



# Wyprzedza nas nawet Albania

Fot. PAP/Łeszek Szymanski

Rozmowa z Anną Janczewską-Radwan, szefową resortu zdrowia Gabinetu Cieni BCC

Ministrowie Gospodarczego Gabinetu Cieni BCC co kwartał wystawiają ocenę rządowi. Podczas ostatniej analizy działania w ochronie zdrowia oceniono na trzy punkty – o jeden więcej niż poprzednio. Jednak to wciąż niska nota. Czy są szanse na cztery lub pięć? Co należy zmienić?

Chcę wierzyć, że jest szansa na wyższą ocenę. Zmian wymaga wiele aspektów funkcjonowania tego systemu. Ale by móc wprowadzać określone dalsze zmiany, przede wszystkim konieczne jest wypracowanie ponadpartyjnymi podziałami i interesami wizji i strategii długofalowej polskiego systemu ochrony zdrowia, w tym modelu jego finansowania. Wizja i strategia powinny być spójne, zapewniać zrównoważenie finansowe i efektywność systemu oraz bezpieczeństwo zdrowotne obywateli. Muszą uwzględniać wszystkie wyzwania stojące przed ochroną zdrowia, w tym tak ważny problem starzejącego się społeczeństwa. Sprawa stworzenia takiej wizji i strategii jest fundamentalna, gdyż różne zmiany i nowe regulacje wprowadzane przez kolejne rządy nie zapewniają systemowi spójności i efektywności, a pacjentom bezpieczeństwa. To jakby próbować budować dom, zaczynając od różnych pięter, nie mając wizji, jak ma wyglądać, jakie ma mieć fundamenty i jak można go modernizować w związku ze zmieniającymi się potrzebami mieszkańców. Takiemu domowi grozi zawalenie.

Jakie byłoby pani pierwsze działanie na stanowisku ministra zdrowia, jakie problemy należy najpilniej rozwiązać?

Zdecydowanie łatwiej jest opiniować niż być odpowiedzialnym za tak bardzo ważny i trudny resort. Funkcja, którą sprawuję w Gospodarczym Gabinetcie Cieni, sprowadza się do analizowania, opiniowania i komentowania tego, co dzieje się w każdym kwartale w ochronie zdrowia. Bawiąc się jednak w „gdybanie”, zdecydowanie powtórzę, że polskiej ochronie zdrowia potrzebna jest wizja i strategia długofalowa. Ich zainicjowanie oraz wypracowanie jest najpilniejszym zadaniem nie tylko dla ministra zdrowia, lecz także dla premiera i prezydenta.

Za jeden z priorytetów uznała pani zorganizowanie pod patronatem prezydenta RP „białego szczytu ponad podziałami”. Jego efektem byłoby uzyskanie narodowego konsensu w sprawie długofalowej wizji i strategii dla ochrony zdrowia. Na ile jest to realne?

Realność zorganizowania „białego szczytu” zależy od tego, czy prezydent uzna wagę dziedziny, jaką jest ochrona zdrowia. To w rękach prezydenta nowej kadencji pozostanie podjęcie decyzji o jego zwołaniu – z udziałem wszystkich interesariuszy i przedstawicieli grup politycznych. Jak wykazują wyniki badań,

zdrowie jest najważniejszą wartością dla większości Polaków. Zgodnie z ostatnim sondażem największą ankietyowanych, 30 proc., uznało za najważniejszy temat kampanii prezydenckiej właśnie służbę zdrowia. Na kolejnych miejscach znalazły się emerytury, 19 proc., polityka prorodzinna, 15 proc., i bezpieczeństwo, 15 proc. Przez 25 lat podejmowano już wiele dyskusji o wizji i strategii, zorganizowano kilka „białych szczytów” i powstało sporo ciekawych opracowań. Nie udało się jednak wypracowanych rozwiązań wprowadzić w życie i nadać im takiej formy prawnej, by były wiążące dla kolejnych rządów. Dlatego każdy nowy gabinet ma własne pomysły na reformowanie ochrony zdrowia i działania podporządkowane bardzo często słupkom wyborczym. Tylko „biały szczyt”, który zakończy się konsensusem i w konsekwencji jego ustaleniom nada-

„Zmiany i nowe regulacje wprowadzane przez kolejne rządy nie zapewniają systemowi spójności i efektywności, a pacjentom bezpieczeństwa”

na zostanie moc prawna obowiązująca dla kolejnych rządów, ma jakikolwiek sens. A czy uzyskanie tego konsensusu jest realne? Mam nadzieję, że po wyborach parlamentarnych taka sytuacja jest możliwa.

Polacy coraz częściej korzystają z prywatnych klinik i usług medycznych. Dlaczego więc są tak duże trudności z wprowadzeniem dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych? Byłyby one korzystne dla pacjentów, świadczeniodawców, lekarzy i pracodawców.

W opinii publicznej rozpowszechniane są niestety populistyczne opinie krytykujące zasadność ich wprowadzania. Profesjonalne opinie, bazujące m.in. na doświadczeniach wielu europejskich krajów, nie przebijają się do szerokiej opinii publicznej. Obserwujemy brak woli politycznej wprowadzenia dodatkowych ubezpieczeń, chociaż wielu polityków coraz częściej mówi o tym, że są one potrzebne. Jedną z istotnych przyczyn trudności w ich wprowadzeniu jest też scentralizowany system ochrony zdrowia oraz nieograniczony, bezpłatny koszyk świadczeń gwarantowanych, który jak wiemy, jest fikcją. Dopóki nie powstanie realny, dostosowany do możliwości finansowych państwa koszyk świadczeń gwarantowanych, dopóty trudno bę-

„Jak wykazują wyniki badań, zdrowie jest najważniejszą wartością dla większości Polaków”

dzie wprowadzić suplementarne i komplementarne ubezpieczenia zdrowotne.

**Jaka jest rola przedsiębiorców w zakresie profilaktyki i propagowania zdrowego trybu życia w projekcie ustawy o zdrowiu publicznym?**

Projekt ustawy o zdrowiu publicznym nie dotyka problematyki udziału przedsiębiorców w profilaktyce i propagowaniu zdrowego trybu życia na tyle, na ile ona na to, moim zdaniem, zasługuje. Uważam, że zagadnienie to powinno być również bardziej szczegółowo poruszone w nowym Narodowym Programie Zdrowia na lata 2016–2021. W obowiązującym jeszcze programie na lata 2007–2015 nie ma niestety zapisów pozwalających pracodawcy na odegranie dużej roli w tej kwestii. Jest tylko stwierdzenie, że cel główny NPZ, czyli poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia oraz zmniejszenie nierówności w zdrowiu, można osiągnąć m.in. przez tworzenie środowisk życia, pracy i nauki sprzyjających zdrowiu. To bardzo ogólnie powiedziane. Przedsiębiorcy zatrudniający w Polsce 16 mln pracowników mogą odegrać bardzo ważną rolę w zakresie profilaktyki i propagowania zdrowego trybu życia, m.in. w ramach społecznej odpowiedzialności biznesu.

**Od ponad 20 lat trwają gorące dyskusje na temat wizji polskiego systemu ochrony zdrowia i niewiele z tego wynika. Dlaczego Polska w rankingu Europejskiego Konsumenckiego Indeksu Zdrowia wypada coraz gorzej? Czego powinniśmy się uczyć od liderów tego rankingu?**

Niestety w ubiegłym roku spadliśmy z 27. miejsca na 31. Wyprzedza nas nawet Albania. Ranking ten ocenia systemy ochrony zdrowia w 36 krajach Europy z najważniejszej perspektywy, czyli perspektywy pacjenta. Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia zyskał już rangę standardu branżowego w zakresie monitorowania opieki zdrowotnej i stanowi wzorzec dla Komisji Europejskiej, która zamierza przeprowadzać systematyczne oceny służby zdrowia w krajach członkowskich. Polska w tym rankingu wypada coraz gorzej, gdyż od wielu już lat nie nadano w naszym kraju ochronie zdrowia tak dużej rangi, na jaką zasługuje, a także nie była ona nigdy jednym z priorytetów działań kolejnych rządów. Brak jasnej i spójnej wizji oraz strategii państwa w zakresie ochrony zdrowia od 25 lat

potwierdza powyższy fakt. Dopiero w październiku 2014 r. Ministerstwo Zdrowia przygotowało dokument na potrzeby funduszy unijnych, tzw. *Policy paper*, który w pewnym zakresie porusza temat wizji i strategii w ochronie zdrowia do 2020 r.

Od liderów tego rankingu – Holandii, Szwajcarii, Islandii, Danii i Norwegii – możemy się wiele nauczyć, przede wszystkim wyeliminowania polityki z decyzji dotyczących ochrony zdrowia tak dalece, jak to jest możliwe. Szczegółowa analiza rankingu i poszczególnych ocenianych aspektów funkcjonowania systemów ochrony zdrowia z punktu widzenia pacjenta byłaby bardzo przydatna przy pracach nad wizją i strategią długoterminową dla naszego systemu.

**Z tego rankingu wynika, że mamy więcej słabych niż mocnych stron. Czego nie musimy się wstydzić, a w jakich kwestiach jest jeszcze wiele do zrobienia?**

Na pewno możemy się chwalić wynikami leczenia w kardiologii, dostępnością szczepień dla dzieci, dostępem pacjentów do dokumentacji medycznej, niską śmiertelnością wśród niemowląt. Dobrze wypadamy również, jeśli chodzi o liczbę godzin wychowania fizycznego w szkołach, co jest jednym z ważnych elementów profilaktyki zdrowotnej. Lista słabych punktów, gdzie jest jeszcze wiele do zrobienia, obejmuje m.in. małą liczbę lekarzy na 100 tys. mieszkańców, trudny dostęp do leczenia za granicą, słaby poziom informatyzacji, problemy z zakażeniami szpitalnymi, długie kolejki do określonych świadczeń, słabą dostępność nowych leków i innowacyjnych terapii nielekowych, małą liczbę transplantacji nerek na milion mieszkańców, długi czas oczekiwania na terapię onkologiczną i diagnostykę metodą tomografii komputerowej, niską przeżywalność po leczeniu onkologicznym, nieskuteczne działania na rzecz profilaktyki, słaby poziom opieki długoterminowej dla osób starszych, brak skutecznej profilaktyki uzależnień (papierosy, alkohol), brak dostępu pacjentów do rzetelnej wiedzy o wynikach leczenia w poszczególnych placówkach leczniczych. Bardzo niepokojący jest spadek udziału wydatków publicznych w całości wydatków na ochronę zdrowia oraz wysoka liczba śmiertelnych wypadków drogowych. Trudno będzie z pewnością w krótkiej perspektywie czasowej zwiększyć liczbę tak potrzebnych geriatrów czy patologów. Jak najszybciej powinny zostać wprowadzone stosowne zachęty do wybierania deficytowych specjalności przez studentów.

**1 stycznia 2015 r. wprowadzono pakiet onkologiczny. Wielospecjalistyczne centra onkologii alarmują, że ponoszą duże straty z powodu jego realizacji, podczas gdy mniejsze ośrodki nastawione na zysk mają dobre wyniki finansowe. Czy pani zdaniem wzmocnienie finansowe centrów onko-**

logii powinno być priorytetem ministra zdrowia, zwłaszcza biorąc pod uwagę słabe wyniki wyleczalności nowotworów?

Aby podejmować racjonalne decyzje, trzeba dysponować wiarygodnymi danymi. Jeżeli dane te wskazują, że większa jest efektywność leczenia nowotworów w specjalistycznych, doświadczonych ośrodkach oferujących kompleksową terapię, to rozsądek nakazywałby korzystać z takich właśnie ośrodków i tam kierować główny strumień pieniędzy. Współczesne metody leczenia raka umożliwiają wyleczenie 30–50 proc. pacjentów. W naszym kraju jest to niestety tylko 20–30 proc. i odsetek ten wzrasta powoli. Ten wskaźnik to wynik m.in. niskich nakładów na ochronę zdrowia w Polsce, ale też nie zawsze efektywnego ich wydawania. Przykładem może być częsta hospitalizacja czy niechęć do stosowania droższych terapii lekowych i nielekowych, ale za to działających szybciej i skuteczniej.

Minister zdrowia Bartosz Arłukowicz jest systematycznie krytykowany przez różne środowiska, a mimo to utrzymuje się na stanowisku. Jakie byłyby pani wskazówki dla niego, aby nawiązał lepsze relacje – przede wszystkim ze środowiskiem lekarzy – i czy jest to w ogóle możliwe?

Uważam, że otwartość na dialog z interesariuszami rynku ochrony zdrowia poprawiłaby te relacje. Otwartość na dialog nie oznacza oczywiście, że wszystkie postulaty środowiska mogą i powinny być spełniane. Dialog przyczynia się jednak do wspierania partner-

stwa, redukcji konfliktów, poprawy jakości stanowionego prawa, pozyskiwania specjalistycznej wiedzy oraz racjonalizowania procesu podejmowania decyzji i rozwiązań legislacyjnych.

Resort zdrowia od wiosny 2016 r. planuje wprowadzenie map potrzeb zdrowotnych przy kontraktowaniu świadczeń. Czy to rozwiąże problem niedoszacowania umów i przyczyni się do lepszego planowania finansowania świadczeń zdrowotnych, czy też będzie stanowiło kolejną biurokratyczną machinę przy podziale funduszy z NFZ?

Celem map potrzeb zdrowotnych jest dostosowanie zasobów ochrony zdrowia do potrzeb zdrowotnych obywateli. Jak są one ważne, świadczy najlepiej fakt, że warunkiem przekazania funduszy unijnych przez Komisję Europejską na ochronę zdrowia jest właśnie ich posiadanie. Ponieważ dopiero rozpoczyna się proces ich tworzenia, będziemy mieli opóźnienie w ogłaszaniu konkursów. Rzetelne przygotowanie map w ujednocionej formie pozwoli z pewnością na dostosowanie zasobów ochrony zdrowia do zweryfikowanych potrzeb w każdym województwie i w całym kraju, lepsze zaplanowanie finansowania świadczeń zdrowotnych oraz powinno być przyczynkiem do właściwej ich wyceny. Bez tych ważnych informacji, zawartych w mapach potrzeb zdrowotnych, trudne też będzie przygotowanie Narodowego Programu Zdrowia, który po analizie tych potrzeb powinien określać m.in. priorytety zdrowotne dla naszego kraju.

Rozmawiały Kamilla Gębska i Marta Kobańska

## CZŁONKOSTWO W KLUBIE TO NIE TYLKO PRESTIŻ



TERMEDICUS

KLUB

ZAUFAŁO NAM JUŻ  
PONAD **15000**  
KLUBOWICZÓW!

WWW.TERMEDIA.PL/KLUB

### RABATY NA PRODUKTY TERMEDII

Każdy, kto dołączy do Klubu Termedicus, nabywa prawo do specjalnych zniżek na wszystkie produkty Termedii. To oferta dostępna tylko dla członków Klubu. Pakiety Bursztynowy, Szafirowy i Diamentowy są przepustką do ekskluzywnego programu profitowego, który obowiązuje przez cały okres członkostwa w Klubie.

### UDZIAŁ W KONKURSACH

Tylko Członków Klubu zapraszamy do ekskluzywnych akcji promocyjnych, w których można wygrać atrakcyjne nagrody. W Klubie Termedicus po prostu warto być.

### JAK PRZYSTĄPIĆ DO KLUBU?

Aby zostać członkiem Klubu, należy zarejestrować się na stronie [www.termedia.pl](http://www.termedia.pl). Tylko zarejestrowani Użytkownicy mogą przystąpić do Klubu Termedicus. Wystarczy chwila, żeby korzystać z prestiżu, jaki daje Klub.

### BEZPŁATNE ZAPROSZENIA

Co dwa tygodnie Członkowie Klubu wezmą udział w konkursie, w którym będą mieli szansę wygrania bezpłatnego udziału w wybranej konferencji Termedii. Każda konferencja Termedii to gwarancja medycznej wiedzy na najwyższym poziomie.

### PRZEJRZyste ZASADY

Klub Termedicus to pewność jasnych reguł. Członek Klubu sam decyduje o tym, z jakiego rodzaju promocji chce skorzystać. Co ważne, nie ponosi żadnych dodatkowych opłat w związku z przystąpieniem do Klubu. To jedyny Klub, gdzie zasady są tak przejrzyste, a korzyści tak wymierne!