Biuletynie Informacji Publicznej” sprawozdania końcowego opisującego:

- działania wymagające koordynowania na poziomie ponadregionalnym rozpoczęte lub zrealizowane w danym okresie,
- sposoby wdrożenia rekomendowanych działań przedstawionych w mapie potrzeb zdrowotnych,
- źródła i wysokość finansowania działań wymagających finansowania na poziomie ponadregionalnym, zrealizowanych lub rozpoczętych w danym okresie,
- stopień realizacji wskaźników poszczególnych działań,
- nowe priorytetowe potrzeby zdrowotne i wyzwania stojące przed systemem opieki zdrowotnej,
- wnioski wynikające z „Krajowego planu transformacji”,
- propozycje aktualizacji działań.

Podsumowanie

To dobrze, że Ministerstwo Zdrowia ma plan działania i został on przedstawiony publicznie w formie opublikowanego dokumentu. Sądzę jednak, że byłoby zdecydowanie lepiej, gdyby tego rodzaju przedsięwzięcia miały rangę decyzji rządowych lub wręcz uchwał sejmowych. Po raz kolejny mogę stwierdzić, że żaden minister zdrowia samodzielnie nie przeprowadzi skutecznie reformy systemu ochrony zdrowia. To problem zdecydowanie interdyscyplinarny, obejmujący swoim zakresem funkcjonowanie przynajmniej kilku innych resortów, terenowych jednostek

władzy i jednostek samorządowych. Ta teza znajduje potwierdzenie w wielu zaplanowanych w „Krajowym planie transformacji” zadaniach przypisanych różnym instytucjom podległym kompetencyjnie choćby Ministerstwu Spraw Wewnętrznych i Administracji czy Ministerstwu Edukacji i Nauki. Potwierdzają to również udane reformy zagraniczne, jak choćby często przytaczany przykład Holandii. Taka jest konieczność i istota kompleksowych zmian w systemie ochrony zdrowia.

Inną kwestią, co do której trudno jest podzielić umiarkowany nawet optymizm rządzących, jest problem kadr. Założenie przyjęte w dokumencie, że w tym obszarze sytuacja nie będzie się już pogarszać, wydaje się trudne do przyjęcia. Po pierwsze dlatego, że środowisko jasno deklaruje swoje niezadowolenie z istniejącego stanu rzeczy w zakresie warunków pracy, głównie wynagrodzeń. Po wtóre – personelowi medycznemu nie odpowiada sposób organizacji systemu. Dał temu ostatnio wyraz, organizując kolejne „białe miasteczko”. To, że protestujący zostali praktycznie zlekceważeni przez rządzących, tylko pogłębia istniejący kryzys. Niewystarczająca liczba miejsc specjalizacyjnych, ordynatorski system zarządzania oddziałami szpitalnymi, coraz częściej postrzegany jako archaiczny – to tylko niektóre z powodów pogłębiającej się frustracji. Najbardziej bezpośrednio obecna sytuacja dotyczy młodych, wchodzących do zawodu lekarzy. Oni też mają największą motywację i możliwości, żeby szukać sobie miejsca poza polskim systemem opieki zdrowotnej. Co zresztą wielu z nich jasno deklaruje.

Zastanawia również fakt, że w „Krajowym planie transformacji” nie znalazło się miejsce dla Agencji Rozwoju Szpitali. Instytucji, którą niejako z definicji zarządzający systemem przeznaczyci do tego procesu, stanowiącej jedno z najważniejszych, jeśli nie najważniejsze narzędzie transformacji systemu ochrony zdrowia w naszym kraju. Wydaje się, że to pewien brak konsekwencji autorów dokumentu.

To tylko kilka uwag nasuwających się wprost po lekturze „Krajowego planu transformacji na lata 2022–2026”. Trzeba mieć nadzieję, że stanie się on jednak przedmiotem szerszej dyskusji i ocen. Przypominam, że zapisany jest w nim mechanizm corocznej oceny i potencjalnych korekt.

Mariusz Jędrzejczak, były dyrektor Szpitala Wojewódzkiego w Zgierzu

Jeśli chcesz
ściągnąć projekt,
zeskanuj kod QR

