



Co nas czeka w 2018 r.

Spytaliśmy liderów opinii, jak wyobrażają sobie ochronę zdrowia w 2018 r. Zapowiedzieli poważną i konsekwentną erozję systemu, ale też spodziewają się, że pacjenci uzyskają lepszy dostęp do procedur medycznych. Stwierdzili, że będzie to rok roszczeniowy i „rok strażaka”. Pochwalili ministra Radziwiłła, ale również życzyli sobie, żeby przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia wyjechali za granicę, bo wtedy system działałby lepiej.



Maciej Hamankiewicz,
prezes Naczelnej Rady
Lekarskiej

Nie widzę perspektywy skrócenia się kolejek do lekarzy i nic nie wskazuje na to, żeby zakończył się konflikt

na linii ministerstwo – rezydenci. Widzę za to dolewanie oliwy do ognia, czyli projekt rozporządzenia, który umożliwi pełnienie dyżurów na kilku oddziałach, oraz eskalację protestu związanego ze zrywaniem klauzul *opt-out*. Dostrzegam zniechęcenie i frustrację wśród lekarzy, a to będzie się nasilać. Powiedzmy sobie otwarcie: w takim bałaganie, w takiej rzeczywistości nie da się żyć. Życzyłbym sobie – parafrazując słowa jednego z polityków PiS, żeby przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia wyjechali za granicę. Być może wtedy byłoby lepiej.



Krzysztof Hałabuz,
przewodniczący
Porozumienia Rezydentów
OZZL

Moja największa nadzieja na rok 2018? Zobaczyliśmy, że nasze zdecydowane i kon-

sekwentne działania w 2017 r. zwróciły uwagę mediów i decydentów na zapomniany od wielu lat problem ochrony zdrowia w Polsce. Mam nadzieję, że całe środowisko lekarskie, widząc szansę na realne zmiany, jeszcze aktywniej włączy się w nasze działania i nie będzie to domena tylko rezydentów oraz studentów. Widać coraz większą świadomość lekarzy i ich zaangażowanie w tworzenie rzeczywistości, szczególnie wśród młodszego pokolenia, np. poprzez pracę związkową oraz w samorządzie lekarskim. To daje nadzieję na sukces, ale o nim nie przesądza. Wiedza, technologia i innowacyj-

ne rozwiązania są dostępne, jednak lekarzom zbyt często brakuje czasu oraz możliwości finansowych, by mieć do nich łatwy dostęp i móc je stosować na szeroką skalę. To są oczekiwania zarówno naszych pacjentów, jak i nas samych, a marzenia są po to, by je spełniać!



Fot. PAP / Paweł Superniak

**Bogna Cichowska-Duma,
dyrektor generalna
INFARMY**

Doceniamy decyzje Ministerstwa Zdrowia w zakresie poszerzenia refundacji, które zapadły w 2017 r. Oczekujemy, że realne jest przekazanie na refundację leków 17% środków publicznych przeznaczonych na finansowanie świadczeń gwarantowanych z budżetu NFZ. Ciągłe można wskazać wiele obszarów terapeutycznych, w których polski pacjent nie ma takiego samego dostępu do leków jak mieszkańcy innych krajów Unii Europejskiej. Należy dążyć do zmniejszania tych różnic. W związku z tymi potrzebami, jak również w kontekście prowadzonych prac i badań nad rozwojem nowych leków, które mogą znacząco poprawić sytuację pacjentów, ogromne znaczenie ma kształt przyszłej polityki lekowej. Niezwykle istotne jest też wprowadzenie zapowiadanych zmian w ramach dużej nowelizacji ustawy refundacyjnej, zarówno o charakterze proceduralnym, jak i dotyczących długookresowej aktywności firm farmaceutycznych w zakresie refundacyjnego trybu rozwojowego oraz *paybacku* i wykorzystania środków z RSS na innowacyjne terapie. Wszelkie zachęty do inwestowania w Polsce, mające przełożenie na skrócenie czasu od rejestracji leku do udostępnienia go pacjentom, są z naszego punktu widzenia niezbędne i warte wdrożenia.

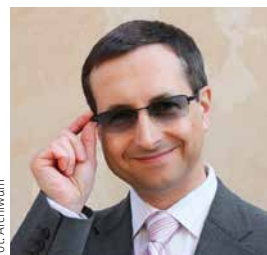


Fot. Archiwum

**Krzysztof Bukiel,
przewodniczący
Ogólnopolskiego Związku
Zawodowego Lekarzy**

Moim zdaniem rok 2018 przyniesie dalszą powolną, ale konsekwentną erozję publicznej ochrony zdrowia. Będzie brakować lekarzy (przede wszystkim lekarzy, ale także innych pracowników medycznych) w szpitalach i poradniach, będzie dochodziło do lokalnych protestów lub grupowego zwalniania się z pracy, oddziały szpitalne będą zamykane (czasowo lub na stałe), wydłużą się kolejki do AOS (tej, która nie będzie związana ze szpitalami), szpitale będą zwiększały swoje zadłużenie. Od powszechności wspomnianych zjawisk będzie zależało, czy rząd na nie odpowiednio zareaguje. Jeżeli będą częste, to niewykluczony jest jakiś spektakularny krok ze strony rządu. Na przykład o rok szybsze dojście do 6% PKB na ochronę zdrowia. Chyba że opisywa-

na erozja będzie jeszcze większa. Wtedy może dojść do głosu jakieś racjonalne osoby zbliżone do PiS, którym nie będzie tak bardzo zależało na karierze politycznej i nie będą się bały uświadomić prezesowi Kaczyńskiemu konieczności poważnego i nieideologicznego podejścia do problemu. Wówczas może coś drgnie.



Fot. Archiwum

**Jarosław J. Fedorowski,
prezes Polskiej Federacji
Szpitali**

Rok 2018 będzie rokiem roszczeniowym w ochronie zdrowia. Należy się spodziewać, że poszczególni interesariusze będą mocno artykułować oczekiwania wobec siebie oraz systemu ochrony zdrowia w ogóle. Wzrost gospodarczy oraz poprawa jakości życia w naszym kraju są oczywistym paliwem dla tego typu działań. Przewiduję dalsze roszczenia medycznych grup zawodowych, których oczekiwania są coraz bardziej zbliżone do oczekiwań w krajach przeznaczających na zdrowie nawet ponad 10% PKB. Jestem przekonany, że rosnąca świadomość pacjentów oraz dojrzałość ich organizacji będzie związana z mocniejszym wyrażaniem potrzeb pacjentów. Myślę, że również decydenci będą bardziej roszczeniowi, tzn. będą bardziej wymagający w stosunku do podmiotów leczniczych oraz profesjonalistów medycznych. Nie widzę możliwości, aby menedżerowie szpitali czy innych organizacji ochrony zdrowia pozostawali z tyłu. Oni – jako odpowiedzialni za operacyjną organizację systemu – będą musieli także więcej wymagać i od siebie, i od swoich współpracowników, a od decydentów będą oczekiwać przejrzystych reguł oraz partnerskiej współpracy.



Fot. Archiwum

**Rafał Janiszewski, właściciel
kancelarii doradczej**

W mojej ocenie rok 2018 to będzie „rok strażaka”. Większość działań *de facto* będzie nakierowana na gaszenie pożarów. Wiele zmian w zakresie organizacji ochrony zdrowia na dobre zacznie działać w nadchodzącym roku. Narastająca trudna sytuacja z niedoborem czasu pracy lekarzy będzie miała swoje skutki w postaci dostępu do leczenia w ramach sieci szpitali. Trzeba będzie podejmować decyzje adekwatnie do sytuacji, a ta nie rysuje się dobrze. Wszak sieć szpitali miała zapewnić stabilny dostęp do leczenia przy jednoczesnym odpowiednim finansowaniu. Tu również tli się ognisko zapalne, bowiem określane będą kolejne wartości ryczałtów. Sposób ich ustalania – na podstawie poprzedzającego okresu – od początku budził wątpliwości. Jeśli zatem okaże się, że algorytm obliczania ryczałtów

nie zapewni pokrycia kosztów funkcjonowania sieci, trzeba będzie stosować instrumenty awaryjne i gasić jednostkowe pożary. Obawiam się, że palącym problemem będą nie tylko określone dziedziny medycyny, lecz także niektóre rodzaje placówek, w tym specjalizujące się w wybranych zakresach świadczeń. Już pod koniec roku alarmowano, że finansowanie szpitali onkologicznych jest skrajnie niedostateczne.



Fot. Archiwum

Krzysztof Czerkas,
członek rady naczelnej
Polskiej Federacji Szpitali,
ekspert Formedis
Medical Management &
Consulting oraz Wyższej
Szkoły Bankowej

Co nam przyniesie nadchodzący rok? Czy narastający niedobór lekarzy, potęgowany jeszcze przez wypowiedzianie klauzuli *opt-out*, doprowadzi do zapaści systemu ochrony zdrowia? Czy pacjenci będą mieli zapewnioną ciągłość udzielania świadczeń zdrowotnych i funkcjonowania świadczeniodawców? Czy władze publiczne podejmą wreszcie skuteczne działania w celu zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentom oraz poprawy dostępności i jakości opieki zdrowotnej w Polsce? Wchodząc w 2018 r., na wiele z tych pytań nie znamy odpowiedzi. Bo dzisiaj jedyną pewną rzeczą jest niepewność! A ona wprost oznacza stan, w którym określone decyzje mogą spowodować różne skutki, w zależności od tego, która z możliwych sytuacji wystąpi, przy czym nie jest znane prawdopodobieństwo każdej z nich. Rok 2018 zdaje się zatem zapowiadać niepewność, zamęt i chaos w polskiej ochronie zdrowia.



Fot. PAP / Jakub Kamiński

Robert Mołdach,
współtwórca Instytutu
Zdrowia i Demokracji

Rok 2018 to rok niepewności. Każda zmiana przynosi okresowe ograniczenie efektywności – szczególnie tak duża jak ta, z jaką mamy do czynienia w ochronie zdrowia. Dodatkowo należy zadać pytanie, czy jest to zmiana na lepsze. Koncentracja usług miałaby szansę poprawić jakość opieki nad pacjentami mieszkającymi w aglomeracjach miejskich, jednak pod pewnymi warunkami. „Większy” – bardziej kompleksowy, by użyć frazeologii ministra zdrowia – nie oznacza automatycznie „bardziej efektywny”. Nie każdy szpital sprosta wyzwaniom organizacyjnym. W każdym wypadku wdrażanie zmian odbędzie się kosztem czasu kierownictwa i personelu medycznego przeznaczonego na realizację rutynowych zadań. To oznacza okresowe, przypadające na 2018 r., pogorszenie parametrów jakościowych, efektywnościowych,

które jest cechą każdego procesu zarządzania zmianą. Z drugiej strony przychodnia specjalistyczna, zakład rehabilitacyjny czy centrum diagnostyczne w oddalonym szpitalu nie jest dla istotnej części pacjentów alternatywą. Postępujący drenaż finansowanych ze środków publicznych usług specjalistycznych zlokalizowanych poza aglomeracjami miejskimi musiałby być zrównoważony przez podniesienie roli i rangi opieki prowadzonej przez lekarzy POZ. Pomijając już pytanie, w jakim zakresie jest to wykonalne, wymaga to czasu i środków – z pewnością nie jest to zadanie na jeden rok.



Fot. Roman Rogalski/Agencja Gazeta

Roman Kolek,
wicemarszałek
województwa opolskiego

W mojej ocenie 2018 r. nie przyniesie rozwiązań przełomowych w sprawach ochrony zdrowia, niestety. Obawiam się, że w roku wyborów samorządowych temat zdrowia będzie przedmiotem kampanii wyborczej, a to nie samorząd jest tutaj głównym decydującym. Liczę natomiast na to, że ważny głos w sprawie dostępu do świadczeń będą miały organizacje pacjentów. Już dziś wyraźnie wypowiedzają się one za szybkim zwiększeniem nakładów na publicznie dostępne świadczenia zdrowotne, zdając sobie sprawę z faktu, że Polacy ponoszą zbyt duże wydatki z własnych portfeli, organizując sobie we własnym zakresie dostęp do świadczeń zdrowotnych. Problemu niedoboru kadr medycznych nie rozwiążą podjęte działania legislacyjne zwiększające wydatki na świadczenia zdrowotne do 2025 r. ani zwiększenie liczby miejsc na studiach medycznych.



Fot. Renata Dąbrowska/Agencja Gazeta

Tadeusz Jędrzejczyk,
ekspert ochrony zdrowia,
były prezes Narodowego
Funduszu Zdrowia

O tym, że mamy chroniczny kryzys w kilku wymiarach o wspólnym mianowniku, jakim są kadry, nie trzeba nikomu przypominać. Kryzys związany z wypowiedzeniami umów *opt-out* nie będzie miał oczywiście charakteru trzęsienia ziemi. Ujawniając się jednak w kolejnych miejscach, pozostanie dotkliwy przede wszystkim dla pacjentów, ale sprawi problemy również samym pracownikom szpitali i ich zarządom. W zasadzie ministerstwo ma dwie możliwości. Albo zdecydować się na głęboką restrukturyzację potencjału (czyli poniekąd wrócić do oryginalnej koncepcji sieci szpitali Religi), albo sięgnąć po równie silną „broń atomową”, jaką byłaby krótka ścieżka uzyskania uprawnień przez lekarzy z Ukrainy i Białorusi. Problemu krótkotermi-

nowo nie rozwiązałyby nawet pilne dosypanie dużych pieniędzy.



Fot. PAP/Marcin Obara

Elżbieta Piotrowska-Rutkowska, prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej

W nadchodzącym roku duże nadzieje wiążemy zarówno z powstałym w resorcie zdrowia zespołem ds. ustawy o zawodzie farmaceuty, jak i tym zaangażowanym w wypracowanie koncepcji opieki farmaceutycznej. Liczymy, że z początkiem 2018 r. prace w tych dwóch obszarach osiągną odpowiednią dynamikę. Efektem przyjętych regulacji powinno być jasne i czytelne określenie zadań stojących przed farmaceutami, a także stworzenie ram prawnych umożliwiających świadczenie profesjonalnej opieki farmaceutycznej przez aptekarzy. W naszej ocenie oba akty prawne powinny być fundamentem pracy każdego farmaceuty.



fot. Archiwum

Bartosz Arłukowicz, przewodniczący sejmowej Komisji Zdrowia, były minister zdrowia, poseł Platformy Obywatelskiej

Od początku roku wszyscy zaczniemy odczuwać skutki wypowiedzenia klauzuli *opt-out*.

Ministerstwo Zdrowia bagatelizuje kolejny problem, a zjawisko braku lekarzy na oddziałach zacznie się od stycznia i będzie narastać w kolejnych miesiącach. No i wreszcie sieć szpitali. Rok 2018 będzie pierwszym, w którym ryczałty będą obejmować cały rok. Kwestią czasu jest, kiedy szpitale zaczną ograniczać przyjmowanie pacjentów na poszczególnych oddziałach w obawie przed przekroczeniem ryczałtu. Z czymś takim mieliśmy już do czynienia w przeszłości.

Ale żeby nie było tylko pesymistycznie, to mam nadzieję, że już niedługo minister Radziwiłł zakończy swoją misję ideologizowania ochrony zdrowia. I to jest największa nadzieja na nadchodzący rok.



Fot. Wojciech Olski/Agencja Gazeta

Leszek Borkowski, prezes Fundacji Razem w Chorobie

Przewiduję dalszy systematyczny wzrost rynku leków. Rekordowa liczba wprowadzanych nowych leków odcisnę piętno, w sensie pozytywnym, także na polskim rynku

farmaceutycznym. Najliczniejszą grupą nowo wprowadzanych leków będą leki stosowane w chorobach onkologicznych, niosące postęp terapeutyczny. Na podstawie

dotychczasowych wyników badań klinicznych zakładam, że w 2018 r. zostanie dopuszczonych do obrotu ok. 40 nowych produktów leczniczych. Gros z nich będzie reprezentować immuno-onkologię oraz terapie celowane w onkologii, neurologii, chorobach zakaźnych, kardiologii, reumatologii i chorobach autoimmunologicznych. Znormalnieją stosunki pomiędzy biologicznymi lekami referencyjnymi a biologicznymi lekami biopodobnymi. Kością niezgody będzie jedynie ich zamiennosc i to tutaj rozegrają się istotne batalie. Spodziewam się sprzedaży biopodobnego adalimumabu, insuliny lispro, rytuksymabu i teryparatydu.



Fot. PAP/Rafał Guz

Dorota Kilańska, dyrektor European Federation of Nurses Associations i członek Rady Dyrektorów Europejskiej Fundacji Badań Naukowych w Pielęgniarstwie

Eksploatacja pielęgniarek do granic możliwości, niemożliwe do pogodzenia w tym samym czasie zadania, brak narzędzi i bezpiecznego sprzętu oraz niskie wynagrodzenia zmuszające do „służby” u wielu pracodawców – skutkują zmęczeniem i odchodzeniem z zawodu. Wszechobecne marnotrawstwo kompetencji pielęgniarek i zatrudnianie ich do zadań, które są poniżej ich możliwości, powoduje niechęć do wykonywania zawodu. Tak też będzie w 2018 r. Zagrożeniem jest to, że nikt nie ma odwagi, aby wdrożyć rozwiązania, które przyniosą rzeczywiste korzyści pacjentom.



Fot. Łukasz Opradowczyk/Agencja Gazeta

Szczepan Cofta, naczelnny lekarz Szpitala Klinicznego Przemieniania Pańskiego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, pracownik Katedry i Kliniki Pulmonologii, Alergologii i Onkologii

Pulmonologicznej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

Nadzieją rozpoczynającego się roku jest stabilna sytuacja finansowa płatnika. Mamy szansę odczuwać realny wzrost nakładów na świadczenia, choćby minimalny, co dla modyfikowania systemu opieki zdrowotnej jest niezwykle ważne. Choć martwi zapowiedź premiera, że preferowana znów ma być kardiologia oraz onkologia. One oczywiście muszą być preferowane, ale w kontekście niezbędnego harmonizowania wszystkich udzielanych świadczeń zdrowotnych. Zagrożeniem natomiast mogą okazać się skutki zachwiania płac w służbie zdrowia spowodowane preferencjami dla personelu pielęgniarskiego, a także rezydentów.

Opracował Krystian Lurka