

**ALBO WIZJA,**

**ALBO CIUCIUBABKA**

Kto nie umie daleko spoglądać, ten ma kłopoty blisko – twierdzi Konfucjusz. Tak jak polska ochrona zdrowia. Na początku października podczas II Kongresu *Wizja Zdrowia – Diagnoza i Przyszłość – foresight medyczny* staraliśmy się tę wizję sformułować albo przynajmniej przybliżyć jej powstanie. Relacji z wydarzenia poświęcamy kilkadziesiąt następujących po sobie stron niniejszego wydania „Menedżera Zdrowia”.

Zdaniem uczestników konferencji polski system opieki zdrowotnej osiągnął granice swoich możliwości. Społeczne, zdrowotne, ekonomiczne i polityczne rezerwy dalszego trwania takiej sytuacji zostały wyczerpane. Społeczeństwo się starzeje, gwałtownie

zwiększają się koszty nowych technologii medycznych, narasta frustracja pracowników. – *W tej sytuacji naprawianie systemu bez dodatkowych nakładów to gra trudna i bardzo ryzykowna* – mówił prof. Tomasz Zdrojewski. – *Trzeba jasno i otwarcie powiedzieć, że za stan ochrony*



zdrowia w naszym kraju, tak jak w całym cywilizowanym świecie, odpowiadają politycy, a nie pracownicy służby zdrowia – dodał.

– Jedna osoba nie jest w stanie posiąść wiedzy o wszystkich rzeczach, które się dzieją w ochronie zdrowia, o wszystkich możliwych rozwiązaniach, o możliwościach. Jako kardiolog mam swego rodzaju ograniczenia związane z tym, że zawsze zajmowałem się jedną dziedziną medycyny. Stwierdziłem, że potrzebna jest debata uwzględniająca wiele punktów widzenia – podkreślił Łukasz Szumowski.

Dużą nadzieją dla naszego systemu pozostają innowacje. – To trochę tak, jakbyśmy kroczyli w siedmiomilowych butach. Zrobiliśmy ogromny krok, nie bardzo możemy

**PEWNE USŁUGI W OŚCIENNYCH KRAJACH  
SĄ TAŃSZE NIŻ W POLSCE,  
CO ZDAJE SIĘ WSKAZYWAĆ,  
ŻE NASZ SYSTEM JEST NIEWYDOLNY,  
A NAWET NIEUCZLIWY**

się wycofać, ale też nie w pełni każdy z nas może się cieszyć z dobrodziejstw tego dokonania – pointował dyskusję na ten temat Maciej Banach.

– W celu racjonalizacji wydatków chcemy przenieść świadczenia do opieki ambulatoryjnej, tak aby odciążyć szpitale od usług medycznych, z którymi bez problemu może poradzić sobie AOS – mówił Andrzej Jacyna, prezes NFZ. Zapowiadał, że w planach NFZ dotyczących szpitalnictwa jest eliminowanie nieefektywnych jednostek, a jako przykład podał niewielkie oddziały położnicze w szpitalach powiatowych, które rocznie obsługują ok. 200 porodów.

Temat szczepień poruszył Jacek Krajewski, prezes Porozumienia Zielonogórskiego. – Nie możemy się bezzwrotnie przyglądać spadającej wyszczepialności młodych Polaków. Argumentów przeciwników szczepień trzeba uważnie wysłuchać, przyjąć do wiadomości, ale także edukować – mówił. – Argumenty antyszczepionkowców nie do końca przekonują, że dobrowolność zapewni nam odpowiednie bezpieczeństwo zdrowotne – dodał.

Plany powołania krajowej sieci onkologicznej omawiał Sławomir Gadomski, wiceminister zdrowia: – Instytuty o najwyższym poziomie referencyjności nigdy nie będą w stanie same leczyć wszystkich pacjentów. Ale we współpracy z nimi może powstać krajowa sieć ośrodków, nie tylko onkologicznych, które zapewnią odpowiednie leczenie wszystkich pacjentów zmagających się z nowotworami.

Tak właśnie zaprojektowana jest krajowa sieć onkologiczna, która skoordynuje wszelkie działania związane z walką z rakiem w Polsce – od profilaktyki po leczenie.

Nie obyło się bez rozmów o placach. – Coraz ważniejszy jest brak środków na leczenie, a prawie każdy wzrost budżetu NFZ przeznaczony jest na spełnianie oczekiwań pracowników ochrony zdrowia – przestrzegali Andrzej Mądryła, wiceprezydent Pracodawców RP. – Nie mówię, że to nie jest słuszne. Apelowaliśmy wielokrotnie, że niezbędne jest szybsze dofinansowanie systemu z budżetu państwa, ale przecież zmiana systemu miała służyć przede wszystkim pacjentom. Dzisiaj o nich zapominamy – dodał.

Relacje z paneli naszej konferencji zamieszczamy na kolejnych stronach. Wszystkie sesje nagraliśmy – zachęcamy do ich obejrzenia pod adresem internetowym: <https://www.termedia.pl/Zobacz-o-czym-debatowalismy-podczas-Wizji-Zdrowia-,31729.html>.



## Panel Komitetu Zdrowia Publicznego Polskiej Akademii Nauk – System ochrony zdrowia w Polsce 1990–2040

Sesję otwierającą *Wizję Zdrowia* przygotowaną przez Polską Akademię Nauk rozpoczął prof. Tomasz Zdrojewski, przewodniczący Komitetu Zdrowia Publicznego PAN. Uznał, że Polskę w Unii Europejskiej negatywnie wyróżniają duże nierówności w dostępie do świadczeń zdrowotnych oraz bardzo niskie nakłady na publiczny system ochrony zdrowia. – *Niewątpliwie przy tak ograniczonych środkach osiągamy relatywnie bardzo dobre wskaźniki zdrowia Polaków. Jest to sukces m.in. pracowników ochrony zdrowia* – mówił.

Trzeba jednak podkreślić, że społeczne, zdrowotne, ekonomiczne i polityczne rezerwy dalszego trwania takiej sytuacji zostały wyczerpane. Społeczeństwo się starzeje, gwałtownie zwiększają się koszty nowych technologii medycznych. Narosła frustracja pracowników. – *W tej sytuacji naprawianie systemu bez dodatkowych nakładów to gra trudna i bardzo ryzykowna* – ostrzegł Zdrojewski. – *Trzeba jasno i otwarcie powiedzieć, że za stan ochrony zdrowia w naszym kraju, tak samo jak w całym cywilizowanym świecie, odpowiadają politycy, a nie pracownicy ochrony zdrowia* – dodał.

Profesor Zdrojewski całkowicie zgodził się z wybitnym polskim lekarzem prof. Tadeuszem Tołłoczko, który jak Katon Starszy w senacie rzymskim o Kartaginie w każdym publicznym wystąpieniu powtarza: – *Kto ma żyć, a kto ma umrzeć – współcześnie zależy nie od lekarzy, ale od polityków i ekonomistów.*

– *Jedną z najważniejszych spraw z politycznego punktu widzenia jest w Polsce przerwanie niepisanego porozumienia polityków przyzwalającego na niewydolność systemu publicznego* – podsumował Zdrojewski.

Podczas sesji pokazano prezentację autorstwa Rafała Halika, Bogdana Wojtyniaka, Mariana Zembali i Tomasza Zdrojewskiego „Scenariusze zmian dotyczących zdrowia w Europie”, Krzysztofa Opolskiego, Adama



Fot. Archiwum IZ

Tomasz Zdrojewski: *Jedną z najważniejszych spraw jest przerwanie niepisanego porozumienia polityków przyzwalającego na niewydolność systemu publicznego*

Kozierkiewicza i Marka Zubera „Perspektywy finansowania służby zdrowia w Polsce” oraz Bogdana Wojtyniaka „Stan zdrowia w Polsce z Europą w tle – główne fakty”. W niniejszą relację wpleliśmy najciekawsze slajdy z tych prezentacji.



Z kolei prof. Michał Kleiber, były minister nauki i prezes PAN, członek Europejskiej Akademii Nauk i Sztuk, przewodniczący Komitetu Prognoz PAN, podkreślił, że system ochrony zdrowia zdecydowanie wpływa na gospodarkę. – *Nie do końca sobie to uświadamiamy, ale taka silna zależność występuje. Gospodarka zależy od tego, w jakim stopniu będziemy zdrowi. Społeczeństwo, które jest zdrowe, jest dużo bardziej efektywne. Poza tym konieczne jest zrozumienie, że system ochrony zdrowia to bezpieczeństwo narodowe* – powiedział Kleiber. Stwierdził też, że rozwój telemedycyny to szansa na poprawę efektywności systemu ochrony zdrowia.

– *Zaledwie 2,5–3% wszystkich wydatków na zdrowie przeznaczane jest na zdrowie publiczne* – zauważył Grzegorz Juszczyk, dyrektor Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – PZH. Poinformował, że przygotowany jest raport na temat sytuacji zdrowotnej ludności Polski. – *Bardzo ważnym elementem tego raportu będzie*



### 4 scenariusze opracowane metodą delficką

#### 1. Bogaci stają się zdrowsi (THE RICH GET HEALTHIER)

Narastanie nierówności społeczno-ekonomicznych i zdrowotnych, osłabienie instytucji społeczeństwa obywatelskiego, obniżenie się efektywności kosztowej w medycynie naprawczej

#### 2. Zdrowie w ruinie (DESOLATION HEALTH)

Spadek ogólnej stopy życiowej i pogorszenie się warunków środowiska naturalnego, osłabienie instytucji społeczeństwa obywatelskiego, obniżenie się efektywności kosztowej w medycynie naprawczej

#### 3. Zagwarantujemy ci zdrowie (WE WILL HEALTH YOU)

wzmocnienie roli państwa kosztem instytucji społeczeństwa obywatelskiego, niewielki spadek nierówności społeczno-ekonomicznych i zdrowotnych, nieznaczne polepszenie się stopy życiowej, brak istotnych zmian efektywności kosztowej w medycynie

#### 4. Razem w zdrowiu (HEALTHY TOGETHER)

Rozwój społeczeństwa obywatelskiego, spadek nierówności społeczno-ekonomicznych, polepszenie się stopy życiowej i warunków środowiska naturalnego, poprawa efektywności kosztowej w medycynie

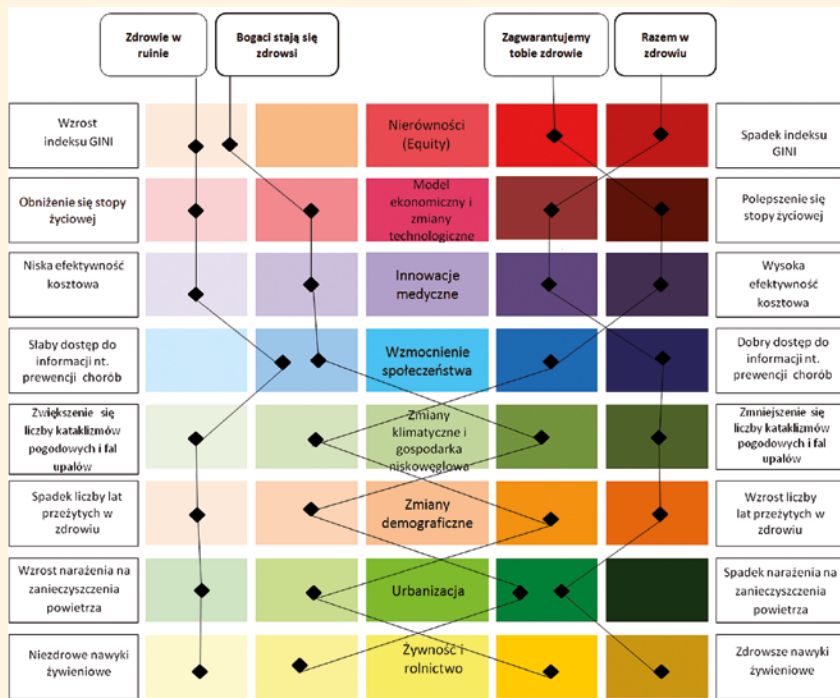
Jeden z warsztatów delfickich dotyczący scenariuszy dla Europy Środkowo-Wschodniej odbył się w Warszawie 13go czerwca 2017  
Film nt. scenariuszy: <https://youtu.be/bQGVYhrEHBE>

Źródło Scenariusze zmian dotyczących zdrowia w Europie

# II KONGRES WIZJA ZDROWIA – DIAGNOZA I PRZYSZŁOŚĆ FORESIGHT MEDYCZNY

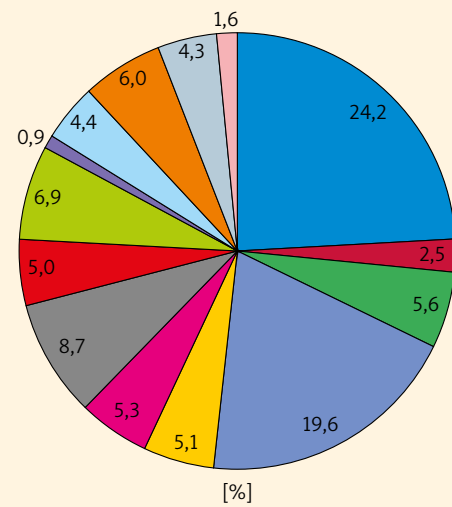


WARSZAWA | 2 października 2018 r.



Źródło: Scenariusze zmian dotyczących zdrowia w Europie

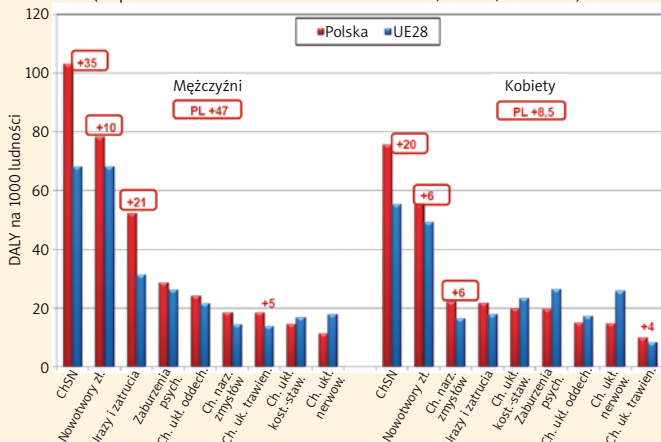
Struktura przeciętnych miesięcznych wydatków na 1 osobę w gospodarstwach domowych (w % wydatków ogółem) w 2016 r.



- żywność i napoje bezalkoholowe
  - napoje alkoholowe, wyroby tytoniowe
  - odzież i obuwie
  - użytkowanie mieszkania i nośniki energii
  - wyposażenie mieszkania i prowadzenie gosp. domowego
  - zdrowie
  - transport
  - łączność a)
  - rekreacja i kultura b)
  - edukacja
  - restauracje i hotele
  - pozostałe towary i usługi
  - wydatki pozostałe
  - kieszonkowe
- a) Łącznie z wydatkami na usługi internetowe  
b) Bez wydatków na usługi internetowe

Źródło: GUS, Perspektywy finansowania służby zdrowia w Polsce

Utracone lata życia w zdrowiu (DALY) z powodu głównych grup chorób w Polsce i krajach UE28 oraz różnica współczynnika dla Polski i UE, 2016 r. (na podstawie WHO Global Health Estimates 2016, Geneva, WHO 2018)



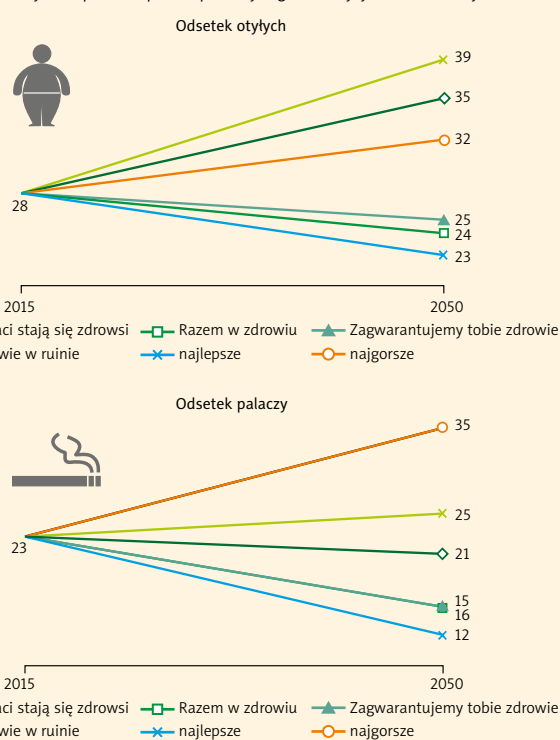
Źródło: Stan zdrowia w Polsce z Europą w tle – główne fakty

publikacja badań, które aktualnie są prowadzone, na temat stylu życia Polaków i głównych czynników wpływających na stan zdrowia. Mała aktywność fizyczna stanowi uniwersalny czynnik ryzyka. Informacje, które uzyskamy w trakcie badania, chcemy przełożyć na rekomendacje działań, które warto podjąć, aby zachęcić Polaków do większej aktywności fizycznej. Należy tworzyć takie warunki środowiska i otoczenia, które by temu sprzyjały – stwierdził Juszczyk.

Dodał, że siedzący tryb życia uznaje się już za groźniejszy dla zdrowia niż palenie papierosów. Przypomniał, że WHO zaleca, aby codziennie robić 10 tys. kroków. – Z danych uzyskanych z telefonów komórkowych opublikowanych przez „Nature” wynika, że średnio pokonujemy jedynie 5,5 tys. kroków. Dane te dotyczą wszystkich krajów, w najbogatszych państwach liczba ta jest z pewnością jeszcze mniejsza – powiedział Juszczyk.

Krystian Lurka

Przewidywane przez ekspertów poziomy zagrożenia ryzykami zdrowotnymi



Źródło: Scenariusze zmian dotyczących zdrowia w Europie



## Wizja systemu – Co ma być celem systemu? Czy mamy jego nadmierne upolitycznienie?

Panel zaczął się od zadania pytań przez moderatorów. Piotr Czauderna, koordynator Sekcji Ochrony Zdrowia Narodowej Rady Rozwoju przy Prezydencie RP, oraz Janusz Michalak, prezes Wydawnictwa Termedia, redaktor naczelny „Menedżera Zdrowia”, zapytali, czy możliwe jest odpolitycznienie ochrony zdrowia i jakie problemy trzeba rozwiązać przed przystąpieniem do opracowywania wizji zdrowia.

Pierwszy głos zabrał prof. Tomasz Grodzki, minister zdrowia w gabinecie cieni Platformy Obywatelskiej: – *Wprowadzając do dyskusji, zwróć uwagę na kilka problemów. Diagnoza bóleczek systemu ochrony zdrowia jest dość oczywista, aczkolwiek warto zwrócić uwagę na szczegóły. Główne problemy dla pacjentów to kolejki i dostęp do specjalistów. Kłopotem jest także jakość usług zdrowotnych, trochę według zasady „ciemny lud wszystko kupi”. Obecny system nie premiuje doskonałych oddziałów i specjalistów, traktując dobrych i słabych jednakowo.*



Tomasz Grodzki: *Podstawowe problemy to niskie płace, obciążenie biurokacją, słaba możliwość realizacji zawodowej i braki kadrowe*

Zdaniem Grodzkiego podstawowym problemem pracowników ochrony zdrowia są niskie płace, obciążenie biurokacją (osiągające gigantyczne rozmiary), słaba możliwość realizacji zawodowej z powodu wspomnianych ograniczeń, braki kadrowe i nierównomierne obciążenie pracą. Z kolei największym problemem dla systemu jest niskie finansowanie. Proponowane przez rząd dochodzenie do 6% PKB jest zbyt wolne, poza tym minimum WHO to 6,8%.

Andrzej Sośnierz, zastępca przewodniczącego sejmowej Komisji Zdrowia, poseł Prawa i Sprawiedliwości, przyznał, że wizja zdrowia jest konieczna, a słabością systemu jest to, że nikt nie myśli o przyszłości. – *Dzisiejszy system jest chaotyczny, po części stanowi efekt wielu*

*przypadków. To błąd. Powinien być kształtowany zgodnie z wcześniej przygotowaną prognozą, wizją i strategią – podsumował Sośnierz. Marcin Czech natomiast zdefiniował wizję: – To obraz, wyobrażenie przyszłości, długofalowy plan. Wizja musi być kierunkowa. Zasugerował też, że powinna być ponadpartyjna i pochwalił debatę „Wspólnie dla Zdrowia”.*

Do postulatu Marcina Czecha odniosła się Anna Janczewska-Radwan, minister zdrowia w gospodarczym gabinecie cieni Business Centre Club i prezes zarządu MEDIM: – *To, że konieczne jest ponadpartyjne porozumienie, było podnoszone przez gospodarczy gabinet cieni Business Centre Club, którego jestem członkiem, niemalże co kwartał od 2012 r. Wreszcie pojawiła się nadzieja na realizację mojego marzenia. Wyjaśniła, że chodzi o zainicjowanie przez ministra Szumowskiego debaty „Wspólnie dla Zdrowia”, w której biorą udział specjaliści i eksperci z wielu obszarów ochrony zdrowia, często o różnych zapatrywaniach merytorycznych i politycznych, członkowie części partii opozycyjnych oraz przedstawiciele środowisk pacjenckich. – Efektem tych debat ma być zgoda co do treści wizji i wyznaczenie głównych celów strategicznych dla naszego systemu ochrony zdrowia co najmniej w perspektywie dziesięcioletniej. Musimy poczekać do czerwca przyszłego roku, kiedy zakończy się dyskusja i powstanie dokument finalny – powiedziała Janczewska-Radwan.*

Piotr Warczyński, ekspert w zakresie systemu ochrony zdrowia, były wiceminister zdrowia, wyraził opinię, że system powinien być oparty na samorządach, odpowiedział na pytanie, czy ochrona zdrowia to służba czy jeden z działów gospodarki: – *Po pierusze, określenia „system opieki zdrowotnej” lub „ochrony zdrowia” – zwracam uwagę, że używam wyłącznie sformułowań obecnych w konstytucji, „służby zdrowia” nie ma w konstytucji – w moim pojęciu nie mogą się kojarzyć z systemem rynkowym, ale udane manipulacje polityczne sprawiły, że większość z nas tak je postrzega. Już nie pamiętamy, że w zamierzonych czasach system opieki zdrowotnej rzeczywiście był systemem służby zdrowia.*

Jak powiedział Warczyński, wszyscy pracujący w systemie służby zdrowia mieli, przynajmniej w teorii, uprawnienia funkcjonariuszy państwowych, włącznie z sanitariuszami karettek (to nawiązanie do sławnego procesu z lat osiemdziesiątych). – *W praktyce wyglądało to tak, że gdy władzy było tak wygodnie, pracownicy ówczesnej służby zdrowia byli bezkarni, a jeśli trzeba było kogoś poświęcić dla dobra systemu, już mu te przywileje nie przysługiwały. Dlatego rozumiem autorów konstytucji, którzy chcieli odciąć się od nomenklatury i standardów poprzedniej władzy. Czy już o tym zapomnieliśmy? – pytał były wiceminister.*

Krystian Lurka



## Deficyt kadr medycznych – czy mamy szanse na wyjście z kryzysu?

– *Z kadrami jest źle* – stwierdził już na samym początku Krzysztof Madej, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej.

– *Mamy niedostatek kadry medycznej, niedostatek kadry lekarskiej* – sekundował mu Jakub Szulc, partner EY, były wiceminister zdrowia. – *Gdybyśmy chcieli doprowadzić do sytuacji, w której lekarz pracowałby nie więcej niż w jednym miejscu pracy – jednym szpitalu, z dnia na dzień zabrakłoby nam zabezpieczenia medycznego* – dodał.

Zdaniem byłego wiceministra polscy lekarze po raz pierwszy w historii zauważyli, że jest szansa na otrzymywanie odpowiedniej zapłaty w jednym miejscu pracy. – *Wkrótce możemy się spodziewać, że to samo dostrzegą pielęgniarki* – ostrzegł Szulc.

Z kolei Katarzyna Kowalska, prezes Stowarzyszenia Pielęgniarki Cyfrowe, odniosła się do norm pielęgniarskich: – *Zaproponowane przez Ministerstwo Zdrowia wskaźniki mają wynosić 0,6 na oddziałach zachowawczych, 0,7 na zabiegowych i 0,8 na dziecięcych – wskaźnik jest mnożony przez liczbę łóżek. Rachunek jest prosty: jeśli oddział ma 40 łóżek, wychodzi 28 osób personelu. Wydawałoby się, że taka liczba pielęgniarek to dużo. Ale trzeba odliczyć pielęgniarkę oddziałową, zastępcę i opatrunkową – zostaje 25 osób. Jeśli tę liczbę podzielić na system: dzień i noc, dwa dni wolnego – to i tak nie jest dobrze. Dochodzą zwolnienia lekarskie i urlopy. Normy zatrudnienia są atutem, ale tylko wtedy, gdy istnieje organ kontrolny. Powstaje pytanie, kto będzie miał umocowanie prawne do karania zarządzających placówkami, gdy nie będą się wywiązywać z obowiązków. Same normy zatrudnienia to tylko przepis* – dodała.

Kowalska wypowiedziała się także w sprawie kadr zza wschodniej granicy. – *Straszy się nas pielęgniarkami ze wschodu, ale my się nie boimy konkurencji, boimy się wycisku* – powiedziała. Zapytała jednak, dlaczego komuś opłaca się dopłacić, by sprowadzić obywatelkę obcego kraju, a nie opłaca się wynagrodzić godnie polskiej pielęgniarki. – *Aby zabezpieczyć opiekę pielęgniarską w kraju, wystarczy zainwestować w nas tu i teraz* – zapewniła.

Michał Kępowicz, dyrektor do spraw relacji zewnętrznych Philips Health Systems Poland & Baltics, przyznał wprost, że niedobór pracowników w systemie ochrony zdrowia to fakt: – *Światowa Organizacja Zdrowia ostrzega, że do 2030 r. będzie brakowało 30 mln pracowników ochrony zdrowia*. Odpowiedział też na pytanie, jak wyjść z kryzysu. – *O pieniądzach i podwyżkach mówi się najczęściej, ale to nie jest jedyny sposób na rozwiązanie problemu. W kłopotach z personelem mogą pomóc nowe technologie i zarządzanie własnym zdrowiem* – stwierdził. Wyjaśnił, że telemedycyna może rozwiązać problemy kadrowe. – *Nowe technologie ułatwiają pracę lekarzom*



Konstanty Radziwiłł: *Należy kształcić więcej fachowców, zabiegać o to, by podejmowali i kontynuowali pracę w wyuczonych zawodach, ale także racjonalizować organizację systemu ochrony zdrowia*

*i pielęgniarkom, dzięki czemu mogą oni skoncentrować się na pomocy chorym i zająć większą liczbą pacjentów* – dodał.

– *Gdy mówi się o deficycie kadr, powinno się znać co najmniej dwie dane. Z jednej strony liczbę aktywnych zawodowo fachowych pracowników służby zdrowia, z drugiej szczegółowe zapotrzebowanie na nich* – stwierdził Konstanty Radziwiłł, były minister zdrowia. I przyznał, że dane o liczbie lekarzy i pielęgniarek mamy nie najlepsze. Jedyne powszechnie dostępne twarde dane pochodzą z Centralnego Rejestru Lekarzy (134 837 lekarzy wykonuje zawód) oraz z raportów publikowanych przez Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych (288 395 pielęgniarek „zarejestrowanych i zatrudnionych”). Jak relacjonował Radziwiłł, daje to 3,55 lekarza i 7,6 pielęgniarki na 1000 mieszkańców. Lokuje to Polskę nieco powyżej średniej krajów OECD (3,4 – na poziomie Islandii i Danii) pod względem liczby lekarzy i nieco poniżej średniej (9,0 – na poziomie zbliżonym do Wielkiej Brytanii i Węgier) pod względem liczby pielęgniarek. Wystarczy jedno spojrzenie na dane porównawcze OECD, by stwierdzić, że w Polsce na 1000 mieszkańców przypada o ponad 38% więcej łóżek szpitalnych, niż wynosi średnia, a operacje zaćmy ponad 2,5 razy częściej wykonywane są u nas w szpitalu, a nie w trybie ambulatoryjnym.

Radziwiłł zaznaczył, że z niedoborem kadr medycznych można walczyć na wiele sposobów. – *Należy kształcić więcej fachowców, zabiegać o to, by podejmowali i kontynuowali pracę w wyuczonych zawodach, ale także racjonalizować organizację systemu służby zdrowia oraz poszczególnych placówek i wreszcie na nowo, zgodnie ze zmieniającym się stanem przygotowania kadr, określić podział kompetencji między zawodami medycznymi* – podsumował.

Krystian Lurka



## POZ jako podstawa systemu? Jak to powinno działać? Sesja pod patronatem czasopisma „Lekarz POZ”

Bożena Janicka, prezes Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia, przyznała, że nie zgadza się z definicją podstawowej opieki zdrowotnej, którą proponuje Ministerstwo Zdrowia. – *Koordynowana opieka zdrowotna jest jednym z lepszych rozwiązań na świecie, ale trzeba je przelożyć na polski rynek – powiedziała. – Po pierwsze, mamy do czynienia z dużą liczbą pacjentów na listach lekarzy POZ. Pojawia się więc pytanie: kiedy i kto ma się zająć opieką koordynowaną, gdy brakuje specjalistów medycyny rodzinnej? Drugą kwestią jest dostępność do porad specjalistycznych – i tu zdania ekspertów są podzielone – wyjaśniła.*



Jacek Krajewski: *Marginalizowanie POZ doprowadzi do tego, że nie będzie ona w stanie udźwignąć spoczywających na niej obowiązków*



Janicka zadała pytanie, czy dzisiaj na rynku porad specjalistycznych mamy do czynienia z nadkonsumpcją i z tego powodu są kolejki, czyli czy winne są nawyki pacjentów, którzy wolą się leczyć w poradniach specjalistycznych.

– *Wynikająca z nazwy fundamentalna rola podstawowej opieki zdrowotnej w systemie ochrony zdrowia jeszcze nigdy nie była tak lekceważona jak obecnie – stwierdził Jacek Krajewski, prezes Porozumienia Zielonogórskiego. – Funkcjonujemy we wrogim środowisku pracy, wciąż deregulowanym prawnie, biurokratyzowanym i narzucającym niezliczone obowiązki niemedyce, coraz bardziej ograniczające czas, który lekarze rodzinni powinni poświęcać pacjentom – dodał.*

Jego zdaniem preferowanie przez decydentów kosztownej medycyny naprawczej, marginalizowanie POZ i ograniczanie wydatków na rozwój tej fundamentalnej części ochrony zdrowia doprowadzi do tego, że nie będzie ona w stanie udźwignąć spoczywających na niej obowiązków. Wysokość wynagrodzeń oferowanych w szpitalach demotywuje młodych lekarzy do specjalizowania się w medycynie rodzinnej, która coraz bardziej opiera się na kadrze w wieku emerytalnym.

Krajewski podkreślił, że proponowane przez rząd rozwiązania informatyczne, m.in. e-recepty, wymagają nakładów na wdrażanie i utrzymanie niezbędnych systemów. – *Brak środków jest wyraźnie widoczny przy próbie powszechnego wdrażania elektronicznych zwolnień lekarskich. Informatyzacja medycyny z pewnością może stać się narzędziem poprawiającym pracę w ochronie zdrowia, ale powinna być wprowadzana w sposób, który nie będzie utrudniał funkcjonowania przychodni – powiedział.*

Dominik Lewandowski, prezes Młodych Lekarzy Rodziny KLRwP, zauważył, że brakuje chętnych do specjalizowania się w medycynie rodzinnej.

Kto ma pracować w POZ? – *Lekarze są zgodni, że bez spójnej polityki trudno będzie zachęcić młodych medyków do wyboru specjalizacji z medycyny rodzinnej. W tej chwili rocznie specjalizację kończy ok. 150 lekarzy rodzinnych. Według ekspertów potrzeba przynajmniej dziesięć razy więcej. Brakuje narzędzi prawnych, które motywowałyby młodych do specjalizowania się w tej dziedzinie, nie ma silnych mechanizmów, by przychodnie POZ preferowały lekarzy rodzinnych. W tej sytuacji młody człowiek nie zdecyduje się na pracę w POZ – powiedział Lewandowski. – Kilka słów o kadrze naukowej w medycynie rodzinnej: większość zajęć prowadzą specjaliści innych dziedzin, sytuacja staje się dramatyczna, czekamy na propozycje ministerstwa – dodał.*

Krystian Lurka



## Autorski panel Ministerstwa Zdrowia w ramach debaty „Wspólnie dla Zdrowia” z udziałem Łukasza Szumowskiego

Sesja Ministerstwa Zdrowia z udziałem ministra zdrowia Łukasza Szumowskiego rozpoczęła się od wystąpienia i podziękowań Urszuli Jaworskiej, członka Rady Społecznej „Wspólnie dla Zdrowia”, prezes zarządu Fundacji Urszuli Jaworskiej. – *Organizacje pozarządowe nie są już postrzegane jako intruzy w systemie ochrony zdrowia, jako podmioty roszczeniowe, ale jako partnerzy. Dziękuję panu ministrowi Szumowskiemu – powiedziała Jaworska. I zapytała, skąd się wzięła idea debaty „Wspólnie dla Zdrowia”.*

– *Jedna osoba nie jest w stanie posiadać wiedzy o wszystkich rzeczach, które się dzieją w ochronie zdrowia, o wszystkich dostępnych rozwiązaniach, o możliwościach – odpowiedział minister Szumowski. – Jako kardiolog mam swego rodzaju ograniczenia związane z tym, że zawsze zajmowałem się jedną dziedziną medycyny. Stwierdziłem, że potrzebna jest debata uwzględniająca wiele punktów widzenia – wyjaśnił.*

Podkreślił, że urząd jest tylko jedną z instytucji, a system ochrony zdrowia to szerszy organizm, którego ważną częścią jest pacjent. Konieczne jest patrzenie na system z punktu widzenia pacjenta, a nie urzędu.

– *Mamy unikatową w historii szansę zagospodarować pieniądze, aby były najlepiej wydane, ale nie z punktu widzenia urzędu, świadczeniodawców i płatnika, tylko z punktu widzenia odbiorcy systemu, czyli pacjenta – mówił Szumowski. – Będzie więcej pieniędzy w ochronie zdrowia, nawet więcej, niż zakładaliśmy. Spróbujemy wykorzystać to razem, w sposób racjonalny, sprawiedliwy, dobry – namawiał.*

Minister zdrowia wypowiedział się także w sprawie współpłacenia za świadczenia medyczne. Stwierdził, że Polacy nie są na to gotowi. – *Resort nie pracuje nad możliwością wprowadzenia współpłacenia finansowego pacjentów w procedurach medycznych udzielanych w ramach systemu publicznej ochrony zdrowia – oświadczył. Podkreślił, że choć Polacy wydają pieniądze na prywatną opiekę medyczną, to nie są w stanie zaakceptować kolejnych instrumentów fiskalnych, a współpłacenie byłoby takim obciążeniem.*

Urszula Jaworska spytała o współodpowiedzialność pacjenta w systemie ochrony zdrowia.

– *Prawa pacjenta są ważne, ale chory musi mieć świadomość, że po drugiej stronie też jest człowiek, że lekarz, pielęgniarka i fizjoterapeuta też mają swoje prawa. Powinniśmy mówić o prawach i obowiązkach pacjenta, musimy zacząć rozmawiać o partnerskiej relacji między pacjentem a pracownikiem ochrony zdrowia – powiedział Szumowski.*

W dyskusji uczestniczył Piotr Czauderna, koordynator Sekcji Ochrony Zdrowia Narodowej Rady Rozwoju przy Prezydencie RP. Mówił, że konieczne jest zapewnienie pacjentom rzeczywistego i równego dostępu do świadczeń. – *Jeżeli chcemy zbudować partnerską relację, musimy zadbać o przestrzeganie obowiązków ze strony*



Łukasz Szumowski: *Będzie więcej pieniędzy w ochronie zdrowia, nawet więcej, niż zakładaliśmy. Spróbujemy wykorzystać to razem, w sposób racjonalny, sprawiedliwy, dobry*

*pacjenta. By pacjent mógł dokonywać świadomych wyborów, musi mieć dostęp do informacji. Bez systemów jakościowych i publicznie dostępnej informacji na ten temat pacjenci zawsze będą mieli problem z wyborem jednostki – szpitala czy przychodni, w której chcieliby się leczyć – wyjaśnił. Zwrócił uwagę, że system nie powinien się koncentrować tylko na medycynie naprawczej. – Jesteśmy w okowach szpitalnictwa, na które idzie główna część środków. Musimy cały ten paradygmat zmienić. Musimy zacząć myśleć o innych aspektach, o zdrowiu publicznym, o profilaktyce – stwierdził.*

Tomasz Hryniewiecki, członek Prezydium Rady Społecznej „Wspólnie dla Zdrowia” i dyrektor Instytutu Kardiologii w Aninie, przyznał, że niedostatek kadr dotyczy zarządzających, ale także pacjentów. – *Niedobór kadr obserwujemy we wszystkich grupach zawodowych. Powinniśmy się zastanowić, co możemy zrobić, jakie mamy propozycje rozwiązania na dzisiaj i na jutro. Zmienia się liczba studentów różnych kierunków medycznych. To jest właściwe działanie, ale efekty będą dopiero za kilka lat – powiedział.*

Piotr Czauderna podjął się oceny, co jest grzechem pierworodnym systemu. – *To zbyt niskie ustalenie składki zdrowotnej. Paradoksalnie demografia i sytuacja kadrowa może stać się katalizatorem zmian. Musimy zacząć racjonalizować to, czym dysponujemy: sposób pracy kadr, rozmieszczenie oddziałów – stwierdził.*

Małgorzata Gałązka-Sobotka, członek Prezydium Rady Społecznej „Wspólnie dla Zdrowia”, dyrektor Centrum Kształcenia Podyplomowego Uczelni Łazarzkiego i dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia, dodała, że powinniśmy szybko uruchomić instrumenty, które pozwalają monitorować wynik leczenia. – *Monitorowanie wyniku leczenia to skomplikowany proces, ale musimy go rozpocząć, rozwijać i budować rejestry – podsumowała.*

Krystian Lurka





## Wizja polityki lekowej – autorska propozycja

Dyskusja koncentrowała się na dokumencie „Polityka Lekowa Państwa 2018–2022”, o którym mówił wiceminister zdrowia Marcin Czech. Wyjaśnił, że wytycza on kierunki działania rządu, tak aby zapewnić polskim pacjentom szeroki dostęp do skutecznych i bezpiecznych terapii oraz racjonalnie działającego systemu refundacji leków.



Bogna Cichowska-Duma: Tym razem dyskutujemy nie o tym, czy warto, ale jak wykorzystać dodatkowe środki w systemie ochrony zdrowia, aby miały one realne przełożenie na poprawę sytuacji pacjentów



– Strategiczne cele realizowane przez rząd w obszarze polityki lekowej to przede wszystkim zapewnienie bezpiecznych i skutecznych leków polskim pacjentom oraz systematyczne poprawianie stanu zdrowia naszego społeczeństwa – mówił Czech. – Należy do nich również skuteczna profilaktyka chorób zakaźnych, rozwój sektora farmaceutycznego w Polsce, a także wykorzystanie informatyzacji i danych naukowych do podnoszenia efektywności systemu ochrony zdrowia. Mamy w planach nowelizację Prawa farmaceutycznego, pracujemy też nad nowelizacją ustawy refundacyjnej. W kontekście wszystkich podejmowanych działań niezmiernie ważna i potrzebna jest dyskusja ze środowiskami lekarzy, farmaceutów, pacjentów – zauważył.

W optymistycznym tonie wypowiadał się Wojciech Wiśniewski, rzecznik fundacji Alivia. – W ostatnich latach dostrzegamy proces odchodzenia od konkursowego sposobu prowadzenia polityki lekowej, w którym decyzje były odpowiedzialnością na doraźne problemy. Z punktu widzenia pacjentów onkologicznych w kontekście dostępu do terapii trzy lata przyniosły faktyczny przełom – przyznał. – Nastąpiło niezwykle zwiększenie dostępności terapii, a decydenci dostrzegają wartość zwrócenia swojej uwagi w tym kierunku – dodał.

Wiśniewski przypomniał, że trwają prace nad dokumentem strategicznym. – Wprowadzamy rozwiązania pozwalające na pomiar, co w zasadzie otrzymujemy za środki przeznaczone na refundację. To prawdziwa szansa na politykę publiczną, ale ten wyjątkowy trend nie będzie kontynuowany, jeżeli nie pokonamy kilku problemów strukturalnych – mówił.

O czym mowa? – Z jednej strony musimy poprawić „legislację”. Dzisiaj dla chorego prawo jest zero-jedynkowe. Brakuje rozwiązań, które pozwalałyby rozwiązywać problemy dostępności leków off-label, niesponsorowanych badań klinicznych i automatycznego przenoszenia „generyzujących się” terapii poza programy lekowe. Z drugiej strony musimy odbudować administrację publiczną, która zajmuje się polityką lekową. Jeżeli nie zmienimy warunków i nie zadamy o prestiż pracy w tej dziedzinie, scenariusz na najbliższą i dalszą przyszłość jest jeden. Czeka nas katastrofa – podsumował Wiśniewski.

Dyrektor generalna INFARMY, Bogna Cichowska-Duma, mówiła o tym, że zwiększenie poziomu wydatków na leki o 10% przyniosłoby podobny efekt zdrowotny jak 10-procentowy wzrost wydatków na wszystkie pozostałe kategorie w ochronie zdrowia. To oznacza, że inwestycja w skuteczne i bezpieczne leki jest trzy razy bardziej efektywna.

– Wprowadzane zmiany to efekt m.in. szerokiej debaty publicznej toczącej się od wielu lat, w której różni interesariusze systemu ochrony zdrowia przekonywali decydentów, że w zdrowiu warto inwestować, ponieważ przynosi to oszczędności w innych sektorach. Dzisiaj mamy możliwość uczestniczyć w kolejnym etapie tej dyskusji. Tym razem już nie o tym, czy warto, ale jak wykorzystać dodatkowe środki w systemie ochrony zdrowia, aby miały one realne przełożenie na poprawę sytuacji pacjentów – mówiła.

Zdaniem ekspertki, budując system ochrony zdrowia, w którego centrum znajduje się pacjent, powinniśmy postawić na efekt zdrowotny. – Model value-based healthcare pozwala na taką alokację środków, która poprawi efektywność naszego systemu, a nie będzie jedynie reformą dla reformy. Powoli przygotowujemy się do tego, żeby mierzyć efekty zdrowotne. Wszystkie dokumenty strategiczne, akty prawne, rozwiązania techniczne i organizacyjne powinny wpisywać się w ten model – stwierdziła Bogna Cichowska-Duma.

Krystian Lurka



## Niewydolność serca – zapobiegać czy leczyć? Aspekty kliniczne i ekonomiczne

Spadek śmiertelności o 10% generuje wzrost produktu krajowego brutto o 1%. Tymczasem w Polsce w 2017 r. zmarło o 16 tys., czyli o 4%, osób więcej niż w 2016 r. Ekspertcy nie są zgodni, ale zasadniczo główną przyczyną zgonów w Polsce są choroby układu krążenia. Jednocześnie w związku z wprowadzaną reformą ochrony zdrowia zmniejszyły się wyceny w kardiologii interwencyjnej, w sumie o ok. 40%.

Jeszcze kilka lat temu Polska mogła się pochwalić miejscem w światowej czołówce pod względem skuteczności leczenia zawałów serca, będących jedną z głównych przyczyn niewydolności serca. Obecnie, jak wskazuje prof. Aleksander Żurkowski, prezes Stowarzyszenia Zawodowego Kardiologów Interwencyjnych, liczba koronarografii utrzymuje się na poziomie z 2011 r., podczas gdy zapotrzebowanie jest znacznie wyższe. To oznacza, że część chorych nie jest poddawana leczeniu. Statystyki są nieublagane. Między rokiem 2015 a 2017 liczba koronarografii spadła o 23 tys., a angioplastyk o 10 tys. Tymczasem koszty pośrednie związane z chorobami układu krążenia wynoszą 4 mld zł rocznie.

– *Niekorzystnym posunięciem było wprowadzenie limitowania świadczeń rewaskularyzacyjnych* – mówił Żurkowski. – *Problemem jest właśnie nastawienie systemu na leczenie skutków niewydolności serca, a nie jej zapobieganie. Wydaje się więc, że najważniejszą kwestią jest zwiększenie dostępności interwencji kardiologicznych, tym bardziej że dzięki nim rokowanie jest znamienne lepsze* – podkreślił. – *Choroby sercowo-naczyniowe dotyczą największej liczby osób oraz generują największe koszty dla systemu w związku z wypłatą zasiłków oraz rent* – wskazał prof. Adam Witkowski, prezes elekt Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. – *Tymczasem zapadalność na te choroby będzie rosła i dlatego należałoby wprowadzić zarówno prewencję, jak i leczenie* – dodał.

Jak wskazuje prof. Witkowski, rocznie w Polsce z powodu niewydolności serca umiera 5,5 tys. osób w wieku produkcyjnym. To powoduje mniejsze wpłaty składek do systemu oraz obniża wzrost gospodarczy. Niską efektywność polskiej ochrony zdrowia zauważył Bloomberg, w którego ostatnim rankingu nasz kraj spadł o 6 miejsc – na 24. pozycję wśród 56 krajów ujętych w zestawieniu, gdy tymczasem wydatki na ochronę zdrowia to już, według Bloomburga, 6,3% PKB.

Tymczasem koszty ZUS rosną. Według danych przytoczonych przez dr. Piotra Winciunasa, lekarza inspektora nadzoru orzecznictwa lekarskiego ZUS, sam koszt zwolnień lekarskich z tytułu niewydolności serca wyniósł w 2016 r. 25,5 mln zł, a w 2017 r. ponad 30 mln zł. Wydatki ZUS ogółem z tytułu niewydolności serca wzrosły ze 191 mln zł w 2015 r. do blisko 257 mln zł w 2017 r. W tym wydatki na renty z tytułu niezdolności do pracy, których podstawą orzeczenia jest



*Marcin Pakulski: Większa liczba zgonów to mniejsze obciążenia dla ZUS, ale celem państwa powinno być to, aby jego obywatele żyli jak najdłużej w zdrowiu*

choroba, wzrosły ze 159 mln zł w 2015 r. do 216 mln zł w 2017 r. Tymczasem, jak mówi dr Winciunas, decydenci rzadko interesują się danymi ZUS.

– *ZUS stara się przeciwdziałać kosztom poprzez kierowanie na rehabilitację, jednak jej warunkiem jest rokowanie powrotu na rynek pracy* – tłumaczył Winciunas. – *Obecnie ZUS ma podpisane umowy z 15 ośrodkami rehabilitacji, a wydatki na rehabilitację związane z niewydolnością serca wzrosły z 320 tys. zł w 2015 r. do 413 tys. zł w 2017 r.*

Jak mówi prof. Żurkowski, w Polsce umiera 3–4 razy więcej mężczyzn w wieku produkcyjnym niż w Europie Zachodniej. Zwiększyły się wyceny leczenia zachowawczego, spadły leczenie interwencyjne, czyli bardziej opłaca się leczyć skutki niż przyczyny. Zmianę sytuacji może przynieść program opieki koordynowanej nad pacjentami z niewydolnością serca.

– *Ważne jest, aby przesunąć leczenie ze szpitali do opieki ambulatoryjnej, a rewaskularyzacja powinna być wykonywana jak najczęściej, aby nie dopuścić do rozwoju niewydolności serca* – powiedział prof. Witkowski. – *Można już mówić o epidemii niewydolności serca. Wzrost liczby zachorowań będzie postępował, a leczenie niewydolności serca pochłania duże sumy. Program opieki koordynowanej nad pacjentami z niewydolnością serca ma przenieść akcenty z opieki szpitalnej na opiekę ambulatoryjną* – dodał.

– *Większa liczba zgonów to mniejsze obciążenia dla ZUS, ale celem państwa powinno być to, aby jego obywatele żyli jak najwięcej lat w zdrowiu* – mówił Marcin Pakulski, były prezes NFZ, ekspert ochrony zdrowia. – *Ważne jest, aby wiedzieć, jakie czynniki wpływają na wzrost liczby zgonów* – przekonywał. Jego zdaniem warto pokazywać, jakie są realne koszty zachorowania i utraty zdrowia dla gospodarki. Powinno to leżeć w obszarze zainteresowania zdrowia publicznego.

Marta Kobańska



## Model opieki koordynowanej a VBHC (*value based healthcare*). Praktyczne rozwiązania w trosce o pacjenta

Jak sprawić, aby decyzje w ochronie zdrowia były podporządkowane efektowi zdrowotnemu? Czy odejście od płatności za usługę na rzecz płatności za wynik zdrowotny to recepta na sukces? Czy może odpowiedź kryje się w koordynacji opieki medycznej, do której zmierza polski system ochrony zdrowia?

Jak mówił Tomasz Pawłęga, dyrektor Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego w Ministerstwie Zdrowia, opieka koordynowana to lek na fragmentaryzację opieki i sposób na zapewnienie ciągłości świadczeń. Odpowiedzialność na wynik transformacji systemu w kierunku opieki koordynowanej spoczywa na ministrze zdrowia, ale decyzje operacyjne mogą jak najbardziej należeć do NFZ. Czy poradzi on sobie z tymi zadaniami? O tym zaświadczą wyniki. Na razie oczkiem w głowie jest pilotaż opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej. Dlatego, jak wskazał Adam Niedzielski, wiceprezes NFZ, w ramach projektu są planowane badania porównawcze, które pozwolą ocenić zadowolenie pacjentów z opieki. Informacja ta zostanie zestawiona z wynikami poza systemem.



**Małgorzata Gałązka-Sobotka: Opieka koordynowana to nadzieja dla systemu, m.in. na możliwość kreowania w nim opieki zdrowotnej opartej na wartości**

– Opieka koordynowana umożliwia ocenę dojrzałości systemów, ale są trzy warunki jej płynnego funkcjonowania: współodpowiedzialność pacjenta, systemy informacyjne, a w szczególności metoda zarządzania informacją u świadczeniodawcy, oraz rejestry medyczne – wyliczał Adam Niedzielski. – Dlatego opieka koordynowana daje swego rodzaju napęd systemowi, który będzie generował zmiany – dodał.

Jak zauważyła Małgorzata Gałązka-Sobotka, dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego, opieka koordynowana to nadzieja dla systemu, m.in. na możliwość kreowania w nim opieki zdrowotnej opartej na wartości. Ta koncepcja stanowi wyzwanie dla starzejącego się społeczeństwa. Nadzieją jest też postęp tech-

niczny i technologiczny, który choć generuje koszty, to stwarza szanse dla wielu chorych na nowe terapie.

– W model opieki koordynowanej chce wejść 95% chorych na stwardnienie rozsiane. Widzą oni, że to zwiększy dostępność świadczeń, pozwoli zaplanować zarządzanie chorobą – mówiła Urszula Jaworska, prezes zarządu Fundacji Urszuli Jaworskiej. – Chorzy wiedzą, że niezastosowanie się do zaleceń lekarza będzie oznaczać usunięcie z projektu. Informatyka zaś pozwoli na monitorowanie efektów, w tym jakości, oraz optymalizację kosztów – dodała.

– Najważniejszy jest właśnie przepływ danych i jeśli poradzimy sobie z nim w onkologii za sprawą pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej, choć z uwzględnieniem specyfiki poszczególnych województw, to być może uda nam się wykorzystać te doświadczenia szerzej – powiedział prof. Adam Maciejczyk, prezes Polskiego Towarzystwa Onkologicznego.

– W latach 2012–2016 w 24 ośrodkach wykonano 586 zabiegów trombektomii mechanicznej, czyli usunięcia skrzepliny powodującej niedrożność naczynia mózgowego, pomimo że ta procedura nie jest jeszcze refundowana przez NFZ – mówiła prof. Danuta Ryglewicz, konsultant I Kliniki Neurologicznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Obecnie działa blisko 200 oddziałów wykonujących tę procedurę, w której liczy się czas, a więc opieka jest skoordynowana już na poziomie wykonania telefonu wzywającego karetkę pogotowia. Dzięki tej metodzie nawet 50% chorych odzyskuje sprawność po przebytych udarze.

Czy to, co udaje się w opiece nad chorymi z udarem, uda się w chirurgii bariatrycznej? Chirurgia jako taka jest niedofinansowana. Choć bariatria została jakiś czas temu odrębnie wyceniona, to na temat leczenia bariatrycznego nadal funkcjonują niekorzystne mity. Tymczasem, jak podkreślał prof. Krzysztof Paśnik, kierownik Kliniki Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej, Metabolicznej i Torakochirurgii w Wojskowym Instytucie Medycznym w Warszawie, metoda ta gwarantuje 80-procentową skuteczność leczenia otyłości, podczas gdy leczenie zachowawcze jest skuteczne jedynie w 5%.

– Ponad 60% Polaków ma problem z nadwagą i otyłością. Nawet 2% populacji powinno przejść leczenie bariatryczne, a więc nawet 100 tys. osób. Na ogół pacjenci sami dowiadują się o tej metodzie, bo uzyskanie informacji od lekarza rodzinnego jest trudne. Problemem jest rozproszenie i brak nadzoru nad ośrodkami, które oferują leczenie bariatryczne. Choć oficjalnie do wykonywania tych zabiegów przyznaje się 28 ośrodków, to przyjmując pacjentów z powikłaniami po tych operacjach, mogą przypuszczać, że wykonywane są nawet w 35–40 szpitalach – mówił prof. Paśnik. – Wystarczy jeden ośrodek na województwo, ale chodziłoby o to, aby chorzy w ogóle znaleźli się w systemie – podsumował.

Marta Koblańska



## Wizja kompleksowego zarządzania chorobą na przykładzie raka jelita grubego

– W większości krajów rozwiniętych, choć liczba zachorowań na raka jelita grubego wzrasta, to spada śmiertelność. W Polsce tak się nie dzieje – powiedział prof. Maciej Krzakowski, konsultant krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej. Co można zrobić, aby poprawić sytuację chorych i tym samym współczynnik?

Co najbardziej szwankuje? Choć, jak podkreślał prof. Reguła, nie można mieć pretensji do społeczeństwa, że zachowuje się w określony sposób (bo przyczyną pewnych zachowań może być brak zaufania do służby zdrowia), to jednak poraża niska zgłaszalność na badania przesiewowe. Według danych przytoczonych przez prof. Małgorzatę Wełnicką-Jaśkiewicz z Kliniki Onkologii i Radiologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego wynosi ona zaledwie 16%. Tymczasem, jak podkreślała prof. Wełnicka-Jaśkiewicz, kolonoskopia nie tylko pozwala na wczesne wykrycie choroby, której wyleczenie w takiej sytuacji lepiej rokuje, ale również zapobiega jej pojawieniu się poprzez możliwość usunięcia polipów, z których rozwija się rak. Czy rzeczywiście nie mamy zaufania do lekarzy, czy może zawodzi system zaproszeń na badania przesiewowe? A może, jak wskazuje Iga Rawicka z Europa Colon Polska, przyczyną jest to, że NFZ finansuje zaledwie 20% kolonoskopii w znieczuleniu?

– Nie zawsze adresy, pod które wysyłane są zaproszenia, faktycznie odpowiadają miejscu zamieszkania zapraszanego, czyli de facto resort administracji nic nie wie o obywatelach – mówił prof. Reguła. – Udało się potwierdzić adres zaledwie 43% osób zaproszonych na badania, z czego większość przyznała, że otrzymała listy. Jednak 70% z tych osób stwierdziło, że nic nie zrobiło z zaproszeniem, a 15% miało trudności w kontakcie z ośrodkiem przeprowadzającym badania. Po przekazaniu ulotki informacyjnej o badaniu jedynie 13% zaproszonych wykonało kolonoskopię, a aż 47% zrobiło to po kilkuminutowej rozmowie z lekarzem POZ – dodał.

Najważniejszy dla późniejszego rokowania jest dobrze wykonany zabieg chirurgiczny. Profesor Krzakowski przytoczył badania amerykańskie dotyczące raka odbytnicy, w których kluczowe okazało się kompleksowe podejście oraz fakt odbycia wielospecjalistycznego konsylium, bo wówczas jedynie nieliczni chorzy przechodzili zabieg nieradykalny, po którym rokowanie jest gorsze. – Chwata prezesowi NFZ za premiowanie ośrodków, które wykonują więcej zabiegów chirurgicznych – mówił prof. Krzakowski.

To ważne, bo doświadczenie ma podstawowe znaczenie dla dobrze wykonanego zabiegu. Jak wskazuje Małgorzata Gałązka-Sobotka, w Polsce funkcjonują

aż 424 ośrodki wykonujące zabiegi resekcji raka jelita grubego, a kompetencja do ich przeprowadzania powstaje na poziomie minimum 75 zabiegów rocznie. Ile ośrodków wykonuje tyle operacji? Jedynie 30, dalsze 16 jest na granicy.

– Chirurdzy są pewni siebie, ale głównym powodem, że pod względem jakości jesteśmy w ogonie Europy, jest to, że operujemy wszystko i wszędzie, a to najgorsze z możliwych rozwiązań – mówił Andrzej Jacyna, prezes NFZ. – Pewnych operacji na poziomie powiatu nie powinno się



W Polsce funkcjonują aż 424 ośrodki wykonujące resekcje raka jelita grubego. Kompetencja do ich przeprowadzania powstaje na poziomie minimum 75 zabiegów rocznie. Warunek spełnia tylko 30 placówek

wykonywać, a takich przykładów są setki. Zaczęliśmy więc premiować liczbę wykonywanych zabiegów, co powinno zostać zapisane w postaci norm w rozporządzeniach koszykowych. Jeżeli chirurg chce operować, może to robić w ośrodku należącym do sieci, a szpital powiatowy to miejsce, gdzie załatwia się problemy doraźne, prostsze, a nie planowane, duże zabiegi. W latach 70. ta zasada była przestrzegana – zauważył.

– Teraz jest czas na realizację projektów, w tym pilotażu skoordynowanej opieki onkologicznej, choć to nie rozwiąże wszystkich problemów – mówił Sławomir Gadomski, podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia. – Dużo zależy od jakości i chcemy ją poprawiać. Chorzy powinni wiedzieć, jaka jest jakość leczenia w poszczególnych ośrodkach. Onkologia jest rzeczywiście rozproszona. Nawet w resorcie różne departamenty odpowiadają za różne kwestie, takie jak profilaktyka czy leczenie. Na poziomie Ministerstwa Zdrowia też potrzebna jest koordynacja. Mechanizmy podejścia projektowego oferuje projekt ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej – podsumował.

Marta Koblańska



## Wizja cyfrowej medycyny – w jakim tempie zrewolucjonizuje polską rzeczywistość?

Czy wszyscy jako pacjenci odniesiemy korzyści z e-zdrowia? Czy świadczeniodawcy zechcą ułatwić sobie pracę, przechodząc na rozwiązania cyfrowe? Czy wreszcie NFZ wykorzysta dane, które gromadzi, do polepszenia opieki zdrowotnej? Takie pytania zadał prof. Mieczysław Pasowicz, prezydent Polskiego Stowarzyszenia Dyrektorów Szpitali, wiceprezydent Europejskiego Stowarzyszenia Dyrektorów Szpitali.

E-recepta i e-skierowanie powoli zaczynają nabierać realnych kształtów, choć na razie w ograniczonym zakresie, w przypadku e-skierowania ze względu na zasięg, a w przypadku e-recepty dlatego, że nadal musimy się fatygować do ośrodka, który ją wystawi. Agnieszka Kister, dyrektor Departamentu Funduszy Europejskich i E-Zdrowia w resorcie zdrowia, namawiała jednak, by zamiast koncentrować się na aspektach technicznych, pomyśleć o cyfryzacji w kategoriach odnoszonych korzyści.



**Michał Czarnuch: Bez narzędzi cyfrowych nie poradzimy sobie z opieką zdrowotną nad starzejącym się społeczeństwem**

– *Gdzieś na końcu systemy cyfrowe będą użytkowane przez pacjentów, świadczeniodawców, kadrę medyczną, płatnika i wreszcie decydentów* – mówiła Kister. – *Dlatego warto spojrzeć szerzej i zastanowić się nad ich projektowaniem, aby nie były sztuką dla sztuki* – dodała. Cyfryzacja już się dzieje. Na ukończeniu jest projekt e-recepty, rusza pilotaż e-skierowania. Wiele rzeczy można jeszcze poprawić, zarówno od strony technicznej, jak i biznesowej.

– *W grudniu mija 20 lat istnienia systemu ubezpieczeniowego w Polsce* – przypomniał Andrzej Jacyna, prezes Narodowego Funduszu Zdrowia. – *Cyfryzacja nie jest potrzebna jedynie po to, aby rozliczyć świadczenia, ale może być również źródłem informacji dla chorych. Obecnie roz-*

*poczynamy budowę rejestrów medycznych, w jednym z nich znajdują się informacje o chorych na raka płuca oraz o ich leczeniu* – dodał.

Trzeba jednak zdawać sobie sprawę, że u niektórych naszych sąsiadów funkcjonuje nawet 100 rejestrów medycznych. – *I to jest nasz cel* – deklarował Jacyna.

– *Kto obecnie odnosi największe korzyści z cyfryzacji medycyny? Dostawcy oprogramowania, często proponujący rozwiązania niesfunkcjonalne? Świadczeniodawcy i szpitale? A może pacjenci?* – pytał prof. Pasowicz.

Ligia Kornowska, dyrektor zarządzająca Polskiej Federacji Szpitali, przewodnicząca Młodych Menedżerów Medycyny, odpowiedziała, że korzyści odnoszą wszyscy, jednak pod warunkiem usunięcia barier w rozwoju cyfryzacji i nadania jej faktycznej funkcjonalności. – *My w spółce realizującej zdalnie świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej już widzimy te korzyści. Wiemy, że jeżeli wszystko jest z informatyzowane, możemy łatwiej dbać o jakość. Pacjent również odnosi korzyść, choć nadal zgoda na zabieg musi mieć formę podpisu na dokumencie papierowym. Radzimy sobie z tym, skanując dokumenty, ale to dodatkowa czynność do wykonania* – sprecyzowała.

– *Liczymy na to, że konto internetowe umożliwi uzyskiwanie elektronicznych zgód. Zamierzamy określić standardy dotyczące wymiany danych, aby zapewnić komunikację między podmiotami* – odpowiedział Krzysztof Napora z Centrum Systemów Informatycznych w Ochronie Zdrowia.

– *Bez narzędzi cyfrowych nie poradzimy sobie z opieką zdrowotną nad starzejącym się społeczeństwem* – stwierdził Michał Czarnuch. – *Nie bez znaczenia jest fakt wyznaczenia pewnych kryteriów, na podstawie których podejmuje się rozliczenie działań pracowników* – podpowiadał.

– *Komunikacja jest ważna w opiece koordynowanej, do której dąży polski system ochrony zdrowia* – mówił Andrzej Osuch, dyrektor ds. transformacji biznesowej Grupy Lux-Med. – *A opieka koordynowana to nic innego jak ciągłość świadczeń, co właśnie wymaga cyfryzacji na każdym etapie ich udzielania. To kreuje również potrzebę określonej szybkości dostępu do informacji, bo taki dostęp muszą mieć przecież profesjonaliści medyczni* – dodał.

– *Dane stanowią nowy rodzaj aktywów. Za chwilę zaczniemy podejmować decyzje w inny sposób niż dotychczas za sprawą na przykład sztucznej inteligencji, a przecież opieka zdrowotna opiera się w dużej mierze właśnie na podejmowaniu decyzji* – zauważył Artur Pruszek z Centrum Zintegrowanej Opieki i Telemedycyny Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. – *Największym generatorem informacji będzie sam pacjent, dlatego nie bez znaczenia jest fakt obniżki ceny nośników gromadzących dane* – podsumował.

Marta Koblańska



## Jak planować jakość i tworzyć standardy?

Panel poświęcony jakości w ochronie zdrowia prowadził prof. Jarosław Fedorowski, prezes Polskiej Federacji Szpitali, który do otwarcia debaty zaprosił gościa z zagranicy Alessandro Burianiego, doradcę w sprawach jakości zdrowia z *Accreditation Canada*, organizacji *non profit*, która funkcjonuje w Kanadzie już od lat 50. Gość zwrócił uwagę na bardzo istotny fakt, że wpływ na jakość usług zdrowotnych ma współpraca wszystkich zaangażowanych w system opieki zdrowotnej w danym kraju. – *To pacjent powinien być w centrum uwagi systemu, a nie procedury, jednak nie osiągnie się tego bez włączenia pacjenta w cały system organizacji opieki zdrowotnej. Accreditation Canada promuje budowę jakości usług zdrowotnych poprzez wdrożenie zasad 4P w medycynie: przewidywanie, personalizacja, prewencja, partycypacja* – mówił Alessandro Buriani.

– *Aby dojść do takiego modelu organizacji systemu opieki zdrowotnej, nie potrzeba wcale więcej pieniędzy, o które wszyscy się upominają, wystarczy zmiana nawyków* – przekonywała Urszula Jaworska, przedstawicielka pacjentów, członek Rady Społecznej „Wspólnie dla Zdrowia”. Jej zdaniem głos pacjentów w Polsce nigdy nie był brany pod uwagę przy organizacji systemu opieki zdrowotnej. – *W naszych szpitalach najważniejsze są procedury, a potrzeby pacjenta znajdują się poza wyobraźnią tych, którzy ten system organizują. Przez te wszystkie lata żadne zwiększenie nakładów na ochronę zdrowia nie przełożyło się na jakość świadczonych usług* – powiedziała Jaworska.

Za pacjentocentrycznym modelem systemu opieki zdrowotnej opowiedziała się Elżbieta Rucińska-Kulesz, dyrektor pomorskiego oddziału wojewódzkiego NFZ. Jednak ilość zadań, jakie realizuje NFZ, nie pozwala na takie podejście. – *Środków w ochronie zdrowia jest coraz więcej, a mimo to ani CMJ, ani ISO nie są wyznacznikami jakości w usługach medycznych* – mówiła Rucińska-Kulesz. – *Powinniśmy poszukać prawdziwych mierników jakości w ochronie zdrowia, które uwzględniałyby zarówno koszty, jak i pacjenta* – przekonywała.

Nad tym, czy podmioty świadczące usługi medyczne są zainteresowane jakością usług zdrowotnych, zastanawiała się dr Beata Jagielska, prezes Polskiej Koalicji Medycyny Personalizowanej, wicedyrektor Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie. – *Podmioty świadczące usługi chcą mierzyć jakość, gdyż wierzą, że za jakością pójdą większe środki. Obecnie istnieją dwa podstawowe mierniki jakości usług medycznych: certyfikat CMJ oraz posiadanie własnego laboratorium. Ciągle jednak mamy do wykonania ogromną pracę związaną z mentalnością personelu medycznego. W tej kwestii zapóźnienia sięgają lat. Na szczęście obecnie coraz większy głos w tworzeniu systemu organizacji w ochronie zdrowia mają organizacje pacjenckie. Jakość w ochronie zdrowia to nie jest tylko certyfikat CMJ* – stwierdziła.

O tym, czym jest certyfikat CMJ, mówił Michał Bedlicki, zastępca dyrektora Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. – *Nie jest to tylko papier, ale potężna praca wykonana z personelem medycznym danej placówki i jej pacjentami na wiele miesięcy przed wydaniem certyfikatu. Jeśli chodzi o jakość świadczonych usług, to w Polsce wcale nie jest tak źle, jak się powszechnie wydaje* – zapewniał. Na dowód porównał wskaźniki umieralności w Polsce i w Kanadzie. – *Odstajemy jedynie, jeśli chodzi o dostępność usług i personelu medycznego* – zauważył.



Urszula Jaworska: *Aby dojść do nowego modelu organizacji systemu opieki zdrowotnej, nie potrzeba wcale więcej pieniędzy, wystarczy zmiana nawyków*

Największą przeszkodą w tworzeniu rzeczywistych mierników jakości usług medycznych jest brak dostępu do danych, które obecnie są rozproszone. Dane cząstkowe znajdują się w rejestrach medycznych, w ZUS, w NFZ. Brakuje między nimi korelacji. Dodatkowym utrudnieniem są nowe przepisy RODO. Mówił o tym Piotr Najbuk, przedstawiciel Młodych Menedżerów Medycyny: – *Jeśli ustawodawca nie stworzy prawa pozwalającego na wtórne wykorzystanie danych do mierzenia jakości usług medycznych, efektywność systemu pozostanie nadal niemierzalna.*

Alicja Kostecka

### Jak działa Accreditation Canada

Miernik	Postulat
Bezpieczeństwo	– Utrzymuj moje bezpieczeństwo
Koncentracja na pacjencie	– Bądź partnerem w utrzymaniu bezpieczeństwa mojego i rodziny
Życie zawodowe	– Opiekuj się tymi, którzy pomagają mi w opiece nade mną
Efektywność	– Zrób najlepszy użytek z posiadanych zasobów
Poprawność	– Wykorzystaj wiedzę, by udzielić świadczeń najlepiej, jak można
Dostępność	– Daj mi świadczenia na czas, w najlepszej jakości
Koncentracja na społeczności	– Pracuj z moją społecznością lokalną, by spełnić nasze zbiorowe potrzeby
Kontynuacja	– Koordynuj moją opiekę tak, by zapewnić mi kontynuację leczenia

Slajd pochodzi z prezentacji Alessandro Burianiego „Accreditation Canada and Health Standards Organization, two affiliate organizations with one mission”



## Jak zwiększyć efektywność systemu – czy zwiększenie wydatków przełoży się na lepsze leczenie pacjentów?

Panel prowadził Andrzej Mądrala, wiceprezydent Pracodawców RP, który w ramach Akademii Zdrowia 2030 przygotował „Diagnozę i kierunki reformy systemu ochrony zdrowia w Polsce”. Dokument ten posłużył decydom do zreformowania systemu opieki zdrowotnej w kierunku uczynienia z POZ jego fundamentalnego elementu.

Do tego dokumentu nawiązał podczas debaty Jacek Krajewski, prezes Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”, który uważa, że najważniejszą sprawą w zwiększeniu efektywności systemu opieki zdrowotnej w najbliższym czasie będzie uczynienie z asystentów medycznych kluczowego ogniwa wspomagającego funkcjonowanie POZ, tak aby lekarze mogli zajmować się leczeniem, a pielęgniarki pełnić funkcję pomocniczego personelu medycznego.



Andrzej Jacyna: *Dziś już wiadomo, że ustawa o POZ jest niedoskonała i należy ją poprawić*

– *Tylko jak to zrobić, jeśli w koszyku świadczeń zdrowotnych NFZ nie ma takiej pozycji?* – zastanawiał się Andrzej Jacyna, prezes Narodowego Funduszu Zdrowia. – *Dziś już wiadomo, że ustawa o POZ jest niedoskonała i należy ją poprawić. W celu racjonalizacji wydatków chcemy przenieść świadczenia do opieki ambulatoryjnej, tak aby odciążyć szpitale od usług medycznych, z którymi bez problemu może poradzić sobie AOS* – mówił prezes Jacyna.

Zapowiadał, że w planach NFZ dotyczących szpitalnictwa jest eliminowanie nieefektywnych jednostek, np. niewielkich oddziałów położniczych w szpitalach

powiatowych, które rocznie obsługują ok. 200 porodów. – *Nie dosyć, że taki oddział generuje straty, to jeszcze stanowi zagrożenie dla pacjentów, gdyż obsługuje go przy-padkowy personel* – uzasadniał Jacyna.

– *Likwidacja tych oddziałów – tak, ale pod warunkiem, że zabezpieczymy opiekę nad kobietą w ciąży w terenie* – ripostował Roman Kolek, ekspert ochrony zdrowia i wicemarszałek województwa opolskiego. Zwrócił też uwagę, że za mało jest działań na rzecz propagowania w społeczeństwie hasła „moje zdrowie w moich rękach”.

– *Chcielibyśmy, aby samorząd lokalny był traktowany w systemie organizacji ochrony zdrowia jako partner, a nie jako przeciwnik. Samorząd ma tyle zadań, że z własnych środków nie jest w stanie realizować jeszcze zadań związanych z ochroną zdrowia* – mówił marszałek Kolek.

Sławomir Gadomski, wiceminister zdrowia, udowodnił, że wydatki z budżetu państwa na ochronę zdrowia z roku na rok się zwiększają: – *W 2010 r. wydaliśmy na zdrowie 57 mld zł, w 2017 r. 77 mld zł, w 2018 r. 91 mld zł, w 2019 r. wydamy 98 mld zł. Od 2014 r. wydatki na ochronę zdrowia zwiększyły się o ok. 20 mld zł.*

Środków w systemie ochrony zdrowia przybywa, ustawowo zagwarantowano systematyczny wzrost wydatków w postaci udziału procentowego w budżecie państwa. Zgodnie z projektem w 2018 r. na ochronę zdrowia będzie przeznaczony 4,67% PKB, a rok później 4,84%. Nakłady na ten cel będą wzrastać także w kolejnych latach: w 2020 r. 5,03%, w 2021 r. 5,22%, w 2022 r. 5,41%, w 2023 r. 5,6%, a w 2024 r. 5,8%. Docelowy poziom finansowania, czyli 6% PKB, osiągniemy w 2025 r. Prezes NFZ wie nawet, w jaki sposób powiększyć budżet na ochronę zdrowia. – *Poprzez włączenie do systemu współfinansowania zdrowia umów-zleceń oraz członków zarządów spółek prawa handlowego* – tłumaczył Jacyna.

Stanisław Maćkowiak, prezes Federacji Pacjentów Polskich, zwrócił uwagę na problem dostępności leków, o czym zapomniano w kraju przy tworzeniu systemu ochrony zdrowia oraz w przygotowanej ostatnio polityce lekowej państwa. O bezpieczeństwie zdrowotnym w społeczeństwie można mówić wówczas, gdy dopłaty do leków z budżetu państwa wynoszą 70%, tymczasem w Polsce są one na poziomie 40%.

Uczestnicy debaty zgodzili się, że mimo wzrostu nakładów na zdrowie i utworzenia sieci szpitali dostęp do usług medycznych w kraju wcale się nie poprawił, a długi szpitali nie zmalały.

Alicja Kostecka



## Panel Think-Tanku „Innowacje dla Zdrowia”.

### Czy jesteśmy gotowi na rewolucję – innowacyjne podejście do funkcjonowania systemu ochrony zdrowia

Panel zaczął się od prostej konfrontacji sposobu, w jaki polski naukowiec jest rozliczany z efektów swojej pracy przez biznes oraz przez uczelnię. Konfrontacji dokonał Jarosław Bułka, praktyk w obu zakresach. – *Przez biznes jestem rozliczany w ten sposób, by zainwestowany kapitał jak najszybciej przyniósł zamierzony efekt i zaczął się zwracać. Uczelnia rozlicza opublikowane prace naukowe, których opracowanie i opublikowanie zajmuje czas, a tego nikt nie liczy* – mówił Bułka.

Jarosław Bułka jest prezesem firmy Sophilution, a jednocześnie wykładowcą Akademii Górniczo-Hutniczej im. Stanisława Staszica w Krakowie.

Nauka jako sposób na poprawę sytuacji finansowej szpitali? Innowacyjne rozwiązania w medycynie – dlaczego jesteśmy wciąż tak daleko? – *Czy właśnie dlatego, że trudno pogodzić wymagania akademickie z wymaganiami biznesu?* – zastanawiał się Maciej Banach, dyrektor łódzkiego Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki, dyrektor naukowy Wydawnictwa Termedia. – *Jeśli tak, to przyjrzymy się, jak sobie z tym problemem radzą za granicą. W USA na pewno lepiej* – zauważył.

Jan Walewski, dyrektor Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, próbował znaleźć rozwiązanie. – *Z naszych doświadczeń wynika, że współpraca układa się dobrze, gdy jest długoterminowa, gdy mamy partnerów na dłuższy czas. Do tego powinniśmy dążyć* – mówił.

Walewskiemu sekundowała Anna Fijałkowska, zastępca dyrektora do spraw nauki w Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie. – *Z naszych doświadczeń wynika, że droga „od pomysłu do przemysłu” to około pięciu lat* – powiedziała. – *I rzadko można pokonać ją na skrót, bo odpowiednie przygotowanie programu, jego wdrożenie, korekty po prostu tyle trwają* – dodała, powołując się na przykład prowadzonego z sukcesem w instytucie programu badań przesiewowych.

Piotr Lubiejewski, dyrektor Orange Polska, przekonywał, że Polacy jednak są innowacyjni, a nawet bardzo innowacyjni. – *Mamy rewelacyjne osiągnięcia, które określiłbym mianem punktowych* – mówił. – *Uzyskujemy w wybranych dziedzinach skokowe sukcesy, a potem okazuje się, że nie dysponujemy odpowiednią infrastrukturą, np. siecią połączeń, co uniemożliwia wykorzystanie w kraju naszych innowacji na szerszą skalę.*



Maciej Banach: *To trochę tak, jakbyśmy kroczyli w siedmiomilowych butach. Zrobiliśmy ogromny krok, nie bardzo możemy się wycofać, ale też nie w pełni każdy z nas może się cieszyć z dobrodziejstw tego dokonania*

Podobnego zdania był Maciej Banach, który informował o problemach infrastrukturalnych swojego szpitala przy wdrożeniach innowacyjnych rozwiązań.

Kolejną barierą na drodze do innowacji jest administracja. Wskazywał na to Jakub Szulc, partner EY, były wiceminister zdrowia. – *Administracja z nieufnością odnosi się nie tylko do innowacyjnych, ale w ogóle nowych rozwiązań* – tłumaczył. – *Opowiem to na przykładzie NFZ. Co z tego, że w wielu dziedzinach dysponujemy najnowocześniejszą technologią, skoro za jej zastosowanie NFZ nie płaci. Płaci natomiast za stare procedury, choćby droższe, często siłą inercji. Tymczasem w polskiej ochronie zdrowia w praktyce nie ma mowy o skutecznym wdrożeniu, jeśli nie ma refundacji.*

Osobnym problemem w Polsce staje się nie tyle gromadzenie danych, ile ich odpowiednia analiza. Nasz płatnik działa w sposób relatywnie tani w porównaniu ze swoimi zachodnimi odpowiednikami. I dzieje się to kosztem braku analizy gromadzonych danych.

– *To trochę tak, jakbyśmy kroczyli w siedmiomilowych butach. Zrobiliśmy ogromny krok, nie bardzo możemy się wycofać, ale też nie w pełni każdy z nas może się cieszyć z dobrodziejstw tego dokonania* – podsumował dyskusję Maciej Banach.

Bartłomiej Leśniewski





## Wizja onkologii, krajowa sieć onkologiczna – szansa czy zagrożenie? Panel dotyczący systemowych rozwiązań na rzecz poprawy opieki onkologicznej w trzech wymiarach: medycznym, organizacyjnym i ekonomicznym

– Instytuty o najwyższym poziomie referencyjności nigdy nie będą w stanie same leczyć wszystkich pacjentów.

– Tymi słowami otworzył debatę Sławomir Gadomski, wiceminister zdrowia. – *Ale we współpracy z nimi może powstać krajowa sieć ośrodków – nie tylko onkologicznych, które zapewnią odpowiednie leczenie wszystkich pacjentów zmagających się z nowotworami* – dodał.

Tak właśnie zaprojektowana jest krajowa sieć onkologiczna, która skoordynuje działania związane z walką z rakiem w Polsce, od leczenia po profilaktykę. – *Staniem profilaktyki i wczesnym wykrywaniem jestem poważnie zaniepokojony, by nie rzec przerażony* – mówił Gadomski.



Adam Maciejczyk: *Rzeczywiście są zmiany, których wprowadzenie musi potrwać, ale są też takie, które możemy wprowadzić od razu, nie zwlekając. A skoro możemy, to powinniśmy tak uczynić*

Na czym ma polegać współpraca? – *Urolog czy laryngolog oczywiście nie postawi diagnozy onkologicznej, ale już gdy chodzi o operację guza nowotworowego – chirurg narządowy wykona ją lepiej niż lekarz o specjalności chirurg onkologiczny, który jest specjalistą od każdego narządu* – wyjaśniał Piotr Chłosta, kierownik Katedry i Kliniki Urologii Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, prezes Polskiego Towarzystwa Urologicznego. Chirurg narządowy ma większe doświadczenie i osiąga lepsze wyniki. – *Chodzi o to, by pacjentów na odpowiednim etapie*

*leczenia kierować do najwłaściwszych ośrodków* – tłumaczył Chłosta.

Każdy program należy na bieżąco monitorować. Zwracał na to uwagę Jan Walewski, dyrektor Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie. – *Postawmy sobie jasne cele i wybierzmy łatwe do weryfikacji mierniki wartości, według których będziemy określać, jak te cele osiągamy* – mówił. – *W Stanach Zjednoczonych oblicza się, że na 10 chorych 6 zostaje wyleczonych. Jakość naszej statystyki medycznej jest taka, że określenie tej liczby przychodzi nam z trudem. Powinniśmy poprawić jakość statystyki, wyróżnić miernik i obserwować dynamikę jego, mam nadzieję, poprawy* – wyjaśnił.

Walewski postulował też, by finansowanie onkologii wydzielić z NFZ. – *To dyscyplina priorytetowa, a finansowanie jej przez NFZ zwyczajnie się nie sprawdza* – argumentował.

Odpowiedziała mu Małgorzata Gałązka-Sobotka, dyrektor Centrum Kształcenia Podyplomowego Uczelni Łazarskiego i dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia: – *Z pewnością jest to dyscyplina priorytetowa, ale nad wyłączeniem jej z NFZ należy się mocno zastanowić. Walka z nowotworami, w tym np. profilaktyka i wczesne wykrywanie, to sprawa całej polskiej ochrony zdrowia.*

Wskazywała także bieżące priorytety: centralizację chirurgii oraz decentralizację radiologii i chemioterapii.

Jedną z przykrych konstatacji uczestników panelu była ta, że na dobre efekty wprowadzanych zmian będziemy musieli poczekać. Zwracał na to uwagę Piotr Czauderna, koordynator Sekcji Ochrony Zdrowia Narodowej Rady Rozwoju przy Prezydencie RP. – *Po prostu trzeba czasu, by np. uruchomić odpowiednie rejestry, wprowadzić nowe procedury, wypracować mechanizmy współpracy i finansowania. Na to potrzeba miesięcy, a nawet lat. I jest to argument nie przeciw, ale za tym, by zmiany zacząć wprowadzać jak najszybciej* – mówił.

Im szybciej zaczniemy, tym szybciej osiągniemy dobre efekty. Adam Maciejczyk, prezes Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, dodał: – *Rzeczywiście są zmiany, których wprowadzenie musi potrwać, których nie powinniśmy wprowadzać na chybcika. Ale są też takie, które możemy wprowadzić od razu, nie zwlekając. A skoro możemy, to powinniśmy tak uczynić. Bo z polską onkologią nie jest tak dobrze, jak być powinno.*

Bartłomiej Leśniewski