

VI KONGRES WIZJA ZDROWIA DIAGNOZA I PRZYSZŁOŚĆ FORESIGHT MEDYCZNY

Potrzebujemy mechanizmów, które będą konkurowali o efekt leczenia

Pacjenci oczekują otwartego, bezproblemowego dostępu do świadczeń zdrowotnych. Jesteśmy o krok od tego, jednak trzeba realnie patrzeć, na jakim etapie zmian się znajdujemy, i zbudować mechanizmy, które sprawią, że świadczeniodawcy będą konkurowali o efekt leczenia – wskazywali eksperci podczas sesji inauguracyjnej VI Kongresu Wizja Zdrowia – Diagnoza i Przyszłość – Foresight Medyczny.



Rzecznik praw pacjenta Bartłomiej Chmielowiec wskazał, że zmiany w ochronie zdrowia powinny umożliwić każdemu pacjentowi bezproblemowe dostanie się do specjalisty.

– Te zmiany już się zaczęły, są wdrażane. Mamy zdiagnozowane problemy systemowe, wytyczone kierunki, zaplanowane reformy. Teraz musimy uzbroić się w cierpliwość. Aby osiągnąć zakładany efekt, konieczna jest konsekwencja. Tylko w ten sposób zrealizujemy wizję szerokiego dostępu do systemu ochrony zdrowia – mówił.

– Największym wyzwaniem jest wdrażanie zaplanowanych działań. Pierwszy krok to wzmocnienie roli lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Służą temu m.in. większy panel badań udostępniony lekarzom POZ oraz koordynacja opieki nad pacjentem pomiędzy lekarzem rodzinnym a specjalistą – wyjaśnił Bartłomiej Chmielowiec.

– Równie ważna rzecz to informatyzacja w ochronie zdrowia. Już dziś widzimy efekty wdrożenia e-recepty i e-zwolnienia. Przed nami elektroniczne zarządzanie kolejkami w ochronie zdrowia. Nad tym rozwiązaniem pracuje Centrum e-Zdrowia. Dzięki centralnej elektronicznej rejestracji pacjent sam będzie mógł wybrać miejsce, gdzie skorzysta z wizyty u specjalisty. System wskaże, gdzie są krótsze terminy, które placówki są najbliżej, która z nich jest najlepiej oceniana. Za pośrednictwem platformy będzie można również zrezygnować z wizyty. Dziś jest to niemożliwe. Pacjent w ciemno wybiera placówkę, a kiedy chce zrezygnować ze świadczenia, jest zmuszony do wielogodzinnego wydzwaniania do ośrodka, w którym się zarejestrował – mówił rzecznik.

– Trzecia rzecz mająca przełożenie na dostępność świadczeń to ustawa o jakości i bezpieczeństwie. Najwyższy czas, abyśmy traktowali jakość jako priorytet i abyśmy na jej podstawie rozliczali zrealizowane świadczenia – dodał.

Marzena Sygut

sprawią, że świadczeniodawcy



Fot. Patryk Rydzik

W DEBACIE UCZESTNICZYLI:

- Bartłomiej Chmielowiec – rzecznik praw pacjenta
- dr n. ekon. Małgorzata Gałązka-Sobotka – dziekan Centrum Kształcenia Podyplomowego Uczelni Łazarskiego oraz dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego
- Krzysztof Kopeć – prezes Polskiego Związku Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego – Krajowi Producenci Leków
- Maciej Miłkowski – wiceminister zdrowia
- Filip Nowak – prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
- Joanna Parkitna – dyrektor Wydziału Oceny Technologii Medycznych Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
- Krystyna Wechmann – prezes Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych oraz Federacji Stowarzyszeń Amazonki

Odwrocona piramida świadczeń

W podobnym tonie wypowiedział się wiceminister zdrowia Maciej Miłkowski: – Zmiany w POZ są wdrażane od 1 lipca, a kolejne od 1 października. Przekazanie kompetencji, także możliwości diagnostycznych lekarzowi POZ to dobry kierunek. Otwarte pozostaje pytanie, ile porad jest potrzebnych, aby pacjent miał właściwą opiekę. W Polsce już teraz mamy jeden z najwyższych wskaźników porad w POZ w Europie, co wcale nie oznacza, że jakość opieki jest najlepsza. Chodzi o to, aby porady były najbardziej efektywne, dlatego stawiamy na lepsze możliwości diagnostyczne lekarza POZ, od samego początku – wskazał.

– Naszym celem jest e-recepta, e-dokumentacja. To samo dotyczy opieki ambulatoryjnej. Porada ambulatoryjna musi mieć cel wykonania – potwierdzenie diagnozy, skierowanie do leczenia. Co więcej, pacjent musi zalecenia lekarskie stosować. Ministerstwo Zdrowia wprowadza takie zmiany, które mają się przełożyć na jak najradsze odsyłanie pacjenta do lecznictwa szpitalnego. Trudno jednak dziś przewidywać, czy uda się zminimalizować kolejki do

świadczeń ambulatoryjnych. Nie jesteśmy w stanie kontrolować, jak często lekarz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) wyznacza wizyty kontrolne pacjentom. Dobrym rozwiązaniem jest rozgraniczenie wizyt osobistych i telewizyj w zależności od indywidualnych potrzeb pacjenta – mówił Maciej Miłkowski.

Wizje zdrowia NFZ

– Narodowy Fundusz Zdrowia stara się patrzeć na system ochrony zdrowia oczami pacjenta. W naszej ocenie realnym rozwiązaniem, które pomoże w skróceniu czasu oczekiwania, jest wspomniany już system centralnej rejestracji. Pozwoli on dokonywać optymalnego wyboru miejsca wizyty. Dlatego centralne zapisanie się i odwoływanie wizyt w szpitalu jest tak istotne – doprecyzował Filip Nowak, prezes NFZ.

– Zachęcamy pacjentów do dokonywania właściwego wyboru miejsca leczenia. Już dziś do ich dyspozycji pozostaje portal Zdrowe Dane, który pozwala ocenić jakość w placówkach medycznych. Można też korzystać ze strony internetowej NFZ, która umożliwia znalezienie dostępnych wizyt w konkretnych placówkach. Wspólnie

z Rzecznikiem Praw Pacjenta prowadzimy też bezpłatną infolinię dla pacjentów: 800 190 590 – mówił.

Przedstawiciel NFZ zaznaczył, że decydują o jakości i bezpieczeństwie pacjenta, ale NFZ już wcześniej promował świadczeniodawców oferujących działania kompleksowe, koordynowane, co może świadczyć o jakości, wiedzy, doświadczeniu i odpowiedniej organizacji pracy. Jako płatnik mamy instrumenty finansowe, dzięki którym finansujemy wyżej świadczenia o wyższej jakości. To dzieje się już teraz np. w onkologii i okulistyce – mówił.

– Istotnym elementem, który wpływa na skrócenie kolejek, jest też optymalizacja wykorzystania kadry medycznej. Powinna ona polegać na pomocy świadczeniodawcom w poprawie jakości opieki nad pacjentami. Dlatego powołaliśmy m.in. zespół do wypracowania zmian w pediatrii, żeby nie wiązać kadry w sezonowo działających, mniejszych oddziałach pediatrycznych, a jednocześnie nie zabierać mieszkańcom możliwości korzystania ze świadczeń pediatrycznych. Kolejny zespół, który powo-

łałem, zaproponuje nowe zdefiniowanie hospitalizacji planowej – podsumował.

Systemowe wsparcie zdecyduje o tempie reform

Doktor Małgorzata Gałązka-Sobotka, dziekan Centrum Kształcenia Podyplomowego Uczelni Łazarskiego oraz dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego wskazała, że zmiany w systemie, które zostały opisane w różnych dokumentach, już zachodzą. – Procesy ambulatoryjnej, kompleksowości, koordynacji i koncentracji postępują, ale mimo to różni uczestnicy rynku mogą oczekiwać, żeby tempo zmian było większe. O tempie i skuteczności wdrażania zaplanowanych reform w dużej mierze zdecyduje systemowe wsparcie wszystkich instytucji regulacyjnych, które będą dostarczały na czas właściwych informacji ale też będą miały wrażliwość systemową na bardzo zróżnicowane potrzeby tych, którzy w tych reformach mają odgrywać aktywną rolę – mówiła.

Wskazała m.in. na reformę POZ. – Często mówimy: POZ, AOS, lecznictwo szpitalne, tymczasem, żadna z tych kategorii nie jest jednorodna. Dla przykładu – POZ to różne

VI KONGRES WIZJA ZDROWIA DIAGNOZA I PRZYSZŁOŚĆ FORESIGHT MEDYCZNY



Fot. Patryk Fyzyk



Fot. Patryk Fyzyk



Fot. Patryk Fyzyk



Fot. Patryk Fyzyk

”

Bartłomiej Chmielowiec: Dzięki centralnej elektronicznej rejestracji pacjent sam będzie mógł wybrać miejsce, gdzie skorzysta z wizyty u specjalisty. System wskaże, gdzie są krótsze terminy, które placówki są najbliżej, która z nich jest najlepiej oceniana

”

dr Małgorzata Gałązka-Sobotka: Organizatorzy systemu muszą odpowiedzieć na pytanie, czy nie powinno się zredefiniować wymagań stawianych świadczeniodawcom, aby na odpowiednim poziomie zabezpieczyć zasoby niezbędne do zapewnienia tego samego standardu jakości opieki

”

Maciej Miłkowski: W Polsce mamy jeden z najwyższych wskaźników porad w POZ w Europie, co wcale nie oznacza, że jakość opieki jest najlepsza. Chodzi o to, aby porady były jak najbardziej efektywne

”

Filip Nowak: Trwają prace nad ustawą o jakości, ale NFZ już wcześniej promował działania kompleksowe, koordynowane. Jako płatnik mamy instrumenty finansowe, dlatego próbujemy finansować wyżej świadczenia o lepszej jakości. Tak się dzieje w onkologii, okulistyce i innych obszarach

podmioty. Mieszczą się tu jednoosobowa praktyka i kilkudziesięcioosobowe zespoły – wyjaśniła. – Dlatego w sytuacji, gdy prze-modelujemy opiekę, musimy zdefiniować standardy organizacyjne w zależności od pewnego standardu opieki, który jest możliwy do zorganizowania – dodała.

– Organizatorzy systemu muszą odpowiedzieć na pytanie, czy nie powinno się zredefiniować wymagań stawianych świadczeniodawcom, aby na odpowiednim poziomie zabezpieczyć zasoby niezbędne do zapewnienia tego samego standardu jakości opieki. Nie zawsze musi być to np. tyle samo specjalistów, aby zabezpieczyć skuteczną opiekę chirurgiczną dla małego powiatu. To pokazuje, że system musi mieć wkomponowane mechanizmy elastyczności – zaznaczyła dr Małgorzata Gałązka-Sobotka.

Ten kierunek zmian potwierdził też prezes NFZ Filip Nowak, który przyznał, że zmieniając system, należy uelastyczniać wymagania i zasady funkcjonowania placówek medycznych, zwłaszcza tam, gdzie występuje sezonowość i gdzie zapotrzebowanie nie jest tak duże, jak się wydawało.

Profilaktyka i kompleksowość opieki – gdzie tkwi problem?

Krystyna Wechmann, prezes Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych oraz Federacji Stowarzyszeń Amazonki, zwróciła uwagę na małe zainteresowanie Polaków badaniami przesiewowymi. – Mamy badania przesiewowe w raku jelita, szyjki macicy, piersi, a pacjenci nie chcą z nich korzystać.

Ostatnie dane z sierpnia tego roku pokazują, że na mammografię zgłasza się zaledwie 30 proc. uprawnionych – wskazała. – Rada pacjentów przy Ministerstwie Zdrowia powołała zespół ds. profilaktyki, którego celem jest wypracowanie narzędzi pozwalających zmienić te wskaźniki – dodała.

Podkreśliła, że kolejnym ważnym elementem jest diagnostyka genetyczna. – Popieramy zmiany, które zostały zaproponowane w ustawie laboratoryjnej. Mam na myśli pewne standardy w diagnostyce, jak również możliwość szkolenia biotechników i biologów, którzy mogą zyskać uprawnienia do realizowania tej diagnostyki – mówiła Krystyna Wechmann.

Przedstawicielka pacjentów poinformowała, że Federacja Stowarzyszeń Amazonki działa na rzecz uświadamiania chorym, jak ważne jest leczenie w ośrodku referencyjnym. – Resort zdrowia, powołując breast unity, wskazywał, że takich ośrodków powinno być w Polsce 50. Ja uważałam, że 75. Tymczasem życie pokazało, że placówki te powstają z wielkim trudem. Wiele szpitali nie jest zainteresowanych podpisywaniem umów na breast unity. Jeszcze gorszy obraz wylania się z danych statystycznych. Okazuje się, że w 2020 r. z 53 ośrodków tylko 6 wykonało wymaganych 250 zabiegów, a 33 przeprowadziły ich jedynie 30. Szpitale, które nie wykonują zabiegów, nie dają gwarancji jakości – przestrzegła.

– Chciałabym, aby NFZ nie płacił tym placówkom, które nie spełniają wymagań i nie posiadają certyfikatu – dodała Krystyna Wechmann.

Polityka lekowa

Krzysztof Kopeć, prezes Krajowych Producentów Leków, podkreślił, że przemysł farmaceutyczny stara się aktywnie pracować nad tym, żeby pacjentom nie zabrakło leków, a producentom substancji czynnych (active pharmaceutical ingredient – API). – Myśleliśmy o tym, jak uniezależnić Europę od Azji. Powstał nawet dokument „Polityka lekowa państwa na lata 2018–2022”. Wskazywał on m.in. na konieczność wprowadzenia mechanizmów stymulujących rozwój krajowej branży farmaceutycznej i stworzenia zachęt do istotnych inwestycji tego sektora na terytorium Polski. W dokumencie do tego celu zostały przypisane mierniki jego realizacji. Jeden z nich zakładał dynamikę wzrostu udziału krajowego API rok do roku, drugi zwiększanie udziału konsumpcji leków produkowanych w Polsce, w tym biotechnologicznych. Kończy się rok 2022 i niestety mamy pewność, że te cele nie zostały osiągnięte. Zdajemy sobie sprawę z sytuacji geopolitycznej, jednak nie chciałbym, aby kiedyś zabrakło leków tylko dlatego, że nie było długofalowego myślenia i nie został wdrożony dokument, który mieliśmy na stole – mówił.

Ekspert po raz kolejny zwrócił uwagę na proponowane w ustawie refundacyjnej korytarze cenowe: – Te rozwiązania wpłyną na nasze możliwości produkcyjne, bo polscy producenci nie będą mogli konkurować z rynkiem azjatyckim, jednak w największym stopniu odbiją się na pacjentach, którzy będą zmuszeni stać w kolejkach po leki, a my po API.





Fot. Patryk Fyzyk



Fot. Patryk Fyzyk



Fot. Patryk Fyzyk

”

Krzysztof Kopeć: Kończy się rok 2022 i niestety mamy pewność, że cele zapisane w „Polityce lekowej państwa na lata 2018–2022” nie zostały osiągnięte. Nie chciałbym, aby kiedyś zabrakło leków tylko dlatego, że nie wdrożyliśmy dokumentu, który mieliśmy na stole

”

Joanna Parkitna: AOTMiT przygotowuje dokumenty dotyczące terapii, świadczeń, systemu ochrony zdrowia, a one nie są w ogóle czytane ani przez pacjentów, ani przez ekspertów klinicznych

”

Krystyna Wechmann: W 2020 r. z 53 ośrodków tylko 6 wykonało wymaganych 250 zabiegów, a 33 przeprowadziły ich jedynie 30. Chciałabym, aby NFZ nie płacił tym placówkom, które nie spełniają wymagań i nie posiadają certyfikatu

– Sami sobie fundujemy instrument, który nas jeszcze głębiej uzależnia od Azji, a potem będziemy się dziwili, że mamy taki efekt. Gdybyśmy w 2018 r. zaczęli wdrażać „Politykę lekową” i sprawdzali mierniki, do tego by nie doszło – podsumował Krzysztof Kopeć. Wiceminister Miłkowski wyjaśnił, że kwestia korytarzy cenowych nie jest jednoznaczna. – Mamy problem: jest jedna firma, która jest w cenie 200 proc. podstawy limitu, a dwie firmy polskie poniżej podstawy limitu. I właśnie te firmy dobrze sobie radzą na rynku. A zarzut w stosunku do Ministerstwa Zdrowia jest taki, że stosując korytarze cenowe, chce doprowadzić do zmniejszenia ceny o 20 proc. – mówił.

Proaktywna rola pacjenta w systemie

Joanna Parkitna, dyrektor Wydziału Oceny Technologii Medycznych Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT), wskazała, że rządzący mają konkretny plan zmian i konkretne rozwiązania, problemem jest jednak przekonanie do nich pacjentów.

– Możemy zaproponować najlepsze terapie, jeśli jednak pacjent nie będzie chciał zadbać o własne zdrowie, nie będzie chciał postrzegać pozytywnie zmian, które dziś proponują menedżerowie, to nasza praca pójdzie na marne. Widzimy, że AOTMiT przygotowuje dokumenty dotyczące terapii, świadczeń, systemu ochrony zdrowia, a one nie są w ogóle czytane ani przez pacjentów, ani przez ekspertów klinicznych. Przykład – wydaje się, że obecnie leczenie pacjentów

ze stwardnieniem rozsianym jest bardzo dobrze zorganizowane. Tymczasem miesiąc temu usłyszałam od eksperta systemu ochrony zdrowia, że jest to jeden z najlepiej zorganizowanych sposobów leczenia na świecie. To pokazuje, że powinniśmy zmienić mentalność samych ekspertów, aby potrafili dostrzec pozytywne strony zmian, które próbujemy wdrożyć, a które wydają się bardzo dobre w kontekście terapii, podejścia do leczenia, systemu ochrony zdrowia. Powinniśmy też próbować zmienić mentalność pacjentów, żeby sami zaczęli dbać o swoje zdrowie, bo nie skrócimy kolejek do specjalistów, jeśli nie przekonamy pacjentów, że powinni pójść do POZ. Zajmujemy się w AOTMiT lekami, ale też współpracujemy z jednostkami samorządu terytorialnego w kontekście programów polityki zdrowotnej. Często słyszymy od nich, że programy profilaktyczne, które np. wymagają wypełnienia ankiety, okazują się nieatrakcyjne dla pacjenta – mówiła.

– Obecnie w AOTMiT realizujemy bardzo dużo zmian w programach lekowych. Z jednej strony dostarczamy pacjentom i lekarzom lepszych rozwiązań, z drugiej zaczynamy weryfikować, na ile stosowane leki są skuteczne. Dodatkowo zmieniamy sposób opisywania leków tak, aby opisy dotyczące problemu zdrowotnego i dostępnego leczenia były bardziej rozbudowane zarówno dla pacjenta, jak i dla lekarza – dodała Joanna Parkitna.

Ze stanowiskiem Joanny Parkitnej nie do końca zgodził się Bartłomiej Chmielowiec, który zauważył, że pacjenci niejednokrotnie napotykają trudności. – Sam próbowałem odwołać wizytę, dzwoniłem przez 4 godziny i nie udało mi się połączyć. To samo dotyczy profilaktyki, pacjenci z niej nie korzystają, bo nie mają precyzyjnej informacji, a dodatkowo programy profilaktyczne nie są skoordynowane. To pokazuje, że brakuje nam narzędzi – mówił.

Podkreślił też, że już najwyższy czas, abyśmy bardzo konsekwentnie egzekwowali jakość w placówkach medycznych i standardy organizacyjne.

Potrzebujemy jakości w ochronie zdrowia

Doktor Małgorzata Gałązka-Sobotka, podsumowując panel, wskazała, że skuteczne realizowanie założonych celów udaje się wtedy, gdy te cele są opisane miernikami.

– W wielu dokumentach mamy mierniki, jednak nimi nie zarządzamy. To błąd, ponieważ nie udaje się zrealizować celu tym, którzy nie są konsekwentni w działaniu, a konsekwencja to również rozliczanie wszystkich, którzy do umowy społecznej przystąpili. Dziś w umowie z NFZ konkurujemy o pieniądze, tymczasem w transformacji ochrony zdrowia powinniśmy zbudować mechanizmy, które sprawią, że świadczeniodawcy będą konkurowali o efekt leczenia. ■



Fot. iStockphoto