

## Medycyna przyszłości



## Quo vadis ochrono zdrowia?

W dniach 29–31 marca pod Paryżem odbył się drugi Światowy Kongres Ochrony Zdrowia – Europa 2006 (*World Health Care Congress – Europe 2006*), w którym wzięto udział ponad 400 osób z całego świata. Współgospodarzem kongresu była firma doradcza Capgemini.

Tegoroczny kongres koncentrował się na popularyzacji najlepszych praktyk dla poprawy jakości świadczonych usług i ich wyniku. Oprócz wykładów dla wszystkich uczestników, jakie toczyły się w olbrzymiej sali konferencyjnej, w mniejszych salach były prowadzone sesje tematyczne, poświęcone czterem zagadnieniom: chorobom przewlekłym i rozwiązaniom służącym zarządzaniu tymi chorobami, bezpieczeństwu pacjentów, elektronicznym rekordom pacjentów oraz innowacjom IT i wreszcie poprawie efektywności ochrony zdrowia.

W kongresie wzięł udział minister Zbigniew Religa. Wykład polskiego ministra zdrowia, zatytułowany *Pacjent i obywatel jako prawdziwy minister zdrowia*, wygłoszony w czasie szczytu ministerialnego wzbudził bardzo duże zainteresowanie uczestników kongresu. Wykład rozpoczął się

stwierdzeniem, że w Europie nie ma europejskiego systemu ochrony zdrowia, gdyż obecnie mamy do czynienia z narodowymi systemami ochrony zdrowia, z drugiej jednak strony w zjednoczonej Europie, dzięki coraz większej mobilności obywateli, mamy do czynienia z pojawieniem się europejskiego pacjenta. Z tego względu pierwszym priorytetem powinno być przygotowanie narodowych systemów ochrony zdrowia do współpracy w ramach europejskiej ochrony zdrowia. Minister mówił również o chorobie polskiego systemu ochrony zdrowia, którą można zdiagnozować jako *reformitis acuta*, polegającej na ciągłej reformie reform. Powinno się wreszcie skończyć z retoryką reform i przejść do konkretnych czynów. Profesor Religa przypomniał także zebranym, iż obecnie rozwijająca się medycyna oparta na faktach, razem z wytycznymi praktyki

klinicznej, metodami oceny technologii oraz ruchem poprawy jakości mają na celu zwiększenie korzyści z wydawanych pieniędzy *value for money*, ale trzeba również mieć na uwadze to, czy wydawane pieniądze służą osiągnięciu naszych celów społecznych, co można byłoby określić *money for values*. Minister zakończył swoje przemówienie stwierdzeniem, że w zjednoczonej Europie ministrowie finansów mówią tym samym językiem, mają porównywalne statystyki, używają tych samych metod i ich doświadczenia często mogą być wzajemnie wykorzystywane. Tego samego potrzebujemy także w odniesieniu do wartości związanych ze zdrowiem: równości, udziału obywateli i praw pacjentów.

Jeden z najbardziej wizjonerskich wykładów wygłosił profesor Joseph F. Coughlin z *Massachusetts Institute of Technology*, który mówił o obecnym i przyszłym wykorzystaniu technologii informatycznych i elektroniki w ochronie zdrowia, szczególnie w aspekcie zastosowania informatycznych technologii medycznych w domu (*home e-health*). Zdaniem profesora Coughlina jesteśmy

„ Jesteśmy obecnie na etapie drugiej generacji domowej *e-health*, polegającej na kontakcie pacjentów z telefonicznymi centrami obsługi oraz zarządzaniu przypadkami „

obecnie na etapie drugiej generacji domowej *e-health*, polegającej na kontakcie pacjentów z telefonicznymi centrami obsługi oraz zarządzaniu przypadkami. W przyszłości od ok. 2010 r. nadejdzie następna generacja domowej *e-health*, polegająca na modyfikowaniu zachowania pacjentów poprzez przekazywanie informacji i interakcję z pacjentem. W przyszłości będziemy mieli do czynienia z umieszczaniem czujników monitorujących czynności życiowe w ubraniu czy też dodawaniem różnych dodatkowych funkcji do tradycyjnych sprzętów domowych (np. toaleta przyszłości może mierzyć wagę, ciśnienie krwi, akcję serca, może wykrywać cukier, białko i krew w moczu, a te dane będą mogły być przesyłane łączem internetowym do lekarza). Profesor Coughlin zaprezentował nowatorskie rozwiązanie służące do zarządzania zachowaniem pacjenta. *Motiva Interactive Disease Management Platform* zostało przygotowane przez firmę Philips – dzięki niemu pacjenci korzystając z telewizora podłączonego do specjalnego urządzenia będą mieli dostęp do materiałów edukacyjnych na temat odpowiedniego dla nich stylu życia, spersonalizowanej informacji

od świadczeniodawców oraz innych informacji użytecznych dla pacjentów. Rozwiązanie to ma być wdrożone już w tym roku najpierw w USA, a później w Europie.

### Zarządzanie chorobami przewlekłymi

Schorzenia przewlekłe, m.in. takie, jak cukrzyca, nadciśnienie, astma dotyczą coraz większą część społeczeństwa. Bardzo ciekawe informacje związane z tą tematyką podał David Colin-Thomé, krajowy dyrektor kliniczny opieki podstawowej (*National Clinical Director for Primary Care*). Wybrane przez niego dane statystyczne, związane ze schorzeniami przewlekłymi pozwoliły uczestnikom konferencji zrozumieć znaczenie tej kwestii. W Anglii żyje ok. 15 mln osób cierpiących na schorzenia przewlekłe. Bardzo dużo osób ze schorzeniami przewlekłymi należy do grupy wiekowej ludności powyżej 65. roku życia – w 2002 r. osoby chore stanowiły 62 proc. tej grupy ludzi (w roku 1972 odsetek ten wynosił tylko 48 proc.). Ciekawe są również informacje o konsumpcji usług medycznych przez

pacjentów ze schorzeniami przewlekłymi. Korzystają oni z ok. 80 proc. porad lekarzy ogólnych oraz z 60 proc. osobodni pobytu w szpitalach, aż 2/3 nagłych przypadków wiąże się z pogorszeniem stanu zdrowia pacjentów chorych przewlekłe. Federico Spandonaro, wykładowca z Uniwersytetu Rzymskiego – sformułował definicję zarządzania chorobą (*disease management*). Jest to system skoordynowanych działań medycznych oraz komunikacyjnych, skierowanych do populacji ze schorzeniami przewlekłymi, w których wysiłki pacjenta w zakresie samoopieki są znaczące. Zarządzanie chorobą podnosi przede wszystkim jakość opieki oraz daje lepsze wyniki leczenia. Może natomiast prowadzić do wzrostu kosztów leczenia, przynajmniej w początkowym okresie wdrażania tego rozwiązania. Bardzo ciekawy konkretny przykład zarządzania cukrzycą u dzieci przedstawił Peter Hindmarsh z *London Centre for Paediatric Endocrinology*. Warte zacytowania jest jego następująca wypowiedź: *pracownicy służby zdrowia nie są w stanie zarządzać cukrzycą, mogą oni jedynie zapewnić środowisko, w którym cukrzyca może być zarządzana.*



foto. (2x) Archiwum Czapemini

” W USA wg *Institute of Medicine* w 1997 r. z powodu błędów medycznych umarło 44 tys. osób, a przypuszcza się, że liczba to może wynosić nawet 98 tys. osób ”

### Bezpieczeństwo pacjenta

Na całym świecie coraz więcej mówi się o niskiej jakości usług medycznych, które w konsekwencji prowadzą do olbrzymiej liczby błędów medycznych i śmierci nawet setek tysięcy pacjentów rocznie. Tylko w USA wg *Institute of Medicine* w 1997 r. z powodu błędów medycznych umarło 44 tys. osób, a przypuszcza się, że liczba to może wynosić nawet 98 tys. osób (dla porównania śmierć w wypadkach drogowych poniosło wtedy 43,5 tys. osób, a liczba ofiar AIDS wyniosła 16,5 tys.). Spektakularnymi błędami medycznymi są operacje wykonywane po niewłaściwej stronie chorego pacjenta czy też operowanie niewłaściwego pacjenta (*wrong site surgery*) – corocznie ponad 2600 Europejczyków jest operowanych w ten sposób. By walczyć z tym zjawiskiem opracowywane są specjalne procedury. Ciągłe za poważny problem w ochronie zdrowia uważa się niewłaściwą higienę rąk. W związku z powyższą sytuacją pojawiają się różne inicjatywy, np. *WHO World Alliance for Patient Safety 2004*, *Luxembourg Declaration 2005*, *European Council Recommendations 2005*, *EU Commission Work Plan 2006*. Z tej niekorzystnej sytuacji wynikają pomysły, by do ochrony zdrowia przenieść roz-

wiązania stosowane w innych gałęziach gospodarki, np. z przemysłu lotniczego – wykład na ten temat wygłosił David King z *Air Accidents Investigation Branch*, Wielka Brytania. Za bardzo ciekawą można było również uznać prezentację Richarda Thomsona z *National Patient Safety Agency* z Wielkiej Brytanii, przedstawiającego działania podejmowane przez tę instytucję w celu podnoszenia stanu bezpieczeństwa pacjentów (szereg interesujących materiałów na ten temat znajduje na stronie internetowej [www.saferhealthcare.org.uk](http://www.saferhealthcare.org.uk)).

### Elektroniczne rekordy pacjentów i innowacje IT

Niewątpliwie jedną z najważniejszych przemian, jakim podlega obecnie ochrona zdrowia jest informatyzacja. Tematyce tej poświęcono wiele wykładów. Frans de Bruïne z Generalnego Dyrektoriatu Społeczeństwa Informacyjnego i Mediów Komisji Europejskiej nakreślił politykę Unii w zakresie informatyzacji ochrony zdrowia. Obecnie działania idą w kierunku wdrożenia elektronicznych danych o pacjencie. Początkowym celem Komisji jest umożliwienie dostępu z każdego miejsca w Europie do podstawowych danych o pacjencie upoważnionym pracownikom służby zdro-

wia za zgodą pacjenta. Docelowo dane te mają być całościowe i wspierać opiekę nad pacjentem (5-letnia perspektywa czasowa). Kolejnym etapem są osobiste systemy zdrowia, rozumiane jako nacisk na prewencję i personalizację – umocowanie pacjenta do dbania o własne zdrowie, nacisk na odpowiedni styl życia, zarządzanie chorobami przewlekłymi. Ma to dokonywać się poprzez wdrażanie implantowanych przenośnych systemów oraz biochipów (10-letnia perspektywa czasowa). Następną fazą *e-health* ma być medycyna przewidująca (*predictive medicine*) – integrująca informacje dotyczące chorób z poziomu molekuł, komórek, organów, organizmu i populacji; oparta o modelowanie i symulację procesów chorobowych i fizjologii człowieka oraz przewidywanie ryzyk i rozwój bardziej efektywnych programów leczenia i profilaktyki (15-letnia perspektywa czasowa).

Krajem, gdzie koncepcja tworzenia elektronicznych rekordów pacjenta (*electronic health records*

ne medyczne oraz informacje o przyjmowanych lekach. W Niemczech planuje również się wdrożenie elektronicznych recept. Całe rozwiązanie ma być gotowe w 2007 r.

### Poprawa efektywności

Powszechnie wiadomo, że dzisiejsza medycyna jest skomplikowana, a co jest skomplikowane, jest również drogie. Żeby móc poprawić efektywność, najpierw trzeba umieć ją mierzyć, o czym mówił na przykładzie holenderskich szpitali Jan Haeck z Holenderskiego Urzędu Zdrowia (*Dutch Health Supervisory*). Na przykładzie Holandii wykazał on, że ważne jest, by w pomiarze brały udział wszystkie szpitale oraz by dane były ogólnodostępne, np. poprzez prezentowanie ich na stronach www z odpowiednią interpretacją. Na podstawie takich danych pacjenci i płatnicy mogą dokonywać bardziej racjonalnych wyborów.

Bardzo ciekawy wykład, związany z efektywnością w ochronie zdrowia miał Arne Björnberg

” W ochronie zdrowia należy wdrożyć mechanizmy stosowane w innych gałęziach gospodarki tzn: wszystkie produkty i usługi powinny być opłacane w oparciu o ich prawdziwą wartość dla klienta ”

– EHR) jest już bardzo mocno zaawansowana jest Holandia – sytuację w tym zakresie prezentowała Ellen Maat z holenderskiego Ministerstwa Zdrowia, Opieki Społecznej i Sportu. Rozwiązanie, jakie planuje się wdrożyć w tym kraju, polegać będzie na umieszczeniu EHR w zdecentralizowanym systemie. System nie będzie również oparty o karty chipowe z danymi medycznymi. Właściwa implementacja systemu ma nastąpić w latach 2007–2008. Jak prezentował to Dominique Coudreau z Grupy Interesu Publicznego w Sprawie Wdrożenia Elektronicznych Rekordów Medycznych, we Francji również prowadzone są intensywne prace nad elektronicznymi rekordami pacjentów, określanymi tu jako elektroniczne rekordy medyczne (*dossier medical personel* – DMP). Również we Francji prace koncepcyjne są mocno zaawansowane, a ostateczne wdrożenie systemu w całym kraju planuje się na lipiec 2007 r. O kontrakt na wdrożenie DMP będzie walczyć ze sobą aż 6 konsorcjów, reprezentujących różne podejście do DMP. Z kolei Harald Flex, dyrektor zarządzający Gematik GmbH, organizacji odpowiedzialnej za wdrożenie elektronicznych rekordów pacjentów w Niemczech opowiadał o informatyzacji niemieckiej ochrony zdrowia. W rozwiązaniu niemieckim ważną rolę odgrywać będzie elektroniczna karta pacjenta, która będzie zawierać jego da-

z *Health Consumer Powerhouse*. Jego zdaniem w ochronie zdrowia należy wdrożyć mechanizmy stosowane w innych gałęziach gospodarki, tzn. wszystkie produkty i usługi powinny być opłacane w oparciu o ich prawdziwą wartość dla klienta – płacić się powinno za efekty, a nie za istnienie, powinno się skupić uwagę na uzyskiwanych wynikach i jakości, a nie wielkości wykorzystywanych zasobów. Należy także stymulować prywatną konsumpcję usług zdrowotnych. Tak więc Arne Björnberg proponuje wprowadzenie do ochrony zdrowia standardów jakości, opracowanych we współpracy z konsumentami, wprowadzenie mechanizmów finansowych dających pacjentom moc decyzyjną (vouchery, inwestycyjne rachunki zdrowia itp.), wprowadzenie konkurencji pomiędzy instytucjami finansującymi i kupującymi świadczenia medyczne oraz finansowanie świadczeniodawców w oparciu o uzyskiwane wyniki leczenia i decyzje konsumenta. Optymistycznym akcentem była informacja, że w tworzonej przez *Health Consumer Powerhouse Euro Health Consumer Index* na 25 krajów Unii Europejskiej Polska uplasowała się w 2005 r. na 12 pozycji.

Niewątpliwie ciekawą osobą występującą w podczas kongresu była Victoria G. Hale, założycielka i prezes *Institute for One World Health*,

firmy farmaceutycznej działającej na zasadzie *non-profit*, zajmującej się produkcją leków na choroby nękające biedne kraje świata, a zapomniane przez bogate społeczeństwa (np. leiszmanioza, malaria, choroba Chagasa). Równie interesujące było wystąpienie Bernarda Kouchnera, współzałożyciela organizacji *Lekarze bez granic* (*Medecins sans Frontieres*) oraz założyciela organizacji *Lekarze Świata* (*Medecins du Monde*). Oba te wykłady miały dosyć mocny wydźwięk, gdyż uświadomiły uczestnikom kongresu pochodzącym z krajów rozwiniętych, że istnieją takie zakątki świata, których problemy zdrowotne nie są porównywalne z krajami rozwiniętymi i które dzieli od nich przepaść nie do przebycia.

Tak duże zainteresowanie konferencją *WHCC – Europe 2006* wynikało zapewne z faktu olbrzymiego znaczenia zdrowia dla każdego człowieka i społeczeństwa. Trzeba pamiętać także, iż ochrona zdrowia jest najważniejszym sektorem usługowym i wielkim pracodawcą,

gdyż w samej UE pracuje w niej ponad 15 mln osób. Znaczna liczba opinii co do kierunków reform może świadczyć o tym, że tak naprawdę nie wiadomo, co należy zrobić, żeby wyleczyć ochronę zdrowia z nękających ją chorób. Niewątpliwie informatyzacja, zarządzanie chorobami przewlekłymi, zwiększenie bezpieczeństwa pacjentów i różne metody podnoszenia efektywności są dobrą odpowiedzią na wyzwania, jakie przed ochroną zdrowia stawiają obecnie zjawiska demograficzne oraz rosnące możliwości technologiczne. Patrząc na to, co dzieje się i będzie się działo w ochronie zdrowia w najbardziej rozwiniętych krajach, trzeba niestety, ze smutkiem stwierdzić, że Polska wciąż jest w tym zakresie bardzo daleko za światową czołówką i chyba nie wynika to tylko z braku pieniędzy.

*Następna konferencja World Health Care Congress Europe 2007 odbędzie się 25–27 kwietnia 2007 r. Będzie wtedy można sprawdzić, czy przybliżyliśmy się choć trochę do światowej czołówki.*



Capgemini jest jednym z największych na świecie dostawców usług z zakresu konsultingu, technologii i outsourcingu. Capgemini wyróżnia na rynku szczególny sposób pracy z klientami, który został nazwany *Collaborative Business Experience – Współdziałanie w biznesie*.

Poprzez współdziałanie z klientem w osiągnięciu wspólnego sukcesu oraz wnoszenie wymiernej wartości, Capgemini pomaga firmom wdrażać strategię wzrostu, rozwijać nowoczesne technologie i podnosić konkurencyjną pozycję na rynku.

Capgemini zatrudnia ok. 61 tys. pracowników na całym świecie i odnotowała w roku 2005 przychód w wysokości 6,9 mld euro.

Polski zespół liczy ponad 1000 specjalistów: ekspertów z zakresu doradztwa strategicznego, finansowego, marketingowego, e-biznesu, zarządzania łańcuchem dostaw (SCM), transformacji i restrukturyzacji przedsiębiorstw, zarządzania wartością firmy (VBM), controllingu, zarządzania zasobami ludzkimi, fuzji i przejęć, implementacji systemów klasy ERP, zarządzania relacjami z klientem (CRM) oraz outsourcingu procesów biznesowych (BPO) i outsourcingu procesów informatycznych (ITO).

Głównymi odbiorcami usług Capgemini są przedsiębiorstwa produkcyjne, energetyka i przedsiębiorstwa użyteczności publicznej, handel, produkcja dóbr konsumpcyjnych, hi-tech, transport, telekomunikacja i media, przemysł chemiczny oraz banki i ubezpieczenia.

Bardzo ważnym obszarem działalności Capgemini jest ochrona zdrowia i przemysł farmaceutyczny. Do grona klientów Capgemini należą wiodące na światowym i polskim rynku firmy medyczne oraz farmaceutyczne, a także instytucje państwowe odpowiedzialne za ochronę zdrowia. Regularnie wydawane opracowania i raporty Capgemini dotyczące sektora *life science* są dostępne pod adresem: [www.capgemini.com](http://www.capgemini.com) i [www.pl.capgemini.com](http://www.pl.capgemini.com)

Polski oddział Capgemini ma siedziby w Warszawie, Wrocławiu, Krakowie oraz Katowicach, gdzie ulokowane są nowoczesne, wyspecjalizowane ośrodki outsourcingu procesów biznesowych (BPO) i informatycznych (ITO).

Więcej informacji: [www.pl.capgemini.com](http://www.pl.capgemini.com)

