

LIDER ROKU 2023

W OCHRONIE ZDROWIA

ZDROWIE



PUBLICZNE

Lekarze rodzinni mają coraz więcej do powiedzenia

Rozmowa z **Agnieszką Mastalerz-Migas**, konsultant krajową w dziedzinie medycyny rodzinnej, prezes zarządu głównego Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej

Przełom roku to dla pani czas wyjątkowy. Znalazła się pani na prestiżowej liście 100 Kobiet Roku 2023 magazynu „Forbes” w kategorii Nauka. Została pani zwyciężcą konkursu Sukces Roku w Ochronie Zdrowia – Liderzy Medycyny w kategorii Zdrowie Publiczne. Odczuwa pani presję tych wyróżnień? Tego, że stała się pani inspiracją i wzorem do naśladowania dla wielu kobiet?

Dla mnie wymiernym sukcesem jest to, co udało się osiągnąć, a jest to skuteczne wdrożenie opieki koordynowanej (OK) w podstawowej opiece zdrowotnej, przekonanie świadczeniodawców do tego, że taki model może być realizowany, że mają na to siły i środki.

Oczywiście to nie jest tylko mój sukces. To efekt pracy dużego, bardzo zaangażowanego w ten proces zespołu ludzi.

Różne plebiscyty czy rankingi są miłym docenieniem i pokazaniem, jak wiele osób widzi to, że udało się zrobić coś dobrego. Dają rozpoznawalność, są elementem budowania, nazwijmy to „marki”, co z pewnością rodzi dużą odpowiedzialność. Jeśli ktoś staje się osobą publiczną, na pewno musi bardziej ważyć »



foto: Archiwum prywatne

AGNIESZKA MASTALERZ-MIGAS

– dr hab. n. med., prof. UMW, od 2020 roku pełni funkcję konsultant krajowej w dziedzinie medycyny rodzinnej, jest kierownikiem Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu oraz prezes zarządu głównego Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej. W latach 2021-2022 kierowała zespołem ds. zmian w POZ, który przygotował reformę POZ i wdrożenie opieki koordynowanej. W grudniu 2022 r. została pełnomocnikiem ministra zdrowia ds. wdrożenia opieki koordynowanej w POZ. W grudniu 2023 r. znalazła się na prestiżowej liście najbardziej wpływowych 100 Kobiet Roku 2023 opracowanej przez magazyn „Forbes”.



» słowa, mieć świadomość, że wiele osób słucha i patrzy.

Ma pani receptę na sukces?

Praca, dużo pracy, cierpliwość, wytrwałość, wiara, że „to się uda”, nieodpuszczanie, jeśli jest się do czegoś przekonanym, umiejętność budowania zespołu i zdolność przekonywania do własnych racji... Można długo wymieniać. Na pewno potrzebne jest też szczęście, żeby trafić na dobry moment, spotkać odpowiednich ludzi. To złożona receptura.

Porozmawiajmy o opiece koordynowanej w POZ. Mówiło się o niej od wielu lat. Najpierw był pilotaż POZ Plus, który miał zweryfikować założenia modelu opieki aktywnej nad pacjentem w zdrowiu i chorobie. Nie do końca jednak skorzystano z wniosków i uwag świadczeniodawców realizujących ten pilotaż. Dlatego większość środowiska, choć samą ideę OK uznawała za słuszną, była przeciwna jej wprowadzeniu od 1 października 2022 r., argumentując, że pracownicy lekarze rodzinni nie są na to przygotowani. Jak udało się ten opór przełamać?

Pomysł koordynacji opieki nie jest nowy, ma kilkadziesiąt lat, a większość nowoczesnych systemów ochrony zdrowia opiera się na koordynowaniu opieki. Opieka rozczłonkowana, fragmentaryczna nie daje korzyści zdrowotnych. Pacjent jest zagubiony w systemie, realizuje wiele świadczeń w oderwaniu od siebie. To powoduje, że ostatecznie zysk zdrowotny jest nieporównywalnie mniejszy, niż kiedy koordynujemy nasze działania.

Patrząc chronologicznie: rzeczywiście zaczęliśmy mówić konkretnie o opiece koordynowanej w POZ w 2017 r., kiedy zaczęła obowiązywać ustawa o podstawowej opiece zdrowotnej, zawierająca zapisy dotyczące jej wdrożenia z odroczonym terminem wejścia w życie. Niezbyt szczęśliwy splot różnych okoliczności (przede wszystkim




pandemia) spowodował, że pilotaż opieki koordynowanej POZ Plus kończył się 30 września, a już na 1 października 2021 r., w epicentrum pandemii, wyznaczony był ustawowy termin wejścia w życie opieki koordynowanej POZ. W czerwcu 2021 r., decyzją ministra zdrowia, został powołany zespół, który miał opracować propozycje zmian w POZ i przygotować to wdrożenie. Było oczywiste, że przez 3 miesiące nie ma szans tego zrobić, zwłaszcza że jeszcze nie dysponowaliśmy wynikami pilotażu. To, co weszło w październiku 2021 r., to była tylko koordynacja profilaktyki i wprowadzono do POZ koordynatora. Kolejne miesiące były przeznaczone na intensywne prace nad przygotowaniem całości wdrożenia.

Nie zgodzę się jednak z twierdzeniem, że nie korzystaliśmy z wyników pilotażu i jego analizy. Realizatorzy POZ Plus, z dr. Arturem Prusaczykiem i dr. Pawłem Żukiem na czele, dostarczyli nam bardzo dużo cennych informacji, ale jednocześnie wiedzieliśmy, że wszystkiego, co było w pilotażu, nie da się zaimplementować do POZ, że będzie to zbyt duży ciężar do udźwignięcia na start i wiele jego elementów trzeba będzie wdrażać stopniowo. Wybraliśmy na początek te schorzenia, których jest najwięcej i generują najdłuższe kolejki do AOS.

Jak udało nam się przełamać opór środowiska do opieki koordynowanej? Ważne było to, że jego postulaty i uwagi były uwzględniane i korygowane na bieżąco. Pojawiły się pieniądze na wdrożenie OK w formie ryczałtu (6,5 tys. zł/miesiąc), które nie zależały od wielkości populacji objętej opieką. Jest to forma wsparcia dla przede wszystkim mniejszych ośrodków. Zwiedziłam prawie całą Polskę – edukując, dyskutując, wyjaśniając. Zainteresowanie było ogromne. Obalaliśmy wiele mitów, m.in. że opieka koordynowana jest tylko dla dużych placówek, że się nie opłaca, że jest niewykonalna przy ograniczonych kadrach.

Opieka koordynowana w POZ nad pacjentem chorym przewlekle objęła początkowo cztery ścieżki: kardiologiczną, diabetologiczną, pulmonologiczną i endokrynologiczną, a ostatnio doszła piąta – nad pacjentem z przewlekłą chorobą nerek. Są to choroby, którymi jako lekarze rodzinni i POZ zajmujemy się na co dzień. Zostaliśmy jednak wyposażeni w odpowiednie narzędzia w postaci wielu dodatkowych, niedostępnych dotychczas, badań diagnostycznych, możliwości konsultacji specjalistycznych, bez kierowania pacjenta do AOS, konsultacji dietetycznych.

Po trzech miesiącach od wprowadzenia POZ OK prawie 10 proc. placówek wyraziło chęć przystąpienia do programu. To było ogromnym zaskoczeniem. Jak się okazało, rok 2023 w ogóle upłynął pod znakiem opieki koordynowanej. Z ostatnich danych NFZ z grudnia 2023 r. wynika, że już 30 proc. poradni POZ przystąpiło do OK w POZ. Co złożyło się na ten sukces?



Recepta na sukces? Praca, dużo pracy, cierpliwość, wytrwałość, wiara, że „to się uda”, nieodpuszczanie, jeśli jest się do czegoś przekonanym, umiejętność budowania zespołu i zdolność przekonywania do własnych racji... Można długo wymieniać. Na pewno potrzebne jest też szczęście, żeby trafić na dobry moment, spotkać odpowiednich ludzi. To złożona receptura

Intensywna praca nad implementacją programu. Nie wystarczą akty prawne. Nie wystarczy przygotować zmiany systemowe i powiedzieć: róbcie to, zmiany weszły w życie. Trzeba jeszcze ludzi szkolić, tłumaczyć, informować. Konieczna jest współpraca środowiska POZ, płatnika, Ministerstwa Zdrowia, bieżące monitorowanie i rozwiązywanie problemów.

Dużo działań zostało zrealizowanych w 2023 r. po to, aby wspomóc implementację zmian systemowych. Myślę, że te 30 proc. to też efekt dobrze przygotowanego projektu. To duże zmiany, przede wszystkim filozofii opieki nad pacjentem, organizacyjne, merytoryczne (m.in. większy zakres możliwości diagnostycznych), ale także dotyczące rozliczania świadczeń.

Od zawsze w POZ podstawą rozliczeń z NFZ była stawka kapitacyjna i prosta sprawozdawczość. Tutaj mamy sprawozdawczość za wykonane świadczenia. To generowało początkowo dużo błędów. Wszyscy, świadczeniodawcy i NFZ, musieliśmy się nauczyć i porozumieć co do zasad rozliczeń, dopracować zasady walidacji i je poznać. Po roku wiemy, jak to robić i ci, którzy do OK wchodzą teraz, mają łatwiej. »

» *Co złożyło się na sukces POZ OK? Intensywna praca nad implementacją programu. Nie wystarczą akty prawne. Nie wystarczy przygotować zmiany systemowe i powiedzieć: róbcie to, zmiany weszły w życie. Trzeba ludzi szkolić, tłumaczyć, informować. Konieczna jest współpraca środowiska POZ, płatnika, Ministerstwa Zdrowia, bieżące monitorowanie, rozwiązywanie problemów*

» Trochę wróżąc, jak pani przewiduje, kiedy uda się osiągnąć poziom 50 proc. placówek zaangażowanych w realizację opieki koordynowanej w POZ?

Apetyt rośnie w miarę jedzenia i bardzo bym chciała, żeby 50 proc. placówek POZ realizowało opiekę koordynowaną już w 2024 r. Będzie o to bardzo trudno, bo to długofalowy proces, a pula entuzjastów tego programu już nieco się wyczerpała. Przed nami czas intensywnej pracy ze świadczeniodawcami w terenie, wsparcie podmiotów, które już realizują, zaczynają lub planują ruszyć z koordynacją. Potrzeba dużo dobrej woli i współpracy w terenie, bo nie ma kompleksowości i koordynacji opieki bez współpracy w różnych obszarach systemu.

POZ OK to kompleksowa opieka nad pacjentem zarówno w chorobie, jak i zdrowiu. To ostatnie słowo oznacza działania w zakresie profilaktyki i ma ogromny wpływ na zdrowie publiczne. Jakie należy podjąć kroki w celu upowszechniania profilaktyki w społeczeństwie?

Problem z brakiem wystarczającej realizacji programów profilaktycznych jest wielopoziomowy – od braku wiedzy i edukacji społeczeństwa, poprzez wiele problemów organizacyjnych, finansowych, do braku kompletnych danych z realizacji, ich analizy, ewaluacji, rejestrów, pozwalających śledzić los pacjentów zdiagnozowanych w przesiewie. Zrobić można wiele, ale to proces długotrwały i jeśli chcemy odnieść sukces, musi mu być nadany absolutny priorytet.

Programów profilaktycznych mamy dużo, są realizowane i finansowane zarówno centralnie, jak i przez samorządy lokalne. Robi się kłopot, kiedy pacjent ma podjąć decyzję, jakie właściwie badania profilaktyczne trzeba wykonać. Powinniśmy się zastanowić, jak kompleksowo to rozwiązać, gdzie powinna się zaczynać profilaktyka i co dalej. Czy tym miejscem ma być POZ, medycyna pracy, a może jedno i drugie?

Rozwiązaniem przetestowanym w pilotażu POZ Plus był bilans zdrowia, czyli przegląd zdrowotny przeprowadzany u pacjenta raz na kilka lat. To jest bilans, który zawiera elementy oceny zarówno kardiologicznej, onkologicznej, jak i zdrowia psychicznego oraz ogólnej oceny stanu zdrowia pacjenta. Jego efektem powinny być skierowania na konkretne badania profilaktyczne.

Mamy już wiele rozwiązań cyfrowych, które mogą pomóc: Internetowe Konto Pacjenta (możliwość zamieszczenia ankiety do bilansu), centralna e-rejestracja. Umówienie się na badanie profilaktyczne, czy to będzie kolonoskopia, mammografia, czy program CHUK, powinno być proste. Ale realizacja programów musi być także przyjazna dla realizatorów, aby wprowadzanie danych i sprawozdawczość nie zabijały chęci działania. Wskazane byłoby również, by oceniać skuteczność programów i poszczególnych ośrodków, premiować najlepszych – a tego nie da się zrobić bez dobrej sprawozdawczości i analiz danych.

Ale nie możemy zapominać o tym, że najważniejsza jest decyzja człowieka, nie pacjenta jeszcze, tylko zdrowego człowieka, który powinien określoną profilaktykę wykonać. Tu mamy ogromną pracę do wykonania. Bardzo dużo mówimy o edukacji zdrowotnej, natomiast albo to bardzo nieefektywnie robimy, albo ciągle za mało, bo to nie przynosi żadnego efektu. Polacy nie korzystają z profilaktyki, a przynajmniej – korzystają niewystarczająco.

Najtańszą i zarazem najskuteczniejszą formą profilaktyki są powszechne szczepienia, przeciwko grypie, COVID-19, HPV i wielu innym chorobom. Niestety wyszczepialność populacyjna w Polsce pozostawia wiele do życzenia.

Szczepienia są rzeczywiście najtańszą i najbardziej efektywną formą specyficznej, kierunkowej profilaktyki. Mamy kalendarz szczepień obowią-

kowych u dzieci, z którego realizacją jest całkiem dobrze, ale widzimy też, że zwiększa się z roku na rok liczba odmów szczepień. Mamy też wiele szczepień zalecanych, z ich realizacją u dzieci jest różnie, a u dorosłych po prostu źle. Powinniśmy skupiać się przede wszystkim na grupach ryzyka. Klaniają się tu rozwiązania opieki koordynowanej. Lekarz, tworząc indywidualny plan opieki medycznej dla pacjenta przewlekle chorego, powinien uwzględnić w nim także szczepienia.

Personel medyczny musi być bardziej bezpośredni w zalecaniu szczepień, nie czekać na pytania pacjenta, na jego własną inicjatywę. Istnieje przecież wiele danych świadczących o tym, że szczepienia ratują życie, np. przeciwko grypie u osoby z niewydolnością serca zmniejszają ryzyko zaostrzenia tej niewydolności. Takiemu pacjentowi powinniśmy wystawić skierowanie na szczepienie jak receptę na inne leki, nie pytać go, czy będzie się chciał szczepić, tylko powiedzieć, że powinien to zrobić. Powinniśmy pracować również nad zmianą mentalności lekarzy i pielęgniarek, którzy z większym przekonaniem muszą rekomendować szczepienia.

Tym, co zauważa środowisko lekarzy rodzinnych, ale nie tylko ono, jest niezwykle wzrost w ostatnich latach aktywności Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej i ogromna popularność prezentowanych na portalu PTMR publikacji, webinarów, z których korzysta tysiące lekarzy. Do tego trzeba dodać ponad 4 tys. członków PTMR, 22 tys. aktywnych użytkowników naszego portalu, 2 newslettery w tygodniu i ponad 9,5 tys. ich odbiorców. Jako prezes PTMR musi być pani z tego dumna. Jakie plany ma na najbliższy rok towarzystwo?

Jestem z tego bardzo dumna, bo za tymi liczbami kryje się ogrom pracy zespołu ludzi – zarządu głównego i zarządów lokalnych, szefów

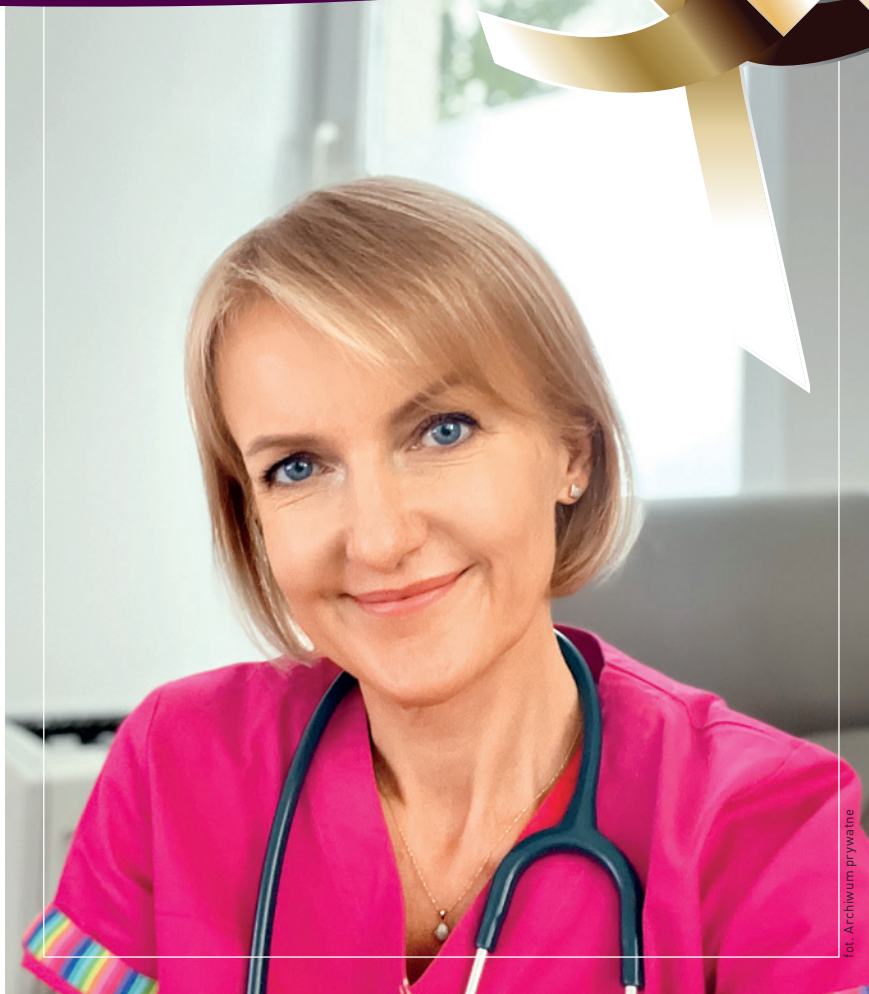


foto: Archiwum prywatne

sekcji tematycznych oraz wielu młodych entuzjastów pracujących nad wieloma dobrymi projektami edukacyjnymi, naukowymi, nad całą strukturą informacyjną towarzystwa. Dotyczy to nie tylko opieki koordynowanej, ale wielu innych tematów istotnych dla POZ. Zapewnialiśmy ponadto istotne wsparcie edukacyjne w czasie pandemii COVID-19. Oferujemy wiele kursów online, webinarów, materiałów edukacyjnych w formie e-booków, rekomendacji, ale również schematów postępowania, tzw. one pagerów, oraz wiele szkoleń stacjonarnych i warsztatów.

Na liczby, które pan przytoczył, pracuje także zespół fantastycznych młodych ludzi, z dr. Aleksandrem Biesiadą na czele, który pełni funkcję pełnomocnika zarządu PTMR ds. innowacji i rozwoju. Nie spoczywamy na laurach i dopiero się rozkręcamy. Chcę podkreślić, że PTMR to jest nie tylko edukacja. Obalamy mit, że lekarze rodzinni nie zajmują się nauką. W 2023 r. ukazały się naukowe publikacje lekarzy, którzy nie pracują na uniwersytetach medycznych, lecz w przychodniach POZ. To pokazuje, że można się rozwijać wielokierunkowo. To, że możemy pozytywnie zmieniać rzeczywistość, budować lepszą jakość opieki w POZ, jest dla mnie naprawdę ogromną satysfakcją.

Rozmawiał Jacek Janik