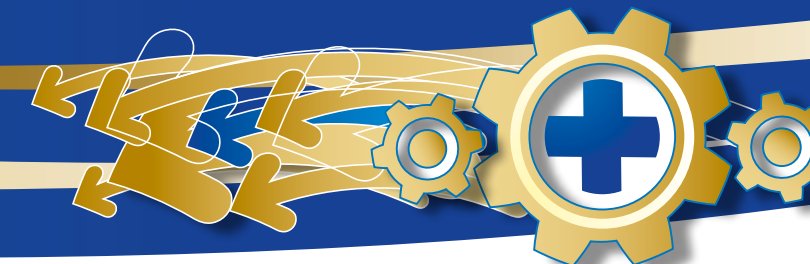




PRIORYTETY 2024 W OCHRONIE ZDROWIA



Zdrowotne priorytety na rok 2024

Jak co roku w styczniu na Zamku Królewskim w Warszawie odbyła się konferencja Priorytety w Ochronie Zdrowia, podczas której wystąpili wybitni naukowcy, specjaliści poszczególnych dziedzin medycyny, światowej klasy eksperci, decydenci kształtujący system opieki zdrowotnej w Polsce, przedstawiciele największych globalnych firm farmaceutycznych i organizacji pacjenckich oraz reprezentanci kluczowych organizacji sektora zdrowotnego – ważnym punktem wydarzenia była sesja inauguracyjna „Zdrowie po wyborach – nowe otwarcie”.

W Ministerstwie Zdrowia pojawiło się nowe kierownictwo biorące odpowiedzialność za ochronę zdrowia w Polsce. Jakie są priorytety nowego szefostwa resortu?

– Aby wiedzieć, jakie są bolączki, wystarczy być pacjentem lub pacjentką, dlatego konkrety na sto dni rządu z kampanii wyborczej przedstawiane przez polityków Koalicji Obywatelskiej, a jestem członkinią rządzącego bloku, na pewno zostaną zrealizowane – zapewniła minister zdrowia Izabela Leszczyna. – Główną bolączką wszystkich uczestników rynku ochrony zdrowia, która jest szczególnie uciążliwa dla pacjentów, jest dostępność lekarzy POZ i lekarzy specjalistów. Ten problem jest znany wszystkim od wielu lat. Wszyscy o nim mówią, ale nikt go skutecznie nie rozwiązał. Wspólnie z prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia Filipem Nowakiem zamierzamy to zmienić. Staramy się ulepszyć piramidę świadczeń – stawiamy na POZ i dostępną tam opiekę koordynowaną. Dopiero na końcu, jeśli będzie taka potrzeba, pacjent ma trafić do szpitala. Nie stać nas na to, żeby chory człowiek leżał dwa, trzy tygodnie w szpitalu – wyjaśniła. Dodała, że w drodze na konferencję widziała reklamę: „Kompleksowa diagnoza w jeden dzień”. – Myślę, że jeśli takie rzeczy zdarzają się na świecie i – jak widać – także w Polsce, to może uda nam się przenieść to do publicznej ochrony zdrowia. Podstawą zmiany jest poprawa wyceny świadczeń, aby świadczeniodawcom zaczęło się opłacać. Dla resortu priorytetem jest centralna rejestracja medyczna i cyfryzacja – mówiła.

Nowy początek – nowi ludzie w resorcie
– Mamy dużo do zrobienia. Nie jest możliwe, żebyśmy mieli taką receptę jak teraz. Nie może też być tak, że lekarz rodzinny czy specjalista więcej niż połowę wizyty spędza na wypisywaniu w komputerze recept, obawiając się przy tym,



W DEBACIE PT. „ZDROWIE PO WYBORACH – NOWE OTWARCIE” UCZESTNICZYLI:

- Bartłomiej Chmielowiec – rzecznik praw pacjenta
- Małgorzata Gałązka-Sobotka – dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego, wiceprzewodnicząca Rady Narodowego Funduszu Zdrowia
- Anna Gołębicka – Centrum im. Adama Smitha
- Łukasz Jankowski – prezes Naczelnej Rady Lekarskiej
- Izabela Leszczyna – minister zdrowia
- Joanna Miłachowska – prezeska zarządu Siemens Healthineers w Polsce
- Filip Nowak – prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
- Andrzej Podlipski – prezes zarządu Grupy Scanmed, członek zarządu Pracodawców Medycyny Prywatnej

że popełni błąd. System elektroniczny musi być przyjazny i dostępny dla lekarzy – wymieniała Izabela Leszczyna. Odniosła się też do kwestii refundacji, zapewniając, że do połowy tego roku zostanie wprowadzony system, który będzie automatycznie wskazywał na recepcie poziom refundacji.

– Musi być też możliwość przejścia na system manualny, aby lekarz, jeśli uważa, że

refundacja należna jest inna, mógł sam to zmienić. My jesteśmy tylko urzędnikami, to lekarze są specjalistami – podkreśliła. Wskazała również następny priorytet. – Przede wszystkim kobiety – kobiety, które umożliwiły zmianę w kraju, na pewno będą w centrum naszego zainteresowania – zapowiedziała. – Musimy zmienić i znacząco różnicować wycenę porodu. To jest bezwzględnie potrzebne w sytuacji,

która zdarza się raz albo kilka razy w życiu kobiety. Dziewczyna musi wiedzieć, że kiedy będzie w ciąży, to cały świat się nią zaopekuję, a na pewno lekarz i system ochrony zdrowia. Odmówienie znieczulenia okołoporodowego jest w pewnym sensie formą przemocy wobec kobiet. To się dzieje tu i teraz, musimy nad tym popracować – stwierdziła, podkreślając, jak ważne są rozmowy z przedstawicielami środowiska.



Fot. Szymon Czerwinski



Fot. Szymon Czerwinski



Fot. Szymon Czerwinski



Fot. Szymon Czerwinski

”

Izabela Leszczyna: Dziewczyna musi wiedzieć, że kiedy będzie w ciąży, to cały świat się nią zaopekuję, a na pewno lekarz i system ochrony zdrowia. Odmówienie znieczulenia okołoporodowego jest w pewnym sensie formą przemocy wobec kobiet

”

Andrzej Podlipski: Budżet NFZ to 160 mld zł, z czego ponad 1/3 świadczeń jest realizowana w podmiotach prywatnych, a dodatkowe komercyjne wydatki Polaków na zdrowie to już ponad 50 mld zł

”

Bartłomiej Chmielowiec: Kształcenie kompetencji zdrowotnych i budowanie właściwych postaw u dzieci i młodzieży przyczyni się do lepszego zarządzania własnym zdrowiem, unikania ryzykownych zachowań i ukształtowania otwartej postawy, pełnej szacunku wobec innych

”

Małgorzata Gałązka-Sobotka: Kolejne próby reformowania polskiego systemu ochrony zdrowia w ostatnich latach były nakierowane na działanie, a nie na wynik. Postęp odczuwamy wtedy, kiedy wdrożymy mechanizmy mierzenia efektów

Lekarze poganiają

O dialogu mówił też prezes Naczelnej Rady Lekarskiej (NRL) Łukasz Jankowski. – Pani minister uczestniczy w panelu, rozmawia z nami. Nie jesteśmy do tego przyzwyczajeni. Ostatnie lata to był czas, kiedy minister zdrowia z Prawa i Sprawiedliwości wychodził na konferencję prasową, wygłaszał exposé i nie rozmawiał. Dziękuję za otwartość nowej minister – warto to podkreślić. Nowy resort to jednak też nowe oczekiwania – zaznaczył. Prezes NRL zaapelował o zmianę w zasadzie „n-2”, z której wynika, że finansowanie ochrony zdrowia jest obliczane na podstawie PKB sprzed dwóch lat. – To zaciemnia nam obraz, ile tak naprawdę pieniędzy w systemie nie ma – stwierdził. – Oczekiwaniem lekarzy jest, żeby rzeczy zaczynały się dziać – i to jak najszybciej. Ciagle od lekarzy słyszę: „kiedy to? kiedy tamto?”. Kiedy będzie klauzula wyższego dobra? Kiedy będą zniesione kary za nienależną refundację na recepcie? Kiedy wreszcie będzie automatyzacja refundacja? – wyliczał Łukasz Jankowski.

Nie dzielmy

Andrzej Podlipski, prezes zarządu Grupy Scanmed i członek zarządu Pracodawców Medycyny Prywatnej, mówił o tym, w jaki sposób sektor prywatny może odpowiedziałnie współpracować z publiczną ochroną zdrowia. Zaczął od podziękowania za dialog o zdrowiu i od prośby. – Chciałbym, abyśmy przestali myśleć o zdrowiu w kategoriach sektorów, a tak niestety jest. Powinniśmy przestać rozróżniać i dzielić system na sektory – prywatny, publiczny, lepszy, gorszy. – Budżet Narodowego Funduszu Zdrowia to 160 mld zł, z czego ponad 1/3 świadczeń jest realizowana w podmiotach prywatnych, a dodatkowe komercyjne wydatki Polaków na zdrowie to już ponad 50 mld zł. Patrząc na realizację świadczeń – połowa z nich jest wykonywana przez podmioty o prywatnej strukturze właścicielskiej. Pacjent natomiast nie patrzy na to, kto jest właścicielem podmiotu leczniczego, tylko na to, czy świadczenie jest finansowane z pieniędzy publicznych w ramach koszyka świadczeń czy out of pocket – z tzw.

kieszeni pacjenta – stwierdził specjalista. – Sektory – poza tym, że nie należy ich dzielić – powinni i mogą współdziałać. Wydaje się, że można i warto bardziej wykorzystywać potencjał branży prywatnej, w tym infrastruktury i rozwiązań, czy to w zakresie innowacyjności, czy kolejowania pacjentów – proponował Andrzej Podlipski. Podkreślił również wagę cyfryzacji ochrony zdrowia i decyzji w zakresie systemu ochrony zdrowia opartych na danych (data driven decision making).

Przyszłość to technologie medyczne

O postępie w medycynie mówiła prezeska zarządu Siemens Healthineers w Polsce Joanna Miłachowska. – Jest wiele obszarów medycyny i ochrony zdrowia, które nie mogłyby funkcjonować bez technologii medycznych. Mam na myśli zarówno rozwiązania inżynierskie, na przykład stosowane w diagnostyce laboratoryjnej i obrazowej, jak i IT, które mają dostarczać lekarzom i lekarkom odpowiednio przetworzone i przygotowane informacje, a podmiotom medycznym na-

rzędzia efektywnego zarządzania danymi – wyjaśniła. – W kontekście rozwoju sektora warto zwrócić uwagę na trendy na styku medycyny i inżynierii, przede wszystkim rozwój medycyny opartej na technologiach cyfrowych, zwłaszcza sztucznej inteligencji, która może znacznie usprawnić i przyspieszyć m.in. procesy diagnostyczne. Sztuczna inteligencja pozwoli również w większym stopniu uniknąć błędów diagnostycznych, których co do zasady nie można całkowicie wyeliminować przy analizie wyników przez człowieka, szczególnie pod rosnącą presją czasu. Może być także jednym z narzędzi pracy lekarzy i lekarek, przyspieszającym proces opisywania badania poprzez analizę obrazu czy zautomatyzowanie pewnych rutynowych czynności. Mam nadzieję, że w dyskusji o przyszłości ochrony zdrowia będziemy coraz więcej uwagi zwracać na wykorzystanie sztucznej inteligencji, by przynosiła ona korzyści środowisku medycznemu, byśmy mogli oddać w jej ręce to, co jest możliwe. Oczywiście z uwzględnieniem wszelkich aspektów etycznych, bezpieczeństwa,



PRIORYTETY 2024

W OCHRONIE ZDROWIA



Fot. Szymon Czerwiński



Fot. Szymon Czerwiński



Fot. Szymon Czerwiński



Fot. Szymon Czerwiński

”

Joanna Miłachowska: Mam nadzieję, że w dyskusji o przyszłości ochrony zdrowia będziemy coraz więcej uwagi zwracać na wykorzystanie sztucznej inteligencji, by przynosiła ona korzyści środowisku medycznemu

informacji i przede wszystkim zdrowia pacjentów – dodała Joanna Miłachowska. Zwróciła uwagę na niezmienny paradygmat systemu, który niemal cały zorganizowany jest wokół leczenia chorób, a nie zapobiegania im. – Lepiej zapobiegać niż leczyć – podkreśliła.

Wiedza o zdrowiu – światło w tunelu

O profilaktyce mówił też rzecznik praw pacjenta Bartłomiej Chmielowiec, który pod koniec stycznia zwrócił się z apelem do minister edukacji narodowej o rozważenie wprowadzenia do programu nauczania nowego przedmiotu – wiedzy o zdrowiu.

– Od lat jako eksperci i urzędnicy postulujemy, aby do systemu edukacji w Polsce została wprowadzona godzina dla zdrowia. Nie da się osiągnąć celów profilaktyki zdrowotnej, jeśli nasi obywatele i społeczeństwo nie będą posiadać odpowiednich kompetencji zdrowotnych. Żeby tak się stało, musimy edukować ich już od najmłodszych lat, od pierwszej klasy szkoły podstawowej – przekonywał Bartłomiej Chmielowiec.

– Dziś widzę światło, a nawet światło w tunelu. To dobry moment, aby wiedza o zdrowiu pojawiła się w programie edukacyjnym. Pozwoli to na zdobycie umiejętności niezbędnych do podejmowania właściwych decyzji związanych m.in. ze zdrowiem, prawidłowym odżywianiem się, prawami i obowiązkami pacjenta, ale także na zrozumienie znaczenia działań profilaktycznych czy na przykład prawidłową ocenę skuteczności szczepień ochronnych.

”

Łukasz Jankowski: Pani minister uczestniczy w panelu, rozmawia z nami. Nie jesteśmy do tego przyzwyczajeni. Ostatnie lata to był czas, kiedy minister zdrowia z Prawa i Sprawiedliwości wychodził na konferencję prasową, wygłaszał exposé i nie rozmawiał

Omawiane będą też takie kwestie, jak seksualność, profilaktyka związana ze zdrowiem psychicznym, szacunek dla osób LGBT i ich seksualności – dodał. – Kształcenie kompetencji zdrowotnych oraz budowanie właściwych postaw u dzieci i młodzieży przyczyni się do lepszego zarządzania własnym zdrowiem, unikania ryzykownych zachowań i ukształtowania otwartej postawy, pełnej szacunku wobec innych – uzasadnił Bartłomiej Chmielowiec.

Zmiany, zmiany...

– Każda zmiana ma sens i przynosi wartość tylko wtedy, kiedy najpierw określimy mierniki efektu, jakiego się spodziewamy. Niestety, kolejne próby reformowania polskiego systemu ochrony zdrowia w ostatnich latach były nakierowane na działanie, a nie na wynik. Postęp odczujemy wtedy, kiedy jak najszybciej wdrożymy mechanizmy mierzenia efektów. W polskim systemie wdrażamy już mechanizmy płacenia za wynik leczenia – zwróciła uwagę Małgorzata Gałązka-Sobotka, dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego i wiceprzewodnicząca Rady Narodowego Funduszu Zdrowia. – Mamy pilotaż programu KOS-BAR, na razie przerwany. W wielu ośrodkach realizowany jest wysoce efektywny program KOS-zawał. Wdrożyliśmy rozwiązania, w których świadczeniodawcy nie tylko otrzymują wynagrodzenie za to, że są w gotowości do udzielenia świadczeń lub że zrealizują jakąś procedurę, lecz

”

Anna Gołębicka: Spójrzmy na system jak na naczynia połączone. Ma on być transparentny, a ludzie w nim pracujący powinni być szanującym się i współpracującym zespołem – od lekarza do salowej

także płatnik premiuje oczekiwane efekty kliniczne. Myślę, że to ważne, abyśmy te modele opieki kontynuowali i ugruntowali paradygmat systemu zorientowanego na wartość zdrowotną. Ustawa o jakości, choć dalece niesatysfakcjonująca i wymagająca nowelizacji, już dziś daje podstawę NFZ do pomiaru jakości struktury, procesów i wyników zarówno w obszarze klienckim, zarządzającym, jak i klinicznym. To najwyższy czas, żeby opierając się na danych, które mamy w systemie, dać informację zwrotną świadczeniodawcom. Mam ogromną wiarę w to, że świadczeniodawcy mają dobre intencje i poszukują sposobów na optymalizację swojej działalności. Często nie mają pełnej świadomości, że robią coś istotnie gorzej niż inni, że mocno odstają od standardu. Zmieńmy to – apelowała.

Czubek własnego nosa

Do spojrzenia z innej perspektywy zachęcała Anna Gołębicka, ekonomistka i ekspertka Centrum im. Adama Smitha. – Ważne, aby na system spojrzeć całościowo i dalekowzrocznie. Niestety my patrzymy często na czubek własnego nosa. Pielęgniarki patrzą na siebie, lekarze na siebie, nawet systemowo nasze myślenie ogranicza się do systemu ochrony zdrowia, nie uwzględniając kosztów, jakie państwo ponosi chociażby na świadczenia chorobowe dla czekających na kontynuację leczenia. Spójrzmy na system jak na naczynia połączone. Ma on być transparentny, a ludzie w nim pracujący powinni być szanującym

”

Filip Nowak: Podstawą piramidy świadczeń powinna być POZ. Więcej pacjentów należy również leczyć w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Leczenie szpitalne powinno być ostatecznością

się i współpracującym zespołem – od lekarza do salowej. A co najważniejsze, nie wolno nam tracić z oczu tego, dla którego tu wszyscy jesteśmy – pacjenta. Nie pracujemy w branży, w której przewozi się piasek. Pomagamy, to od nas zależy ludzkie życie i zdrowie – podkreśliła.

Co robi płatnik?

Do wypowiedzi minister zdrowia nawiązał prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Filip Nowak – także on podkreślił potrzebę odwrócenia piramidy świadczeń. – Podstawą piramidy świadczeń powinna być POZ. Więcej pacjentów należy również leczyć w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Leczenie szpitalne powinno być ostatecznością. W tym kierunku idziemy, rozwijając choćby opiekę koordynowaną w POZ, która z jednej strony daje szersze możliwości diagnostyki i leczenia pacjentów z chorobami przewlekłymi już u lekarza rodzinnego, a z drugiej zakłada ścisłą współpracę lekarza rodzinnego z lekarzem specjalistą – stwierdził. Co dalej?

– Rozmawiamy o uwolnieniu świadczeń z zakresu opieki hospicyjnej, która – jak się wydaje – nie powinna być ograniczona – podkreślił Filip Nowak. Mówił też, że konieczna jest ekspercka dyskusja o sieci szpitali i finansowaniu leczenia. – Część świadczeń powinna być finansowana ryczałtowo, część fee for service – ocenił.

Krystian Lurka