



WIZJA, CZYLI NARODOWA DEBATA O OCHRONIE ZDROWIA

Jeśli nie teraz, to kiedy? Jeśli nie my, to kto? Pora zająć się opracowaniem rzetelnej strategii rozwoju ochrony zdrowia w Polsce. Za brak tej strategii możemy obwinić polityków. Nasz system ochrony zdrowia zarządzany jest w trybie kryzysowym. Zmiana rządu powoduje podważenie i często zaprzepaszczenie dorobku poprzedników. Gdy jest źle, pojawia się prosta recepta: wyrzucić wszystko do góry nogami, winę przypisać poprzednikom i tak do następnych wyborów, po których... w kółko to samo. Czy jest szansa na przerwanie tego zakłętego kręgu?

Obserwując spór Obama – Trump, zamieszanie wokół NHS w Wielkiej Brytanii, spory toczone w Grecji i na Węgrzech – można w to wątpić. Na całym świecie sprawy ochrony zdrowia pojawiają się w sporze politycznym, gdzie emocje przesłaniają zdrowy rozsądek, a triki pod publiczność psują jakość.

Można wątpić, ale próbować trzeba. Warto zadać sobie pytania: *Quo vadis, medicina?* Jaki jest stan poszczególnych dziedzin medycyny? Dokąd zmierzają Europa i świat? W jakim kierunku powinniśmy zmieniać sys-

tem w Polsce? Odpowiedź na te pytania nie uchroni nas przed przyszłymi politycznymi zawieruchami w zdrowiu, ale z pewnością pomoże ograniczyć ich skutki. Rzetelne dane, prawidłowa analiza i wyznaczenie celów strategicznych pomogą nam skonstruować plan na lata, który będzie wskazówką dla kolejnych ekip rządowych.

Dyskusję rozpoczynamy już teraz serią artykułów opracowanych specjalnie z myślą o naszej październikowej konferencji *Wizja zdrowia. Diagnostyka i przyszłość – foresight medyczny*.

0101010100101110101010010101010101001011

Grzegorz Byszewski zajmuje się problemem niedofinansowania ochrony zdrowia, a Krzysztof Czerkas i Piotr Magdziarz – problemem ciągłego odsuwania w czasie fundamentalnych decyzji. Rafał Janiszewski zastanawia się, czym różni się koordynacja świadczeń od kompleksowości, a Anna Janczewska-Radwan apeluje do prezydenta Andrzeja Dudy o objęcie patronatem narodowej debaty o przyszłości naszej ochrony

zdrowia. Profesor Piotr Czauderna, prezydencki doradca ds. zdrowia, odpowiada na ten apel, przedstawiając listę spraw do załatwienia. Maciej Biardzki zastanawia się z kolei, w jakim kierunku podąży sieć, a Ligia Kornowska – jaki będzie pacjent przyszłości i jaki będzie miał wpływ na poszczególnych uczestników sektora.

Dyskusje będziemy kontynuować na naszych łamach oraz podczas październikowej konferencji.

Podczas konferencji *Wizja zdrowia. Diagnoza i przyszłość – foresight medyczny* odbędzie się sesja specjalna w uzgodnieniu z Komitetem Prognoz PAN, Komitetem Zdrowia Publicznego PAN oraz międzynarodową grupą ekspertów realizujących projekt FRESHER w ramach programu HORIZON 2020 (*FoResight and Modelling for European Health Policy and Regulation*). FRESHER to wielośrodkowy projekt badawczy, którego celem jest wypracowanie wspólnej, europejskiej odpowiedzi na rosnący ciężar chorób niezakaźnych (*non-communicable diseases – NCD*) (zawały, udary, cukrzyca, nowotwory, choroby płuc) w Europie.

Celem sesji będzie wskazanie opracowanych w ramach 2 lat prac zespołu międzynarodowych ekspertów (w tym 4 polskich) oczekiwanych zagrożeń zdrowotnych w Polsce i Unii Europejskiej w najbliższych 10–15 latach.

Planujemy udział prof. Michała Kleibera, wybitnego polskiego eksperta w analizach typu *foresight* (wprowadzenie do konferencji), autorytetów klinicznych (prof. G. Opolski, prof. W. Rużyłło) i ekonomistów (prof. S. Gomułka, prof. K. Opolski), którzy wezmą udział w panelu dyskusyjnym po wykładzie plenarnym.

Główny wykład plenarny jako stymulację do dyskusji przedstawi prof. Archana Singh-Manoux – wybitna europejska epidemiolog i znakomita wykładowczyni z Uniwersytetu z Marsylii.

Moderatorem i organizatorem sesji będzie prof. Tomasz Zdrojewski, w imieniu Komitetu Prognoz PAN oraz Komitetu Zdrowia Publicznego PAN.

Jarosław Fedorowski

prezes Polskiej Federacji Szpitali i gubernator HOPE

Decydenci powinni stabilnie rozwijać system ochrony zdrowia i dostosowywać go do potrzeb obywateli we współpracy ze wszystkimi uczestnikami systemu, starając się maksymalnie ograniczać wpływ bieżącej polityki. Powinni dążyć do takiego organizowania działań uczestników systemu, aby dostarczać efektywnych kosztowo i wysokiej jakości świadczeń medycznych przy zachowaniu ciągłości opieki nad pacjentem.



Fot. Archiwum

Uważam, że takie podejście jest w miarę uniwersalne (ludzie będą na coś chorować za 5, 10 i 15 lat), niezależne od finansowania (musi się stale przekładać na efektywność kosztową) oraz od czynników ludzkich (*errare humanum est*). Celowo nie piszę o technologii, bowiem jej stały rozwój nie jest dla mnie wizją, a raczej codzienną rzeczywistością. Muszę jednak stwierdzić, że wizja, dzięki której system ochrony zdrowia będzie funkcjonował bez kłopotów, a wszyscy jego uczestnicy będą zadowoleni, należy do gatunku *science fiction*. Wydolność też nigdy nie będzie stuprocentowa jak w przypadku nieistniejącego przecież *perpetuum mobile*.

Dorota Kilańska

dyrektorka *European Federation of Nurses Associations* i członkini Rady Dyrektorów Europejskiej Fundacji Badań Naukowych w Pielęgniarstwie

Trudno bez wizji dokonywać zmian w tak wrażliwym systemie, jak system ochrony zdrowia. Wprowadzanie zmian w tym obszarze trwa średnio 17 lat. Wyzwaniem jest jednak zaspokojenie potrzeb obecnego pokolenia bez umniejszania szans przyszłych pokoleń na ich zaspokojenie. Celem powinny być: tworzenie systemu odpornego na zmiany w oto-



Fot. PAP/Rafael Guz

czeniu, zdolnego do reagowania, adaptacji i wzmocnienia w obliczu kryzysów, ale też adekwatne zasoby kompetentnych pracowników (o różnicowanych kompetencjach), stabilny mechanizm finansowania, rozsądne metody korygowania ryzyka oraz implementowanie dobrych praktyk zarządzania przy adekwatnej kalkulacji kosztów usług.

Także inwestycja w integrację i koordynację opieki, ścieżki kliniczne czy też standardy – przewodniki opieki. Z jednej strony mamy bowiem wzrastające potrzeby w zakresie opieki, z drugiej nierównomierne rozmieszczenie zasobów.

Marek Balicki

były minister zdrowia, członek Narodowej Rady Rozwoju przy prezydencie RP

Kierunek zmian polskiej ochrony zdrowia został nadany podczas reformy rządu Jerzego Buzka. I nie zgadzam się z tezą, że kolejne rządy ten kierunek zmieniały. Pozostał ten sam – na rozwój rynku wewnętrznego. Zgadzam się z tym, że kolejne rządy, stale trzymając się tego samego kierunku, dokonywały istotnych i bardzo głębokich zmian.

Z taką mamy do czynienia i dziś. Warto więc i dziś rozmawiać, dokąd ta zmiana ma nas doprowadzić.



Fot. Agata Grzybowska / Agencja Gazeta

Uważam, że do tego, by wykreować w Polsce – w skali powiatów, województw i kraju – podmioty odpowiedzialne za zdrowie całych populacji. I tu sądzę, opierając się na wzorcach np. z Hiszpanii, że takim odpowiedzialnym powinien zostać płatnik. Bo tak się złożyło, że dość nieszczęśliwie zapanowała u nas zasada *fee for service*, czyli odpłatności za świadczenie. Brakuje zasady odpłatności za efekt. Mamy więc troskę o jakość świadczeń, ale brakuje nam podmiotu czy podmiotów, które byłyby odpowiedzialne za całość leczenia czy też profilaktyki.

Krzysztof Bukiel

przewodniczący Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy

Kluczem do tego, aby system publicznej ochrony zdrowia był wydolny, jest równowaga między wielkością publicznych nakładów a zakresem świadczeń refundowanych – bezpłatnych dla pacjenta. Konieczne są zatem następujące kroki: najpierw decyzja o tym, ile pieniędzy przeznaczyć na publiczną ochronę zdrowia, następnie dopasowanie do tego koszyka świadczeń i trzeci warunek – utrzymanie tego stanu równowagi. Ten ostatni warunek jest najtrudniejszy, bo jeśli wszystkie świadczenia będą „za darmo”, to popyt na nie będzie rósł w nieskończoność i nakłady publiczne na ten cel też będą musiały ro-



Fot. Wojciech Surskiel / Agencja Gazeta

snąć w nieskończoność. Trzeba zatem znaleźć jakiś sposób motywowania pacjentów do racjonalnego korzystania z usług zdrowotnych, np. przez współpłacenie za niektóre świadczenia (te, które mogą być nadużywane) albo przez wyłączenie części świadczeń z publicznego finansowania (np. ambulatoryjnej opieki zdrowotnej).

Można by to w jakiś sposób obywatelom zrekompensować, np. wyższą kwotą wolną od podatku albo przekazaniem każdemu odpowiedniej kwoty do tzw. elektronicznej portmonetki z przeznaczeniem tylko na leczenie. Ograniczenie nieuzasadnionego popytu jest najważniejsze. Reszta jest już prostsza i w zasadzie resztę już rozwiązano: mechanizmy rynkowe i konkurencja.

Bartosz Arłukowicz

przewodniczący sejmowej Komisji Zdrowia, były minister zdrowia, poseł Platformy Obywatelskiej

Kluczowym słowem w wizji rządzących powinno być słowo „pacjent”. Wszystkie działania i planowane zmiany powinny być obliczone na to, aby to pacjentowi w systemie ochrony zdrowia było lepiej. Aby ulepszyć opiekę nad pacjentem, należy podjąć cały szereg działań, które krok po kroku sprawią, że zadowolenie pacjentów będzie rosło.

Najważniejszą kwestią jest zwiększanie liczby lekarzy, pielęgniarek i położnych. W tym celu należy np. każdego roku zwiększać maksymalnie liczbę rezydentur, tak aby młodzi lekarze mieli możliwość wybierania interesujących ich specjalizacji, a także motywować ich do wyboru tych specjalizacji, w których obecnie mamy



Fot. Dawid Zuchowicz / Agencja Gazeta

największy deficyt. Osobnym zagadnieniem jest poziom wynagrodzeń w służbie zdrowia. Należy dążyć do tego, aby pensje rosły stopniowo, ale realnie. Niestety niedawno rządząca większość *de facto* wyrzuciła do kosza obywatelski projekt dotyczący wynagrodzeń. Kolejną ważną kwestią jest finansowanie opieki zdrowotnej w Polsce. Powrót do systemu budżetowego jest krokiem w tył. Taki system już funkcjonował w Polsce i nic dobrego z tego nie wyszło. Lekarze oraz osoby zarządzające jednostkami służby zdrowia powinny być motywowane do podnoszenia poziomu opieki. Budżetowy system finansowania z motywacją nie ma nic wspólnego.

Pozostałe sprawy, jak choćby *in vitro* czy standardy opieki okołoporodowej, powinny być ulepszone, a nie likwidowane. Najważniejsze jest, aby system ulepszać i rozwijać, a nie likwidować.

01010101001011101010100101010101001011

Anna Janczewska-Radwan

minister do spraw systemu ochrony zdrowia
w Gospodarczym Gabinetcie Cieni BCC

Zgadzam się z wizją systemu ochrony zdrowia zamieszczoną w dokumencie „Krajowe ramy strategiczne. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020”, w którym czytamy, że system powinien być: *zorientowany na dłuższe życie w zdrowiu, potrzeby obecnego i przyszłego pacjenta [...] oparty na właściwych ilościowo i jakościowo zasobach, procesach i wartościach efektywnie zarządzanych i prawidłowo alokowanych.*



Fot. Archiwum

System powinien gwarantować powszechność ubezpieczenia zdrowotnego i zapewniać równy dostęp do świadczeń zdrowotnych. Powinien być zorientowany na pacjentów. Ważnym zadaniem jest kształtowanie postaw prozdrowotnych i zwiększanie poczucia osobistej odpowiedzialności za własne zdrowie. Zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego wymaga stworzenia systemu wydolnego i przejrzystego, w którym każdy pacjent otrzyma wysokiej jakości świadczenia zdrowotne bez zbędnej zwłoki i bez konieczności dokonywania nieprzewidzianych prapem opłat.

Andrzej Mądrala

wiceprezydent Pracodawców RP

Jaką decyzję powinni mieć wizję, żeby za 5, 10 i 15 lat system był wydolny, funkcjonował bez kłopotów, a wszyscy jego uczestnicy byli zadowoleni? Nie ma na świecie systemu ochrony zdrowia, który byłby w pełni wydolny i satysfakcjonujący zarówno dla pacjentów, jak i pozostałych uczestników systemu opieki zdrowotnej.

Są systemy dobrze finansowane, ale ze słabą dostępnością, są średnio finansowane, ale z relatywnie dobrą dostępnością. Wydaje się, że kluczem do sukcesu jest długofalowe planowanie i porozumienie ponad podziałami – czyli definitywne odpolitycznienie ochrony zdrowia. Uważam, że musimy zacząć rozmawiać o faktach i o liczbach jako przesłankach do podejmowania właściwych decyzji. Na zmiany natomiast należy patrzeć przez pryzmat jakości widzianej oczami finalnego beneficjenta, czyli pacjenta. Jeśli miałbym sformułować rekomendacje dla decydentów, to proponuję, aby powołali



Fot. PAP/Tomasz Czeli

apolityczny instytut, który zajmowałby się monitorowaniem funkcjonowania ochrony zdrowia, przygotowywał analizy, ale także wyciągał z nich wnioski i opracowywał rekomendacje.

Na tej podstawie powinno się opracować mapę zmian w ochronie zdrowia na najbliższe 15 lat oraz poddać ją maksymalnie otwartej dyskusji publicznej. Miałaby ona przede wszystkim walor edukacyjny dla społeczeństwa, bo dzisiaj niewiele osób wie, ile płaci na zdrowie, jakie koszty generuje pacjent ani dlaczego kolejka do świadczeń zdrowotnych jest taka długa. Ostatnim elementem musi być ciągła ewaluacja wprowadzanych zmian, tak aby na bieżąco wprowadzać korekty usprawniające system.

Na pewno potrzebna jest zmiana nastawienia decydentów do ochrony zdrowia – powinna się ona stać priorytetem, należy ją uznać za inwestycję w zdrowie obywateli, a nie koszt budżetu państwa. Wydaje się to proste, a jednak od lat nic w tym zakresie nie udaje się nam zrobić.

Maciej Hamankiewicz

prezes Naczelnej Izby Lekarskiej

Jestem realistą, więc zwykle zastanawiam nad na wizją wtedy, kiedy ona ma szansę się spełnić. Czas wizjonerstwa to czas tworzenia programów partii politycznych w zakresie ochrony zdrowia lub służby zdrowia, bo i nazwa systemu w tych wizjach się zmienia. Jeśli spojrzymy na program poprzedniej partii rządzącej, to jej wizja była oparta na ocenie efektywności finansowej jednostek ochrony zdrowia oraz na zapowiadanych systemie ubezpieczeń dodatkowych. Systemu ubezpieczeń nie wprowadzono i nie zwiększono nakładów na



Fot. PAP/Jacek Turczyk

ochronę zdrowia. Dzisiejsza wizja rządzących polega na wprowadzeniu systemu budżetowego, w którym publiczna służba zdrowia należy się wszystkim. I ja już wiem, że bez podniesienia nakładów na zdrowie ta wizja będzie realnie dużo mniej satysfakcjonująca, niż sugerują obietnice. Po zapoznaniu się z systemami ochrony zdrowia w innych państwach europejskich uważam, że najlepszy system funkcjonuje w Holandii – łączy on wizję jednych i drugich polityków. Tylko że w Holandii, wg OECD, na zdrowie przeznaczają się 10,8% PKB. Wizja krótka: 10,8%, ale czy w Polsce kiedykolwiek – za 5, 10, 15 lat – ma szansę się spełnić?