

CO

PO PANDEMII?

Plan dla zdrowia

CO PO PANDEMII?

Plan dla zdrowia



**Urszula Demkow
Michał Chmielewski
Mariusz Chrapieński
Przemysław Duda
Grzegorz Kardas
Małgorzata Leźnicka
Piotr Michniowski
Cezary Pakulski
Piotr Piskorz
Marek Przygodzki
Marian Simka
Dawid Sześciło
Piotr Wiland**

INSTYTUT STRATEGIE 2050

Spis treści

GŁÓWNE TEZY - SZEŚĆ ZASAD NOWEGO SYSTEMU	4
WPROWADZENIE – OCHRONA ZDROWIA, CHOROBY SYSTEMU	11
1. LEPIEJ ZAPOBIEGAĆ	14
2. PACJENT - NA PIERWSZYM MIEJSCU	17
3. LECZENIE MUSI BYĆ DOSTĘPNE. ODCIĄŻYĆ SPECJALISTÓW I SZPITALA ..	22
4. TRZEBA WESPRZEĆ NAJSŁABSZYCH.....	28
5. LUDZIE ZDROWIA - GODNA PRACA, GODNA PŁACA	38
6. INWESTUJMY W ZDROWIE	49
STRATEGIA ZWIĘKSZENIE FINANSOWANIA SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA.....	53
PRZESUNIĘCIE ŚRODKÓW W RAMACH FINANSÓW PUBLICZNYCH	55
ZAKOŃCZENIE - CIĄG DALSZY NASTĄPI	56
BIOGRAMY AUTORÓW.....	57

GŁÓWNE TEZY - SZEŚĆ ZASAD NOWEGO SYSTEMU

W trzeciej fali pandemii nasz kraj znalazł się w światowej czołówce pod względem śmiertelności na Covid-19. Wskutek zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2 zmarło w Polsce 65 tys. osób. Ale co jeszcze bardziej alarmujące, wzrosła także śmiertelność z powodu innych chorób. Od stycznia 2020 zmarło o 50 tys. osób więcej niż w analogicznym okresie w poprzednich latach. Takich zgonów w Polsce było najwięcej w całej Unii Europejskiej. Te osoby odeszły, choć prawdopodobnie mogłyby ciągle żyć. Niestety z powodu niewydolności systemu, nie miały dostępu do odpowiedniego leczenia.

Problemy ochrony zdrowia – jeśli nie zostaną rozwiązane – będą się tylko pogłębiać. Receptą nie mogą być kolejne kosmetyczne zmiany ani cząstkowe „łatania”. Nie wystarczy też „dosypywanie pieniędzy”, bo choć konieczne, musi ono iść w parze z całościową przebudową, realizowaną z myślą o pokoleniach, nie jednej kadencji.

Szczegóły naszego planu naprawy systemu ochrony zdrowia przedstawimy w kilkunastu dokumentach, które będą publikowane w kolejnych tygodniach. W niniejszym raporcie prezentujemy zaś główne kierunki proponowanych przez nas zmian. Nasza propozycja zbudowana jest wokół sześciu zasad.

1. Pacjent - na pierwszym miejscu.

Dzisiaj system ochrony zdrowia jest technokratyczny, sfragmentaryzowany i niezrozumiały dla pacjenta. Nasza propozycja stawia pacjenta w centrum - to jego (jej) potrzeby są najważniejsze. Pacjent musi czuć się bezpiecznie i mieć pewność, że jest otoczony stosowną opieką.

Proponujemy by kluczową rolę w systemie ochrony zdrowia odgrywał lekarz Podstawowej Opieki Zdrowotnej jako **“lekarz odpowiedzialny”** za pacjenta. Ma on nie tylko sprawować nad nim regularną opiekę ale także być jego „przewodnikiem” po

systemie i „koordynatorem” jego leczenia. Kompetencją LO będzie m. in. kierowanie pacjenta na odpowiednie badania diagnostyczne w znacznie szerszym zakresie, niż to ma miejsce dotychczas, a także telefoniczna konsultacja z lekarzami specjalistami. To LO – a nie pacjent - będzie również odpowiedzialny za zorganizowanie wizyt u lekarzy specjalistów, w tym także za znalezienie dostępnych terminów. Takie rozwiązanie zwiększy też efektywność kontaktów pacjenta ze specjalistami, a tym samym zmniejszy liczbę koniecznych wizyt. To zaś przełoży się na skrócenie czasu oczekiwania na taką wizytę.



2. Lepiej zapobiegać

Obecnie profilaktyka zdrowotna praktycznie nie istnieje. Tymczasem zapobieganie chorobom jest wielokrotnie tańsze niż leczenie. Dlatego inwestycja w ten obszar po prostu się opłaca. Zgodnie z naszym planem obywatele nie tylko nie będą płacić za

podstawową diagnostykę, ale będą do niej zachęceni. Wykonując regularnie zestaw badań kontrolnych, będzie można obniżyć swoją składkę na ubezpieczenie zdrowotne. **Proponujemy by w wieku 40, 50, 60 lat każdy otrzymał zaproszenie na bezpłatny **generalny bilans zdrowia**.** Przeglądy te będą sprofilowane pod kątem ryzyka zdrowotnego związanego z danym wiekiem.

3. Leczenie musi być dostępne

Teoretycznie każdy polski obywatel ma konstytucyjnie zagwarantowaną pełną i bezpłatną opiekę zdrowotną. W praktyce jednak pacjenci muszą miesiącami czekać na wizyty u specjalistów. Z tego powodu, a także na skutek niewydolności innych elementów systemu, pacjenci udają się po pomoc do placówek szpitalnych nawet z chorobami, które można by z powodzeniem leczyć bez hospitalizacji. W efekcie polskie szpitale, a szczególności SOR-y są totalnie przeciążone. **Planujemy stworzenie na poziomie powiatów Lokalnych Domów Zdrowia (LDZ).** W LDZ w jednym miejscu przyjmować będą ściśle ze sobą współpracujący lekarze odpowiedzialni i specjaliści. Będzie tam można wykonać szereg badań diagnostycznych, a także skorzystać z nocnej i świątecznej opieki lekarskiej.



Proponujemy także utworzenie skoordynowanych oddziałów ambulatoryjno-szpitalnych, czyli szpitali dziennych. Byłyby to jednostki dziennego pobytu, które realizowałyby, przy wykorzystaniu zaplecza szpitala, w trybie jednego dnia, większość potrzebnych badań, zabiegów i procedur ambulatoryjnych. Takie rozwiązania zapewnią dużo lepszy niż dotychczas dostęp do leczenia poza szpitalnego, przyczynią się także do odciążenia szpitali i usprawnienia działania SOR-ów.

4. Konieczne jest wsparcie najsłabszych

Zmagania z chorobą przewlekłą w naszym kraju to prawdziwa katastrofa. Pacjent jest tu często pozostawiony sam sobie, w ciągłej niepewności i konieczności „wywalczania sobie” dostępu do pomocy specjalistów. Tymczasem na horyzoncie pojawia się inny problem: społeczeństwo polskie bardzo szybko się starzeje. Oczywiście należy cieszyć się z tego, że żyjemy coraz dłużej, ale także już dzisiaj musimy dostrzec zagrożenia i problemy wynikające z tego faktu.

Uważamy, że trzeba postawić w jak największym stopniu w opiekę domową. Proponujemy by jak najwięcej osób przewlekle chorych zostało otoczone opieką w miejscu zamieszkania. To oczywiście oznacza konieczność wykształcenia i zatrudnienia większej ilości opiekunów medycznych. Trzeba też zwiększyć ilość finansowanych publicznych miejsc opieki paliatywnej.

Dodatkowo szczególnie mocno chcemy wesprzeć dziedzinę ochrony zdrowia, które dziś znajdują się w wyjątkowo złej kondycji. Wiemy, że zdrowie psychiczne Polaków znajduje się w stanie zapaści - zarówno wśród dzieci, młodych jak i dorosłych mamy do czynienia z prawdziwą epidemią problemów psychicznych. Wiemy, że Polacy znajdują się wśród tych społeczeństw, w których najwięcej jest zgonów z powodu nowotworów. Wiemy też, że nasze społeczeństwo szybko się

starzeje a specjalistów geriatrów jest w całym kraju ok. 500. Wiemy w końcu, jak tragiczne żniwo zebrał u nas COVID. Dlatego na psychiatrię, onkologię, geriatrię i rehabilitację pokowidową muszą szybko znaleźć się dodatkowe środki, dlatego w tych dziedzinach musimy szybko kształcić nowych specjalistów i budować nową infrastrukturę. Bo w taki sposób pomożemy najłabszym, najmocniej dotkniętym bardzo poważnymi problemami ze zdrowiem.

5. Godna praca, godna płaca

Nawet najlepsze plany reorganizacji ochrony zdrowia nie powiodą się jednak, jeśli nie będzie miał nas kto leczyć. Już dziś liczba lekarzy, pielęgniarek czy ratowników medycznych w Polsce należy do najniższych w Europie. Proponujemy kompleksowy program zwiększenia efektywności kształcenia ludzi zdrowia i poprawy warunków ich pracy i płacy. Uważamy, że studia lekarskie, wzorem licznych zachodnich krajów powinny być skrócone do 5 lat. Proponujemy kompleksowy plan poprawy zarobków ludzi zdrowia – zarówno pracowników medycznych jak i niemedycznych. Uważamy, że przedstawicielom zawodów medycznych, w ich trudnej pracy, powinno przysługiwać wszechstronne wsparcie, w tym także psychologiczne. Proponujemy wsparcie kształcenia asystentów medycznych. Osoby wykształcone w tym kierunku i zatrudnione na takim stanowisku, przejęły by od lekarzy całą „papierową” część pracy.

JEST
6 LAT STUDIÓW
1 ROK STAŻU

BĘDZIE
5 LAT STUDIÓW
1 ROK STAŻU
(w tym 1/2 stażu spersonalizowanego -
elementy wybierane
przez młodego lekarza)

6. Inwestujmy w zdrowie

Nie ma sensu lać benzyny do dziurawego i zepsutego baku. Jednak naprawiony „silnik” nie zadziała dobrze, jeśli nie damy mu wystarczającej ilości paliwa. Dziś na zdrowie wydajemy zdecydowanie za mało – ok, 4,5 proc. PKB, podczas gdy w Europie normą są wydatki powyżej 6 proc. W szybkim tempie te wydatki muszą wzrosnąć o ok. 40 mld. Później będą musiały rosnąć dalej. Jak to zrobić? Proponujemy tu kilka opcji.

Warto rozważyć przeznaczenie przychodów z akcyzy od wyrobów tytoniowych i alkoholu na dotację dla systemu opieki zdrowotnej.

Rozpatrujemy też wprowadzenie oddzielnego ubezpieczenia pielęgnacyjnego z którego można byłoby finansować opiekę długoterminową.

Jednym z możliwych rozwiązań jest podniesienie składki zdrowotnej, która u nas jest znacznie niższa niż choćby w Czechach. 1 proc. dodatkowej składki to ok. 11 mld zł więcej na zdrowie.

Warunkiem wstępnym zmian jest jednak urealnienie wyceny świadczeń medycznych oraz jednoczesny audyt finansów państwa - jesteśmy pewni, że pozwoli to wygenerować całkiem pokaźne oszczędności.

* * *

Celem zaproponowanego przez nas planu jest zbudowanie systemu ochrony zdrowia, który jest dostępny dla wszystkich, ze szczególną wrażliwością na potrzeby słabszych i najbardziej potrzebujących. Ten system musi być przewidywalny i zrozumiały dla zwykłego człowieka. Tylko wtedy ludzie w Polsce

będą mieli poczucie, że w chorobie nie zostają sami, że mogą liczyć na publiczną pomoc medyczną.

Mamy świadomość, że nasz plan nie może być wdrożony z dnia na dzień, ani nawet w ciągu jednej kadencji. To proces, który będzie wymagał zaangażowania co najmniej dwóch kolejnych parlamentów i wyłonionych przez nie rządów. Niezbędne jest włączenie w jego realizację partnerów społecznych i wszystkich zainteresowanych podmiotów oraz dialog z nimi. Ze strony rządzących konieczne będzie regularne sprawozdawanie postępów reformy przed społeczeństwem oraz coroczna ocena efektywności dokonanych zmian.

Niektóre elementy plany - jak wprowadzenie Generalnych Bilansów Zdrowia, czy innych programów profilaktycznych, a także stopniowe zwiększanie zadań lekarzy POZ mogą zacząć być realizowane już w pierwszych latach wdrażania planu. Szybko trzeba też będzie rozpocząć program pilotażowy Lokalnych Domów Zdrowia i przekształceń właścicielskich w szpitalach. Inne postulaty wymagają znacznie dłuższego, konsekwentnego wdrażania - przede wszystkim regularnego wzrostu nakładów na ochronę zdrowia, oraz liczby wykształconego i pracującego personelu medycznego.

WPROWADZENIE – ochrona zdrowia, choroby systemu

Polski system ochrony zdrowia znajduje się w stanie zapaści. Mówią, a raczej krzyczą na ten temat liczne dane:

- Według danych Banku Światowego Polska jest drugim, po Cyprze, krajem z najmniejszą liczbą lekarzy w Unii Europejskiej (przypada u nas 2,4 lekarza na 1000 mieszkańców. Choćby w Czechach jest ich niemal dwukrotnie więcej!). Liczba pielęgniarek zaś jest niemal dwukrotnie mniejsza (5,1 na 1000 mieszkańców) niż średnio w krajach UE (8,2). Zdecydowanie za mało jest również przedstawicieli innych zawodów medycznych takich jak ratownicy medyczni, diagnosty laboratoryjni, fizjoterapeuci, położne, elektroradiolodzy czy opiekunowie medyczni.
- **W całej Unii Europejskiej tylko Cypr i Łotwa wydają od nas mniej na zdrowie z publicznych źródeł.** Z kolei bardzo dużo wydajemy na ten cel z własnej kieszeni (proporcjonalnie więcej niż znacznie bogatsi Holendrzy czy Szwedzi!). Wadliwy i nieprzejrzysty jest także system konstruowania koszyka świadczeń gwarantowanych oraz ich wyceny.
- Polski system jest także wadliwie skonstruowany pod względem podziału zadań – zbyt mało uprawnień przysługuje w nim lekarzom pierwszego kontaktu (Podstawowej Opieki Zdrowotnej), zbyt mało środków przeznaczonych jest na profilaktykę i zdrowie publiczne oraz opiekę długoterminową, co skutkuje nadmiernym obciążeniem najbardziej kosztownego segmentu systemu, jakim są szpitale.
- Skutkiem powyższych problemów jest niewydolność systemu – ciągnące się miesiącami (i wciąż wydłużające się!) kolejki do specjalistów oraz dramatyczne zadłużenie szpitali (sięgające już niemal 15 miliardów złotych). Zadłużenie to

obciąża w dużej mierze samorządy, które nie mają instrumentów, aby z nim walczyć (co potwierdził w 2019 roku Trybunał Konstytucyjny w niewykonanym dotąd wyroku), bo większość realnej władzy w systemie należy do centrali NFZ. Mimo ciągłego wzrostu finansowania kolejki się wydłużają, co dobitnie świadczy o nieefektywności systemu.

- Efekty są przerażające – już na kilka lat przed pandemią oczekiwana długość życia Polek i Polaków zaczęła się skracać (mimo ciągłego, bardzo szybkiego postępu medycyny!). Polscy nastolatkwowie popełniają największą liczbę samobójstw w Europie. Przeżywalność osób z chorobami nowotworowymi jest u nas znacznie niższa niż przeciętnie w krajach rozwiniętych. Z powodu nowotworów złośliwych w Polsce umiera 237 osób na 100 tys. mieszkańców. Gorszą sytuację wśród krajów rozwiniętych obserwujemy tylko w Słowenii, Słowacji i na Węgrzech. Znacznie lepiej od nas radzą sobie np. Republika Południowej Afryki czy Turcja.
- Prawdziwy kataklizm nastąpił jednak wraz z falami pandemii SARS-COV-2 jesienią 2020 i wiosną 2021 roku. Zarówno liczba zgonów z powodu koronawirusa, jak i ogólna liczba zgonów, o których minister Adam Niedzielski tak bezdusznie mówi „nadmiarowe”, w Polsce według danych GUS należą do najwyższych w Europie. Tylko w 2020 roku zmarło u nas 477 tys. osób – o 67 tys. więcej niż rok wcześniej. Najwięcej od II wojny światowej. Niestety zapaść będzie się pogłębiać, biorąc pod uwagę załamanie się programów profilaktycznych i ograniczenie dostępu do diagnostyki w czasie pandemii, co powoduje wzrost liczby pacjentów w zaawansowanym stadium choroby, kiedy leczenie jest bardzo skomplikowane, drogie lub nawet niemożliwe. To znak, że nie można dalej czekać – nasz system wymaga kompleksowych i odważnych reform.

- Niniejszy dokument zawiera propozycje głównych kierunków zmian, będzie on uzupełniany sukcesywnie o specjalistyczne dokumenty szczegółowe, które będą publikowane na stronie Instytutu Strategii 2050.

1. Lepiej zapobiegać

Nasz system w większym niż dotychczas stopniu powinien skupić się na zapobieganiu chorobom niż na ich leczeniu. Na podstawie udokumentowanej wiedzy wykazano, że programy prewencji i profilaktyki w większym stopniu pomagają przedłużyć życie obywateli w dobrym zdrowiu niż najskuteczniejsze terapie. Niestety nasze wydatki na zdrowie publiczne wciąż są zdecydowanie za niskie, rozproszone i często źle skierowane. Dlatego konieczne jest zwiększenie środków wydawanych na ten cel oraz ich koordynacja na poziomie krajowym oraz wojewódzkim. Konieczna jest tu ścisła współpraca ministra zdrowia, NFZ i samorządów, a także lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (których nazywamy **lekarzami odpowiedzialnymi** za pacjenta). Z pewnością zwiększeniu powinna ulec liczba przeprowadzanych programów z zakresu screeningu onkologicznego czy chorób układu krążenia, a także promowanie zdrowego stylu życia i odżywiania się (np. poprzez zatrudnianie dietetyków czy specjalistów zdrowia publicznego w jednostkach POZ, o czym niżej). Konieczne jest też wprowadzenie programów z zakresu zapobiegania upadkom dla seniorów, zwalczania otyłości u dzieci, młodzieży i dorosłych, profilaktyki zakażeń czy schorzeń narządu ruchu. Trzeba też poprawić program zdrowia prokreacyjnego czy reaktywować narodowy program ochrony antybiotyków.

Czynnikiem wpływającym na wynagrodzenie lekarzy odpowiedzialnych powinien być współczynnik uczestnictwa ich pacjentów w programach polityki zdrowotnej. **Temu celowi będą służyć indywidualne plany opieki nad pacjentem opracowywane przez lekarzy rodzinnych.** Taki plan powinien obejmować m.in. regularne badania profilaktyczne, uczestnictwo w programach profilaktycznych, zalecenia dotyczące stylu życia, wizyty u specjalistów. W przypadku braku historii wcześniej wykonanych przez pacjenta badań laboratoryjnych, powinien zostać wykonany „powitalny” panel

badań diagnostycznych (zakładamy, że wszystkie wcześniejsze dane medyczne pacjenta znajdują się w jego IKP). W czasie kolejnych wizyt plan opieki powinien być realizowany według pierwotnego założenia lub w uzasadnionych sytuacjach podlegać modyfikacji. Jest to szczególnie ważne w przypadku przejęcia opieki nad osobą chorą przewlekle.

Każdy obywatel w wieku 40, 50 oraz 60 lat będzie zapraszany na „generalne bilanse zdrowia” obejmujące szereg wykonywanych w „szybkiej ścieżce” badań diagnostycznych oraz, jeśli będzie to potrzebne, konsultacje specjalistyczne. „Bilans” w wieku lat 50 powinien być dedykowany profilaktyce onkologicznej. Z kolei „bilans” w wieku lat 60 powinien stanowić początek regularnego monitorowania zdrowia seniora. „Bilanse” swoich pacjentów koordynować powinni lekarze odpowiedzialni. Udział w nich byłby dobrowolny, jednak jego uczestnicy mogliby płacić niższe składki zdrowotne niż ci obywatele, którzy takiego udziału odmawiają. Podstawowe badania laboratoryjne (morfologia, badanie ogólne moczu, glukoza, lipidogram, OB) powinny być okresowo wykonywane przez wszystkich obywateli, którzy wyrażają taką wolę.

Ważną rolę w systemie profilaktyki powinny odgrywać samorządy z uwagi na to, że są one odpowiedzialne za organizację oświaty na swoim terenie. Szczególną rolę w zakresie profilaktyki zdrowia psychicznego może odegrać zreformowany system środków z opłat za wydanie zezwoleń na obrót detaliczny napojami alkoholowymi, którym dysponują gminy. Jest to fundusz celowy, który może być przeznaczony przez gminy na ściśle określone działania przewidziane w gminnych programach profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz programach przeciwdziałania narkomanii. System ten jest z założenia słuszny, wymaga jednak reformy z uwagi na wskazywane w raportach NIK nieprawidłowości w wydatkowaniu tych środków przez niektóre gminy, zbyt wąską lub zbyt szeroką interpretację organów nadzorczych, rozbieżność pomiędzy dwiema ustawami, która *de facto* uniemożliwia

budowanie długoterminowej profilaktyki na okres dłuższy niż w horyzoncie jednorocznym.

Postulowane zmiany wynikałyby z szerszego i holistycznego podejścia do profilaktyki uzależnień jako działań z obszaru wzmacniania zdrowia i dobrostanu psychicznego. Badacze bowiem często wskazują, że młodzież czy osoby dorosłe, szczególnie żyjące w tzw. obszarach zdegradowanych czy miejskich enklawach biedy, używają środków psychoaktywnych do samoleczenia związanego z permanentnym stresem i brakiem dostępu do opieki zdrowotnej. Problemy psychiczne są często ściśle związane z problemami społecznymi, na które narażone są osoby ze środowisk defaworyzowanych. Z tego powodu w pierwszym rzędzie należałoby ujednoczyć dwa odrębne obecnie systemy (profilaktyki alkoholowej i narkotykowej), jak i interpretacje organów nadzorczych. Trzeba więc zintegrować ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii i ustawę o wychowaniu w trzeźwości i zwiększyć zakres działań możliwych do realizacji przez jeden zintegrowany program na profilaktykę zdrowia psychicznego. **Zarazem należy połączyć Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych i Krajowego Biura Do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii oraz nadanie nowej instytucji takich kompetencji normatywnych i kontrolnych, aby wydawane przez nią wytyczne i interpretacje były wiążące dla gmin, wojewodów i RIO. Trzeba też umożliwić tworzenie przez gminy programów wieloletnich ramowych,** których celem byłoby skoordynowanie działań w dłuższym niż roczny horyzoncie czasowym. Dotychczas funkcjonujące programy rekomendowane powinny być przejrzane i zaktualizowane pod kątem ich skuteczności i dostępności. Zewalutować należy zwłaszcza programy dotyczące profilaktyki przez sport. Należy również unormować prawnie status psychoterapeuty uzależnień.

Zmiany wymaga również obecny system leczenia uzależnień, tradycyjnie w Polsce zdominowany przez terapie

wysoko progowe z niewielkim dodatkiem terapii substytucyjnych w kierunku dopasowanych do indywidualnych warunków terapii opartych na dowodach naukowych. Sytuację pogarsza jeszcze fakt, że uzależnienie nie są postrzegane w szerszej recepcji społecznej jako choroba, a wina czy nadmierne uleganie przyjemnościom. W szerszym kontekście potrzebne jest całościowe spojrzenie na sytuację osób uzależnionych, które zwykle mają również szereg innych problemów psychicznych, zdrowotnych, mieszkaniowych oraz zaburzone relacje społeczne. Docelowo konieczne wydaje się stworzenie spójnego systemu z przyporządkowanymi rolami systemu ochrony zdrowia i działań gminy, ukierunkowanego na jak najlepsze funkcjonowanie osób uzależnionych w społeczeństwie, ich samodzielność i redukcję szkód.

2. Pacjent - na pierwszym miejscu.

System opieki zdrowotnej w Polsce jest pofragmentowany a każdy poziom działa niezależnie. Zagubiony pacjent, pozbawiony stałej opieki, krąży między sektorami, nie otrzymując skoordynowanej pomocy. Naszym nadrzędnym celem jest to zmienić. Kluczową rolę w systemie ochrony zdrowia powinien odgrywać „lekarz odpowiedzialny” za pacjenta. Powinien nie tylko sprawować nad nim regularną opiekę (w ramach wspomnianego „indywidualnego planu opieki”), ale także być jego „przewodnikiem” po systemie i „koordynatorem” jego leczenia. Aby tak się stało, konieczne są zdecydowane zmiany obecnej struktury POZ. Lekarze odpowiedzialni powinni stopniowo zajmować się mniejszą liczbą pacjentów. Obecnie mogą mieć pod opieką maksymalnie 2,5 tysiąca osób, ta liczba powinna sukcesywnie się zmniejszać nawet do 1,5 tysiąca, w miarę reformowania systemu. Zmianie musi ulec sposób ich wynagradzania – oprócz stawki kapitacyjnej powinny zostać również wprowadzone elementy wynagrodzenia **za osiągnięty efekt zdrowotny w objętej opiece lekarza odpowiedzialnego populacji oraz w zależności od potrzeb zdrowotnych**

pacjentów, którymi się opiekuje oraz realizacji ich indywidualnych planów opieki. Lekarz odpowiedzialny powinien mieć rozszerzone możliwości diagnostyki i leczenia.

Oczywiście tak daleko idące reformy nie mogą zostać przeprowadzone bez zmiany form współpracy między lekarzem odpowiedzialnym a specjalistami, pielęgniarkami, dietetykami, fizjoterapeutami, specjalistami zdrowia publicznego i innymi przedstawicielami zawodów medycznych. Lekarz odpowiedzialny znacznie mniej czasu powinien spędzać na wszelkich czynnościach administracyjnych (tu kluczowe jest wsparcie sekretarki czy asystentki medycznej), a także np. na odbieraniu wywiadu medycznego. Kluczowa powinna być rola pielęgniarki – każda wizyta w POZ powinna zaczynać się od pielęgniarskiego „triage’u”. Taka wstępna rozmowa, oprócz poznania zdrowotnej przyczyny wizyty powinna przebiegać w połączeniu z oceną stosowania wcześniej wydanych zaleceń z zakresu profilaktyki lub uprzedzeniem o jej potrzebie i umówieniem wizyty w celu uruchomienia działań profilaktycznych. Podczas porady pielęgniarka powinna zweryfikować wykonanie dotychczasowych zaleceń, przekazać zalecenia własne, wystawić receptę na leki, których przepisanie pozostaje w jej gestii i wystawić zwolnienie na pierwsze dni łagodnej choroby. To bezpieczna i zasadna metoda postępowania, nie ma przecież potrzeby, żeby chorzy np. z przeziębieniem musieli trafiać bezpośrednio do lekarza POZ. W okresie infekcyjnym największa ilość porad wiąże się z koniecznością wystawienia zwolnienia na kilka dni i zalecenia przyjmowania leków stosowanych w przeziębieniu.

Oprócz tego lekarz odpowiedzialny powinien ściśle współpracować ze specjalistami. Trzeba zapewnić możliwość odbywania konsultacji ze specjalistami, za pomocą szyfrowanych łączy czy telekonsultacji, zoptymalizować proces leczenia pacjenta. W sytuacji, w której lekarz odpowiedzialny stwierdzi, że badanie i/lub specjalistyczna konsultacja są konieczne, **pacjent ze skierowaniem powinien automatycznie zostać**

przekierowany do odpowiedniego specjalisty bez konieczności samodzielnego zapisywania się „do kolejki”.

W zadaniach koordynacji opieki nad pacjentem i prowadzenia go przez system powinien lekarz wspierać specjalista zdrowia publicznego zatrudniony w każdym POZ. Ten specjalista powinien znaleźć właściwy termin wizyty pacjenta, w możliwie najbliższej lokalizacji, szpitalu, czy pracowni diagnostycznej. Czas oczekiwania na kolejną konsultację lub badanie powinien zależeć od wskazań medycznych. Taki system będzie oczywiście oznaczał konieczność znaczącego usprawnienia już funkcjonujących narzędzi cyfrowych, w tym Indywidualnych Kont Pacjenta, oraz budowy nowych. Lekarz odpowiedzialny powinien móc śledzić w czasie rzeczywistym postępy leczenia i zalecenia specjalistów dla swojego pacjenta.

Takie zmiany będą oczywiście wymagały instytucjonalnego „przemeblowania” systemu w kierunku jego większej spójności. Proponujemy dwa sposoby na osiągnięcie tego celu. Pierwszym z nich jest utworzenie tzw. „KomPOZ” czyli Kompleksowej Podstawowej Opieki Zdrowotnej. System KomPOZ polegałby na zawieraniu trwałych umów o współpracy między lekarzem POZ a np. lekarzami specjalistami, laboratoriami medycznymi, fizjoterapeutami, psychologiem, dietetykiem, farmaceutą czy przedstawicielami innych zawodów medycznych i specjalistami zdrowia publicznego. Skutkiem skoordynowania i stałej współpracy tych podmiotów byłoby zapewnienie stabilności procesu leczenia i skrócenie czasu oczekiwania na niezbędne konsultacje czy procedury diagnostyczne. Stała współpraca między POZ a specjalistami umożliwiłaby także bieżące monitorowanie przez lekarzy specjalistów efektów działań prewencyjnych i profilaktycznych (np. w zakresie cukrzycy czy chorób serca) prowadzonych przez lekarza rodzinnego.

Nowa instytucja, którą planujemy utworzyć, to Lokalne Domy Zdrowia. LDZ będą tworzone przez samorządy powiatowe lub miasta na prawach powiatu i prowadzone bądź w formie publicznoprawnej (samodzielnym publicznych zakładów opieki

zdrowotnej) bądź prywatnoprawnej (spółki prawa handlowego z udziałami samorządów i podmiotów prywatnych). LDZ mogłyby funkcjonować na terytorium jednego lub kilku powiatów. Stanowiłyby nowe, brakujące ogniwo w systemie opieki zdrowotnej. Ich zadaniem byłoby **łączenie pod jednym „dachem” instytucjonalnym następujących świadczeń opieki zdrowotnej:** praktykę lekarza odpowiedzialnego (POZ) i poradnie specjalistyczne, nocną i świąteczną pomoc lekarską, Zespół Ratownictwa Medycznego typu POZ (nowa instytucja), biuro koronera oraz pracownie diagnostyczne i punkt pobrania materiału na badania laboratoryjne. Dodatkowo (w zależności od kadrowych i organizacyjnych możliwości powiatu) Domy mogłyby obejmować m.in. ambulatoria chirurgiczne, opiekę rehabilitacyjną (w tym pokowidową) oraz paliatywną.

Lokalne Domy Zdrowia w takiej strukturze powinny odciążać obciążone szpitalne oddziały ratunkowe (SOR), dokąd dziś trafiają osoby pozbawione łatwo dostępnej i kompleksowej opieki na niższym poziomie systemu. Utworzenie Domów w powiatach i miastach na prawach powiatu z zadaniami dodatkowego ogniwa pomiędzy opieką podstawową a SOR byłoby odniesieniem się do sprawdzonej funkcji pełnionej przez norweski LEGEVAKT. (Jest to instytucja lekarza gminnego z zapleczem diagnostycznym do udzielania świadczeń lekarskich i pielęgniarskich, czynna całą dobę przez 7 dni w tygodniu. LEGEVAKT zastępuje działanie lekarza rodzinnego, gdy jego gabinet jest nieczynny. Ma szerokie kompetencje proceduralne i diagnostyczne.)

Bazą dla Domów mogą być niektóre dzisiejsze szpitale powiatowe, których zadania w przyszłości zostaną zredefiniowane, nieliczne już przychodnie prowadzone przez samorządy, ale także nowo tworzone instytucje. Odpowiednia infrastruktura powinna zostać wyremontowana i przystosowana do nowych zadań, również do przekształcenia w ośrodki przyjmujące osoby z podejrzeniem o choroby zakaźnej w przypadku nawrotu lub pojawienia się nowego typu pandemii.

Aby wdrożyć tak zaawansowaną reformę, konieczne jest zwiększenie liczby specjalistów medycyny rodzinnej. W tym celu proponujemy tworzenie systemu zachęt do podejmowania tej specjalizacji, zwiększenie wynagrodzeń lekarzy kształcących się w tym kierunku, zwiększenie możliwości uzyskiwania przez lekarzy specjalistów medycyny rodzinnej specjalizacji szczegółowych (np. geriatrici, endokrynologii, gastroenterologii) czy dodatkowych umiejętności – np. wykonywania badań USG co będzie źródłem ich dodatkowych przychodów w przyszłości. Przy kształceniu kadr medycznych dla POZ dużą rolę powinny odgrywać stypendia fundowane przez gminy czy powiaty, w zamian za ich odpracowanie na terenie danej jednostki samorządu. Władze centralne powinny również przewidzieć wsparcie w tym zakresie dla uboższych jednostek samorządu terytorialnego.

3. Leczenie musi być dostępne. Odciążyc specjalistów i szpitale

Szpitale są najdroższym elementem systemu ochrony zdrowia, powinni tam trafiać jedynie chorzy, którzy nie mogą być skutecznie leczeni w trybie ambulatoryjnym. Tymczasem cała obecna organizacja opieki zdrowotnej opiera się właśnie na szpitalnictwie zamiast na profilaktyce, POZ czy specjalistycznej opiece ambulatoryjnej. Wiele lat temu ta swoista „piramida świadczeń medycznych” została w swojej organizacji odwrócona i wszystkie kolejne rządy tę nieprawidłową sytuację akceptowały. Nie inaczej jest dzisiaj. Polska wciąż pozostaje wśród liderów wśród krajów europejskich, jeśli chodzi o liczbę łóżek szpitalnych i proporcjonalny udział środków na leczenie szpitalne w całości wydatków na zdrowie. Niestety przy szpitalnych łóżkach często nie ma komu stać... Tę „piramidę” chcemy z powrotem postawić na nogi, czemu służą propozycje reform opieki rodzinnej, specjalistycznej i wprowadzenie Lokalnych Domów Zdrowia. Kolejki do lekarzy specjalistów mierzone w miesiącach, a czasem i latach stały się symbolem niedomagań systemu opieki zdrowotnej. Przyczyn długiego oczekiwania na konsultację jest wiele, jak choćby niedobór lekarzy specjalistów, zbyt wąskie uprawnienia i kompetencje lekarzy POZ, za niska wycena porad specjalistycznych. Ponadto wciąż obowiązują limity na świadczenia specjalistyczne. Te liczne problemy domagają się systemowych rozwiązań. Aby złagodzić, a docelowo rozwiązać problemy opieki specjalistycznej, proponujemy reformę podstawowej opieki zdrowotnej i wprowadzenie instytucji Lokalnych Domów Zdrowia. Oprócz tego konieczne jest także **pilnie odciążenie lekarzy specjalistów od licznych zadań administracyjnych**, które obecnie wypełniają, poprzez zapewnienie profesjonalnej pomocy sekretarek medycznych oraz usprawnienie programów obsługujących gabinety (gabinet.gov.pl) i zmniejszenie zadań biurokratycznych

przerzucanych na lekarzy, a także zapewnienie im w miejscu pracy sprzętu do szybkiego wykonywania badań (np. USG).

W ramach reformy finansowania systemu należy stopniowo znosić limity na porady specjalistyczne (zmiana już wprowadzona w niektórych dziedzinach), a także urealnić ich wycenę. Obecnie tego typu świadczenia są wycenione często znacznie poniżej 100 zł, co jest stawką zupełnie nieporównywalną do stawek rynkowych. Żenująco niska wycena implikuje wykonywanie badań nie z powodu potrzeby klinicznej, ale finansowej (bardzo negatywnie należy ocenić fakt, że z zasady procedura z badaniem jest niewspółmiernie wyżej wyceniona niż sama porada). Wycena świadczeń AOS w sektorze publicznym musi więc zostać urealniona. W przypadku konsultacji specjalistycznych w ramach KomPOZ lub Lokalnych Domów Zdrowia, konsultacje kompleksowe odbędą się po wykonaniu przez chorego koniecznych badań diagnostycznych i zreferowaniu stanu chorego przez lekarza POZ. Wycena świadczenia powinna zatem zbliżyć się do wartości świadczenia, realizowanego w sektorze prywatnym. Powinna wynosić minimum 60 proc. stawki lekarzy bez tytułu naukowego w prywatnym sektorze.

Z punktu widzenia pacjenta czekającego w kolejce do lekarza specjalisty ważny jest zakres gwarantowanego koszyka świadczeń zdrowotnych oraz realnie gwarantowany standard dostępu do tych świadczeń. **Najważniejszym wskaźnikiem jest maksymalny czas oczekiwania na konkretne świadczenie. Dobrym wzorcem jest szwedzki standard 0-7-90-90, ustalający maksymalny czas oczekiwania na dostęp do kolejnych etapów świadczeń medycznych** (kontakt telefoniczny z lekarzem odpowiedzialnym – natychmiastowo, czyli 0 dni; wizyta u niego w ciągu 7 dni; wizyta u lekarza specjalisty w ciągu 90 dni; rozpoczęcie leczenia specjalistycznego w ciągu 90 dni od postawienia rozpoznania). Wprowadzenie standardu spowodowało w krótkim czasie znamienne ograniczenie średnich czasów oczekiwania na dostęp do

świadczeń prezentowanego typu. Dla określonych dyscyplin świadczeń standard może być skrócony (np. leczenie onkologiczne czy leczenie psychiatryczne). Osoby, które nie otrzymają odpowiednich świadczeń w terminie, powinny mieć prawo ich realizacji w systemie prywatnym, z pełnym zwrotem kosztów przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Standard taki oczywiście musi być wprowadzany stopniowo, wraz z poprawą dostępności świadczeń w systemie publicznym.

Dodatkowo w każdym publicznym szpitalu proponujemy utworzenie oddziałów Skoordynowanej Opieki Ambulatoryjno-Szpitalnej, tzw. „szpitali dziennych”. Byłyby to jednostki dziennego pobytu, które można też nazwać oddziałami działań ambulatoryjnych. Oddział taki miałby do zrealizowania dwa główne cele. Po pierwsze, specjalistyczne wsparcie lekarzy odpowiedzialnych w celu wykonywania świadczeń „ambulatoryjnych” przy wykorzystaniu sił i środków szpitala, w merytorycznie i diagnostycznie trudnych przypadkach oraz w sytuacjach uzasadnionych stanem pacjenta. Po drugie, realizacja świadczeń z zakresu medycyny „jednego dnia” w zakresie każdej dostępnej w szpitalu „specjalistyki”, będącej przedmiotem umowy z płatnikiem. Jednostki KomPOZ i Lokalne Domy Zdrowia podpisywałyby w tym celu specjalne umowy ze „szpitalami dziennymi”. Skierowanie na konsultację w trybie stacjonarnym u lekarza specjalisty w trybie „szpitala dziennego” mogłoby odbywać się w trakcie telekonsultacji między lekarzem odpowiedzialnym a lekarzem specjalistą, w oparciu o badanie lekarskie i diagnostykę wstępną, którą lekarz odpowiedzialny w ramach swoich możliwości wykonał. To lekarz specjalista zatrudniony w szpitalu nadawałby stopień pilności konsultacji pacjenta. To on decydowałby, czy mamy do czynienia z przyjęciem w trybie pilnym, czy też termin konsultacji można odroczyć o np. 90 dni. Co ważne, wszystkie kwestie proceduralne odbywałyby się bez udziału pacjenta. W ramach jednostek tego typu można by rozwinąć również dzienne oddziały geriatryczne. Trafialiby do nich pacjenci geriatryczni kierowani po zakończeniu

„tradycyjnej” hospitalizacji. **W ramach pobytu w szpitalu dziennym świadczona byłaby opieka medyczna, pielęgniarska oraz rehabilitacja. Głównym celem pobytu w szpitalu dziennym byłaby rehabilitacja w celu poprawy sprawności pacjentów umożliwiające funkcjonowanie w środowisku domowym.**

Uważamy, że niezbędnym elementem reformy jest **zmiana systemu specjalizacji lekarskich, poprzez m.in. skrócenie czasu niektórych specjalizacji**, umożliwienie szybszego nabywania drugiej specjalizacji, intensywne wspieranie lekarzy wybierających specjalizacje deficytowe i strategiczne.

Konieczne są również zmiany w zarządzaniu strukturą szpitali. W kompleksowym raporcie o stanie systemu ochrony zdrowia w Polsce wydanym w 2019 roku, Najwyższa Izba Kontroli wskazała na konieczność skoordynowania własności szpitali – w raporcie zaproponowano, aby funkcję tę przejęły samorządy wojewódzkie. Zwrócono bowiem uwagę, że samorządy powiatowe nie współpracują ze sobą w zakresie koordynacji świadczeń w „swoich” szpitalach, jak również z powodu (niezawinionej przez nie) złej sytuacji budżetowej, nie są w stanie zapewnić świadczeń na odpowiednim poziomie. Uważamy, że kierunek wskazany w raporcie NIK jest słuszny i postulujemy skoordynowanie własności szpitali samorządowych w rękach samorządu województwa. Jednocześnie samorządy powiatowe powinny pozostać silnie zaangażowane w system ochrony zdrowia jako podmioty prowadzące lub organizujące Lokalne Domy Zdrowia. Operacja zmiany struktury właścicielskiej szpitali powinna być powiązana z ich oddłużeniem przez budżet państwa (co byłoby naszym zdaniem realizacją wyroku TK z 2019 roku) – z jasnym wszakże wskazaniem, że ma ono miejsce ostatni raz – kolejne tego typu akcje nie będą konieczne, jeśli wdroży się reformę wyceny świadczeń medycznych. Docelowo należy także zrezygnować (poza wybranymi specjalizacjami takimi jak psychiatria, gdzie system ten odniósł pozytywne skutki) z ryczałtowego finansowania szpitalnictwa.

Wcześniej jednak konieczna jest reforma wyceny świadczeń (o której piszemy niżej).

Jesteśmy również gorącymi zwolennikami decentralizacji administracyjnego, centralnie zarządzanego molocha, jakim stał się NFZ. Uważamy, że konieczne jest przekazanie „pakietu większościowego” w Radach oddziałów NFZ samorządom wojewódzkim i powiatowym. Bez zgody ich przedstawicieli nie powinno być możliwe powoływanie i odwoływanie dyrektora oddziału NFZ ani przyjmowanie jego rocznego planu finansowego.

W reformie szpitalnictwa kluczowe znaczenie będzie miała także reforma systemu wyceny świadczeń opieki zdrowotnej. Obecny „procedurowy” system, który zakłada finansowanie przez NFZ każdej procedury medycznej oddzielnie, prowadzi do gorszących patologii takich jak żonglowanie różnymi wycenami dla tej samej procedury i kluczową rolę grupera, który kwalifikuje różne świadczenia do określonych kategorii. Medycyna, w której dla szpitala osobą ważniejszą od dobrego lekarza specjalisty staje się koder skuteczny w finansowym klasyfikowaniu wykonanych procedur medycznych, przestaje być medycyną. Podobnie jest z obowiązkiem położenia pacjentów ambulatoryjnych do szpitalnego łóżka na kilka dni, czy przy procedurze rehabilitacyjnej przetrzymywanie bez uzasadniania pacjenta w oddziale przez odpowiednio długi czas, żeby możliwe było korzystne rozliczenie wykonanej procedury. Jako przykład możliwej zmiany należy wskazać wprowadzenie zasady opłaty za zabieg obustronny w wysokości 1,5 krotności zabiegu jednostronnego (np. obustronna przepuklina pachwinowa). Oszczędzamy zarówno na koszcie procedury oraz na zdublowaniu kosztów pobytu w szpitalu. W przypadku prostej współchorobowości proponujemy płatność w wymiarze 100 proc. należności za procedurę chirurgiczną (jako droższą) i 50 proc. należności za procedurę internistyczną. Sytuacją kuriozalną jest na przykład finansowanie przez NFZ chorych przyjmowanych

w trybie ostrym np. z udarem mózgu i hospitalizowanych na oddziałach specjalistycznych innych niż neurologiczny czy chorób wewnętrznych, w sytuacji gdy na ww. oddziałach nie było wolnych miejsc. W takich przypadkach NFZ za hospitalizację chorego w ciężkim stanie płaci minimalną stawkę.

4. Trzeba wesprzeć najsłabszych

4.1. Opieka długoterminowa paliatywna

W Polsce w placówkach opieki długoterminowej przebywa około 0,7 proc. osób starszych, podczas gdy na przykład w Szwecji wskaźnik ten wynosi 7,2 proc. Również wydatki na opiekę długoterminową w Polsce należą do najniższych w Unii Europejskiej. Tymczasem prognozy demograficzne są dramatyczne – polskie społeczeństwo należy do najszybciej starzejących się społeczeństw świata. Co więcej, narasta problem otępienia starczego, nieznana jest także liczba osób z otępieniem będącym wynikiem powikłań po COVID-19. Te wszystkie czynniki sprawiają, że znacząco wzrośnie zapotrzebowanie na świadczenia opieki długoterminowej w Polsce. Nierozwiązanym do tej pory problemem jest przedłużona hospitalizacja chorych u których uzyskano stabilizację stanu zdrowia, ale nie można ich wypisać do domu ze względu na warunki mieszkaniowe i samotność lub brak opieki czy zainteresowania ze strony rodziny. Przewlekłe chorzy powinni być przenoszeni do ośrodków opieki długoterminowej, nie blokując dostępu do leczenia chorym w stanie nagłego pogorszenia stanu zdrowia. Proponujemy poprawę koordynacji działań między sektorem zdrowotnym i opieki społecznej. Byłoby to możliwe przez **połączenie ministerstw zdrowia i opieki społecznej lub znaczące usprawnienie współpracy między nimi, np. poprzez utworzenie odpowiednich i współpracujących departamentów**. Rozdział resortów zdrowia i pomocy społecznej w Polsce spowodował istotne pogorszenie współpracy zespołu opieki środowiskowej (lekarz, pielęgniarka, pracownik socjalny) nad osobami starszymi. Niezbędna jest też lepsza współpraca pomiędzy lekarzami POZ a jednostkami samorządu terytorialnego odpowiedzialnymi za opiekę i pomoc społeczną – sprzyjać temu będzie z pewnością utworzenie Lokalnych Domów Zdrowia.

Niezbędne jest wspieranie **programu opieki w miejscu zamieszkania**. Ważną i wartą wspierania przez samorządy inicjatywą w tym zakresie jest np. mieszkalnictwo wspomagane (uwzględniające zróżnicowanie niepełnosprawności) a także uatrakcyjnienie zawodu opiekuna medycznego, których deficyt określany jest obecnie na około 100 tysięcy osób. Rekomendujemy zwiększenie finansowania opieki długoterminowej poprzez wprowadzenie stałego źródła finansowania (wyasygnowanie specjalnej puli środków w budżecie płatnika na ten cel oraz wprowadzenie dodatkowego ubezpieczenia pielęgnacyjnego, które dawać będą obywatelom dodatkową ochronę ubezpieczeniową w zakresie opieki pielęgnacyjnej).

Proponujemy wprowadzenie obowiązku uzyskania zgody władz wojewódzkich na działalność przez placówki niepubliczne prowadzące opiekę długoterminową z jednoczesnym zapewnieniem ustalonych standardów opieki. **Rekomendujemy także stworzenie w każdym województwie ośrodków opieki długoterminowej stacjonarnej, przejmujących w trybie „szybkiej ścieżki” osoby długotrwale hospitalizowane i nie wymagające już intensywnego leczenia czy diagnostyki, niekwalifikujące się do wypisu do domu. W takim ośrodku osoby przewlekle chore przebywałyby** do czasu zorganizowania dla nich miejsca w DPS czy ZOL. Za organizację i prowadzenie takich ośrodków odpowiedzialny powinien być Oddział Wojewódzki NFZ we współpracy z samorządem wojewódzkim.

Według raportu NIK z 2019 roku, głównymi problemami opieki paliatywno-hospicyjnej w Polsce jest brak strategii krajowej, integracji z publicznym systemem opieki zdrowotnej, a także zbyt niska wycena świadczeń. Postulujemy w związku z tym poszerzenie listy chorób kwalifikujących się do opieki, gdyż obecnie blisko 90 proc. pacjentów objętych tą opieką to pacjenci onkologiczni. Rekomendujemy również zniesienie limitowania świadczeń opieki paliatywno-hospicyjnej oraz ujednoczenie

dostępu do opieki paliatywno-hospicyjnej bez względu na miejsce zamieszkania, mając na uwadze dysproporcje w opiece pomiędzy terenami wiejskimi i miejskimi, jak również pomiędzy mieszkańcami poszczególnych województw sięgające nawet 80 proc. W tym celu konieczna jest aktywna współpraca między NFZ a odpowiednimi samorządami.

4.2. Obszary szczególnych wyzwań

Pandemia COVID-19 unaoczniała nam ze szczególną mocą, jak bardzo potrzebna jest zasadnicza zmiana i poprawa funkcjonowania wielu dziedzin medycyny. „Zatykanie się” systemu ratownictwa medycznego i SOR-ów pokazało konieczność zasadniczego ich przeorganizowania. Tragiczna liczba tzw. „zgonów nadmiarowych” wśród ludzi starszych postawiła na ostrzu noża konieczność rozwoju opieki geriatrycznej. Zaś epidemia depresji i innych problemów psychicznych wśród dzieci, młodzieży i dorosłych jeszcze bardziej alarmująco zwraca uwagę na zapaść psychiatrii i wsparcia psychologicznego. Oprócz tego do rangi wielkiego problemu, nie tylko w kontekście epidemicznym, urasta kwestia zdrowia publicznego i zapobiegania chorobom.

Ratownictwo medyczne

O pogłębiających się problemach systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne (PRM) wiemy od dawna. Ich wizerunkową emanacją jest dramatyczna sytuacja obserwowana w szpitalnych oddziałach ratunkowych (SOR). Brakuje lekarzy medycyny ratunkowej, pielęgniarek ratunkowych, ratowników medycznych, do nagłych zachorowań przy braku karettek wyjeżdżają strażacy, karetki z chorymi muszą pokonywać dziesiątki kilometrów w poszukiwaniu wolnego miejsca w szpitalu, a w tym samym czasie szpitale tymczasowo leczą nielicznych. System PRM chyli się ku upadkowi, a Rząd, Ministerstwo Zdrowia nie reagują. Pandemia bez wielkiego trudu i w tragiczny sposób obnażyła bezsilność i bezradność

rzządzających wobec sytuacji kryzysowej. Przygotowaliśmy obszerny i szczegółowy program naprawy systemu PRM oraz stworzenia w naszym kraju prawdziwego i profesjonalnego zarządzania kryzysowego, które okaże się skuteczne wtedy, gdy zabraknie prądu, w czasie dowolnej katastrofy czy w przypadku pandemii.

Tylko uczynienie medycyny ratunkowej specjalizacją modułową może zachęcić młodych lekarzy do wyboru tej specjalizacji i to proponujemy. Trzeba wprowadzić przepisy stanowiące, że ordynatorem / lekarzem kierującym w SOR może być wyłącznie lekarz ze specjalizacją medycyna ratunkowa. Dalsze odraczenie w czasie tej decyzji będzie prowadziło do całkowitego upadku tej specjalizacji. Obecność pielęgniarek ratunkowych w systemie PRM jest niezbędna. Proponujemy przywrócić rzeczywistych możliwości specjalizowania się z pielęgniarstwa ratunkowego. Przyszłość systemu PRM to karetki bez lekarza. Dla zachowania możliwości udzielania skutecznej pomocy przez ZRM, w których już niedługo pozostaną sami ratownicy medyczni, konieczne jest określenie zasad i formy kształcenia podyplomowego ratowników medycznych przez wyznaczenie ścieżek rozwoju zawodowego ratowników medycznych w systemie PRM.

W prowadzonej dyskusji dotyczącej organizacji i finansowania systemu PRM w Polsce proponujemy uwzględnić zasadę gwarantowanego finansowania ratownictwa rozumianego jako całość. Z tego samego źródła (budżet Państwa) powinna być finansowana część przedszpitalna systemu (ZRM) i wczesnoszpitalna (SOR oraz zadania realizowane na poziomie SOR w ramach centrum urazowego, centrum urazowego dla dzieci i centrum udarowego).

Proponujemy wprowadzenie obowiązku kategoryzacji SOR w oparciu o posiadane możliwości diagnostyczno-terapeutyczne szpitala, posiadaną kadrę oraz uprawnienia do szkolenia przed- i podyplomowego. Proponujemy też, aby oddziały ratunkowe przestały być identyfikowane jako kolejny oddział

szpitala. SOR powinien pozostać zadaniowo niezależną od szpitala jednostką systemu PRM. Ze szpitalem łączyłyby w dalszym ciągu finansowanie i podległość służbowa.

Z uwagi na braki kadrowe proponujemy rezygnację z zespołów ratownictwa medycznego typu specjalistycznego tj. z lekarzem (ZRM-S) i zastąpienie ich zespołami ZRM typu P (sami ratownicy medyczni) oraz mniej licznymi zespołami systemu „rendez-vous” (na miejsce zdarzenia/zachorowania jedzie zespół z ratownikami, w przypadku koniecznej pomocy lekarz w drugiej karetce lub w uprzywilejowanym samochodzie osobowym wzywany jest „na spotkanie”). Planując wsparcie niewydolnej obecnie nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej proponujemy uruchomienie nowego zespołu wyjazdowego (ZRM POZ), dwuosobowego (lekarz i ratownik kierowca), lub jednoosobowego (sam lekarz), udzielającego pomocy w miejscu zamieszkania chorego.

Geriatrya

Stopniowe wydłużanie przewidywanego trwania życia, niskie współczynniki dzietności oraz migracje zagraniczne (dotyczące głównie osób młodych) sprawiają, że starzenie populacji polskiej postępuje w sposób bardzo dynamiczny. Wykazywana w bieżących bilansach ludności liczba osób w wieku 80 lat i więcej – ponad 1,5 mln w 2020 r., wzrośnie w 2050 r. do poziomu ponad 3,5 mln. W świetle tych danych oczywiste jest, że rozwój geriatry jest pożądany zarówno ze względów społecznych, jak i etycznych. Jest także korzystny ekonomicznie, jako że specjalistyczna opieka medyczna nad pacjentami geriatrycznymi przynosi wydłużenie okresu względnie dobrego stanu ich zdrowia, poprawę sprawności, odciążając system opieki zdrowotnej, zapewniając racjonalizację wydatków na świadczenia opieki zdrowotnej i na farmakoterapię. Tymczasem dostęp seniorów do świadczeń w zakresie geriatry jest w Polsce marginalny. W 2016 r. na jednego lekarza geriatrę przypadało 55 tys. osób w wieku 60+. Obecnie w Polsce czynnie wykonuje

zawód mniej niż 500 geriatrów! Dodatkowo, być może nawet ważniejszym problemem niż niedobór geriatrów, jest w Polsce niedobór pielęgniarek i opiekunów medycznych.

Wskazane jest zatem umożliwienie lekarzom specjalistom w dziedzinach pokrewnych geriatrici (choroby wewnętrzne, medycyna rodzinna) występowanie do Ministra Zdrowia o wydanie decyzji o uznaniu dorobku zawodowego lekarza za równoważny ze zrealizowaniem programu właściwego szkolenia specjalizacyjnego, pod warunkiem przystąpienia do trwającego jeden rok skróconego szkolenia specjalizacyjnego zakończonego egzaminem specjalizacyjnym oraz zwiększenie zarobków specjalistów geriatrów i osób w trakcie specjalizacji o co najmniej 20 proc., aby ta priorytetowa specjalizacja przestała być priorytetowa tylko z nazwy.

Należy bezwzględnie dążyć do takiego systemu zachęt, głównie finansowych, które skutkować będą zwiększeniem liczby absolwentów na kierunkach pielęgniarskich, a także sprawią, że wykształcone w kraju pielęgniarki nie będą emigrować „za pracą” poza jego granice. W kwestii pielęgniarstwa geriatrycznego proponujemy wprowadzenie dodatków specjalizacyjnych.

Niezbędne jest wsparcie dla kształcenia w zawodzie opiekun medyczny, z zachowaniem odrębności zawodowej i niekonfliktowaniu kompetencji z pielęgniarstwem. W ramach systemu KomPOZ i Lokalnych Domów Zdrowia, **konieczne jest tworzenie Poradni Wieku Dojrzałego**. Trzeba również rozwijać tele-medyczną opiekę domową z wykorzystaniem narzędzi teleinformatycznych w środowisku domowym seniorów oraz tworzyć, wzorowane na rozwiązaniach zachodnich, dzienne szpitale geriatryczne, jako tańsze wsparcie/alternatywę dla zakładów opiekuńczo-leczniczych i oddziałów rehabilitacji.

Psychiatria

Zaburzenia psychiczne są w Polsce poważnym i narastającym problemem. Coraz częściej traktowane są jako choroba cywilizacyjna XXI wieku. W populacji osób dorosłych do najczęściej rejestrowanych należą zaburzenia związane z nadużywaniem przyjmowania i uzależnieniem od substancji psychoaktywnych, zaburzenia nerwicowe i stany lękowe oraz zaburzenia nastroju (głównie depresja). Rejestrowane są też coraz częściej osoby z zaburzeniami osobowości, zachorowania na schizofrenię i chorobę afektywną dwubiegunową.

Ostatni rok to u dorosłych coraz więcej przypadków zespołu stresu pourazowego. Około 24 proc. dorosłych Polaków w wieku produkcyjnym, to jest od 18 do 64 lat, w czasie badania lub kiedykolwiek w życiu miało objawy zaburzenia psychicznego. Coraz częściej lekarze psychiatrzy wskazują, że u każdego z nas, w którymś momencie życia, może pojawić się stan przejściowego pogorszenia dobrostanu psychicznego lub zagrożenie istotnym problemem psychiatrycznym. Depresja znajduje się na liście 20 najważniejszych przyczyn niepełnosprawności.

Samobójstwa stały się drugą po następstwach urazów przyczyną zgonów w populacji nastolatków. Od roku 2013 liczba prób samobójczych podejmowanych przez dzieci i młodzież w grupie wiekowej między 13-18 lat zwiększyła się (z 348 prób w roku 2013 do 951 prób w roku 2019). W latach 2017-2019 odebrać sobie życie próbowało niemal 2 tysiące małych dzieci, a 250 tych zamachów samobójczych skończyło się zgonem (98 w roku 2019). **Dzieci wymagających pomocy psychologiczno-psychiatrycznej z roku na rok jest coraz więcej.**

Trzeba już teraz zwiększyć finansowanie psychiatrii. Obecnie na psychiatrię wydajemy niecałe 3,2 mld. zł (ok. 3,3 proc. ogółu wydatków na zdrowie). Postulujemy zwiększenie tych środków o 1 mld w tym roku i o kolejne 700 mln w roku

przyszłym, aby doprowadzić do wydawania co najmniej 6 proc. wydatków zdrowotnych na psychiatrię.

Należy zwiększyć subwencję oświatową o kwotę pokrywającą koszty zatrudnienia docelowo w szkołach psychologów, a w okresie przejściowym koszty zapewnienia opieki psychologicznej dzieciom w wieku szkolnym. Musimy określić termin zakończenia działań reformatorskich na koniec roku 2025. Realizacja tego założenia pozostaje w ścisłej zależności ze zwiększeniem finansowania opieki psychiatrycznej dzieci, młodzieży i dorosłych o 1,7 mld PLN w każdym roku.

Za krok w dobrym kierunku należy uznać utworzenie systemu 40 pilotażowych Centrów Zdrowia Psychicznego. Główną zaletą Centrum Zdrowia Psychicznego, oprócz zupełnie odmiennej niż dotychczasowe struktury, jest forma finansowania „z góry”, ryczałtem, na zapewnienie opieki psychiatrycznej w pełnym zakresie, zamiast, jak w pozostałej części systemu, za każde wykonane świadczenie medyczne. Opieką w ramach Centrów jest jednak objętych zaledwie 10 proc. mieszkańców Polski. Pozostałych 90 proc. ma zostać włączonych do programu dopiero do 2027 roku. To stanowczo za długo – reforma musi zostać dokończona w ciągu 4 lat – do 2025 roku.

Proponujemy podjęcie szeregu prostych działań usprawniających funkcjonowanie systemu psychiatrii takich jak m.in. **zlikwidowanie obowiązku wystawiania i posiadania skierowań** do psychologa, terapeuty środowiskowego i psychoterapeuty, **egzekwowanie zasady bezlimitowości** realizowanych świadczeń medycznych w ramach Planu Odbudowy Zdrowia Polaków po pandemii COVID-19, **umożliwienie świadczenia usług zdrowotnych prywatnym gabinetom** psychologicznym i psychiatrycznym na ogólnych warunkach w ramach ubezpieczenia **w związku ze zdjęciem limitów z Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej (AOS)** w ramach Planu Odbudowy Zdrowia Polaków; **umożliwienie współpracy lekarzy POZ z lekarzami psychiatrami na zasadzie finansowanych przez NFZ konsultacji w różnych formach**

dostępności (m.in. teleporady), **asystenckie wsparcie lekarza psychiatry** chociażby w zakresie tworzenia dokumentacji oraz działań w zakresie opieki społecznej.

Program ochrony zdrowia psychicznego Polaków zarówno dzieci, jak i dorosłych, przedstawiliśmy już szczegółowo w osobnym dokumencie opublikowanym w marcu tego roku.

Choroby rzadkie

Rządzący całymi latami obiecywali opracowanie Narodowego Planu dla Chorób Rzadkich. Ostatecznie Rada Ministrów przyjęła go dopiero w marcu 2021 roku. Projekt obecnie został poddany konsultacjom, ale dotychczasowe doświadczenie i niedotrzymane obietnice sprawiają, iż jego realizacja wciąż pozostaje wielką niewiadomą. Nie zostało sprecyzowane, jakie będą podjęte kroki w poprawie diagnostyki chorób rzadkich. Nie powstał Krajowy rejestr Chorób Rzadkich. Nie jest nam znana mapa drogowa dojścia do celu. Nie wiadomo, jak będzie się przedstawiać zakres badań przesiewowych noworodków, czy będą refundowane nowoczesne badania genetyczne, których wynik pozwoli na szybkie postawienie rozpoznania u dzieci z chorobami wrodzonymi. Nie została też nakreślona poprawa ścieżki opieki nad chorymi z już stwierdzonymi chorobami rzadkimi oraz zasad wprowadzania innowacyjnych terapii dla tych chorych.

Postulujemy stworzenie sieci poradni zajmujących się kompleksowo osobami w wieku rozwojowym oraz dorosłym (z udziałem zespołu wielodyscyplinarnego) z rozpoznaniem choroby rzadkiej, którym zostanie przyznany paszport pacjenta z chorobą rzadką. Konieczne jest wprowadzenie jako zalecenie pilnej diagnostyki genetycznej dla noworodków w ciężkim stanie o niewyjaśnionej przyczynie (na zachodzie standardem jest badanie całogenomowe u dziecka, które jest ciężko chore i nie wiemy dlaczego).

Odporność na epidemie

Na nadejście pandemii wirusa SARS-CoV-2 nie byliśmy przygotowani. Jako państwo, nie dajemy sobie rady z kolejnymi falami zakażenia. Brakuje zarówno procedur zarządzania w kryzysie, zasobów kadrowych, ale również odpowiedniej infrastruktury. Większość szpitali i przychodni to stare budynki, często kilkudziesięcioletnie. Te, które były budowane niedawno, w czasie pandemii egzaminu również nie zdały. **Dlatego proponujemy, żeby na terenie każdego szpitala organizowane były pomieszczenia przygotowane do pełnienia roli oddziałów zakaźno-izolacyjnych, w sytuacji zagrożenia.** Konieczne jest także przygotowanie odpowiedniego pakietu szkoleń dla personelu medycznego z zakresu intensywnej terapii.

Trzeba też pamiętać, że pandemia nie kończy się wraz z wygasnięciem zachorowań. Wiele wskazuje na to, że następstwa Covid-19 staną się jednym z kluczowych wyzwań dla zdrowia publicznego Polek i Polaków w najbliższych latach. W tym trudnym momencie warto wykorzystać potencjał sanatoriów i uzdrowisk do utworzenia Centrów Rehabilitacji Osób, które przechorowały COVID-19. Procedury usprawniające prowadzone przez profesjonalnych fizjoterapeutów powinny przynieść efekt w postaci szybszego powrotu do zdrowia i co też ważne obniżenia absencji chorobowej. W tym zakresie zapowiedzi Ministerstwa Zdrowia idą w dobrym kierunku, będziemy uważnie monitorować ich realizację.

5. Ludzie zdrowia - godna praca, godna płaca

Czas pandemii dobitnie uświadomił nam dość oczywisty, ale często niedostrzegany fakt. Łóżka szpitalne, szczepionki, respiratory ani lekarstwa same nie leczą. Są bezużyteczne, jeśli zabraknie najważniejszego elementu systemu – ludzi zdrowia – pielęgniarek, ratowników medycznych, lekarzy, położnych, fizjoterapeutów, diagnostów laboratoryjnych, psychologów, elektroradiologów, psychoterapeutów, terapeutów środowiskowych, dietetyków, asystentów medycznych, opiekunów medycznych, asystentów osób z niepełnosprawnością, pracowników Stacji Sanitarno-Epidemiologicznych a także pracowników administracji, technicznych, salowych, czy sanitariuszy. Kryzys kadr medycznych, którego głównymi przyczynami są problemy związane z edukacją, odpowiednim poziomem wynagrodzeń, zapewnieniem satysfakcjonujących warunków pracy, wypaleniem zawodowym oraz nadmiernym obciążeniem pracą, jest bardzo głęboki. Tragiczny w skutkach niedobór personelu medycznego wynika również – bezpośrednio lub pośrednio – z niewłaściwego zarządzania zasobami ludzkimi, braku racjonalnej polityki kadrowej, niedostosowania struktury zatrudnienia do profilu i zakresu realizowanych usług i przede wszystkim z niedofinansowania systemu opieki zdrowotnej. Ponadto problem deficytów kadrowych jest spotęgowany postępującym procesem starzenia się społeczeństwa oraz wzrostem zachorowań na choroby przewlekłe, co prowadzi do wzrostu zapotrzebowania na wykwalifikowanych pracowników medycznych.

Zatem kryzys kadr medycznych może być rozwiązany jedynie przez systemowe, wielokierunkowe, odważne rozwiązania. Czas powiedzieć to wprost – ludzie zdrowia są naszym narodowym skarbem. Niestety wszystkie rządy po 1989 roku traktowały ich po macoszemu. Zaniedbały ich kształcenie, czym doprowadziły do pokoleniowej zapaści oraz stanu,

w którym znajdujemy się w ogonie państw Unii pod względem liczby pielęgniarek czy lekarzy. Nie troszczyły się wystarczająco o ich płace i warunki pracy, co skutkowało ich masową emigracją na Zachód. Wreszcie, nie tworzyły wokół nich atmosfery należytego szacunku i komfortu pracy, poprzez częste oskarżenia i zrzucanie odpowiedzialności za rozmaite błędy i afery. Trzeba powiedzieć wprost – tylko dzięki pracowitości ludzi zdrowia, nasz system jeszcze się nie załamał. To się musi skończyć. Potrzebna jest długofalowa i konsekwentnie realizowana strategia poprawy warunków pracy, edukacji oraz wynagradzania ludzi zdrowia.

Przede wszystkim ludzi zdrowia musi być więcej.

Konieczne jest zwiększenie liczby miejsc na studiach pielęgniarskich oraz ich reforma. Trzeba dążyć do osiągnięcia w ciągu 15-20 lat średniej liczby pielęgniarek na średnim poziomie krajów UE. Proponujemy wprowadzenie takich zmian i taki sposób optymalizacji procesu kształcenia przeddyplomowego pielęgniarek i położnych, aby wykształcić kadry medyczne lepiej przygotowane do samodzielnego realizowania dużo szerszego niż obecny zakresu świadczeń medycznych. Studia pielęgniarskie powinny przygotowywać do samodzielnego i bezpiecznego wykonywania zawodu, bez konieczności udziału w dodatkowych szkoleniach.

Efektem dobrze skonstruowanego planu szkolenia przeddyplomowego i podyplomowego pielęgniarek i położnych powinno stać się zbudowanie niezależnej pozycji zawodowej. Trzeba zerwać z wizerunkiem pielęgniarki i położnej jako pracownika medycznego, który na wszystko musi mieć zlecenie lekarza. Tak głęboka fachowa podległość nie licuje z obrazem pielęgniarki posiadającej ogromny potencjał zawodowy, często wsparty wyższym wykształceniem. Bez uzyskania samodzielności przez pielęgniarki i położne, nie uda się poprawić dostępności do świadczeń medycznych bez względu na część systemu ochrony zdrowia.

W latach 90 popełniono dramatyczny błąd – o ponad połowę ograniczono liczbę studentów wydziałów lekarskich. Błąd ten jest niwelowany dopiero od kilku lat – systematycznie zwiększa się liczba studentów kierunków medycznych. Po fazie dynamicznego wzrostu w latach 2015-16, w ostatnich latach przyrost jest jedynie kilkuprocentowy (w roku akademickim 2020/21 tylko o 1,7 proc. rok do roku). Trzeba dążyć do utrzymania możliwie szybkiego tempa wzrostu co najmniej aż do momentu, gdy osiągniemy liczbę aktywnych lekarzy na poziomie średniej OECD (3,6 na 1000 mieszkańców, w stosunku do 2,4 w Polsce). Wzrost ten oczywiście nie może być skokowy, gdyż jednocześnie trzeba utrzymać jakość kształcenia, dlatego potrzebne jest pilne dofinansowanie uczelni medycznych ze środków budżetowych oraz rozwój i poprawa wynagrodzeń kadry dydaktycznej.

Obecna długość studiów lekarskich w Polsce wynosi 6 lat plus rok stażu podyplomowego. **Zatem łączny czas kształcenia lekarza z prawem wykonywania zawodu wynosi 7 lat i jest jednym z najdłuższych na świecie.** Reforma kształcenia lekarzy w 2012 roku zlikwidowała staż podyplomowy, równocześnie modyfikując program nauczania. Nowe obowiązki nałożone na uczelnie medyczne nie były obudowane odpowiednim wsparciem finansowym oraz poszerzeniem klinicznej bazy dydaktycznej. Z tego też powodu niektóre uczelnie zdecydowały się w tych latach na zmniejszenie naboru na studia medyczne. Od 2017 roku, po zmianie rządu, przywrócono staż podyplomowy i ponownie zmodyfikowano program studiów. Obecnie zajęcia na szóstym roku studiów polegają przede wszystkim na praktycznym nauczaniu w klinikach, oddziałach szpitalnych lub w symulowanych warunkach klinicznych, aby łącznie uzyskać 60 punktów ECTS. Ten sam w zasadzie etap kształcenia jest powielany w trakcie stażu. **Dlatego proponujemy skrócenie studiów medycznych do 5 lat, przy spełnieniu wymogu 360 punktów ECTS, i 5 700 godzin zajęć, w tym praktyk zawodowych oraz pozostawienie stażu podyplomowego.** Raz jeszcze podkreślić należy, że skrócenie studiów medycznych jest

możliwe tylko pod warunkiem utrzymania odpowiedniej jakości kształcenia studentów na kierunku lekarskim, co warunkuje utrzymanie co najmniej dotychczasowej liczby godzin z przedmiotów klinicznych, posiadanie odpowiedniej bazy dydaktycznej, klinicznej i wystarczającej liczby osób nauczających przyszłych lekarzy. W wyniku takich zmian zostanie skrócony cykl kształcenia lekarzy a koszty nauki (takie jak akademik, dojazdy, utrzymanie) się obniżą.

Obecna konstrukcja stażu podyplomowego (łącznie 13 miesięcy) ma być zmodyfikowana od 1 marca 2022 roku. Zgodnie z założeniami tego aktu prawnego zostanie wprowadzony m.in. staż spersonalizowany trwający do 12 tygodni. **Proponujemy aby wydłużyć tzw. „część spersonalizowanego stażu” z 12 do 24 tygodni w związku z preferencjami lekarza co do wyboru przyszłej specjalizacji. Staż w wybranej dziedzinie mógłby być rozpatrywany jako element zapewniający dodatkowe punkty przy kwalifikacji do specjalizacji oraz być w przyszłości podstawą do wystąpienia przez kierownika specjalizacji o skrócenie czasu trwania specjalizacji do okresu, w jakim pracował na stażu w oddziale o danej specjalizacji.**

Postulujemy zwiększenie liczby miejsc specjalizacyjnych dedykowanych specjalizacjom deficytowym a także zwiększenie wynagrodzenia rezydentów w dziedzinach deficytowych o 20 proc. Proponujemy promowanie dodatkami finansowymi wyboru specjalizacji z dziedziny deficytowej wśród absolwentów uczelni medycznych (dodatki jednorazowe lub stałe z koniecznością rozliczenia się po zakończeniu procesu specjalizowania się). Proponujemy również stworzenie szerszych możliwości wydawania opinii o uznaniu dotychczasowego dorobku naukowego lub zawodowego danego lekarza za równoważny ze zrealizowaniem programu właściwego szkolenia specjalizacyjnego w specjalizacjach deficytowych.

W dłuższej perspektywie proponujemy stworzenie szerszych możliwości wyboru niektórych specjalizacji, przy

zapewnieniu miejsc pracy powiązanych z odpowiednią satysfakcją zawodową jak i finansową po zakończeniu specjalizacji. W przypadku specjalizacji o modułach jednolitych, proponujemy poszerzenie możliwości wyboru „szybszej ścieżki” dla specjalistów z pokrewnej dziedziny lub specjalizujących się w trybie modułowym. Potrzebny jest bardziej elastyczny system zmiany specjalizacji.

Uczelnia państwowa bez kierunku Ratownictwo medyczne i/lub bez kierunku Pielęgniarstwo powinna być traktowana jakby nie posiadała prawa do prowadzenia dyscypliny Nauki o Zdrowiu. Dla zdrowotnego bezpieczeństwa Państwa kierunek Ratownictwo medyczne oraz kierunek Pielęgniarstwo są strategicznie ważne. Kierunek Ratownictwo medyczne powinien posiadać swoją autonomię i być nastawiony na budowanie kompetencji w oparciu o najnowszą wiedzę medyczną, a efekty kształcenia oparte o analizę przydatności dla zawodu.

Uzasadnione jest stworzenie pod nadzorem uniwersytetów medycznych 16 nowych i dedykowanych tylko ratownikom medycznym Centrów Symulacji Medycznej (CSM). Nowe CSM poprawią dostępność studentów kierunku Ratownictwo medyczne do zajęć symulacyjnych o różnym stopniu skomplikowania oraz będą mogły zostać wykorzystane do szeroko rozumianego ustawicznego doskonalenia zawodowego ratowników medycznych. Proponujemy stworzenie lub wyznaczenie ścieżek rozwoju zawodowego ratowników medycznych w systemie PRM. Można je oprzeć o realizację kolejnych kursów kwalifikacyjnych i/lub na uruchomieniu specjalizacji dedykowanych ratownikom medycznym. Proponujemy uczynienie systemu PRM służbą mundurową na wzór straży pożarnej czy policji, z wszelkimi wynikającymi z tego przywilejami, pewnością zatrudnienia czy możliwością przechodzenia na wcześniejszą emeryturę. Wreszcie ostatni już czas na utworzenie samorządu ratowników medycznych.

Konieczne jest wprowadzenie programu bezpłatnych kursów specjalizacyjnych oraz kształcenia podyplomowego dla pielęgniarek, położnych, fizjoterapeutów, ratowników medycznych, diagnostów laboratoryjnych. Pracownicy ochrony zdrowia powinni mieć możliwość wzięcia 7 dni urlopu płatnego na cele szkoleniowe rocznie.

Postulujemy stworzenie jednego standardu kształcenia na kierunku dietetyka, aby wyeliminować różnice pomiędzy uczelniami w zakresie i poziomie uzyskanej wiedzy oraz wprowadzenie ustawy o zawodzie dietetyka – jako o zawodzie medycznym. Ponadto proponujemy, aby na etapie studiów II stopnia lub w kształceniu podyplomowym wyodrębnić w szkoleniu specjalizacje o charakterze klinicznym (np. onkologia, diabetologia, nefrologia) przygotowujące dietetyków do pracy w obszarach wymagających specyficznej wiedzy żywieniowej.

Proponujemy uchwalenie, w porozumieniu z przedstawicielami branży, ustawy o zawodzie elektroradiologa, na którą środowisko czeka od ponad 30 lat, a także utworzenie specjalizacji w ramach dziedziny Elektroradiologia umożliwiających absolwentom kierunku dalsze doskonalenie zawodowe i możliwość zdobycia państwowych uprawnień specjalistycznych. Konieczne jest też powiązanie zdobywania uprawnień i specjalizacji z awansem zawodowym i ustalonym wzrostem wynagrodzeń.

Konieczne jest uchwalenie ustawy o zmianie ustawy o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów, która wychodziłaby naprzeciw oczekiwaniom formułowanym przez towarzystwa i stowarzyszenia zrzeszające psychologów i psychoterapeutów, również terapeutów środowiskowych, a tym samym stworzyłaby środowisko prawne, na podstawie którego możliwe byłoby profesjonalne i odpowiedzialne funkcjonowanie psychologa o danej

specjalizacji, psychoterapeuty i terapeuty środowiskowego jako pełnoprawnych członków zespołu świadczącego usługi konsultacyjne, diagnostyczne i terapeutyczne w kontekście zdrowia psychicznego tak dorosłych, jak i dzieci i młodzieży.

Technicy farmacji i farmaceuci obsługują codziennie około 3mln pacjentów, z czego większość ma pytania dotyczące stosowania kupowanych leków lub stanu swojego zdrowia. Farmaceuci i technicy farmacji często po wywiadzie kierują pacjenta do lekarza lub na badanie – są pierwszym miejscem, w którym pacjent często zgłasza swoje problemy. Wielu pacjentów dzięki farmaceutom lub technikom farmacji zgłosiło się do lekarza, co dało im szansę na skuteczne leczenie. **Farmaceuci skutecznie udzielają wielu milionów porad miesięcznie. To ogromny potencjał, który będziemy doceniać i rozwijać. Wszystkie programy nauczania farmacji muszą być zintegrowane i zgodne z międzynarodowym systemem edukacji tzw. pharmacist competency framework – części składowe kształcenia i szkolenia muszą być spójne i odpowiednio ze sobą połączone.**

Wiedza i umiejętności farmaceutów nie są również odpowiednio wykorzystane. Dopiero wchodząca ustawa o zawodzie farmaceuty reguluje częściowo możliwość prowadzenia porad farmaceutycznych i świadczenia usług w aptekach. **Proponujemy opracowanie i przedstawienie farmaceutom jasnych zasad i wskazówek, jakie usługi i w jakim zakresie mogą świadczyć w aptekach.** To wstyd, że od 30 lat nie można było tego zrobić. Nawet dziś, po wejściu Ustawy nie ma rozporządzeń wykonawczych i jasnych wytycznych w sprawie usług.

W dobie podwyższonego ryzyka zawodowego konieczne jest także wycofanie się z nowelizacji kodeksu karnego uchwalonej przy okazji kolejnej Tarczy Antykryzysowej, która zaostrzyła kary za błędy medyczne. Doświadczenie wskazuje, że groźba kary pozbawienia wolności za nieumyślnie popełnione błędy przynosi dokładnie odwrotne skutki, poprzez zmniejszenie

decyzyjności personelu i związane z tym opóźnienia w procesie diagnostyczno-terapeutycznym. Trzeba dążyć do stanu, w którym warunki pracy będą ograniczać ryzyko wystąpienia błędów, a potencjalny pokrzywdzony pacjent będzie miał jasną ścieżkę dochodzenia odszkodowania.

Fatalne warunki pracy, niesatysfakcjonujące wynagrodzenie i ciągłe przemęczenie skłaniają licznych ludzi zdrowia do emigracji lub przedwczesnego kończenia pracy w zawodzie. **Lekarze, pielęgniarki, położne, diagności, fizjoterapeuci, ratownicy medyczni i inni pracownicy medyczni muszą zarabiać wystarczająco godnie, by nie rozważać wyjazdu z kraju z powodów ekonomicznych.** Bardzo ważna jest w tym przypadku **możliwość rozwoju zawodowego** (np. wybór specjalizacji). **Będziemy monitorować zjawisko emigracji kadr medycznych i czynnie przeciwdziałać.**

Będziemy wspierać działania na rzecz poprawy wizerunku medyków w mediach, co jest konieczne, ponieważ brak zaufania powoduje ogromne straty zarówno dla środowiska medycznego jak i dla społeczeństwa. W celu zmniejszania społecznego napięcia i agresji w związku z różnymi konsekwencjami pandemii, będziemy prowadzić pozytywne kampanie informacyjne pokazujące we właściwym świetle trudną i odpowiedzialną pracę medyków.

Szacuje się, że nawet 60 proc. lekarzy i pielęgniarek pracujących przy pacjentach zakażonych SARS-CoV-2 cierpi na zespół wypalenia zawodowego. Nie tylko czas pandemii, ale także codzienna praca w kontakcie z cierpieniem, nieuleczalnymi chorobami i śmiercią wymaga od kadr medycznych zwiększonej odporności psychicznej i fizycznej na stres i przewlekłe zmęczenie. Planujemy zbudowanie odpowiedniej realnej strategii wsparcia – **systemu zapewniającego możliwość identyfikowania i leczenia tych osób, które doświadczyły już konsekwencji stresu emocjonalnego** Proponujemy **stworzenie systemowego wsparcia psychologicznego personelowi medycznemu jako pomoc w zwalczaniu stresu**

i wypalenia zawodowego – bezpłatna pomoc psychologiczna dla wszystkich medyków, dedykowane linie telefoniczne, konsultacje psychiatryczne, terapie uzależnień, urlopy regeneracyjne.

Od 1 lipca 2020 roku minimalne wynagrodzenie pracowników branży medycznej naliczane jest na podstawie przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w gospodarce narodowej w roku poprzednim. W oparciu o te przepisy prawa, wynagrodzenia lekarzy, podobnie jak i innych pracowników medycznych mają być stopniowo podwyższane. Ich minimalna wysokość powinna zostać osiągnięta od dnia 2 lipca 2021 roku. Zaproponowane przez rząd kwoty są jednak niewystarczające i przyznane według nie do końca zrozumiałych kryteriów. Uważamy, że należy wprowadzić w tym zakresie 2 rozwiązania:

Rozwiązanie doraźne (obowiązujące od lipca do końca 2021 r.): Pozostawiając niezmiennione współczynniki (ich zmiana wiązałaby się z gruntowną nowelizacją ustawy) proponujemy wyliczenie minimalnych poziomów wynagrodzenia oprzeć na wartości przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw z ostatniego kwartału poprzedniego roku kalendarzowego (MZ zaproponowało powiązanie podwyżek z przeciętnym miesięcznym wynagrodzeniem w gospodarce narodowej w całym 2020 r.). Zapewni to, w trudnym dla ludzi zdrowia roku, szybszy wzrost wynagrodzeń.

Rozwiązanie systemowe: (lata 2022-2025): konieczna jest zmiana sposobu wyliczania minimalnego poziomu wynagrodzenia w oparciu o kroczącą zmianę współczynników pracy. Drugi niezbędny do wyliczeń parametr (wartość przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw z ostatniego kwartału poprzedniego roku kalendarzowego) pozostałby niezmienny. Zmiana współczynników pracy i ścieżka dojścia do założonych współczynników będzie zależna od aktualnej sytuacji finansowej podmiotów leczniczych oraz przede wszystkim stanu budżetu

państwa po pandemii i możliwości wskazania źródła finansowania wzrostu płac. Aby uniknąć historii podobnej do tzw. „lex 203”, która przyznała w 2001 roku wszystkim pracownikom ochrony zdrowia podwyżkę w wysokości 203 zł bez wskazania źródła finansowania, środki finansowe, które od roku 2022 byłyby przekazywane publicznym jednostkom ochrony zdrowia na realizację świadczeń medycznych musiałyby zostać powiększone o fundusze zapewniające zrównoważenie planowanych dodatkowych obciążeń budżetów i ryczałtów tych jednostek, spowodowanych decyzjami Ministerstwa Zdrowia o podwyższeniu najniższego wynagrodzenia zasadniczego. Warunkiem podstawowym będzie jednak zachowanie bezpieczeństwa finansowego budżetu ochrony zdrowia. Nie dysponujemy na chwilę aktualną wiarygodnymi danymi finansowymi definiującymi aktualną kondycję sektora publicznego SOZ. Dlatego przedstawiane przez nas propozycje będą wymagały weryfikacji po uzyskaniu dostępu do koniecznych danych.

Wyliczone na podstawie przedstawionej przez nas propozycji rozwiązania doraźnego najniższe wynagrodzenia zasadnicze pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych będą wyższe od obowiązujących dzisiaj: w przypadku lekarzy ze specjalizacją II stopnia, którzy nie podpisali tzw. „lojalki” 846 zł, dla tych, którzy zobowiązali się do pracy tylko na jednym etacie podwyżka to 659 zł (zamiast 19 zł, które zaproponował Minister Zdrowia), lekarzy ze specjalizacją I stopnia – 741 zł, lekarzy bez specjalizacji – 569 zł, lekarzy stażystów – 809 zł, pielęgniarek i położnych – 821 zł, farmaceutów, fizjoterapeutów, diagnostów laboratoryjnych, albo innych pracowników wykonujących zawód medyczny wymagający wyższego wykształcenia bez specjalizacji 809 zł, a z wykształceniem średnim 821 zł, ratowników medycznych 821 zł i pracowników niemedycznych – 340 zł.

Proponujemy wprowadzenie rozwiązań, które ograniczałyby nadmierne obciążenie pracą medyków, ponad ich

siły. Z raportu NIK wynika konieczność doregulowania czasu pracy lekarzy oraz kwestii możliwości zwolnienia się od przestrzegania jego ograniczeń. Brak regulacji czasu pracy lekarzy nie powinien być usprawiedliwiany brakiem odpowiedniej liczby pracowników medycznych, ponieważ dopuszczenie do pracy zmęczonych lekarzy pielęgniarek lub ratowników medycznych zawsze będzie powodować niebezpieczeństwo zarówno dla medyka (nagłe zgony na dyżurach) jak i dla jego pacjentów. Co więcej, konieczna jest również walka z wypychaniem zarówno medycznych, jak i niemedycznych pracowników systemu na umowy cywilnoprawne lub tzw. „kontrakty” wbrew ich woli.

6. Inwestujmy w zdrowie

Jak już wspomniano na wstępie, Polska znajduje się na niechlubnej liście krajów wydających najmniej na zdrowie spośród państw rozwiniętych. Nie ulega wątpliwości, że wydatki na ochronę zdrowia rosły w ostatnich latach stanowczo za wolno w stosunku do wzrostu PKB, a polityka rządzących w tym zakresie polegająca na wpisaniu do ustawy mechanizmu opartego o wzrost PKB sprzed 2 lat była bałamutna. **Z powodu zbyt niskich nakładów miliony polskich pacjentów nie mają dostępu do świadczeń. Niedofinansowanie systemu uderza szczególnie w osoby uboższe, których nie stać na korzystanie z sektora prywatnego. Powoduje to pogłębianie się nierówności w zdrowiu.** Dyskusję o finansowaniu systemu ochrony zdrowia rozpoczynamy od dyskusji o taryfikacji świadczeń i strukturze ich koszyka. Wskazujemy również przyczyny marnotrawstwa środków finansowych i sposoby poprawy efektywności oraz proponujemy strategię zwiększania finansowania systemu. W zdrowiu z perspektywy polityki publicznej nikt nie analizuje tego, jak można optymalizować wydatki i lepiej leczyć. Szpitale próbują wyjść z długów wykonując najdroższe świadczenia i manipulując kodami rozpoznań oraz optymalizując koszty. NFZ wycenia świadczenia niżej i tak trwa wyścig. Proponujemy to zmienić.

W Polsce tzw. „pozytywny koszyk świadczeń gwarantowanych”, czyli oficjalny spis świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze świadczeń publicznych (a więc wchodzących w zakres gwarancji z art. 68 Konstytucji RP) funkcjonuje od roku 2009 roku, kiedy to do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznej wpisano upoważnienie dla ministra zdrowia do wydawania tzw. „rozporządzeń koszykowych”. Koszyk od lat jest krytykowany jako nieprecyzyjny, nieaktualny, skonstruowany chaotycznie i stwarzający złudne wrażenie, że państwo jest w stanie każdemu zagwarantować dowolne świadczenie

w rozsądnym czasie oczekiwania. Dlatego konieczna jest wytężona analityczna praca, wykonywana przede wszystkim przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji celem utworzenia nowego, precyzyjnego koszyka świadczeń.

Celem istnienia koszyka świadczeń gwarantowanych musi być zagwarantowanie dostępności świadczeń medycznych najważniejszych z punktu widzenia zdrowia obywateli, o udowodnionej skuteczności klinicznej, najbardziej efektywnych kosztowo spośród alternatywnych, możliwych do sfinansowania w ramach dostępnych środków.

Cały proces tworzenia koszyka powinien być transparentny, opierać się na fachowej i wszechstronnej wiedzy i przewidywać konsultacje z interesariuszami, tj. przede wszystkim środowiskami medycznymi, oraz środowiskami pacjentów.

Ważne jest też, by ocena technologii medycznych (HTA) rozwijała się w każdym szpitalu, należy zatem powołać zespoły zajmujące się HTA na poziomie każdego szpitala. AOTMiT powinna analizować raporty szpitalne w tym zakresie.

Jednocześnie zmianie musi ulec system wyceny świadczeń medycznych. Wycena świadczeń zdrowotnych poniżej ich realnej wartości rynkowej zauważalna jest w wielu dziedzinach medycyny, zwłaszcza w anestezyjologii i intensywnej terapii, genetyce klinicznej, urologii, chirurgii ogólnej, onkologii i hematologii dziecięcej, otorynolaryngologii dziecięcej, medycynie paliatywnej, psychiatrii czy geriatricznym. Dostęp obywateli do tych świadczeń jest znacznie ograniczony (czas oczekiwania na wizytę u genetyka klinicznego – około 2 lata, po wizycie czas oczekiwania na wynik badania genetycznego – kolejne 2 lata) lub prowadzi do zadłużania się placówek ochrony zdrowia posiadających odpowiednie oddziały (np. oddziały chorób wewnętrznych czy chirurgiczne). Duże obciążenie finansowe stanowią też oddziały wewnętrzne, które powoli znikają z polskich szpitali. Zaniżony poziom finansowania świadczeń opieki zdrowotnej skutkuje ujemnym wynikiem finansowym

placówek medycznych, co prowadzi do likwidacji oddziałów nierentownych i zaniechania planów tworzenia nowych. Natomiast podmioty, zarówno prywatne i publiczne, świadczące wybiórczo rentowne (czyli wysoko wyceniane) usługi wyrastają jak grzyby po deszczu. W wielu wypadkach wynagrodzenie lekarzy jest powiązane z wyceną świadczeń przez NFZ. Przykładowo za dyżur na oddziale kardiologii inwazyjnej lekarz otrzymuje bardzo wysokie wynagrodzenie, a dyżur na chirurgii ogólnej jest słabo opłacany. Wycena świadczeń medycznych ma zatem realny wpływ na zmniejszenie atrakcyjności niektórych specjalizacji medycznych i zawodów medycznych, co przekłada się na liczbę wykwalifikowanej kadry (np. niedobór specjalistów chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, psychiatrii dziecięcej czy pielęgniarek).

Postulujemy zmiany wycen wszystkich procedur dostępnych w ramach świadczeń gwarantowanych. Potrzebne jest wprowadzenie taryfikatora, który odzwierciedlałby realne ceny procedur. Warunkiem bezwzględnym rzetelnego oszacowania cen świadczeń pozwalających zachować równowagę finansową, powinno być szczegółowe określenie procedur postępowania medycznego tj. tego, jakie standardowe czynności terapeutyczne należy wykonać w przypadku wystąpienia konkretnej choroby. Ich ustalenie oznaczać będzie konieczność określenia przedmiotu kalkulacji kosztów. Najbardziej odpowiednią podstawą dla wyceny świadczeń są rzeczywiste jednostkowe koszty. Kształtowanie cen świadczeń zdrowotnych na podstawie kosztów wymaga przede wszystkim określenia standardów w zakresie rachunku kosztów oraz kategorii kosztów, mających stanowić bazę kalkulacji. Polska jest jednym z nielicznych krajów Europy, w których nie wdrożono obowiązkowego modelu rachunku kosztów, nie określono również standardów w zakresie rachunku kosztów, a wycena świadczeń zdrowotnych nie jest prowadzona na bazie danych o kosztach rzeczywistych.

Podstawą wyceny świadczeń zdrowotnych i jedyną drogą rozwoju systemów Jednorodnych Grup Pacjentów (JPG) jest określenie kosztów leczenia na bazie indywidualnych kosztów leczenia pacjentów. Rachunek kalkulacyjny świadczeń zdrowotnych może być realizowany na podstawie wielu mierników działalności podmiotu leczniczego o zróżnicowanym stopniu agregacji danych. Miernikiem oddającym rzeczywisty charakter procesu leczenia konkretnego pacjenta jest indywidualny koszt leczenia pacjenta (IKLP). Indywidualne koszty leczenia pacjenta są podstawą realnej wyceny świadczeń zdrowotnych bez względu na przyjęte mechanizmy finansowania. **Koncepcja IKLP polega na rozłożeniu kosztu leczenia szpitalnego na czynniki pierwsze, tj. koszty osobodni pobytu pacjenta w szpitalu, koszty procedur medycznych, produktów leczniczych, wyrobów medycznych oraz koszty transportu.** Taka konstrukcja umożliwia wycenę świadczeń zdrowotnych niezależnie od mechanizmu finansowania leczenia szpitalnego – w systemie podmiotowym rodzaj mierników działalności przyjętych dla celów kalkulacji nie ma znaczenia, a w przedmiotowych mechanizmach finansowania, tj. płatności za procedurę, osobodzień lub hospitalizację, poszczególne elementy IKLP mogą być dowolnie agregowane, stanowiąc punkt wyjścia do ustalenia kosztów jednostkowych produktów rozliczeniowych. Trzeba też weryfikować koszty w oparciu o porównanie różnych podmiotów oferujących identyczne świadczenia.

Restrukturyzacja sektora zdrowotnego poprzedzona musi zostać kompleksową informatyzacją sektora publicznego, w tym szpitali. Europejskie doświadczenia w zakresie reformowania mechanizmów finansowania w ochronie zdrowia wskazują m.in. na **dwie istotne determinanty powodzenia reformy, tj. na rolę technologii informacyjnych oraz zasadność zaplanowania odpowiednio długiej fazy przygotowawczej i przejściowej dla przeprowadzanych zmian,** w trakcie których możliwe jest stworzenie bazy informacyjnej o kosztach leczenia. Rozłożenie w czasie reformy finansowania leczenia szpitalnego jest istotnym warunkiem sukcesu.

Strategia zwiększenie finansowania systemu ochrony zdrowia – wiele dróg do jednego celu

System finansowania ochrony zdrowia jest zasilany z wielu źródeł: głównie ze składek w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, tworzący budżet NFZ, ale także jako finansowanie budżetowe i samorządowe. Zgodnie z danymi GUS za 2019 rok NFZ odpowiadał za 85 proc. (prawie 90 mld zł) wydatków publicznych, budżet państwa – za 10 proc. (niemal 11 mld zł.) , a budżet JST za 4 proc. (4,5 mld. zł.) Nie ma jednej recepty na zapewnienie finansowania wszystkich ambitnych programów, które proponujemy. Pierwszym krokiem, jaki proponujemy, jest szczegółowa analiza potrzeb finansowych proponowanego systemu. Niezależnie jednak od wyników tej analizy wskazujemy planowane przez nas źródła i strategię zwiększania finansowania systemu. Oczywiście liczymy na to, że proponowane przez nas zmiany strukturalne przyczynią się do zmniejszenia marnotrawstwa i większych oszczędności. Nie ulega jednak wątpliwości, że konieczne będzie dofinansowanie systemu.

System ochrony zdrowia wymaga pilnego dofinansowania do poziomu 6 proc. PKB, czyli dodatkowych ok. 40 miliardów zł. W kolejnych latach te wydatki będą musiały ulec jeszcze dalszemu zwiększeniu. Poniżej przedstawiamy proponowane rozwiązania, które zostaną szczegółowo rozwinięte w oddzielnym dokumencie dotyczącym finansowania systemu. Zasadniczo opisywany cel można osiągnąć na 3 sposoby (które mogą się uzupełniać). Poprzez zwiększenie danin publicznych (podatków i składki zdrowotnej), przesunięcia środków w ramach budżetu lub zwiększenie zadłużenia publicznego. To ostatnie rozwiązanie może mieć zastosowanie w bardzo niewielkim stopniu, biorąc pod uwagę znaczący wzrost długu w ostatnich latach. Zwiększenie środków w systemie musi się dokonywać zawsze razem z jego reformami tak, aby nowe środki nie wpadały w “czarną dziurę” nieefektywnie działającej maszyny.

Zwiększenie danin publicznych – propozycje do rozważenia.

- a) Składka zdrowotna od umów o pracę i umów cywilnoprawnych wynosi 9 proc. podstawy wymiaru, przy czym aż 7,75 proc. jest odliczane od podatku dochodowego. To bardzo niska stawka – przykładowo w Niemczech wynosi ona aż 14,6 proc. podstawy wymiaru, a w Czechach 13,5 proc. Należy więc rozważyć podwyższenie składki o 1 lub 2 punkty procentowe.
- b) Ewentualnie należy zweryfikować system rozmaitych przywilejów dotyczących opłacania składki zdrowotnej.
- c) Można rozważyć, wzorem Niemiec, wprowadzenie oddzielnej składki na ubezpieczenie pielęgnacyjne, które współfinansowałyby świadczenia z zakresu opieki długoterminowej. Tego typu rozwiązanie proponujemy wprowadzić również jako konsekwencję ustaleń przeprowadzonego dialogu społecznego.
- d) Do rozważenia jest także uzależnienie wysokości składki od uczestnictwa w „generalnych bilansach zdrowia” w wieku 40, 50 i 60 lat.

Przesunięcie środków w ramach finansów publicznych – propozycje do rozważenia

- a) Przekierowania do systemu całości lub odpowiedniej części dochodów państwa z akcyzy za wyroby tytoniowe i alkohol, opłat cukrowej oraz hazardowej.
- b) Finansowanie niektórych wydatków zdrowotnych ze środków pochodzących z budżetu państwa w formie dotacji celowej. Dotyczy to w szczególności świadczeń wysokospecjalistycznych oraz strategicznych inwestycji w systemie i oddłużenia podmiotów leczniczych.
- c) Wykorzystanie środków europejskich jako dodatkowego źródła finansowania ochrony zdrowia w Polsce – przede wszystkim na inwestycje, co pozwoli na przeznaczenie większości środków ze źródeł krajowych bezpośrednio na leczenie obywateli. Powinniśmy także aktywnie uczestniczyć w Europejskim Programie Walki z Rakiem i dążyć do jego rozwoju.
- d) Można rozważyć wprowadzenie swoistych reguł wydatkowych (na poziomie deklaracji politycznej), np. przekazywania całości lub określonej nadwyżki dochodów budżetowych w stosunku do dochodów z roku ubiegłego w formie dotacji do NFZ do czasu osiągnięcia odpowiedniego progu finansowania systemu ochrony zdrowia (w latach 2015-19 dochody rosły o kilkadziesiąt miliardów rocznie).
- e) Ograniczenie niektórych wydatków państwa, szczególnie dużych inwestycji takich jak Centralny Port Komunikacyjny i przekazanie przeznaczonych na ten cel środków na zaspokojenie potrzeb zdrowotnych obywateli.

ZAKOŃCZENIE - ciąg dalszy nastąpi...

Niniejszy dokument prezentuje tylko główne kierunki działań, które według nas należy podjąć celem dokonania generalnej przebudowy systemu ochrony zdrowia w naszym kraju.

Liczne kwestie w nim poruszone, a także te, na które zabrakło w nim miejsca (jak np. cyfryzacja systemu, polityka lekowa i rynek farmaceutyczny, kształt centralnych instytucji w systemie, fizjoterapia i rehabilitacja, stomatologia, diagnostyka laboratoryjna i genetyczna, leczenie uzdrowiskowe, wojskowa ochrona zdrowia, współistnienie sektora prywatnego i publicznego, oraz formy dialogu społecznego dotyczące przekształceń) zostaną poruszone w dogłębnym analizach sektorowych, które będziemy publikować w kolejnych tygodniach.

Przedstawiony tu Plan na zdrowie traktujemy nie jako finalny, lecz jako propozycję, która mamy nadzieję stanie się przedmiotem dyskusji. Wnioski z tej dyskusji pozwolą nam ulepszyć nasz plan. Mamy przekonanie, że po doświadczeniu pandemii i wynikającej z niej katastrofy zdrowotnej taka poważna rozmowa o reformie systemu ochrony zdrowia jest absolutnie niezbędna. W przyszłości pozwoli zaś na konsekwentne i rozważne wdrażanie koniecznych reform, a w efekcie znaczącą poprawę zdrowia, a co za tym idzie – długości i jakości życia Polek i Polaków.

Biogramy autorów:

Michał Chmielewski - profesor doktor habilitowany nauk medycznych. Lekarz, specjalista z zakresu chorób wewnętrznych, nefrologii i transplantologii klinicznej. Autor i współautor ponad 90 publikacji, kilkunastu rozdziałów w polskich i zagranicznych podręcznikach medycznych. Kierownik i wykonawca projektów naukowych, laureat licznych nagród naukowych.

Mariusz Chrapieński - absolwent Wyższej Szkoły Humanistycznej im. Aleksandra Gieysztora i politologii na Uniwersytecie Warszawskim oraz Europejskiej Akademii Dyplomacji. Jako menadżer sprzedaży i obsługi Klienta pracował dla takich koncernów, jak Axel Springer, Coca-Cola i Orange. Zarządzał projektem technologicznym w obszarze zdrowia i farmacji PharmVision oraz odpowiadał za dział New Business w agencji mediowej Brand Extension. Aktualnie prowadzi firmę JM Consulting.

Urszula Demkow - profesor doktor habilitowany nauk medycznych, lekarz, nauczyciel akademicki, naukowiec, specjalista chorób wewnętrznych, alergologii, immunologii, diagnostyki laboratoryjnej. Kierownik Uniwersyteckiego Centrum Medycyny Laboratoryjnej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Kierownik Laboratorium Covid. Prezes Kolegium Medycyny Laboratoryjnej. Delegat narodowy UEMS. Ekspert Komisji Europejskiej ds. oceny grantów naukowych. Autorka ponad 300 publikacji naukowych, monografii, kierownik i wykonawca wielu grantów krajowych i zagranicznych. Członkini Kolegium Ekspertów i szefowa zespołu medycznego Instytutu Strategii 2050.

Przemysław Duda - lekarz i doktor z biologii na Uniwersytecie Wrocławskim. Obecnie adiunkt w Zakładzie Fizjologii i Neurobiologii Molekularnej na Uniwersytecie Wrocławskim. Współpracuje naukowo z Brody School of Medicine at East Carolina University, oraz z Universität Göttingen. Pełnomocnik dziekana Wydziału Nauk Biologicznych ds. Bezpieczeństwa Studentów i Doktorantów.

Grzegorz Kardas - student 6 roku medycyny, badacz astmy i alergii z Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Pracuje zarówno w warunkach klinicznych, jak i laboratoryjnych. Alumn programu "Liderzy Ochrony Zdrowia 2020" Fundacji im. Lesława Pagi. Redaktor portalu internetowego Będąc Młodym Lekarzem. Był Przewodniczącym Studenckiego Towarzystwa Naukowego na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi.

Małgorzata Leźnicka - doktor nauk medycznych, adiunkt, kierownik specjalizacji w dziedzinie zdrowie publiczne UMK w Toruniu, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy Katedra Nauk Społecznych i Medycznych. Była Kierownik Biura Zdrowia Publicznego w Departamencie Zdrowia Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko – Pomorskiego. Prezes Stowarzyszenia Health is trendy i fundator Europejskiej Fundacji Rozwiązywania Problemów Zdrowotnych. Koordynator programu „Problem Solving for Better Health” w województwie kujawsko –pomorskim. Autorka wielu programów polityki zdrowotnej.

Piotr Michniowski - absolwent wydziału Zarządzania Politechniki Częstochowskiej. Od początku kariery zawodowej związany z hutą Częstochowa, zaczynając pracę jako szeregowy pracownik a skończywszy w randze dyrektora technicznego. Od ponad 20 lat zajmuje się wynalazczością, szczególnie rozwiązaniami związanymi z organizacją i rozwiązaniami systemowymi. Jest członkiem Stowarzyszenia Polskich Wynalazców i Racjonalizatorów gdzie pełni funkcję członka Krajowej Rady.

Cezary Pakulski - doktor habilitowany nauk medycznych, lekarz i nauczyciel akademicki, kierownik Kliniki Anestezjologii, Intensywnej Terapii i Medycyny Ratunkowej PUM oraz lekarz kierujący oddziału intensywnej terapii Centrum Leczenia Urazów Wielonarządowych w SPSK nr 1 PUM w Szczecinie. Był konsultantem wojewódzkim w dziedzinie medycyny ratunkowej, współorganizował Zintegrowany System Ratownictwa Medycznego w województwie zachodniopomorskim. Członek Okręgowej Rady w Szczecinie i jej prezydium – VI kadencja. Inicjator i współorganizator Centrum Urazowego dla Dorosłych i Centrum Urazowego dla Dzieci w SPSK nr 1 w Szczecinie. Obecnie wiceprezes i członek zarządu Stowarzyszenia Plac Solidarności.

Piotr Piskorz - lekarz, internista, specjalista chorób płuc i gruźlicy. Specjalista Zarządzania Zakładami Opieki Zdrowotnej. Właściciel podmiotu leczniczego Centrum Medyczne PRO-MED pod Warszawą.

Marek Przygodzki - magister inżynier, przedsiębiorca zafascynowany stanem ochrony zdrowia i toczącymi się zmianami klimatycznymi. Jeden z autorów Koncepcji Reformy Systemu ochrony zdrowia ogłoszonej we wrześniu 2019 roku w Szczecinie. Aktywny działacz polityczny i społeczny w czasach polskich, ustrojowych przemian, pomiędzy marcem 1968 roku, a czerwcem 1989 roku. Z zamiłowaniem żeglarz, alpinista i podróżnik.

Marian Simka - doktor habilitowany nauk medycznych, specjalista angiolog. Kierownik Zakładu Anatomii na Uniwersytecie Opolskim. Jest autorem około 200 publikacji w zakresie chorób naczyń, leczenia ran i chirurgii naczyniowej.

Dawid Sześciło - Prawnik zajmujący się administracją publiczną na wszystkich jej poziomach, kieruje Zakładem Nauki Administracji na Wydziale Prawa i Administracji UW, pracuje dla organizacji pozarządowych i instytucji międzynarodowych, wykładał gościnnie i był stypendystą uczelni w Stanach Zjednoczonych, Austrii, Szwecji, Wielkiej Brytanii i Portugalii. Członek Kolegium Ekspertów Instytutu Strategii 2050.

Piotr Wiland - profesor zwyczajny z dziedziny nauk medycznych, lekarz, reumatolog i specjalista chorób wewnętrznych, nauczyciel akademicki. Pełni funkcję kierownika Katedry i Kliniki Reumatologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. Pełnił funkcję Konsultanta Krajowego z dziedziny reumatologii oraz Prezesa Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego. Autor wielu publikacji naukowych, monografii książkowych z dziedziny reumatologii, chorób wewnętrznych oraz pogranicza immunologii, genetyki i badań nad lekami.

Współpraca:

Miłosława Zagłoba

Stanisław Zakroczyński

Tezy i rekomendacje zawarte w opracowaniu popierają członkowie kolegium ekspertów i koordynatorzy regionalni Instytutu Strategii 2050:

Mateusz Mielczarek

dr Katarzyna Pełczyńska-Nałęcz

Jan Szyszko

Przemysław Staroń

gen. broni Mirosław Różański

Andrzej Sadkowski

dr hab. n prawnych Dawid Sześciło

Krzysztof Bolesta

Łukasz Krasoń

Jacek Bartmiński

mgr inż. Marek Grzywna

r. pr. Mateusz Lato

Bartosz Nowicki

r. pr. Emil Rojek

dr Adam Rudawski

Aleksandra Rusinek

Gabriela Sowa

Izabela Ziętka