

# Priorytety w Ochronie Zdrowia 2016: co nas czeka za lat 5, co za 10, a co za 15

W końcu dobry plan i wizja systemu czy dalej droga od ściany do ściany? Podstawowa opieka zdrowotna jako fundament systemu czy spychana na margines? Uczestnicy konferencji Priorytety w Ochronie Zdrowia 2016 doszli do wspólnych wniosków. Ustalili, co jest potrzebą palącą, a co może lub musi poczekać, co uda się zrobić, a z czego z zalem trzeba zrezygnować.

Konferencja odbyła się 13 stycznia na Zamku Królewskim w Warszawie. Do jakich wniosków doszli eksperci i uczestnicy?

## Panel 1. Wizja systemu: perspektywa za 5, 10 i 15 lat

Czy potrzebne jest opracowanie ponadpartyjnej, długofalowej wizji i strategii działań dla ochrony zdrowia? – pytali paneliści z różnych opcji politycznych. I odpowiadali zgodnie: tak, potrzebne, ale nie zawsze możliwe.

– *Nie wierzę w możliwość oddzielenia ochrony zdrowia od polityki* – mówił Andrzej Wojtyła, były minister zdrowia, senator PiS. – *I wynika to także z moich doświadczeń z ostatnich 25 lat. Wierzę w możliwość załatwienia najbardziej oczywistych spraw. Ale różne aspekty funkcjonowania służby zdrowia będą różnie interpretowane w programach partyjnych, to się nie zmieni. Były liczne próby wypracowania takiego konsensusu i tylko część z nich zakończyła się sukcesem* – dodał.

Sekundował mu Marek Balicki, były minister zdrowia i były dyrektor Szpitala Wolskiego w Warszawie. – *Nie wierzę w możliwość pełnego porozumienia polityków w kwestii ochrony zdrowia. Ale może odwrócić pytanie? Po co polityk ma się dogadać z politykiem? Wystarczy, jeżeli politycy różnych opcji dogadają się z interesariuszami systemu. To strategia polecana przez WHO i chyba jedyna z możliwych, która ma szansę na zakończenie sporów porozumieniem* – przekonywał.

– *Co do wizji: mamy już odpowiedni dokument, jedyny, jaki powstał, i taki, na mocy którego umawialiśmy się na pomoc z Unią Europejską. To policy paper na lata 2014–2020* – zauważyła Anna Janczewska-Radwan, minister ds. systemu ochrony zdrowia Gospodarczego Gabinetu Cieni BCC. – *Trzeba jednak dopracować strategię wynikającą z tej wizji oraz mapy drogowej, niezbędnej do jej wdrażania. I widzę tu potrzebę powołania zespołu profesjonalistów ponad politycznymi podziałami, w skład którego weszliby byli ministrowie zdrowia oraz przedstawiciele interesariuszy naszego systemu ochrony zdrowia* – argumentowała.

## Panel 2. Przyszłość lekarza rodzinnego, POZ i AOS: co zrobić, żeby lekarz POZ stał się rzeczywistym fundamentem systemu?

Co jest słabą, a co mocną stroną polskiej POZ?

– *Mocna strona to przede wszystkim doceniana przez pacjentów dostępność lekarzy POZ, a słaba – szczupłość kadr. Nas, lekarzy rodzinnych, jest po prostu za mało* – mówiła Bożena Janicka, prezes Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia.

– *Na dodatek proszę zwrócić uwagę na wiele znaczący niuans. Wprowadzając reformy, mówiliśmy o konieczności oparcia polskiej ochrony zdrowia na medycynie rodzinnej. Dziś już nie mówimy o lekarzach rodzinnych, ale o lekarzach podstawowej opieki zdrowotnej* – zauważył Jarosław Drobnik, prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej.

W czym tkwi różnica? Lekarz medycyny rodzinnej zna swoich pacjentów osobiście, całe rodziny. A lekarz POZ to po prostu lekarz, który od przypadku do przypadku przyjmuje w przychodni najbliższej miejsca zamieszkania pacjenta. – *To wypacza ideę reformy* – zgadzali się uczestnicy konferencji.

– *Jest jeszcze rzecz do pilnej poprawy. Wymaga się od nas, by POZ załatwiał ok. 80 proc. potrzeb zdrowotnych. Tymczasem ciągle próbuje się ograniczać nasze kompetencje* – podkreślał Jacek Krajewski, prezes Federacji Porozumienie Zielonogórskie. – *Dochodzi do tego, że zbyt często wysyłamy pacjentów do specjalistów, do których są wielotygodniowe kolejki, ponieważ tylko w ten sposób możemy właściwie prowadzić dokumentację. Podkreślam, nie robimy tego dla dobra pacjenta, ale po to, by dysponować odpowiednią dokumentacją* – zaznaczył.

## Panel 3. Skoordynowana opieka zdrowotna lekiem na całe zło?

Jak większość państw wpadliśmy w poważną pułapkę: medycyna została podzielona na zbyt wiele specjalizacji. Po wyjściu ze szpitala, w którym uratowano mu życie po zawale, pacjent pozostaje zupełnie sam. Nie wie, jak się poruszać w systemie, nie ma instytucji, która by mu w tym pomogła. Jak to zmienić?

– *Nie ma potrzeby wyważać otwartych drzwi. Systemy bardziej holistyczne już funkcjonują w Wielkiej Brytanii*

czy w Niemczech – mówił Marek Tombarkiewicz, wiceminister zdrowia. I wyjaśniał, jak do odpowiedniego modelu koordynowanej opieki zdrowotnej dojść. Podkreślał, że możliwy jest wybór i przyjęcie jednego z kilku modeli. W pierwszym podkreślana jest rola lekarza rodzinnego jako *gatekeepera* i przewodnika pacjenta po systemie. Możliwy jest jednak inny model, w którym rolę tę odgrywa szpital powiatowy czy miejski z przychodniami. – *Będziemy się nad tym zastanawiać, przeprowadzać pilotaż, postanowimy po jego zakończeniu* – zapowiedział Tombarkiewicz.

– *W podjęciu odpowiednich decyzji pomocne będą dwa kolejne projekty. Pierwszy to analiza funkcjonowania pakietu onkologicznego, wskazanie błędów, które popełniliśmy, i tego, co funkcjonuje dobrze. Bo przecież pakiet onkologiczny to próba opracowania modelu KOZ dla pewnej części pacjentów. I drugi projekt, który skierujemy niebawem do konsultacji – kompleksowej opieki nad matką i dzieckiem* – mówił Tadeusz Jędrzejczyk, prezes NFZ.

#### Panel 4. Publiczni – prywatni: jakość czy przynależność?

Co ma przesądzać o tym, kto będzie wydawał publiczne pieniądze na leczenie Polaków? Jakość czy wydruk z KRS, z którego wynikać będzie forma własności szpitala lub przychodni? Uczestnicy panelu bardzo szybko zgodzili się co do tego, że jakość.

– *Zadziwiająco, że w Polsce na ten temat debatujemy. W Wielkiej Brytanii, w Niemczech czy we Francji dawno już zauważono: sektor prywatny stanowi ważny element konkurencji i kontroli kosztów ponoszonych w zakładach publicznych* – mówił Andrzej Sokołowski, prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Szpitali Prywatnych.

Bez sektora prywatnego sektor publiczny będzie całkowicie dyktował warunki i standardy pracy oraz płacy placówek służby zdrowia. Prywatny szybko zauważa i koryguje jakość pracy i wysokość żądanej zapłaty za opiekę nad pacjentem.

– *Powinna się zatem liczyć przede wszystkim jakość* – konkludował Jarosław Pinkas, wiceminister zdrowia. – *I dziwię się, że w dotychczasowej polityce konkursowej to kryterium zostało tak słabo zaznaczone. Na szczęście mamy czas, by to poprawić przed podpisaniem kolejnych kontraktów* – dodał. Zwracał także uwagę, że za 5 lat będziemy mieli do czynienia z zupełnie inną medycyną – spersonalizowaną. Opartą nie na twardych wytycznych i schematach, ale dostosowaną do potrzeb konkretnych pacjentów. Za tym powinien iść mechanizm finansowania opieki – również nie mechaniczny, oparty na punktach NFZ, ale na osiągnięciu odpowiedniego efektu leczniczego.

– *Czy wszędzie prywatne jest tańsze?* – zastanawiał się Robert Mołdach, doradca prezydenta Pracodawców RP. – *Odwołajmy się do przykładów z innych branż. Na ogół jest tańsze i lepsze, ale są dziedziny, np. wojsko, gdzie ta reguła nie może mieć zastosowania. Przelóżmy te prawdy na grunt medycyny. Prywatne tak, choć nie wszędzie.*

#### Panel 5. System ochrony zdrowia: gorące tematy

Ostatnią sesję zdominował temat refundacji i konkretne problemy różnych dziedzin medycyny.

– *Dla mnie gorącymi tematami są leczenie sepsy i wirusowego zapalenia wątroby typu B. W wirusowym zapaleniu wątroby mamy już dostęp do najnowocześniejszych terapii. Czego brakuje? Bezpłatnych szczepień* – wyliczała Anna Boron-Kaczmarek, kierownik Oddziału Obserwacyjno-Zakaźnego i Hepatologii Szpitala Specjalistycznego nr 1 w Bytomiu.

Profesor Krystyna Zawilska, ekspert w dziedzinie hematologii, alarmowała: z powodu żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej umiera w Europie prawie 540 tys. osób rocznie, więcej niż z powodu AIDS, raka piersi, raka gruczołu krokowego i wypadków komunikacyjnych. W Polsce jest ona trzecią przyczyną zgonów wśród chorób sercowo-naczyniowych – po zawałach serca i udarach mózgu. – *Oczekujemy na refundację innowacyjnych terapii w tej dziedzinie* – mówiła prof. Zawilska.

– *W okulistyce problemem jest niska wycena świadczeń. Niestety przekłada się to na jakość sprzętu, soczewek, materiałów. Wzrasta także groźba powikłań, spada jakość leczenia. Największe wyzwanie to starzenie się społeczeństwa i związane z nim zagrożenie chorobami okulistycznymi. Gdy nic z tym nie zrobimy, Polska będzie ślepnąć* – przestrzegала prof. Iwona Grabska-Liberek, prezes elekt Polskiego Towarzystwa Okulistycznego.

– *Wielkim wyzwaniem dla nas będzie to, byśmy nareszcie zaczęli liczyć koszty pośrednie chorób* – mówił Paweł Sztwiertnia, dyrektor generalny Związku Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych Infarma. – *My zbieramy odpowiednie dane. I wynika z nich, że leczenie nowocześniejszymi lekami zwyczajnie się opłaca, choć są one droższe. Bo dzięki nowoczesnym lekom możemy uniknąć płacenia za zbyt częste zwolnienia lekarskie lub renty* – konkludował.

#### Podsumowanie

Tegoroczna konferencja Priorytety w Ochronie Zdrowia odbywała się w szczególnych okolicznościach, na początku pracy nowego ministra zdrowia i jego zespołu. Ministra, który zapowiedział wiele istotnych zmian, który zamierza poprawić funkcjonowanie polskiej ochrony zdrowia – zmienić ją w służbę zdrowia.

Minister w trakcie konferencji deklarował, że chce prowadzić dobry dialog ze środowiskiem naszego sektora, a środowisko odpowiedziało chęcią uczestnictwa i zapewniało o poszanowaniu partnera. Uczestnicy konferencji zadali wiele pytań: Co będzie priorytetem? Polityka lekowa? Refundacja? Szpitalne długi? Koordynowana opieka zdrowotna? Rola podstawowej opieki zdrowotnej? Taryfikacja? Innowacje?

I jest odpowiedź: wszystko naraz.

Bartłomiej Leśniewski

PARTNERZY KONFERENCJI I GALI

