



ZARZĄD

PREZES

Andrzej Płonka
POWIAT BIELSKI (woj. śląskie)

WICEPREZESI

Tadeusz Chrzan
POWIAT JAROSŁAWSKI

Jan Grabkowski
POWIAT POZNAŃSKI

Jerzy Kolarz
POWIAT BUSKI

Adam Krzysztoń
POWIAT ŁANCUCKI

Krzysztof Maćkiewicz
POWIAT WĄBRZESKI

Marian Niemirski
POWIAT PRZYSUSKI

Sławomir Snarski
POWIAT BIELSKI (woj. podlaskie)

Zbigniew Szumski
POWIAT ŚWIEBODZIŃSKI

CZŁONKOWIE

Mirosław Czapla
POWIAT MALBORSKI
Jarosław Dudkowiak
POWIAT GŁOGOWSKI

Ewa Janczar
MIASTO NA PRAWACH POWIATU
m.st. WARSZAWA

Józef Matysiak
POWIAT RAWSKI

Andrzej Nowicki
POWIAT PISKI

Wojciech Pałka
POWIAT KRAKOWSKI

Andrzej Połępa
POWIAT BRZESKI

Joanna Potocka-Rak
POWIAT CIECHANÓWSKI

Dariusz Szustek
POWIAT ŁUKOWSKI

Tomasz Tamborski
POWIAT KOŁOBRZESKI

Małgorzata Tudaj
POWIAT KĘDZIERZYŃSKO-KOZIELSKI

Mirosław Walicki
POWIAT GARWOLIŃSKI

KOMISJA REWIZYJNA

PRZEWODNICZĄCY

Józef Swaczyna
POWIAT STRZELECKI

Z-CA PRZEWODNICZĄCEGO

Andrzej Szymanek
POWIAT WIERUSZOWSKI

CZŁONKOWIE

Zdzisław Brezdeń
POWIAT OŁAWSKI

Andrzej Ciołek
POWIAT GOŁDAPSKI

Zdzisław Gamański
POWIAT CHELMIŃSKI

Krzysztof Nosal
POWIAT KALISKI

Andrzej Opala
POWIAT ŁÓDZKI WSCHODNI

Waldemar Trelka
POWIAT RADOMSKI

Bogdan Zieliński
POWIAT WYSOKOMAZOWIECKI

DYREKTOR BIURA

Rudolf Borusiewicz

Or.A.0713/2239/21

Warszawa, 28 września 2021 roku

Szanowny Pan

Maciej Miłkowski

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia

Współprzewodniczący Zespołu ds. Ochrony Zdrowia

i Polityki Społecznej KWRiST

Szanowny Panie Ministrze,

w nawiązaniu do dyskusji jaka toczyła się na Zespole ds. Ochrony Zdrowia i Polityki Społecznej, który miał miejsce 24 września br., przekazuję, pisemne, zbiorcze uwagi Związku Powiatów Polskich do projektów Wojewódzkich Planów Transformacji.

W pierwszej kolejności konieczne jest ustalenie harmonogramu prac nad dokumentami Wojewódzkich Planów Transformacji oraz jednolitych zasad prac nad nimi. Jeżeli chcemy utrzymać termin 15 grudnia, jako datę ogłoszenia Planów, jednocześnie prosimy o uczulenie wojewodów, żeby do opiniowania zewnętrznego kierowane były dokumenty w wersji bliskiej ostatecznej wersji a nie wersje robocze, nad którymi równolegle trwają prace, korekty i poprawki w ramach poszczególnych rad wojewódzkich.

Potrzeba jest również zwrócenia uwagi na ujednoczenie charakteru dokumentów Wojewódzkich Planów Transformacji we wszystkich województwach. Pomimo tego, że jednakowa jest tabela, będąca podstawą tworzenia planów, to jej interpretacja przez autorów jest odmienna - stąd też w różnych województwach pojawiają się skrajnie różne treści, we wskazanych częściach tabeli. Przykładowo w województwie śląskim autorzy zdaje się, mylą pojęcie działania z rezultatem. W rezultacie tego błędu, większość zaplanowanych działań ma charakter życzeniowy, a działania te są niepoliczalne i niemierzalne, w konsekwencji czego nie wiadomo również kto i w jaki sposób miałby odpowiadać za realizację poszczególnych zadań i co w ramach planu miałby robić.

Działania przedstawione w Wojewódzkich Planach Transformacji powinny być konkretne. Przykładowo wskazane w województwie śląskim następujące działanie: „Poprawa kompetencji zdrowotnych mieszkańców województwa, w szczególności poprawa świadomości społeczeństwa w zakresie odpowiedzialności i możliwości wpływu na swoje zdrowie. Działania te powinny być skupione głównie na osobach starszych oraz z niższym poziomem wykształcenia.” – jest zdefiniowane mało konkretnie. W tak zdefiniowanym działaniu należałoby wskazać możliwe konkretne aktywności, jakie należałoby podjąć w tym celu. Jeżeli oczekiwanym rezultatem miałyby być wyrobienie prawidłowych nawyków zdrowotnych wśród seniorów, to powinny zostać wskazane działania o charakterze edukacyjnym, które mogłyby być prowadzone w Uniwersytetach Trzeciego Wieku, Dziennych Domach „Senior+” czy Klubach Seniora. Innym przykładem może być przedstawione w projekcie Wojewódzkiego Planu Transformacji przygotowane przez Wojewodę Małopolskiego działanie: „Skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia diagnostyczne kosztochłonne” – w działaniu tym brakuje informacji w jaki sposób owo skrócenie ma nastąpić, czy przez zakup dodatkowego sprzętu czy przez zatrudnienie dodatkowego personelu, który wykonywałby badania czy poprzez jakieś inne działania. Tu również można odnieść wrażenie, że pomyłono działanie z rezultatem.

Przechodząc do dalszych uwag wskazać należy, że zgodnie z projektami dostępnych Planów, w niektórych z nich pojawia się problem polegający na fakcie, że w projektach planów ujęto sprawy, których koordynacja nie jest możliwa na poziomie województwa. Przykładem takich zapisów są planowane działania w obszarze zwiększenia odpowiedzialności POZ w systemie ochrony zdrowia (w tym w obszarze profilaktyki). Problem ma wymiar ogólnopolski a jego rozwiązanie może wymagać interwencji legislacyjnej (np. poprzez zmianę ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej albo zmianę rozporządzenia w sprawie OWU). Ani wojewoda ani OWNFZ nie mają instrumentów pozwalających na ostateczną interwencję w tym obszarze.

Podobnie sytuacja ma miejsce w odniesieniu do planowanych działań mających na celu zwiększenie zasobów kadrowych. Na poziomie województwa możliwości zwiększenia potencjału kadrowego, zwłaszcza jeżeli chodzi o lekarzy posiadających konkretne specjalizacje są ograniczone. Ponadto oczekiwania wskazane w planach są w oczywisty sposób niemożliwe do spełnienia. Przy ograniczonych możliwościach kształcenia kadr, zwiększenie liczby lekarzy posiadających daną specjalizację może spowodować braki w innych obszarach. Przykładem nadmiernego optymizmu w tym zakresie jest projekt Planu dla województwa kujawsko-pomorskiego.

W projektach planów pojawiają się też działania polegające na zakupie konkretnego sprzętu medycznego. Nawet jeżeli, ujawniają się takie braki to nie powinno się w planie wskazywać konkretnych świadczeniodawców, którzy mieliby dany sprzęt zakupić. Jako realizatorzy tego zadania często wskazywane są jednostki samorządu terytorialnego, podczas gdy wymiana sprzętu powinna być częścią wyceny świadczeń, a nie obowiązkiem nakładanym na organy prowadzące dany podmiot leczniczy. Przykładowo zaplanowany w województwie dolnośląskim zakup karetek motocyklowych, szczególnie w aglomeracjach o najwyższych wskaźnikach występowania zdarzeń drogowych, w liczbie do 10 sztuk, którego miałyby dokonać organy założycielskie podmiotów leczniczych albo zaplanowany w województwie opolskim zakup nowych angiografów, którego również miałyby dokonać organy założycielskie podmiotów leczniczych.

Zbieżną uwagę należy podnieść w przypadku zadań z zakresu profilaktyki zdrowotnej i promocji zdrowia. Jako podmioty zobowiązane do wdrożenia określonych w tym zakresie działań wskazywane są jednostki samorządu terytorialnego, podczas gdy doskonale wiadomo, że programy te nie są absolutnie żadnym sposobem, aby rozwiązać systemowe problemy związane po pierwsze ze wzmocnieniem profilaktyki po drugie z zapewnieniem równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Również planowane działania zakreślone są lakonicznie. Takim przykładem jest zaplanowane w województwie kujawsko-pomorskim działanie polegające na realizacji programów profilaktycznych uświadamiających negatywny wpływ tytoniu na zdrowie i zachęcających do zaprzestania jego używania ze szczególnym uwzględnieniem populacji mężczyzn, dla którego jako jednego z realizatorów wskazano jednostki samorządu terytorialnego lub planowane w województwie śląskim upowszechnienie informacji dotyczących zagrożeń wynikających z używania wyrobów tytoniowych i wyrobów powiązanych, realizacja programów z zakresu profilaktyki palenia tytoniu poprzez opracowanie oraz realizację programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej ukierunkowanych na informowanie uczestników o szkodliwym wpływie wyrobów tytoniowych i wyrobów powiązanych - na zdrowie. W opisach tych brak jest w szczególności oczekiwanego zakresu podejmowanych działań tj. liczby oczekiwanych uczestników, liczby programów czy typów działań podejmowanych w ramach poszczególnych programów. W przypadku tego dokumentu wątpliwości budzi również sformułowanie kierunków interwencji. Przykładowo wskazano działanie polegające na realizacji programów profilaktycznych uświadamiających negatywny wpływ spożywania alkoholu na zdrowie i zachęcających do zaprzestania jego używania ze szczególnym uwzględnieniem populacji mężczyzn. Budzi wątpliwości czy realizacja programów „uświadamiających” przynosi efekty zdrowotne. W Narodowym Programie Zdrowia wskazano na konieczność prowadzenia edukacji zdrowotnej i profilaktyki uzależnień (uniwersalna, selektywna, wskazująca) realizowanej **zgodnie z wynikami badań naukowych** (w tym epidemiologicznych) oraz dobrą praktyką w dziedzinie przeciwdziałania uzależnieniom. W odniesieniu do działań podejmowanych przez gminy w ramach gminnych programów przeciwdziałania alkoholizmowi NIK w kontroli <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/profilaktyka-uzaleznien-od-alkoholu-i-narkotykow.html>, również zwrócił uwagę na konieczność prowadzenia programów o potwierdzonej naukowo skuteczności.

Niemal we wszystkich Planach należy zwiększyć poziom szczegółowości, szczególnie poprzez unikanie takich haseł jak optymalizacja czy maksymalizacja, zwłaszcza jeżeli przy tym pomija się wskazanie czym jest to „optimum”. Przykładowo, jeżeli zapotrzebowanie na łóżka w danym obszarze jest większe, należy wskazać ile łóżek szpitalnych należałoby utworzyć i odwrotnie wskazać, gdzie mamy do czynienia z koniecznością redukcji zasobów. Jeżeli planowane jest maksymalne wykorzystanie sprzętu do badań to należałoby wskazać ile konkretnie badań na tym sprzęcie można by wykonywać w przedziale dnia/tygodnia/miesiąca. W Planach powinny zostać uwzględnione szczegóły, na podstawie których organy prowadzące jednostki ochrony zdrowia mogłyby przewidzieć w jaki sposób w przyszłości zmienić udzielanie świadczeń, czy w którym kierunku przeprofilować działalność. Zbyt ogólne zapisy w planach na pewno nie będą sprzyjały racjonalizacji ograniczonych zasobów jakimi dysponuje system, zwłaszcza w obszarze kadr.

W zakresie ujednoczenia wojewódzkich planów transformacji trzeba podkreślić jeszcze jeden aspekt, jakim jest brak dostępności do Krajowego Planu Transformacji dla członków rad wojewódzkich. Wojewódzkie plany transformacji powinny być spójne z Krajowym Planem Transformacji, brak dostępu nawet do wersji roboczej utrudnia pracę członkom rady. Prośba zatem o przekazanie wojewodom aby udostępniili członkom rady również robocze wersje projektów dokumentów przekazanych przez resort zdrowia. Dostęp do dokumentu krajowego też będzie wskazówką co do tego, jaką metodologię i poziom szczegółowości powinno przyjąć się na poziomie planów wojewódzkich. Niezależnie od powyższego konsultacje wojewódzkie projektów planów nie powinny odbywać się przed oficjalnym opublikowaniem Krajowego Planu Transformacji.

Z poważaniem

Prezes Zarządu
Związku Powiatów Polskich

Andrzej Piłonka