



Wystąpienie na Konwencji Marszałków Województw RP na temat:

**Kompleksowej Naprawy Polskiego Systemu Ochrony Zdrowia
i Zabezpieczenia Społecznego Następstw Chorób i Urazów**

Forum Ekonomiczne w Karpaczu 5 września 2023r.

Dzień dobry !

W imieniu Uczelni Łazarskiego chciałbym Państwu przedstawić temat konieczności kompleksowej naprawy polskiego systemu ochrony zdrowia i zabezpieczenia społecznego następstw chorób i urazów.



Na początku przybliżę Państwu jego stan,
a następnie to, co powinniśmy
bezwzględnie, nie czekając dłużej, z nim
zrobić.



Ocenia się, że w latach 2020–2021 w Polsce miało miejsce około **200 tysięcy nadmiarowych zgonów**, które tylko w części były następstwem zarażenia wirusem Covid-19.

Według licznych kryteriów, jakimi posługują się międzynarodowe rankingi, polski system ochrony zdrowia zajmuje jedno z ostatnich miejsc w Europie i niskie wśród ogółu krajów rozwiniętych (Euro Health Consumer Index, Future Proofing Healthcare, WHO)



Mankamenty naszego systemu są tak liczne,
że trudno byłoby je wszystkie w tym wystąpieniu
wymienić, ale popatrzmy na najbardziej
widoczne.

Niskie w porównaniu z resztą Europy są wydatki publiczne na ochronę zdrowia w Polsce na jednego mieszkańca, stanowią około 5% PKB (a razem z wydatkami prywatnymi około 7%). Według Raportu OECD i Komisji Europejskiej „Health at a Glance. Europe 2022”, łączne średnie wydatki na zdrowie w przeliczeniu na głowę mieszkańca wynoszą w UE 3159 Euro, a w Polsce 1591 Euro.

Ich zwiększanie w naszym kraju w kolejnych latach nie przynosi pozytywnych rezultatów, ponieważ:

- Nieskoordynowane i nieoptymalizowane jest funkcjonowanie podmiotów leczniczych.
- Nieskoordynowana jest opieka nad pacjentem.
- Nieskoordynowane i nieoptymalizowane jest funkcjonowanie całego systemu.

Te niedostateczne środki są **nieefektywnie** wykorzystywane między innymi z powodu wadliwej struktury leczenia w kraju:

- 50 %** Na leczenie szpitalne przeznaczają się w Polsce ponad 50% nakładów
- 7.5 %** Na leczenie ambulatoryjne tylko 7,5%

Tymczasem w czołowych systemach ochrony zdrowia innych krajów leczenie ambulatoryjne (tańsze, a sądząc po miejscach tych krajów w międzynarodowych rankingach, nie gorsze), **jest o wiele bardziej doceniane.**

Według Marca Lalonde'a, byłego, słynnego ministra zdrowia Kanady, wpływ na zdrowie człowieka ma w **53%** tryb życia. Tymczasem nakłady na edukację prozdrowotną i kształtowanie stylu życia sięgają w Polsce tylko 1,5%, a na badania profilaktyczne również około 1,5% ogólnych nakładów na ochronę zdrowia.

W krajowym systemie **brakuje mechanizmów promujących podejmowanie profilaktyki.**

Podział środków uzyskanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia pomiędzy jego poszczególne oddziały wojewódzkie jest tylko w części zgodny z potrzebami zdrowotnymi, **nie zapewnia ich optymalnego wykorzystania** i wpływa na sytuację finansową podmiotów leczniczych.

W poszczególnych zakresach świadczeń medycznych występują rozpiętości wyceny pomiędzy województwami za te same świadczenia.

Nierównomierne jest rozmieszczenie w kraju podmiotów leczniczych, nieadekwatne do potrzeb ludności. Mają miejsce w tym względzie dysproporcje pomiędzy poszczególnymi regionami oraz pomiędzy terenami wiejskimi i miastami.

Zasoby sprzętowe są w wielu podmiotach **leczniczych zbyt małe lub zbyt duże i przez to niewykorzystane** lub brakuje specjalistów potrafiących je obsługiwać.

W wielu przypadkach na tym samym terenie występują podmioty lecznicze udzielające **identycznych świadczeń**, co prowadzi do zmniejszenia jednostkowych kontraktów NFZ zawieranych z tymi podmiotami i pogorszenia ich sytuacji finansowej.

W algorytmie podziału środków **brakuje większej liczby czynników oddziałujących na system ochrony zdrowia w regionie.**

Nie ma również zachęt do tworzenia podmiotów leczniczych na terenach, gdzie jest ich mało.

Brak ogólnokrajowej, pełnej elektronicznej dokumentacji medycznej powiązanej z rejestrami epidemiologicznymi nie pozwala na koordynację leczenia oraz ocenę jego efektów. Powoduje np. wykonywanie **nieuzasadnionych badań diagnostycznych**, zwłaszcza ich niepotrzebne powtarzanie, co generuje dla systemu dodatkowe, nieuzasadnione koszty.

Może również być wręcz **niebezpieczne dla samych pacjentów**. Jest to jeszcze jeden dowód na ograniczoną koordynację działań pomiędzy poszczególnymi uczestnikami krajowego systemu ochrony zdrowia.

Mimo przedłużających się dyskusji na ten temat, **nie ma systemu** oceny jakości świadczeń i związanej z nim odpłatności za jakość, a szczególnie za efekt leczenia.

Brak jest systemu podążania pieniędzy za pacjentem.

Ustawa z 16 czerwca br. w tej sprawie, zdaniem wielu ekspertów, nie rozwiązuje tego problemu.

Następuje dekapitalizacja majątku wielu podmiotów leczniczych. Ustawa z 20 października 2012 roku, nakazująca doprowadzenie stanu ich budynków i wyposażenia do obowiązujących standardów, została zrealizowana tylko przez część szpitali.

Wyniki finansowe szpitali nie są dostatecznymi motywatorami do optymalizowania ich funkcjonowania. Istnieją również szpitale **nie posiadające skutecznego mechanizmu kontroli kosztów.**

Taka sytuacja powoduje, iż **zadłużenie szpitali ciągle rośnie** (zadłużenie dla przykładu jednego ze szpitali przekracza już **1 mld złotych**).

Część państwowych szpitali, wobec odmowy udzielenia im kredytów przez banki, finansuje się w parabankach.

Inne mankamenty krajowego systemu ochrony zdrowia związane są ze sprawami osobowymi. Jak wszyscy wiemy, brakuje odpowiedniej liczby personelu medycznego.

Brakuje lekarzy, a liczba pielęgniarek i ratowników medycznych jest jedną z najniższych w Europie.

Głównie z tych powodów **średni czas** oczekiwania na świadczenia wynosi:

- na poradę lekarską, badanie, zabieg czy operację **3,5** miesiąca
- na neurologa dziecięcego **11** miesięcy
- na chirurga naczyniowego **9,1** miesiąca
- na świadczenia w neurochirurgii **10,4** miesiąca
- w ortopedii i traumatologii **10,2** miesiąca
- w stomatologii **8,4** miesiąca
- na USG gałki ocznej **7,7** miesiąca

Raport Watch Health Care podaje przykład pacjenta ze zwyrodnieniem stawu kolanowego, u którego konieczna jest endoprotezoplastyka, czyli zabieg wszczepienia sztucznego stawu.

Na wizytę u lekarza pierwszego kontaktu i badanie RTG pacjent czeka średnio 3,1 miesiąca. Następnie 2,5 miesiąca czeka na wizytę u ortopedy, gdzie dostaje skierowanie na rezonans magnetyczny.

Na sam rezonans czeka się natomiast 1 rok, 8 miesięcy i 18 dni, co powoduje, że **łączy czas oczekiwania** na endoprotezoplastykę kolana wynosi średnio 2 lata, 4 miesiące i 9 dni.

**2 lata,
4 miesiące
9 dni**

Dzieje się tak źle głównie z powodu:

1. Wstępnego jedynie i fragmentarycznego leczenia w POZ-ach
2. Braku nadzoru POZ-u nad przebiegiem dalszego leczenia pacjenta przez inne placówki medyczne
3. Braku realnej współpracy POZ-ów z oddziałami ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

To wszystko razem jest przyczyną zbyt długiego i często nieskutecznego leczenia mimo dużej liczby **kosztownych hospitalizacji.**

Obciążenie lekarzy nadmierną „papierologią” jest kolejnym, niezwykle osłabiającym elementem krajowego systemu ochrony zdrowia.

Wypowiedź lekarza w jednym z mediów w dniu 16 sierpnia br: „W miejscu gdzie pracuję w trakcie wizyty mam dla pacjenta 15 minut. Każda taka wizyta łączy się z wypełnieniem kilkunastu stron dokumentów. Ostatnio w ciągu 15 minut wypełniałem 13 stron dokumentów, miesiąc temu ta liczba zwiększyła się do 17 stron. Kiedy w ciągu tych 15 minut będzie przestrzeń na kontakt z pacjentem?”

Nie po to kształciliśmy się 6 lat i uczymy się nieustannie, żeby zamykać się w papierach, zamiast opiekować się pacjentem”.

Struktura wiekowa personelu medycznego, jego nadmierne obciążenie pracą na wielu etatach, w tym **brak zasad rozgraniczenia zatrudnienia** w sektorze publicznym i prywatnym, są jednymi z kolejnych najważniejszych **przyczyn słabości** krajowego systemu ochrony zdrowia.

Z powodu braku lekarzy wielu specjalności nie powoływane są często wymagane konsylia medyczne, **nie przestrzegane zasady kontrolowania bólu u pacjentów.** etc.

Brakuje również dostępu do niektórych innowacyjnych leków i metod leczenia, mimo istotnej poprawy w tym zakresie.

Oddzielną, bardzo ważną kwestią, której nie zdołamy dzisiaj omówić, jest brak powszechnej skutecznej, planowanej i nadzorowanej rehabilitacji, na którą przeznaczają się w kraju **mniej niż 4%** nakładów na ochronę zdrowia,

skazując dużą liczbę osób na trwanie w przewlekłej, często nie kończącej się niepełnosprawności.

Od roku 1989 przeprowadzono w Polsce **cztery duże i kilkanaście małych reform** systemu ochrony zdrowia. Nie przyniosły one odczuwalnej poprawy jego działania, ponieważ wszystkie miały charakter cząstkowy, fragmentaryczny.

Fragmentaryczne zmiany, dokonywane od lat w krajowym systemie ochrony zdrowia, nie poprawią jego wyników. Konieczna jest jego analiza i naprawa całościowa.

W ramach takiej naprawy **powinien być przeprowadzony przegląd i ocena wszystkich aktualnych elementów polskiego systemu ochrony zdrowia** oraz identyfikacja w nim narzędzi i procedur funkcjonujących efektywnie i nieefektywnie.

W taki sposób naprawę swojego systemu przeprowadzili w latach osiemdziesiątych ubiegłego wieku Holendrzy, powierzając jej wykonanie szefowi firmy Philips, Wisse Dekkerowi.

W rezultacie ich system jest od lat jednym z najlepszych w Europie.

Przeгляд polskiego systemu ochrony zdrowia **powinien** objąć:

- Uregulowania prawne i finansowe
- Organizację i zarządzanie
- Potencjał ludzki i kształcenie kadr medycznych
- Potencjał rzeczowy
- Promocję i edukację zdrowotną
- Profilaktykę i wczesne wykrywanie chorób
- Opiekę zdrowotną w okresie dziecięcym
- Opiekę zdrowotną w okresie aktywności zawodowej
- Opiekę zdrowotną w okresie senioralnym (w tym hospicyjną)
- Podstawową opiekę zdrowotną (POZ-y)
- Leczenie ambulatoryjne
- Leczenie szpitalne
- Rehabilitację leczniczą
- Produkcję i dystrybucję środków leczniczych i sprzętu medycznego
- Ubezpieczenia zdrowotne i społeczne
- Zdrowotne ubezpieczenia prywatne
- Postępowanie w sytuacjach nadzwyczajnych



Równocześnie powinny zostać zbadane wybrane wiodące europejskie i pozaeuropejskie systemy ochrony zdrowia i zidentyfikowane w nich efektywne narzędzia i procedury, jakie **mogą zastąpić te rozwiązania w polskim systemie ochrony zdrowia**, które wymagają pilnej i zdecydowanej zmiany.

Następnie z części pozostawionych (dobre funkcjonujących) rozwiązań w polskim systemie oraz dobrych rozwiązań zapożyczonych ze zbadanych systemów innych krajów powinien zostać zbudowany docelowy model polskiego systemu ochrony zdrowia.

W taki sposób powinna być przeprowadzona **kompleksowa naprawa krajowego systemu ochrony zdrowia.**

Zrekapitulujmy to, co zostało tutaj do tej pory powiedziane.

Pracownicy naukowcy i praktycy, zajmujący się zaspokojeniem zdrowotnych potrzeb mieszkańców naszego kraju, dochodzą do wniosku, że niezbędna jest całościowa, kompleksowa naprawa polskiego systemu ochrony zdrowia.

Podstawą do takiego stwierdzenia są krajowe raporty i międzynarodowe rankingi, lokujące Polskę pod względem szeroko rozumianej zdrowotności na ostatnich miejscach w Europie i wśród państw OECD oraz fakt, iż wszystkie dotychczasowe próby częściowych napraw krajowego systemu, nie przyniosły istotnej poprawy jego funkcjonowania.



Wyrazem takiego stanowiska badaczy i praktyków był V Kongres Wizja Zdrowia, w którego panelu, zatytułowanym **„Rekomendacje dotyczące kompleksowej optymalizacji polskiego systemu ochrony zdrowia”**, wystąpili między innymi profesor Marcin Gruchała, rektor Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, przewodniczący Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych, profesor generał Grzegorz Gielerak, dyrektor Wojskowego Instytutu Medycznego, Maciej Miłkowski, wiceminister zdrowia, Bogusława Orzechowska, przewodnicząca senackiej komisji zdrowia, dr Adam Sandauer, prezes stowarzyszenia pacjentów Primum Non Nocere, profesor Gertruda Uścińska, prezes Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, profesor Sebastian Skuza, wiceminister finansów i inni.

Dziennik „Rzeczpospolita” objął inicjatywę kompleksowej naprawy polskiego systemu ochrony zdrowia swoim medialnym patronatem.



Spółeczny sondaż, przeprowadzony przez ośrodek badania opinii publicznej IBRIS, którego wyniki zostały ogłoszone w dzienniku Rzeczpospolita w dniu 7 sierpnia br., pokazuje, **iż dla 83,5 % badanych ochrona zdrowia powinna być priorytetem, najważniejszą sprawą dla władz samorządowych.**



Inspiracją działań w tym zakresie dla samorządów województw powinien być raport „Polskie Zdrowie 2.0. Rekomendacje strategiczne na lata 2023–2027. Koordynacja działań podejmowanych na różnych poziomach władz samorządowych i krajowych” Komitetu Zdrowia Publicznego Polskiej Akademii Nauk z marca bieżącego roku.

Oto niektóre jego fragmenty:

„W świetle Konstytucji RP **każdy ma prawo do ochrony zdrowia**, a obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne **zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych**. Norma konstytucyjna stanowi wytyczną, którą należy się kierować, podejmując działania o charakterze legislacyjnym, jak również zarządzając ochroną zdrowia na poziomie regionalnym i lokalnym (według autorów niniejszego wystąpienia również centralnym)...”

(za Polską Akademią Nauk)

„Dla sprawności planowania i wdrażania polityki zdrowotnej, rozumianej w wymiarze celów zdrowotnych określanych ogólnie, jak np.
>zwiększenie liczby lat przeżytych w zdrowiu oraz zmniejszenie społecznych nierówności w zdrowiu<, jak też polityk szczegółowych w zakresie wskazanych powyżej sfer i problemów, **istotna jest koordynacja działań podejmowanych na różnych poziomach władz samorządowych i państwowych**” (Za Polską Akademią Nauk)

**W związku z powyższym sugerujemy,
aby Konwent Marszałków
Województw RP utworzył Zespół ds.
Optymalizacji Krajowego Systemu
Ochrony Zdrowia i Zabezpieczenia
Społecznego Następstw Chorób i
Urazów.**

W zespole powinien znaleźć się jeden przedstawiciel każdego województwa, Naczelnej Izby Lekarskiej, Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych, Naczelnej Izby Aptekarskiej, Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych, Krajowej Izby Fizjoterapeutów i Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych.

Zespół powinien dysponować budżetem złożonym ze składek samorządowych budżetów województw.

Zadaniem Zespołu będzie zorganizowanie i nadzorowanie omówionych tutaj, pogłębionych, ogólnokrajowych, kompleksowych badań, które zostaną przeprowadzone przez **dużą liczbę ekspertów z uznanych uczelni, instytutów naukowych oraz placówek medycznych** i zakończone zbudowaniem modelu nowego, zoptymalizowanego, ogólnokrajowego systemu ochrony zdrowia i zabezpieczenia społecznego następstw chorób i urazów.



Autorami niniejszego wystąpienia są:

Dr Mieczysław Błoński – Wiceprezydent Uczelni Łazarskiego. Prezes Polskiej Unii Edukacyjnej. Członek Zarządu Europejskiej Federacji Pracodawców Edukacji.

Prof. dr hab. Wojciech Drygas – Prezes Zarządu Sekcji Prewencji i Epidemiologii Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Były konsultant krajowy ds. zdrowia publicznego. Ekspert WHO ds. promocji zdrowia i profilaktyki chorób przewlekłych.

Dr hab. Anna Wilmowska – Prezes Polskiego Towarzystwa Orzecznictwa Lekarskiego. Długoletnia Naczelną Lekarką ZUS. Członkini Rady Ekspertów przy RPP oraz Rady do Spraw Polityki Senioralnej przy Ministrze Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.



Uczelnia Łazarskiego jest jedną z czterech najwyżej ocenianych uczelni niepublicznych spośród około dwustu działających w Polsce. Posiada aktywny Instytut Zarządzania w Ochronie Zdrowia, a absolwenci jej Wydziału Medycznego uzyskali drugie miejsce w kraju w tegorocznym Lekarskim Egzaminie Końcowym.

Dziękujemy za możliwość wystąpienia przed Państwa zacnym gronem.